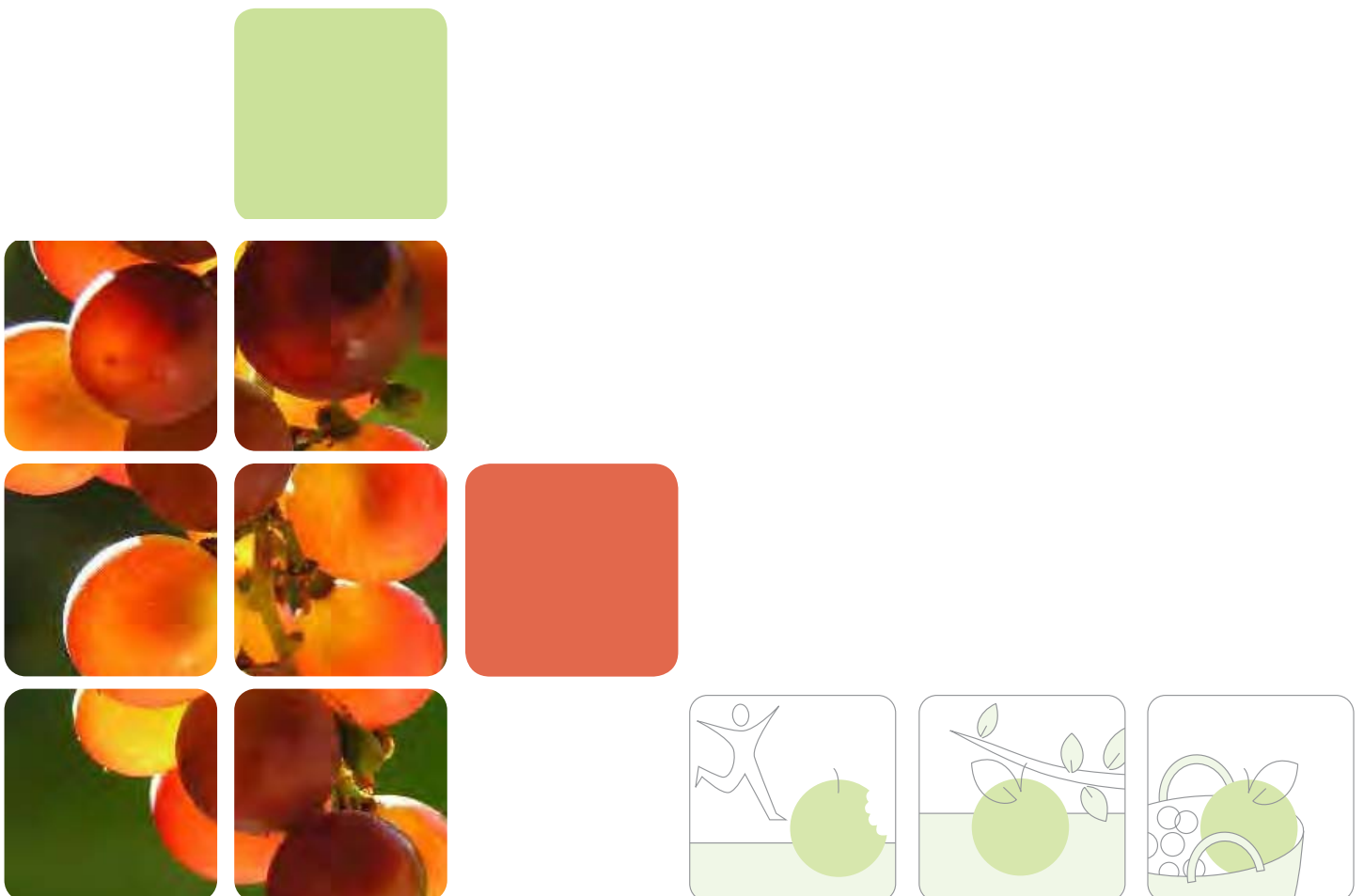


L'Alcool en Europe

Une approche en santé publique





COMMISSION EUROPEENNE



Direction générale
Santé & protection des consommateurs

Direction C - Santé publique et évaluation des risques
C2 - Informations sur la santé

L'Alcool en Europe

Une approche en santé publique

Rapport à la Commission européenne

Anderson, P. et Baumberg, B.

Traduction du résumé en français par Michel Craplet

Traduction par First Edition Translations,

Cambridge, Angleterre

Institute of Alcohol Studies, Londres

juin 2006

Ce rapport a été écrit par Peter Anderson et Ben Baumberg, de la part de l'*Institute of Alcohol Studies*, Angleterre.

Ce rapport a été préparé sous contrat avec la Commission européenne [Contrat SI2.378841 - L'Impact d'un point de vue Sanitaire, Social et Economique de l'Alcool]¹. Des informations concernant l'alcool et les politiques sur l'alcool furent recueillies pour chaque pays², et une analyse des perspectives des parties prenantes sur les politiques d'alcool fut entreprise³. De plus, lors de la préparation du rapport, cinq audiences furent convoquées : avec les parties prenantes (celles-ci comprenant l'industrie commerciale des boissons alcooliques), le 20 Janvier 2005⁴, le 30 Août 2005⁵ et le 26 Septembre 2005⁶; avec les membres du Groupe de Travail sur l'Alcool et la Santé de la Commission, le 8 Mars 2005⁷; et avec les organisations non gouvernementales, le 19 Mai 2005⁸.

La responsabilité pour le contenu de ce rapport demeure avec les auteurs, le contenu ne représente pas les vues de la Commission Européenne; par ailleurs la Commission n'est pas responsable de l'usage des informations contenues dans ce rapport.

Pour plus d'informations et pour obtenir la version électronique de ce rapport, voir : <http://www.ias.org.uk>. Ce rapport doit être cité : *Anderson, P. & Baumberg, B. (2006) Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies.*

¹ http://ec.europa.eu/health/ph_programme/howtoapply/call_096299_2003.htm.

² <http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html>.

³ <http://www.ias.org.uk>.

⁴ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050120_en.htm.

⁵ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/ev_20050830_en.htm.

⁶ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050926_en.htm.

⁷ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050307_en.htm.

⁸ <http://www.eurocare.org/btg/apn/minutes0505.html>.

ISBN : 92-79-03285-2

© Communautés européennes, 2007

Reproduction autorisée moyennant mention de la source, sauf à des fins commerciales.

Imprimé par les services de la Commission européenne (OIL), Luxembourg

Table des Matières

Remerciements	i
Les Auteurs du rapport	iii
Préface	v
Résumé	1
Conclusions	12
Recommandations	14
1. Introduction	21
Méthodes, Structure et Terminologie	23
2. L'histoire de l'alcool à travers les âges en Europe	39
L'alcool au quotidien	40
La consommation d'alcool durant la révolution industrielle	41
Mouvements populaires et alcool	42
Le concept d'alcool-dépendance	43
L'alcool en Europe : passe et présent	44
3. L'alcool dans l'économie européenne	49
Economie – le secteur de l'alcool	50
Le coût social de l'alcool en Europe	64
4. La consommation d'alcool en Europe	81
Population et consommation	82
Modes de consommation	92
Alcool et catégories – classe, sexe et ge	106
Ce qui se cache derrière les tendances de la consommation en Europe ?	127
5. Les effets sur les individus	143
Alcool et bien-être social	148
L'alcool : les risques pour la santé	155
Alcool et risques de cardiopathie coronarienne	173
Est-il possible de boire de l'alcool sans aucun risque?	178
Comment déterminer les risques de problèmes de santé attribuables a l'alcool?	180
Peut-on améliorer sa santé en réduisant sa consommation d'alcool?	184

6.	Les effets sur l'Europe	211
	Les consequences negatives sue le plan social	213
	Alcool et problèmes de santé	223
	Le fardeau de l'alcool en Europe	239
	Les méfaits de l'alcool et changements de taux de consommation	245
7.	Evaluation des différentes politiques de prevention	261
	Les mesures contre l'alcool au Volant	265
	Education, communication, formation et sensibilisation du public	274
	La réglementation du marche de l'alcool	283
	Les politiques visant a réduire les méfaits de l'alcool sur les lieux de consommation	316
	Traitement de l'alcoolodépendance et conseil pour lutter contre la consommation nocive	324
	Degré de rentabilité des différentes strategies possibles	329
8.	Les politiques aux niveaux européen et mondial	373
	Loi commerciale internationale et alcool	374
	Le commerce de l'alcool et le marche intérieure UE	378
	L'alcool : marchandise économique	386
	Les politiques sur l'alcool au-delà des frontières	393
9.	Les politiques des Etats membres de l'UE	407
	Politiques en matière d'alcool et contexte social	408
	Les politiques sur l'alcool dans les pays d'Europe	410
	Taxes et prix	419
	Comparaison entre pays	424
10.	Conclusions et recommandations	435
	Conclusions	436
	Recommandations	442
	Annexe – Glossaire	461

Remerciements

Ce rapport a été préparé par les auteurs, de la part de l'Institute of Alcohol Studies, Londres. Beaucoup de personnes ont été impliquées dans le processus de consultation, de révision, et de compte rendus, aux différents stades de la préparation de ce rapport. Nous sommes particulièrement reconnaissants à Andrew McNeill, Directeur de l'Institute of Alcohol Studies, et teneur du contrat, pour ses conseils et son soutien, tout au long de la préparation de ce rapport.

En particulier, nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont révisé le rapport :

De la part des auteurs:

Professor Rob Baggott, Reader in Public Policy, Faculty of Business and Law, De Montfort University of Leicester, Angleterre.

Dr. Adrian Bonner, Director of Addictive Behaviour Group, Kent Institute of Medicine and Health Sciences, University of Kent, Canterbury, Angleterre.

Dr. Jonathan Chick, Psychiatrist, Royal Edinburgh Hospital, University of Edinburgh, Ecosse.

Professor Chris Cook, Honorary Professorial Fellow, University of Durham, England.

Professor Christine Godfrey, Professor of Health Economics, Centre for Health Economics, University of York, Angleterre.

Dr. Marsha Morgan, Reader in Medicine and Honorary Consultant Physician, University College London Medical School, Angleterre.

Mr. Esa Österberg, Senior Researcher, STAKES, Alcohol and Drug Research Group, Helsinki, Finlande.

Professor Brian Prichard, Emeritus Professor of Clinical Pharmacology, University College London, England.

Professor Robin Room, Professor of Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, Suède.

Dr. Betsy Thom, Head of Social Policy Research Centre; Reader in Drug and Alcohol Studies, Middlesex University, Angleterre.

De la part de la Commission Européenne :

Professor Jürgen Rehm, Professor, Public Health Sciences, University of Toronto, Canada; Research Institute for Public Health and Addiction, Zurich, Suisse; et le Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada.

Dr. Allaman Allamani, Centro Alcologico Azienda Sanitaria di Firenze, Italie

Dr. Alicia Rodriguez Martos, Public Health Agency, Barcelona, Espagne.

De plus, nous tenons à remercier ceux qui ont pris le temps de nous fournir les données, et nous assister dans la préparation de ce rapport :

Dr. Dan Chisholm de l'Organisation Mondiale de la Santé, Mr. Dag Rekve de L'Organisation Mondiale de la Santé, et Professor Thor Norström du Swedish Institute for Social Research.

Nous remercions tous ceux qui ont traduit en anglais les études menées sur le coût social : (Johann Damgaard Jensen of Alkoholpolitisk Landsrad (Danish Alcohol Policy Network), Florence Berteletti-Kemp, précédemment Eurocare, Alojz Nociar du Government National Monitoring Centre for Drugs en Slovaquie, Rebekka Borsch de Actis (Norwegian Policy Network on Alcohol and Drugs), Janja Sesok du Institute of Public Health en Slovénie, et Johan Jarl of Lund University en Suède).

Nous remercions également les membres du Alcohol Policy Network de nous avoir indiquée les sources d'informations, et fourni les données nécessaires ; ce réseau est en partie financé par la Commission Européenne, et maintenu par Eurocare.⁷

Merci aussi à beaucoup d'autres qui ont répondu promptement à toutes nos demandes, et qui nous ont fourni des travaux et documents non publiés :

Terry Brugha, Jordi Alonso et Giovanni de Girolamo du ESEMeD project; Salme Ahlström, Pia Mäkelä, Kim Bloomfield et Raija Ahtola du GENACIS project; Jonathan Shepherd de University of Wales College of Medicine; Geoff Rayner du UK Public Health Association; Mike Rayner du British Heart Foundation Health Promotion Research Group; et Pierre Kopp de l' Université du Panthéon-Sorbonne.

Pour finir, nous tenons à remercier le personnel de la Commission qui nous ont donné l'opportunité de préparer ce rapport, ainsi que tout ceux qui nous ont leur soutien et encouragements tout au long de la préparation de ce rapport :

Robert Madelin, John Ryan, Kari Paaso, Maria Renström, Antoni Monsterrat and Antonio Doronzo.

Toutes les erreurs et les omissions du contenu de ce rapport sont la seule responsabilité des auteurs.

⁷ www.eurocare.org/btg.

Les Auteurs du rapport

Dr. Peter Anderson MD, MPH, PhD

Consultant international en santé publique

pdanderson@compuserve.com

Le Dr. Anderson est un expert international des politiques sur l'alcool et le tabac. Il a suivi une formation médicale généraliste, puis spécialisée en médecine de santé publique à l'Université d'Oxford, puis au London School of Hygiene and Tropical Medicine en Angleterre.

Sa thèse doctorale fut entreprise sur le sujet des risques liés à l'alcool. Ayant travaillé pendant huit ans, entre 1992 et 2000, pour l'Organisation Mondiale de la Santé en tant que conseiller des politiques sur l'alcool et le tabac, il est aujourd'hui consultant international, et travaille sur des projets financés par la Commission Européenne, l'Organisation Mondiale de la Santé, ainsi que d'autres organisations gouvernementales nationales et régionales à travers le monde.

Il est titulaire de postes honoraires en santé publique et en santé primaire aux Universités d'Oxford en Angleterre, et Nijmegen aux Pays Bas.

Il est le conseiller pour Eurocare, une alliance d'associations non gouvernementales concernées par les conséquences des politiques de prévention du risque alcool dans les Etats membres. Il est l'Editeur Européen du journal Drug and Alcohol Review, et l'auteur de plus de 100 publications dans des ouvrages scientifiques internationaux ; il est aussi l'auteur ou l'éditeur de plus de 16 livres sur le tabac et l'alcool.

Ben Baumberg

Chargé de Politique et de Recherches sur L'Alcool, Institute of Alcohol Studies

bbaumberg@ias.org.uk

Ben Baumberg travaille pour l'Institute of Alcohol Studies depuis 2004, où il est chargé de recherches et de communications avec les médias. Avant cela, il a travaillé pour des parlementaires à Westminster, en Angleterre, Il a suivi une formation en Sciences Sociales et Politiques à l'Université de Cambridge, et poursuit aujourd'hui, en parallèle, des études en Politiques Sociales et Méthodologie Sociologique au London School of Economics.

Il a un intérêt particulier pour les sujets des lois commerciales européennes et internationales ; les contributions à l'élaboration des politiques sur l'alcool ; l'interaction des tendances sociales et des modes de consommation, et les différentiels socioéconomiques de la consommation et des méfaits de l'alcool.

Préface

En juin 2001, le Conseil de l'Union Européenne, dans ses Conclusions sur une Stratégie Communautaire pour réduire les méfaits de l'alcool, mit l'accent sur le fait qu'un niveau élevé de protection de santé humaine devrait être assurée dans la définition, ainsi que la mise en œuvre des politiques et des activités de la Communauté, et reconnu que l'alcool est un des déterminants clés de la santé, au sein de la Communauté Européenne.⁸

Le Conseil souligna l'importance de développer une Stratégie Communautaire compréhensive, ayant pour but de réduire les méfaits de l'alcool, et comprenant, en particulier, un système efficace de contrôle de la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool, les mesures engendrées par les politiques sur l'alcool ainsi que leurs effets sur la Communauté Européenne ; ainsi qu'une coordination des activités de la Communauté dans les domaines tels que le recherche, la protection des consommateurs, le transport, la publicité, le marketing, les sponsors, les accises et autres affaires du marché interne, tout en respectant les compétences des Etats Membres. Le Conseil invita la Commission à mettre en avant les propositions pour une Stratégie Communautaire compréhensive visant à réduire les méfaits de l'alcool, afin de compléter les politiques au niveau national, ainsi qu'un programme d'actions.

Ce rapport sur l'alcool, d'un point de vue de santé publique, requis et financé par la Commission Européenne, décrira les charges sociales, sanitaires et économiques qu'inflige l'alcool sur les citoyens Européens, les familles, et à l'Europe globalement ; ceci est un fardeau, qui contribue à la marginalisation sociale et l'exclusion, et empiète sur les efforts d'une Europe viable, responsable socialement et productive, comme l'envisage la Stratégie de Lisbonne.⁹

Bien qu'il tienne compte du fait que les boissons alcooliques représentent une commodité économique importante au sein de l'Union Européenne, le rapport notera aussi que les maladies, blessures, et violences attribuables à l'alcool, coûtent les secteurs de la santé, du salut public, du travail et de la justice environ €125 milliards par an. En particulier, les méfaits de l'alcool ont un impact négatif sur la position compétitive des entreprises européennes, dans le sens où, il amoindrit la productivité et engendre une perte importante des années de travail, avec €59 milliards d'euros des coûts dus à la perte de productivité par l'alcool. Le rapport notera aussi que l'alcool, en tant que facteur important contribuant aux inégalités en matière de santé, à travers, et parmi les états membres, risque d'endommager la cohésion sociale à travers l'union.

Le rapport tiendra compte des progrès en matière de politiques sur l'alcool, à travers les pays d'Europe, mais notera également qu'il reste encore beaucoup à réaliser, afin de réduire la charge de l'alcool, ainsi que promouvoir la santé individuelle et Européenne. Le rapport notera l'envergure et l'importance des politiques sur l'alcool, qui nous concernent tous ; en effet, ce n'est pas une question réservée au secteur de la santé, elle concerne aussi d'autres secteurs, comme l'agriculture, le commerce, la justice, la finance, l'emploi, les municipalités, le transport et le salut public.

Ce rapport conclura que la politique sur l'alcool, bien public global formant une partie intégrale de la santé et du bien être des citoyens Européens, peut servir à rehausser la cohésion sociale et le capital social, ainsi qu'améliorer la santé et la sécurité dans l'environnement, et, de surcroît, contribuer à une croissance de la productivité et un développement économique durable au sein de l'Union Européenne, en ligne avec les objectifs établis par la Stratégie de Lisbonne.

⁸ http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf.

⁹ Stratégie de Lisbonne: http://europa.eu.int/comm/lisbon_strategy/index_en.html.

Résumé

Contexte et origine de la rédaction du rapport

Au moment où la Commission Européenne préparait sa propre stratégie sur l'alcool, pour couvrir l'ensemble de la question au niveau européen, elle a lancé un appel d'offre pour un rapport sur « les effets de la consommation d'alcool » en Europe du point de vue sanitaire, social et économique. Voici ce travail qui est à la fois une synthèse faite par des experts des différents travaux publiés sur la question (analyses systématiques, méta-analyses et études individuelles) et l'analyse des données rendues disponibles par la Commission Européenne et l'Organisation Mondiale de la Santé. Les auteurs de ce rapport considèrent «la politique de l'alcool» comme l'ensemble des stratégies «servant les intérêts de la santé publique et du bien-être social en agissant sur les déterminants sanitaires et sociaux». Cette politique se développe donc dans le cadre de la santé publique, processus «mobilisant les ressources locales, régionales, nationales et internationales pour donner aux citoyens des conditions de vie leur permettant de rester en bonne santé». Une terminologie standardisée a été proposée tout au long du rapport ; elle est basée sur celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'agence spécialisée des Nations Unies pour les questions de santé.

La question alcool en Europe

Les différentes boissons contenant de l'alcool sont fabriquées et bues en Europe depuis des milliers d'années, en général à partir de matériaux naturels localement disponibles. Les boissons alcooliques ont été par ailleurs souvent utilisées comme des médicaments jusqu'au début du XXe siècle et avant le développement de la médecine moderne. Des législations sur l'alcool existaient depuis longtemps mais, habituellement, plutôt pour des motifs de maintien de l'ordre public ou pour réguler le marché que pour des raisons concernant la santé publique. Cependant, cette situation avait évolué dès le Moyen Age, et surtout au début des temps modernes, avec l'industrialisation débutante, l'amélioration des moyens de communication et la découverte de boissons distillées plus fortes en alcool. De larges «mouvements de tempérance» se sont répandus dans de nombreux pays européens au XIXe siècle, à la suite des préoccupations concernant ces nouvelles boissons avant de s'élargir à une opposition à toutes les boissons alcooliques. Dans la plupart de ces pays, sinon tous, le mouvement de tempérance a perdu de son importance à la fin du XXe siècle. L'idée que «l'alcoolisme est une maladie» s'est également développée au cours du XIXe siècle avec la création dans de nombreux pays européens de maisons de santé ou d'hôpitaux publics pour traiter les alcooliques. Dans les années récentes, le «nouveau mouvement de santé publique» est devenu le paradigme dominant pour appréhender les problèmes liés à l'alcool en élargissant la question au-delà des problèmes posés par les seuls «alcooliques» (alcoolo-dépendants). Aujourd'hui en Europe, existe une large variété d'usages de l'alcool et de significations de sa consommation, depuis le simple accompagnement des repas familiaux... jusqu'à la participation aux rites de passage de la vie en société. «Boire de l'alcool» est souvent une manière d'officialiser un événement ou de marquer la division entre le travail et les loisirs. Atteindre et même rechercher l'ivresse, sont également des comportements caractéristiques, voire symboliques des différentes cultures des pays européens.

L'alcool dans l'économie européenne

L'Europe joue un rôle central dans le marché global de l'alcool, puisqu'elle est à l'origine du quart de la production mondiale des boissons alcooliques et de plus de la moitié de la production de vin. Le commerce est encore plus recentré sur l'Europe, avec 70 % des exportations d'alcool et plus de la moitié des importations impliquant l'Union européenne. Bien que la majorité de ce commerce ait lieu entre les pays européens, ces échanges contribuent pour environ 9 milliards d'euros au solde de la balance commerciale de l'Union Européenne.

Il est difficile d'évaluer l'importance de la **contrebande** dans l'Union européenne ; mais un groupe d'experts (*High Level Group of Company Law Experts*) a estimé qu'environ 1,5 milliards d'euros de revenus fiscaux ont été perdus de ce fait en 1996. La différence de prix des boissons entre les différents pays européens joue un rôle encore plus important par le biais des **achats transfrontaliers** faits par des particuliers qui peuvent en toute légalité rapporter dans leur pays une certaine quantité de boissons alcooliques achetées dans des pays où elles sont moins fortement taxées. Dans plusieurs pays européens, au moins un touriste sur six revient de ses voyages à l'étranger avec des boissons alcooliques ; les voyageurs rapportent en moyenne plus de deux litres d'équivalent alcool pur par personne.

Le rôle économique des producteurs de boissons alcooliques est considérable dans de nombreux pays européens. Les droits d'accises de l'alcool s'élevaient à la somme de 25 milliards d'euros dans les 15 pays de l'Union Européenne en 2001, il faut y ajouter d'autres taxes payées au cours de la production et de la vente, en tenant compte du fait que 1,5 milliard d'euros sont rendus à cette chaîne à travers la Politique Agricole Commune. Du fait de la relative inélasticité de la demande pour l'alcool, le taux moyen de taxation des boissons est un meilleur indicateur du revenu fiscal d'un gouvernement que le niveau de consommation dans le pays concerné.

L'alcool est aussi à l'origine d'un grand nombre **d'emplois**, en particulier de plus de 750 000 postes dans la production (principalement pour le vin). D'autres emplois sont liés à l'alcool dans toute la chaîne de distribution, par exemple dans les débits de boissons et les boutiques de vente au détail. Cependant la taille de cette activité n'est pas nécessairement un bon indicateur de l'impact économique des « politiques de l'alcool » - par exemple, l'étude des tendances de la consommation d'alcool montre qu'il n'existe pas de relation simple avec les variations du nombre d'emplois dans les hôtels, les restaurants, les bars, ce qui suggère que l'effet des changements de la consommation pourrait être relativement faible sur l'économie générale. Une réduction des dépenses d'alcool aurait comme conséquence de libérer des ressources financières pour des dépenses dans d'autres secteurs, l'impact économique dépendant précisément du secteur où cette nouvelle dépense serait faite. Certes, des recherches supplémentaires doivent être conduites dans ce domaine, mais il existe déjà des preuves qu'une diminution de la consommation de l'alcool et d'autres biens, n'entraîne pas nécessairement des pertes d'emploi dans l'économie générale.

En se basant sur l'analyse des études existantes, on peut estimer que le **coût direct de la consommation d'alcool** pour l'Union européenne en 2003 a été de 125 milliards d'euros (chiffres compris entre les estimations extrêmes de 79 et 220 millions) ; ce chiffre est équivalent à 1,3 % du produit intérieur brut et est à peu près le même que celui donné récemment pour le tabac. Le **coût indirect** essaye de tenir compte de la valeur attribuée à la souffrance et plus généralement à la vie humaine en comptabilisant les années de vie « gâchées » à la suite des dommages de l'alcool (maladies, accidents, délits et crimes). En 2003, ces coûts ont été estimés à 270 milliards d'euros ; d'autres méthodes d'évaluation ont donné des chiffres compris entre 150 et 760 milliards d'euros. Bien que ces estimations prennent en compte de

nombreuses conséquences de la consommation d'alcool, il existe d'autres domaines où le coût n'a pas été estimé car il n'a pas été possible d'obtenir de données. De la même façon, si les estimations ont pris en compte les éventuels bénéfices de la consommation d'alcool du point de vue sanitaire (en tenant compte du coût indirect), il n'existe pas d'étude qui pourrait donner des chiffres sur les effets positifs de cette consommation dans le domaine social.

La consommation d'alcool en Europe

L'Union Européenne est **la région du monde où l'on boit le plus**, mais le volume de 11 litres d'équivalent alcool pur bu par adulte chaque année est le résultat d'une diminution importante par rapport au pic récent de 15 litres au milieu des années 70. Pendant les dernières quarante années, s'est produite une harmonisation des consommations à l'intérieur de l'Europe des 15, avec une augmentation dans les pays d'Europe centrale et du nord pendant les années 60 à 80, coïncidant avec une diminution importante dans l'Europe du sud. La consommation moyenne dans les dix nouveaux pays de l'Union¹ n'a jamais été aussi proche de celle des pays intégrés à l'Union européenne depuis plus longtemps, mais il subsiste des variations importantes à l'intérieur de ces dix pays. La plupart des Européens boivent de l'alcool, mais 55 millions d'adultes sont abstinents ; en considérant ce fait, et en tenant compte de la consommation non déclarée, on peut estimer que la consommation moyenne par buveur est de 15 litres d'équivalent alcool pur par an.

Un peu moins de la moitié de cet alcool est consommé sous forme **de bière**, le reste étant réparti entre **le vin** (1/3) et **les spiritueux** (1/4). A l'intérieur de l'Europe des 15, les pays du nord et du centre de l'Europe boivent principalement de la bière et ceux du sud du vin (l'Espagne faisant exception). Ceci est un phénomène relativement nouveau à la suite d'une harmonisation visible depuis les quarante dernières années. Dans la plupart des pays de l'Europe des 15, 40 % des occasions de boire ont lieu au moment du repas de fin d'après-midi ou du soir et les déjeuners sont beaucoup plus « alcoolisés » dans les pays du sud de l'Europe. Tandis que la fréquence de la consommation quotidienne montre un gradient du nord au sud de l'Europe, la consommation non quotidienne (plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours) semble être plus habituelle en Europe centrale, et le phénomène est en voie d'harmonisation à l'intérieur de l'Europe des 15.

Le fait de **«boire pour se saouler»** est un comportement variable à l'intérieur de l'Europe et les Européens du sud rapportent des fréquences d'ivresse moins élevées. Ce comportement («*binge drinking*») n'est pas déclaré avec la même fréquence quand cette « recherche de l'ivresse », définie par un nombre minimum de verres bus en une occasion de consommation («single drinking occasion»), est systématiquement recherchée, ce qui suggère qu'il existe des différences entre les pays dans la reconnaissance de son état d'intoxication ou dans l'appréciation de la durée de «l'occasion de consommation». Les études sur ces comportements de recherche d'ivresse révèlent également des exceptions dans l'opposition nord-sud, montrant par exemple en Suède un des plus faibles taux de l'Europe des 15. En prenant l'ensemble des pays de l'Europe des 15, les adultes reconnaissent avoir été ivres 5 fois par an en moyenne, et avoir « recherché l'ivresse » 17 fois (en buvant 5 verres ou plus). Cela représente l'équivalent de 40 millions de citoyens de l'Europe des 15, « buvant trop » une fois par mois et de 100 millions (1 sur 3) recherchant l'ivresse au moins une fois par mois. Il existe beaucoup moins de données pour les nouveaux pays de l'Union, mais les chiffres recueillis suggèrent que la

¹ Nouveaux pays ayant intégré l'Union Européenne en 2004 : Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie.

consommation de vin est remplacée par celle de spiritueux, que la fréquence de la consommation est plus faible mais que la fréquence de la recherche de l'ivresse est plus importante que dans l'Europe des 15.

Tandis que 266 millions d'adultes boivent de l'alcool, jusqu'à 20 g par jour pour les femmes et 40 g pour les hommes, plus de 58 millions d'adultes (15 % de la population générale) en boivent au-dessus de cette limite, avec 20 millions d'entre eux (6 % de la population) buvant plus de 40 g par jour pour les femmes et plus de 60 g pour les hommes. En considérant la question de l'addiction plutôt que les niveaux de consommation, nous pouvons estimer que 23 millions d'Européens (5 % des hommes et 1 % des femmes) sont **dépendants de l'alcool**.

Dans toutes les sociétés étudiées, **les hommes boivent plus fréquemment que les femmes**, boivent des quantités plus importantes, et l'écart entre les sexes s'agrandit encore pour les consommations à risque. Bien que beaucoup de femmes arrêtent de consommer de l'alcool lorsqu'elles sont enceintes, un nombre significatif (25 à 50 %) continuent alors de boire, et certaines à des doses dangereuses. Les comportements peuvent être également étudiés du point de vue de **la catégorie socioprofessionnelle** (CSP). Il apparaît que les personnes ne consommant pas d'alcool sont plus fréquentes dans les catégories socioprofessionnelles basses. Le tableau est complexe (montrant quelquefois des tendances opposées pour les hommes et pour les femmes), cependant en général les fréquences de l'ivresse et de la dépendance sont tous les deux plus élevées parmi les buveurs des CSP basses.

Presque tous les **élèves âgés de 15 à 16 ans** (90 %) ont bu de l'alcool à un moment de leur vie, commençant en moyenne à l'âge de 12 ans et demi avec, en moyenne, une première ivresse à 14 ans. A l'âge de 15-16 ans, la quantité bue en une occasion est en moyenne supérieure à 60 g d'alcool, et atteint presque 40 g dans les pays du sud de l'Europe. Plus d'un jeune sur 8 âgé de 15-16 ans (c'est-à-dire 13 % de cette classe d'âge) a été ivre au moins 20 fois dans sa vie et plus d'un sur 6 de ces buveurs (18 %) a recherché l'ivresse («have binged», c'est-à-dire a bu plus de 5 unités d'alcool par occasion), au moins 3 fois dans le dernier mois. Bien que dans deux pays, certaines études aient constaté plus d'ivresses chez les filles que les garçons pour la première fois en 2003, en général, les garçons continuent de boire plus et d'être ivres plus souvent que les filles et il existe peu de réduction de l'écart entre eux. Dans la plupart des pays, on a observé une augmentation du comportement de recherche d'ivresse pour les garçons entre les années 1995-9 et 2003 et dans la presque la totalité des pays, cette évolution fut observée également pour les filles (des résultats semblables ont été trouvés dans d'autres pays que ceux participant à l'étude Espad et utilisant d'autres données). Ces résultats sont le reflet d'une augmentation du comportement de recherche d'ivresse et de la fréquence des ivresses à travers la plupart des pays européens de 1995 à 1999, suivie d'une tendance moins nette entre les années 1999 et 2003.

Les effets de la consommation d'alcool sur les individus

Bien que la consommation d'alcool apporte un certain nombre de plaisirs, elle accroît en même temps les risques d'une grande variété de dommages sociaux, généralement de manière dose-dépendante - c'est-à-dire que plus grande est la consommation d'alcool, plus grand est le risque couru. **Les dommages créés par la consommation des autres** (membres de l'entourage social ou familial) vont de simples nuisances, comme le fait d'être réveillé la nuit, jusqu'aux conséquences les plus dramatiques : violences conjugales, violences sur les enfants, délits, crimes, homicides. Généralement, plus forte est la consommation, plus graves sont le crime ou la blessure. Tous les paramètres comme le volume d'alcool consommé, la fréquence des consommations, la fréquence et l'intensité des consommations

épisodiques aiguës accroissent le risque de violence, indépendamment les uns des autres ; en outre, l'effet du volume de la consommation sur le dommage est souvent, mais pas toujours, modifié au cours des consommations épisodiques aiguës.

L'alcool est une drogue pouvant entraîner une dépendance, mais c'est également la cause de près de 60 différents types de maladies ou d'états pathologiques comprenant blessures, troubles psychiques avec retentissement sur le comportement, symptomatologies gastro-intestinales, cancers, déficits immunologiques, maladies pulmonaires, maladies du squelette et des muscles, troubles de la fonction de reproduction et lésions prénatales, en particulier un risque accru de prématurité et de déficit staturo-pondéral à la naissance. Pour la plupart de ces états pathologiques, la consommation accroît le risque de manière dose-dépendante : plus grande est la consommation plus grand est le risque. Pour certains de ces états, comme les cardiomyopathies, les syndromes de détresse respiratoire aiguë et les atteintes musculaires, les dommages apparaissent seulement après une consommation élevée sur une longue durée et aux niveaux de consommation élevés, l'alcool augmente encore le risque et la sévérité des lésions proportionnellement à la dose consommée. La fréquence et l'intensité de consommations épisodiques aiguës augmentent particulièrement le risque de blessures et de certaines maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral).

Une petite consommation d'alcool réduit le risque **d'infarctus du myocarde**, cependant la taille exacte de cette réduction et le niveau de consommation pour lequel cet effet est maximum sont encore en débat. Les meilleures études - celles qui tiennent compte d'autres influences - donnent une réduction du risque inférieure à celle qui est trouvée dans les études de moins bonne qualité et montrent que cette réduction survient pour une consommation d'alcool inférieure à celle habituellement proposée.

La plus grande part de la réduction du risque peut être obtenue avec une consommation de 10 g d'équivalent alcool pur (un verre) tous les deux jours. Au delà de 20 g (deux verres) par jour - qui est le niveau de consommation avec le risque le plus faible - le risque d'infarctus du myocarde augmente de nouveau. En outre, aux âges très avancés, la réduction du risque diminue. C'est principalement la présence d'alcool qui réduit le risque plutôt que les composants spécifiques des différentes boissons. Il existe aussi des recherches montrant que la consommation d'alcool à dose faible peut réduire le risque de démence d'origine vasculaire, de lithiase urinaire et de diabète ; cependant ces résultats n'ont pas été retrouvés dans toutes les études.

Le risque de décès lié à l'alcool est donc un équilibre entre le risque des maladies et des blessures que la consommation d'alcool augmente et le risque de maladie cardiaque (survenant essentiellement à un âge avancé) qui est diminué par la consommation de petites quantités d'alcool. Cet équilibre a pour conséquence que, au moins au Royaume-Uni, la consommation d'alcool avec le moindre risque est zéro ou proche de zéro pour les femmes en dessous de l'âge de 65 ans et moins de 5g d'alcool par jour pour les femmes de plus de 65 ans. En ce qui concerne les hommes, le niveau de consommation d'alcool avec le moindre risque est zéro en dessous de l'âge de 35 ans, à peu près 5 g par jour ensuite et moins de 10 g pour les hommes âgés de 65 ans ou plus (la limite tendant vers zéro aux âges avancés).

Notons qu'il existe des bénéfices pour la santé de tous les « buveurs excessifs » à réduire ou stopper définitivement leur consommation d'alcool. Même pour les maladies chroniques comme la cirrhose du foie ou la dépression, la réduction ou l'arrêt de la consommation entraîne rapidement des améliorations.

Les effets de la consommation d'alcool sur l'Europe

La consommation d'alcool pèse lourdement sur plusieurs aspects de la vie des Européens en provoquant des dommages que nous pouvons grossièrement classer en dommages sociaux et problèmes de santé. Sept millions d'Européens **ont rapporté avoir eu des comportements agressifs après consommation d'alcool** l'année précédant l'enquête et (selon une revue d'un petit nombre d'études nationales) on peut estimer le coût économique des crimes et délits qui sont des conséquences directes de la consommation d'alcool à 33 milliards d'euros en 2003 pour l'ensemble de l'Union Européenne. Ce coût se répartit entre des frais de police, de tribunaux et de prisons (15 milliards d'euros), de prévention des crimes, d'assurances (12 milliards d'euros) et de dommages sur les biens (6 milliards d'euros). Les dommages sur les biens dus à la conduite en état d'ivresse ont aussi été chiffrés à 10 milliards d'euros, alors que les coûts humains dus aux conséquences physiques et psychologiques des crimes et délits ont été évalués entre 9 et 37 milliards d'euros.

Il est estimé que 23 millions d'Européens sont dépendants de l'alcool ; en tenant compte de la souffrance humaine induite parmi les membres de **l'entourage**, ceci conduit à l'estimation d'un coût indirect de 68 milliards d'euros. L'estimation de l'étendue des dommages dans la vie professionnelle est plus difficile ; cependant, dans l'Europe des 15, près de 5% des hommes consommateurs d'alcool et 2 % des femmes reconnaissent que cette consommation a un impact négatif sur leur travail ou leurs études. En faisant une revue des études nationales de coût, il a été estimé que la perte de productivité due à l'absentéisme et au chômage attribuables à l'alcool s'élève respectivement à des chiffres compris, selon les études, entre 9-19 milliards et 6-23 milliards d'euros.

Si on s'intéresse aux **effets sur la santé**, on peut considérer que la consommation d'alcool est responsable d'environ 195 000 morts chaque année dans l'Union Européenne, mais elle est également estimée responsable de la prolongation de la durée de vie par un report de 160 000 décès, principalement du fait de son effet cardioprotecteur pour les femmes qui meurent après l'âge de 70 ans (cependant, du fait de difficultés méthodologiques, il est possible qu'il existe une surestimation du nombre de décès retardés). Il semble plus judicieux de considérer les 115 000 décès survenant avant l'âge de 70 ans afin d'éviter la surestimation des effets protecteurs de l'alcool après cet âge. Ces chiffres sont établis par comparaison avec la situation d'abstinence d'alcool et l'effet absolu serait plus fort si on considérait le niveau de consommation donnant le risque minimum. La mesure de l'effet de la consommation d'alcool par l'unité du DALY, exprimant le nombre d'années de vie gâchées (années de mauvaise santé ou de mort prématurée) atténue ces difficultés méthodologiques puisqu'elle montre que l'alcool est bien responsable de 12 % des morts prématurées et des années de mauvaise santé chez les hommes et de 2 % chez les femmes, même en tenant compte des effets bénéfiques. Ceci aboutit à classer l'alcool en troisième position parmi 36 facteurs de risque de mauvaise santé dans l'Union Européenne, devant le surpoids et l'obésité, juste après la consommation de tabac et l'hypertension artérielle.

Cet impact sanitaire se manifeste par une grande variété de causes de mortalité et d'états pathologiques, comprenant 17 000 morts annuelles par accidents routiers (1 accident mortel sur 3), 27 000 morts au cours d'autres accidents, 2 000 homicides (4 meurtres et homicides involontaires sur 10), 10 000 suicides (1 sur 6), 45 000 morts par cirrhose du foie, 50 000 par cancers (dont 11 000 cancers du sein chez la femme) et 17 000 morts par complications neuro-psychiatriques aussi bien que 200 000 épisodes de dépression (qui comptent pour 2,5 millions de DALYs). Le coût du traitement de ces états pathologiques a été estimé à 17 milliards d'euros, s'ajoutant à

5 milliards d'euros dépensés pour le traitement et la prévention de l'usage nocif d'alcool et de l'usage avec dépendance. Les vies perdues peuvent être estimées soit pour leur potentiel de production perdue (36 milliards d'euros sans tenir compte des effets bénéfiques) ou en considérant la valeur de la vie elle-même (145 à 712 milliards d'euros après avoir tenu compte des effets bénéfiques).

Les jeunes endossent une lourde partie de ce fardeau avec plus de 10 % de la mortalité des jeunes femmes et environ 25 % de celle des jeunes hommes liées à l'alcool. Il existe peu de données sur l'étendue des troubles sociaux chez les jeunes, mais 6 % des élèves âgés de 15 à 16 ans en Europe attribuent à la consommation d'alcool des actes violents et 4 % d'entre eux l'associe à des rapports sexuels non protégés.

Lorsqu'on compare la **situation des différents pays**, on s'aperçoit que la consommation d'alcool joue un rôle important dans l'abaissement de l'espérance de vie des pays ayant intégré l'Union Européenne récemment par rapport à ceux de l'Europe des 15 avec un excès du taux de mortalité attribuable à l'alcool de 90 hommes et 60 femmes pour 100 000 habitants. **A l'intérieur de chaque pays**, de nombreux états pathologiques impliquant des inégalités sanitaires sont liés à la consommation d'alcool, mais ces états pathologiques peuvent varier (par exemple, c'est pour la cirrhose en France et pour les morts violentes en Finlande). La moins bonne santé des habitants des zones économiquement défavorisées, apparaît également liée à la consommation d'alcool et des recherches suggèrent que la mortalité directement attribuable à l'alcool est plus importante dans ces régions défavorisées au delà de ce qui pourrait être expliqué par de simples inégalités socio-économiques individuelles.

De nombreux dommages causés par la consommation d'alcool **touchent les membres de l'entourage des buveurs**. Parmi ces personnes, nous pouvons compter les 60 000 enfants naissant avec un poids inférieur à la normal, aussi bien qu'une grande proportion (16 %) des enfants maltraités, et plus généralement les 5-9 millions d'enfants appartenant à des familles où existe un problème d'alcool. La consommation d'alcool touche aussi d'autres adultes, dont 10 000 personnes mortes dans un accident routier en plus des conducteurs en état d'ivresse et d'autres victimes de crimes ou délits. Une partie du coût économique est aussi payé par d'autres personnes ou des institutions, en particulier une grande part du coût des crimes et délits estimé à 33 milliards d'euros, les 17 milliards d'euros dépensés dans le système de soins et 9-19 milliards d'euros dus à l'absentéisme.

De simples observations et les analyses chronologiques montrent que le poids de la consommation d'alcool sur la santé est lié aux **changements de manière de boire**. Ces changements sont le reflet du comportement des « buveurs excessifs » plus que celui des « buveurs modérés » (étant donné que, par exemple, les 10 % de buveurs « les plus excessifs » boivent un tiers, voire une moitié de la consommation totale dans la plupart des pays) mais ces changements indiquent aussi la tendance générale des groupes et des communautés à changer collectivement leurs niveaux de consommation. Pour l'ensemble de la population, l'impact sur les dommages d'un changement de la consommation moyenne d'un litre d'alcool pur par an est plus élevé dans les pays consommant moins de l'Europe des 15 (ceux d'Europe du Nord) mais est encore significatif pour la cirrhose, les homicides (pour les hommes seulement), les accidents et la mortalité générale (hommes seulement) dans les pays d'Europe du sud consommant plus. Alors que certains observateurs ont affirmé que les changements plus importants qui sont survenus en Europe du Nord sont le reflet de la culture « explosive » du boire, ils peuvent aussi refléter l'effet proportionnel plus fort d'une baisse de consommation d'un litre d'équivalent alcool pur dans ces pays nordiques consommant peu. Plus généralement, il a été estimé que la diminution de la consommation d'un litre d'alcool pur par an ferait diminuer la

mortalité des hommes de 1 % en Europe du sud et du centre et de 3 % en Europe du nord.

Evaluation des différentes politiques de prévention

Pour être efficaces sur la question de l'alcool, **les politiques de sécurité routière** doivent associer l'utilisation de taux légaux d'alcoolémie bas, avec des taux plus faibles pour les nouveaux conducteurs - la pratique de contrôles aléatoires d'alcoolémie et des suspensions du permis de conduire. Les études scientifiques, encore en nombre limité, n'ont pas démontré l'efficacité des programmes de réduction des risques (comme le raccompagnement à domicile des personnes ivres ou la pratique du «conducteur désigné»). Le verrouillage automatique des véhicules peut être une mesure intéressante en prévention primaire, mais en ce qui concerne les conducteurs condamnés, elle n'est pas efficace au delà de la période où le système est installé sur le véhicule du chauffeur qui a été en infraction. L'OMS a modélisé l'impact et le coût des contrôles aléatoires d'alcoolémie. Par rapport à l'absence de cette mesure, et si elle était appliquée dans toute l'Union européenne, elle aboutirait au bénéfice de 111 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût estimé à 233 milliards d'euros par an.

L'efficacité des politiques de prévention utilisant les actions **d'information, d'éducation, et de formation** est faible. Bien que le but des actions d'éducation en milieu scolaire apparaisse facile à atteindre du fait qu'elles s'adressent à des publics «captifs», l'effet de ces programmes sur la population générale est faible car leur efficacité est limitée. Notons bien que des recommandations pour améliorer l'efficacité de ces programmes scolaires ont été données. Par ailleurs, les actions utilisant les media ont un rôle particulier à jouer en renforçant la prise de conscience des problèmes créés par la consommation d'alcool et en préparant le terrain pour des interventions particulières.

Il existe de fortes preuves de l'efficacité des politiques **régulant le marché de l'alcool**. La taxation des boissons alcooliques est particulièrement importante dans tous les pays, car elle agit en particulier sur la consommation d'alcool problématique des jeunes. Si la taxation de l'alcool était utilisée pour augmenter de 10% le prix de l'alcool dans l'Europe des 15, plus de 9000 décès seraient évités l'année suivante et un supplément de 13 milliards d'euros de revenu fiscal (droits d'accises) serait prélevé. Il a été prouvé que lorsque les horaires autorisés de vente de l'alcool sont étendus, les actes violents augmentent. L'OMS a modélisé l'effet de la restriction d'une durée de 24 heures par semaine pour la vente d'alcool dans les commerces de détail ; cela entraînerait pour l'Union Européenne le bénéfice de 123 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût d'implantation estimé à 98 millions d'euros par an.

Réglementer les **communications commerciales** des boissons alcooliques (publicité et autres pratiques de marketing) en contrôlant leur volume et leur contenu est susceptible de réduire les dommages. Les publicités ont une action particulière sur les jeunes car elles valorisent les attitudes positives vis-à-vis de la consommation d'alcool. L'auto régulation effectuée par les producteurs de boissons eux-mêmes (par exemple en publiant des codes de bonne conduite) n'apparaît pas comme efficace. L'OMS a modélisé l'impact de l'interdiction de la publicité ; appliqué à l'Union européenne, elle entraînerait le bénéfice de 202 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût d'implantation estimé à 95 millions d'euros par an.

Il existe de plus en plus de preuves de l'efficacité des stratégies modifiant le **contexte et le cadre de la consommation**. Cependant ces stratégies sont applicables principalement dans les bars et les restaurants et leur efficacité dépend

de la surveillance par les autorités. Par exemple, voter une loi sur l'âge minimum pour consommer de l'alcool aura peu d'effet si la sévérité de la loi votée n'est pas renforcée par la crainte de voir la licence des débits de boissons retirée aux établissements qui ne la respectent pas. De telles stratégies sont également plus efficaces lorsqu'elles sont soutenues par des programmes de prévention communautaires.

Il existe de plus en plus de preuves de l'impact des **interventions brèves**, particulièrement dans les lieux de soins primaires, pour réduire la consommation d'alcool à risque et dangereuse. L'Organisation Mondiale de la Santé a modélisé l'impact et le coût des soins basés sur les interventions brèves s'ils étaient proposés à 25 % de la population à risque; appliqué à l'Union européenne, cela entraînerait le bénéfice de 408 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût estimé à 740 millions d'euros par an.

En utilisant ces modèles de l'OMS, et en comparant avec une absence de toute politique de prévention, il a été possible d'estimer le coût et l'effet d'un **ensemble de mesures et de programmes** efficaces appliqués à l'ensemble de l'Union Européenne comprenant des contrôles d'alcoolémie aléatoires sur la route, une augmentation de la taxation, une restriction de l'accès aux boissons alcooliques, une interdiction de la publicité et la pratique d'interventions brèves par les médecins généralistes. L'implantation de cet ensemble de mesures coûterait aux gouvernements européens la somme de 1,3 milliards d'euros. Cela représente à peu près 1 % des coûts directs de l'alcool à la société et seulement 10 % du surplus de recette fiscale obtenu par une augmentation de 10 % du prix de l'alcool). Il a été estimé que cet ensemble de mesure éviterait 1,4 millions d'années de vie en mauvaise santé ou de morts prématurées par an, soit approximativement 2 % de la somme de toutes les années de vie gâchées dans l'Union européenne.

Les politiques de l'alcool aux niveaux européen et mondial

Les contraintes légales les plus fortes touchant la politique de l'alcool viennent des **traités commerciaux internationaux** : Accord Général sur les Tarifs douaniers et le Commerce (AGTC), le « *GATT* » concernant les marchandises et Accord Général sur le Commerce et les Services les services (AGCS), le « *GATS* ». Les litiges commerciaux passés montrent que l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), en charge de faire respecter les traités, peut donner la priorité à la santé sur le commerce dans quelques circonstances (interdiction des importations d'amiante, par exemple) mais les politiques de restriction commerciale doivent passer une série de contrôles sévères pour être acceptées.

Cependant, le plus grand impact sur la réalité des politiques de l'alcool est venu des **réglementations commerciales de l'Union Européenne**. La plupart des litiges concernant l'alcool proviennent de la règle dite du « traitement national » sur la question de la taxation, règle qui interdit aux Etats de faire des discriminations - directes ou indirectes - en faveur des produits nationaux contre ceux provenant d'un autre pays de l'Union. Aucune exception ne peut être faite à ce principe, même avec des arguments tenant à la santé publique, ce qui entraîne que certains pays sont confrontés à des restrictions dans la définition de leur politique fiscale. Dans le sens opposé, la **Cour de justice des communautés européennes**, qui prend une importance grandissante, a conforté sans ambiguïté la possibilité d'interdictions publicitaires pour les boissons alcooliques en Catalogne et en France, reconnaissant « qu'il est indéniable que la publicité est un encouragement à la consommation ».

L'harmonisation des droits d'accises est un objectif à long terme de l'Union Européenne pour réduire les distorsions du marché, où de grandes différences dans

les taux de taxation entre pays voisins conduisent à des achats transfrontaliers importants. Ce phénomène conduit à des pertes de revenus pour les gouvernements des pays taxant fortement l'alcool et crée des pressions économiques pour qu'ils baissent leurs taux de taxation, comme cela est arrivé dans plusieurs pays nordiques. La production de boissons alcooliques sous forme de vins reçoit une aide de 1,5 milliards d'euros par an par le biais de la **Politique Agricole Commune**. L'importance économique et politique de ces subventions, dans le contexte des problèmes actuels de la viticulture, freine les avancées favorables à la santé publique.

L'organisme international qui s'est révélé le plus actif sur la question de l'alcool est l'**Organisation Mondiale de la Santé**, dont le Bureau européen a pris plusieurs initiatives pour réduire les dommages liés à l'alcool dans ses 52 états membres. Il s'agit de la publication du Cadre pour la politique de l'alcool de la région Europe (*Framework for Alcohol Policy in the European region*), de la Charte européenne sur l'alcool et de l'organisation de deux conférences ministérielles qui ont confirmé la nécessité que la politique de prévention du risque alcool (et la politique de santé publique plus généralement) soit développée indépendamment des intérêts économiques et commerciaux.

Bien que l'Union Européenne ne puisse pas voter de loi ayant comme objectif la protection de la santé humaine (les Etats membres n'ont pas conféré ce pouvoir aux institutions européennes), certaines politiques traitant du marché interne peuvent intégrer des questions de santé, comme l'article sur la publicité de la **Directive «Télévision sans Frontières»**. Autrement, l'action de l'Union Européenne ne peut se faire que par des incitations, sous la forme de résolutions et de recommandations demandant aux Etats membres d'agir dans une certaine direction, mais sans pouvoir les contraindre à le faire.

Les politiques de l'alcool des Etats membres de l'Union Européenne

Tous les pays de l'Union Européenne disposent d'un certain nombre de lois et de pratiques administratives spécifiques aux boissons alcooliques, souvent pour des raisons de santé publique. En dépit de cela, près de la moitié des pays européens n'ont pas encore de **plan d'action ou d'organisme coordonnateur sur la question de l'alcool**. Cependant, la plupart des pays ont mis en place des programmes d'actions dans un domaine ou l'autre de la question, les plus habituels étant des **programmes d'information en milieu scolaire**. Tous les pays ont également mis en place des actions de **prévention au cours de la conduite automobile** et tous, à l'exception du Royaume-Uni, de l'Irlande et du Luxembourg, ont placé le taux légal maximum autorisé pour les conducteurs au niveau recommandé par la Commission Européenne (0,5 g/l). Cependant, beaucoup de conducteurs européens pensent qu'il existe un risque minime d'être contrôlé - un tiers d'entre eux pensant qu'ils ne seront *jamais* soumis à l'éthylomètre, mais cet «espoir» est plus faible dans les pays où sont pratiqués des contrôles aléatoires d'alcoolémie.

Les ventes de boissons alcooliques sont soumises à des restrictions dans la plupart des pays de l'UE, dans quelques cas par le biais de monopoles de vente au détail, mais le plus souvent par un système de licences, et les lieux où l'alcool peut être vendu sont le plus souvent limités. Plus d'un tiers des pays (et quelques régions des pays européens à organisation fédérale) limitent également les **heures de vente** et les restrictions sur les jours de vente ou la densité des lieux de vente à emporter existent dans un petit nombre de pays. Tous les pays interdisent **la vente d'alcool à consommer sur place aux jeunes** en dessous d'un certain âge, mais 4 pays n'ont aucune réglementation sur la vente aux jeunes dans les boutiques de vente à

emporter. L'âge limite de vente varie aussi à travers l'Europe, elle est plutôt autour de 18 ans dans l'Europe du Nord et de 16 au Sud.

La promotion de l'alcool est contrôlée de façon plus ou moins sévère selon la nature de l'activité commerciale. Les publicités pour les bières à la télévision sont soumises à des réglementations (qui vont au-delà des règles sur le contenu des messages) dans plus de la moitié des pays européens avec des interdictions totales dans 5 pays ; toujours pour la télévision, la publicité pour les spiritueux est interdite dans 14 pays. La publicité par affichage et dans la presse écrite est soumise à moins de contrainte, un pays sur trois (principalement dans les 10 nouveaux pays européens) ne fixant aucune limite. **La sponsoring par les activités sportives** est l'activité commerciale la moins contrôlée : sept pays seulement imposent une restriction ou une autre.

La **taxation** des boissons alcooliques est une autre caractéristique retrouvée dans les pays européens, mais les niveaux de taxation sont très variables. Nous pouvons le voir en particulier pour le vin qui n'est pas taxé dans presque la moitié des pays, alors qu'un pays sur cinq a un taux de taxation supérieur à 1000 euros PPP (unité ajustée avec le pouvoir d'achat dans chaque pays). En général, le taux moyen de cette taxation est plus élevé en Europe du Nord et plus faible dans les pays du sud, du centre et de l'est. Quatre pays ont également introduit depuis 2004 une **taxe ciblée sur les alcopops** qui apparaît avoir réduit leur consommation.

Si on combine les différents domaines de politique de prévention de l'alcool en une **échelle d'évaluation unique**, le score varie de 5,5 en Grèce à 17,7 en Norvège sur un total maximum de 20, la moyenne est de 10,8. Les politiques les moins strictes se retrouvent dans les pays du sud, du centre et de l'est et les plus sévères dans ceux du nord mais les scores ne décroissent pas tous régulièrement du nord au sud, comme on peut le voir par le score élevé de la France (13). Ce tableau des politiques de l'alcool est très différent de celui qu'on pouvait observer 50 ans auparavant, avec des niveaux d'intervention beaucoup plus proches les uns des autres, ce qui est dû principalement à une augmentation du niveau de contrôle dans de nombreux pays, en particulier dans le domaine de la sécurité routière où tous les pays ont un taux légal maximum autorisé. Les contrôles de la commercialisation, comme l'instauration d'âges minimum pour l'achat, et l'organisation des institutions publiques en charge des politiques de prévention sont également beaucoup plus communes en 2005 que dans les années 1950.

CONCLUSIONS

L'alcool dans l'économie européenne

Conclusion 1

Le commerce de l'alcool contribue pour 9 milliards d'euros au bénéfice de la balance commerciale de l'Union européenne et ce commerce n'est pas nécessairement touché par les politiques européennes et nationales visant à réduire les dommages liés à la consommation d'alcool.

Conclusion 2

Les taxes provenant de l'alcool forment une part importante des revenus des gouvernements (25 milliards d'euros en 2001 dans l'Europe des 15) ; leur montant dépend plus du taux moyen de taxation que du niveau général de la consommation d'alcool.

Conclusion 3

La diminution de la consommation n'entraînera pas nécessairement une perte d'emplois dans l'économie générale et peut même ne pas entraîner de grand changement dans l'emploi de certains secteurs liés à l'alcool comme la restauration et les débits de boissons.

Le coût social de l'alcool

Conclusion 4

Le coût direct de l'alcool pour l'Union européenne a été estimé à 125 milliards d'euros en 2003 y compris 60 milliards d'euros de perte de productivité du fait de l'absentéisme, du chômage et des années de travail perdues par les décès prématurés.

Conclusion 5

Le coût indirect de l'alcool (qui tient compte de la valeur accordée à la souffrance et à la vie humaine) a été estimé à 270 milliards d'euros en 2003 pour l'Union européenne.

La consommation d'alcool en Europe

Conclusion 6

Même si les différences entre les pays pour le niveau et les modes de consommation sont encore évidentes, elles sont plus faibles que 40 années auparavant et les modes de cette consommation sont beaucoup plus semblables à travers l'Europe qu'on ne le croit habituellement. La recherche de l'ivresse par les adolescents s'est accrue dans la plupart des pays dans les années 90 mais cette modification fut suivie par une diminution de cette tendance dans les années récentes.

Conclusion 7

L'ivresse est une cause importante de blessures - en particulier à la suite de violences - à travers toute l'Europe, y compris en Europe du sud.

Conclusion 8

Le lieu de résidence en Europe est un déterminant majeur des dommages créés par la consommation d'alcool.

Alcool et santé

Conclusion 9

L'alcool est un déterminant de santé responsable de 7,4 % de toutes les maladies et décès prématurés dans l'Union européenne.

Conclusion 10

L'alcool est une cause de dommages à l'entourage du buveur, en particulier pour 60 000 enfants naissant avec un poids inférieur à la normale, pour 5 à 9 millions d'enfants vivants dans des familles touchées par l'alcool et pour 10 000 personnes, autres que le conducteur, décédées dans un accident de la circulation dans l'Union européenne chaque année.

Conclusion 11

L'alcool est une cause d'inégalité de santé à la fois entre les pays membres et à l'intérieur des pays causant en moyenne 90 morts supplémentaires pour 100 000 hommes et 60 morts supplémentaires pour 100 000 femmes dans les pays ayant intégré récemment l'Union, par rapport aux pays de l'Europe des 15.

L'alcool et les politiques gouvernementales

Conclusion 12

Les gouvernements ont la responsabilité d'intervenir sur le marché et tirent bénéfice en le faisant. Par exemple, il est estimé qu'une augmentation du prix de l'alcool de 10 % dans tous les pays de l'Europe des 15 doit apporter approximativement 13 milliards d'euros de supplément de taxes la première année.

Conclusion 13

Les interventions d'éducation à la santé qui montrent seulement une petite efficacité pour réduire les dommages créés par l'alcool ne peuvent pas remplacer les mesures qui régulent le marché de l'alcool ; celles-ci ont le plus grand impact pour réduire les dommages, en particulier parmi les buveurs à risque et les jeunes.

L'alcool et la politique européenne

Conclusion 14

Les différences persistantes dans les politiques de l'alcool en Europe, comme le niveau de taxation des boissons alcooliques, gêne la mise en œuvre de pratiques efficaces de prévention du risque alcool dans certains pays.

Conclusion 15

Les différentes politiques entre les Etats membres sont parfois considérées comme légitimes pour protéger la santé publique ainsi que la Cour européenne l'a statué en 2004 en faveur de la loi française sur la publicité des boissons alcooliques.

RECOMMANDATIONS

I. Définition des boissons alcooliques

Définition des boissons alcooliques	Acteur compétant
I.1. Les politiques publiques doivent définir les boissons alcooliques d'une façon uniforme à travers l'Union européenne. Un point de départ pourrait être de considérer les boissons soumises à taxation du fait de leur contenu en alcool (degré d'alcool minimum de 0,5 %).	(I) Inst. Eur. ¹

II. Création d'une base scientifique à la politique de l'alcool

Recommandations pour la recherche	Acteur compétant
II.1. Des structures européennes doivent être créées et financées pour entreprendre des recherches en alcoologie en partenariat à travers l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région ¹
II.2. Des structures européennes doivent être créées et financées pour analyser et faire connaître tous les résultats importants de la recherche en alcoologie à travers des manuels et des banques de données. Les résultats doivent être traduits dans une politique de prévention facile à comprendre grâce à des outils pratiques et des recommandations.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
II.3. Des programmes de recherches en alcoologie doivent être établis et financés par les pouvoirs publics sur le long terme.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
II.4. La recherche en alcoologie doit être développée à travers des programmes de développement.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
Recommandations pour l'information	Acteur compétant
II.5. Un centre européen de surveillance sur l'alcool (CESA) comprenant des correspondants nationaux doit être établi et financé.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
II.6. Il faut insister auprès du groupe de travail compétent de l'Union européenne sur l'importance d'inclure les indicateurs de la consommation d'alcool, des dommages, des politiques et de l'effet des programmes de prévention dans la «liste courte des indicateurs de santé de la communauté européenne».	(I) Inst. Eur
II.7. Des programmes de surveillance de la question alcool doivent être établis de telle façon que les données soient analysables et comparables à travers l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
II.8. Une base de données européenne sur les lois et réglementation et sur les programmes efficaces de prévention doivent être établis et alimentés au niveau de l'Europe, des Etats membres, des régions et des municipalités.	(I) Inst. Eur. (II) EM/Région (III) Municipalités ¹

III. Préparation et mise en place de stratégies et de plans

Recommandations pour les stratégies et les plans d'actions	Acteur compétant
III.1. Les structures européennes de contrôle de la politique de l'alcool doivent être renforcées au sein de la Commission Européenne avec un personnel adéquat et des ressources financières suffisantes pour surveiller le développement des politiques européennes et l'implantation de la stratégie de la Commission sur l'alcool.	(I) Inst. Eur.
III.2. Des agences interministérielles de coordination et de contrôle des politiques de l'alcool doivent être établies ou renforcés et financés de manière convenable à tous les niveaux d'action.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités
III.3. Des plans d'action sur l'alcool avec des objectifs, des stratégies et des cibles claires doivent être formulés et mis en place.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités
III.4. Un système de subvention doit être mis en place pour les organisations, les programmes et les ressources humaines impliquées dans la réduction des dommages dus à la consommation d'alcool. Des analyses doivent être entreprises sur la possibilité et l'intérêt d'attribuer à cet objectif une proportion du revenu fiscal de l'alcool.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités
III.5. Le soutien des mesures de prévention du risque alcool doit être encouragé dans la société civile et auprès des responsables politiques grâce à des campagnes de prise de conscience et des initiatives innovantes.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités
III.6. Des rapports réguliers sur l'alcool doivent être préparés et rendus accessibles à un large public.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités

IV. Autres pratiques et actions et collaboration internationale

Recommandations pour l'évaluation de l'impact et l'action collective	Acteur compétant
IV.1. Les responsables des politiques de santé doivent surveiller les risques consécutifs au processus de libéralisation du commerce, ils doivent s'assurer que les soucis sanitaires sont pris en compte dans les négociations commerciales au niveau mondial et européen.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
IV.2. Des études d'analyse et de faisabilité doivent être entreprises pour déterminer quand l'action collective de la politique de l'alcool est plus appropriée, à la fois au niveau européen et au niveau mondial, et comment des partenariats entre régions peuvent être renforcés pour favoriser la prévention du risque alcool.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région

- | | |
|---|---------------|
| IV.3. Des ressources supplémentaires doivent être fournies pour entreprendre des évaluations approfondies de l'impact des politiques des communautés européennes (en particulier la politique agricole), sur les dommages et les coûts liés à la consommation d'alcool. | (I) Inst. Eur |
|---|---------------|

V. Réduire la conduite automobile après consommation d'alcool

Recommandations de sécurité routière	Acteur compétant
V.1. Un taux légal d'alcoolémie de 0,5 g/l devrait être introduit à travers toute l'Europe ; les pays ayant un taux légal inférieur ne devraient pas l'augmenter.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.2. Un taux légal d'alcoolémie de 0,2 g/l devrait être introduit pour les nouveaux conducteurs, les conducteurs des services publics et les chauffeurs de poids lourds ; les pays ayant déjà un taux inférieur ne devraient pas l'augmenter.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.3. Des dépistages du taux d'alcoolémie utilisant des analyseurs d'haleine devraient être mis en place à travers l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.4. Des condamnations communes suffisamment claires et d'application rapide avec des peines graduées selon le niveau d'alcoolémie devraient être implantées à travers toute l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.5. La rééducation du conducteur, des programmes de réhabilitation et de traitement s'ajoutant aux peines et basées sur des recommandations et des protocoles validés devraient être implantés à travers toute l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.6. Des actions visant à réduire la conduite automobile après consommation d'alcool devraient être soutenues par une grande campagne au niveau européen.	(I) Inst. Eur.
V.7. Les campagnes existantes du type «conducteur désigné» devraient être évaluées pour leur impact à réduire les accidents liés à l'alcool et les accidents mortels avant que soient financées et mises en place de nouvelles campagnes.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.8. Des formations efficaces et appropriées pour les personnels de la restauration et les serveurs d'alcool devraient être mises en place pour réduire le risque de l'alcool au volant.	(III) Municipalités
V.9. Des programmes globaux d'éducation et de mobilisation communautaires incluant des planifications urbaines et des initiatives de transports publics devraient être mis en place pour réduire les problèmes de l'alcool au volant.	(III) Municipalités

VI. Encourager l'éducation, la communication, la formation et la prise de conscience

Recommandations pour l'éducation et la prise de conscience	Acteur compétant
VI.1. Les programmes d'éducation ne doivent pas être implantés isolément ou avec l'espoir de réduire par cette seule action les dommages liés à l'alcool, mais plutôt pour renforcer la prise de conscience des problèmes créés par l'alcool et pour préparer le terrain à des interventions spécifiques et à des mesures de contrôle..	(II) EM/Région (III) Municipalités
VI.2. Des subventions doivent être accordées pour évaluer la conception et l'impact des programmes individuels qui montrent des promesses d'efficacité.	(II) EM/Région (III) Municipalités
VI.3. De grands programmes d'éducation commençant dans la petite enfance devraient être mis en place pour informer les jeunes des conséquences de la consommation d'alcool sur la santé, la famille et la société et sur l'existence de mesures efficaces pour prévenir ou diminuer les dommages.	(II) EM/Région (III) Municipalités
VI.4. Les programmes d'éducation importés d'un pays ou d'une culture particulière devraient être évalués sur chaque nouveau site d'expérimentation avant d'être mis en place à grande échelle.	(II) EM/Région (III) Municipalités
VI.5. Des campagnes médiatiques doivent être utilisées pour informer les citoyens et pour augmenter leur prise de conscience sur la mise en place des mesures de contrôle de l'alcool.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités

VII. Etiquetage

Recommandations sur l'étiquetage	Acteur compétant
VII.1. Les contenants de boissons alcooliques doivent porter des messages rédigés par les institutions sanitaires et décrivant les effets nocifs de l'alcool pendant la conduite automobile ou la manipulation de machines, durant la grossesse et d'autres messages appropriés.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
VII.2. L'emballage et l'étiquetage des boissons alcooliques ne doivent pas promouvoir un produit alcoolique de manière à créer une impression erronée à propos de leurs caractéristiques ou de leurs effets sur la santé ou pour favoriser directement ou indirectement à la consommation par les mineurs.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région

VIII. Les politiques qui réglementent le marché de l'alcool

Recommandations pour la taxation, les achats transfrontaliers et la contrebande	Acteur compétant
<p>VIII.1. Les taux minimum de taxation des boissons alcooliques doivent être augmentées régulièrement proportionnellement à l'inflation. Ils doivent être au moins proportionnels au contenu en alcool des boissons et ils devraient au moins couvrir les coûts des dommages créés par la consommation de l'alcool tels qu'ils seront déterminés par une méthode standardisée et acceptée par tous.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région</p>
<p>VIII.2. Les Etats membres doivent pouvoir utiliser avec flexibilité la taxation pour s'attaquer aux problèmes particuliers qui peuvent venir de boissons spécifiques comme celles qui sont particulièrement consommées par les jeunes.</p>	<p>(II) EM/Région</p>
<p>VIII.3. La traçabilité des boissons alcooliques doit être assurée pour déterminer leurs origines et leurs mouvements commerciaux afin d'estimer l'importance de la contrebande de l'alcool aux frontières de l'Union et à l'intérieur.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région</p>
<p>VIII.4. Les Etats membres doivent avoir la possibilité de limiter les achats transfrontaliers des particuliers afin de diminuer l'impact de ces achats sur chaque politique fiscale.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région</p>
Recommandations concernant l'âge minimum d'achat et la disponibilité de l'alcool	Acteur compétant
<p>VIII.5. Un système minimum de licence pour la vente des boissons alcooliques doit être implanté à travers l'Europe en respectant les systèmes existants lorsqu'ils sont plus sévères.</p>	<p>(I) Eur. Inst. (II) EM/Région (III) Municipalités</p>
<p>VIII.6. La vente de boissons alcooliques doit être interdite au dessous d'un certain âge fixé à 18 ans ou à l'âge légal des lois nationales ou locales en vigueur s'il est inférieur. Ces réglementations doivent être appliquées avec sévérité.</p>	<p>(II) Eur. Inst.</p>
<p>VIII.7. Les règles administratives qui déterminent les points de vente d'alcool, leur nombre et densité, leur emplacement, leurs jours et heures d'ouverture ne devraient pas être. Les pays qui n'ont pas de réglementation ou qui appliquent des règles peu sévères devraient analyser l'effet que provoquerait l'introduction ou le renforcement de ces contrôles.</p>	<p>(II) Eur. Inst. (III) Municipalités</p>
<p>VIII.8. Une série de peines progressivement de plus en plus sévères contre les vendeurs et les distributeurs ne respectant pas les réglementations, comme par exemple le retrait de la licence ou la fermeture définitive des établissements, doit être mise en place pour assurer le respect des mesures adéquates.</p>	<p>(III) Municipalités</p>

Recommandations pour les communications commerciales	Acteur compétant
<p>VIII.9. Une plate-forme commune pour régler les communications commerciales doit être implantée en Europe, bâtie sur les réglementations existantes dans les Etats membres. Elle doit envisager de programmer d'interdire progressivement la publicité à la télévision et au cinéma et la sponsoring des activités sportives ainsi que de limiter les messages et les images aux seules caractéristiques du produit.</p>	<p>(I) Eur. Inst. (II) EM/Région</p>
<p>VIII.10. L'article 15 de la directive Télévision Sans Frontière doit être renforcé aussi bien en ce qui concerne le contenu que le volume des publicités et une analyse de l'adhésion à cette mesure à travers les Etats membres doit être faite.</p>	<p>(I) Eur. Inst. (II) EM/Région</p>
<p>VIII.11. Quand une autorégulation par les professionnels de la production ou de la commercialisation des boissons est en place, elle doit être surveillée et jugée par un organisme de contrôle indépendant de ces professionnels.</p>	<p>(I) Eur. Inst. (II) EM/Région</p>

IX Réduire les dommages sur les lieux de la consommation et alentour

Recommandations pour agir sur le cadre de la consommation	Acteur compétant
<p>IX.1. L'urbanisation, les stratégies communautaires, les réglementations et restrictions sur les licences, les politiques de transport et le management des contextes de consommation doivent être utilisés pour réduire les risques résultant des ivresses, en particulier pour les résidents.</p>	<p>(III) Municipalités</p>
<p>IX.2. Des formations appropriées et efficaces doivent être mises en place pour les professionnels de la restauration et tous ceux qui servent de l'alcool pour réduire les conséquences néfastes de l'ivresse et des modes de consommation dangereux.</p>	<p>Producteurs d'alcool</p>
<p>IX.3. Une réglementation adaptée doit être prise et l'application des lois sur la vente d'alcool doit être assurée en particulier dans les lieux où existent les risques les plus élevés.</p>	<p>(III) Municipalités</p>
<p>IX.4. Une bonne mobilisation des communautés et des associations avec des projets réunissant les différents intervenants doit être facilitée pour créer des environnements plus sûrs et pour réduire les dommages liés à la consommation.</p>	<p>(III) Municipalités</p>

X. Interventions sur la consommation à risque, la consommation nocive et l'alcoolodépendance

Recommandations pour les interventions	Acteur compétant
X.1.Des recommandations scientifiquement évaluées concernant les interventions brèves sur les consommations à risque et nocive doivent être développées et mises en place dans différents lieux pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins	(II) EM/Région (III) Municipalités
X.2.La formation et le soutien aux programmes d'interventions brèves sur les consommations à risque et nocive doivent être développées dans différents lieux pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins	(II) EM/Région (III) Municipalités
X.3.Des ressources doivent être données pour assurer l'offre et l'accessibilité des actions de dépistage et de soins sur les consommations à risque et nocive et sur l'alcoolodépendance.	(II) EM/Région (III) Municipalités

Chapitre 1 : Introduction

Au moment où la Commission Européenne préparait sa propre stratégie sur l'alcool, pour couvrir l'ensemble de la question au niveau européen, elle a lancé un appel d'offre pour un rapport sur « les effets de la consommation d'alcool » en Europe du point de vue sanitaire, social et économique. Voici ce travail qui est à la fois une synthèse faite par des experts des différents travaux publiés sur la question (analyses systématiques, méta-analyses et études individuelles) et l'analyse des données rendues disponibles par la Commission Européenne et l'Organisation Mondiale de la Santé. Les auteurs de ce rapport considèrent « la politique de l'alcool » comme l'ensemble des stratégies « servant les intérêts de la santé publique et du bien-être social en agissant sur les déterminants sanitaires et sociaux ». Cette politique se développe donc dans le cadre de la santé publique, processus « mobilisant les ressources locales, régionales, nationales et internationales pour donner aux citoyens des conditions de vie leur permettant de rester en bonne santé ». Une terminologie standardisée a été proposée tout au long du rapport ; elle est basée sur celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'agence spécialisée des Nations Unies pour les questions de santé.

INTRODUCTION

Bien que la consommation d'alcool soit en baisse (cf. chapitre 4), l'Union européenne reste la région dans le monde qui compte le plus gros pourcentage de consommateurs d'alcool avec, de plus, la plus forte consommation d'alcool par habitant (Organisation mondiale de la santé 2005a), cf. figure 1.1. Bien que certaines régions de l'Europe sont décrites comme ayant des habitudes en termes de consommation d'alcool moins dangereuses pour la santé, l'alcool reste l'un des facteurs de risque majeurs de maladie et de décès prématuré (cf. chapitre 6). L'alcool constitue le troisième facteur de risque de maladie (après le tabac et l'hypotension), plus important que les problèmes d'hypercholestérolémie et de surpoids (Organisation mondiale de la santé 2002).

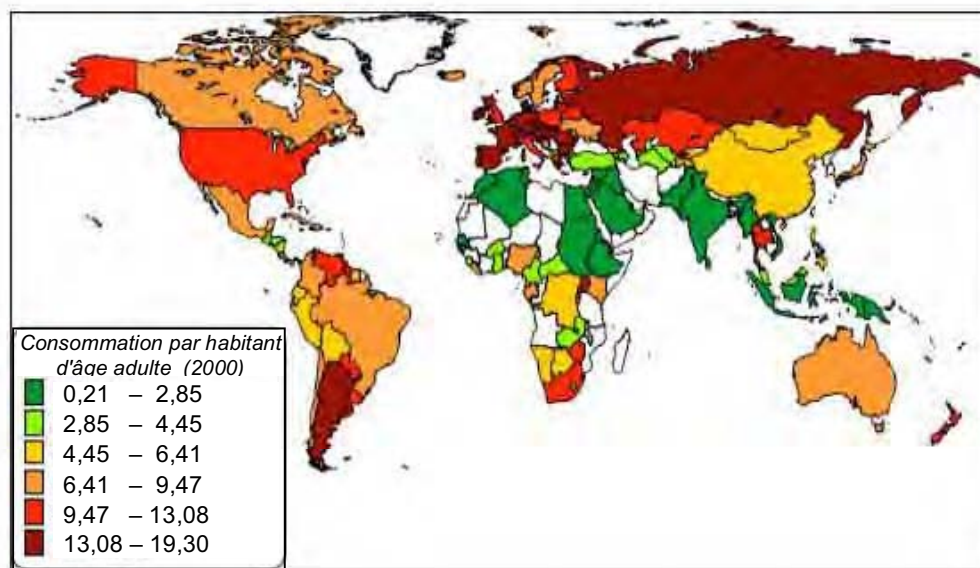


Figure 1.1 consommation d'alcool dans le monde par habitant d'âge adulte, en alcool pur et par an (estimation comprenant la consommation non déclarée). Source : Organisation mondiale de la santé (2005a).

Chapitre 1

Depuis les années 1970, avec le processus d'élargissement de l'Europe on a assisté dans les domaines des sciences, de la politique et de la société civile à un mouvement croissant et coordonné de réaction aux problèmes liés à l'alcool.

1. Dans le domaine des sciences, trois publications principales co-subsidées par le bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont fourni les faits scientifiques nécessaires à une politique en matière d'alcool (Bruun *et al.* 1975; Edwards *et al.* 1994; Babor *et al.* 2003), complétées de nombreux et différents documents techniques de référence. Comme précisé en chapitre 8, l'OMS a fortement contribué au processus politique par le biais de deux conférences ministérielles (Anderson 1996; Organisation mondiale de la santé 2001), de la Charte européenne sur la consommation d'alcool (Organisation mondiale de la santé 1995), de deux plans d'actions européens contre l'alcoolisme (Organisation mondiale de la santé 1992a; 2000) et d'un nouveau cadre dans lequel s'inscrit la politique sur l'alcool dans la région de l'Europe (Organisation mondiale de la santé 2005b).
2. La réaction de la société civile en Europe face aux effets destructeurs de l'alcool fut amplifiée en 1990 avec la création d'Eurocare,¹ organisation non gouvernementale européenne associative établissant des réseaux et des organisations dans toute l'Europe. Eurocare est représentatif de la diversité en matière d'opinion et de comportement culturel, et s'attache à prévenir les effets nocifs de l'alcool en accordant une attention particulière à l'influence de l'Union européenne concernant la politique sur la consommation d'alcool dans ses pays membres.
3. L'Union européenne quant à elle a soutenu le processus d'élaboration de politiques relatives à l'alcool avec la recommandation du Conseil de l'Europe du 5 juin 2001 au sujet de la consommation d'alcool chez les jeunes, en particulier chez les enfants et adolescents,² et les Conclusions du Conseil du 5 juin 2001 concernant une stratégie communautaire destinée à réduire les méfaits de l'alcool (cf. chapitre 8 également).³ Au mois de juin 2004, le Conseil de l'Europe attira à nouveau l'attention sur l'importance des Recommandations et Conclusions qu'il avait faites en 2001 et rappela l'invitation qu'il avait faite à la Commission européenne d'élaborer une stratégie,⁴ laquelle, en ce début de 2006, est en préparation.

En 2003, la Commission européenne a demandé que lui soit fourni un rapport et une analyse concernant l'impact de la consommation d'alcool sur les plans social, économique et de la santé (SANCO/G/3/2003/06), en vue en particulier de constituer un résumé des informations disponibles concernant l'alcool aux niveaux pays et Europe (facteurs économiques, problèmes de santé et sociaux, promotion de la santé, prévention et traitements, politique sur l'alcool) spécifiant les actions possibles tant au niveau pays qu'européen. Le présent rapport répond à cette demande de la Commission européenne.

Ce chapitre explique comment le rapport a été fait, présentant schématiquement les données concernant la santé publique ayant servi de base, aborde les problèmes liés à la terminologie et sert d'introduction aux chapitres suivants.

¹ <http://www.eurocare.org>

² http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/l_161/l_16120010616en00380041.pdf

³ http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf

⁴ http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf

METHODES, STRUCTURE ET TERMINOLOGIE DUE PRESENT RAPPORT**Méthode de préparation utilisée pour ce rapport**

Sources L'objet de ce rapport n'est aucunement de présenter une série de nouvelles méta-analyses ou d'examen systématiques, mais plutôt de fournir une synthèse experte de revues, d'examen systématiques, de méta-analyses et de différents articles individuels. Cet examen de publications, complété d'informations issues de différents articles supplémentaires, constitue les principales données factuelles qui ont servi de base à ce rapport. Des résumés de ces données factuelles sont fournis dans le présent rapport, faisant référence à certains travaux parmi les plus connus et importants dans le domaine concerné, bien qu'invitation est faite au lecteur souhaitant de plus amples informations de consulter les ouvrages et publications cités en référence.

Pour commencer, les sources de données furent trouvées par le biais de textes/ouvrages importants de référence (dont Norström 2001; Heather, Peters, et Stockwell 2001; Babor *et al.* 2003; Rehm *et al.* 2004; Loxley *et al.* 2004), en parcourant les revues *Addiction*, *Drug and Alcohol Review*, *Alcohol Research and Health* et *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* ainsi que les sites Internet de la Commission européenne, du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism et de l'Organisation mondiale de la santé. A partir de ces premières sources, certains sujets furent choisis ainsi que certaines sources supplémentaires afin de constituer une base actualisée de faits issus d'ouvrages, recherche ayant été faite via PubMed⁵ MEDLINE⁶ et PsychINFO⁷.

Ce rapport suit les définitions de faits médicaux modifiées afin de servir de base à une politique sur l'alcool. On pourrait définir ce rapport comme "le compte-rendu pointu, explicite et judicieux des meilleures données factuelles actuellement disponibles, permettant la prise de décisions avisées en matière de politique sur l'alcool", la démarche adoptée étant de "promouvoir la collecte, l'interprétation et l'intégration de données factuelles significatives, importantes et exploitables pouvant servir à l'élaboration d'une politique sur l'alcool" (adapté de Sackett *et al.* 2000). En adoptant une telle approche basée sur des données factuelles il est important de faire un travail pragmatique qui reflète la réalité. Comme Gray (Gray 2001) le dit *l'absence d'excellentes preuves n'empêche pas la prise de décision basée sur des faits ; il faut simplement utiliser les meilleures données à notre disposition et non pas les meilleures données possibles*. Un ensemble de données rigoureuses a été utilisé pour le présent rapport, bien qu'une recherche supplémentaire soit nécessaire dans de nombreux domaines (cf. chapitre 10 concernant les recommandations de recherche).

Dans la mesure du possible, ce rapport a été établi à partir de publications et de données directement issues de la Commission européenne et de projets (co)financés par la Commission, ainsi que de publications diffusées, subventionnées ou co-subventionnées par l'Organisation mondiale de la santé (cf. tableau 1.1). Ce rapport a de plus donné la préférence aux publications issues d'organismes officiels ou d'organisations gouvernementales au sein et en dehors de l'Europe. Par exemple, de nombreuses informations sont extraites de textes publiés par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism aux Etats-Unis, ainsi que de l'analyse provisoire utilisée pour la stratégie nationale concernant la consommation d'alcool en Angleterre et au Pays de Galles.

⁵ <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>

⁶ <http://medline.cos.com/>

⁷ <http://www.psycinfo.com/>

Chapitre 1

Données L'examen d'ouvrages a été complété par des données obtenues auprès de nombreuses et différentes sources (dont référence est faite dans les chapitres). Parmi les principales sources d'informations figurent notamment les résumés concernant les politiques en matière d'alcool et les profils liés à la consommation d'alcool issus de l'Organisation Mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la santé 2004a; Organisation mondiale de la santé 2004b). Profils qui furent vérifiés et actualisés par les membres du réseau sur la politique en matière d'alcool, co-subventionné par la Commission européenne.⁸ Des informations supplémentaires furent obtenues auprès de l'office statistique Eurostat⁹ avec l'aide du bureau d'information chargé d'évaluer les risques pour la santé publique au sein de la Direction Générale "Santé et protection des consommateurs" (SANCO).¹⁰ Un ensemble hiérarchisé de sources a été adopté suivant l'ordre préférentiel ci-après : données Eurostat, banque de données européennes de la santé pour tous de l'Organisation Mondiale de la Santé,¹¹ infobase mondiale de l'OMS concernant l'alcool.

Nouvelles études Des travaux supplémentaires ont été réalisés dans le cadre du présent rapport afin d'évaluer le coût social de l'alcool en Europe (Baumberg & Anderson, soumis à publication).

Limites du rapport Alors que les tests randomisés font référence en terme d'établissement de faits, sur le plan pratique ils sont en fait souvent impossibles à réaliser pour de nombreuses interventions ayant trait à la santé publique, et il n'existe aucune échelle instituée précise et adéquate dans ce domaine pour ce qui est de la quantité de preuves. De même, les barrières logistiques et éthiques empêchent souvent l'utilisation de tests randomisés destinés à établir le degré de toxicité de l'alcool. Il est toutefois possible de tirer des conclusions exploitables concernant la consommation d'alcool et ses effets à partir d'études basées sur l'observation bien conçues et parfaitement réalisées.

En outre, les conclusions du présent rapport peuvent être limitées dans la mesure où considération est faite par pays et variation culturelle (cf. chapitres 2 et 3), ce qui doit être pris en compte pour la mise en vigueur d'une politique sur l'alcool. Enfin, ce rapport repose sur les meilleures données factuelles disponibles au moment de sa rédaction. Ses conclusions peuvent donner lieu à différentes interprétations étant donné la diversité des domaines à partir desquels cette recherche a été faite.

⁸ <http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html>

⁹ http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/Page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL

¹⁰ http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/information_en.htm

¹¹ <http://www.who.dk/hfadb>

Tableau 1.1 Principales sources utilisées pour ce rapport

SOURCE	DOCUMENTS ¹²	chapitres
Commission européenne	Profils pays actualisés fournis par le réseau sur la politique en matière d'alcool, co-subsventionné par la Commission européenne (www.eurocare.org/btg)	4, 6 et 9
	Banque de données Eurostat NewCRONOS	3, 4, 6 et 9
	Enquêtes Eurobaromètre	4
Projets subsventionnés par la Commission européenne	Rapports de l'étude comparative européenne sur l'alcool ECAS (2001-2002)	Tous
Organisation mondiale de la santé (OMS)	Étude comparative d'évaluation des risques réalisée dans le cadre du projet GBD (Global Burden of Disease - poids global de la maladie).	4 et 6
	Projet CHOICE (choisir des interventions rentables)	7
	Rapport sur la situation mondiale concernant l'alcool	4 et 6
	Rapport sur la situation mondiale concernant les politiques en matière d'alcool	9
	Base de données européennes de la santé pour tous de l'OMS-Europe	4 et 6
	Base de données relatives à la lutte contre l'alcool de l'OMS-Europe	9
Etudes comparatives internationales	Base de données sur la consommation mondiale d'alcool	4
	Enquête ESPAD (European Schools Project on Alcohol and Other Drugs - enquête européenne en milieu scolaire sur l'alcool et autres substances psychoactives - partiellement subsventionnée par le Conseil de l'Europe)	4
	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC; OMS-Europe) (comportement sanitaire en milieu scolaire)	4
Organisation pour l'alimentation et l'agriculture	Banque de données statistiques (FAOSTAT)	3
OCDE	Portail des statistiques de l'OCDE	6
Gouvernement du Royaume-Uni	<i>Prime Minister's Strategy Unit</i> : projet de réduction des méfaits de l'alcool - rapport provisoire d'analyse	6 et 7
Gouvernement des Etats-Unis	<i>National Institute of Alcohol and Alcohol Abuse (NIAAA)</i> : 10 ^e rapport spécial sur l'alcool et la santé présenté au Congrès des Etats-Unis	5
	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)</i> : (revue) Alcohol Research & Health	5 et 7
Gouvernement Australien	<i>Ministerial Council on Drug Strategy</i> : prévention de l'usage des risques de substances psychoactives et de leurs méfaits.	5 et 7
Ouvrages scientifiques	"Alcohol: No Ordinary Commodity" (2003), et les deux volumes précédents "Alcohol Policy and the Public Good" (1994) et "Alcohol Control Policies in Public Health Perspective" (1975) (co-subsventionnés par l'OMS-Europe)	4 et 7
	International Handbook of Alcohol Problems and Dependence	Tous

¹² Veuillez vous référer aux chapitres indiqués

Ce rapport est également lié aux publications et ouvrages actuellement disponibles, qui ne constituent pas toujours un reflet exhaustif en termes de pays, de cultures et de populations. Bien que la documentation de base se fasse de plus en plus nombreuse dans toute l'Europe (Sanchez-Carbonell *et al.* 2005), ce domaine est encore fortement dominé par les ouvrages issus d'Amérique du Nord ainsi que d'Europe du Nord et centrale, on assiste toutefois à une augmentation du nombre de publications issues d'Europe du Sud. La prudence qui s'impose dans l'interprétation des ouvrages de base a été observée tout au long de ce rapport. Toutefois, il convient de mettre l'accent sur le fait que ce rapport est en grande partie (en particulier la majorité des chapitres 3, 4, 6 et 9) basé sur les données issues de tous les États membres de l'Union européenne.

Santé publique et politique en matière d'alcool

Ce rapport a pour cadre la santé publique définie comme suit *“la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé par l'entremise d'efforts organisés au sein de la société”* (traduction de la définition en anglais de l'International Epidemiological Association, dernière déclaration 2001, tirée du rapport Acheson de 1988), ou encore *“le processus de mobiliser des ressources sur les plans régional, des États, national et international afin d'offrir des conditions favorables à une bonne santé de la population ”* (traduction de l'anglais - Oxford Textbook of Public Health - Detels *et al.* 2002 -). Ces définitions sont en accord avec la définition de la santé retenue par l'OMS dans sa déclaration en 1998 qui exprime *“le fait de jouir du meilleur état de santé possible (défini comme un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité), est un des droits fondamentaux de tout être humain.”*

À l'échelle individuelle, la promotion de la santé peut être perçue comme *“le processus permettant à l'homme d'accroître son contrôle sur sa santé et de l'améliorer”* en élaborant des politiques contribuant à une bonne santé de la population, en créant des environnements favorables, en renforçant les actions au niveau des communautés, en développant les compétences personnelles et en réorientant les activités des services sociaux en matière de santé (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé; Organisation Mondiale de la Santé 1986). De même, le gouvernement britannique a fondé sa politique de santé publique sur le principe suivant *“Les membres de la société ont besoin de davantage d'aide afin de prendre de meilleures décisions concernant leur propre santé et leur bien-être car les échecs nombreux et systématiques qui existent influencent actuellement les décisions prises au niveau individuel. Ces échecs sont dus notamment à un manque d'informations, à la difficulté que rencontre l'individu à adopter une vision plus large des coûts sociaux liés à certains comportements, les habitudes sociales bien implantées n'encourageant pas à adopter une bonne hygiène de vie, et aux toxicodépendances. Ces problèmes peuvent être traités non seulement par chaque individu mais également par les services sociaux dans les domaines de la santé et des soins, le gouvernement sur le plan national et régional, les médias, les entreprises, la société dans son ensemble, les familles et le secteur bénévole et communautaire par l'entremise d'un grand nombre d'actions diverses. Les principaux moyens d'action au niveau gouvernemental comprenant notamment les impôts, les subventions, la prestation de services, la réglementation et l'information ”* (Wanless 2004 - traduction de l'anglais).

Qu'entend-on par politique en matière d'alcool ?

Le troisième des ouvrages co-subsidés par l'OMS sur les politiques en matière d'alcool précise ce qu'il faut entendre par politique sur l'alcool (Babor *et al.* 2003). Les auteurs ont retenu ce qui suit *“le premier ouvrage de la série définit les politiques*

en matière d'alcool comme englobant toutes les stratégies correspondantes utilisées par les gouvernement pour influencer l'accès aux produits alcoolisés, considérant l'éducation pour la santé, le changement comportemental et un contrôle social informel comme étant extérieurs à une démarche de santé publique” (Bruun et al. 1975), alors que le second ouvrage de la série “donne une vision élargie d'une politique en matière d'alcool, en la considérant comme une mesure ayant trait à la santé publique justifiée en partie par des préoccupations nationales et historiques. Bien qu'aucune définition explicite ne soit fournie quant à la nature d'une politique sur l'alcool, déduction peut être faite à partir des innombrables mesures considérées : taxes sur l'alcool, législation et contrôle concernant la vente d'alcool, limite d'âge pour l'achat d'alcool, campagnes médiatiques de sensibilisation et éducation en milieu scolaire, pour n'en citer que quelques-unes” (Edwards et al. 1994). Le troisième ouvrage explore plus avant le concept en suivant l'évolution des opinions en matière de santé publique à l'échelle nationale et internationale. Les auteurs décrivent les politiques publiques comme des “décisions autoritaires faites par des gouvernements par le biais de lois, de prescriptions et de réglementations (réf. Longest 1998). Le terme autoritaire indique l'origine de ces décisions comme étant légitimement du ressort de législateurs et d'autres organes officiels d'intérêt public, et non pas de l'industrie privée ou de tout groupe agissant en sa faveur”. De là, ils ont noté que “des politiques publiques ayant trait au rapport existant entre la consommation d'alcool, la santé et le bien-être social, sont considérées comme des politiques sur l'alcool. Ainsi, les lois contre l'alcool au volant conçues pour éviter les accidents de la route où l'alcool est impliqué, plutôt que celles ayant simplement pour objet de punir les contrevenants, sont considérées comme des politiques en matière d'alcool.”

Dans le cadre de la politique de santé publique (ci-dessus), cela signifie que le principal objectif des politiques sur l'alcool ici “est de servir les intérêts de la santé publique et du bien-être social en agissant sur les facteurs de santé et sociaux, comme les habitudes en terme de consommation d'alcool, l'environnement et les soins proposés aux personnes ayant des problèmes liés à l'alcool” (Babor et al. 2003).

Qu'entend-on par Europe ?

Le terme Europe peut être parfois compris de différentes façons. Dans le présent rapport, le terme Europe désigne l'Union européenne réunissant 25 pays (UE25). Cf. figure 1.2. Nous avons dans certains cas ventilé les données en considérant l'**EU15** (Autriche, Belgique, Danemark, France, Finlande, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Suède, Royaume-Uni) et l'**EU10**, à savoir les dix États membres qui sont venus élargir l'Union en 2004 (Chypre, République tchèque, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Slovaquie et Slovénie), simplement dans le but d'expliquer les différences qui existent (qui peuvent être considérables au sein de l'Europe en constante évolution).

Nous faisons également référence à trois des quatre pays candidats à l'entrée dans l'Union européenne (Bulgarie, Roumanie et Turquie) (le quatrième étant la Croatie) ainsi qu'à trois pays membres de l'Association européenne de libre échange ou AELE/EFTA (Islande, Norvège et Suisse)¹³ (l'autre pays étant le Liechtenstein). La Norvège et l'Islande (avec le Liechtenstein) sont également membres de la zone économique exclusive (ZEE/EEA),¹⁴ ce qui leur donne accès au marché intérieur de l'Union européenne (UE), sans pour autant assumer toutes les responsabilités qui

¹³ <http://www.efta.int/>

¹⁴ http://europa.eu.int/comm/external_relations/eea/

incombent aux membres de l'Union. L'Union européenne diffère de la région de l'Europe telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé et qui couvre 52 États.¹⁵



Figure 1.2 Carte de l'Union européenne (en jaune) en 2005 (avec les noms des pays dans leur langue d'origine telle que fournie par la Commission européenne). Source: http://europa.eu.int/abc/maps/index_en.htm.

Dans ce rapport, nous considérons souvent des groupes de pays, certains plus spécifiques que d'autres. Trois de ces groupes viennent de l'étude ECAS (European Comparative Alcohol Study) qui divise l'EU15 (avec en plus la Norvège) en trois groupes européens:¹⁶

soit Europe centrale qui comprend les pays entre Nord et Sud plutôt qu'entre Est et Ouest, à savoir l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Contrairement au projet ECAS, dans ce rapport le terme Europe centrale comprend également le Luxembourg et la Suisse (non inclus dans le projet).

¹⁵ <http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/MH>

¹⁶ A l'origine dans le projet ECAS ces groupes étaient définies comme des pays à "forte consommation", "moyenne consommation" et "basse consommation", mais comme expliqué au chapitre 4 ce classement catégoriel cause de plus en plus de problèmes, ce qui a amené à renommer les différents groupes de pays.

soit Europe du Nord qui comprend la Finlande, la Norvège, la Suède et l'Islande, c'est-à-dire tous les pays au nord de la mer Baltique. Mais de fait n'inclut pas le Danemark, classé ici au nombre des pays d'Europe centrale (voir également le terme "pays nordiques" ci-après).

soit Europe du Sud qui regroupe la France, la Grèce, l'Italie, le Portugal et l'Espagne, également parfois appelés pays "**méditerranéens**". Utilisé en opposition avec l'Europe de l'Est ce groupe de pays inclut également Chypre et Malte (ce qui n'est pas le cas mis en opposition avec l'EU10).

Dans ce rapport, ces regroupements répondent aux sujets abordés et souvent incluent ou excluent de façon explicite des pays avoisinants ne répondant pas ainsi à leur définition stricte (ex. "Europe centrale", République tchèque incluse).

Trois termes supplémentaires sont également utilisés dans ce rapport, à savoir :

Pays baltes Ce terme se réfère aux pays que sont l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie. Certains résultats mentionnent la "région balte", qui inclut d'autres pays proches en bordure de la Baltique (généralement la Finlande seulement).

Pays de l'Est Désigne généralement de façon brève les pays de l'EU10 avec en plus la Bulgarie et la Roumanie mais sans Chypre ni Malte.

Pays nordiques Les pays nordiques regroupant le Danemark plus les pays d'Europe du nord (Finlande, Islande, Norvège et Suède).

Remarques au sujet de la terminologie¹⁷

De nombreux termes sont utilisés quand on parle d'alcool, la plupart sans réelle définition, d'autres confus voire péjoratifs. L'Organisation Mondiale de la Santé (au titre d'agence des Nations Unies spécialisée en matière de santé) fournit une nomenclature dans son document ICD-10 de classification des troubles mentaux et comportementaux (Organisation Mondiale de la Santé 1992b) et dans son lexique concernant l'alcool et autres substances.¹⁸ Nous avons utilisé ces termes dans ce rapport (sous sa version anglaise d'origine - cf. note au sujet de la traduction française fournie ici), dont :

Alcool Le présent rapport traite de toute évidence de l'*alcool éthylique*, appelé également *éthanol*, c'est-à-dire du type d'alcool utilisé dans les boissons alcoolisées destinées à la consommation humaine.

Niveau de consommation Dans la mesure du possible, le présent rapport précise les niveaux de consommation en grammes d'alcool, compte tenu du caractère grave de la consommation d'alcool, un ml d'alcool contenant 0,785g d'alcool. Certains qualificatifs comme "légère" ou "forte" lorsqu'ils sont utilisés sont dans la mesure du possible quantifiés. Ce rapport évite l'usage du terme "*consommation habituelle*", exprimant une norme, sa signification étant différente selon les pays et changeant avec le temps, et de plus variant considérablement selon la quantité de boisson versée ou servie. Il peut toutefois être utile d'avoir une idée de la quantité d'alcool par boisson, à savoir :

- une chope de bière (au Royaume-Uni) moyennement alcoolisée (environ 5° d'alcool) contient environ 23 g d'alcool ;

¹⁷ Nous avons également fourni un glossaire à la fin de ce rapport, regroupant des termes dérivant de glossaires de l'Organisation Mondiale de la Santé, de la Commission européenne et de l'Association internationale d'Epidémiologie.

¹⁸ http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

- en supposant qu'une bouteille de vin de 75 cl contient six verres, chaque verre de vin à 13° contient environ 13 g d'alcool ;
- un verre de 50 ml de vodka à 40° contient 16 g d'alcool.

Catégories de consommateurs Pour la description des résultats de l'étude épidémiologique, nous avons quelques fois utilisé les catégories de consommateurs utilisées de préférence par l'Organisation Mondiale de la Santé (ex. cf. Rehm *et al.* 2004).

Catégorie	Consommation (g d'alcool/jour)	
	Hommes	Femmes
Abstinentes	0	0
Niveau I	>0-40g	>0-20g
Niveau II	>40-60g	>20-40g
Niveau III	>60g	>40g

Consommation dangereuse d'alcool La consommation dangereuse d'alcool a été définie comme un niveau ou des habitudes de consommation d'alcool susceptibles de causer des dommages si cette consommation est maintenue (Babor *et al.* 1994). Aucune norme n'a été définie concernant la quantité d'alcool qui constitue une consommation dangereuse et, comme il est démontré dans le chapitre 5 la consommation d'alcool, quelle que soit la quantité, est potentiellement dangereuse.

Consommation nocive d'alcool La consommation nocive d'alcool est définie comme "une habitude de boire qui détériore la santé, que ce soit sur le plan physique (comme la cirrhose) ou mental (comme une dépression liée à la consommation d'alcool) (cf. définition en anglais de *harmful drinking* par l'Organisation Mondiale de la Santé 1992b).

Ebriété : état d'ivresse induit par l'alcool et qui s'accompagne de perturbations de la conscience, de l'idéation, de la perception, des émotions ou du comportement, ou d'autres fonctions et réactions psychophysiologiques (cf. définition en anglais du terme *intoxication* par l'Organisation Mondiale de la Santé 1992b). Ces perturbations sont directement liées aux effets pharmacologiques aigus de l'alcool dépendant en grande partie de la dose absorbée, et touchent de nombreuses fonctions physiques. Cette intoxication peut amener à des blessures involontaires et avoir de graves conséquences sur le plan social comme des actes de violence et des délits, et parfois à long terme. Par exemple une personne en état d'ébriété peut blesser involontairement une autre personne, ce qui peut lui valoir une peine d'emprisonnement. Cet état d'ébriété équivaut à "**l'ivresse**", terme plus couramment utilisé, qui se manifeste notamment par des rougeurs au niveau du visage, des difficultés à parler, des perturbations dans la démarche, un état euphorique, une activité accrue, une volubilité, un comportement turbulent, un ralentissement des capacités à réagir, une perte des capacités de jugement et de la coordination motrice, une insensibilité ou un état de stupeur.

Forte consommation épisodique d'alcool Le fait de boire au cours d'une même occasion au moins 60 grammes d'alcool peut être qualifié de forte consommation épisodique d'alcool (cf. définition en anglais de *episodic heavy drinking* de l'Organisation Mondiale de la Santé 2004a), bien que d'autres définitions (comme équivalent à 5 "verres standard" ou plus) aient été également utilisées (cf. chapitre 4). Nous avons utilisé au chapitre 4 (version anglaise originale) le terme anglais

"binge drinking"¹⁹ dans la description des types et des habitudes de consommation d'alcool en Europe. Dans le chapitre 5, nous avons utilisé le terme anglais "episodic heavy drinking" (forte consommation épisodique d'alcool) ce terme étant de plus en plus communément utilisé dans les études épidémiologiques pour décrire le rapport entre habitudes en matière de consommation d'alcool et dommages causés chez l'homme.

Dépendance à l'alcool Dans sa classification des troubles mentaux et du comportement (1992b) (ICD-10) l'Organisation Mondiale de la Santé définit la dépendance à l'alcool (en anglais *alcohol dependence*) comme un ensemble de phénomènes sur le plan physiologique, du comportement et de l'idéation dans lequel la consommation d'alcool l'emporte pour l'individu par rapport aux comportements auxquels il accordait une plus grande valeur auparavant. Une des caractéristiques pivot est le désir (souvent fort, et parfois perçu comme irrésistible) de boire de l'alcool. Le fait de se remettre à boire après une période d'abstinence s'accompagne souvent d'une rapide réapparition des symptômes de ce syndrome.

Termes mal définis non recommandés Comme il est indiqué dans le lexique de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant l'alcool et autres substances psychoactives, il existe un certain nombre de termes mal définis, ces termes n'ont pas été utilisés dans le présent rapport. A savoir :

- **Consommation modérée d'alcool** (anglais *moderate drinking*) L'usage du terme "modéré" a été évité dans ce rapport étant donné son inexactitude, impliquant la mise en opposition avec une forte consommation d'alcool. Bien que ce terme dénote le fait de boire sans risques (et de ce fait est différent d'une consommation "excessive"), il reste difficile à définir. Le terme *consommation d'alcool moins dangereuse* (en anglais *lower-risk drinking*) conviendrait peut-être mieux.
- **Consommation raisonnable, consommation responsable d'alcool et boire en société** (en anglais *sensible drinking, responsible drinking, social drinking*) : tous ces termes étant impossibles à définir et étant liés aux valeurs sociales, culturelles et morales sont susceptibles de varier fortement d'un pays, d'une culture à l'autre et dans le temps.
- **Consommation excessive d'alcool** (en anglais *excessive drinking*) est un terme qui n'est pas préféré actuellement et qui décrit une habitude de boire en excès par rapport à une norme de consommation modérée. Le terme *consommation dangereuse* est actuellement utilisé de préférence.
- **Alcoolisme** (en anglais *alcoholism*) : terme utilisé depuis longtemps et dont la signification varie. Il se réfère généralement à une consommation d'alcool chronique ou périodique qui se caractérise par une incapacité à contrôler la consommation d'alcool, de fréquentes périodes d'intoxication, et le fait d'avoir à l'esprit le besoin d'avoir et de boire de l'alcool malgré ses effets nocifs. L'inexactitude de ce terme a amené un comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé à le rejeter, lui préférant une

¹⁹ Suivant la définition en anglais fournie par l'OMS "binge drinking" est le fait de boire beaucoup durant une occasion à laquelle l'individu participe dans l'intention de boire. Dans les enquêtes sur les populations, cette période de temps est souvent définie comme le fait de boire pendant plus d'un jour à chaque fois. Les termes "bout drinking" ("excès de boisson") et "spree drinking" ("beuverie") sont également utilisés pour exprimer la consommation d'alcool ainsi que "drinking bout" ("soûlerie"). Une personne faisant des excès de boisson ou participant à une beuverie consomme de l'alcool principalement de cette façon, avec souvent entre deux des périodes d'abstinence". Cf. les définitions en anglais : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

formule plus précise à savoir le terme de syndrome de dépendance à l'alcool (en anglais *alcohol dependence syndrome*) considéré comme un des nombreux problèmes attribuables à l'alcool (Edwards & Gross 1976; Organisation Mondiale de la Santé 1980). Il ne figure pas en tant qu'identité diagnostique dans l'ICD-10 (*ndt.* référence étant faite à la version anglaise de l'ICD-10). Le terme utilisé de préférence est *dépendance à l'alcool*.

- **Consommation excessive d'alcool** (en anglais *alcohol abuse*) est un terme couramment utilisé mais pouvant avoir plusieurs sens. Bien que le terme "alcohol abuse" soit utilisé dans la classification DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association 1994), il est doit être considéré comme une catégorie résiduelle, le terme de dépendance à l'alcool devant être utilisé de préférence le cas échéant. Ce terme est parfois utilisé pour marquer fondamentalement la désapprobation concernant l'usage de toute substances psychoactives, en particulier de drogues illicites. Compte tenu de son ambiguïté, ce terme ne figure pas à la classification ICD-10. *Consommation nocive* et *consommation dangereuse* sont des termes équivalents ;
- **Consommation critiquable d'alcool** (en anglais *alcohol misuse*) décrit le fait de consommer de l'alcool dans un but contraire aux conseils édictés par la loi ou le corps médical, comparable au fait de prendre des médicaments sans prescription médicale. Bien que certains préfèrent ce terme à celui de consommation excessive, car moins moraliste, il est tout aussi ambigu. *Consommation dangereuse* est un terme équivalent.

Les termes "consommation critiquable" et "excessive" sont parfois utilisés pour exprimer l'idée que les problèmes liés à l'alcool constituent un phénomène marginal, ou encore pour marquer une nette dichotomie entre "consommation" et "consommation critiquable". Toutefois, comme les informations communiquées dans le présent rapport l'expriment clairement, les méfaits de l'alcool ne constituent pas un phénomène marginal, et les courbes de risques montrent un rapport entre consommation d'alcool et ses effets nocifs sans nettes dichotomies entre consommation critiquable et consommation sans risque (cf. également McNeill 2004). Compte tenu de cela, ce rapport fait référence aux "effets nocifs de la consommation d'alcool" plutôt qu'à une "consommation critiquable" ou "excessive" (cf. Organisation Mondiale de la Santé 1992a).

Processus d'étude

Les rapports de la Commission européenne sur la santé publique ²⁰ (cadre dans lequel s'inscrit le présent rapport) ne font habituellement pas l'objet d'un réexamen. Toutefois, nous avons étudié de façon approfondie ces rapports. Au cours de la préparation du présent rapport, des textes ont été examinés en avant-projet par des conseillers scientifiques du Institute of Alcohol Studies ainsi que par trois critiques-relecteurs externes. Il a également été réexaminé par quatre critiques-relecteurs externes choisis par la Commission européenne. (cf. liste de remerciements).

De plus, au cours de la préparation du présent document cinq réunions ont été organisées : à savoir avec les parties prenantes (y compris l'industrie des boissons alcoolisées et autres industries qui y sont liées) les 20 janvier 2005,²¹ 30 août 2005²² et le 26 septembre 2005²³, avec des membres du groupe de travail de la Commission alcool et santé publique le 8 mars 2005²⁴ et avec des organisations non gouvernementales le 19 mai 2005.²⁵

Base de données des profils des pays

Dans le cadre de ce rapport une base de données des profils des pays concernant l'alcool et les politiques en matière d'alcool a été préparée, continuellement alimentée.²⁶ Cette base de données comprend quatre éléments : les profils en terme de consommation d'alcool issus de l'Organisation Mondiale de la Santé (2004a), vérifiés et mis à jour, les résumés des politiques en matière d'alcool émis par l'Organisation Mondiale de la Santé (2004b), vérifiés et mis à jour, un examen (ou préparation si non déjà constitués) des rapports par pays du projet ECAS (Österberg & Karlsson 2002), et une liste des infrastructures disponibles pour les politiques en matière d'alcool,²⁷ opérations dont se sont entièrement chargés les membres du réseau sur la politique en matière d'alcool dans le cadre du projet Bridging the Gap.²⁸ Une des révélations capitales de ces opérations est qu'il n'est jamais facile d'arriver à un accord unanime au niveau pays concernant les données utilisées, un problème compliqué par les responsabilités juridictionnelles liées aux circonscriptions (ex. régionales et municipales) au sein des pays. Au moment de l'impression du présent ouvrage, il subsiste des différences, qui n'ont pas pu être résolues,²⁹ entre les données utilisées par l'Organisation Mondiale de la Santé et celles disponibles dans les pays.

Points de vue des parties prenantes en matière de politique sur l'alcool

Parallèlement à la préparation du présent rapport, un sondage a été réalisé auprès des parties prenantes (pays participant au groupe de travail alcool et santé publique de la Commission européenne - principalement des représentants gouvernementaux

²⁰ http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/reporting/full_listing_reporting_en.htm

²¹ http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050120_en.htm

²² http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/ev_20050830_en.htm

²³ http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050926_en.htm

²⁴ http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050307_en.htm

²⁵ <http://www.eurocare.org/btg/apn/minutes0505.html>

²⁶ <http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html>

²⁷ <http://www.hp-source.net/dataoutput.html?module=btg>

²⁸ <http://www.eurocare.org/btg>

²⁹ Par exemple, au moment de l'impression de ce rapport, l'Institut de recherche économique de l'Estonie a fourni des données concernant la consommation déclarée et non déclarée, rectifiées pour les achats par les touristes, chiffres différents des données indiquées pour l'Estonie en figure 4.2 et dans ce rapport.

– organisations non gouvernementales au niveau de pays et de l'Europe intervenant dans les politiques en matière d'alcool, et organismes représentant l'industrie des boissons alcoolisées, participants au groupe de travail alcool et santé publique de la Commission européenne) (Anderson & Baumberg 2005). Le questionnaire a révélé les différents points de vue concernant l'impact et l'importance de toute une variété de mesures attachées à des politiques sur l'alcool, les estimations de mise en oeuvre du plan d'action européen de l'OMS contre l'alcoolisme (2000-2005) et la recommandation du Conseil en 2001 sur la consommation d'alcool chez les jeunes, ainsi que les progrès et les barrières manifestes concernant la politique sur l'alcool au niveau pays et Europe.

Les opinions des représentants de l'industrie des boissons alcoolisées étaient généralement différentes de ceux des représentants de gouvernements (organisations gouvernementales) et des organisations non gouvernementales, qui tendent à avoir des points de vue plus similaires. Les représentants de l'industrie des boissons alcoolisées considéraient que les mesures réglementaires (comme les taxes et les impositions en termes de prix, et les restrictions concernant la vente des boissons alcoolisées et la publicité) ont une faible incidence et une importance moindre en terme de politique (cf. tableau 1.2), mais par contre sont plus favorables à des mesures à caractère éducatif. Les trois groupes ont présenté des similarités et une approche positive dans leurs opinions concernant l'impact et l'importance de la mise en oeuvre de mesures et des interventions concernant la consommation dangereuse et nocive d'alcool.

De façon générale, l'industrie des boissons alcoolisées a une opinion plus positive concernant le succès de la mise en oeuvre du plan d'action européen de l'OMS contre l'alcoolisme et de la recommandation du Conseil concernant la consommation d'alcool chez les jeunes (moyennes respectives de 6,1 et de 5,9 sur une échelle de 11 points dans laquelle 0 correspond à "aucun impact ou pas importante du tout" et 10 "fort impact et très importante") que les organisations gouvernementales (moyennes respectives de 5,0 et 4,6) et enfin que les organisations non gouvernementales (moyennes respectives de 3,7 et 3,3), ceci étant toutefois largement dû au fait que les représentants de l'industrie des boissons alcoolisées ont donné une note élevée pour les actions qui leur incombaient.

Tableau 1.2 Résultats concernant trois facteurs (moyenne (erreur-type de la moyenne)) considérés concernant l'impact de la politique et l'importance de la politique dans la réduction des méfaits de l'alcool sur une échelle de 0 (aucun impact ou pas importante du tout) à 10 (fort impact et très importante).

	Impact de la politique				Importance de la politique			
	ONG ^A	OG ^B	IA ^C	Anova ^D	ONG ¹	OG ²	IA ³	Anova ⁴
Facteur 1 (réglementation)	7,4 (0,31)	7,3 (0,30)	1,4 (0,31)	0,000	8,2 (0,93)	8,2 (0,72)	1,6 (1,0)	0,000
Facteur 2 (éducation)	4,8 (0,31)	6,0 (0,48)	8,7 (0,23)	0,000	6,3 (0,28)	6,7 (0,46)	8,7 (0,23)	0,000
Facteur 3 (mise en oeuvre et interventions)	8,3 (0,28)	8,3 (0,21)	9,5 (0,21)	0,000	9,1 (0,18)	8,8 (0,18)	9,5 (0,20)	0,072

^A Organisation non gouvernementale

^B Organisation gouvernementale

^C Industrie des boissons alcoolisées

^D Anova, p valeur

Structure du rapport

Le chapitre 2 présente un bref historique de la consommation d'alcool en Europe, décrit la longue histoire (plusieurs fois millénaire) de la consommation d'alcool au quotidien, les changements intervenus en Europe au Moyen-Age et durant la révolution industrielle, la montée de mouvements populaires ayant commencé en particulier au XIX^e siècle et, pour conclure, une analyse de l'émergence du concept de dépendance à l'alcool et du mouvement moderne de santé publique.

Le chapitre 3 décrit les conséquences de l'alcool sur le plan économique, la production et la vente d'alcool aux niveaux mondial et européen, aborde brièvement les problèmes de contrebande et de taxes non perçues en raison du passage d'alcool en fraude d'un pays à l'autre. Il présente sous forme de résumé les sommes que les Européens dépensent en alcool et indique dans les grandes lignes les rapports entre consommation d'alcool et revenus gouvernementaux générés par la perception de taxes sur l'alcool, ainsi que les emplois dans les secteurs allant de la production à la vente de boissons alcoolisées. Une estimation des coûts tangibles et intangibles de l'alcool supportés par la société européenne est également fournie avec indication des opportunités et des limites dans lesquelles ces données peuvent aider à l'élaboration d'une politique.

Le chapitre 4 présente la consommation d'alcool en Europe et son évolution au cours de l'histoire avec les niveaux de consommation à partir de données déclarées et non déclarées, une estimation du nombre d'abstinents, ainsi que le nombre de personnes dont la consommation d'alcool est classée dangereuse et nocive et ceux souffrant d'alcoolodépendance. Description faite des habitudes et des comportements en matière de consommation d'alcool, y compris le choix de boissons, le contexte (par exemple le fait de boire aux repas et dans les lieux publics). Il fournit des estimations concernant la fréquence de la consommation, l'ivresse et l'alcoolisme périodique, et décrit les différentes habitudes de consommation en Europe. Les comportements chez les consommateurs, qui diffèrent selon le sexe et les groupes socio-économiques, sont examinés avec description détaillée des attitudes, des changements, et des facteurs déterminants concernant la consommation d'alcool chez les jeunes. Pour terminer, les influences générales culturelles et sociales sur la consommation d'alcool en Europe sont examinées de façon globale.

Le chapitre 5 traite de l'impact de l'alcool sur le plan humain, avec pour commencer quelques observations générales concernant la quantification de la consommation d'alcool, les comportements, la causalité et l'attribution des conséquences à l'alcool. Suivent les conséquences, positives et négatives, de l'alcool sur le bien-être social, considération faite en particulier du rôle que joue l'alcool en termes de violence et de délits. Puis le rôle de l'alcool en tant que cause ou facteur (positif et négatif) concernant un vaste éventail d'affections est présenté sous la rubrique des blessures volontaires et involontaires, maladies neuropsychiatriques, troubles gastro-intestinaux, endocriniens et du métabolisme, cancers, maladies cardiovasculaires, dysfonction immunitaire, maladies pulmonaires, complications post-opératoires, problèmes osseux, dysfonctionnement des organes reproducteurs et affections prénatales. Sont examinés en détail la solidité des données et les problèmes concernant l'alcool utilisé comme facteur de réduction des risques de cardiopathies coronariennes. Les risques sur le plan humain sont ensuite résumés, examen fait de certains facteurs de risque, avant de conclure par la description de l'évident rapport entre réduction de la consommation nocive d'alcool et le recul des risques qui y sont liés.

Le chapitre 6 présente l'impact de l'alcool sur la santé publique en Europe, résumant le nombre de personnes souffrant de différentes maladies liées à l'alcool. Référence étant faite à l'impact de la consommation d'alcool sur le plan humain abordé au chapitre 5, et les coûts de l'alcool présentés en chapitre 3. Les conséquences négatives de l'alcool sur le plan social au niveau européen sont ensuite examinées, notamment l'alcool en tant que source de nuisance, de violence et de délits, et ses effets destructeurs sur la famille et le travail. Les effets nocifs sur la santé sont ensuite étudiés, avec estimation globale pour l'Europe du nombre de décès immédiats ou à terme liés à l'alcool, ainsi que l'implication de l'alcool dans les infirmités et les décès prématurés au sein de l'Union européenne. Suit une présentation générale des problèmes concernant ces estimations et des précautions à observer, en particulier, pour ce qui est de la possible surestimation du nombre de décès non immédiats attribuables à l'alcool. Puis des estimations du nombre de personnes en Europe souffrant de différentes maladies indiquées dans le chapitre 5 sont fournies, description faite globalement des méfaits de l'alcool chez les jeunes, ses conséquences néfastes sur les personnes autres que l'individu qui boit, et les différences socio-économiques liées à l'alcool au sein de pays et entre pays. Pour terminer un examen approfondi est présenté concernant l'évolution des méfaits de l'alcool suivant les changements dans le niveau de consommation de la population.

Le chapitre 7 présente les mesures efficaces en matière de politique sur l'alcool (et celles qui sont inefficaces). Des preuves détaillées étant fournies pour chacune des options suivantes en matière de politique sur l'alcool : à savoir (i) les politiques pour réduire l'alcool au volant ; (ii) les politiques de sensibilisation et basée sur l'éducation, la communication et la formation ; (iii) les politiques de réglementation du marché de l'alcool (concernant les prix, les taxes, la vente et la publicité) ; (iv) les politiques permettant de réduire les méfaits de l'alcool en créant un environnement défavorable à la consommation d'alcool ; et enfin (v) les politiques visant à offrir conseils et soins aux personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool.

Le chapitre 8 explique l'influence de certains facteurs, aux niveaux mondial et européen, sur les politiques en matière d'alcool. Pour commencer la pertinence de la réglementation du commerce dans le cadre d'une politique en matière d'alcool est examinée, comme l'accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) et l'accord général sur le commerce et les services (GATS). Suit la question de la réglementation du commerce au sein du marché intérieur de l'Europe et de l'impact que cette réglementation peut avoir sur la politique concernant l'alcool dans les pays membres en termes de taxes, de monopoles et de publicité, précision faite des effets positifs et négatifs. Puis étude est faite de l'alcool considéré comme denrée alimentaire intégrée à l'économie et, plus en détail, comment son rôle économique est influencé par les politiques européennes de taxation, d'étiquetage et de conditionnement, ainsi que par d'autres réglementations du marché intérieur et la politique agricole commune. Enfin sont présentés les rôles et l'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Commission européenne pour ce qui est des politiques en matière d'alcool.

Le chapitre 9 donne un résumé des politiques existantes en matière d'alcool dans les Etats membres, sous les rubriques l'alcool au volant, l'alcool sur le lieu de travail, les restrictions de marché, le contrôle de la vente d'alcool aux jeunes, taxes et prix. Comparaison faite entre les pays de l'Europe et le reste du monde et les évolutions au cours de l'histoire.

Le chapitre 10, compte tenu de toutes les informations précédentes, fournit brièvement pour ce rapport des conclusions et des recommandations concernant les actions pouvant être prises pour améliorer la santé des citoyens européens et plus globalement la santé au sein de l'Union européenne.

REFERENCES

- Acheson, D. (1988). Public Health in England. The report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health function. Cmnd 289. London: HMSO.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association
- Anderson, P. (1996) Alcohol - less is better. Report of the WHO European Conference, Health, society and alcohol, Paris 12-14 December 1995. WHO Regional Publications, European Series, No 70. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2005) Stakeholders' views of alcohol policy. London: Institute of Alcohol Studies
- Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.
- Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., (1994) Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva.
- Baumberg, B. & Anderson P. (2005). The social cost of alcohol to Europe. Submitted for publication.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R.E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O-J., Sulkunen, P. & Österberg, E. (1975) Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Department of Health (2004). Choosing Health. Making healthy choices easier. London: HMSO.
- Detels, R., McEwen, J., Beaglehole, R. & Tanaka, H. Eds. (2002). Oxford Textbook of Public Health. Oxford: Oxford University Press.
- Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, Godfrey C, Holder HD, Lemmens PH, Mäkelä K, Midanik LT, Norström T, Österberg E, Romelsjö A, Room R, Simpura J & Skog O-J (1994). Alcohol Policy and the Public Good. New York, Oxford University Press.
- Edwards, G. & Gross, M.M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal 1, 1058-1061.
- Gray, J.A.M. (2001). Evidence-based Health Care. London: Churchill Livingstone.
- Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T. (2001) (Eds.), International Handbook of Alcohol Problems and Dependence. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.
- Last, J. (2001). A dictionary of epidemiology. (Fourth edition ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Longest B.B. (1998) Health policymaking in the United States. Chicago, IL: Health Administration Press.
- Loxley, W., Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., Waters, E., Patton, G., Fordham, R., Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Siggers, S., Sanci, L & Williams, J. (2004). The prevention of substance use, risk and harm in Australia. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.
- McNeill, A. (2004). Alcohol Harm Reduction Strategy for England. Response by the Institute of Alcohol Studies. http://www.ias.org.uk/iaspapers/ahrs_july04.pdf
- Norström, T. (2001) Ed. *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1980) Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee. Geneva. World Health Organization, 1980 (WHO Technical Report Series, No.650).

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1986). Ottawa Charter for Health promotion. Geneva, World Health Organization.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1992a). European Alcohol Action Plan 1992-1999. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1992b) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1995). European Charter on Alcohol. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1998). Health 21 – health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2000). European Alcohol Action Plan 2000-2005. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2001). Stockholm Declaration on Alcohol and Young people Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2002). The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2004a). Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva, World Health Organization.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2004b). Global Status Report on Alcohol Policy. Geneva, World Health Organization.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2005a) Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2005b). Framework for Alcohol Policy in the European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Österberg, E. and Karlsson, T. 2002. *Alcohol Policies in EU Member States and Norway: a Collection of Country Reports*. Helsinki: STAKES.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. (2004). Alcohol. In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Sanchez-Carbonell, X., Guardiola, E., Belles, A. & Beranuy, M. (2005). European Union scientific production on alcohol and drug misuse (1976-2000). *Addiction* 100 1166-1174.

Wanless, D (2004). *Securing Good Health for the Whole Population*. London: HMSO.

Chapitre 2 : l'histoire de l'alcool à travers les âges en Europe - bref exposé

Les différentes boissons contenant de l'alcool sont fabriquées et bues en Europe depuis des milliers d'années, en général à partir de matériaux naturels localement disponibles. Les boissons alcooliques ont été par ailleurs souvent utilisées comme des médicaments jusqu'au début du XXe siècle et avant le développement de la médecine moderne. Des législations sur l'alcool existaient depuis longtemps mais, habituellement, plutôt pour des motifs de maintien de l'ordre public ou pour réguler le marché que pour des raisons concernant la santé publique.

Cependant, cette situation avait évolué dès le Moyen Age, et surtout au début des temps modernes, avec l'industrialisation débutante, l'amélioration des moyens de communication et la découverte de boissons distillées plus fortes en alcool. De larges «mouvements de tempérance» se sont répandus dans de nombreux pays européens au XIXe siècle, à la suite des préoccupations concernant ces nouvelles boissons avant de s'élargir à une opposition à toutes les boissons alcooliques. Dans la plupart de ces pays, sinon tous, le mouvement de tempérance a perdu de son importance à la fin du XXe siècle. L'idée que «l'alcoolisme est une maladie» s'est également développée au cours du XIXe siècle avec la création dans de nombreux pays européens de maisons de santé ou d'hôpitaux publics pour traiter les alcooliques. Dans les années récentes, le «nouveau mouvement de santé publique» est devenu le paradigme dominant pour appréhender les problèmes liés à l'alcool en élargissant la question au-delà des problèmes posés par les seuls «alcooliques» (alcoolo-dépendants).

Aujourd'hui en Europe, existe une large variété d'usages de l'alcool et de significations de sa consommation, depuis le simple accompagnement des repas familiaux... jusqu'à la participation aux rites de passage de la vie en société. «Boire de l'alcool» est souvent une manière d'officialiser un événement ou de marquer la division entre le travail et les loisirs. Atteindre et même rechercher l'ivresse, sont également des comportements caractéristiques, voire symboliques des différentes cultures des pays européens.

L'ALCOOL AU QUOTIDIEN

La production intentionnelle de boissons alcoolisées semble avoir commencé il y a environ dix mille ans, et dans la plupart des pays du monde antique on consommait couramment de l'alcool (Austin 1985; Sournia 1990). La bière sans houblon et les boissons à base de miel (hydromel) furent probablement les premières boissons alcoolisées qui aient existé, mais d'autres boissons furent rapidement conçues puis produites à partir de produits locaux. La culture de la vigne vint plus tard, bien qu'elle remonte au moins à 5 ou 6 000 ans (Burnett 1999). A noter que le vin était relativement rare en Grèce antique et au début de l'Empire romain. La viticulture ne se répandit en Italie qu'à partir du 2^e siècle av. J.-C., mais la fabrication de vin fut dès lors rapidement adoptée dans les contrées sous domination romaine (Jellinek 1976).

L'Empire romain fut également associé à la christianisation de l'Europe, et le rôle fondamental du vin dans la messe a en fait peut-être encouragé la production de vin. On trouve dans la bible plusieurs références positives au vin, et de nombreux monastères produisaient des boissons alcoolisées, bien que d'autre part le clergé condamnait l'ivresse la considérant comme une forme de gourmandise (cf. ex. Edwards 2000). Ambivalence qui se retrouve également dans le judaïsme en

Europe, la Torah présentant l'alcool comme un cadeau divin, et la consommation de vin faisant partie de nombreuses célébrations juives, dont le sabbat. Toutefois, la Torah décrit également l'alcool comme pouvant mener à la violence et à la perte de connaissance, l'ivresse étant généralement stigmatisée dans la communauté juive (Sournia 1990).

Apparemment, du moment où apparurent les toutes premières boissons alcoolisées, de nombreuses vertus thérapeutiques leur ont été attribuées. Caton l'Ancien (234-149 av. J.-C.), par exemple, prêtait des vertus médicinales au vin consommé avec modération contre les morsures de serpent (Sournia 1990), alors que même au XVIII^e siècle en Angleterre les médecins recommandaient le vin pour traiter la goutte et les maladies vénériennes (Porter 1985). Bien qu'existant en Europe au XIII^e siècle, les boissons provenant de la distillation, plus communément appelées *aqua vitae*, ou "eau-de-vie", furent réservées presque exclusivement à l'usage médical pendant plusieurs siècles (Austin 1985). Il y a moins d'un siècle, la prohibition de l'alcool en Norvège fut levée en partie pour permettre l'achat d'une demi-bouteille d'alcool fort par foyer, qui devait être utilisé comme remède contre la grippe espagnole (Hauge 1978). Enfin il fallut attendre de meilleures connaissances médicales concernant les méfaits de l'alcool (Knapp 1998) et en particulier l'apparition de médicaments modernes efficaces pour voir l'alcool disparaître du nombre des remèdes utilisés en médecine (Sournia 1990; Edwards 2000).

De l'antiquité jusqu'au début du XIX^e siècle, l'eau était souvent considérée comme impropre à la consommation humaine et la bière comportait certains avantages, compte tenu des méthodes de purification utilisées sans le savoir dans la fabrication de ce breuvage (sans oublier son apport calorique ; Vallee 1993; Burnett 1999). La bière "légère" et autres boissons légères de ce fait semblent avoir été couramment consommées même avant la révolution industrielle, bien que dans certains cas très peu alcoolisées (Wilson & Gourvish 1993:4). L'ivresse, de façon générale acceptée comme inhérente à la condition humaine, était parfois réprouvée lorsqu'elle devenait trop fréquente et en cas de délits ou d'attentat aux mœurs faisait l'objet d'une "désapprobation généralisée" (Thom 2001). Dans certains cas cette désapprobation était exacerbée par l'idée que la consommation d'alcool pouvait perturber l'ordre public, de ce fait l'accès à l'alcool fut longtemps associé à la hiérarchie sociale (Tannahill 1988). Les esclaves, par exemple, ont pratiquement toujours été forcés à l'abstinence pour ce qui est de l'alcool (Sournia 1990). La consommation d'alcool par les femmes était mal vue dans la Grèce antique par exemple, alors qu'elles contribuèrent fortement à la production et à la vente d'alcool avant la révolution industrielle (Plant 1997).

Il n'est donc guère surprenant que les premières considérations en terme de loi concernant l'alcool aient eu trait à l'ordre public ou aux problèmes de production de boissons alcoolisées, comme leur falsification (les premières mesures remontant à 4000 ans) (Hammurabi [traduit par King] 2000). D'autres lois répondaient à des problèmes spécifiques à une période ou une région (par exemple la pénurie de céréales), bien que là encore rarement destinées à préserver la santé publique. Parfois, association était faite entre lieux publics où l'on pouvait consommer de l'alcool et troubles de l'ordre public et de la tranquillité. Au XV^e siècle en Angleterre les autorités judiciaires pour faire régner la paix pouvaient ordonner la fermeture de tavernes (Thom 2001). Au milieu du XIX^e siècle en France ce type d'établissement fut même associé à des mouvements de rébellion, ce qui amena Louis Napoléon à essayer d'interdire les tavernes en 1848 (Barrows & Room 1991; Haine 2003). Les dirigeants ont souvent essayé de tirer financièrement profit de la production et de la distribution d'alcool, les taxes sur l'alcool ayant notamment constitué une large partie des revenus gouvernementaux au début de l'époque moderne avant l'introduction de l'impôt sur le revenu (Moskalewicz & Zielinski 1995; cf. également chapitre 3). Malgré

ces préoccupations, les différents usages et structures gouvernementales qui se sont succédés, toutes les couches de la société semblent avoir consommé de l'alcool jusqu'à l'ivresse en certaines occasions, les classes les plus privilégiés ayant notamment disposé plus facilement d'alcool (Porter 1985).

LA CONSOMMATION D'ALCOOL DURANT LA REVOLUTION INDUSTRIELLE

Bien que le commerce de l'alcool ait existé depuis les romains, cette activité était freinée par la production limitée et les difficultés de transporter des denrées périssables et volumineuses sur de longues distances. Cette situation changea complètement en Europe à la fin du Moyen-Age, avec l'apparition d'alcools plus forts et de vins de liqueur qui se conservaient mieux et dont la vente se généralisa à la fin du XVIe siècle (Sournia 1990; Vallee 1993). Parallèlement à l'apparition de ces boissons fortes on assista à de plus grand changements dans le monde autour de l'alcool, y compris l'urbanisation, l'amélioration des réseaux de transport et autres grandes conséquences de la révolution industrielle, dont un certain nombre de mouvements qui en Europe progressèrent plus ou moins rapidement et dans différentes directions. Tout cela généra des marchés absolument inconcevables auparavant, les entreprises familiales cédant définitivement la place aux grandes brasseries et distilleries, qui grâce aux dernières découvertes scientifiques pouvaient produire de gros volumes (Wilson & Gourvish 1993; Anderson 2003; Room 2006).

Ces changements au début de la révolution industrielle rendirent les boissons alcoolisées plus accessibles, avec un degré d'alcool plus fort, et moins chères qu'elles n'avaient jamais été. Il n'est guère étonnant que la consommation d'alcool en Europe ait alors fortement augmenté (Knapp 1998), en particulier chez les classes ouvrières dans les villes. L'ivresse devint alors progressivement chose plus fréquente, plus publique et davantage associée à la pauvreté (Porter 1985; Barrows & Room 1991). L'exemple typique souvent cité est la "passion pour le gin" en Angleterre de la fin du XVIIe au milieu du XVIIIe siècle, suite à d'abondantes récoltes céréalières et des mouvements politiques visant à augmenter la production de spiritueux afin de freiner l'importation naissante de produits français. On vit alors une explosion soudaine du nombre de magasins où l'on vendait du gin. Selon certains, une maison sur quatre dans les quartiers de Westminster et de la City à Londres vendait de l'alcool (Burnett 1999), et les problèmes manifestes que cela causa menèrent à l'adoption de toute une série de lois dans la première moitié du XVIIIe siècle (Warner 2002).

Les problèmes d'ivresse se répandirent ailleurs en Europe durant les XVIIIe et XIXe siècles, parfois également favorisés par des mesures libérales. Par exemple, après la loi de 1816 sur les spiritueux en Norvège permettant la distillation domestique, selon les estimations la consommation d'alcool a quintuplé, ce qui mena à l'adoption d'autres lois restrictives dans les années 1840 (Hauge 1978). Les problèmes en France à la fin du XIXe siècle, ne furent toutefois pas causés par des mesures gouvernementales, étant principalement dus au phylloxera qui ravagea les vignes et qui mena à un goût accru pour les spiritueux. Lorsque finalement un nouveau cépage hybride fut introduit permettant de produire de nouvelles récoltes de raisin, la population française avait ajouté des spiritueux à sa consommation de vin d'origine (Brennan 2003), ce qui causa une augmentation considérable de la consommation d'alcool et une source croissante d'inquiétudes dans le pays (Barrows & Room 1991; Preswich 2003). Malgré cela, les changements au début de notre époque moderne furent beaucoup moins spectaculaires dans les régions de l'Europe où l'industrialisation se fit de façon plus lente ou superficielle, notamment dans de nombreuses régions productrices de vin (compte tenu qu'il est relativement plus difficile de produire du vin en grande quantité comparé à la bière ou aux spiritueux).

MOUVEMENTS POPULAIRES ET ALCOOL

Avec la fin du XVIII^e siècle et en particulier le début du XIX^e siècle vint une période de changement et avec elle l'apparition de "sociétés de tempérance" dans la plus grande partie de l'Europe, en réaction aux problèmes manifestes et croissants liés à l'alcool. Groupes qui à l'origine n'étaient pas des instruments de prohibition mais préconisaient à leurs membres de boire avec modération (comme l'indique le terme "tempérance") dans un souci de lutter contre les "forces du Mal". Dans plusieurs pays ce mouvement, qui répondait aux problèmes quotidiens (Tyrell 1991) et constituait une occasion de participer à la vie publique (Thom 2001), fut amplement suivi par la classe ouvrière (Barrows & Room 1991). Ce message modérateur, toutefois, se répandit de façon inégale en Europe, avec une tendance plus marquée dans les pays et chez les populations de religion protestante (Barrows & Room 1991; Levine 1993), exception faite des sociétés de tempérance catholiques en Irlande et en Pologne (Bretherton 1991; Swiatkiewicz & Moskalewicz 2003).

Mouvement plus fortement suivi dans les pays anglophones et nordiques, bien que d'importants groupes furent formés en Europe centrale et de l'Est, avec au plus fort de leurs succès 100 000 membres ou plus au Danemark, en France et en Pologne (Swiatkiewicz & Moskalewicz 2003; Preswich 2003; Eriksen 2003). Toutefois, dans certains pays, en particulier en Europe du Sud (ex. Espagne, Italie), cette tendance est toujours restée limitée à de petits groupes, l'élite religieuse généralement. Le mouvement de tempérance eut également une incidence sur le plan international, due aux problèmes dans le commerce d'alcool fort (avec certaines populations indigènes dans les colonies) qui était cause de violence et alimentait le commerce d'esclaves (Fidler 2001; Willis 2003; Lewis 2003). Malgré les tentatives d'accord avec les autres puissances impérialistes européennes pour restreindre le commerce des spiritueux, ce mouvement eut pour principal effet la mise en place de zones de prohibition dans des colonies britanniques en Afrique occidentale et orientale (Room 2005a).

Un grand nombre des pays où le mouvement de tempérance était le plus fortement suivi prohibèrent la vente d'alcool au début du XX^e siècle (Finlande, Islande, États-Unis et Russie), alors que d'autres se contentèrent d'une prohibition partielle (Norvège) ou laissèrent aux autorités régionales le droit de prohibition (Danemark, Pologne et Norvège entre autres), souvent qualifié d'option régionale. Lorsque ce mouvement était moins soutenu, ou après que la prohibition ait échoué, les élites politiques s'efforcèrent souvent de transiger en terme de réglementation sur l'alcool, essayant de trouver un moyen de rendre l'alcool accessible tout en réduisant les effets nocifs liés à sa consommation par le biais de moyens politiques comme les monopoles (Room 2004; Room 2005a). De nombreuses lois visaient spécifiquement à résoudre le "nouveau problème" des spiritueux, comme la lourde taxation au Danemark (1917) et en Allemagne (1887), deux mesures qui ont respectivement encouragé la population à se mettre à la bière (Eriksen 2003; Spode 2003).

LE CONCEPT D'ALCOOLODEPENDANCE

Bien qu'un état d'ivresse habituel ait parfois fait l'objet de désapprobation au cours de l'histoire en Europe, ce ne fut qu'à la fin du XVIII^e et au début du XIX^e siècle que l'idée de perte de la maîtrise de soi commença à lui être associée. Cette nouvelle idée d'alcoolodépendance est généralement attribuée à Thomas Trotter et en particulier à Benjamin Rush (médecins respectivement en Ecosse et en Amérique), qui affirmaient que ces personnes souffraient d'une "maladie de la volonté" (Levine 1978; Thom 2001). Toutefois, avant cela plusieurs précurseurs avaient mis en avant des idées moins développées au début du XVIII^e siècle (Porter 1985; Knapp 1998),

et il vaut mieux considérer ces idées comme le résultat de certains développements, notamment une meilleure compréhension sur le plan médical en général et la médicalisation de nouveaux domaines dont les maladies mentales. Le plus important de ces facteurs contextuels est peut-être l'idéologie basée sur la volonté personnelle (Levine 1978), qui était censée expliquer de plus grands problèmes concernant l'alcool et l'alcoolisme dans les pays de religion protestante où la maîtrise de soi est un élément culturel essentiel (Levine 1993; Engs 1995).

Les premiers établissements bénévoles pour "ivrognes" virent le jour aux Etats-Unis, reflétant généralement les idéologies et le caractère religieux des sociétés de tempérance qui les dirigeaient (Baumohl & Room 1987). Cependant, l'idée d'attribuer un caractère médical à la dépendance à l'alcool, qui émergea au XIXe siècle, mena à la tendance à soigner ce problème en milieu médical et à la création d'établissements plus grands vers lesquels les patients étaient dirigés sans autre choix, et où la religion n'avait guère sa place (Porter 1985). Le concept de ces "maisons de santé", puis de "centres de désintoxication", fut introduit en Europe et en 1900 des établissements de ce genre existaient en Autriche, Finlande, France, Allemagne, Irlande, aux Pays-Bas, en Norvège, en Suisse et au Royaume-Uni (Baumohl & Room 1987). Au début du XXe siècle plusieurs de ces pays disposaient d'infrastructures sophistiquées, avec des traitements de différents niveaux mis à la disposition de conseils de coordination ou de comités, dont notamment des moyens de contrôle social (comme des camps de travail) et de réinsertion. Et pourtant, les problèmes de dépendance étaient parfois marginalisés au début du siècle, les mouvements de tempérance visant à des solutions politiques plus larges.

Le concept de dépendance fut à nouveau d'actualité après la prohibition aux Etats-Unis, reformulé afin de porter l'attention sur le "malade" plutôt que considéré comme une manifestation inhérente à l'alcool (Levine 1978; Roizen 1991). Concept qui fut introduit en Europe après la seconde guerre mondiale, favorisé par le mouvement des Alcooliques anonymes alors en plein essor et en phase avec les idéologies dominantes du consumérisme et de la liberté personnelle (Mann, Hermann, & Heinz 2000; Room 2004). Une telle idéologie n'était toutefois pas perceptible dans certains pays comme l'Allemagne de l'Est et la Pologne sous influence soviétique, et où "l'alcoolisme" a longtemps été considéré comme un vestige de la société capitaliste. C'est seulement dans les années 1970 que des démarches psychiatriques visant à traiter ce problème humain virent le jour dans ces pays (Swiatkiewicz & Moskalewicz 2003; Spode 2003).

Plus récemment encore, le "nouveau mouvement pour la santé publique" (dans lequel s'inscrit le présent rapport) une fois encore adopte confortablement une vision globale des "méfaits de l'alcool", plutôt que de limiter tous les problèmes liés à la consommation d'alcool à un petit nombre "d'alcooliques" (Berridge 1989; Thom 2001).

L'ALCOOL EN EUROPE : PASSE ET PRESENT

Aujourd'hui en Europe, l'alcool fait partie d'événements divers comme les repas quotidiens, les offices religieux et les fêtes (ex. Gamella 1995; Beccaria & Sande 2003). Les raisons de boire sont bien plus nombreuses que les simples facteurs avancés par les premiers anthropologues, et comportent toutes sortes de significations que des personnes associent à l'alcool selon les moments ou les occasions (Moore 2001; cf. également l'analyse concernant les jeunes en chapitre 4). Signification également manifeste dans la *production* d'alcool dans de nombreuses régions d'Europe, comme l'importance que revêt la fabrication domestique de *vin Santo* en Toscane comme le rapporte Calabresi (Calabresi 1987; cf. également l'analyse de la production en chapitre 3). Malgré les différentes

significations qui lui sont associées, boire de l'alcool peut être généralement décrit (au moins par la plupart de ceux qui boivent) comme quelque chose que l'on fait en société, dans un contexte relationnel entre les personnes qui boivent et avec le monde en général (Hunt & Barker 2001).

Il n'est donc guère surprenant que la consommation d'alcool soit aussi une activité fortement symbolique qui sous tous ses aspects, à savoir le type de boisson, le moment et le lieu, les "compagnons de boisson" et les façons de boire, a une signification pour la personne qui boit et ceux qui l'entourent. Par exemple, les boissons alcoolisées dans les sociétés modernes industrialisées peuvent servir de repères temporel et d'ambiance en séparant le travail, où l'alcool n'a pas sa place, et les loisirs le soir et surtout le week-end (Gusfield 1987). L'alcool peut également contribuer à définir un événement social particulier, comme la nette distinction qui existe dans le bassin de Vienne en Autriche (Thornton 1987) entre *sekt* (vin consommé à des occasions formelles, précises et lors de fêtes traditionnelles) et *schnaps* (consommé spontanément pour marquer l'intimité). L'ivresse elle-même fait l'objet d'attentes sociales et d'interprétations, le "comportement ivre", à savoir comment quelqu'un réagit sous l'empire de l'alcool, variant selon les pays (MacAndrew & Edgerton 1969; Room 2001). De toute évidence, ces attentes peuvent varier selon le moment et le contexte, comme le montre clairement une description de l'Oktoberfest de Munich comme étant "semblable à une incursion dans la sauvagerie" dans des *Kneipe* (tavernes allemandes ; Vogt 1995). L'ivresse est un facteur de risque considérable et a de fortes conséquences, ce sujet est traité plus en détail dans les chapitres 5 et 6.

Le présent rapport étant principalement axé sur les pays, il convient de rappeler qu'à "un pays" ne correspond pas forcément "une culture", les frontières entre "cultures" se situant au-delà de simples définitions politiques (Wilson 2004). Au sein de cultures existent également différents groupes et sous-cultures auxquels correspondent différents comportements pour ce qui est de la consommation d'alcool, dont certains (comme l'âge, le sexe, le statut socioéconomique) sont examinés dans la seconde moitié du chapitre 4. L'identité peut jouer un rôle important dans ces différences de comportement, comme le prouve la description "d'ivrognerie" au sein de différents groupes de jeunes dans un même établissement scolaire en Nouvelle-Zélande (Abel & Plumridge 2004). Certaines boissons et certains usages de l'alcool sont apparemment liés à une identité régionale ou nationale, cette identité reposant elle-même en partie sur certaines habitudes de boire (Moore 1990; Nahoum-Grappe 1995; Gamella 1995; Wilson 2004). L'absence de consommation d'alcool peut également servir d'important repère, comme c'est aujourd'hui le cas pour les Musulmans membres de sociétés européennes et dont l'abstinence est liée à leur religion, cette abstinence pouvant à son tour devenir un trait d'identité (Amundsen, Rossow, & Skurtveit 2005; Room 2005b).

Malgré la diversité des significations attachées à la consommation d'alcool en Europe, des tentatives ont été faites pour établir une typologie des "cultures consommatrices d'alcool" (cf. Room & Mäkelä 2000), affirmant parfois qu'elles reflètent l'héritage historique décrit précédemment et que nous ont légué les Romains (Engs 1995). Les pays sont alors répartis en groupes tels que cultures "consommatrices d'alcool" versus "sans alcool", ou de "tempérance" versus "intempérance", regroupant souvent au sein de ces divisions dichotomiques la production, les habitudes de consommation, les "comportements ivres" et les réactions face à l'alcool.

Cependant, pour ne prendre qu'un exemple, l'image projetée par les études (toutefois limitées) concernant la désapprobation et l'influence de l'entourage et de la famille ne reflète certainement pas une catégorisation aussi simple. Une enquête relativement restreinte a révélé des variations entre les cultures en termes de degré

de désapprobation mais cela reflète de façon générale les habitudes dans le fait de désapprouver toute une variété de conditions physiques (allant de la grossesse à l'obésité). Pour ce qui est de "l'ivrognerie", le Royaume-Uni et l'Espagne font preuve d'un degré de désapprobation similaire, et aucune tendance systématique n'a pu être constatée dans l'ensemble (Room et al. 2001).¹ De même, une simple question dans le cadre de l'enquête ECAS qui demandait si quelqu'un avait essayé d'influencer une autre personne de leur connaissance pour ce qui est de boire n'a révélé aucune tendance comportementale. Par exemple, les personnes interrogées en Italie étaient plus disposées à répondre que celles en Finlande ou en Suède, les Français étant encore moins disposés à s'exprimer sur ce sujet (Hemström, Leifman, & Ramstedt 2001; Hemström 2002b). D'autres exemples de généralisation à ce sujet, ainsi que les exceptions et les complications, sont analysés dans le présent rapport, en particulier dans les chapitres 4 et 6.

Ces sujets mis à part, cette section du rapport a pour objet essentiel de montrer que la consommation d'alcool a à la fois une signification et une histoire en Europe, ou pour être plus précis des significations et des histoires qui varient au sein des pays et entre les pays. L'univers examiné dans les chapitres suivants, à savoir la production, les usages, les conséquences de l'alcool et les réactions, est de fait significatif aussi bien pour les buveurs que les non buveurs. La situation actuelle concernant la consommation d'alcool en Europe n'est pas naissante, elle plonge ses racines dans une longue histoire faite de pratiques et de significations, qui elles-mêmes évoluent comme il est brièvement exposé plus loin dans ce rapport.

REFERENCES

Abel, G. M. and Plumridge, E. W. (2004). "Network "Norms" or "Styles" of "Drunken Comportment"?" *Health Education Research*, 19: 492-500.

Amundsen, E. J., Rossow, I., and Skurtveit, S. (2005). "Drinking Pattern Among Adolescents With Immigrant and Norwegian Backgrounds: A Two-Way Influence?" *Addiction*, 100(10): 1453-63.

Anderson, R. (2003). "Beer." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clío.

Austin, G. A. (1985). *Alcohol in Western Society From Antiquity to 1800*, Santa Barbara, California: ABC - Clío Information Services.

Barrows, S. and Room, R. (1991). *Drinking: Behavior and Belief in Modern History*, Berkeley: University of California Press.

Baumohl, J. and R. Room (1987). "Inebriety, Doctors, and the State: Alcoholism Treatment Institutions Before 1940." Pp.135-74 in *Recent Developments in Alcoholism, vol 5.*, Edited by M. Galanter.

Beccaria, F. and Sande, A. (2003). "Drinking Games and Rite of Life Projects: a Social Comparison of the Meaning and Functions of Young People's Use of Alcohol During the Rite

¹ Compte tenu du contexte dans lequel l'enquête (universalisme et diversité concernant les points de vue sur l'incapacité) a été faite, il est possible que les résultats rapportés soient des réactions face à la dépendance à l'alcool plutôt qu'à l'ivresse simplement. De plus, des enquêtes comparatives sont susceptibles de faire l'objet de nombreux partis pris (cf. chapitre 4), et cette enquête a été faite sur un panel extrêmement petit. Néanmoins, les résultats indicatifs du sondage sont intéressants, en particulier dans le contexte des résultats examinés plus loin dans ce rapport.

of Passage to Adulthood in Italy and Norway." *Young: the Nordic Journal of Youth Research*, 11(2): 99-119.

Berridge, V. (1989). "History and Addiction Control: the Case of Alcohol." Pp.24-42 in *Controlling legal addictions*, Edited by D. Robinson, A. Maynard, and R. Chester. Basingstoke: Macmillan.

Brennan, T. (2003). "France, Production and Consumption of Alcohol in." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Bretherton, G. (1991). "Against the Flowing Tide: Whisky and Temperance in the Making of Modern Ireland." *Drinking behavior and belief in modern history*, Edited by S. Barrows and R. Room. Berkley, CA: University of California Press.

Burnett, J. 1999. *Liquid Pleasures: A Social History of Drinks in Modern Britain*, Routledge.

Calabresi, A. T. (1987). "Vin Santo and Wine in a Tuscan Farmhouse." Pp.122-34 in *Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology*, Edited by M. Douglas.

Edwards, G. (2000). *Alcohol: the Ambiguous Molecule*, London, UK: Penguin Books Ltd.

Engs, R. C. (1995). "Do Traditional Western European Drinking Practices Have Origins In Antiquity?" *Addiction Research*, 2(3): 227-39. <http://www.indiana.edu/~engs/articles/ar1096.htm>

Eriksen, S. (2003). "Denmark." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Fidler, D. P. (2001). "The Globalization of Public Health: the First 100 Years of International Health Diplomacy." *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9): 842-49.

Gamella, J. F. (1995). "Spain." Pp.254-69 in *International handbook on alcohol and culture*, Edited by D. B. Heath. Westport, Connecticut and London: Greenwood Press.

Gusfield, J. R. (1987). "Passage to Play: Rituals of Drinking Time in American Society." Pp.73-90 in *Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology*, Edited by M. Douglas.

Haine, W. S. (2003). "Drinking Establishments (France)." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Hammurabi (translated by L.W.King) (2000). *Code of Hammurabi*. <http://www.fordham.edu/halsall/ancient/hamcode.html>

Hauge, R. (1978). "Alcohol Policy in Norway: a Historical Outline." *Prepared for International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism in Zürich, June 25 - July 1 1978 [conference proceeding]*: Oslo: National Institute for Alcohol Research.

Hemström, Ö., H. Leifman, and M. Ramstedt (2001). "The ECAS-Survey on Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Hunt, G. and Barker, J. (2001). "Socio-Cultural Anthropology and Alcohol and Drug Research: Towards a Unified Theory." *Social Science and Medicine*, 53: 165-88.

Jellinek, E. M. (1976). "Drinkers and Alcoholics in Ancient Rome." *Journal of Studies on Alcohol*, 37: 1721-43.

Knapp, V. J. (1998). "The Medical Response to Rising Alcohol Consumption in 18th- and 19th-Century Europe." *Nutrition and Health*, 12: 163-79.

Levine, H. G. (1978). "The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America." *Journal of Studies on Alcohol*, 38: 1347-70. <http://www.soc.qc.edu/Staff/levine/doa.htm>

Levine, H. G. (1993). "Temperance Cultures: Alcohol As a Problem in Nordic and English-Speaking Cultures." Pp.16-36 in *The Nature of Alcohol and Drug-Related Problems*, Edited by M. Lader, G. Edwards, and C. Drummond. New York: Oxford University Press.

- Lewis, M. J. (2003). "Indigenous Peoples and the Liquor Traffic Controversy." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clío.
- MacAndrew, C. and Edgerton, R. (1969). *Drunken Comportment*, Chicago: Aldine Pub. Co.
- Mann, K., Hermann, D., and Heinz, A. (2000). "One Hundred Years of Alcoholism: the Twentieth Century." *Alcohol and Alcoholism*, 35(1): 10-15.
<http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/35/1/10>
- Moore, D. (1990). "Drinking, the Construction of Ethnic Identity and Social Process in a Western Australian Youth Subculture." *British Journal of Addiction*, 85(10): 1265-78.
- Moore, D. (2001). "The Anthropology of Drinking." *International handbook of alcohol dependence and problems*, Edited by N. Heather, T. J. Peters, and T. Stockwell.
- Moskalewicz, J. and A. Zielinski (1995). "Poland." Pp.224-36 in *International handbook on alcohol and culture*, Edited by D. B. Heath. Westport, Connecticut and London: Greenwood Press.
- Nahoum-Grappe, V. (1995). "France." Pp.75-87 in *International handbook on alcohol and culture*, Edited by D. B. Heath. Westport, Connecticut and London: Greenwood Press.
- Plant, M. (1997). *Women and Alcohol: Contemporary and Historical Perspectives*, London: Free Association Books.
- Porter, R. (1985). "The Drinking Man's Disease: the 'Pre-History' of Alcoholism in Georgian Britain." *British Journal of Addiction*, 80(4): 385-96.
- Preswich, P. E. (2003). "France, Temperance In." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clío.
- Roizen, R. (1991). (*The American Discovery of Alcoholism, 1933-1939*). PhD dissertation, Sociology. University of California, Berkeley. <http://www.roizen.com/ron/disshome.htm>
- Room, R. (2001). "Intoxication and Bad Behaviour: Understanding Cultural Differences in the Link." *Social Science and Medicine*, 53: 189-98.
- Room, R. (2004). "Alcohol and Harm Reduction, Then and Now." *Critical Public Health*, 14(4): 329-44.
- Room, R. (2005a). "Alcohol Policy: Issues and Challenges for the WHO European Region." *10th meeting of national counterparts for alcohol policy in the WHO European Region, Stockholm 13-15 April 2005 [conference proceeding]*
- Room, R. (2006). "International control of alcohol: Alternative paths forward". *Drug and Alcohol Review*. In press.
- Room, R. (2005b). "Multicultural Contexts and Alcohol and Drug Use As Symbolic Behaviour." *Addiction Research and Theory*, 13(4): 321-31.
- Room, R. and Mäkelä, K. (2000). "Typologies of the Cultural Position of Drinking." *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3): 475-83.
- Room, R., J. Rehm, R. T. Trotter, A. Paglia, and T. B. Ustün (2001). "Cross-Cultural Views on Stigma, Valuation, Parity and Societal Attitudes Towards Disability." Pp.247-91 in *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, Edited by T. B. Ustün. Seattle: Hofgrebe & Huber.
- Sournia, J-C. (1990). *A History of Alcoholism*, Oxford: Basil Blackwell.
- Spode, H. (2003). "Germany [Translated by Giles, G.]." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clío.
- Swiatkiewicz, G. and J. Moskalewicz (2003). "Poland." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clío.
- Tannahill, R. (1988). *Food in History*. 2nd, London: Penguin.

Thom, B. (2001). "A Social and Political History of Alcohol." *International handbook of alcohol dependence and problems*, Edited by N. Heather, T. J. Peters, and T. Stockwell. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Thornton, M. A. (1987). "Sekt Versus Schnapps in an Austrian Village." Pp.102-12 in *Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology*, Edited by M. Douglas.

Tyrell, I. (1991). "Women and Temperance in International Perspective: the World's WCTU 1880s-1920s." Pp.217-40 in *Drinking behaviour and belief in modern history*, Edited by S. Barrows and R. Room. Berkeley, CA: University of California Press.

Vallee, B. L. (1993). "Alcohol in Human History." *Symposium on Toward a Molecular Basis of Alcohol Use and Abuse*, Edited by B. Jansson, H. Jörnvall, U. Rydberg, L. Terenius, and B. L. Vallee. Birkhäuser Verlag.

Vogt, I. (1995). "Germany." Pp.88-98 in *International handbook on alcohol and culture*, Edited by D. B. Heath. Westport, Connecticut and London: Greenwood Press.

Warner, J. (2002). *Craze: Gin and Debauchery in an Age of Reason*, London: Profile Books.

Willis, J. (2003). "Brussels Act and Conventions, 1890-1912." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Wilson, R. G. and Gourvish, T. (1993). *The production and consumption of alcoholic beverages in Western Europe*. London: Amsterdam Group.

Wilson, T. (2004). "Globalization, Differentiation and Drinking Cultures, an Anthropological Perspective." *Anthropology of Food*, 3. <http://www.aofood.org/JournalIssues/03/wilson.pdf>

Chapitre 3 : L'alcool dans l'économie européenne

L'Europe joue un rôle central dans le marché global de l'alcool, puisqu'elle est à l'origine du quart de la production mondiale des boissons alcooliques et de plus de la moitié de la production de vin. Le commerce est encore plus recentré sur l'Europe, avec 70 % des exportations d'alcool et plus de la moitié des importations impliquant l'Union européenne. Bien que la majorité de ce commerce ait lieu entre les pays européens, ces échanges contribuent pour environ 9 milliards d'euros au solde de la balance commerciale de l'Union Européenne.

*Il est difficile d'évaluer l'importance de la **contrebande** dans l'Union européenne ; mais un groupe d'experts (High Level Group of Company Law Experts) a estimé qu'environ 1,5 milliards d'euros de revenus fiscaux ont été perdus de ce fait en 1996. La différence de prix des boissons entre les différents pays européens joue un rôle encore plus important par le biais des **achats transfrontaliers** faits par des particuliers qui peuvent en toute légalité rapporter dans leur pays une certaine quantité de boissons alcooliques achetées dans des pays où elles sont moins fortement taxées. Dans plusieurs pays européens, au moins un touriste sur six revient de ses voyages à l'étranger avec des boissons alcooliques ; les voyageurs rapportent en moyenne plus de deux litres d'équivalent alcool pur par personne.*

***Le rôle économique des producteurs de boissons alcooliques** est considérable dans de nombreux pays européens. Les droits d'accises de l'alcool s'élevaient à la somme de 25 milliards d'euros dans les 15 pays de l'Union Européenne en 2001, il faut y ajouter d'autres taxes payées au cours de la production et de la vente, en tenant compte du fait que 1,5 milliard d'euros sont rendus à cette chaîne à travers la Politique Agricole Commune. Du fait de la relative inélasticité de la demande pour l'alcool, le taux moyen de taxation des boissons est un meilleur indicateur du revenu fiscal d'un gouvernement que le niveau de consommation dans le pays concerné.*

*L'alcool est aussi à l'origine d'un grand nombre **d'emplois**, en particulier de plus de 750 000 postes dans la production (principalement pour le vin). D'autres emplois sont liés à l'alcool dans toute la chaîne de distribution, par exemple dans les débits de boissons et les boutiques de vente au détail. Cependant la taille de cette activité n'est pas nécessairement un bon indicateur de l'impact économique des «politiques de l'alcool» - par exemple, l'étude des tendances de la consommation d'alcool montre qu'il n'existe pas de relation simple avec les variations du nombre d'emplois dans les hôtels, les restaurants, les bars, ce qui suggère que l'effet des changements de la consommation pourrait être relativement faible sur l'économie générale. Une réduction des dépenses d'alcool aurait comme conséquence de libérer des ressources financières pour des dépenses dans d'autres secteurs, l'impact économique dépendant précisément du secteur où cette nouvelle dépense serait faite. Certes, des recherches supplémentaires doivent être conduites dans ce domaine, mais il existe déjà des preuves qu'une diminution de la consommation de l'alcool et d'autres biens, n'entraîne pas nécessairement des pertes d'emploi dans l'économie générale.*

*En se basant sur l'analyse des études existantes, on peut estimer que le **coût direct de la consommation d'alcool** pour l'Union européenne en 2003 a été de 125 milliards d'euros (chiffres compris entre les estimations extrêmes de 79 et 220 millions) ; ce chiffre est équivalent à 1,3 % du produit intérieur brut et est à peu près le même que celui donné récemment pour le tabac. Le coût indirect essaye de tenir*

compte de la valeur attribuée à la souffrance et plus généralement à la vie humaine en comptabilisant les années de vie « gâchées » à la suite des dommages de l'alcool (maladies, accidents, délits et crimes). En 2003, ces coûts ont été estimés à 270 milliards d'euros ; d'autres méthodes d'évaluation ont donné des chiffres compris entre 150 et 760 milliards d'euros. Bien que ces estimations prennent en compte de nombreuses conséquences de la consommation d'alcool, il existe d'autres domaines où le coût n'a pas été estimé car il n'a pas été possible d'obtenir de données. De la même façon, si les estimations ont pris en compte les éventuels bénéfices de la consommation d'alcool du point de vue sanitaire (en tenant compte du coût indirect), il n'existe pas d'étude qui pourrait donner des chiffres sur les effets positifs de cette consommation dans le domaine social.

ECONOMIE – LE SECTEUR DE L'ALCOOL

L'alcool est une denrée qui joue un rôle majeur dans l'économie, associée à la perception au niveau gouvernemental de sommes considérables sous forme de taxes et à d'énormes dépenses de la part des consommateurs. On peut effectivement considérer l'Europe comme le cœur de l'industrie mondiale des boissons alcoolisées, au double titre de marché majeur et de principal producteur d'alcool.

Toutefois, en cette "ère de la mondialisation" la production de boissons alcoolisées, comme de nombreuses autres industries de produits de consommation, est devenue une arène internationale dominée de façon croissante par des marques d'alcool appartenant à des multinationales. Ce rapport est toutefois limité à l'Europe, les chapitres suivants examinant principalement les habitudes et les tendances au niveau pays. Bien que la rubrique suivante soit parfaitement en ligne avec la structure globale (pays-région) du présent rapport, il convient néanmoins de garder à l'esprit que pour avoir une parfaite compréhension de l'industrie moderne des boissons alcoolisées il est nécessaire d'adopter une vision internationale et de prendre en considération la gestion de type corporate des multinationales (cf. Jernigan 1997; Euromonitor et just-drinks.com 2005).

Le présent chapitre, de ce fait, traite de la production de boissons alcoolisées dans les pays d'Europe, avant d'examiner le commerce international de l'alcool, les revenus issus de la taxation de l'alcool et les emplois dans les industries associées à l'alcool.

La production

Le vin

La capacité à cultiver la vigne pour faire du vin a au cours de l'histoire été limitée à certains pays, pour des raisons climatiques, bien que certains suggèrent que le phénomène de réchauffement de la planète puisse changer cet état de choses.¹ Selon l'inventaire de la Commission européenne, à l'aube de ce nouveau millénaire la viticulture est pratiquée dans 150 différentes régions au sein de l'UE15 ainsi que dans plusieurs pays de l'UE10 (République tchèque, Chypre, Hongrie, Malte, Slovaquie et

¹ Des exemples de conjectures autour des changements climatiques et de la viticulture sont proposés par la Geological Society of America (<http://www.geosociety.org/news/pr/03-35.htm>) et BBC News (<http://news.bbc.co.uk/1/low/world/europe/3288129.stm>).

Slovaquie).² Les plus grandes régions en terme de sol cultivé étant l'Espagne (Castilla-La Mancha et Extremadura), l'Italie (Sicile et Pouilles) et la France (Gironde et Hérault), chacune couvrant plus de 100 000 hectares produisant du vin (bien que cela dépende en partie si des regroupements régionaux de producteurs sont considérés comme une région ou plusieurs régions). Ces trois mêmes pays comptent également les régions les plus grosses productrices de vin à titre individuel (75 en France, 21 en Italie, 17 en Espagne) et la plus grande superficie viticole (plus de 750 000 hectares chacune, contre moins de 500 000 hectares pour l'ensemble des autres pays de l'UE15).

Il n'est guère surprenant, compte tenu de ces chiffres, que la production mondiale de vin soit dominée par l'Europe, concentration faite sur le trio formé par la France, l'Italie et l'Espagne, qui à eux seuls fournissent près de la moitié de la production mondiale de vin (cf. figure 3.1). Parmi les pays non membres de l'Union européenne la Roumanie est de loin le plus gros producteur d'alcool, de vin en particulier. En fait la production de vin cumulée de la Roumanie et de la Bulgarie équivaut à peu près à celle du Portugal.

Toutefois, depuis les années 1970 on enregistre un excédent mondial de vin, ce parallèlement au challenge que constituent pour les producteurs européens les pays du "Nouveau Monde" à savoir les Etats-Unis, le Canada, l'Amérique du Sud, l'Australie et la Nouvelle-Zélande (Spitzer 2002; Furlani *et al.* 2003). Ces derniers produisant aujourd'hui des quantités considérables de vin (souvent de marque) qui viennent concurrencer les vins européens et qui grâce aux négociations commerciales qui ont abouti ont pu pénétrer le marché de l'Union européenne plus facilement, les négociations actuellement en cours risquant d'amener de nouvelles réductions des taxes à l'importation (cf. chapitre 8). Les problèmes et les mesures prises en conséquence dans le cadre de la politique agricole commune (cf. également chapitre 8) ont contribué à réduire la production ces dernières années, qui par exemple pour 2002-2003 a diminué de 25 % par rapport à la production moyenne au milieu des années 1980. Afin d'aider ce secteur, des efforts dans le cadre de la politique agricole commune ont été faits pour encourager la production de vin de qualité plus cher au lieu de vin de table. Malgré une baisse considérable de la production de vin de table et parallèlement une augmentation de la production de vin de qualité, la première excède encore légèrement la seconde, surtout en Italie.

La bière

L'Europe est également un acteur de poids dans la production mondiale de bière, bien que nettement moins important que pour le vin. L'Allemagne à elle seule fournit 7,5% de la production mondiale, se classant derrière seulement la Chine et les Etats-Unis, alors que (en ordre décroissant) le Royaume-Uni, la Pologne, l'Espagne, les Pays-Bas, la République tchèque et la France, fournissent chacun entre 1 et 4 % de la production mondiale de bière. Bien que les grandes brasseries multinationales prédominent, un certain nombre de "microbrasseries" subsistent encore localement, qui utilisent leurs propres méthodes de production et conservent une toute petite part du marché de la bière (Euromonitor et just-drinks.com 2005). Ce marché en Europe repose principalement sur les bières blondes. Même au Royaume-Uni, où pendant longtemps les consommateurs ont eu une très nette préférence pour la bière anglaise ou ale, les

² Des données sur les régions productrices de vin au sein de l'UE15 extraites des statistiques officielles de la Commission européenne peuvent être consultées sur le site Internet: http://europa.eu.int/comm/agriculture/markets/wine/prod/index_en.htm. On y trouve l'inventaire des superficies viticoles réalisées sur la période 1998-2000, exclusion faite du droit possible de planter de la vigne.

bières blondes représentent aujourd'hui 70 % du marché de la bière (Tighe & Bussett 2004).

Les spiritueux

"Spiritueux" est un terme générique qui regroupe un certain nombre de boissons, peut-être encore plus que les deux autres principaux types de boissons alcoolisées, dont certaines à forte identité. Bien que ces boissons présentent certaines similarités pour ce qui est du processus de production (à savoir la distillation) et du degré d'alcool qu'elles contiennent formant ainsi une catégorie plutôt cohérente, ce sont les ingrédients de base qui sont distillés qui donnent à chaque spiritueux son goût particulier. Dans certains pays un spiritueux particulier est associé à la culture et à l'identité nationale, ce qui a amené à une lutte farouche pour protéger le droit de produire ces boissons. Pour preuve, il suffit de rappeler notamment deux litiges concernant l'alcool grec parfumé à l'anis (ouzo; Taylor 2004) et la vodka polonaise parfumée à l'herbe de bison (Zubrowka; Koizol 2003).

Il n'est donc guère surprenant de constater que certains pays européens concentrent leur production de spiritueux sur un seul type d'alcool, bien que le manque de données rende difficile toute étude détaillée. Si l'on essaie d'examiner la situation dans les pays de l'UE pour lesquels des informations sont disponibles, on peut dire que les plus gros producteurs sont respectivement le Royaume-Uni pour le whisky et le gin (bien qu'aucune donnée concernant l'Irlande ne soit disponible), la France pour ce qui est des liqueurs, et la Pologne pour la vodka.³ Des informations plus précises sont disponibles pour l'ensemble des spiritueux, qui révèlent que cette production est moins concentrée sur l'UE comparée à celle de la bière, plus de 6 bouteilles sur 7 étant produites en dehors de l'UE. Malgré cela, le Royaume-Uni, la France et l'Allemagne se classent dans les 10 premiers producteurs de spiritueux dans le monde, suivis non loin par l'Italie, la Pologne et l'Espagne.

³ Analyse de la production de spiritueux à partir des données Eurostat pour les différents types de spiritueux (disponibles sur le site <http://fd.comext.eurostat.ec.eu.int/xtweb/mainxtnet.do>)

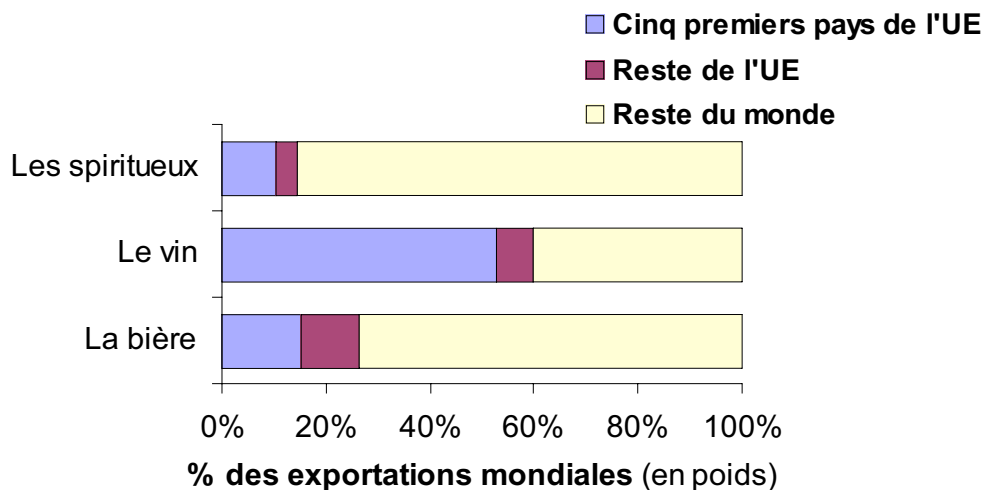


Figure 3.1 Production mondiale de boissons alcoolisées en poids, 2002 (FAOSTAT)⁴

Total

Toutes boissons alcoolisées confondues, l'Union européenne est le principal fournisseur avec un quart de la production mondiale, soit plus de 50 % de plus que la Chine ou les Etats-Unis.⁴ L'UE10 contribue pour environ 3,5 %, principalement avec la bière, mais aussi à hauteur d'un peu moins de 2 % pour ce qui est de la production mondiale de vin et de spiritueux. Malgré ce rôle de poids, il s'agit d'un recul dans le classement mondial, si l'on considère qu'en 1961 5 pays de l'UE fournissaient à eux seuls un tiers de la production mondiale d'alcool (Allemagne, France, Italie, Espagne et Royaume-Uni). Ce recul n'est cependant pas dû à une baisse de la production, la production de l'UE ayant au contraire augmenté de 150 % au cours des 40 dernières années (malgré plus récemment la baisse de production de vin). Entre-temps la production rapportée cumulée des autres régions du monde a augmenté de 250 % (peut-être en partie à cause de l'industrialisation croissante de la production et du recul de la production domestique non déclarée).

Le commerce

L'Europe joue un rôle économique pivot encore plus fort pour ce qui est du commerce de l'alcool, plus de 70 % des exportations mondiales d'alcool, toutes boissons confondues, venant de pays européens (cf. tableau 3.1).⁵ Les six plus gros exportateurs

⁴ Analyse de la production calculée par les auteurs à partir des données de la banque de données statistiques (FAOSTAT) de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (<http://apps.fao.org/faostat/>). Les données statistiques FAOSTAT concernant la production de boissons alcoolisées sont disponibles en poids uniquement. L'analyse de la production du vin est également faite à partir des données de la PAC (politique agricole commune), disponibles en volume uniquement.

⁵ L'analyse commerciale est faite en considérant la valeur plutôt que le poids, unité de mesure qui semble importante pour l'étude du commerce. Les résultats de ce fait manquent quelque peu d'objectivité en favorisant les pays exportateurs pratiquant des prix forts (ex. France, Royaume-Uni) au détriment du total des exportations d'alcool par l'UE10 et les pays entrants et candidats (ex. Bulgarie, Pologne). Et pourtant même si l'on considère le poids des exportations, 2/3 du poids mondial des exportations d'alcool viennent de l'UE. Toutes ces informations sont extraites des banques de données Eurostat NewCRONOS et XTNET. A remarquer également que (comme c'est le cas avec la plupart des sources d'informations commerciales)

mondiaux d'alcool sont également des pays européens. Les exportations cumulées France, Royaume-Uni, Italie, Espagne, Pays-Bas et Allemagne (par ordre d'importance) représentent à elles seules plus de 60 % des exportations mondiales d'alcool. Les Pays-Bas exportent plus de bière que tout autre pays dans le monde, bien que les exportations de cette boisson soient légèrement moins concentrées que celles des autres types de boisson. Pour ce qui est des exportations de vin et de spiritueux, l'Europe l'emporte (respectivement la France pour le vin, le Royaume-Uni pour les spiritueux) et pèse pour trois-quarts des exportations mondiales, bien que depuis quelques années les pays du "Nouveau Monde" (comme expliqué précédemment) jouent un rôle plus important dans l'exportation de vin (Furlani *et al.* 2003). La plupart des exportations sont issues de l'UE15, toutefois plusieurs pays de l'UE10 et d'autres candidats à l'Europe sont également d'importants exportateurs d'alcool, dont la république Tchèque et la Slovénie (tous les deux pour la bière), la Bulgarie et la Hongrie (pour le vin), et la Lettonie et la Pologne (pour les spiritueux).

Considérées seules, ces informations pourraient donner une fausse idée pour l'ensemble de l'Europe car un peu plus de la moitié des exportations d'alcool ont pour destination d'autres pays de l'Union européenne (cf. figure 3.2), chiffre encore plus élevé pour ce qui est de l'UE10, qui exporte deux fois plus d'alcool vers les pays de l'UE15 plutôt que vers les autres pays de l'UE10. En fait, seuls les spiritueux tendent plus à être exportés en dehors de l'UE plutôt qu'au sein de l'Union. Pourtant en 2002, le total des exportations d'alcool de l'UE vers le reste du monde se chiffraient à 12 milliards d'euros, principalement composées de vin (4,4 milliards d'euros) et de spiritueux (5,4 milliards).

Tableau 3.1 Exportations mondiales d'alcool en valeur, année 2003

	Bière	Vin	Spiritueux	TOTAL
Exportateurs principaux (>2% du total des exportations mondiales)	Pays-Bas (22% des exportations mondiales de bière)	France (37% des exportations mondiales de vin)	Royaume-Uni (34% des exportations mondiales de spiritueux)	France (24% des exportations mondiales d'alcool)
	Allemagne (13%)	Italie (18%)	France (17%)	Royaume-Uni (14%)
	Royaume-Uni (7%)	Espagne (9%)	Irlande (5%)	Italie (10%)
	UK (5%)	Portugal (3%)	Pays-Bas(4%)	Espagne (5%)
	Irlande (4%)	Allemagne (3%)	Suède (4%)	Pays-Bas (5%)
	Danemark (4%)		Allemagne (4%)	Allemagne (5%)
	France (3%)		Italie (3%)	Irlande (3%)
			Pays-Bas(2%)	
Exportateurs moyens (0,5% - 2% du total des exportations mondiales)	République tchèque	Belgique	Belgique	Belgique
	Italie	Pays-Bas	Danemark	Danemark
	Portugal	Royaume-Uni		Portugal
	Slovénie			Suède
	Espagne			

Source: analyse par les auteurs d'informations extraites de la base de données Eurostat XTNET.

on constate quelques écarts dans les données officielles, par exemple entre les "exportations du Royaume-Uni vers la France" et les "importations en France venues du Royaume-Uni".

D'un autre côté, un peu moins de la moitié de la production mondiale d'alcool est vendue à des pays de l'UE, dont $\frac{1}{5e}$ provenant de l'extérieur de l'Europe et le reste d'autres pays de l'Union européenne. Les importations de vin sont plus concentrées sur l'UE que les autres boissons alcoolisées (la part du Royaume-Uni s'élevant à 20 %, plus que tout autre pays dans le monde). Il reste toutefois qu'un tiers des importations mondiales de bière et de spiritueux va en UE (les Etats-Unis se classant avant l'UE pour l'importation de spiritueux mais pas pour la bière). Compte tenu de la situation dominante de l'UE15 en tant qu'exportateur, il n'est guère surprenant que la plupart de l'alcool qui entre dans l'UE15 vienne d'autres pays du groupe, bien que les pays de l'UE10 aient également plus tendance à importer d'autres pays de l'UE10 (env. 20 % de leurs importations). Le vin se classe en premier dans les importations de boissons provenant de l'extérieur de l'UE, alors que la bière importée de l'extérieur de l'UE n'enregistre qu'un chiffre négligeable (2,3 milliards d'euros pour le vin, 0,1 milliard d'euros pour la bière).

Si l'on considère l'Union européenne dans son ensemble, le commerce de l'alcool pèse pour 1,3 % de toutes ses exportations et 0,3 % de toutes ses importations, contribuant ainsi à hauteur de 8,9 milliards d'euros dans la balance commerciale. Ce commerce n'est pas forcément influencé par les politiques au niveau européen et domestique destinées à réduire les méfaits de l'alcool. Les exportations sont plus concentrées sur l'UE15 que les importations, ce qui explique le léger déficit commercial de l'UE10 concernant l'alcool.

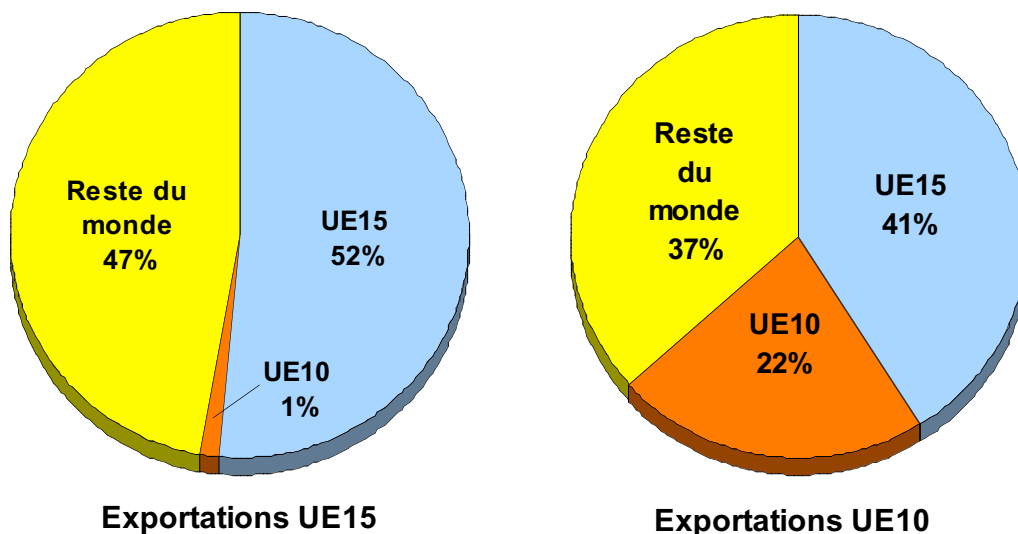


Figure 3.2. Destinations des exportations d'alcool de l'UE (en valeur)
Source: analyse d'informations extraites de la banque de données Eurostat XTNET.

La contrebande d'alcool

En plus d'échanges commerciaux déclarés, l'alcool donne lieu à un commerce illégal en Europe (cf. également chapitre 4), qui consiste souvent à détourner des marchandises

conservées en "suspension de taxes".⁶ Compte tenu de la nature souterraine de cette activité, il est de toute évidence difficile d'obtenir des statistiques exploitables concernant le commerce illicite d'alcool, et de ce fait d'évaluer l'ampleur de la contrebande en Europe. L'unique estimation qui existe pour l'UE vient de l'Office européen de lutte anti-fraude, qui a chiffré pour 1996 à 1,5 milliard d'euros la perte de revenus due à la contrebande, soit environ 8 % du montant total des taxes perçues sur l'alcool au moment de l'évaluation (High Level Group on Fraud in the Tobacco and Alcohol Sectors 1998). Toutefois, la façon dont cette évaluation a été faite n'est pas claire, et aucun autre chiffre n'a été communiqué plus récemment ou concernant l'UE10. Même pour les estimations au niveau pays on rencontre des problèmes de taille, la perte de taxes sur l'alcool pour le Royaume-Uni étant estimée au total au moins entre 650 millions de livres sterling et zéro. Une situation que l'office national des statistiques s'efforce actuellement de rectifier (HM Customs and Excise 2004).

Compte tenu des difficultés à évaluer l'importance de la contrebande, il est difficile de suivre toutes les tendances possibles dans ce type de commerce illégal. Bien qu'on puisse s'attendre à ce que le marché commun et les déplacements accrus de voyageurs contribuent à augmenter les fraudes, il semblerait qu'il existe différentes tendances en Europe. Par exemple, l'Irlande, le Royaume-Uni et la France considèrent avoir un problème croissant de contrebande, alors que le Portugal a plus souffert de perte de taxes et droits sur l'alcool (COM (2004) 223).

Bien que tout produit fortement taxé est susceptible de faire l'objet de trafic frauduleux, le fait de réduire et d'uniformiser les taux de taxation n'aurait pas forcément pour effet de restreindre cette activité illicite (UK Treasury Select Committee 2000; Wells, Gerrard, & Hubbard 2005). En fait, la contrebande de tabac (qui a fait l'objet d'une analyse plus détaillée) était plus susceptible de se pratiquer dans le sens Europe du Nord (où la vie est chère) Europe du Sud (où la vie est moins chère) (Joossens & Raw 2000), tendance probablement due à la "transparence" moindre des gouvernements en Europe du Sud (Merriman, Yurekli, & Chaloupka 2000). Les écarts de prix favorisent la contrebande (surtout au niveau individuel, les marchandises étant cachées dans un véhicule seul), mais toute marchandise fortement taxée comme l'alcool est susceptible de donner lieu à un trafic frauduleux. Ce qui rend les risques de se faire prendre particulièrement importants pour les opérations à grande échelle qui constituent la majorité de ce problème concernant l'alcool. Des mesures plus efficaces constituent, de fait, un bon outil contre la contrebande, comme on a pu le constater au Royaume-Uni (UK Treasury Select Committee 2005) et en Espagne (Joossens & Raw 2000) ce qui apparaît également dans plusieurs mesures du règlement du Conseil sur la coopération administrative dans le domaine des taxes et des droits (16 nov. 2004; règlement (CE) 2073/2004).

⁶ Au sein de la Communauté européenne, les boissons alcoolisées voyagent en "suspension de taxes", les taxes n'étant payés qu'au moment et dans le pays où les marchandises sont commercialisées. La contrebande et la fraude en terme de taxes et droits sur l'alcool interviennent au moment où les marchandises sont détournées de leur pays de destination (à faible taxation) vers un autre (à forte taxation). Certains pays membres sont convaincus que la plupart du commerce illicite d'alcool suit ce schéma (Wells, Gerrard, & Hubbard 2005), alors que d'autres pensent que la contrebande transfrontalière est également un gros problème (cf. COM (2004) 223).

Perte de taxes et marché intracommunautaire

ENCADRE 3.1
LA CONTREBANDE D'ALCOOL

- La contrebande d'alcool est, de par sa nature, difficile à évaluer pour l'ensemble de l'UE.
- Toutefois, l'Office européen de lutte anti-fraude a estimé cette perte financière (taxes) à 1,5 milliard d'euros pour 1996.
- Toute denrée fortement taxée comme l'alcool est susceptible de faire l'objet de fraude, toutefois les différences de prix en Europe jouent un rôle minime.

En plus de la perte de taxes due au trafic frauduleux, il est également possible aux particuliers d'éviter les taxes au niveau national en ramenant avec eux des boissons achetées à l'étranger lors de voyages. Pratique particulièrement importante dans les régions de l'Europe qui présentent de grosses différences de prix sur de courtes distances, comme c'est le cas avec l'Öresund (le prix de la bière au Danemark ne représentant que 40 % du prix en Suède) et avec Helsinki-Talinn (le prix des spiritueux en Estonie ne représentant que 25 % de

celui en Finlande) (Karlsson & Tigerstedt 2005). Les achats transfrontaliers représentent une part non négligeable de la consommation pour plusieurs pays. Par exemple les achats en frontière pour le Danemark et la Suède représentaient plus de 15 % de la quantité d'alcool consommée en 2000 (Elinder *et al.* 2003; COM (2004) 223), un chiffre en augmentation et qui dépassait les 25 % en Suède en 2004 (SoRAD 2005). Seule d'étude ECAS fournit des données comparatives, révélant qu'au moins 1 touriste sur 6 dans chaque pays revient avec de l'alcool acheté à l'étranger, chiffre qui s'élève à plus de 50% pour les touristes habitant dans des pays à forte taxation comme le Royaume-Uni, la Finlande et la Suède. Le montant des achats dans ces pays (dans l'enquête : la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni) ainsi qu'en Allemagne était également beaucoup plus élevé qu'ailleurs (France et Italie), la moyenne équivalent à deux litres ou plus d'alcool pur par importateur (cf. tableau 3.2).

Tableau 3.2 Importations légales d'alcool par des touristes européens âgés entre 18 et 64 ans, en litres d'alcool pur par touriste (exclusion faite de l'alcool au-delà des limites permises par voyageur).

	Finlande	France	Allemagne	Italie	Suède	Royaume-Uni
<i>Bière</i>	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
<i>Vin</i>	0,4	0,1	0,1	0,0	0,3	0,4
<i>Spiritueux</i>	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,6
TOTAL *	1,1	0,1	0,5	0,04	0,9	1,4
TOTAL						
par importateur *	2,5	1,4	2,9	0,8	2,3	5,0

*Chiffres majorés de 1,25 afin de corriger le nombre de voyages n'ayant pas été rapportés (basé sur des données de Suède) Source: étude ECAS (Leifman 2001)

Selon un certain nombre de rapports fournis par les pays concernant les tendances en matière de shopping légal transfrontalier, le niveau actuel d'activité montre une augmentation par rapport aux habitudes d'achat passées. Ce qui est probablement dû au récent assouplissement des restrictions concernant les quantités permises pour les achats intracommunautaires, aux déplacements plus fréquents au sein de l'UE et de façon plus générale au phénomène de "globalisation" (cf. chapitre 4). Par exemple, selon les estimations la perte de taxes au Royaume-Uni aurait quadruplé entre 1992 et 1999 (COM (2004) 223), alors qu'à son entrée au sein de la Communauté européenne en 1995 la Finlande devait voir ses importations au niveau des particuliers augmenter de 3 à 10 fois (Österberg 1996, cité dans Vingilis, Lote, & Seeley 1998). L'addition de 10 nouveaux Etats à l'Union européenne a également créé des points carrefour à fortes différences de prix (comme Helsinki-Tallinn susmentionné), notamment les ventes aux touristes rapportées par l'Estonie ont plus que doublé, et la quantité moyenne de vodka par acheteur a augmenté de 1 à 3 litres environ (Ahermaa & Josing 2005). Suite à cette augmentation de la consommation et à la baisse des taxes en Finlande pour réduire cette tendance (cf. chapitre 8), le gouvernement finlandais a enregistré une forte baisse dans la perception de taxes en 2004 alors que le gouvernement estonien a constaté une différence aussi forte mais en hausse (Österberg 2005). Le niveau d'activité concernant le shopping transfrontalier est susceptible d'augmenter encore si la nouvelle législation européenne est acceptée par les Etats membres ; ce sujet est examiné plus avant au chapitre 8 sous la rubrique "taxes européennes sur l'alcool".

Economies nationales

Les taxes sur l'alcool, non seulement constituent un instrument efficace dans le cadre de politiques destinées à réduire les méfaits de l'alcool (cf. chapitre 6) mais aussi, pour un grand nombre de pays, une importante source de revenus gouvernementaux. Selon les chiffres officiels les droits et taxes sur l'alcool représentent entre 0,5 % et 3 % du total des taxes perçues par les Etats membres de l'UE15, soit un total de 25 milliards d'euros en 2001 (COM (2004) 223). Chiffre qui toutefois s'avère inférieur à la somme qui était perçue avant, où en l'absence d'un système élaboré de taxes sur le commerce et les revenus, la taxation sur des denrées spécifiques constituait une part importante des revenus gouvernementaux. Par exemple, les taxes et droits sur l'alcool à la fin du XIXe siècle en Grande-Bretagne représentaient plus de 40 % des revenus du ministère des Finances (Harrison 1971), alors que depuis 1965 le poids de l'ensemble des taxes sur des marchandises et services spécifiques dans les pays de l'OCDE a diminué de moitié (en tant que pourcentage du total des taxes perçues ; OCDE 2001).

Outre les taxes sur l'alcool, il existe un certain nombre de taxes générales qui frappent les produits alcoolisés, dont les taxes sur la vente d'alcool qui selon les estimations se sont montées à 34 milliards d'euros en 1998 (TVA; Naert, Naert, & Maex 2001). Parmi les autres taxes auxquelles diverses activités dans la chaîne logistique de l'alcool sont assujetties, on citera l'impôt sur le revenu et les cotisations de sécurité sociale pour les salariés, les taxes sur les sociétés et la taxe professionnelle (Thurman 2000). À remarquer qu'une part de ces revenus fiscaux, à hauteur de 1,5 milliard d'euros, est reversée à certaines sections de la chaîne logistique de l'alcool, sous la forme de subvention pour la production de vin dans le cadre de la politique agricole commune de l'UE (cf. chapitre 8).

Bien qu'il pourrait sembler possible de prévoir les revenus issus de taxes sur l'alcool en se basant sur la quantité d'alcool consommée dans un pays, il s'avère que ce n'est pas le cas. Par exemple, les pays nordiques consomment beaucoup moins d'alcool que

l'Italie et la Suisse et pourtant enregistrent un revenu supérieur sous forme de taxes. Si l'on examine de façon plus approfondie les pays en Europe (figure 3.3), il semble ne pas y avoir de corrélation entre revenus liés aux taxes sur l'alcool (en pourcentage du revenu gouvernemental ou du PIB) et la consommation par habitant. En fait, ce qui n'est guère étonnant, pour le calcul prévisionnel du montant des revenus fiscaux il est plus sûr de se baser sur les taux moyens de taxation de l'alcool (cf. chapitre 9), étroitement liés aux revenus issus des taxes sur l'alcool.⁷ Inversement, cela démontre également la relative rigidité des prix concernant les boissons alcoolisées, bien que la flexibilité au niveau des prix ait néanmoins un effet notable sur la consommation d'alcool (l'efficacité de la taxation dans le cadre d'une politique sur l'alcool est abordée en chapitre 7).

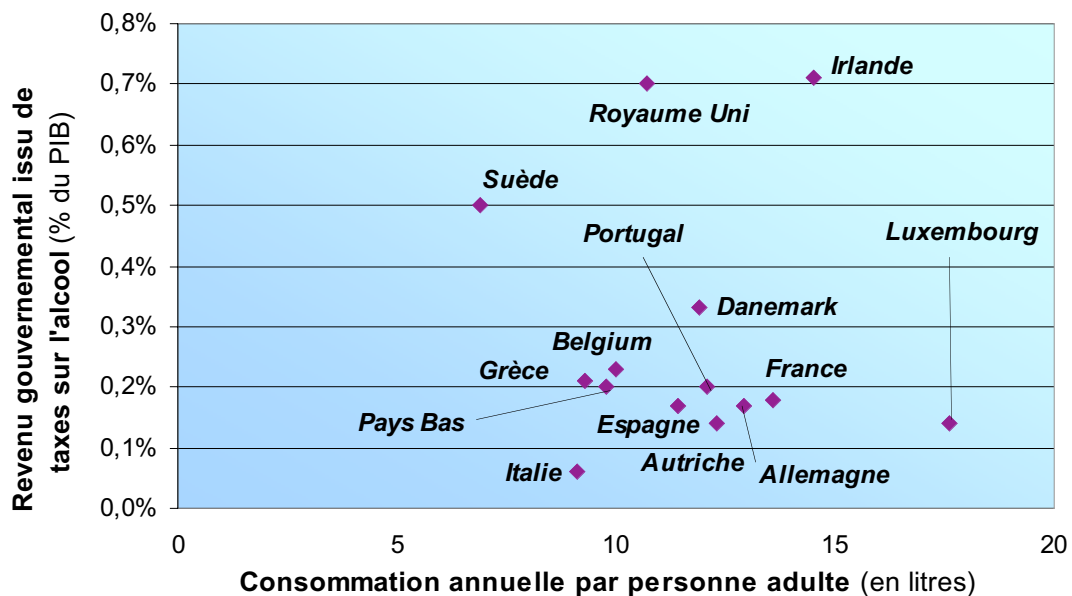


Figure 3.3 Consommation d'alcool et revenu généré par les taxes sur l'alcool dans l'UE15.

Source: Eurostat, cité par COM (2004) 223.

L'Irlande est de loin en tête avec la plus grande proportion et le plus haut niveau de dépenses en alcool en Europe, chaque ménage dépensant près de 1 700€ PPA⁸ par

⁷ Le niveau de consommation des ménages en boissons alcoolisées et le prix de l'alcool sont en rapport avec le niveau de taxation, sans doute à cause de l'incidence des taxes sur le prix et celle du prix sur le budget des ménages. Données concernant la consommation en 2001 issues de la banque de données européennes de la santé pour tous de l'OMS ; données concernant la consommation des ménages extraites du sondage Eurostat HES (Household Expenditure Survey) le plus récent (1999), données concernant les prix extraites des indices de niveau de prix Eurostat pour les boissons alcoolisées en 2001 ; analyse réalisée par les auteurs.

⁸ La PPA (parité de pouvoir d'achat) permet de ramener les dépenses à l'échelle relative des prix dans différents pays, de façon à ce que la quantité achetée soit la même pour chaque pays. Les valeurs obtenues correspondent donc au pouvoir d'achat corrigé en euros, ou "PPA€".

an.⁹ Ce qui équivaut au triple d'autres pays et est plus de dix fois supérieur à la Grèce (cf. figure 3.4). De façon plus générale, les dépenses sont beaucoup plus faibles dans les pays producteurs de vin que dans le reste de l'UE15, ce qui reflète le prix relativement bas de l'alcool en Europe du Sud (cf. chapitre 9). La proportion dépensée dans différents types de boissons semble suivre la tendance de la consommation en général (cf. chapitre 4), bien qu'il existe certaines exceptions comme la Grèce qui en proportion dépense plus que la Finlande en spiritueux, et la Belgique qui comparée à l'Espagne dépense plus dans les vins. Les dépenses globales liées à l'alcool ont augmenté dans la plupart des pays d'Europe depuis la première collecte méthodique de données en 1988 (cette augmentation ayant principalement eu lieu au début des années 1990), et pourtant l'amélioration du niveau de vie dans les pays de l'UE15 signifie également que dans l'ensemble une part moindre du revenu disponible est dépensée en alcool (cf. figure 3.4.).

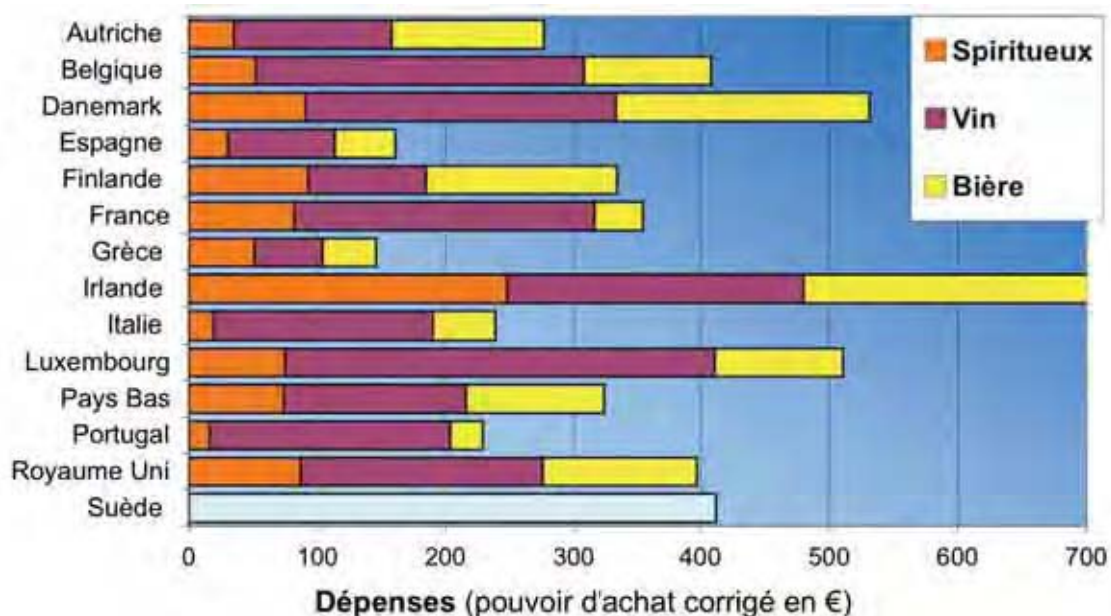


Figure 3.4 Dépense des ménages en alcool dans l'UE15 en 1999.

Remarque : Les dépenses en bière par les Irlandais (1.200PPA€) ne sont pas représentées correctement afin de ne pas fausser l'échelle. Aucune donnée disponible spécifique pour les boissons alcoolisées n'était disponible pour la Suède. **Source** : Enquête sur le budget familial 1999, Eurostat.

Les emplois Une autre façon de considérer l'impact économique de l'alcool consiste à examiner le nombre d'emplois liés à l'alcool. Selon les estimations faites dans les années 1990, dans l'UE15 près de 850 000 personnes travaillent dans la *production* de boissons alcoolisées, de vin principalement (Naert, Naert, & Maex 2001). Toutefois, il est plus difficile d'évaluer le nombre de personnes dont l'emploi dépend *indirectement*

⁹ Analyse par les auteurs des données du sondage HES réalisé en 1988, 1994 et 1999 ; données Eurostat et extraites du rapport de la Commission européenne concernant les sondages sur la santé en Europe 1997-2000 (Commission européenne 2003).

de l'alcool, notamment dans les domaines du marketing, de la vente de détail et de gros, et dans les emballages. En UE15, le TAG (the Amsterdam Group) financé par l'industrie de boissons alcoolisées a estimé à 2,5 millions le nombre d'emplois (Naert, Naert & Maex 2001), toutefois ni le TAG ni les auteurs de la présente étude n'ont pu fournir de détails sur la façon dont ce chiffre a été calculé. Même dans les pays les plus gros producteurs de vin, il est estimé que la plupart des emplois liés à l'alcool se trouvent dans le secteur de l'hôtellerie-restauration (HoReCa - Hotels, Restaurants and Catering) qui inclut également les emplois dans les cafés et les bars. Secteur le plus mal payé en Europe, contrairement à celui de la fabrication de la bière où les salaires sont meilleurs que dans tout le secteur de la production (Room & Jernigan 2000).¹⁰ On y trouve également plus d'emplois à temps partiel que dans la plupart des autres secteurs de services au sein de l'UE15, bien qu'il ne soit pas précisé si le nombre d'emplois estimés par le TAG couvre tous les emplois ou est ramené à des emplois à plein temps. Pour l'interprétation de ces chiffres, il est important de rappeler que la dynamique du rapport direct entre consommation d'alcool et emplois dans les industries liées aux boissons alcoolisées n'est pas claire. (cf. note encadrée ci-contre). Malgré la simplicité du modèle parfois suggéré dans les débats (réduction de la consommation menant à une diminution de la production, elle-même causant des pertes d'emploi et un chômage accru), cet enchaînement généralement repose sur des hypothèses qui dans la pratique ne tiennent guère (Godfrey & Hartley 1990). Même pour ce qui est de la production, des niveaux stables de consommation d'une boisson alcoolisée donnée peuvent être enregistrés parallèlement à une chute dans le nombre d'emplois, comme la baisse de 50% du nombre d'emplois dans les brasseries européennes et simultanément une baisse bien moindre de la consommation de bière (Molyneux *et al.* 1993).¹¹

¹⁰ Données sur les emplois à temps partiel et les niveaux de salaires extraites de l'analyse de la Commission sur les statistiques structurelles sur les entreprises et l'analyse par les auteurs de l'étude Eurostat sur la main d'oeuvre (Labour Force Survey).

¹¹ Calcul réalisé par les auteurs à partir des données du TAG concernant les emplois (Molyneux *et al.* 1993) et The Brewers of Europe (Brasseries européennes) (http://stats.brewersofeurope.org/stats_pages/employees.asp).

La tendance distincte, non influencée par la consommation d'alcool, de nombreux emplois devient particulièrement évidente si l'on examine le secteur hôtellerie-restauration,¹² qui regroupe le plus grand nombre d'emplois présentés par le TAG comme étant indirectement liés à l'alcool. Un examen sommaire des données Eurostat pour 24 pays de l'UE et 3 autres études pays montre un rapport moyen entre tendances emplois dans le secteur hôtellerie-restauration et consommation d'alcool qui ne peut être chiffré à plus de zéro.¹³ Moins de données sont disponibles en ce qui concerne le nombre d'emplois dans les bars, mais lorsque des informations de ce type existent les mêmes possibilités semblent se confirmer (le manque de rapport évident apparaît dans les graphiques 3.5 et 3.6). En raison du manque d'informations il n'est pas possible de vérifier si les données seraient similaires dans le cas de bars vendant pratiquement exclusivement de l'alcool (plutôt que du café, de la nourriture, etc.). Ces chiffres suggèrent que l'effet direct de la quantité globale d'alcool consommée sur le nombre d'emplois dans le secteur hôtellerie-restauration est relativement faible, bien qu'une étude plus approfondie permettant d'obtenir des données plus solides et révélatrices s'avère nécessaire.

ENCADRE 3.2: QUELS SONT LES FACTEURS QUI INFLUENT SUR LES EMPLOIS LIÉS À L'ALCOOL ?

En théorie: les emplois ne dépendent pas seulement de la quantité consommée mais aussi de nombreux autres facteurs (Godfrey & Hartley 1990).

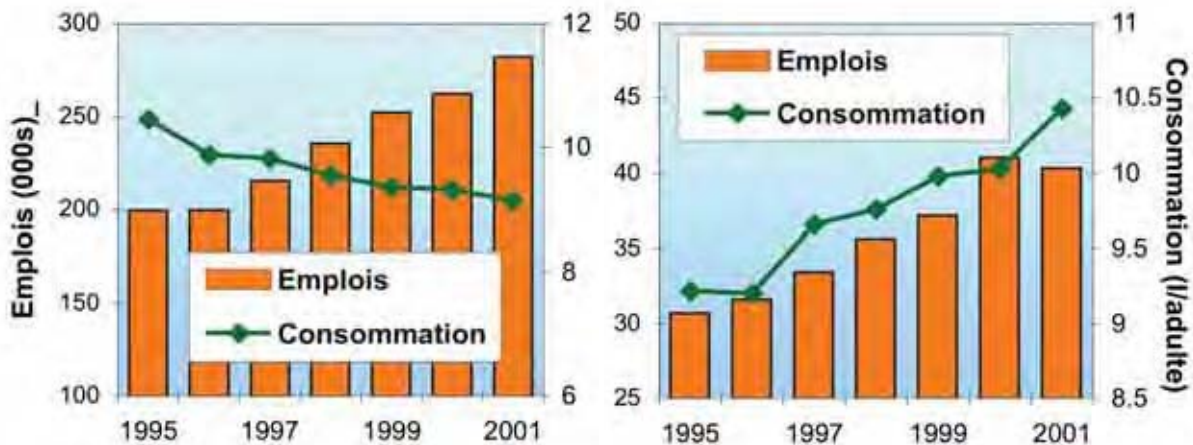
- **Les préférences des consommateurs (1):** un changement en faveur de boissons produites à l'étranger peut entraîner une réduction du nombre d'emplois liés à production domestique, sans pour autant avoir d'effet sur le niveau de consommation.
- **Les préférences des consommateurs (2):** le nombre d'emplois dans les industries liées à l'alcool (en particulier dans le secteur de l'hôtellerie-restauration (HoReCai) dépend des habitudes des consommateurs à savoir quand et où ils boivent, par exemple si l'alcool est consommé dans les cafés et les bars ou chez soi.
- **Les procédés de fabrication:** ce facteur a une incidence particulièrement forte sur le nombre d'emplois liés à la production. Par exemple, la production par employé dans les distilleries en Europe a augmenté de plus de 50 % entre 1983 et 1989 (Molyneux et al. 1993).
- **Divers:** salaires, coûts d'investissement et d'innombrables autres facteurs économiques interviennent également en ce qui concerne le nombre d'emplois.

En pratique: une analyse rudimentaire des données Eurostat démontre l'absence de lien entre les tendances concernant les emplois dans le secteur hôtellerie-restauration (HoReCai) et la consommation d'alcool. Dans plusieurs pays les chiffres pour le nombre d'emplois et le niveau de consommation montrent même des tendances contraires (ex. Italie; cf. figure 3.5).

Ce qui suggère que globalement la quantité d'alcool consommée a un effet relativement faible sur les emplois dans les industries liées à l'alcool.

¹² Secteur de l'hôtellerie-restauration, bars y compris.

¹³ Calcul des auteurs à partir de données Eurostat. À remarquer que ces résultats sont basés sur des corrélations bivariées simples avec un nombre limité d'éléments de données (années) et, à ce titre expriment des tendances approximatives et relativement peu révélatrices, d'où la recommandation d'effectuer des études plus approfondies (cf. chapitre 10).



Figures 3.5 (Nombre d'emplois dans les bars en **Italie** ; à gauche) **et 3.6** (Nombre d'emplois dans les hôtels, restaurants et bars en **Finlande**; à droite), montrant l'absence de lien entre consommation et emplois.

Plus important encore, une réduction de la consommation d'alcool permettrait également aux consommateurs de dépenser plus en d'autres produits ou services, cette nouvelle tendance pouvant causer une *baisse* ou une *augmentation* sur le marché de l'emploi selon la structure de l'industrie (Godfrey & Hartley 1990). Bien que nous ne disposions d'aucune donnée spécifique résultant d'étude suggérant l'incidence qu'aurait une réduction de la consommation d'alcool, de nombreuses études de ce type ont été faites pour ce qui est du tabac. La situation avec le tabac n'est sans doute pas identique à celle de l'alcool (compte tenu par exemple de la différence pour ce qui est de l'importance du secteur hôtellerie-restauration) mais ces informations donnent une idée de l'impact que peuvent avoir sur le marché de l'emploi des changements concernant la consommation d'alcool, motivés par les effets qu'il a sur la santé. Dans le cas d'une réduction radicale de consommation de tabac ou encore sa disparition complète, la plupart des études examinées faisant partie d'un projet Banque mondiale/OMS estiment que cela entraînerait une nette *augmentation* du marché de l'emploi dans les pays non producteurs de tabac (Jacobs *et al.* 2000). Dans le cas des Etats-Unis, où la production de tabac est concentrée dans certaines régions, selon les estimations la hausse qu'enregistrerait le marché de l'emploi dans les régions non productrices ferait plus que compenser la suppression d'emplois dans les régions productrices de tabac. Bien que cela ne donne aucune idée de l'effet net en ce qui concerne l'alcool, cet exemple démontre que le fait de prendre simplement le nombre d'emplois liés à l'alcool comme indicateur des effets de la réduction de la consommation est totalement incorrect.

A remarquer toutefois qu'il ne s'agit pas ici de nier le poids de l'industrie des boissons alcoolisées en Europe. Comme mentionné précédemment, il existe un nombre considérable d'emplois à travers l'Europe liés à l'alcool, et la production de boissons alcoolisées constitue une importante activité économique en Europe. Peut-être plus important encore, des recherches complémentaires sont nécessaires de toute évidence, non seulement pour déterminer dans la pratique l'effet sur le plan économique de politiques destinées à contrôler la consommation d'alcool, mais aussi pour évaluer de façon transparente le nombre d'emplois liés à l'alcool et les facteurs de changement (cf. recommandations en chapitre 10). Toutefois du point de vue de l'élaboration d'une politique, les données factuelles actuelles, mais limitées, suggèrent qu'un changement

au niveau de la consommation n'entraîne pas forcément de créations ou de suppressions d'emplois sur le plan de l'économie globale, et même n'implique pas forcément de grandes modifications du marché de l'emploi dans des secteurs qu'on peut considérer comme étroitement liés à l'alcool, comme les restaurants et les bars.

LE COUT SOCIAL DE L'ALCOOL EN EUROPE

Au niveau européen, les principales préoccupations concernant la santé publique et le domaine social sont de plus en plus regroupés et exprimés sous une même valeur de mesure économique et sous le terme d'étude du "coût social" ou "coût des maladies" (projet Consortium ASPECT 2004; Peterson *et al.* 2005). De même, le besoin exprimé à l'origine ayant donné lieu à ce rapport comprenait l'évaluation du coût social de l'alcool en Europe. Une nouvelle évaluation a donc été réalisée dans le cadre de cette étude et est présentée dans ce chapitre. Compte tenu des limites qui nous sont imposées en temps et budget, cette évaluation a été faite en examinant de façon la plus approfondie possible des études réalisées à ce jour au niveau national. Les résultats sont présentés sous forme de résumés dans ce chapitre ainsi qu'au chapitre 6, et un examen approfondi des méthodes utilisées et des résultats figure dans le document Baumberg & Anderson (soumis à publication).

Il convient tout d'abord de rappeler qu'une étude du coût social ne fournit pas d'informations permettant d'établir quelles politiques (s'il en existe) sont rentables. Les estimations du coût social constituent non pas une fin en soi mais plutôt un premier apport de données économiques dans le cadre de recherches, et l'importance d'effectuer des analyses complémentaires, notamment concernant les coûts et bénéfices, est abordée en fin de ce chapitre. De plus, les chiffres sont souvent mal compris ou mal utilisés. C'est pourquoi nous encourageons le lecteur qui souhaite utiliser ces chiffres à lire le texte en encadré 3.3 afin de s'assurer de les employer correctement. Bien que cette étude fournisse une évaluation bien meilleure du coût social de l'alcool en Europe, il subsiste de nombreux problèmes quant aux méthodes utilisées, qui sont examinées ci-après et font l'objet de recommandations au chapitre 10. Néanmoins, les résultats qui suivent constituent la meilleure estimation de l'ampleur des méfaits attribuables à l'alcool en Europe moderne. Espérons, qu'en plus de l'intérêt qu'elle présente de par sa nature même, cette étude encouragera tant sur le plan académique que politique à des actions supplémentaires et à d'autres recherches.

Les méthodes

Les études de coût social présentent depuis longtemps un problème, à savoir le manque d'homogénéité dans les méthodes utilisées. Afin d'éviter ce problème, dans le cadre du présent projet le résultat de chaque étude a été ventilé par coût spécifique (ex. santé, délits) et nous avons cherché à connaître la méthode utilisée pour chacun de ces composants. Les études répondant au critère méthodologique furent mesurées à partir d'un indicateur approprié (ex. dépenses totales pour la santé), l'estimation finale reflétant la gamme d'études qui ont répondu à ce critère. Les critères méthodologiques précis sont spécifiés dans le document Baumberg & Anderson (soumis à publication), mais de façon générale sont basés sur les conseils de l'OMS sur l'estimation des coûts liés à l'usage de substances (Single *et al.* 2003).

Cet examen enfin a couvert 21 études européennes (avec en plus 9 études internationales utilisées pour des analyses de sensibilité), bien que pour plusieurs

composants de coûts seul un petit nombre d'études ont répondu aux critères méthodologiques. Cf. tableau 3.3.

Les estimations finales donnent le coût social global supporté par l'Union européenne en 2003 lié à la consommation passée et présente d'alcool, par rapport à une société sans alcool (exception faite des coûts de santé ; cf. l'analyse des "bénéfices sociaux" ci-après). Bien que la comparaison avec une société sans alcool ne soit pas idéale, elle permet d'évaluer toute une variété de conséquences liées à la consommation d'alcool, et est de loin la méthode la plus couramment utilisée dans les études examinées dans le cadre de ce projet (cf. ci-dessous concernant les implications et les recommandations de recherches complémentaires)

ENCADRE 3.3 – ETUDE DE COUT SOCIAL : COMMENT EVITER UNE MAUVAISE INTERPRETATION, QUATRE ELEMENTS ESSENTIELS A COMPRENDRE

1. Qu'entend-on par "coût social" lié à l'alcool ? Le coût social lié à l'alcool est ce qui a coûté à la société en Europe en 2003 qui n'existerait pas dans un monde sans alcool. Ce coût ne montre pas combien aurait pu être économisé en adoptant une politique spécifique (cf. chapitre 6), ni quel montant aurait pu être économisé si l'alcool soudain disparaissait (certains des coûts découlent inévitablement de consommation antérieure d'alcool).
2. Les coûts intangibles sont-ils vraiment de l'argent ? Les coûts intangibles attribuent une valeur financière aux méfaits de l'alcool comme la douleur ou la perte de la vie. C'est-à-dire que ces coûts dans la réalité ne sont pas sous forme d'argent et ne peuvent pas être comparés à des coûts économiques comme le PIB, ou les coûts d'un hôpital. Toutefois, non seulement ils donnent une image plus complète de l'ampleur des méfaits attribuables à l'alcool mais aussi permettent d'éviter de traiter le décès de certaines personnes comme étant un "bénéfice" pour la société.
3. Qui paie ces coûts ? Il s'agit des coûts liés à l'alcool que subit la société dans son ensemble et non pas simplement de coûts auxquels des gouvernements doivent faire face (en France et en Australie, il a été estimé que le gouvernement paie entre 15 et 25% environ des coûts tangibles). Bien que les personnes qui boivent en paient une partie, les autres personnes doivent faire face à ces coûts qui peuvent être considérables, fait considéré comme une "externalité". La plus grande partie des coûts intangibles correspond à la valeur de la vie (ou plutôt perte de vie), ces coûts concernant principalement mais pas exclusivement la personne qui boit, bien que les coûts intangibles concernant la dépendance à l'alcool (pour les membres de la famille) et les délits constituent plus de 25 % du total.
4. A combien se montent les bénéfices sociaux liés à l'alcool ? Très peu de bénéfices sur le plan social liés à l'alcool ont été évalués, bien que les bénéfices dans le domaine de la santé soient pris en compte dans les coûts de santé et les coûts intangibles de perte de vie. Il faut également rappeler que l'aspect économique de l'alcool, c'est-à-dire emplois et valeur ajoutée économique, ne peut simplement pas être traité comme un bénéfice social (cf. texte principal). Les taxes ne constituent pas non plus des "bénéfices sociaux" car il s'agit seulement de transfert d'argent entre différents groupes au sein de la société, bien que de toute évidence elles pourraient servir à évaluer le coût que les gouvernements doivent payer. Des recherches devraient être entreprises afin d'essayer de quantifier un plus grand nombre de bénéfices sociaux liés à l'alcool, bien qu'il soit reconnu qu'il y ait là un problème de méthode.

Tableau 3.1 – Le coût de l'alcool sur le plan social rapporté dans différentes études

Pays	Année	Total coûts tangibles	Total coûts par habitant (coûts intangibles inclus)	Santé	traitement	Prévention	Délits	Domages criminels	Domages liés aux accidents de la route	Perte de productivité due à la perte de vie	Absentéisme	Chômage	% des dépenses de santé		% (milliers) du PIB	
													% des dépenses de santé	% dépenses pour l'ordre public ^c		
Belgique (subventionné par l'industrie) [1]	1999	2,4	586	2,6	<0,1		1,4 ^d		6,2	4,7	<0,1	2,3				
Danemark [2]	1996	0,9	218	3,4			10,5		1,2	1,7	0,4-0,5					
Finlande [3]	1990	1,3-1,8	482-823	0,9-1,4	1,2	0,5-0,6	12,7-13,9	0,6		6,5-10,3	0,5-0,6					
France [4,5]	1997	1,2-1,4	256-300	2,4		<0,1			2,7-2,8	4,4-6,5	0,4-0,5					
France [6]	1996	-	-	0,2-0,3			-	-	-	-	-					
Allemagne [7]	1995	1,1	253	2,3	0,2	<0,1			0,4	3,7	0,8					
Irlande [8]	2003	1,6	447	4,4			7,8				7,8					
Italie [9]	1994	0,7-0,8	134-153	1,7-1,9	0,2					1,3-1,6	1,7-1,8					
Lettonie [10]	1999	1,8	113	n/c	0,5				1,7							
Pays-Bas [11]	2000	0,7	171	0,3	0,2		1,4 ^d	0,7				2,4				
Pays-Bas (subventionné par l'industrie) [12] ^e	1996	0,3	78	0,7	0,2		3,7	0,7			<0,1					
Norvège [13]	2001	1,2-2,1	447-729	0,7-1,3	1,0-1,6		1,9		<0,1	1,6-9,3	1,0-1,1	0,6				
Portugal [14]	1995	0,5	73	0,5	<0,1				0,7	0,9	<0,1					
Ecosse [15]	2001-2	0,7	296-360	1,4	<0,1	<0,1	14,4				0,9	1,3				
République slovaque [16]	1994	3,1	292	4,9			16,9			5,4	6,6	12,1				
Slovénie [17]	2002	0,3	50	0,5						2,6	0,1					
Espagne [18]	1998	0,7	129	2,4	0,3	<0,1	2,6				1,4					
Suède [19]	1998	5,5	1,194	5,5		2,4	3,6	1,0		9,6	7,1					

Pays	Année	Total coûts tangibles	Total coûts par habitant (coûts intangibles inclus)	Santé	ralitement	Prévention	Débits	Domages criminels	Domages liés aux accidents de la route	Perte de productivité due à la perte de vie	Absentéisme	Chômage	% des dépenses de santé		% (milliers) du PIB	
													% du PIB	PP € 2003 ^B	% dépenses pour l'ordre public ^C	% (milliers) du PIB
Suisse [20]	1998	0,5-0,7	435-482	1,4	0,1				0,3	1,4-2,6		0,6				
Angleterre & Pays de Galles [21]	2001	1,5-1,7	456-497	2,8-3,3	0,1		10,6	1,6		2,6	2,0	2,4				
UE - moyenne				2,3	0,5	0,2 ^F	12,4	0,9	1,7 ^D	3,9	1,6	1,5				
UE - minimum				1,4	0,1	<0,1	10,6	0,6	^D	2,6	1,0	0,6				
UE maximum				3,3	1,6	2,4	13,9	1,6	^D	6,5	2,0	2,4				
Australie [22,23]	1998/9	0,9-1,0	286-315	n/c			8,4-15,9 ^G		1,2	n/c	0,1					
Canada [24]	1992	0,9-1,3	195-265	1,3-1,6	0,4	0,2	12,3		0,7	2,5-5,4						
Japon [25]	1993	1,9	381	4,9					<0,1	2,6	0,1					
Nouvelle-Zélande	1990	4,7	4289	n/c						8,2	0,2					
Nouvelle-Zélande	1991	1,4-2,4	234-386	1,3			25,0-51,6			0,3-0,6		3,8-11,3				
Nouvelle-Zélande	1996	-	-	-			-	-	1,7	-	-					
Etats-Unis [29,30]	1992	2,3	666-731	1,5	0,5		6,4 ^G	<0,1	1,2	4,2						
Etats-Unis [31]	1985	1,7	447	1,1			9,2 ^G	<0,1	0,6	5,7						
Etats-Unis [32]	1995	-	-	-			-	-	1,0	-	-					

LES CHIFFRES OMBRES REPENDENT AU CRITERE METHODOLOGIQUE POUR CE COMPOSANT DE COUT, ET DE CE FAIT ONT ETE INCLUS DANS LE RECAPITULATIF DES VALEURS MOYENNES/MINIMUMS/MAXIMUMS.

Remarque : n/c (non comparable) signifie que la méthode utilisée n'était pas comparable à celles utilisées pour les autres études. (A) Les types de coûts ayant fait l'objet d'une seule étude ne figurent pas ici. Il peut y avoir des différences entre les chiffres rapportés dans les récapitulatifs d'étude étant extraits de nombreux types de valeurs rapportées en détail dans l'étude d'origine, et à cause de coûts supprimés, leur exclusion étant fondée sur la théorie adoptée pour cette étude (principalement transferts financiers). (B) Montant total des coût en valeur majorée à hauteur des prix en 2003 et corrigé par rapport au pouvoir d'achat. (C) Dépenses pour l'ordre public (D) Cf. l'analyse concernant les méthodes et résultats dans le document Baumberg & Anderson (soumis à publication). (E) Coûts aux gouvernements uniquement. (F) Dans le domaine de la prévention, la Suède constitue un cas déviant et est de ce fait exclue. (G) L'étude comprend une correction par minoration prenant en compte le rôle causal de l'alcool.

- (1) Pacolet, J., Degreeef, T., and Bouten, R. (2004). Analyse des coûts sociaux et bénéfiques en matière de consommation et d'abus d'alcool en Belgique: synthèse [Analysis of the social costs and benefits due to the consumption and abuse of alcohol in Belgium: executive summary]. *Sundhedsministeriet [Ministry of Health] (1999). "De samfundskononomiske konsekvenser af alkoholforbrug" [The Economic consequences of alcohol consumption" in Denmark]. 2nd edition. Copenhagen, Denmark: Ministry of Health. <http://www.im.dk/publikationer/alkoholrapport/index.htm>*
- (2) Salomaa, J. (1995). "The Costs of the Detrimental Effects of Alcohol Abuse Have Grown Faster Than Alcohol Consumption in Finland." *Addiction, 90(4): 525-37.*
- (3) Kopp, P. and Fenoglio, P. (2000). Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France [The social costs of licit (alcohol and tobacco) and illicit drugs in France]. *Étude n° 22. Paris, France: Observatoire français des drogues et des toxicomanies.*
- (4) Fenoglio, P., Parel, V., and Kopp, P. (2003). "The Social Cost of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs in France, 1997." *European Addiction Research, 9(1): 18-28.*
- (5) Reynaud, M., Gaudin-Colombel, A. F., and Le Pen, C. (2001). "Two Methods of Estimating Health Costs Linked to Alcoholism in France (With a Note on Social Costs)." *Alcohol and Alcoholism, 36(1): 89-95.*
- (6) Bergmann, E. and Horsch, K. (2002). *Kosten alkoholassoziierter Krankheiten: Schätzung für Deutschland [The cost of alcohol-related illness: estimates for Germany]. Berlin, Germany: Robert Koch-Institute.*
- (7) Byrne, S. (2000). The cost of alcohol-related problems in Ireland. *Dublin Institute of Technology.*
- (8) Collicelli, C. (1996). "Income From Alcohol and the Costs of Alcoholism: an Italian Experience." *Alcologia, 8(2): 135-43.*
- (9) Baltic Data House (2001). Economic research about the influence of taxes imposed on alcohol and influence of price policy on alcohol consumption; research about accidents caused by alcohol intoxication. Riga, LV: Market and Social Research Group, Baltic Data House, Baltic Institute of Social Sciences.
- (10) KPMG. (2001) Excessive alcohol consumption in the Netherlands: trends and social costs. Hoofddorp: KPMG Economic Consulting
- (11) Muizer, A. P., Reinhard, O. P. M., and Rood-Bakker, D. S. (1996). Externaliteiten van alcohol gebruik: naar een doeltreffend alcoholbeleid [Social costs: externalities of alcohol consumption, costs and benefits for third parties]. Rotterdam: Netherlands Economics Institute (NEI) on behalf of the Dutch Foundation for the Responsible Use of Alcohol (STIVA).
- (12) Gjelsvik, R. (2004). Counting the economic costs caused by alcohol. Norway: Directorate for Health and Social Affairs, the Rokkan Centre, and the Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS).
- (13) Lima, E. and Esquerdo, T. (2003). The economic costs of alcohol misuse in Portugal. Working Paper Series No. 24. Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada, Universidade do Minho.
- (14) Guest, J. and Varney, S. (2001). Alcohol misuse in Scotland: trends and costs. Scottish Executive.
- (15) Koziková, I. E. (1995). Estimation of the social costs caused by alcoholism: draft material of the former Socioeconomic Analyses Department of the National Centre for Health Promotion (Social Programs Division). Selection and translation by Nociar, A., General Secretariat of the Ministerial Board for the Drug Dependencies and Drug Control.
- (16) Sesok, J. (2003). Indicators of harmful alcohol drinking in Slovenia in the year 2002 [in Slovenian]. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.
- (17) García-Sempere, A. and Portella, E. (2002). "Los Estudios Del Coste Del Alcoholismo: Marco Conceptual, Limitaciones y Resultados En España [Studies of the Cost of Alcoholism: Concepts, Limitations and Results From Spain]." *Addicciones, 14(Suplemento 1): 141-53.*
- (18) Johnson, A. (2000). Hur mycket kostar supen? [How much for the booze?]. Stockholm: Sober.
- (19) Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini, S., Chevrou-Severac, H., and Vitale, S. (2003). Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse [The social costs of alcohol in Switzerland]. Neuchâtel, Switzerland: Institut de recherches économiques et régionales, Université de Neuchâtel.
- (20) Leontardi, R. (2003). Alcohol misuse: How much does it cost? London: Cabinet Office.
- (21) Collins, D. and Lapsley, H. (2002). Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9. Canberra: Australian Government Printing Service.
- (22) Collins, D. and Lapsley, H. (1996). The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. Canberra: Australian Government Printing Service.
- (23) Single, E., Robson, L., and Xie, X. (1996). The costs of substance abuse in Canada: a cost estimation study. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- (24) Nakamura, K., Tanaka, A. and Takano, T. (1993). "The social cost of alcohol abuse in Japan." *Journal of Studies on Alcohol, 54(5): 618-25.*
- (25) Easton, B. (1997). The social costs of tobacco use and alcohol misuse. Wellington, New Zealand: Department of Public Health, Wellington School of Medicine.
- (26) Devlin, N. J., Scuffman, P. A., and Bunt, L. J. (1997). "The Social Cost of Alcohol Abuse in New Zealand." *Addiction, 92: 1491-505.*
- (27) Miller, T. R. and Blewden, M. (2001). "Costs of Alcohol-Related Crashes: New Zealand Estimates and Suggested Measures for Use Internationally." *Accident Analysis and Prevention, 33: 783-91.*
- (28) Harwood, H., Fountain, D., and Livermore, G. (1998). The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States – 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse (NIDA) and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), National Institutes of Health, Department of Health and Human Services (NIH Publication No. 98-4327). Washington ed. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- (29) Harwood, H., Fountain, D., and Livermore, G. (1999). "Cost Estimates for Alcohol and Drug Abuse." *Addiction, 94(5): 631-34.*
- (30) Rice, D. P., Kelman, S., Miller, L. S., and Dunmeyer, S. (1990). The Economic Cost of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness 1985. Report submitted to the Office of Financing and Coverage Policy of the Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. San Francisco: Institute for Health and Aging, University of California DHHS Publication No. (ADM) 90-1694.
- (31) Miller, T. R., Lestina, D. C., and Spicer, R. S. (1998). "Crash Costs in the United States by Age, Blood Alcohol Level, Victim Age, and Restraint Use." *Accident Analysis and Prevention, 30(2): 137-50.*

Résultats principaux

Le montant total des coûts tangibles liés à l'alcool pour l'Union européenne était de 125 milliards d'euros (entre 79 et 220 milliards d'euros) en 2003, équivalent à 1,3 % du PIB (entre 0,9 et 2,4 %) et figure au tableau 3.3. Le montant des dépenses réelles liées aux méfaits de l'alcool inclus dans le chiffre précédent s'élève à 66 milliards d'euros, alors que celui de perte de production due à l'absentéisme, au chômage et aux décès prématurés se chiffre à 59 milliards d'euros. Le montant total des coûts tangibles détaillés est représenté sous forme de graphique en figure 3.7 avec répartition des coûts dans différents domaines liés à la vie humaine (ces composants sont également examinés dans le chapitre 6).

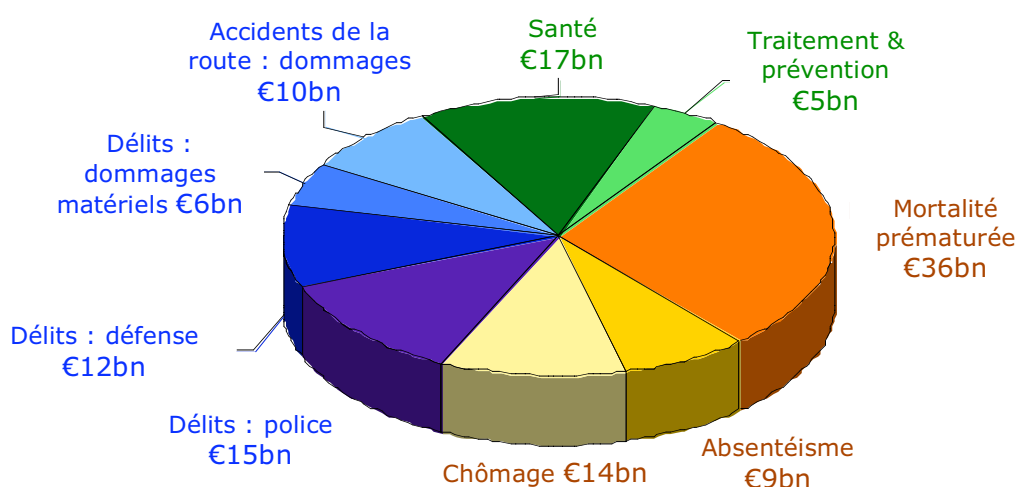


Figure 3.7 Coûts tangibles liés à l'alcool en Europe en 2003, ventilés par composant.

Ce graphique est obtenu suivant la méthode conventionnelle de calcul des coûts de santé et de mortalité utilisée dans les études de coûts sociaux, et malgré quelques différences méthodologiques, peut de fait être comparé à une récente estimation des coûts liés au tabac en Europe, chiffrée entre 98 et 130 milliards d'euros pour 2000 (projet ASPECT, Consortium 2004).

Deux autres études ces dernières années ont tenté également d'évaluer le coût social de l'alcool en Europe. La première effectuée dans le cadre d'un projet OMS-Europe a utilisé cinq études pour obtenir une estimation grossière du coût social de l'alcool, qui a été chiffrée entre 1 et 3% du PIB, soit entre 100 et 300 milliards d'euros en 2001 (Gutjahr & Gmel 2001). Plus récemment, un projet à plus grande échelle concernant les coûts liés aux troubles mentaux en Europe a estimé le montant total des coûts résultant de la toxicodépendance (alcool et autres substances psychoactives) pour 2004 à plus de 55 milliards d'euros, avec en plus 50 milliards d'euros pour les délits liés à l'alcool et à la drogue (Andlin-Sobocki & Rehm 2005). Chose inhabituelle, cette estimation reposait sur le coût par personne alcoolo-dépendante, malgré le fait qu'en Allemagne les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool comptent pour moins d'un cinquième des coûts liés aux décès prématurés (Bergmann & Horch 2002). Les résultats présentés ci-dessus sont obtenus en utilisant une méthode plus pointue que celles utilisées dans les autres études examinées, et de ce fait peuvent être considérés comme plus précis.

Tableaux 3.4 Le coût social de l'alcool en Europe en 2003

	Coût (milliards d'€)	<i>Minimum</i> (milliards d'€)	<i>Maximum</i> (milliards d'€)
Coûts tangibles – directs			
Santé	17	11	28 ^A
Traitement & prévention ^C	5	1	18
Délits : police, tribunaux, prisons	15	13	24 ^B
Délits : défense et assurance ^D	12	7	17 ^B
Délits : dommages matériels	6	3	16 ^B
Accidents de la route : dommages	10	6	16
SOUS-TOTAL	66	40	118¹
Coûts tangibles – perte de productivité			
Absentéisme ^C	9	9	19
Chômage ^C	14	6	23
Mortalité prématurée	36	24	60
SOUS-TOTAL	59	39	102
TOTAL COÛTS TANGIBLES			
	125	79	220¹
Coûts intangibles			
Effets psychosociaux et comportementaux ^D	68	37	68
Délits : souffrance des victimes ^D	12 ^F	9 ^F	52 ^{B, F}
Perte de la santé ^E	258 ^F	145 ^F	712 ^F
TOTAL COÛTS INTANGIBLES^F			
	270^G	154^G	764^G

¹Différences dans les totaux dues aux arrondis. **Remarques :** (A) Les bénéfices sur la santé exclus, bien que les chiffres minimum et des coûts correspondent à l'effet net comparé à celui dans le cas d'une consommation d'alcool comportant le moins de risque possible ; (B) Coût des délits *liés à* plutôt que *causés par* l'alcool, et donc un chiffre maximum pour le coût de l'alcool ; (C) Domaines de dépenses les plus vagues; (D) Coûts basés sur une seule étude ; (E) Exclut la perte de vie par homicide afin d'éviter de faire doublon avec les coûts intangibles des délits ; (F) L'estimation principale est basée sur une évaluation QALY (années de vie corrigées par leur qualité) de 3 fois le PIB par habitant et par pays (UE25 : moyenne de 64 000 €) ; la valeur minimum attribuée étant basée sur 32 000 € par QALY et la valeur maximum de 158 000 € par QALY [le raisonnement concernant ces chiffres est précisé dans le document Baumberg & Anderson (soumis à publication), et peut être également obtenus auprès des auteurs] ; (G) Effets psychosociaux et comportementaux exclus du total coûts intangibles afin d'éviter de compter deux fois la perte de santé.

À part les coûts tangibles financiers, la consommation d'alcool génère également des coûts intangibles qui se chiffrent entre 152 et 764 milliards d'euros, et qui expriment la valeur que la population donne à la douleur, à la souffrance et à la perte de la vie liées aux délits et à la perte de la santé attribuables à l'alcool. Comme expliqué dans l'encadré 3.3, ces coûts intangibles ne constituent pas une "perte économique" au sens habituel et ne peuvent pas être comparés par exemple au PIB (ni simplement

ajoutés aux coûts tangibles étant donné que ces deux coûts incluent une estimation de la valeur donnée à la perte de vie, estimation étant faite de différentes façons). Toutefois, ils donnent une estimation plus précise du coût global de l'alcool pour l'Union européenne sur le plan économique et humain, et évitent plusieurs problèmes que comporte l'évaluation tangible de la vie humaine (cf. ci-après).

Problèmes méthodologiques

Bien que la présente étude évite les écueils sur lesquels les autres études ont buté, il subsiste un certain nombre de problèmes méthodologiques qu'il convient de mentionner. Tout d'abord, une certaine marge d'erreur doit être prise concernant les chiffres estimés, comme il a été établi pour toutes les études sur le coût des maladies (Single & Easton 2001). Cela, ajouté au manque de données et d'études de qualité de la part de l'UE10, a rendu impossible la correction des coûts pour mesurer les méfaits de l'alcool dans chaque pays. Compte tenu des preuves dont nous disposons confirmant que les coûts sont susceptibles de varier considérablement selon les pays (cf. chapitres 4 à 6), seule une estimation globale des coûts pour l'UE est fournie. Des conseils afin d'aller au-delà de ces limites sont mentionnés brièvement dans la rubrique Recommandations de recherche au chapitre 10.

Deuxièmement, il existe un problème lié aux hypothèses faites dans le cadre d'études du coût social (Single *et al.* 2003), notamment en ce qui concerne les différents taux utilisés pour ramener les coûts futurs à une valeur actuelle. La plupart des études traitent également la perte de production due à la cessation d'activité professionnelle liée à l'alcool comme ne pouvant être compensée en remplaçant ces personnes par d'autres personnes sans emploi, ce qui peut donner lieu à contestation (Maynard, Godfrey, & Hardman 1994). Une étude au Danemark, qui au lieu de cela a adopté l'hypothèse selon laquelle ces personnes sont remplacées après 3 mois, a estimé ce composant de coût à un chiffre 100 fois inférieur, bien que les auteurs de l'étude danoise affirment que l'hypothèse d'origine est plus exacte dans la situation économique actuelle (Sundhedsministeriet [ministère de la Santé] 1999).

Un autre problème résulte du fait d'utiliser la même logique exposée précédemment concernant l'alcool et le chômage : en l'absence d'alcool la même somme d'argent serait dépensée mais pour d'autres marchandises ou services. Cependant, il est de toute évidence possible qu'à ces dépenses liées à la consommation d'alcool puissent se substituer d'autres dépenses ne générant aucun coût social. Il est donc conseillé (cf. chapitre 10) d'adopter un objectif double pour une même recherche c'est-à-dire établir l'impact économique qu'aurait des changements de la consommation d'alcool sur un plan économique plus large tout en examinant les coûts potentiels selon les marchandises ou services choisis en remplacement par les consommateurs.

Malgré ces constants problèmes, d'après le nombre d'effets nuisibles possibles qui n'ont pas été évalués on peut penser que le chiffre obtenu du coût social brut de l'alcool est inférieur à la réalité (bien qu'il soit impossible de dire si le coût net est sous ou surestimé, étant donné que les bénéfices sociaux ci-après n'ont pas été pris en compte). Au nombre des conséquences négatives qui n'ont pas été évaluées figurent la baisse des performances professionnelles (Gjelsvik 2004), (voir toutefois les tentatives d'évaluation de Single, Robson, & Xie 1996 ; Harwood, Fountain, & Livermore 1998; García-Sempere & Portella 2002; Jeanrenaud *et al.* 2003), une partie des délits commis par des consommateurs à la fois d'alcool et de drogue (Collins & Lapsley 2002; Pernanen *et al.* 2002), les dommages matériels liés à des accidents sur le lieu de travail (Bergmann & Horch 2002; Eurostat 2004), les coûts subis par les employeurs et les ralentissements de la circulation dus à des accidents de la route attribuables à l'alcool (Miller, Lestina, & Spicer 1998; Miller & Blewden

2001), les coûts administratifs liés aux assurances (Collicelli 1996), les coûts administratifs liés aux allocations sociales (Harwood 2000; Harwood, Fountain, & Livermore 1998) (Salomaa 1995; Single, Robson, & Xie 1996) et la perte de productivité concernant plusieurs groupes dont les personnes incarcérées, les victimes d'actes criminels et le personnel d'assistance sociale (Salomaa 1995; Collicelli 1996; Brecht, Poldrugo, & Schädlich 1996; Harwood, Fountain, & Livermore 1998; Bergmann & Horch 2002).

Bénéfices sociaux

Bien qu'un nombre réduit seulement des études examinées considèrent les bénéfices sociaux liés à la consommation d'alcool (cf. également l'encadré 3.3), les estimations ci-dessus prennent en compte les bénéfices de l'alcool sur la santé pour deux composants de coût. Premièrement, les coûts intangibles de perte de vie sont calculés à partir du nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité perdues après avoir pris en compte les bénéfices sur la santé actuels liés à l'alcool par rapport à une situation sans alcool, suivant l'étude GBD (Global Burden of Disease - poids global de la maladie ; cf. chapitre 6). Deuxièmement, les coûts de santé sont corrigés suivant un mode de calcul utilisé dans une étude suisse (Jeanrenaud *et al.* 2003), qui a évalué les bénéfices sur la santé actuels liés à l'alcool par rapport à une situation de légère consommation d'alcool.¹⁴

Il existe également plusieurs bénéfices qui ne sont pas inclus dans cette étude pour des raisons méthodologiques :

1. **Il est possible que des "économies" soient naturellement générées par le décès prématuré de personnes non actives professionnellement, et qui de ce fait ne consomment pas de ressources.** Les implications y afférentes sujettes à mauvaise interprétation ont effectivement posé des problèmes, car on pourrait comprendre que les personnes de plus de 55 ans environ constituent un coût net pour la société (Meltzer 1997).¹⁵ Ce problème peut être évité en attribuant une valeur à la vie basée sur la volonté de la population à payer pour modifier les risques pour la santé (évaluation "intangible" présentée ci-dessus) plutôt que simplement par le biais de contributions à l'économie (évaluation "tangible").
2. **Il peut également y avoir des "économies" dans le domaine de la santé avec le décès prématuré de personnes et qui de ce fait ne risquent plus de souffrir de maladies qui augmenteraient les coûts de santé.** "Economies" vraisemblablement liées en particulier à la "prévention" de maladies mortelles (Bonneux *et al.* 1998). Une étude a estimé que le fait d'*éliminer* les méfaits attribuables à l'alcool générerait des *coûts* supplémentaires en maisons de retraite, bien que des économies seraient faites dans l'ensemble pour le système de sécurité sociale (économies qui seraient encore plus importantes si l'on tient compte des bénéfices de l'alcool

¹⁴ L'élément de comparaison idéal pour examiner les bénéfices sur la santé serait en fait une consommation d'alcool présentant un risque moindre (c'est-à-dire le plus bas, qui équivaut à une "consommation légère" à certains âges, cf. chapitre 5). Toutefois, le moyen de correction de l'estimation du coût le plus pointu utilisé a été de prendre la situation de consommation légère dans l'étude suisse ; en outre il était impossible de recalculer le PIB pour ce cas de figure. Néanmoins, et comme examiné dans le chapitre 6, la différence entre ces deux cas de figure est nettement moindre pour ce qui est des années de vie perdues que pour le nombre de décès. Ce qui suggère que l'effet de cet écart est sans doute plutôt insignifiant.

¹⁵ De toute évidence la plupart des personnes de plus de 55 ans exercent encore une activité professionnelle, mais à partir de cet âge, du moins aux Etats-Unis, il est considéré que l'usage des ressources pour une vie dépasse la production attendue d'une personne au cours de sa vie.

sur la santé; Collins & Lapsley 2002). Toutefois, cette méthode qui a été uniquement utilisée en dehors de l'Europe n'est pas compatible avec les méthodes employées dans les études européennes qui ont été examinées, et est incompatible avec d'autres estimations à l'échelle européenne comme pour les maladies cardiaques (Peterson *et al.* 2005) et le tabac (ASPECT Consortium 2004).

3. **Le principal bénéfice de l'alcool est probablement le plaisir qu'il procure à la personne qui le boit (cf. chapitre 4 & Leontaridi 2003).** Bien que certains économistes aient élaboré des théories permettant de calculer cet avantage (Leontaridi 2003), certaines hypothèses concernant la nature de la dépendance posent des problèmes (Easton 1997; Aslam *et al.* 2003) auxquels s'ajoutent des difficultés considérables du point de vue des méthodes de calcul utilisées pour évaluer cet aspect de l'alcool (comme le fait qu'aucune étude européenne ayant été examinée n'a essayé de le faire) (Collins & Lapsley 2002).
4. **Il est possible que la consommation d'alcool comporte d'autres bénéfices extérieurs, comme le rôle de "catalyseur" qu'il peut avoir dans les réunions sociales en favorisant les rapports interpersonnels et la création de réseaux sociaux ou de capital sociétal.** Cependant, de tels avantages sont généralement présentés de façon anecdotique sans faire l'objet de recherche ; aucune étude n'ayant tenté de leur attribuer une valeur, de plus on ne peut pas dire quelle méthode permettrait de le faire (Leontaridi 2003).

Analyses économiques et prises de mesures

Comme évoqué précédemment dans ce chapitre, il convient de rappeler que le coût social de l'alcool ne devrait pas tout simplement être mis en parallèle avec le rôle économique que jouent les boissons alcoolisées (Lehto 1995; Leontaridi 2003). Même la situation hypothétique examinée par les études d'estimation de coûts (avec la disparition de l'alcool d'un jour à l'autre), le résultat possible dépend de la taille de l'industrie en question (Single *et al.* 2003). Dans le cas de production à petite échelle, il semble raisonnable de supposer que les ressources seront réutilisées de façon similaire sur le moyen à long terme. Dans le cas d'industrie plus importante une répercussion négative sur l'économie nationale pourrait se faire sentir selon si cette industrie exportait beaucoup ses produits, si les dépenses liées à la consommation vont ou non à des produits de remplacement issus du marché domestique, si les fonds considérables qui dans le cadre de la politique agricole commune sont reversés dans la production de vin étaient alors utilisés à des fins non capitalistiques comme les services publics.

Les estimations ci-dessus du coût social doivent toutefois être considérées parallèlement à d'autres analyses économiques. Comme mentionné dans l'encadré 3.3, le coût social est différent du coût externe, c'est-à-dire les coûts générés par une personne qui boit et auxquels les autres membres de la société doivent faire face. Ce qui est fondé sur une vision issue d'une théorie économique selon laquelle les gouvernements devraient imposer un taux de taxe sur l'alcool permettant de couvrir le montant total des coûts liés à l'alcool, qui seraient alors supportés par les personnes qui ont décidé de boire (Godfrey 2004). Aucune étude européenne ne fournit de coût calculé de cette façon, mais il existe des études concernant d'autres économies développées notamment pour les Etats-unis (Manning *et al.* 1989; Heien & Pittman 1993) et la Nouvelle-Zélande (Barker 2002). Il est difficile d'envisager

précisément les implications de ces études ramenées à la situation européenne. Toutefois, la définition d'un coût "externe" varie considérablement, et de plus les coûts de santé des personnes qui boivent relèvent souvent de l'ordre du secteur médical privé aux Etats-Unis alors qu'ils sont principalement supportés par les services publics en Europe. Parmi les études européennes, une étude française (Fenoglio, Parel, & Kopp 2003) a toutefois ventilé les coûts par secteurs au sein de la société, révélant ainsi que le plus lourd des coûts était supporté par les entreprises privées (48 %), alors que les consommateurs d'alcool et les autres ménages y faisaient face à hauteur de 38% et les gouvernements à 14% seulement.

Bien que des études d'externalité constituent un autre outil valable pour l'adoption de mesures, de toute évidence elles ne prennent aucunement en considération une grande variété de coûts que le consommateur d'alcool prend en charge à titre individuel, et elles sont plus utiles lorsqu'elles sont menées parallèlement et non pas en substitution à des études du coût social plus couramment employées. Ce qui est d'autant plus vrai si l'on considère que de nombreuses études d'externalité donnent deux résultats discutables basés sur les hypothèses faites : le premier étant que tout effet négatif dans le foyer (comme pour la compagne ou le compagnon de la personne qui boit, ou les enfants) est considéré comme un coût privé, le second étant que les personnes qui boivent sont parfaitement conscientes et informées des risques liés à l'alcool au moment où elles décident de boire (Collins & Lapsley 2002; Single *et al.* 2003). Ce qui ne veut pas forcément dire que les coûts externes seront inférieurs aux coûts sociaux, car certains coûts considérables *ne* sont *pas* pris en compte dans une étude du coût social et devraient être calculés dans une étude d'externalité, en particulier en ce qui concerne la catégorie générique de "transferts" d'argent qui comprend les dépenses gouvernementales en services sociaux.

Santé et succès économique

Bien que les études du coût maladie constituent une "*première étape utile*" (Suhrcke *et al.* 2005) pour ce qui est de démontrer l'ampleur des effets nocifs pour une affection particulière ou un facteur de risque donné, ce type d'étude comporte un certain nombre d'inconvénients ainsi que des faiblesses quant aux méthodes utilisées. À savoir en particulier ce qu'elles *ne montrent pas*, qui comme indiqué en encadré 3.3 concerne toutes sortes de questions particulièrement importantes quand il s'agit de prendre des mesures. Principalement, avec leur scénario irréal d'un monde sans alcool elles n'indiquent aucunement si une politique donnée peut générer un bénéfice social ou non.

Par conséquent, il est important de considérer une estimation du coût social ou externe de l'alcool non pas comme une fin en soi mais comme un tout premier apport de données économiques pour l'élaboration de politiques sur l'alcool. Comme Collins et Lapsley (2000) l'ont signalé, des recherches complémentaires devraient être faites pour :

1. quantifier la part des coûts qui pourraient être évités ;
2. évaluer les investissements qui devraient être faits en matière de politique afin d'éliminer ces mêmes coûts ; et
3. contrôler l'efficacité des mesures adoptées pour réduire les coûts.

De la même façon, un récent rapport subventionné par la Commission européenne dit que "comme le capital humain est important pour ce qui est des résultats économiques et que la santé est un composant important du capital humain, la santé est importante pour ce qui est des résultats économiques" (Suhrcke *et al.* 2005:9 – traduction de la citation en anglais). Ce qui l'a amené à une conclusion similaire, à

savoir que les analyses des coûts et bénéfices des interventions dans le domaine de la santé publique “constitueraient la dernière étape nécessaire pour permettre une comparaison directe des résultats concernant les investissements en matière de santé avec d'autres usages pour ces fonds” (Suhrcke et al. 2005:14 – traduction de la citation en anglais). Dans ce contexte, le projet CHOICE (Choosing Interventions that are Cost-Effective - choisir des interventions rentables) de l'OMS est une étape encourageante dans cette direction, et sera abordé à la fin du chapitre 7.

CONCLUSION

L'alcool joue un rôle majeur dans la vie sociale, culturelle et économique des citoyens européens, les pays d'Europe dominant le marché mondial de l'alcool. En Europe, la production, la vente et la promotion publicitaire de boissons alcoolisées fournissent des emplois, et pour de nombreux gouvernements la perception de taxes et de droits sur l'alcool représente plus de 1 % des revenus fiscaux. Cependant, compte tenu de la relative rigidité du niveau de consommation d'alcool, les revenus fiscaux issus des taxes et des droits sur l'alcool dépendent principalement du taux de taxation plutôt que de la quantité globale consommée (les effets de la taxation sont examinés de façon plus approfondie dans le chapitre 7). De plus, une analyse rudimentaire démontre que des changements dans les habitudes de consommation n'auraient pas d'importantes répercussions sur le nombre d'emplois dans les industries liées aux boissons alcoolisées (suggérant un effet possible assez faible), alors que des analyses d'autres secteurs suggèrent que l'impact économique créé par un changement dans les habitudes de consommation d'une denrée dépend de la façon dont les consommateurs réorientent leurs dépenses. Alors que de plus amples recherches sont nécessaires à ce sujet, il semble que des changements dans la consommation de boissons alcoolisées ne créent pas forcément des effets unidirectionnels sur le plan de l'économie globale, malgré l'ampleur de l'industrie des boissons alcoolisées dans de nombreux pays européens.

Il existe effectivement un coût social lié à l'alcool, les coûts tangibles étant estimés pour l'ensemble de l'Union européenne à 125 milliards d'euros (entre 79 et 220 milliards d'euros) pour 2003, chiffre très voisin de celui du tabac pour l'Europe (entre 98 et 130 milliards d'euros en 2000). Ce chiffre ne prend pas en compte la valeur que la population donne à la douleur, à la souffrance et à la perte de la vie liées aux délits et à la perte de la santé attribuables à l'alcool. Tout risque de doublon exclus pour ce qui est des coûts tangibles, on peut estimer ces coûts intangibles à 270 milliards d'euros (les différentes estimations varient toutefois entre 150 et 760 milliards d'euros). Bien que ces coûts prennent en compte les bénéfices pour la santé (l'effet cardioprotecteur de l'alcool principalement), ils ne tiennent pas compte des bénéfices sociaux de l'alcool. Après avoir considéré l'impact de l'alcool sur le plan économique, nous verrons dans les deux prochains chapitres l'impact de l'alcool sur la santé publique en Europe au niveau individuel et société.

RÉFÉRENCES

Ahermaa, E. and Josing, M. (2005). "Estonian Alcohol Market." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]*

Andlin-Sobocki, P. and Rehm, J. (2005). "Cost of Addiction in Europe." *European Journal of Neurology*, 12(S1): 28-33.

Aslam, S., Barham, L., Bramley-Harker, E., Dodgson, J., and Spackman, M. (2003). *Alcohol in London: a cost-benefit analysis*. London, UK: A Final Report for the Greater London Authority Prepared by NERA.
http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/cost_benefit_alcohol.pdf

Baumberg, B. and Anderson, P. (submitted). "How much does alcohol cost Europe? A review and estimate of the social cost in 2003."

Barker, F. (2002). *Consumption externalities and the role of Government: the case of alcohol*. Working Paper 02/25. New Zealand Treasury.
<http://www.treasury.govt.nz/workingpapers/2002/02-25.asp>

Bergmann, E. and Horch, K. (2002). *Kosten alkoholassoziierter Krankheiten: Schätzung für Deutschland [The cost of alcohol-related illness: estimates for Germany]*. Berlin, Germany: Robert Koch-Institute. <http://www.rki.de/FORSCH/FOR2/FORGBE/AN33.PDF>

Bonneux, L., Barendregt, J. J., Nusselder, W. J., and Van der Maas, P. J. (1998). "Preventing Fatal Diseases Increases Healthcare Costs: Cause Elimination Life Table Approach." *British Medical Journal*, 316: 26-29. <http://bmj.com/cgi/content/full/316/7124/26>

Brecht, J. G., Poldrugo, F., and Schädlich, P. K. (1996). "Alcoholism: The Cost of Illness in the Federal Republic of Germany." *PharmacoEconomics*, 10(5): 484-93.

Collicelli, C. (1996). "Income From Alcohol and the Costs of Alcoholism: an Italian Experience." *Alcologia*, 8(2): 135-43.

Collins, D. and Lapsley, H. (2000). Economic evaluation of policies and programmes: further uses of estimates of the social costs of substance abuse. *Bulletin on Narcotics*. Vienna: United Nations International Drug Control Programme

Collins, D. and Lapsley, H. (2002). Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9. Canberra: Australian Government Printing Service.
[http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-mono.htm/\\$FILE/mono49.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-mono.htm/$FILE/mono49.pdf)

Commission européenne [European Commission] (2003). *Health in Europe: results from 1997-2000 surveys*.
http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-57-03-184/EN/KS-57-03-184-EN.PDF

Easton, B. (1997). *The social costs of tobacco use and alcohol misuse*. Public Health Monograph. 2 ed. Wellington, New Zealand: Department of Public Health, Wellington School of Medicine.

Elinder, L. S., Joossens, L., Raw, M., Andréasson, S., and Lang, T. (2003). *Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy: developments and recommendations for change in four sectors (fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco)*. Sweden: National Institute for Public Health. http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/eu_inlaga.pdf

Euromonitor and just-drinks.com (2005). *The just-drinks/Euromonitor International industry review 2004-2010*. Bromsgrove, UK: Aroq Ltd.

Eurostat (2004). *Statistical analysis of socio-economic costs of accidents at work in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-04-006/EN/KS-CC-04-006-EN.PDF

Fenoglio, P., Parel, V., and Kopp, P. (2003). "The Social Cost of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs in France, 1997." *European Addiction Research*, 9(1): 18-28.

Furlani, A. and colleagues (2003). *Ex-post evaluation of the Common Market Organisation for wine*. Tender AGRI / EVALUATION / 2002 / 6. Prepared for European Commission - DG Agriculture. http://europa.eu.int/comm/agriculture/eval/reports/wine/index_en.htm

García-Sempere, A. and Portella, E. (2002). "Los Estudios Del Coste Del Alcoholismo: Marco Conceptual, Limitaciones y Resultados En España [Studies of the Cost of Alcoholism: Concepts, Limitations and Results From Spain]." *Addicciones*, 14(Suplemento 1): 141-53. <http://www.irefrea.org/Publications/Spanish/Spanish.htm>

Gjelsvik, R. (2004). *Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol [Counting the economic costs caused by alcohol]*. Norway: Directorate for Health and Social Affairs, the Rokkan Centre, and the Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS).

Godfrey, C. (2004). "The Financial Costs and Benefits of Alcohol." *Paper presented to the European Alcohol Policy Conference: Briding the Gap, Warsaw, 16-19 June 2004 [conference proceeding]* <http://www.eurocare.org/btg/conf0604/papers/godfrey.pdf>

Godfrey, C. and K. Hartley (1990). "Employment." Pp.204-25 in *Preventing alcohol and tobacco problems volume 1: the addiction market*, Edited by A. Maynard and P. Tether. Aldershot, UK: Avebury.

Gutjahr, E. and G. Gmel (2001). "The Social Costs of Alcohol Consumption." Pp.133-44 in *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, Edited by H. Klingemann and G. Gmel. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic Publishers on behalf of WHO-EURO.

Harrison, B. (1971). *Drink and the Victorians: the Temperance Question in England: 1815-72*, London: Faber.

Harwood, H. (2000). *Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: estimates, update methods and data*. Report prepared by The Lewin Group for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/economic-2000/>

Harwood, H., Fountain, D., and Livermore, G. (1998). *The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States – 1992*. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse (NIDA) and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), National Institutes of Health, Department of Health and Human Services (NIH Publication No. 98-4327). Washington ed. Rockville, MD: National Institutes of Health. <http://www.nida.nih.gov/EconomicCosts/Index.html>

Heien, D. M. and Pittman, D. J. (1993). "The External Costs of Alcohol Abuse." *Journal of Studies on Alcohol*, 54: 302-7.

High Level Group on Fraud in the Tobacco and Alcohol Sectors (1998). *Report to Directors General for Customs and Indirect Taxation*. http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/taxation/excise_duties/circulation_control/studies_reports/index_en.htm

HM Customs and Excise (2004). *Measuring and tackling indirect tax losses - 2004*. HMSO. customs.hmrc.gov.uk/channelsPortalWebApp/downloadFile?contentID=HMCE_PROD_011582

Jacobs, R., H. F. Gale, T. C. Capehart, P. Zhang, and P. Jha (2000). "The Supply-Side Effects of Tobacco-Control Policies." Pp.311 in *Tobacco Control in Developing Countries*, Edited by P. Jha and F. J. Chaloupka. Oxford University Press for the World Bank and World Health Organization.

Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini, S., Chevrou-Severac, H., and Vitale, S. (2003). *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse [The social costs of alcohol in Switzerland]*. Neuchâtel, Switzerland: Institut de recherches économiques et régionales, Université de Neuchâtel.

Jernigan, D. (1997). *Thirsting for markets: the global impact of corporate alcohol*. The Marin Institute.

Joossens, L. and Raw, M. (2000). "How Can Cigarette Smuggling Be Reduced?" *British Medical Journal*, 321: 947-50. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/321/7266/947>

Karlsson, T. and Tigerstedt, C. (2005). "Alcohol Policy: Changing Climate and Changing Structures in the Nordic Countries." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]*

Koizol, M. (2003). Zubrowka: Polish vodka and cultural geographic indicators. *Trade and Environment Database Case Studies*. <http://www.american.edu/ted/polish-vodka.htm>

Lehto, J. (1995). *The economics of alcohol policy*. WHO-EURO.

Leifman, H. (2001). "Estimations of Unrecorded Alcohol Consumption Levels and Trends in 14 European Countries." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 54-70.

Leontaridi, R. (2003). *Alcohol misuse: How much does it cost?* London: Cabinet Office. <http://www.number10.gov.uk/files/pdf/econ.pdf>

Manning, W. G., Keeler, E. B., Newhouse, J. P., Sloss, E. M., and Wasserman, J. (1989). "The Taxes of Sin: Do Smokers and Drinkers Pay Their Way?" *Journal of the American Medical Association*, 261: 1604-9.

Maynard, A., Godfrey, C., and Hardman, G. (1994). "Conceptual Issues in Estimating the Social Costs of Alcohol." *International Symposium on the Economic Costs of Substance Abuse, Banff, Canada; May 11-13th 1994. [conference proceeding]* <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-005409-1994.pdf>

Meltzer, D. (1997). "Accounting for Future Costs in Medical Cost-Effectiveness Analysis." *Journal of Health Economics*, 16: 33-64.

Merriman, D., A. Yurekli, and F. J. Chaloupka (2000). "How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem?" *Tobacco control in developing countries*, Edited by P. Jha and F. J. Chaloupka. OUP for the World Bank and World Health Organization.

Miller, T. R. and Blewden, M. (2001). "Costs of Alcohol-Related Crashes: New Zealand Estimates and Suggested Measures for Use Internationally." *Accident Analysis and Prevention*, 33: 783-91.

Miller, T. R., Lestina, D. C., and Spicer, R. S. (1998). "Crash Costs in the United States by Age, Blood Alcohol Level, Victim Age, and Restraint Use." *Accident Analysis and Prevention*, 30(2): 137-50.

Molyneux, R., G. de Ryck, B. Kegels, and P. Naert (1993). "The Socio-Economic Impact of the European Alcoholic Drinks Industry." *Alcohol beverages and European society: a report by the Amsterdam Group*.

Naert, P., S. Naert, and D. Maex (2001). "The Socio-Economic Impact of the European Alcoholic Beverages Industry." Pp.32-39 in *The Amsterdam Group Report 2001*, TAG.

OCDE [OECD] (2001). *Consumption tax trends: VAT/GST, excise and environmental taxes*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Publications. <http://www1.oecd.org/publications/e-book/2301111e.pdf>

Österberg, E. (2005). "Taxes and Border Trade." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]*

Permanen, K., Cousineau, M-M., Brochu, S., and Sun, F. (2002). *Proportion of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Canadian Centre for Substance Abuse.

Peterson, S., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., Luengo-Gernandez, R., and Gray, A. (2005). *European cardiovascular disease statistics (2005 edition)*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group and Health Economics Research Centre, Department of Public Health, University of Oxford. <http://www.heartstats.org/topic.asp?id=4540>

Room, R. and Jernigan, D. (2000). "The Ambiguous Role of Alcohol in Economic and Social Development." *Addiction*, 95(Supplement 4): 523-35.

Salomaa, J. (1995). "The Costs of the Detrimental Effects of Alcohol Abuse Have Grown Faster Than Alcohol Consumption in Finland." *Addiction*, 90(4): 525-37.

Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P., and Wilson, E. (2003). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. 2, World Health Organization.

Single, E. and Easton, B. (2001). "Estimating the Economic Costs of Alcohol Misuse: Why We Should Do It Even Though We Shouldn't Pay Too Much Attention to the Bottom-Line Results." *Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol meeting in Toronto [conference proceeding]* <http://www.eastonbh.ac.nz/article107.html>

Single, E., Robson, L., and Xie, X. (1996). *The costs of substance abuse in Canada : a cost estimation study [Full report]*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

SoRAD (2005). *Konsumtionsutvecklingen månad för månad och i rullande 12-månadersperioder från juni år 2000 och framåt, uppdaterad t.o.m. mars 2005 [The month-for-month and rolling 12-month developments in alcohol consumption since June 2000, updated March 2005]* SoRAD, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogsforskning, Stockholms universitet. http://www.sorad.su.se/doc/uploads/alcohol_statistics/konsumtion.pdf

Spitzer, A. A. (2002). The wine pact: 'New World' wines change the industry. *Trade and Environment Database Case Studies*. <http://www.american.edu/TED/wine-pact.htm>

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsolova, S., and Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. European Communities. http://europa.eu.int/comm/health/horiz_publications_en.htm

Sundhedsministeriet [Ministry of Health] (1999). *"De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug" [The Economic consequences of alcohol consumption" in Denmark]*. 2nd edition. Copenhagen, Denmark: Ministry of Health. <http://www.im.dk/publikationer/alkoholrapport/index.htm>

Taylor, L. (2004). Ouzo, Trade and Culture. *Trade and Environment Database Case Studies*. <http://www.american.edu/TED/ouzo.htm>

The ASPECT Consortium (2004). *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. European Commission.

Thurman, C. (2000). "Alcohol Drinks: Demand and Supply." Pp.79-123 in *The Alcohol Report*, Edited by Martin Plant and D. Cameron. London: Free Association Books.

Tighe, A. and Bussett, A. 2004. *British Beer and Pub Association Statistical Handbook 2004*, London: Brewing Publications Limited.

UK Treasury Select Committee (2000). *HM Customs and Excise: Second Report of the Session 1999-2000*. HMSO. <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmtreasy/cmtreasy.htm>

UK Treasury Select Committee (2005). *Excise duty fraud*. London: The Stationery Office Limited. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmtreasy/126/12602.htm>

Vingilis, E., Lote, R., and Seeley, J. (1998). "Are Trade Agreements and Economic Cooperatives Compatible With Alcohol Control Policies and Injury Prevention?" *Contemporary Drug Problems*, 25(Fall): 579-620.

Chapitre 4 : La consommation d'alcool en Europe

L'Union Européenne est **la région du monde où l'on boit le plus**, mais le volume de 11 litres d'équivalent alcool pur bu par adulte chaque année est le résultat d'une diminution importante par rapport au pic récent de 15 litres au milieu des années 70. Pendant les dernières quarante années, s'est produite une harmonisation des consommations à l'intérieur de l'Europe des 15, avec une augmentation dans les pays d'Europe centrale et du nord pendant les années 60 à 80, coïncidant avec une diminution importante dans l'Europe du sud. La consommation moyenne dans les dix nouveaux pays de l'Union¹ n'a jamais été aussi proche de celle des pays intégrés à l'Union européenne depuis plus longtemps, mais il subsiste des variations importantes à l'intérieur de ces dix pays. La plupart des Européens boivent de l'alcool, mais 55 millions d'adultes sont abstinents ; en considérant ce fait, et en tenant compte de la consommation non déclarée, on peut estimer que la consommation moyenne par buveur est de 15 litres d'équivalent alcool pur par an.

Un peu moins de la moitié de cet alcool est consommé sous forme **de bière**, le reste étant réparti entre **le vin** (1/3) et **les spiritueux** (1/4). A l'intérieur de l'Europe des 15, les pays du nord et du centre de l'Europe boivent principalement de la bière et ceux du sud du vin (l'Espagne faisant exception). Ceci est un phénomène relativement nouveau à la suite d'une harmonisation visible depuis les quarante dernières années. Dans la plupart des pays de l'Europe des 15, 40 % des occasions de boire ont lieu au moment du repas de fin d'après-midi ou du soir et les déjeuners sont beaucoup plus « alcoolisés » dans les pays du sud de l'Europe. Tandis que la fréquence de la consommation quotidienne montre un gradient du nord au sud de l'Europe, la consommation non quotidienne (plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours) semble être plus habituelle en Europe centrale, et le phénomène est en voie d'harmonisation à l'intérieur de l'Europe des 15.

Le fait de « **boire pour se saouler** » est un comportement variable à l'intérieur de l'Europe et les Européens du sud rapportent des fréquences d'ivresse moins élevées. Ce comportement (« binge drinking ») n'est pas déclaré avec la même fréquence quand cette « recherche de l'ivresse », définie par un nombre minimum de verres bus en une occasion de consommation (« single drinking occasion »), est systématiquement recherchée, ce qui suggère qu'il existe des différences entre les pays dans la reconnaissance de son état d'intoxication ou dans l'appréciation de la durée de « l'occasion de consommation ». Les études sur ces comportements de recherche d'ivresse révèlent également des exceptions dans l'opposition nord-sud, montrant par exemple en Suède un des plus faibles taux de l'Europe des 15. En prenant l'ensemble des pays de l'Europe des 15, les adultes reconnaissent avoir été ivres 5 fois par an en moyenne, et avoir « recherché l'ivresse » 17 fois (en buvant 5 verres ou plus). Cela représente l'équivalent de 40 millions de citoyens de l'Europe des 15, « buvant trop » une fois par mois et de 100 millions (1 sur 3) recherchant l'ivresse au moins une fois par mois. Il existe beaucoup moins de données pour les nouveaux pays de l'Union, mais les chiffres recueillis suggèrent que la consommation de vin est remplacée par celle de spiritueux, que la fréquence de la consommation est plus faible mais que la fréquence de la recherche de l'ivresse est plus importante que dans l'Europe des 15.

Tandis que 266 millions d'adultes boivent de l'alcool, jusqu'à 20 g par jour pour les femmes et 40 g pour les hommes, plus de 58 millions d'adultes (15 % de la

¹ Nouveaux pays ayant intégré l'Union Européenne en 2004 : Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie.

population générale) en boivent au-dessus de cette limite, avec 20 millions d'entre eux (6 % de la population) buvant plus de 40 g par jour pour les femmes et plus de 60 g pour les hommes. En considérant la question de l'addiction plutôt que les niveaux de consommation, nous pouvons estimer que 23 millions d'Européens (5 % des hommes et 1 % des femmes) sont **dépendants de l'alcool**.

Dans toutes les sociétés étudiées, **les hommes boivent plus fréquemment que les femmes**, boivent des quantités plus importantes, et l'écart entre les sexes s'agrandit encore pour les consommations à risque. Bien que beaucoup de femmes arrêtent de consommer de l'alcool lorsqu'elles sont enceintes, un nombre significatif (25 à 50 %) continuent alors de boire, et certaines à des doses dangereuses. Les comportements peuvent être également étudiés du point de vue de **la catégorie socioprofessionnelle (CSP)**. Il apparaît que les personnes ne consommant pas d'alcool sont plus fréquentes dans les catégories socioprofessionnelles basses. Le tableau est complexe (montrant quelquefois des tendances opposées pour les hommes et pour les femmes), cependant en général les fréquences de l'ivresse et de la dépendance sont tous les deux plus élevées parmi les buveurs des CSP basses.

Presque tous les **élèves âgés de 15 à 16 ans (90 %)** ont bu de l'alcool à un moment de leur vie, commençant en moyenne à l'âge de 12 ans et demi avec, en moyenne, une première ivresse à 14 ans. A l'âge de 15-16 ans, la quantité bue en une occasion est en moyenne supérieure à 60 g d'alcool, et atteint presque 40 g dans les pays du sud de l'Europe. Plus d'un jeune sur 8 âgé de 15-16 ans (c'est-à-dire 13 % de cette classe d'âge) a été ivre au moins 20 fois dans sa vie et plus d'un sur 6 de ces buveurs (18 %) a recherché l'ivresse («have binged»), c'est-à-dire a bu plus de 5 unités d'alcool par occasion, au moins 3 fois dans le dernier mois. Bien que dans deux pays, certaines études aient constaté plus d'ivresses chez les filles que les garçons pour la première fois en 2003, en général, les garçons continuent de boire plus et d'être ivres plus souvent que les filles et il existe peu de réduction de l'écart entre eux. Dans la plupart des pays, on a observé une augmentation du comportement de recherche d'ivresse pour les garçons entre les années 1995-9 et 2003 et dans la presque la totalité des pays, cette évolution fut observée également pour les filles (des résultats semblables ont été trouvés dans d'autres pays que ceux participant à l'étude Espad et utilisant d'autres données). Ces résultats sont le reflet d'une augmentation du comportement de recherche d'ivresse et de la fréquence des ivresses à travers la plupart des pays européens de 1995 à 1999, suivie d'une tendance moins nette entre les années 1999 et 2003.

POPULATION ET CONSOMMATION

L'Union européenne représente la région du monde où l'on consomme le plus d'alcool. Ainsi, chaque personne adulte consomme 11 litres d'alcool pur par an – ce qui est deux fois et demi supérieur au reste de la moyenne mondiale (OMS 2004).²

² Toutes les valeurs mentionnées sont valables par adulte (à savoir une personne d'au moins 15 ans) afin de trouver un équilibre avec les données par rapport à des nombres plus importants de jeunes buveurs dans certains pays. Les comparaisons générales sont issues du *Global Status Report on Alcohol* (rapport de la situation mondiale sur l'alcool) (OMS 2004). Toutes les données conjoncturelles viennent de la *Global Alcohol Database* de l'OMS (base de données mondiale sur l'alcool) (1961-99), et toutes les dernières données européennes proviennent de la Base de données de la Santé pour tous. A noter : les sources concernant les tendances sont parfois différentes, notamment avec la Base de données de la Santé pour tous qui donne une consommation de spiritueux d'environ 2 litres de moins sur la période 1970-99 au Portugal. Il faut donc rester prudent quant aux résultats du Portugal ; pour des motifs connexes, il faut également faire preuve de la même prudence en ce qui concerne Chypre et Malte (voir également Gual et Colom 1997S22-4).

Ce taux élevé résulte en fait d'une baisse importante partie du point culminant de 15 litres au milieu des années 70, ce pic s'inscrivait dans la lignée d'une période durant laquelle les taux de consommation avaient augmenté dans une grande partie de l'Europe. Depuis lors, on observe un palier général en Europe. Toutefois, on peut observer une baisse considérable dans les pays producteurs de vin d'Europe du Sud et une augmentation régulière en Irlande. Cette exception s'oppose à la consommation d'alcool qui ne cesse d'augmenter en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique Ouest (voir schéma 3.1), bien que la consommation dans les Amériques – la deuxième plus grande région consommatrice dans le monde – suive le même schéma.

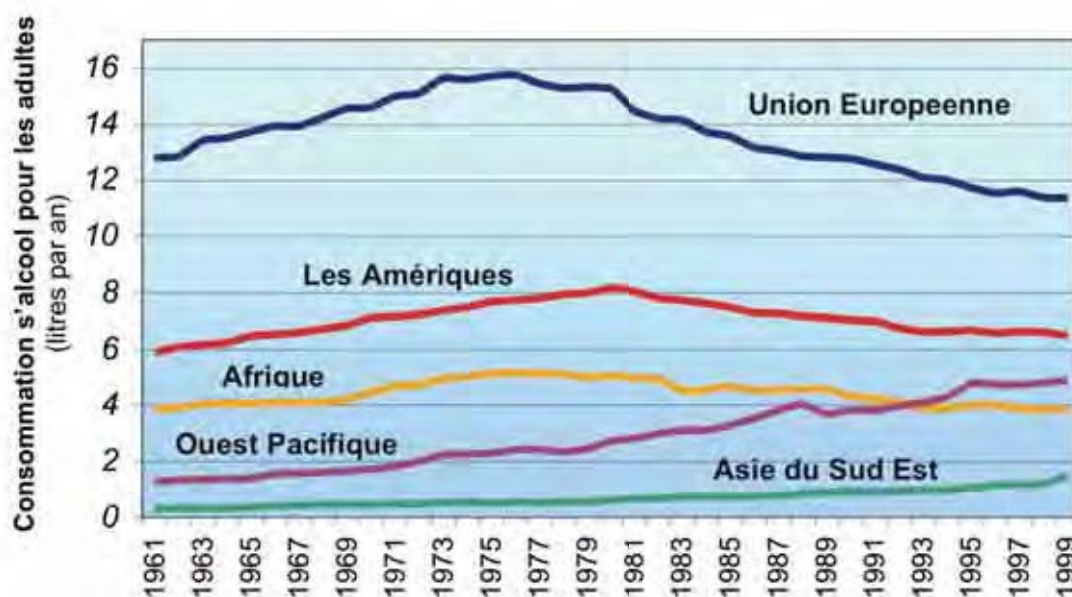


Schéma 4.1 L'Europe et la consommation mondiale

Source: *Global Status Report on Alcohol* (OMS 2004); Les données concernant l'Union Européenne sont extraites des bases de données de l'OMS 'Santé Pour Tous' ainsi que la 'Base de Données sur l'Alcool' (voir ci dessous). Les moyennes sont des moyennes pondérées.

Dans l'UE, les taux de consommation sont nettement différents : par exemple, la consommation du Luxembourg par adulte est deux fois et demi celle de Malte ou les taux sont même plus faibles dans des pays européens ne faisant pas partie de l'UE comme l'Islande, la Norvège et la Turquie. La consommation d'alcool enregistrée est légèrement plus faible dans l'Europe des 10 (10 litres ½) que dans l'Europe des 15 (11½) et l'est par contre nettement plus dans quatre des pays nordiques (Islande, Finlande, Norvège et Suède). Cependant, ces chiffres relatant la consommation enregistrée ne prennent pas en compte l'alcool provenant de la contrebande, de la production personnelle et des achats transfrontaliers profitant plus aux touristes qu'aux autochtones (Trolldall 2001; Leifman 2001a). Bien qu'il soit difficile de quantifier la consommation non enregistrée par sa nature, il semble que ce soit dans les pays baltiques que la consommation illicite et transfrontalière soit la plus élevée : elle atteint plus de 5 litres par adulte par an. Si l'on prend en considération toute forme de consommation, alors l'adulte européen moyen boit 13 litres d'alcool par an – les adultes de l'Europe des 10 ont tendance à boire un peu plus que ceux de l'Europe des 15 (voir schéma 4.2).

Abstinence et consommation par buveur

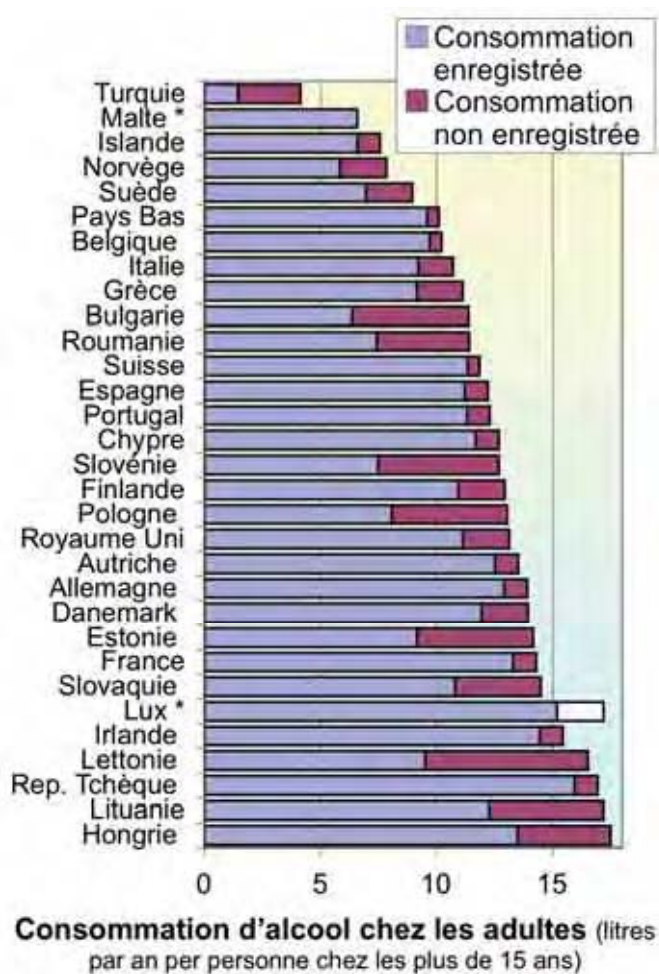


Schéma 4.2 La consommation d'alcool en Europe, 2002

* La consommation non enregistrée du Luxembourg représente moins d'un litre à cause de la consommation des touristes. **Sources:** OMS Base de données de la Santé pour tous et de l'étude de la Charge mondiale de morbidité de l'OMS (Rehm 2003).

Tout comme comparer la quantité moyenne consommée par adulte européen, il est important de ne pas tenir compte des personnes ne buvant pas d'alcool et d'estimer la consommation du buveur moyen. Les non-buveurs représentent les personnes n'ayant jamais touché une goutte d'alcool de leur vie, ainsi que les anciens buveurs excessifs qui ont arrêté de boire pour des raisons de santé. Un problème se pose lorsqu'il s'agit de définir des personnes qui ne boivent que lors d'occasions particulières (p. ex. : du champagne pour les grands événements), et qui sont susceptibles de dire qu'elles ne boivent pas dans une culture (p. ex. : l'Espagne), mais qui s'estimeront être des buveurs occasionnels dans une autre (p. ex. : la Norvège, voir Allamani 2001). Réciproquement, des données datant des années soixante-dix semblent montrer qu'un petit nombre- mais non moins négligeable- (de 10 à 15%) de ceux dans des cultures dites 'abstinentes', et qui se définissent eux mêmes comme tels, disent néanmoins avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours de la dernière année. (Lindgren 1973).

Par conséquent, faire une comparaison du nombre d'abstinents dans différents pays peut s'avérer être une tâche difficile, bien que l'association d'une conscience avisée et d'études comparatives claires apporte des résultats dont la fiabilité est, dans la plupart des cas, acceptable.³

³ Les données relatives à l'abstinence sont issues du *Global Status Report on Alcohol 2004* de l'OMS (rapport de la situation mondiale sur l'alcool), mises à jour du *Alcohol Policy Network* (réseau de politiques sur l'alcool) du projet *Bridging the Gap*, rapport européen sur les études relevant de la santé nationale (Commission européenne 2003a), de l'ECAS, étude comparative de la consommation d'alcool dans l'Union européenne (Ramstedt et Hope 2003), évaluations du projet de la Charge mondiale de morbidité (Rehm *et al* 2003) et complétées par des rapports nationaux. Il convient de rester prudent car il est important de se rappeler que les études peuvent ne pas être comparables dans la mesure où (a) l'on ne sait pas après combien de temps sans alcool il est possible de parler d'abstinence, (b) la formulation des questions est différente, (c) la définition culturelle de l'abstinence est différente et (d) les échantillons de population sont différents (p. ex. : 16-64 ans ou 18 ans et plus).

ENCADRE 4.1 – SOURCES D'INFORMATIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN EUROPE

Pour être en mesure d'établir des politiques d'alcool en Europe, il nous faut obtenir des données comparatives à travers les pays (ainsi que les régions) d'Europe ; ce chapitre en fait le bilan et la synthèse. Cependant, de considérables difficultés sont posées lorsque l'on tente de comparer des études menées dans des langues différentes, et à travers des contextes culturels divergents.

- **L'interprétation** : certaines questions peuvent être interprétées de manière différente, selon les langues dominantes ainsi que différences culturelles. Par exemple, de nombreuses expressions sont utilisées pour décrire 'l'ivresse', et celles-ci qui peuvent avoir plusieurs sens. (Cameron 2000). Les données de l'enquête EuroHIS (Raitasalo 2004) suggèrent aussi que, dans les pays où l'alcool tient une place essentielle, dans le sens où il rythme le quotidien, les interrogations portant sur les routines peuvent permettre de répondre aux questions plus facilement. Par exemple, au Royaume Uni, les répondants avaient plus de difficultés à répondre aux questions que les répondants Français ou Allemands. (Simpura 2002).
- **Le sous- reportage** : toutes les enquêtes qui traitent de la consommation d'alcool, démontrent que la taux d'alcool consommé reporté est en réalité inférieur aux taux de ventes (généralement dans les environs de 40% à 60% ; Bloomfield et al. 2003). Lorsque l'on effectue une comparaison internationale, il est donc plausible de suggérer que le niveau de sous-reportage est constant, bien que cela ne soit pas obligatoirement vrai dans tous les cas de figure. (cf. aussi ECAS).
- **Méthodologie (autre)** : plus généralement, pour les études comparatives dans tous les domaines, l'on doit tenir compte des variations de pratiques d'échantillonnage, et de la manière dont sont recueillies les informations, à travers ces différents contextes culturels. (Simpura, Karlsson and Leppanen 2001; Leifman 2002b; Hibell et al. 2004).

Les sources d'informations divergent aussi au niveau de leur validité. Les sources clés de données comparatives sont présentées brièvement ci dessous :

- **'Health for All Database' de l'OMS- EURO (Base de données 'Santé Pour Tous')**

Les données concernant la consommation enregistrée sont basées sur plusieurs sources d'informations (y compris la société d'études de marché WARC) ; les décisions quant à la validité de cette information sont alors prises par le personnel de l'OMS-EURO. Il existe néanmoins encore des différences inexplicables entre celles-ci et la Base de Données Globale sur l'Alcool' de l'OMS, (par exemple le Portugal).

- **'Global Status Report on Alcohol de l'OMS (Le Rapport de l'Etat global de l'Alcool)**

Le 'Global Status Report Study' (GSR) présente une variété de données pour chaque Pays Européen, ainsi que des informations (lorsque celles-ci sont disponibles) concernant la taille des échantillons sélectionnés pour les enquêtes ainsi que des informations sur la population sélectionnée (les répondants visés). Cependant, les résultats reportés souffrent du fait des méthodologies divergentes, étant donné que les études ne sont pas établies ni poursuivies dans le but d'une comparaison internationale. Un maximum d'informations et de données ont tenté d'être vérifiées auprès d'autres études, ainsi que par les profils fournis par les membres du Alcohol Policy Network (cf. Chapitre 1) par les auteurs, mais les divergences de données intra pays peuvent encore exister.

- **'Global Burden of Disease study' de l'OMS (Etude sur la Charge Globale de la Maladie).**

Le 'Comparative Risk Assessment' (l'Evaluation Comparative de Risque) comprise dans l'étude a pour but d'estimer la charge de la maladie par rapport aux différents facteurs de risque parmi les sous régions de l'OMS. Lorsque aucune autre information n'était disponible, les variables servant à estimer la consommation d'alcool sont utilisées dans ce rapport (y compris la consommation non enregistrée d'alcool, ainsi que les niveaux de consommation).

Cependant, la validité de ces estimations peut être remise en question, du fait du manque de données (dans le cas des niveaux de consommation) mais aussi parce qu'elle ne sont présentées que pour la sous-région ; en conséquence, les résultats sont présentés à l'échelle de la population de l'Union Européenne.

ENCADRE 4.1 – SOURCES D'INFORMATIONS (SUITE)

- **ESPAD** *n=2000-5,000 par pays parmi les jeunes de 15 à 16 ans*
- **HBSC** *n=800-3,000 par âge par pays à aux âges de 11, 13 et 15 ans*

Ces deux enquêtes menées auprès des jeunes, ont été répétées et la standardisation des données est contrôlée par un centre international (ESPAD est subventionné par le Groupe Pompidou (au sein du Conseil de l'Europe) et l'organisation gouvernementale Suédoise CAN ;HBSC par l'OMS)

Il convient de noter cependant que ces études ne comptent que les jeunes en milieu scolaire, et non la totalité des jeunes. Dans certains pays ESPAD comme la Bulgarie, l'Estonie, le Portugal et la Turquie, moins de 85% des jeunes de cette tranche d'âge sont scolarisés, alors que dans d'autres pays, cette proportion varie entre 85 % et 100%.

- **Eurobaromètre** *n =1000 par pays parmi les adultes âgés de 15 ans ou plus*

Ceci est avant tout un sondage d'opinion publique mené régulièrement pour la Commission Européenne par des compagnies d'études de marche. Plusieurs 'vagues' de ce sondage comportent un module concernant la consommation d'alcool (en 1988, 1990, 1992 et 2003), cependant le manque d'attention sur les questions d'alcool ou de santé demeurent un souci .

- **ECAS** *n =1,000 par pays parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans*

Bien qu'elle soit menée dans le cadre d'un projet comparatif comprenant un certain niveau d'expertise dans le domaine de recherche sur l'alcool, on note quelques soucis d'ordre méthodologique dans cette étude ECAS (European Comparative Alcohol Study, 'Etude Européenne Comparative sur l'Alcool').

Parmi ceux-cis, on trouve d'importantes variations parmi les taux de réponse ainsi que le sous reportage (de 30% à 90%) ainsi que des déviations entre les différents pays. Les comparaisons de proportions entre les sous-groupes sont préférables ; les comparaisons entre pays (entreprises uniquement lorsqu'il manque des données) doit cependant être entreprise avec prudence et réserve.

- **GENACIS** *n = 1,300-10,000 par pays parmi les adultes âgés de 20 à 64 ans.*

A noter : Le rapport final de l'étude GENACIS n'était pas encore publié au moment de l'écriture de ce chapitre. Bien que certains avant- projets furent utilisés (et qui ont depuis, été vérifiés contre la version finale), cela signifie que ce rapport n'intègre aucune donnée de l'enquête GENACIS.

Comparabilité : Bien que la majorité des questions comprises dans l'enquête soient censées être comparable à travers l'Europe, les catégories de réponses sont construites différemment à travers les pays (par exemple, proposant de différentes périodes de temps en réponse à la même question).

Les années ainsi que les modes d'enquêtes divergent (par exemple 1997 à 2002, inclusion de l'Autriche en 1993), et trois échantillons sont régionaux et non nationaux (Pays Bas, Italie et Espagne). Tout comme avec l'enquête ECAS, il y a d'importantes variations dans le sous-reportage (18% en Hongrie jusqu'à 69% en Italie, après avoir pris en compte la consommation non enregistrée)

- **EPIC** *n = 100-2,000 par région; échantillon non probabiliste d'adultes âgés de 35 à 74 ans*

Un sous- échantillon de l'enquête EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition- Investigation Européenne Prospective sur le Cancer et la Nutrition) se penche sur la question de la consommation d'alcool through 24-hour dietary recall between 1995-8 (1999-2000 in Norway) à partir de données concernant l'alimentation, entre 1995 et 1998 (1999-2000 en Norvège).

Cependant, cette étude n'a pas été utilisée dans ce chapitre, et cela du à des soucis méthodologiques (comme, par exemple, l'utilisation d' échantillons principalement régionaux, ainsi que l'usage de d'échantillons non probabilistes) ; par ailleurs, elle recouvre une tranche d'âge peu conventionnelle (35 à 74 ans) ; les lecteurs intéressés peuvent se renvoyer à Klipstein-Grobusch et al (2002) ainsi que Sieri et al (2002).

Bien que ces données soient nécessaires afin d'établir une certaine comparaison à travers l'Europe, il convient de noter que les enquêtes menées auprès des adultes comprennent d'importantes limitations, et doivent donc être interprétées avec prudence.

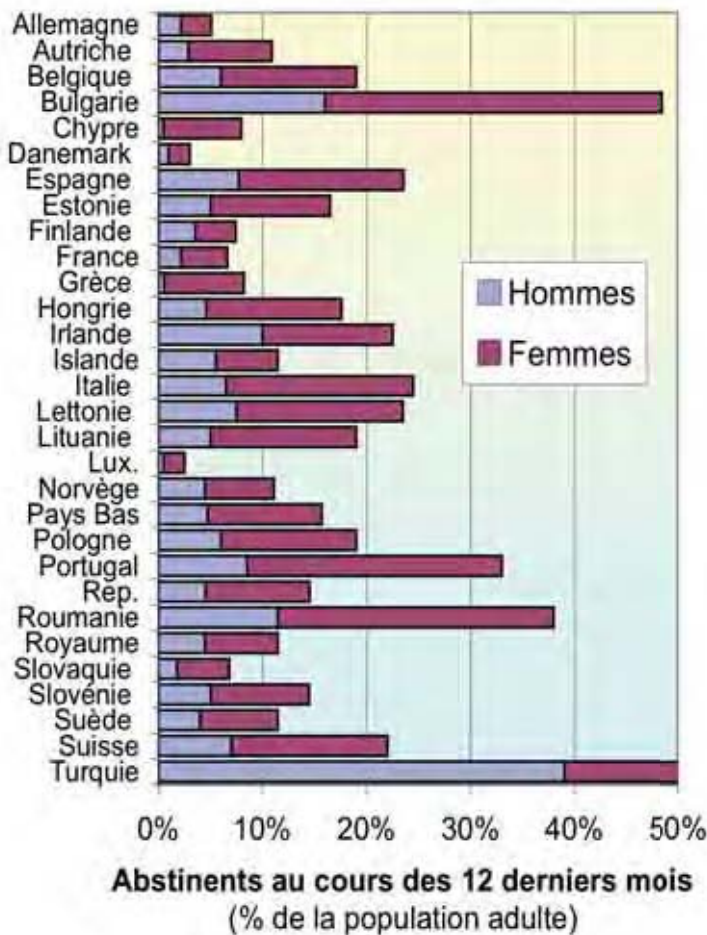


Schéma 4.3 Taux d'abstention en Europe

La couleur de chaque colonne met en évidence les pourcentages relatifs des hommes et des femmes abstinentes. p.ex. : en Autriche 11% sont abstinentes, dont ¾ sont des femmes

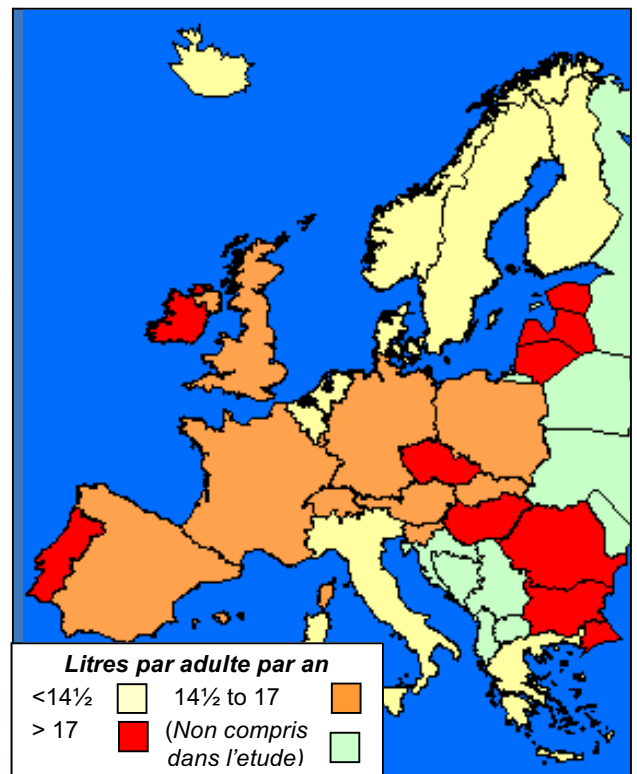


Figure 4.4 Consommation d'alcool totale par buveur en Europe en 2002

[Sources: Principalement du des donnees de l'OMS (Global Status Report on Alcohol 2004, HFA Database and GBD project); voir ci dessus]

En tenant compte de ces mise en garde concernant l'interprétation, plus de 55 millions d'adultes dans l'UE – ou 15% de la population adulte – s'abstiennent d'alcool. Dans la plupart des pays européens, cela signifie qu'au moins 7 hommes sur 8 et 3 femmes sur 4 ont bu au moins une fois dans le courant de l'année écoulée (voir schéma 4.3). En règle générale, les taux d'abstinence les plus élevés concernent l'Europe de l'Est et du Sud, mais même dans ces régions certains pays connaissent une consommation presque générale, comme en Slovaquie et en Grèce.⁴

En s'appuyant sur ces résultats, on observe que la consommation totale d'alcool par buveur dans l'UE est de 15 litres par an. Le taux est 10% de plus dans l'Europe des 10 que dans celle des 15, bien qu'un partage simple soit impossible comme on le voit d'après les taux élevés du Portugal / Irlande et les taux relativement faibles de Slovaquie / Pologne (voir schéma 4.4). Seulement deux pays (Norvège et Islande) connaissent une consommation par buveur inférieure à 10 litres d'alcool par an,

⁴ De nombreux désaccords dans les sources sont à noter en ce qui concerne le taux d'abstinence en France, ceci probablement en raison des difficultés à comprendre le concept d'abstinence dans la culture française.

tandis que les pays rejoignant l'autre extrême sont au nombre de quatre avec une moyenne de plus de 20 litres (Hongrie, Lettonie, Lituanie et Turquie). Il reste que la variation entre les pays quant à la consommation par buveur est moins importante que celle du taux par personne (comme on le voit pour les comparaisons mondiales ; voir Babor et al 2003).

Niveaux de consommation d'alcool

Une façon de comparer la quantité d'alcool consommé par les individus est d'étudier le taux d'un niveau défini de consommation excessive, bien que les études ne soient parfois pas comparables étant donné les définitions diverses attribuées à la notion d'excès. Dans le peu de pays où il existe des données comparables (OMS 2004), les taux pour les hommes varient entre 3 et 23% et ceux concernant les femmes entre 1 et 11%. Et bien qu'il n'existe pas de caractéristiques évidentes, il semble que les pays d'Europe centrale (à la fois dans l'est et l'ouest de l'Europe) connaissent des niveaux supérieurs par rapport au nord et au sud.

La définition ci-dessus est aussi utilisée dans l'enquête Global Burden of Disease menée par l'OMS (GBD),⁵ et constitue le plus élevé des trois niveaux (Niveau III) dressé pour les consommateurs. Les deux autres niveaux de consommation sont supérieurs à zéro, mais <40g pour les hommes ou <20g pour les femmes (niveau I), et une catégorie entre les deux (Niveau II, +40 à 60g pour les hommes, et + 20 à 40g pour les femmes)

À partir de ces estimations, nous pouvons dire que 263 millions d'adultes boivent au Niveau I, Schema 4.1. Ce qui laisse à peu près 58 millions d'adultes Européens-15% de la population adulte- qui consomment de l'alcool au niveau II ou au delà.

On compte 22 millions d'individus qui boivent au Niveau III, ce qui représente 6% de la population adulte de l'Union Européenne.

Table 4.1 Nombre d'adultes Européens (de plus de 16ans) buvant aux différents niveaux : estimations pour 2001

	Definition (g/jour)		Adultes UE25 (m)
	Hommes	Femmes	
Abstinent	0	0	53
Niveau I	>0-40g	>0-20g	263
Niveau II	>40-60g	>20-40g	36
Niveau III	>60g	>40g	22

Source: Projet 'Global Burden of Disease' (Rehm et al. 2004), adapté par les auteurs.⁵

Dépendance à l'alcool

Les définitions de l'alcoolodépendance sont souvent associées à la consommation excessive (voir chapitre 5. Cependant, la dépendance alcoolique représente bien plus que mesurer la quantité consommée et comprend une dimension psychiatrique

⁵ L'enquête GBD et son adaptation pour ce rapport, est détaillée dans le chapitre 6. Les données des abstinentes en Europe présentées ci-dessus sont donc plus fiables que celles présentées dans l'enquête GBD (et montrent un résultat moins élevé) ; ces résultats ont été ajustés afin d'égaliser le total de la population Européenne adulte.

regroupant des notions de compulsion et de manque de maîtrise de soi (Epstein 2001). Une conséquence de cette définition imprécise est que des études représentatives menées sur une même population dans des laps de temps similaires – et en utilisant même des instruments de mesures similaires – peuvent révéler des chiffres très différents en matière de prévalence (Rehm et al. 2005). Tout comme pour les opinions des personnes interrogées sur les dommages sociaux résultant de la consommation d'alcool (voir chapitre 5), il est possible que les différences visibles des taux de prévalence soient dues à un changement de la prise de conscience quant aux problèmes liés à l'alcool plutôt qu'à des changements objectifs quant aux dommages liés à l'alcool (Midanik et Clark 1995).

Tenant compte également d'un manque d'études comparatives en Europe, il apparaît donc difficile d'y examiner les caractéristiques de l'alcoolodépendance.⁶ Toutefois, l'Organisation mondiale de la Santé s'est basée sur les études existantes pour fournir une estimation du nombre de personnes dépendantes à l'alcool sur une période d'un an (Rehm et al. 2004). Après ajustement des estimations comme vu ci-dessus, on constate que 5% des hommes adultes et 1% des femmes adultes sont alcoolodépendants – autrement dit, durant chaque période d'un an, il y a 23 millions de personnes dépendantes à l'alcool (voir aussi (see also Rehn, Room, and Edwards 2001; WHO 2004). D'autre part, l'alcoolodépendance entraîne souvent de graves conséquences à la fois pour la personne dépendante mais aussi pour son entourage, comme la famille ; il est question de ce problème dans le chapitre 6.

Tendances à long terme et consommation de la population

Depuis la seconde guerre mondiale, on a pu observer une harmonisation des taux de consommation enregistrée dans les pays d'Europe de l'Ouest (Simpura and Karlsson 2001; Leifman 2001b). En effet, les taux de consommation dans les pays d'Europe du Sud, pays à forte consommation, ont baissé au moment où les taux dans les pays d'Europe du Nord et d'Europe centrale ont augmenté dans les années 1960 et 1970. Par conséquent, la différence était beaucoup moins grande à la fin qu'au milieu du 20^e siècle. Une tendance similaire (sinon moindre) peut également être vraie pour la consommation non enregistrée : une méthode suggestive basée sur les données sur la mortalité illustre que la consommation non enregistrée depuis le milieu des années 70 a augmenté dans les pays nordiques tandis qu'elle est restée stable ailleurs dans l'Europe des 15 (Leifman 2001a). Cependant cette méthode permet une estimation tentative de la consommation d'alcool non enregistrée et doit donc être traitée avec précaution.

Si cette analyse est faite pour l'Europe des 25 et pour les pays candidats à l'adhésion,⁷ on observe de la même façon que les taux de consommation enregistrée sont bien plus homogènes qu'auparavant – en effet, dans les 20 pays, avec des données remontant aux années 60, la quantité de variation a plus que diminué de moitié. Ainsi la consommation d'alcool dans l'Europe des 10 est plus proche qu'elle ne l'a jamais été de celle de l'Europe des 15 ; le schéma 3.5 montre que ceci est dû

⁶ Bien que l'étude ESEMeD se soit intéressée à l'abus d'alcool et à l'alcoolodépendance dans 6 pays européens (Alonso et al. 2004), nous avons préféré (suite à une consultation des auteurs de l'étude et de la Commission européenne) ne pas présenter les résultats de l'étude ici, à cause de défauts de méthode. Les résultats sont extrêmement différents de la plupart des autres études (p. ex. Rehm 2005) dont il était prévu, contrairement à l'étude ESEMeD, qu'elles examinent les taux de prévalence des problèmes de consommation d'alcool.

⁷ Ceci est basé sur l'analyse de l'écart-type relatif (ou coefficient de variation CV) faite par l'auteur, une mesure d'écart relatif calculé comme l'écart absolu (écart type) des valeurs d'un pays divisé par leur moyenne (p. ex. : un CV de 50% veut dire que l'écart type des valeurs du pays européen est égal à la moitié de la valeur de la moyenne). On retrouve la même chose dans l'étude ECAS (Leifman 2001b), exception faite des tendances dans le schéma 3.5 qui se basent sur des valeurs pondérées.

à une augmentation plus rapide pendant les années 1960-80 dans l'Europe des 10 et à une diminution lente comparée à l'Europe des 15 depuis lors. Toutefois, les pays de l'Europe des 10 ne se rapprochent pas nécessairement les uns des autres. En effet, la quantité de variation stagne depuis le milieu des années 1960, exception faite des fluctuations en Lettonie, en Lituanie et en Slovénie à la fin des années 1980 (voir schéma 3.6). Par contre, aucune information n'est disponible quant aux tendances de la consommation non enregistrée dans l'Europe des 10, ce qui est dommage étant donné les bouleversements politiques importants et le taux élevé actuel de consommation non enregistrée.

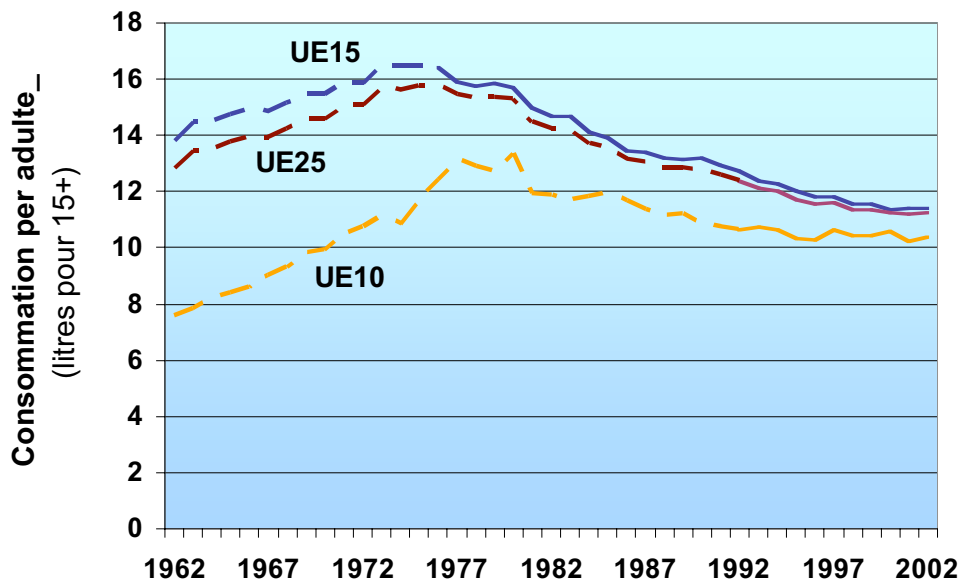


Schéma 4.5 Tendances de la consommation d'alcool enregistrée en Europe

Sur la période totale de 40 ans, les données étaient indisponibles dans tous les pays – le trait discontinu indique la tendance dans les pays restants.⁸ **Source** : Base de données de la Santé pour tous OMS (les tendances pour 1961-69 sont issues de la Global Alcohol Database de l'OMS)

Alors que ces tendances représentent parfois des années de mouvement progressif, il est également possible que dans un court laps de temps d'importants changements opèrent. Par exemple, la consommation a augmenté de presque 25% en Irlande entre 1995 et 2000 et elle a doublé en Finlande entre 1967 et 1974. Par contre, elle est tombée à cinq litres par personne en Italie entre 1974 et 1981.

Par contre, les tendances relatives à l'abstinence sont bien plus difficiles à déchiffrer étant donné le manque de données dans nombre de pays. Le peu de données disponibles à long terme semblent indiquer que les taux d'abstinence ont baissé dans les pays nordiques pour la prévention de l'alcoolisme dans les années 1960, mais qu'ils n'ont relativement pas bougé en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (Simpura, Karlsson, and Leppänen 2001; Simpura and Karlsson 2001). Plus récemment, diverses données semblent indiquer une augmentation du nombre de buveurs dans plusieurs pays européens dans le courant du milieu et à la fin des

⁸ La différente zone couverte concernait : (i) Europe des 10 – Estonie (1992-), Malte (1988-), Lituanie (1984-), Lettonie et Slovénie (1980-); et (ii) Europe des 15 – Grèce (1976-). Les valeurs imputées ont été calculées à partir des tendances dans les pays possédant des données, en les adaptant à la valeur originale du groupe entier de pays.

années 1990 par rapport à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Le contraire se vérifie seulement dans trois pays (Pologne, Suède et Suisse) (Rehn, Room, and Edwards 2001).

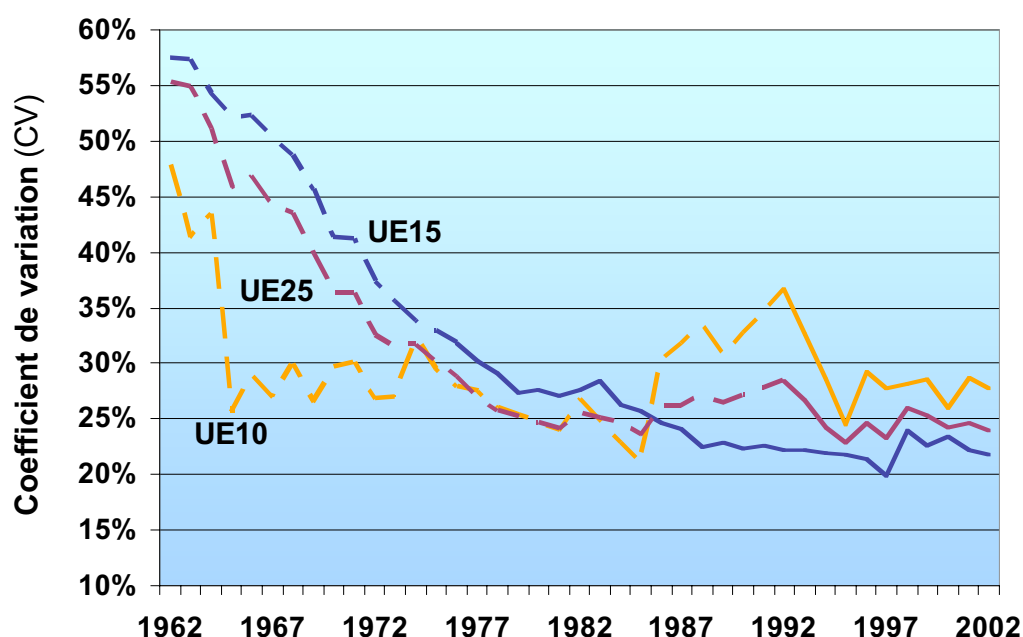


Schéma 4.6 Harmonisation de la consommation d'alcool enregistrée en Europe

Sur la période totale de 40 ans, les données étaient indisponibles dans tous les pays – le trait discontinu indique la tendance dans les pays restants. **Source** : Base de données de la Santé pour tous OMS (les tendances pour 1961-69 sont issues de la *Global Alcohol Database* de l'OMS).

Cela peut paraître étonnant, en ce que (toute chose égale) la quantité totale d'alcool bu augmentera si les abstinentes se mettent à boire. Cependant, des recherches menées dans des régions britanniques montrent qu'il n'existe aucune relation entre la consommation totale et les taux d'abstinence (Colhoun et al 1997). De plus, dans l'ensemble du Royaume-Uni, on a observé une nette augmentation de la consommation ces 20 dernières années et les taux d'abstinence ont augmenté au même moment (voir schéma 3.7). On a constaté l'effet inverse en Italie : il y eut au même moment une baisse de 5% de la consommation totale entre 1997 et 2000 et une augmentation de 3% du nombre de buveurs ces trois derniers mois (Osservatorio Permanente Giovani ed Alcool 2001). Par conséquent, il semble que les taux d'abstinence et la consommation enregistrée soient relativement indépendants. Il ne faut donc pas s'attendre à ce que ces données aient des évolutions comparables.

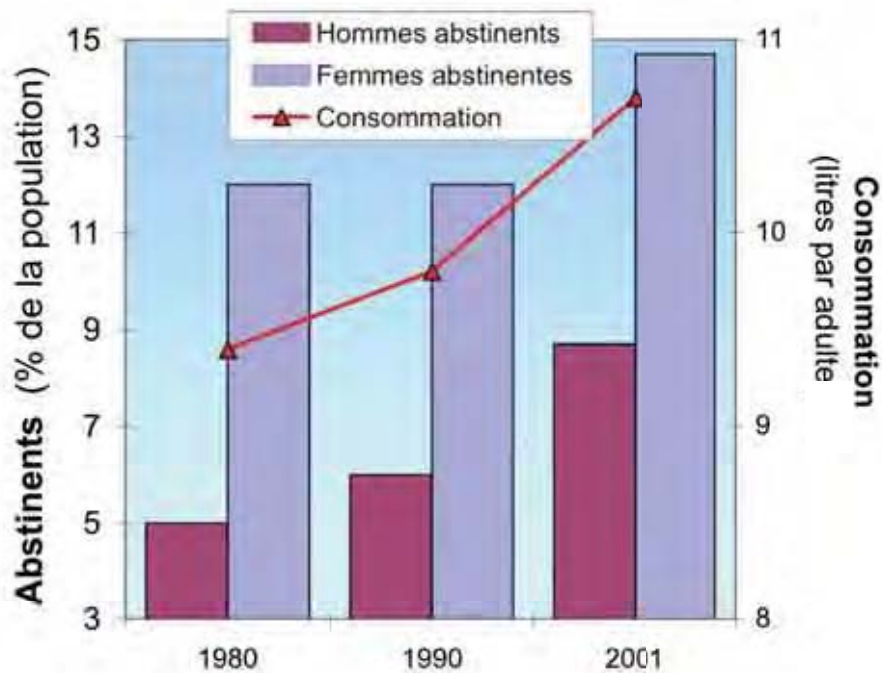


Schéma 4.7 Tendances de la consommation et de l'abstinence au Royaume-Uni

Source : les estimations concernant l'abstinence proviennent de General Household Survey (étude continue polyvalente sur les ménages privés en Grande-Bretagne) et de Health Survey of England (institut fournissant des études annuelles sur la santé nationale) (cité par l'Académie des Sciences médicales du Royaume-Uni 2004)

MODES DE CONSOMMATION

Il existe bien des façons de considérer les différents modes de consommation en Europe, du lieu de consommation (p. ex. : à la maison, dans un bar), au moment (p.ex. : le samedi soir, le mercredi midi), en passant par le contexte (p. ex. : les repas, les événements particuliers). Alors que la notion de 'mode de consommation' est utilisée pour définir de divergents aspects de la consommation d'alcool (Simpura, Karlsson, and Leppänen 2001), ce passage adopte une démarche globale, qui considère les aspects de la consommation d'alcool qui ne sont pas inclus dans les niveaux de consommation ci dessus ni dans la discussions sur les sous groupes ci dessous.

En particulier, quatre aspects clés sont abordés dans cette discussion- le type de boisson de préférence , le cadre et le contexte de la consommation (en particulier le lieu de consommation et son rapport aux repas), la fréquence de consommation, et la mesure pour laquelle la boisson est un moyen pour se saouler (appelé aussi 'binge drinking' cf : le Résumé de ce rapport- en particulier les notes du traducteur pour une discussion plus approfondie de cette notion ambiguë de 'recherche d'ivresse') .

Par ailleurs, ceci demeure une liste incomplète qui ne couvre pas la question du contexte de la fête et de la célébration, principalement à cause des limitations de ce rapport. Bien que le type de boisson consommée n'ait pas grand rapport avec le niveau global des méfaits de l'alcool, l'on peut dire que le contexte et le cadre de consommation d'alcool, et particulièrement le phénomène d'ivresse alcoolique, sont d'importance primordiale d'un point de vue de santé publique (cf. Chapitre 5)

Des boissons de choix

Il existe une très grande variété de spécialités locales et de préférences régionales ce qui joue sur le type d'alcool préféré en Europe, mais afin de répondre à des objectifs analytiques, nous nous intéresseront ici à trois catégories de boissons : le vin, la bière et les spiritueux. De manière générale dans les 25 pays membres de l'UE, environ 45% de l'alcool vient de la bière, environ un tiers du vin et un quart des spiritueux (schéma 3.8). Dans plus de la moitié des pays, la bière est la boisson préférée et pour le reste des pays, c'est en grande partie le vin qui est préféré. Dans la plupart des cas, ces choix représentent plus que de simples choix sans importance. En effet, 6 pays sur 10 consomment une seule sorte de boisson pour plus de 50% de leur alcool. D'ailleurs, l'Italie et la Lettonie consomment plus de 70% de leur alcool total dans une seule sorte (respectivement vin et spiritueux).

Lorsqu'il s'agit de préférences en matière de boissons, l'Europe des 15 plus la Norvège se divisent en deux catégories : l'Europe centrale et septentrionale préfère la bière et l'Europe du Sud préfère le vin. Les spiritueux ne représentent pas même un tiers de la consommation et ce dans aucun de ces pays. Même dans les pays nordiques qui consommaient autrefois principalement des spiritueux, la bière est aujourd'hui devenue de loin la boisson la plus appréciée. Toutefois, cette conclusion peut être trompeuse comme le montrent plusieurs résultats intéressants, notamment en ce qui concerne l'Espagne. En effet, de récentes données semblent indiquer que l'Espagne consomme aujourd'hui plus de bière que de vin. Tout aussi intéressant, la Grèce et l'Espagne consomment plus de spiritueux que la Norvège et la Suède.

Cette double réalité dans l'Europe des 15 est un phénomène relativement récent : depuis les années 1960, les pays nordiques consomment petit à petit moins de spiritueux, boissons qui représentaient la majorité de leur consommation d'alcool. De manière plus générale, les pays d'Europe centrale et septentrionale ont ouvert leur marché au vin, ce qui reflète précisément la tendance des pays producteurs de vin à ouvrir leur marché à d'autres sortes de boissons, notamment la bière. D'ailleurs, ces tendances forment une harmonisation des préférences en matière de boissons dans l'Europe des 15, l'écart relatif étant réduit de moitié environ par rapport à son niveau précédent.⁹

Par rapport à l'Europe des 15, dans l'Europe des 10, c'est le vin plutôt que les spiritueux qui occupe la deuxième place dans le classement des boissons les plus appréciées et de la même manière c'est la bière qui reste en première position. Un seul pays consomme plus de spiritueux que toute autre boisson (la Lettonie, bien que les sources ne se recoupent pas au sujet de la Pologne), cinq des six autres pays de l'Europe des 10 possédant des données fiables consomment principalement de la bière et un seul (la Hongrie) consomme principalement du vin. Il est cependant quasiment impossible d'établir une seule tendance sur ces 40 dernières années, puisque des pays autrement similaires ont emprunté des chemins différents. D'ailleurs, l'ensemble des nouveaux Etats membres ne donne pas l'impression de pencher vers les mêmes préférences que l'Europe des 15 en matière de boissons. Le groupe des nouveaux pays s'est même éloigné de ces préférences dans les années 1960 et 1970 au moment où les spiritueux gagnaient en popularité.

⁹ L'écart relatif est calculé comme le coefficient de variation (CV), décrit ci-dessus dans la note de bas de page 4.

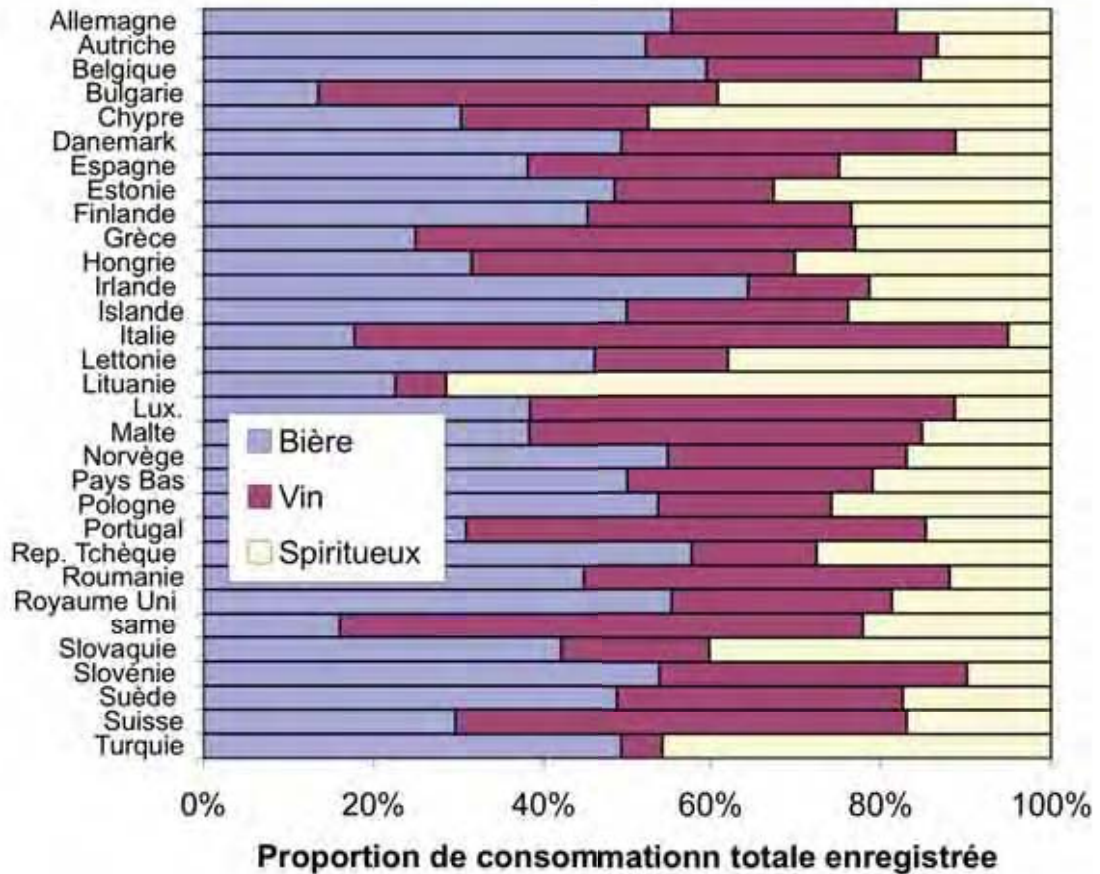


Schéma 4.8 Préférences en matière de boissons alcooliques en Europe, 2002

Le cadre de la consommation d'alcool

Il existe une idée reçue conventionnelle selon laquelle, dans la plupart des pays d'Europe du Sud, la consommation d'alcool lors des repas est plus importante que dans d'autres pays Européens (voir ci dessous).

Ceci s'avère être vrai, jusqu'à un certain point, comme le montre les données de l'Eurobaromètre, qui montrent le taux de consommation d'alcool au cours des repas. Comme le montre le Schéma 4.9, il est vrai que l'on note une tendance de consommation d'alcool plus importante au cours des repas dans les pays de la région du Sud, et en particulier, l'Italie, le Portugal ; la France compte le plus grand nombre de personnes buvant à l'occasion des repas.

Cependant, on trouve aussi des exceptions considérables dans cette tendance Nord- Sud, avec la Suède, en particulier, comptant un nombre plus important de personnes qui ne boivent qu'uniquement lors des repas que l'Espagne. C'est aussi le cas du Danemark, qui compte un taux plus important de personnes buvant lors des repas que l'Espagne, ou la Grèce.

Bien qu'une tendance importante soit mise en lumière par cette idée classique de la division 'Nord- Sud', la réalité, et les nuances des 'réalités' de la consommation d'alcool en Europe s'avèrent bien plus complexe que cette simple dichotomie.

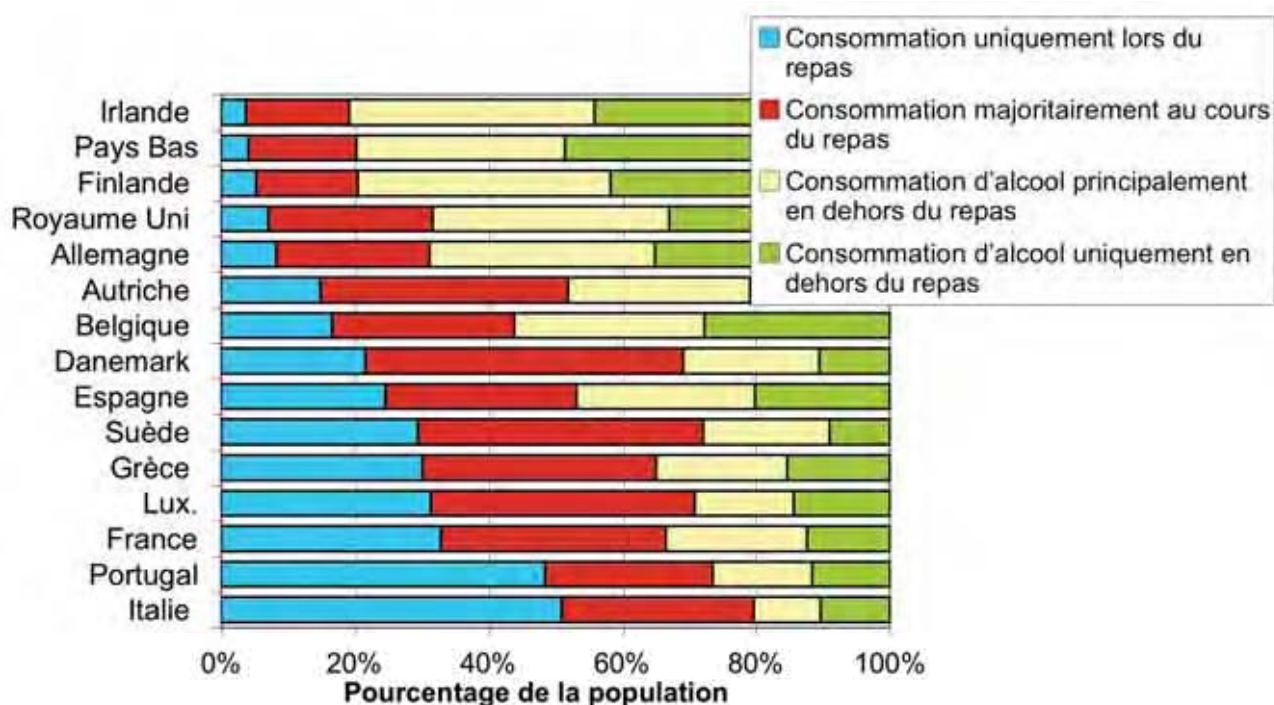


Schéma 4.9 Consommation d'alcool au cours du repas dans l'Europe des 15
Source: Eurobaromètre data (Eurobaromètre 2003)

D'autres données comparatives confirment la validité de ces résultats, qui ne sont pas qu'une simple anomalie statistique, bien qu'ils soient en contradiction avec d'autres données de nature anecdotique (Allamani et al 2000). Par exemple, de précédentes données de l'enquête Eurobaromètre montrent qu'au Danemark, la bière était plus fréquemment consommée dans le cadre des repas qu'au cours d'autres situations/ que dans d'autres situations (Hupkens, Knibbe, and Drop 1993). Les données de l'enquête GENACIS démontrent de même que, la fréquence relative de consommation d'alcool au cours des repas comparée à la consommation dans un bar, est plus importante en Suède que dans d'autres pays (y compris l'Espagne), cela étant vrai pour les hommes ainsi que pour les femmes (Ahlström et al 2005).¹⁰ Ceci doit être lié aux résultats des fréquences globales (ci-dessous), étant donné que ceux en Espagne sont plus susceptibles de boire lors des repas – les résultats concernant les préférences relatives, reflétant donc une fréquence globale de consommation d'alcool en Espagne.

Les résultats plus détaillés de l'étude ECAS montrant une distribution des occasions de consommation dans différents contextes permettent une meilleure compréhension de ce phénomène. (Leifman 2002). Le résultat le plus frappant est sans doute la constance à travers les pays (40%) du pourcentage d'occasions de consommation d'alcool lors du repas du midi ou du soir. Il existe cependant deux exceptions, de part et d'autre de cet échelon ; la Finlande affiche un taux plus bas (autour de 20% de cette consommation étant lors de ce repas), alors que le taux des

¹⁰ Il est possible, par ailleurs de comparer les fréquences de consommation d'alcool dans différents cadres et contextes, et la fréquence totale de consommation, dans une autre étude GENACIS (Mäkelä et al. 2005). Cependant, les résultats de cette comparaison s'avèrent invraisemblables (c'est à dire plus de 100% de consommation d'alcool au cours des repas); elle n'a donc pas été entreprise par les auteurs. Ceci s'explique peut-être par des erreurs de réponse de l'enquête, ou bien par l'existence de multiples contextes et cadres lors d'une seule 'occasion'.

femmes en Suède est plus élevé (60% de ces occasions). On trouve une variation considérable entre les trois autres 'cadres de consommation inclus dans l'analyse, en particulier, la consommation au cours du déjeuner (30 à 50% dans le Sud de l'Europe, et 15% ou moins dans d'autres pays) ainsi que la consommation d'alcool à la maison en dehors des repas (plus de 40% pour la Finlande comparé à 5% ou moins en Italie, et pour les femmes Françaises). Bien que cette question sera abordée ci-dessous, il convient de noter que le 'stereotype' de consommation au cours des repas des pays du Sud est moins applicable parmi les jeunes. Par exemple, au Royaume Uni les jeunes boivent plus souvent au cours des repas – même en valeur absolue – qu'en France, et autant qu'en Italie.

La question des lieux publics de consommation est aussi d'intérêt d'un point de vue de santé publique, mais aussi culturel, même si les définitions de cette consommation sont encore plus problématiques que celles des 'repas'. (see chapter 4 and also Single et al 1997; Rehm et al 2004). Les résultats de l'enquête GENACIS montrent que les fréquences de consommation dans les 'bars, pubs, et discothèques', sont les plus élevées en Espagne (89 fois par an pour les hommes, et 38 pour les femmes), au Royaume Uni (57 et 25) et en Hongrie (43 pour les hommes mais nettement moins pour les femmes). Et les Pays Nordiques avec moins de 20 fois par an pour les hommes, et dix fois pour les femmes. (Ahlström et al 2005). De surcroît, les résultats de l'enquête ECAS montrent que la consommation d'alcool dans les restaurants et les bars est la plus fréquente au Royaume Uni (et jusqu'à un certain point, moins en France et en Italie), ; on trouve la fréquence la plus basse en Suède (Leifman 2002).

Les résultats contradictoires de deux enquêtes rendent l'explication de ce phénomène assez problématique. Une explication possible se trouve dans la fréquence très inférieure des pays Nordiques, mais d'autres résultats de l'enquête GENACIS semblent démontrer que la proportion de consommation d'alcool dans les pubs, serait aussi moins importante dans les Pays Nordiques (Ahlström et al 2005).¹¹

En contraste, la consommation d'alcool dans les restaurants et pubs représente moins de 20% de toutes les occasions de consommation en France et en Italie (ainsi que les femmes Allemandes et les hommes Suédois) dans l'étude ECAS ; toutes les autres combinaisons de sexe et de pays montrent des niveaux aux alentours de 20% à 27% (Leifman 2002). L'on note aussi, de manière plus consistante, que les jeunes (et plus particulièrement les jeunes femmes) sont plus susceptibles de boire dans des lieux publics, et cela dans tous les pays, ce qui représente une tendance inverse de celle de la consommation au cours des repas (Cf. aussi la discussion sur les jeunes ci-dessous).

Fréquence de consommation d'alcool

Bien que les résultats concernant la consommation per capita soient très utiles d'un point de vue de la santé publique (Cf. Chapitre 6), ils ne donnent aucun renseignement sur le 'mode' de consommation, c'est à dire, si la quantité d'alcool consommé est moindre, et répartie sur un nombre important d'occasions, ou si une très importante consommation d'alcool est concentrée sur une seule occasion. (cette question est aussi liée à la mesure et à la définition du 'binge drinking', le fait de boire pour se saouler, voir ci-dessous).

Il est donc utile de se pencher sur la question de la fréquence de consommation d'alcool, même si les définitions de cette notion pourtant simple, divergent.

¹¹ Comme le décrit la note précédente (numero 12) ceci pose des problèmes d'ordre méthodologique, et se doit donc d'être interprété à titre indicatif

Premièrement, il est vrai que beaucoup d'enquêtes concernant la consommation d'alcool se penchent sur la question des fréquences de consommation de différents types de boissons, et ce, indépendamment des autres. Ceci pose le problème d'aggrégation des fréquences de consommation de différents types de boissons alcoolisées en une seule mesure. Deuxièmement, on peut noter, dans beaucoup d'enquêtes, la supposition qu'il n'y a qu'une seule 'occasion' ou 'séance' de consommation d'alcool par jour. Cependant, malgré ces complications, en utilisant les différentes mesures qui nous sont accessibles, nous pouvons avoir une idée approximative de la variation de fréquences de consommation d'alcool à travers l'Europe.

Premièrement, il est vrai que beaucoup de sondages et d'enquêtes ayant un rapport avec l'alcool connaissent les fréquences de consommation de différents types de boissons indépendamment des autres. Ce qui pose le problème d'aggrégation/l'amalgame des fréquences de différents types de boissons en une seule mesure de fréquence de boisson alcoolisée.¹² Deuxièmement, l'on peut noter, dans beaucoup d'enquêtes, la supposition qu'il n'y aurait qu'une seule 'occasion' ou 'séance' de consommation d'alcool par jour.¹³ Cependant, malgré ces complications, en utilisant les différentes mesures qui nous sont accessibles, nous pouvons avoir une idée approximative de la variation de fréquences de consommation à travers l'Europe.

En général, la consommation d'alcool est plus fréquente parmi les pays du Sud de l'Europe des 15 – par exemple, l'enquête ECAS démontre que la consommation quotidienne est plus commune en Italie (40% pour les hommes, 20% pour les femmes), suivi de la France (à peu près la moitié du niveau de l'Italie). La consommation quotidienne est /moins commune ailleurs, et les nouveaux les plus bas de consommation quotidienne se trouvent en Finlande et en Suède. (Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001).¹⁴

D'une manière similaire, les données de l'Eurobaromètre montrent que la moyenne de jours où l'on consomme de l'alcool, est la plus importante au Portugal, en Italie et en Espagne (19 ou plus jours par mois), alors que les fréquences les plus basses de moins de 10 jours sont trouvées en Finlande et en Suède (Eurobaromètre 2003).¹⁵ Malgré cette tendance générale, il serait simpliste de représenter la consommation d'alcool en Europe par une division Nord- Sud. Par exemple, les données de l'Eurobaromètre démontrent que la fréquence de consommation d'alcool en Grèce est plus basse que presque tous les pays de l'Europe des 15, y compris le Danemark et l'Est de l'Allemagne. (Eurobaromètre 2003).

¹² Idéalement, on pose une question séparée sur la fréquence globale (par exemple Mäkelä et al 2005), mais sinon, on peut utiliser : (a) la fréquence de consommation du type de boisson le plus communément consommé, ou (b) la somme des fréquences de tous les types de boissons (ce qui est le cas avec les données Eurobaromètre) . Bien que les deux soient utilisés ci-dessous, il convient de noter que la première risque de sous-estimer la fréquence dans les pays où un seul type de boisson est consommé par occasion, et que la deuxième risque de sur-estimer les fréquences dans les pays où plusieurs types de boissons sont consommés lors d'une occasion.

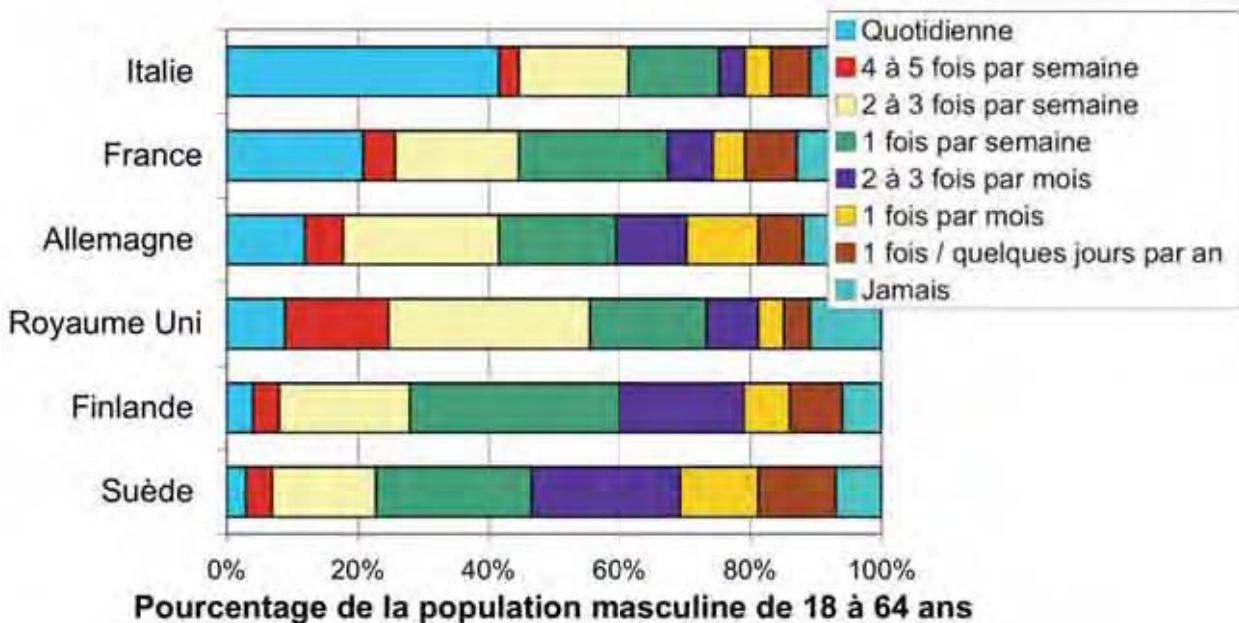
¹³ Cependant, ceci n'est pas toujours vrai (boire avec le déjeuner, puis aussi dans un bar le soir par exemple) surtout les jours de congé ; il convient de noter également la différence entre les 'occasions de consommation' et 'les jours où l'alcool est consommé' (Leifman 2002).

¹⁴ La fréquence de la consommation est basée sur le type de boisson la plus consommée

¹⁵ La fréquence de consommation est calculée à partir de la somme des fréquences de bière, vins, et spiritueux, et autres boissons.

Les données de l'enquête GENACIS (utilisant une méthodologie plus précise)¹⁶ mettent en lumière une réalité bien plus complexe ; en Autriche, le nombre d'occasions de consommation d'alcool chez les hommes (175) est plus élevé que le niveau en Espagne ; de fréquences importantes peuvent aussi être trouvées en Allemagne et aussi en Suisse. (Mäkelä et al 2005). Les résultats sont d'autant plus surprenants pour les femmes, l'Espagne se situant autour de la moyenne Européenne, alors que les Pays Bas et le Royaume Uni sont parmi les pays qui boivent le plus fréquemment. Tout comme nous l'avons noté auparavant, les fréquences les plus basses sont observées dans les pays Nordiques ainsi qu'en Hongrie (voir ci dessous).

Un aspect intéressant de cette nuance se traduit dans la différentiation des modes de consommation, entre la consommation quotidienne et la consommation fréquente non journalière. Comme le montre le Schéma 4.10 il y a une nette graduation Nord-Sud pour la consommation quotidienne, et cela sans exceptions (Mäkelä et al 2005) (Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001). Cependant, le fait de boire 4 à 5 fois par semaine est bien plus habituel au Royaume Uni qu'autre part ; en effet on trouve une proportion plus importante de consommation 4 à 5 fois par semaine *ou plus* au Royaume Uni qu'en Allemagne, et à peu près le même niveau avec la France. En observant de plus près les données concernant la consommation *au moins* 2 à 3 fois par semaine, le Royaume Uni affiche désormais des nombres plus importants que la France ou l'Allemagne (qui sont proches), et n'est pas non plus très éloigné de l'Italie. Etant donné que l'on trouve un résultat aussi surprenant pour l'Irlande, (Ramstedt and Hope 2003), il est évident qu'une importante graduation Nord- Sud peut dissimuler de subtiles nuances lorsque l'on se penche sur les détails.



Schema 4.10 Fréquences de consommation d'alcool chez les hommes dans six pays de l'UE. Basé sur le type de boisson la plus consommée
Source: ECAS (Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001)

¹⁶ Dans la plupart des enquêtes GENACIS (avec l'exception de la France et de la Norvège), les données concernant les fréquences sont basées sur une question spécifique concernant la consommation de toutes les boissons.

Peu de données sont disponibles pour les pays de L'Europe des 10, mais il y a des indications que la fréquence de consommation a tendance à être plus basse dans beaucoup de pays de l'Europe des 10 qu'à travers la plupart des pays de l'Europe des 15. Par exemple, une comparaison récente entre pays Baltiques et la Finlande a démontré que la consommation fréquente est moins habituelle en Estonie, et plus particulièrement en Lettonie et en Lituanie qu'en Finlande (elle-même présentant un des niveaux les plus bas d'Europe).¹⁷ Si l'on se penche sur la gamme de fréquences, l'on note que la consommation d'alcool relativement régulière peut être notée chez les hommes d'Estonie, et les femmes de Lettonie, mais des fréquences plus basses sont notées parmi toutes les autres combinaisons de pays et de sexe, dans tous les pays des états Baltiques. (McKee et al 2000; low frequencies being roughly the same level found for Poland in Bobak et al 2004). Les données de l'enquête GENACIS montrent que la fréquence de consommation d'alcool en Hongrie est parmi les plus basses en Europe pour les hommes et la plus basse pour les femmes. (Mäkelä et al 2005). Cependant, la fréquence de consommation d'alcool en République Tchèque semble être au même niveau que la moyenne Européenne (Kubicka et al 1998; Mäkelä et al 2005). D'autres recherches semblent indiquer que la fréquence de consommation est considérablement plus basse en Pologne qu'en République Tchèque, mais il convient de noter que cette étude ne prend en considération que les 45-64 ans, ce qui peut différer des tendances de la population globale. (Bobak et al 2004). Néanmoins, nous pouvons suggérer de manière tentative, qu'au moins 5 de nouveaux Etats Membres affichent des fréquences de consommation relativement basses à l'échelle de l'Europe des 15.

Il est cependant difficile de tirer des conclusions définitives en ce qui concerne les tendances de la fréquence de consommation d'alcool, ce qui est le cas aussi pour d'autres aspects de modes de consommation d'alcool ; ceci est dû principalement au manque d'études comparables, menées sur le long terme (Simpura and Karlsson 2001). Une analyse spéculative tente cependant de comparer les données de l'Eurobaromètre datant de 1988, avec les résultats de l'enquête ECAS, en utilisant des méthodologies semblables (Leifman 2002).¹⁸ Ces résultats montrent une harmonisation des fréquences de consommation d'alcool dans les pays ECAS, avec une fréquence décroissante en Allemagne, en France, et surtout en Italie, et une stabilité par ailleurs (ou, dans le cas des hommes en Finlande et en Suède, une augmentation). Ceci est peut-être lié à une graduation Nord-Sud beaucoup plus marquée parmi la tranche d'âge la plus élevée (45 à 59 ans) que le groupe d'âge moyen (30 à 44 ans) et plus particulièrement les plus jeunes (15 à 29 ans), dans la même étude (and see also Mäkelä et al 2005)- par exemple, les jeunes hommes au Royaume Uni sont des buveurs plus fréquents que ceux de la France, alors que les jeunes hommes en Finlande et en Allemagne affichent des fréquences similaires (cf la discussion concernant les jeunes ci-dessous).¹⁹

La division conventionnelle Nord-Sud s'applique donc le moins aux les jeunes femmes, alors que le Royaume Uni et l'Italie (à un haut niveau) ainsi que la Finlande et la France (à un niveau plus bas) affichent les mêmes fréquences (Leifman 2002).

¹⁷ La consommation fréquente étant définie comme 15 boissons ou plus par semaine par les hommes, et 5 boissons ou plus pour les femmes.

¹⁸ La fréquence de consommation est calculée à partir de la somme des fréquences de bière, vins, et spiritueux, et autres boissons.

¹⁹ Les comparaisons de pays et de groupes d'âges sont basées sur les trois mesures employées dans l'enquête ECAS (fréquences de consommation par boisson définie; la somme des fréquences de consommation pour la bière, les vins, et les spiritueux; et la somme de toutes les 'occasions de consommation' (avec le déjeuner, avec le dîner, au domicile sans repas, hors du domicile sans repas) au cours des sept derniers jours) Celles-ci montrent des tendances semblables à celles mentionnées dans le texte.

Bien qu'il ait été relativement correct et précis, au cours des années 80 de représenter les fréquences de consommation d'alcool en Europe par une dichotomie Nord- Sud, les complexités et nuances démontrées ci-dessus nous mettent en garde quant aux prudenances et aux précautions qui sont aujourd'hui nécessaires d'appliquer dans le cadre de ce débat.

L'intoxication et le fait de 'boire pour se saouler'

Ces dernières années en Europe, le phénomène 'boire pour se saouler' (ou ivresse

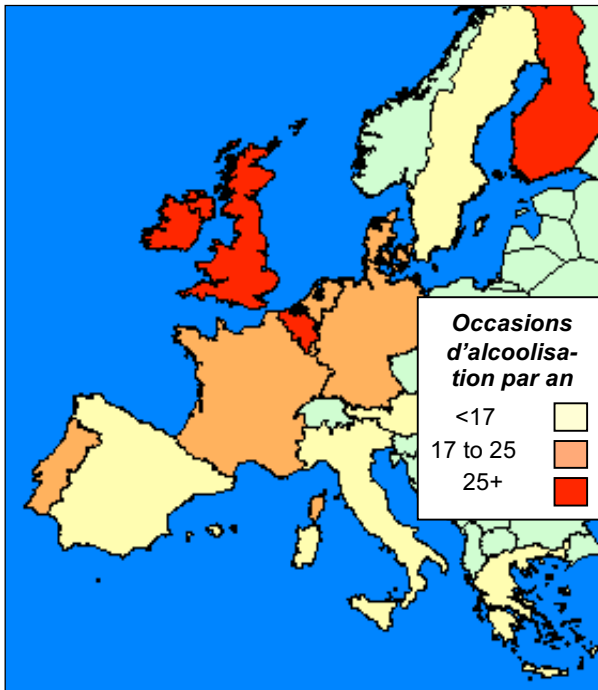


Schéma 4.9 Phénomène 'boire pour se saouler' chez les adultes

5 bières, 1 bouteille de vin ou 5 doses de spiritueux dans une même journée ou soirée (Eurobaromètre 2003)

occasionnelle) a fait l'objet de nombreux débats dans les media, mais ce concept est souvent mal compris. L'idée, en analysant ce phénomène, est d'étudier les occasions où l'on consomme de l'alcool jusqu'à en être intoxiqué. Ceci est défini dans le chapitre suivant, comme étant un état d'altération fonctionnelle lié à la consommation d'alcool ; ces phénomènes relèvent d'une importance particulière étant donné leur lien avec nombre de problèmes d'ordre social et sanitaire (Kuntsche, Rehm, and Gmel 2004). (cf. aussi le chapitre 5). Afin de mesurer le problème de façon 'objective', il s'agit d'une seule occasion de boire durant laquelle on consomme un certain nombre de boissons (généralement 5-6). Cependant, il est vrai qu'il existe une variation importante dans le degré d'ivresse de différents individus, lors d'une 'occasion' de consommation d'alcool (see e.g. Beirness, Foss, and Vogel-Sprott 2004).

Afin d'éviter toute confusion, les notions de 'boire pour se saouler' et celle 'd'alcoolisme épisodique' sont employées dans ce chapitre *uniquement* pour décrire les occasions de consommation au delà d'un certain seuil, alors que les termes 'intoxication' et 'ivresse alcoolique' sont utilisés pour se référer au reportages de la perception d'un individu de son état à la suite d'une consommation d'alcool (cf aussi le chapitre 1).²⁰

Même en tenant compte uniquement des mesures d'alcoolisme épisodique, un autre problème est que nombre d'études ne sont pas comparables parce qu'elles ne se

²⁰ La notion de 'binge drinking' en anglais (traduit ici par ' alcoolisme épisodique et 'boire pour se saouler' -ces termes sont utilisés interchangeablement) est devenue problématique, et, entre autres, critiquée pour le fait d'être stigmatisante. En anglais, certains ont donc adopté la notion de 'heavy episodic drinking' (Carey 2001) qui se traduit par 'forte consommation épisodique d'alcool' , mais ce terme, un peu lourd, n'est pas réellement reconnu par les politiciens, les medias, ou le grand public.

Etant donné la fonction de ce rapport, il convient d'employer le terme de 'binge drinking' (et ses traductions françaises d'alcoolisme épisodique' et 'boire pour se saouler'). Voir aussi le Chapitre 1 pour les définitions, ainsi que les notes du Traducteur du Résumé, pour une discussion plus approfondie des difficultés posées par traduction de ces notions.

basent pas sur les mêmes techniques de mesures. Utilisant la définition la plus commune, ²¹ 11% des buveurs masculins en Espagne ont bu jusqu'à en être intoxiqués chaque semaine comparés à 20-30% pour l'Europe des 10. Les caractéristiques sont similaires pour les femmes, le pourcentage allant de 3 à 6%. De meilleures informations sont disponibles d'après une étude comparative menée dans la région Baltique, qui montre que 40% à 50 % des hommes disaient avoir 'bu pour se saouler' au moins une fois par mois en Estonie, Finlande, Lettonie, et Lituanie.²² Une autre étude comparative, employant une autre définition, montre que le taux mensuel d'incidence de 'boire pour se saouler' chez les 45 à 64 ans est de 12 % pour les hommes, et 2% pour les femmes en Pologne, comparé à 17% et 4% en République Tchèque (Bobak et al 2004)²³. Cependant, il n'est pas évident de construire un tableau cohérent, à partir de ces informations, sur le phénomène de 'boire pour se saouler en Europe.

Les meilleures informations et données pour les pays de l'Europe des 15 nous proviennent de deux études comparatives, menées au cours des quelques dernières années. La première est l'enquête Eurobaromètre, qui a posé quelques questions sur l'alcool au beau milieu des questions axées sur l'opinion publique dans l'Europe des 15.²⁴ Cela a permis de remarquer que l'ensemble des pays d'Europe du Sud avait sensiblement moins de personnes déclarant un état d'ébriété par mois qu'ailleurs (24% comparés à 40%), la Finlande et l'Irlande atteignant d'ailleurs un niveau trois fois supérieur à celui de l'Italie (voir schéma 3.9). Bien que ce schéma suggère une division Nord- Sud, il convient de noter que la Suède représente une exception, avec un taux plus bas que tous les autres pays, à l'exception de l'Italie, et moins de deux tiers du niveau du Portugal.

On peut trouver une semblable division Nord-Sud avec des exceptions dans l'étude ECAS²⁵ : elle montre que c'est en Irlande et au Royaume-Uni que les ivresses occasionnelles sont les plus importantes par rapport à toutes les occasions de boire, mais qu'elles le sont nettement moins en France et en Italie. En ce qui concerne le nombre de personnes qui 'boivent pour se saouler', la Suède représente une exception dans la division Nord- Sud anticipée, avec une fréquence plus basse que tous les autres pays, à l'exception de la France. Plus surprenant, et en contraste avec les résultats de l'enquête Eurobaromètre, la moyenne d'épisodes de 'boire pour se saouler' en Italie, est plus élevée qu'en Finlande. Il est évident que la mesure particulière utilisée pour la comparaison est d'importance primordiale étant donné la distribution très variée de ceux qui 'boivent pour se saouler' à travers les différents pays. D'un côté, l'on trouve un nombre important de personnes ne buvant jamais ou rarement pour se saouler en Allemagne, en France et en Italie, plus que dans d'autres pays. D'un autre, cependant, la proportion de personnes buvant pour se saouler en Italie est relativement élevée, et dépasse celle de la Suède et de l'Allemagne pour les deux sexes. (Cette donnée se doit d'être interprétée aux côtés de celle concernant la fréquence d'ivresse ci-dessus).

²¹ Données se basant sur 5 « boissons standards » ou plus lors d'une seule occasion (OMS 2004)

²² Ici le terme 'boire pour se saouler' est défini comme au moins 6 'verres d'alcool (mesures restaurants) consommé lors d'une occasion.'

²³ Ici, boire pour se saouler est défini comme l'absorption d'au moins 82 g d'alcool au cours d'une occasion de consommation, et ce dans le dernier mois.

²⁴ La consommation d'alcool jusqu'à l'intoxication correspond à 2.8 litres de bières (5 bières), une bouteille de vin ou 5 doses de spiritueux lors d'une seule occasion ; le pourcentage représente le nombre de personnes adoptant ce mode de consommation chaque semaine (Eurobaromètre 2003)

²⁵ La consommation d'alcool jusqu'à l'intoxication correspond à 2.3 litres de bières (4 bières), une bouteille de vin ou 25cl de spiritueux lors d'une seule occasion ; % représente le nombre de personnes adoptant ce mode de consommation chaque semaine (Hemström, Leifman, et Ramstedt 2001; Ramstedt et Hope 2003)

Il n'existe aucune autre étude Européenne comparative qui permet de poursuivre ces analyses ; en effet, soit ces enquêtes ne comportent pas de données pertinentes pour le Sud de l'Europe (GENACIS), ou bien elles se penchent sur de moins nombreux groupes de pays (les études comparatives menées dans les Pays Nordiques). même dans le cas de la Suède, l'enquête comparative GENACIS confirme les résultats relativement bas de ce pays (Mäkelä et al 2005), mais ces études ne montrent aucun signe d'un taux d'ivresse occasionnelle plus bas pour la Suède que la Finlande ou la Norvège. (although note problems of comparability; see Mäkelä et al 1999:5,40,51).

D'autres recherches ont tenté d'analyser les propres rapports des individus sur leur état d'ébriété, mais l'interprétation de l'ivresse par les personnes faussait sérieusement les recherches. Par exemple, les Danois recensent plus d'ivresses occasionnelles (6 boissons) que d'intoxications, alors que les Finlandais déclarent le contraire (Mäkelä et al 2001). Ceci représente d'ailleurs un problème particulier dans les pays d'Europe du Sud dans lesquels l'ébriété est stigmatisée (cf. the 'rule' against expressing drunkenness during long drinking/dancing sessions in Spanish youth in Pyörälä 1995), ce qui peut vouloir dire que les personnes interrogées soutiennent qu'elles n'étaient pas ivres même si la quantité consommée indique qu'elles devraient l'avoir été (voir ci-dessous pour une conclusion similaire chez les jeunes). La notion d'intoxication déclarée, a cependant des avantages, dans le sens où elle permet de capturer aussi bien les différences individuelles ainsi que les différences entre les situations de consommation d'alcool (voir ci-dessus) bien que peu de données se penchent sur la question de la variation de la *durée* des occasions de consommation d'alcool à travers l'Europe (bien que cette question soit notée dans Pyörälä (1995)). Par conséquent, la consommation excessive d'alcool déclarée possède les mêmes caractéristiques que le fait de boire pour se saouler (minimum pour l'Italie et maximum pour la Finlande, l'Irlande et le Royaume-Uni), mais démontre une variation bien plus importante (Eurobaromètre 2003). Il est très difficile de suivre cette évolution sur la durée, mais des données à long terme en Finlande indiquent que tout changement s'effectue très lentement (Simpura, Karlsson, and Leppänen 2001).

En somme, à travers l'Europe des 15, la fréquence moyenne des individus qui signalent avoir 'trop bu' est de cinq fois par an, alors que la fréquence moyenne d' 'ivresse occasionnelle' est de 17 fois par an (ce qui représente 10 à 16% des occasions de consommation d'alcool pour les hommes, et à peu près la moitié de la proportion de ces occasions pour les femmes).²⁶ Ceci équivaut à 40 millions de citoyens de l'Europe des 15 qui 'boivent trop' au moins une fois par mois- ce qui représente plus d'une personne sur huit- ou 100 millions de citoyens qui boivent pour se saouler au moins une fois par mois s'élève à 118 millions, ce qui équivaut à juste un peu moins d'1 adulte sur 3.²⁷ Ceci équivaut à 40 millions de citoyens de l'Europe des 15 qui 'boivent trop' au moins une fois par semaine- ce qui représente plus d'une personne sur huit- ou bien, 100 millions de citoyens de l'Europe des 15 qui 'boivent pour se saouler'.

²⁶ La moyenne Européenne de fréquence et le nombre d'Européens qui se soulent par mois sont dérivés des données de l'Eurobaromètre concernant l'absorption d'alcool par occasion ; le pourcentage d'occasions est dérivé de l'étude ECAS.

²⁷ Fréquence européenne moyenne et nombres d'Européens s'alcoolisant une fois par mois issus des données de l'Eurobaromètre se basant sur la consommation lors d'une seule occasion ; pourcentage des occasions de boire issu de l'ECAS.

Modes de consommation d'alcool dans un contexte Européen et global

Etant donné la difficulté d'obtenir des données comparatives dans un contexte Européen, il est d'autant plus difficile de considérer la consommation d'alcool Européenne par rapport au 'reste du monde'. Cependant, une mesure rudimentaire a été calculée pour un certain nombre de pays, basée sur des rapports des intervenants clés ainsi que des évaluations menées sur les informations à disposition, par un groupe d'experts (Rehm et al 2001; Rehm et al 2003). Cette valeur de tendance tente de prendre en compte les effets des modes de consommation au sein du projet du Global Burden of Disease de L'OMS (CF. Chapitre 6), et se penche aussi sur un nombre de modes de consommation qui peuvent s'avérer problématiques, et avoir des enjeux importants en matière la santé.²⁸ Les résultats de l'évaluation des experts, et des sondages menés auprès d'intervenants clés, furent analysés avant d'être réunies en une seule mesure sommaire, comme le montre le Schéma 4.12.

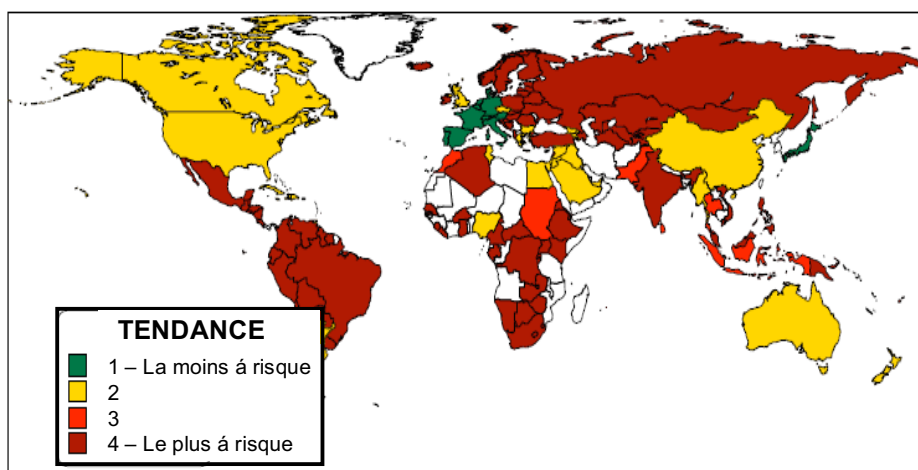


Schéma 4.12 Distribution Globale de Mode de Consommation d'Alcool
Source : Organisation Mondiale de la Santé 2005

En ce qui concerne l'interprétation de ce schéma, il convient de noter qu'il s'agit ici d'une estimation des effets du mode de consommation, indépendamment du niveau de consommation (en effet, les deux variables ne sont aucune corrélation statistique). Comme le montre le schéma 4.2, les modes de consommation d'alcool à l'échelle Européenne sont parmi les moins endommageants par rapport au reste du monde, bien que l'on note certains modes de consommations nocifs, particulièrement dans les parties nord et est de L'Europe. L'étendue des méfaits de l'alcool de chaque pays reflètent à la fois les modes de consommation et la consommation proprement dite, mais - étant donné que nous savons que l'Europe compte parmi les taux les plus élevés de consommation au monde- ces modes de consommation nocifs se sont développés en parallèle avec une croissance importante et observée des méfaits de l'alcool en Europe (cf. le Chapitre 6).

Bien que cette analyse soit innovatrice au niveau de sa méthodologie, un nombre de problèmes se posent avec l'utilisation de la valeur liée aux tendances dans le but

²⁸ La liste complète des valeurs de tendance: (i) Consommation quotidienne, (ii) Fréquence de se saouler, (iii) Quantité d'alcool consommée lors d'une occasion de consommation, (iv) 'fiesta', boire pour se saouler, (v) la consommation d'alcool au cours des repas, (vi) la consommation dans les lieux publics. Pour une discussion plus approfondie de la méthodologie, voir la description et les annexes dans Rehm et al (Rehm et al 2003).

d'effectuer une comparaison entre pays Européens. Premièrement, la justification aussi bien pour la sélection que pour la pondération des données concernant les modes de consommation, la création d'une telle variable n'est pas évidente, car elle nécessite plus de données épidémiologiques. Deuxièmement, les données elle mêmes présentent certaines lacunes, sont basées sur des avis experts, par exemple, si la consommation d'alcool dans les lieux publiques est ' fréquente et quotidienne ou non'. Ces évaluations, qui peuvent être fondées sur les conjectures des chercheurs dans différents pays, s'avèrent souvent en contradiction avec les résultats de recherches menées par la suite. (par exemple, l'opinion experte du thème de la consommation d'alcool au cours des repas dans Allamani et al 2000 , divergent fermement avec les données recueillies par la suite, présentées ci dessus). Les effets des valeurs de tendances sur le niveau de consommation et les enjeux en matière de santé sont présentés dans le Chapitre 6

Synthèse des modes de consommation d'alcool en Europe

Bien que ce passage prenne en considération différents aspects des modes et habitudes de consommation, ces résultats doivent être toutefois regroupés afin de donner une impression plus pointue des différents modèles de consommation d'alcool. Afin de permettre une certaine généralisation, on peut dire qu'en général on trouve une graduation Nord-Sud à travers les pays de l'Europe des 15, mais ceci n'est pas toujours vrai dans l'absolu.²⁹ Dans chaque cas de figure, on trouve des complications, qui signifient qu'on ne peut vraiment comprendre les modes de consommation d'alcool en Europe qu'en prenant en compte une tendance générale en parallèle à certaines exceptions.

1. **Choix de boissons** : Les pays du Sud de l'Europe ont tendance à préférer le vin, alors que les pays du Nord et du Centre de l'Europe préfèrent en général la bière. *Cependant, des données récentes suggèrent que l'Espagne consomme plus de bière que de vin, alors que la Grèce et l'Espagne toutes deux consomment plus de leur alcool en spiritueux que les pays traditionnellement considérés comme tels (consommateurs de spiritueux), la Suède et la Norvège.*
2. **La consommation d'alcool au cours des repas** : La proportion de consommation d'alcool au cours des repas est la plus élevée dans les pays du sud de l'Europe, et ce particulièrement au moment du déjeuner. *Cependant, on note une proportion plus importante de consommation au cours du repas de l'après midi/ du soir au Danemark, et particulièrement en Suède, que dans d'autres pays du Sud, particulièrement l'Espagne. Globalement, la proportion totale de consommation d'alcool au cours des repas de l'après midi ou du soir est similaire à travers la plupart des pays de l'Europe des 15 – mais étant donné que les pays du Sud consomment, au total, beaucoup plus d'alcool, ils sont donc plus susceptibles de consommer au cours des repas.*

²⁹ Ceci est pertinent dans le cadre de la discussion des typologies de différentes cultures, et leurs modèles de consommation d'alcool; voir Room et Mäkelä 2000; cette discussion n'est pas approfondie dans le cadre de ce rapport. Cependant, il convient de noter que la division établie par les deux auteurs, de pays dits 'wets' ('mouillés') et des pays dits 'dry' ('secs') est devenue problématique. Les résultats présentés ici démontrent que, bien que cette division puisse expliquer certains aspects des modes de consommation d'alcool en Europe, elle peut aussi en obscurcir d'autres, et risque donc de s'avérer inutile.

3. **Fréquence de consommation** : Les personnes des pays du Sud de l'Europe boivent de l'alcool plus souvent que ceux du nord de l'Europe, et sont plus susceptibles d'être des buveurs quotidiens. *Cependant, il n'est pas possible d'établir une graduation de fréquences de consommation, étant donné que certains pays d'Europe centrale affichent les taux les plus élevés de jours de consommation, ou d'occasion de consommation (particulièrement chez les femmes).*
4. **Ivresse alcoolique et alcoolisme épisodique** : On note une graduation de ces phénomènes, qui sont plus communs dans le Nord de l'Europe que dans le Sud. Cependant, la fréquence d'ivresse épisodique semble être plus basse en Suède que dans beaucoup d'autres pays du Sud de l'Europe. On trouve aussi plus de personnes qui boivent pour se saouler dans le Sud de l'Europe qu'ailleurs dans l'Europe des 15.

Il est aussi évident que de nombreux aspects de cette 'graduation Nord Sud comprenant des exceptions' sont moins visibles chez les jeunes générations (cf. aussi le passage ci-dessous). La boisson de choix la plus probable chez les jeunes du Sud de l'Europe est la bière ; ils ont aussi tendance à privilégier la consommation dans les lieux publics – par rapport aux générations plus âgées ; ils sont aussi moins susceptibles de consommer du vin au cours des repas.

On observe d'ores et déjà une harmonisation partielle des préférences de types de boisson (à partir des informations et données limitées dont nous disposons) ainsi qu'une harmonisation de fréquences de consommation ; si ces tendances que l'on observe chez les jeunes représentent un effet de 'cohorte' plutôt qu'un effet d'âge, nous pouvons présager dans l'avenir davantage d'harmonisations des modes de consommation d'alcool en Europe.

Tenter de caractériser les régularités au sein de l'Europe des 10 demeure bien plus complexe ; il semblerait (en se basant sur un nombre limité de données) que ces pays ne soient pas très semblables au niveau des modes de consommation d'alcool. Il semblerait néanmoins que les deux groupes (Europe des 10 et des 15) divergent dans le sens où :

1. **Choix de boisson** : La plupart de ces pays consomment plus de spiritueux qu'au sein de l'Europe des 15 (y compris la Lettonie, pays consommant plus de spiritueux que n'importe quelle autre boisson alcoolisée) ;
2. **Fréquence de consommation** : les gens boivent de l'alcool moins souvent dans les pays de l'Europe des 10 par rapport à ceux de l'Europe des 15 ; et
3. **'Alcoolisme épisodique'** : il semblerait que ce phénomène soit aussi rependu dans certaines parties de l'Europe des 10 que les niveaux les plus hauts notés dans l'Europe des 15 ; cependant, les données étant limitées, cette proposition demeure spéculative.

La conclusion clé de cet aperçu de modes de consommation d'alcool à travers l'Europe des 10 est le besoin vital, au niveau Européen de données comparatives.

ALCOOL ET CATEGORIES – CLASSE, SEXE ET AGE

L'écart entre les sexes par rapport à la consommation

Dans presque toute culture ayant fait l'objet d'études à ce sujet, indépendamment du niveau ou des caractéristiques de consommation, les hommes adultes sont plus enclins à boire que les femmes adultes et ils boivent en plus grande quantité (Fillmore et al 1991; Wilsnack, Vogeltanz, and Wilsnack 2000). Ces écarts se creusent lorsqu'il s'agit de comportements à risque – par exemple, la part des hommes par rapport à la consommation totale est deux à trois fois supérieure à celle des femmes (Leifman 2002; Mäkelä et al. 2005). Mais les hommes ont tendance à signaler trois à six fois plus d'ivresses occasionnelles que les femmes (Bloomfield et al 1999; Ramstedt

and Hope 2003). D'autre part, de la même manière, beaucoup plus de femmes que d'hommes n'ont jamais bu d'alcool de leur vie, bien que par contre, il n'y en ait qu'un petit nombre n'ayant pas consommé d'alcool durant les 12 derniers mois (Wilsnack, Vogeltanz, and Wilsnack 2000). Les femmes par rapport aux hommes ont également tendance à préférer différentes boissons. Elles boivent en effet plus de vin et moins de bière, bien que ce soit moins évident dans le sud de l'Europe, région généralement consommatrice de vin (Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001). Même en tenant compte de ces différences, le cadre et le contexte de la consommation d'alcool varie par sexe, les femmes buvant relativement moins souvent avec les repas que les hommes, et relativement moins dans les lieux de consommation publiques- jusqu'à un certain niveau dans beaucoup de pays, mais notamment dans des pays comme le Royaume Uni et la Hongrie (Leifman 2002; Ahlström et al 2005).

L'écart entre les sexes est plus ou moins important suivant les pays et il ne semble pas y avoir de caractéristiques générales en Europe. Toutefois, une étude comparative récente au sein de l'Europe montre qu'il y a trois types de sociétés Européennes où l'on observe des 'modes de consommation d'alcool égalitaires' (Ahlström, Bloomfield, and Knibbe 2001). Ceux-ci sont les pays où la consommation d'alcool est encrée de la routine quotidienne (Italie); ou bien lorsque les femmes souffraient d'un niveau d'emploi assez faible (la Suisse), ou bien lorsque ces deux facteurs convergent en un mode égalitaire pour ceux d'un statut d'emploi faible (Pays Bas et Allemagne). Bien que ceci suppose que de tels schémas égalitaires soient liés non seulement à la présence d'alcool dans la sphère privée ainsi qu'à l'absence des femmes dans des positions professionnelles de haut statut, une analyse plus approfondie du rôle des femmes, dans le cadre de cette même étude, relève un tableau complexe, qui ne peut être réduit à des généralisations culturelles (Gmel et al 2000). Cependant, il semble que ce soit dans les pays nordiques que

ENCADRÉ 3.1 – LES FEMMES ET L'ALCOOL

- Dans toute culture ayant fait l'objet d'études à ce sujet, on observe que les hommes boivent plus que les femmes. L'écart entre les sexes est plus grand quand il s'agit de consommation à risque, comme la consommation très excessive ou l'ivresse.
- L'écart entre les sexes quant à la consommation d'alcool durant l'année dernière est peut-être moins important qu'autrefois. Cependant, il est difficile de prouver que cet écart ait diminué en Europe pour d'autres aspects de la consommation chez les adultes.
- Bien que beaucoup de femmes arrêtent de boire lorsqu'elles sont enceintes, un nombre important continue, et certaines continuent de boire de manière nocive.

l'écart entre hommes et femmes en matière de consommation jusqu'à l'alcoolisation est le plus faible. Cette différence est aussi régulièrement plus faible chez les jeunes adultes chez qui l'alcoolisation est plus habituelle (Mäkelä et al 2004), ce qui est également vrai pour les adolescents, comme cela est expliqué ci-dessous.

En parallèle à des changements sociaux plus importants, on a soulevé l'idée selon laquelle, durant ces dernières dizaines années, il y avait eu une convergence des conduites face à l'alcool. En effet, les tendances récentes au Royaume-Uni rejoignent cette idée : la consommation moyenne chez les jeunes femmes a presque doublé en quatre ans et la consommation jusqu'à l'alcoolisation a également augmenté entre 1992 et 2002, tandis que la consommation chez les jeunes hommes est restée relativement stable (Rickards et al. 2004). Certains résultats de l'étude GENACIS semblent montrer une transition récente au sein de l'Europe des 10, avec des écarts entre les sexes parmi les buveurs les plus jeunes en République Tchèque et en Hongrie, comparé aux buveurs les plus âgés (Mäkelä et al 2005). Néanmoins, ces tendances ne s'observent pas dans tous les pays européens ; aux Pays-Bas, on notera une légère convergence seulement en ce qui concerne la dernière partie d'une analyse de 30 ans et des baisses du taux d'abstinence des femmes ont été partiellement renversées par une contre-tendance en Finlande à la fin des années 70 (Sulkunen 1987; Neve et al 1996; and more recently Poelen et al 2005). Dans les années 1980, les études menées en Finlande, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse par Bloomfield et ses collègues (Bloomfield et al. 2001) n'ont permis de trouver que des preuves limitées de convergence des niveaux de consommation et de consommation dangereuse.

Toute tendance, aussi légère soit-elle, penchant vers un écart entre les sexes plus mince semble se baser sur les changements observés l'année dernière par rapport à la consommation, montrant actuellement un écart de moins de 25% pour bon nombre de pays (Wilsnack, Vogeltanz, and Wilsnack 2000). C'est le cas notamment pour les pays nordiques. Un ensemble de domaines où l'égalité des sexes est respectée et des attitudes générales face à l'alcool plus libérales en seraient la raison (Simpura, Karlsson, and Leppänen 2001; Bloomfield et al 2001).

Malgré le manque de convergence tangible – ce qui peut être dû en partie à un manque de données sur une période assez longue –, on s'attend tout de même à ce que la consommation des femmes à l'avenir reflète plus celle des hommes. Par exemple, des agences d'étude de marché ont déjà observé que « l'indépendance des femmes, de plus en plus grande, ainsi que la tendance à construire une famille plus tard, font des femmes une catégorie déterminante par rapport aux boissons alcooliques » (Euromonitor and just-drinks.com 2005:17).

A part les différences de consommation entre les sexes, il est également important de prendre en considération la consommation des femmes enceintes, étant donné les preuves de plus en plus importantes des méfaits de l'alcool sur le fœtus (voir chapitre 4). Ainsi, bien que beaucoup de femmes arrêtent de boire lorsqu'elles sont enceintes, un nombre important d'entre elles continue et ce dans tous les pays – allant de 25% en Espagne³⁰ à 35%-50% aux Pays-Bas et à des taux encore plus élevés au Royaume-Uni. De plus, une petite proportion des femmes enceintes continue de boire à des niveaux élevés, bien que peu de données sur ce sujet soient comparables.(Hamlyn et al 2002; Göransson et al 2003; Health Council of the Netherlands 2004; Grundberg 2004).

³⁰ Consommation par mois ; d'autres chiffres concernent celles qui ne boivent pas du tout pendant leur grossesse, ce qui semble indiquer que la situation en Espagne peut être plus similaire à celle des autres pays si tant est que les questions posées soient identiques.

Les inégalités sociales et la consommation d'alcool

Il n'est pas étonnant de constater que la consommation d'alcool varie selon les groupes socio-économiques étant donné la forte dimension culturelle de la consommation dont il était question dans le chapitre 2. On remarque le plus souvent que les 'groupes de niveau socio-économique plus faible' – ceux au niveau d'éducation moins élevé, au niveau professionnel plus faible ou au revenu faible, ainsi que les chômeurs - sont plus enclins à ne pas boire d'alcool, une conclusion valable pour presque la totalité de l'Europe des 25 (Hupkens, Knibbe, and Drop 1993; Marmot 1997; Simpura et al 1999). Ceci est valable pour les deux sexes, bien que le taux d'abstinence systématiquement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (voir ci-dessus) semble être le plus bas chez les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé (Knupfer 1989; Bongers et al 1998).

A première vue, il semble qu'il y ait peu de tendances relatives à la quantité totale d'alcool bu : certaines études menées dans certains pays montrent que les ouvriers ont une consommation plus excessive alors que d'autres études montreront tout juste le contraire (Péquignot *et al.* 1988; Marmot 1997; Bongers et al 1998; Hemmingsson, Lundberg, and Diderichsen 1999). L'absence de lien solide entre ces facteurs est visible dans une étude historique en Suède (Romelsjö and Lundberg 1996; Norström and Romelsjö 1998) : de 1970 à 1994, après les travailleurs non-manuels s'occupant de la gestion, les ouvriers sont devenus le groupe consommant le plus d'alcool. D'autres tendances sont rendues plus complexes de par l'effet de l'âge, dans la mesure où les jeunes chômeurs dans certains pays boivent plus que les jeunes actifs, mais cette tendance est renversée pour ceux dans la tranche d'âge des plus de 20 ans (Temple et al 1991; Casswell, Pledger, and Hooper 2003).

Les résultats les plus nets concernent les hommes d'un faible niveau d'éducation. En effet, ils sont enclins à boire plus d'alcool que d'autres hommes – il faut toutefois se rappeler que la consommation d'alcool peut également avoir des conséquences négatives sur les résultats pédagogiques (Bongers et al 1998; Casswell, Pledger, and Hooper 2003; Bloomfield et al 2004; Schnohr et al 2004) (voir également Commission européenne 2003b). Apparemment, la raison de ce phénomène serait due à deux tendances distinctes : ceux de niveau d'éducation plus élevé consomment moins à chaque occasion, mais consomment plus souvent. Cette idée est en partie soutenue (p.ex. Knupfer 1989), mais d'autres études menées n'ont pas établi de lien solide entre l'éducation et la fréquence de consommation (Eurobaromètre 2003; Helasoja *et al.* 2005). Elles ont montré au contraire qu'une consommation fréquente d'alcool ne peut se prévoir que par rapport aux revenus, mais ceci n'est pas le cas dans toutes les populations (McKee et al 2000; Casswell, Pledger, and Hooper 2003). D'autre part, ce qui paraît récurrent est que, dans presque toute l'Europe,

ENCADRÉ 3.2 – L'ALCOOL ET LES INÉGALITÉS SOCIALES

- Les études montrent systématiquement que les personnes d'un niveau socio-économique plus faible (SES) sont plus susceptibles de s'abstenir de l'alcool.
- Plusieurs études montrent qu'il existe un rapport entre certaines mesures tenant compte d'un SES plus élevé et une consommation plus fréquente, notamment chez les femmes.
- Les hommes d'un niveau d'éducation plus élevé sont plus enclins à ne pas être des consommateurs excessifs, contrairement aux femmes chez qui on observe l'effet contraire.
- S'enivrer et devenir alcoolodépendant sont deux tendances qui se retrouvent nettement chez les personnes d'un SES plus faible et ce pour les deux sexes.

les hommes adultes appartenant à des groupes de niveaux professionnel et d'éducation plus faibles sont plus sujets à une consommation jusqu'à l'ivresse ou à une consommation très excessive et sont plus susceptibles de consommer de grandes quantités d'alcool (Ahlström 1987; Knupfer 1989; Jacobsen 1989; Norström and Romelsjö 1998; Bongers et al 1998; Mackenbach et al 2000; Eurobaromètre 2003; Kuntsche, Rehm, and Gmel 2004). Cependant même dans ce cas, certains pays ne possèdent pas de réelle mesure de la consommation jusqu'à l'ivresse alcoolique par rapport à la classe sociale (Royaume-Uni, Irlande, Finlande) – bien que ce soit dans ces pays que les hommes appartenant à des groupes de niveau professionnel plus élevé consomment plus souvent et en plus grandes quantités au total, ce qui veut dire qu'il reste bien plus probable que les hommes d'un SES plus faible boivent jusqu'à l'ivresse alcoolique lors d'une occasion particulière (Kelleher et al 2003; Rickards et al 2004; Yarnell et al 2005). On observe également une concentration de la consommation excessive dans les régions (Law and Whincup 1998) les plus défavorisées (Marmot 1997; Yarnell et al 2005).

La situation est différente pour les femmes, probablement à cause de la relation entre les inégalités des sexes et à la fois les modes de consommation et la situation socio-économique – par exemple, certaines données semblent indiquer que le fait de se gérer seule, la productivité, les possibilités de loisir propres aux professions libérales et des revenus élevés peuvent être liés à des niveaux de consommation plus élevés chez les femmes (Thundal and Allebeck 1998). Ce caractère complexe entraîne des tendances différentes dans différents pays – par exemple, un certain nombre d'études montrent que les femmes d'un niveau d'éducation élevé boivent plus que d'autres femmes. Toutefois, le contraire a également été montré pour d'autres périodes et d'autres pays (Bongers et al 1998; Ahlström, Bloomfield, and Knibbe 2001; Helasoja *et al.* 2005). De manière générale, il semble que les femmes appartenant à des groupes d'un niveau socio-économique plus élevé boivent plus souvent que d'autres femmes et ce à des niveaux mêmes plus élevés que les hommes. Autrement dit, l'écart entre les sexes par rapport à la fréquence de consommation est plus mince chez les groupes ayant des revenus plus élevés ou d'un niveau d'éducation élevé (Ahlström 1987; McKee et al 2000; Casswell, Pledger, and Hooper 2003; Helasoja *et al.* 2005). De plus, bien que la consommation jusqu'à l'ivresse alcoolique soit habituellement associée à des groupes d'un niveau d'éducation plus faible, on observe également que les femmes d'un niveau d'éducation plus élevé sont plus enclines à être des buveuses excessives (Ahlström 1987; Bloomfield et al 2004; Kuntsche, Rehm, and Gmel 2004; Helasoja *et al.* 2005).

De toute évidence, dans son ensemble, l'influence de la situation socio-économique sur les modes de consommation peut varier à la fois selon une période particulière et entre les parties de la population comme les hommes et les femmes (pour d'autres catégories de la population, voir p. ex. (for other groups, see e.g. Knupfer 1989; Neumark, Rahav, and Jaffe 2003). En effet, les hommes d'un niveau d'éducation plus faible sont plus enclins à boire de manière excessive, tandis qu'à l'inverse, dans certains pays, les femmes d'un meilleur niveau d'éducation consomment plus. Néanmoins, certaines tendances semblent rester les mêmes pour les deux sexes en Europe, entre autres en ce qui concerne les groupes au niveau socio-économique le plus faible qui ont de plus grandes chances de consommation jusqu'à intoxication, ainsi que de plus grandes chances d'être alcoolodépendants (Thundal and Allebeck 1998; Bongers et al 1998; Hemmingsson, Lundberg, and Diderichsen 1999; Droomers, Schrijvers, and Mackenbach 2004). D'autre part, les inégalités quant au nombre de morts liées à l'alcool reflètent l'inégalité des caractéristiques de consommation à risque – notamment chez les hommes. Ce problème est traité dans les chapitres 5 et 6.

Les jeunes et les adolescents

L'intérêt politique porté à la consommation des jeunes a énormément guidé les politiques à la fois au niveau national et européen ces dernières années (voir chapitre 7). Non seulement cela a permis de se rendre compte de l'importance des caractéristiques et des tendances de consommation chez les jeunes, mais cela a également permis de collecter des données comparatives fiables disponibles depuis le milieu des années 1990.³¹ Néanmoins, ces enquêtes ne prennent en compte qu'un certain nombre d'âges d'adolescents (11, 13 et 15 ans dans le cas de HBSC ; 15 à 16 ans dans l'enquête ESPAD), en opposition à la définition commune de 'jeunes', c'est à dire, soit 'les 12 à 24 ans' (définis comme tels par les organisations des Nations Unies), ou bien 'les 15 à 29 ans' (généralement la tranche d'âge de référence dans le cadre de beaucoup de recherches menées sur l'alcool). La recommandation du Conseil de 2001, (Cf. Chapitre 8) est intéressante dans ce contexte ; bien qu'il ne donne pas de définition précise de la tranche d'âge, il cite : 'les jeunes, et en particulier, les enfants et les adolescents'.

Comme le suggère l'usage de cette terminologie, ce passage se penche principalement sur les tranches d'âges généralement employées dans les enquêtes et sondages internationaux (11 à 16 ans), mais inclut aussi une analyse des jeunes plus âgés ('les jeunes adultes'). Il est vrai que ces âges sont inscrits dans une période d'importante transition ou, particulièrement les adolescents de définissent par rapport à leur travail, leur amitiés et leurs relations (Room 2004). Bien que ces changements et ces transitions se traduisent différemment dans chaque société, on peut noter à la fois, un allongement de leur durée ainsi qu'une augmentation des demandes (Larson, Wilson, and Mortimer 2002). Lorsque l'on considère ces idées dans le cadre du puissant symbolisme qui s'inscrit dans la consommation d'alcool, (Cf. aussi Chapitre 2), on peut suggérer que les pratiques de consommation d'alcool à cet âge peuvent être interprétées comme des comportements à valeur symbolique, telle que la rébellion contre les anciennes générations par exemple. (Room 2005). Il convient cependant de noter, dans le cadre de ce passage, que le fait de boire peut également être compris comme une expression d'identité sub-culturelle (Abel and Plumridge 2004), ce qui signifie que l'on peut s'attendre à des variations à l'intérieur même d'un pays, ainsi qu'à travers plusieurs pays. (Cf. aussi la discussion concernant les motivations ci dessous).

Lorsque l'on commence à boire

Presque la totalité des élèves âgés de 15-16 ans ont déjà bu à un moment de leur vie (Currie et al 2000) et qu'ils ont commencé en moyenne juste après 12 ans ½. D'autre part, bien que les jeunes commencent à boire plus tôt dans certains pays, les tendances ne suivent pas les taux d'abstinence des adultes : les étudiants d'Europe du Nord et du Sud consomment de l'alcool pour la première fois plus tard que ceux d'Europe orientale et notamment centrale. Bien que cette question évite ouvertement l'interrogation portée sur le fait de 'boire seulement un peu', elle montre toute fois que la première consommation d'alcool perçue n'as pas lieu plus tôt dans les pays du sud qu'autre part, ce qui suggère que les adolescents ne tiennent pas compte de leur expérience précoce dans le cadre familial comme la première 'verbale' expérience de consommation d'alcool (see also Milgram 2001:93; Room 2005).

³¹ La majorité des résultats de ce chapitre proviennent de *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD : Hibell et al. 1997), exception faite des données (a) sur la première consommation d'alcool ou la première ivresse ; et (b) sur les personnes âgées de 11 à 13 ans, qui proviennent de *Health Behaviour of School-age Children survey* (HBSC; King et al. 1996).

Pareillement, presque trois-quarts ou plus des jeunes des pays baltiques ou d'une Europe centrale dont les limites géographiques seraient grandes (en opposition au Nord et au Sud, comprenant l'Irlande ainsi que la République Tchèque) ont déjà été saouls à 15 ans par rapport à moins de la moitié pour l'Europe du Sud. La moyenne d'âge de la première ivresse alcoolique pour ceux qui ont déjà été saouls était d'environ 14 ans, ce qui semble indiquer une différence moyenne d'environ un an entre la première consommation d'alcool et la première ivresse alcoolique. Cependant, étant donné que la moyenne d'âge est relativement proche de l'âge des répondants, et qu'un nombre important de ceux-ci disent ne jamais avoir été saouls jusqu'à présent, il se peut que la moyenne d'âge de la première ivresse alcoolique parmi la population entière, est plus élevée qu'on ne le suggère ici (Room 2005).

Où les jeunes consomment-ils de l'alcool ?

Les deux lieux les plus communs où les jeunes de 15 à 16 ans boivent de l'alcool sont leur domicile ou le domicile d'autrui, ces lieux constituant presque la moitié des réponses quant aux lieux de consommation cités par les étudiants qui se disent consommateurs d'alcool.³² L'on observe aucune tendance géographique absolue de ce phénomène ; l'on trouve les moyennes plus basses en Europe du Sud et en Europe Centrale, aux cotes de taux plus élevés en France et au Royaume Uni. En contraste, pas plus d'un tiers d'étudiants, à travers tous les pays, disent consommer de l'alcool dans des lieux publics en extérieur (c'est à dire dans les parcs, les rues, et les plages), lors de leur dernière occasion de consommation, et la plupart des pays affichent un taux considérablement moins élevé que celui-ci (plus proche de 10% et nettement moins en Grèce). Alors que les pays de l'Europe des 10 sont généralement similaires à ceux de l'Europe des 15, on trouve des valeurs bien supérieures dans certains pays comme la Lettonie (32%) et la Pologne (27%). Des études menées au Royaume Uni montrent que le fait de boire de l'alcool dans des lieux publics extérieurs est plus fréquent parmi les plus jeunes, mais que cela devient moins fréquent lorsqu'ils deviennent majeurs (et sont donc en mesure de boire légalement) (Coleman and Cater 2005).

Parmi les pays de l'Europe des 10, les taux les plus élevés se trouvent parmi les régions centrales (La République Tchèque, la Hongrie, et la Slovaquie) et les niveaux les plus bas se trouvent dans l'Europe du Nord (les Pays Baltiques, la Pologne). Aucune information comparative existe sur la mise en vigueur de l'âge minimum légal pour l'achat d'alcool dans les *bars*, mais les données ESPAD³³ concernant les achats d'alcool dans d'autres points de vente montrent que le nombre le plus important d'achats se trouve en Europe centrale (surtout au Danemark) ainsi que dans les pays de l'Europe des 10 (Malte, la Pologne, et les Pays Baltiques), alors que les taux les plus bas se trouvent en Europe du Nord. Les garçons sont plus susceptibles que filles d'avoir fait l'achat d'alcool pour leur propre consommation, en particulier pour la bière, qui est le type d'alcool le plus communément acheté pour les deux sexes.

Quelles types de boissons sont consommées par les adolescents ?

Comme nous l'avons noté ci-dessus, la division des boissons alcoolisées en trois catégories 'bière', 'vin' et 'spiritueux' représente une simplification de la gamme de boissons disponibles en Europe. C'est le cas particulièrement en ce qui concerne la

³² Ces résultats proviennent des données sur le lieu de consommation, de l'enquête ESPAD 2003. Les résultats ont été ajustés afin de montrer le lieu de consommation en tant que pourcentage de tous les étudiants se disant avoir consommé de l'alcool.

³³ L'Analyse utilise ici la valeur la plus importante pour tous types de boisson

consommation d'alcool chez les jeunes ; un phénomène qui porte récemment a préoccupation en matière de politique de prévention , en ce qui concerne une possible quatrième catégorie de boissons, qui est attrayante pour les jeunes. (see Mosher and Johnsson 2005 for a more detailed history). Ces boissons gazeuses sucrées a base d'alcool (5%) contenant des colorants, sont désignées par plusieurs termes- 'premix' (en français) 'alcoolat', 'boissons alcoolisées aromatisées' ('flavoured alcoholic beverages 'FAB' en anglais) ainsi que 'ready to drink ' (RTD) également. Mais, dans le contexte de ce rapport, elles sont désignées ici comme 'alcopops' , d'après la convention 'European Working Group on Alcopops', établi en 1990.

Malgré ces développements récents, la bière et les spiritueux sont les boissons les plus appréciées des jeunes : la bière compte pour plus de la moitié du total dans 11 pays (5 dans les pays n'appartenant pas a l'étude Européenne et 6 dans l'Europe des 25) (voir aussi(see also Hupkens, Knibbe, and Drop 1993; Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001). Les spiritueux sont tout juste plus appréciés que la bière en Norvège, en Italie et au Portugal, alors que les 'alcopops ne sont, dans aucun pays, la boisson la plus consommée (see also Hupkens, Knibbe, and Drop 1993; Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001).³⁴ Les autres boissons sont appréciées dans différentes régions d'Europe – on boit trois fois plus d'*alcopops* dans l'Europe des 15 que dans l'Europe des 10, par contre les garçons boivent plus de vin dans l'Europe des 10 que dans l'Europe des 15 (voir schéma 3.12). Dans l'Europe des 15, les taux par rapport à la dernière consommation de spiritueux et de vin sont similaires, bien que les *alcopops* et la bière soient deux fois plus populaires en Europe centrale qu'en Europe du Sud.

Lorsque l'on additionne toutes les boissons, on constate que la quantité moyenne d'alcool consommé lors de la dernière occasion de boire est de 60g. Tous les pays de l'Europe des 15 non compris dans l'Europe du Sud connaissent une moyenne supérieure à 56g. Le Royaume-Uni et l'Irlande atteignent même plus de 80g d'alcool pur pour ce qui est de la quantité d'alcool consommé lors de la dernière occasion de boire. Les taux de consommation lors de la dernière occasion de boire sont légèrement plus bas dans l'Europe des 10 (voir schéma 3.10) et beaucoup plus bas pour les pays d'Europe du Sud, dont la moyenne est de 38g d'alcool pur.

Drinking frequency and total consumption

D'un autre côté, si l'on désire avoir une estimation de la consommation totale annuelle, on peut associer la fréquence de consommation à la quantité consommée par occasion bien que cela suppose un niveau suivi de sous reportage. La fréquence de consommation d'alcool chez les 15-16 ans est la plus élevée en Europe centrale (5 à 9 fois par mois) et la plus basse en Europe du nord (environ 2 fois par mois) . Les pays du Sud et de l'Est se situent généralement entre 3 et 5 fois par mois, et a Malte, environ 7 fois par mois. En ce qui concerne les autres variables (voir ci-dessous), la fréquence de consommation est en général plus élevé pour les garçons que pour les filles, et l'on note de petits écarts dans les pays Nordiques, l'Irlande et le Royaume Uni.

En ce qui concerne la consommation totale, cela veut donc dire que les garçons d'Europe du Nord semblent être ceux qui consomment le moins (2-3 litres par an). Ceux d'Europe du Sud et de l'Est en général boivent plus, (2-6 litres) et ceux d'Europe centrale, de Chypre ou de Malte beaucoup plus (8-10 litres, ainsi que ceux

³⁴ Le vin est la boisson la plus appréciée en Slovénie, mais étant donné le caractère exceptionnel de cette différence, il serait mieux de considérer que la Slovénie se partage le vin, la bière et les spiritueux de manière équitable

des Pays Bas, qui affichent une consommation exceptionnellement élevée de 14 litres- bien que la rigueur de ces données individuelles soit limitée, étant donné les préoccupations énoncés dans l'encadré 4.1. Quant aux filles, celles de l'Europe centrale consomment également beaucoup plus que celle de partout ailleurs (4-7 litres par rapport à 1-2 litres ailleurs). Par extension, nous pouvons estimer la proportion de la consommation totale consommée par les adolescents dans les pays ECAS, ce qui nécessite certaines assumptions qui ne sont pas nécessairement robustes, mais, montrent tentativement que 4-5% de la population âgée de 15-17 ans consomme 2-3% de la consommation totale.³⁵

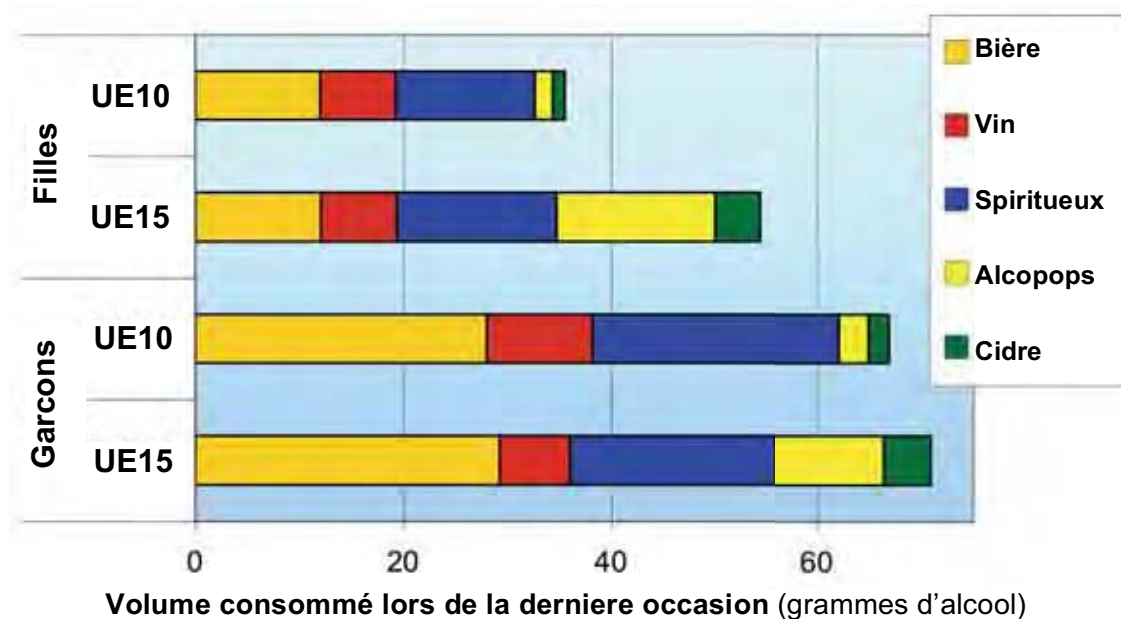


Schéma 4.13 Représentation de la dernière occasion de boire des élèves de 15-16 ans (quantité d'alcool consommé lors de la dernière occasion de boire).

On a estimé nulle la consommation d'alcopops et de cidre là où les questions n'avaient pas été posées (deux pays dans l'Europe des 10 et dans l'Europe des 15). Par conséquent, les valeurs correspondantes sont peut-être sous-estimées. Source: ESPAD 2003 (Hibell et al 2004)

Alcoolisme épisodique et ivresses alcooliques chez les adolescents

Comme le montre le schéma 4.14, les niveaux les plus élevés de personnes qui boivent pour se saouler, ainsi que les niveaux d'ivresse alcoolique, peuvent être observés dans les pays Nordiques, au Royaume Uni, en Irlande, en Slovénie et en Lettonie.³⁶ Ces résultats sont en contraste avec les niveaux relativement bas,

³⁵ On suppose ici que les enquêtes ESPAD et ECAS ont les mêmes champs d'application, que la consommation de la population âgée de 15-17 ans est la même que celle âgée de 15-16 dans l'ESPAD et la consommation de ceux de plus de 65 ans est égale à celle des 50-65 ans, Bien que ces calculations soient de nature approximatives, elles permettent néanmoins de donner une certaine idée des tendances.

³⁶ Bien qu'une comparaison détaillée des enquêtes menées en 1998 et 1999 révèle que les estimations de l'ESPAD sont plus élevées que celles de HBSC (Schmid *et al.* 2003), les variantes des variables utilisées ont montré une forte corrélation ($r > 0,85$; calcul de l'auteur du rapport) ce qui semble indiquer des caractéristiques similaires dans les pays. Ainsi, à moins d'une mention particulière, il est fait référence à l'ivresse alcoolique quant il s'agit de plus de 20 fois dans une vie (selon l'ESPAD). Le fait de boire pour se saouler est très souvent mis en rapport avec des questions sur l'ivresse alcoolique formulées de la même manière ($r > 0,7$; calcul de l'auteur du rapport), mais les différences sont suffisantes pour pouvoir en parler séparément.

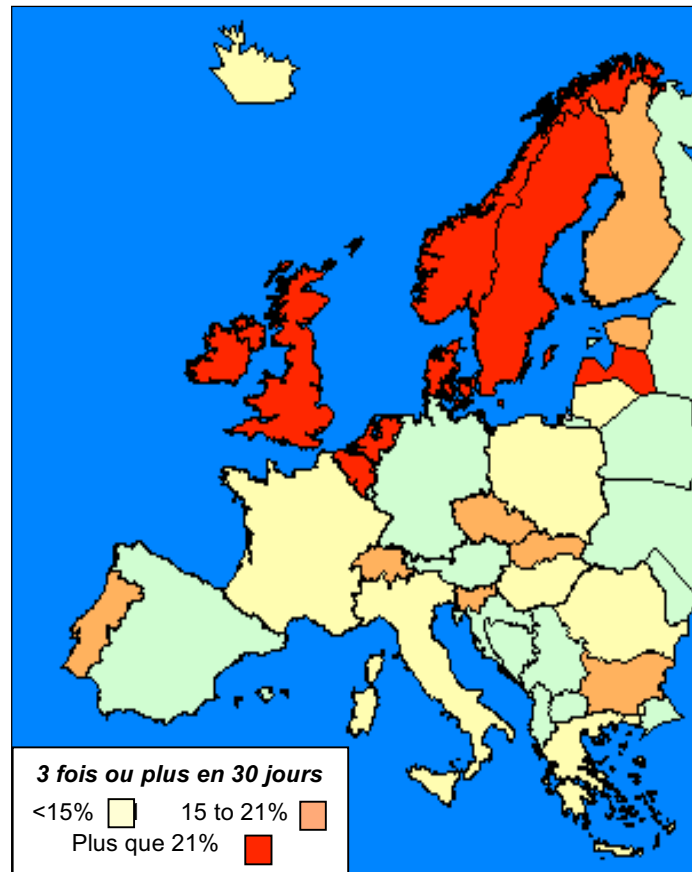
trouvés en France, Italie, Lituanie, Pologne et Roumanie. Par exemple, le fait de boire pour se saouler trois fois ou plus au cours du dernier mois, est noté pour 31% des garçons et 33% des filles en Irlande, mais seulement 12 à 13 % des garçons et 5 à 7 % des filles en France et en Hongrie. Il est peu être surprenant que les variations entre le régions d'Europe dans le schéma 4.14 ne soient pas visibles pour dans la plus la tranche d'âge la plus jeune, les variations étant principalement observées pour les 13 à 15 ans. A travers l'Union Européenne, plus d'un étudiant sur huit (13%) , âgé de 15 à 16 ans se dit avoir été ivre au moins 20 fois au cours de leur vie, et plus d'un sur six (18%), admettent avoir bu pour se saouler(c'est a dire consommé plus de 5 boissons au cours d'une occasion) trois fois ou plus au cours du dernier mois.

Comme le montre le schéma 4.14, c'est dans les pays nordiques, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Irlande, la Slovénie et les pays baltiques que l'on trouve les taux les plus élevés d'ivresses occasionnelles et d'ivresse alcoolique.³⁷ Ceci est en contraste avec les niveaux relativement bas trouvés en France, Italie, Lituanie, Pologne et Roumanie- par exemple, 'boire pour se saouler' trois fois ou plus au cours du dernier mois, est reporté par 31% des garçons et 33% des filles en Irlande, mais seuls 12 à 13 % des garçons et 5 à 7 % des filles en France et en Hongrie. Il est peut-être surprenant que les différences entre les régions d'Europe dans le schéma 4.14 ne sont pas visibles chez les plus jeunes, la variation étant principalement visible entre 13 et 15 ans. A travers toute L'Europe cependant, plus d'un jeune sur 8 (13%) de 15 à 16 ans se disent avoir été saouls au moins 20 fois au corus de leur vie, et plus d'un sur six (18%) ont 'bu dans le but de se saouler' (plus de cinq boissons au cours d'une seule occasion) trois fois ou plus au cours du dernier mois.

Jusqu'à un certain degré, ce tableau est sensible a la variable utilisée, le nombre de ceux 'buvant pour se saouler' au cours des trente derniers jours ne montrant aucune différence entre les groupes de pays dits 'consommateurs de vin' et 'consommateurs de spiritueux' (Room 2005). D'une manière semblable, les élèves de 15 ans en Europe du Sud sont environ cinq fois moins susceptibles que ceux d'ailleurs dans l'Europe des 15 de déclarer avoir été ivres plus de 20 fois (Schmid *et al.* 2003). Par contre, ils ne sont que moitié moins susceptibles de déclarer avoir consommé 5 boissons et plus lors d'une seule occasion plus de trois fois au cours des derniers 30 jours . Dans d'autres pays, pris individuellement, les divergences entre ces deux mesures sont également importantes (p. ex. Malte et Chypre enregistrent cinq fois plus d'ivresses occasionnelles que d'ivresses alcooliques déclarées, par contre le Danemark a enregistré plus d'ivresses alcooliques).

³⁷ Bien qu'une comparaison détaillée des enquêtes menées en 1998 et 1999 révèle que les estimations de l'ESPAD sont plus élevées que celles de HBSC (Schmid *et al.* 2003), les variantes des variables utilisées ont montré une forte corrélation ($r > 0,85$; calcul de l'auteur du rapport) ce qui semble indiquer des caractéristiques similaires dans les pays. Ainsi, à moins d'une mention particulière, il est fait référence à l'ivresse alcoolique quant il s'agit de plus de 20 fois dans une vie (selon l'ESPAD). Le fait de boire pour se saouler est très souvent mis en rapport avec des questions sur l'ivresse alcoolique formulées de la même manière ($r > 0,7$; calcul de l'auteur du rapport), mais les différences sont suffisantes pour pouvoir en parler séparément.

Il semble donc que les préjugés culturels puissent entraver les mesures quant aux intoxications déclarées (comme nous l'avons vu ci-dessus), bien que la mesure du 'fait de boire pour se saouler' pose aussi un problème. (l'intoxication ressentie de manière subjective peut aussi s'avérer très importante au niveau des méfaits causés par l'alcool, du fait d'un comportement 'voir Chapitre 5. Des données de nature qualitative, comparant les pays Nordiques et Méditerranéens, confirment que la consommation excessive d'alcool dans un cadre social, ainsi que les rituels associés à l'ivresse sont observés chez les jeunes à travers l'Europe, mais c'est, plus précisément, le manque de 'contrôle de soi' qui est souvent associé à l'ivresse (notable) qui a tendance à être réprimé au cœur de la culture normative des jeunes, et cela, malgré une consommation importante d'alcool au sein des rituels de consommation (Pyörälä 1995; Beccaria and Sande 2003).



Définie à 5 boissons et plus lors d'une seule occasion

Schéma 3.14 Alcoolisme Episodique chez les 15-16 ans en Europe Source: ESPAD 2003

D'autres données soutenant cette hypothèse proviennent d'une étude au sujet des attentes de l'effet de l'alcool'; ces résultats montrent que les individus de Malte (pays culturellement similaire aux autres pays dits 'producteurs et consommateurs' de vin), étaient, en général, assez surpris du fait de leur état d'ébriété alors que ceux dans d'autres pays l'étaient moins, et s'attendaient plus au fait d'être ivre (cited by Room 2005).

Les facteurs de risque associés à la consommation d'alcool chez les jeunes³⁸

Enormément de recherches ont été menées sur le thème des facteurs de risque et de prévention liés à la consommation d'alcool chez les jeunes, bien que ceux-ci diffèrent entre contextes de pays, et présentent des résultats de nature associative, plus que causale. Une discussion plus approfondie de ces travaux est au delà de la portée de ce rapport, surtout lorsqu'on considère les lacunes de recherches comparatives portant sur la variation de ces facteurs de risque à travers différents environnements Européens. Ce passage, donc, permet de regrouper les études PanEuropéennes, ainsi que de faire la synthèse des résultats recherches menées récemment dans plusieurs domaines, afin d'avertir le lecteur intéressé de ces différents facteurs de risque

³⁸ Les informations concernant le status économique des familles (information reportés par les étudiants) provient de l'étude ESPAD 2003 ; les autres informations sont extraites de l'étude HBSC 1998 et 2002.

Une des associations la plus importante avec la consommation d'alcool est le tabagisme- a travers l'Europe, pour les deux sexes âgés de 11 à 15 ans, le fait de ne jamais fumer est très fortement corrélé au fait de ne jamais boire ; le fait de fumer souvent est corrélé avec une consommation fréquente d'alcool (particulièrement, le fréquente consommation de bière) ; le fait d'avoir fumé 'à un moment ou à un autre ainsi que le fait de fumer fréquemment sont tous deux liés a l'ivresse alcoolique fréquente (Currie et al 2000; Currie et al 2004; Duarte and Molina 2004). Ceci est peut être le résultat, en partie d'un trait de personnalité bien spécifique- la recherche de 'sensations fortes'- qui, (aux cotés du fait de boire pour se saouler) semble prédire indépendamment les comportements problématiques liés a l'alcool (par exemple la conduite état d'ivresse, une quasi absence de comportements positifs de 'célébration") ; comme le montre les résultats d'une enquête menée auprès d'élèves Australiens en Classe 10 et 11. Par ailleurs, il se peut que ce phénomène ait un rapport avec 'une conduite a caractère « délinquante » ou « anti sociale' » qui peut prédire, (aux cotes de consommation fréquente d'alcool) des problèmes d'alcoolodépendance plus tard au cours de la vie. (Bonomo et al 2004). De nombreuses études se penchent sur le thème de la famille du jeune, et concluent qu'un environnement familial positif est associe avec une probabilité moindre d'abus de substances (Beinart et al 2002), y compris des niveaux importants de 'communication parentale' (Currie et al 2000) ainsi que la 'prise de conscience parentale' (Hibell et al 2004).

Alors que certaines variables familiales ont des effets qui varient dans certains pays, une comparaison entre la France et la Grande Bretagne montre que la 'prise de conscience parentale' et l'ivresse alcoolique sont significativement liées, dans les deux pays. (Ledoux et al 2002). En ce sens, il est intéressant de noter qu 'il est plus probable que les parents sachent toujours où se trouvent leur enfant le samedi soir, dans les régions du Sud et du Centre de l'Europe (jusqu' à deux tiers disent toujours le savoir) ; ce qui n'est pas le cas des Pays Nordiques (a l'exception du Danemark) et des Pays Baltiques, où les parents sont le plus susceptibles de ne pas savoir où se trouve leur enfant le samedi soir .(Hibell et al 2000) Les parents peuvent aussi avoir un impact sur la consommation d'alcool de leurs enfants (encore mineurs), en leur procurant de l'alcool ; des études Suédoises montrent que ceci est lié avec une consommation d'alcool plus importante, et fréquente, et un taux plus important d'ivresse. (Lundborg 2002). Enfin, il semble que vivre au sein d'une famille mono parentale, ou la cohabitation avec un beau parent est aussi lié avec une croissance de la fréquence de consommation d'alcool ainsi que de consommation excessive, a travers l'Europe. (Bjarnason et al 2003). Lorsque l'on considère à la fois la dynamique ainsi que la structure de la famille, il semble que la structure familiale s'achemine de par la dynamique familiale pour vient influencer l'usage de substances. (Ledoux et al 2002; Hibell et al 2004).

L'influence des autres jeunes (les pairs) est aussi un sujet sur lequel beaucoup d'études se sont penchées ; c'est le cas (par exemple) du reportage de l'ivresse a travers l'Europe et son association avec le temps passe avec les amis (Currie et al 2000). Il est peu probable que les effets notables de l'influence des autres jeunes soient complètement indépendants de la famille ; une théorie suggère même que les autres jeunes agissent comme médiateur de l'effet protecteur de la famille (Gerrard et al 1999). Par opposition, un modèle suggère que l'association de l'adolescent avec d'autres perçus comme déviants peut être attribué a une faille dans la manière d'élever les enfants (Nash, McQueen, and Bray 2005). Les travaux de recherche de Nash semblent montrer qu'un environnement familial de soutien – modéré par la desapprobation familiale de l'abus de substance- peut prédire, plus tard l'usage de substance, qui peut, par la suite affecter les comportements envers l'alcool.

A travers l'Europe, (Hibell et al 2004), les perceptions de la consommation d'alcool de l'entourage, sont en effet semblables aux tendances effectives de consommation d'alcool, les valeurs les plus importantes se trouvant principalement en Europe Centrale (par exemple 75% en Allemagne et 80 % en Irlande qui pensent que leurs amis boivent régulièrement). Les perceptions les moins élevées sont nettement plus dispersées l'on note des valeurs moindres dans certaines parties de l'Europe de l'Est (44% pour la Slovaquie), mais l'on trouve des croissances importantes entre 1995- 2003 (par exemple de 50 a 70 % en république Tchèque et en Estonie). L'ivresse perçue des pairs est, de manière similaire liée aux tendances d'intoxication, avec les niveaux les plus élevés au Danemark, en Irlande, et au Royaume Uni (de 27%-36% pensent que leur amis se saoulent toutes les semaines) et les valeurs les plus basses affichées en Europe du Sud (8% en Pologne, 5% au Portugal). Ici encore, on observe une augmentation importante dans la plupart des pays de l'Europe des 10 y compris l'Estonie (de 9% a 27%) et la Slovaquie (de 4% to 17%).

Le lien entre le statut socioéconomique et les comportements envers l'alcool d'avère très complexe du fait qu'il se manifeste de manière différente a travers les pays d'Europe (Hibell et al 2004). L'absence de graduation sociale consistante, ainsi qu'un usage plus important suggéré chez les jeunes d'un haut statut socio économique(Eurobaromètre 2003; Bjarnason 2003), est sans doute lie au fait que les jeunes possèdent moins de revenus pour faire l'achat de biens comme l'alcool (UN Department of Social Affairs 2005:138). Cette idée est soutenue par des enquêtes qui montrent que l'alcool représente la dépense la plus importante pour les jeunes homme (majeurs) aux Pays Bas (Poelen et al 2005) et que le revenu des jeunes peut servir a prédire la consommation ainsi que l'intoxication des jeunes en Espagne et aux Pays Bas (Duarte and Molina 2004; Poelen et al 2005).

Ceci ne représente qu'une partie de la liste de facteurs de risque et facteurs protecteurs liés a l'alcool, qui comprennent la vulnérabilité génétique, d'autres caractéristiques psychosociales, normes sociales (usage et approbation des pairs), éléments du quartier (les quartier défavorisés représentant un risque, mais les opportunités de participation étant un facteur protecteur), ainsi que l'attitude positive des amis et des enseignants (les éloges (compliments) contenant un comportement positif étant un facteur protecteur (Beinart et al 2002; Olds, Thombs, and Tomasek 2005). Cependant, il semble peu probable que les variations des niveaux de consommation d'alcool et d'ivresse des adolescents a travers l'Europe, décrits ci dessus peuvent être attribués uniquement (en totalité) a ces facteurs individuels ; une hypothèse soutenue par une analyse des données de l'enquête ESPAD, montre une relation entre les ventes d'alcool per capita, et certains modes de consommation d'alcool parmi les adolescents. (Bjarnason et al 2003). Comme l'on tente de l'expliquer ci dessus, ces facteurs de risque n'existent pas indépendamment, mais peuvent être conceptualisés en tant que modèles de probabilité, exposant les différents facettes de l'usage de substance des individus.

Les attentes et les perceptions de l'alcool

Les attentes quand aux conséquences de la consommation d'alcool ont été liées a la probabilité d'alcoolisme épisodique, au niveau individuel chez les jeunes. (Kuntsche, Rehm, and Gmel 2004). Il n'est donc pas surprenant, étant donné la croissance de la consommation avec l'âge démontrée ci dessus, que les attentes soient plus négatives au plus jeune âge, mais s'améliorent avec le temps (au Royaume Uni celles ci commencent a devenir positives a partir de dix ans ; Wright 1999). A travers l'Europe, environ 25% des élèves de 15 a 16 ans pensent que des conséquences positives (par exemple 'être heureux') sont plus probables que des conséquences négatives (par exemple : faire quelque chose que l'on regrette par la suite); ceci peut être du aux attentes antérieures (elles mêmes menant a la

consommation) ou bien, une justification postérieure. (Hibell et al 2004). Etant donné la structure relativement stable de ces réponses (les pays ont tendance à afficher des résultats importants ou non sur la totalité des conséquences positives, et non une en particulier, par exemple 'être heureux'), l'on peut estimer un indice net des conséquences de la consommation d'alcool de 25% (positif).

En examinant cette donnée par pays, on se rend compte que c'est l'Europe centrale qui a l'estimation la plus positive (40% au Danemark et en Irlande, c-à-d que plus de 40% des étudiants déclarent qu'il y a plus de chances qu'il y ait des conséquences positives que négatives). En Europe du Nord et surtout en Europe orientale, on trouve des estimations moins positives et en Europe du Sud, la plus négative (la France et l'Italie ainsi que la Roumanie et la Turquie avaient des indices de 10% ou moins).

Les perceptions qu'ont les adolescents des risques associés à l'alcoolisme épisodique (posée en tant que risque résultant de la consommation de 5 boissons alcoolisées ou plus au cours d'une seule occasion) montre une tendance similaire (Hibell et al 2004). Aucun des pays du Sud de l'Europe des 15 ne comprenait moins de 40% d'adolescents de 15 à 16 ans pensant qu'il y avait un risque important (des valeurs supérieures à 50% sont aussi notées à Chypre et en Turquie). Les perceptions quant aux risques semblent être les plus bas, là où le phénomène d'alcoolisme épisodique (boire pour se saouler) est le plus répandu, comme par exemple en Norvège (19%), aux Pays Bas (19%) et au Royaume Uni (21%). Bien que les tendances de ces perceptions n'ont pas évoluées d'une manière consistante depuis 1995, l'on peut noter que les conséquences anticipées sont devenues notablement plus positives entre 1995 et 2003, particulièrement au sein de l'Europe des 10, en parallèle avec un déclin de la désapprobation perçue du fait de s'enivrer (d'être saoul) tous les week-ends (les données sont disponibles pour la période de 1995 à 1999 uniquement). L'on peut donc dire que la croissance de l'alcoolisme épisodique chez les jeunes dans de nombreux pays semble émerger en parallèle avec des avis plus positifs envers l'alcool, et une désapprobation moindre de l'ivresse alcoolique, mais cela, sans que ne changent les perceptions des jeunes quand aux dangers et risques associés avec ce phénomène.

Pourquoi les jeunes boivent-ils ?

Les jeunes sont liés- et par conséquent 'définis' - par la manière dont la 'jeunesse' est perçue en société, ce qui, au sein de l'Union Européenne se traduit par une nouvelle indépendance, ainsi qu'une certaine contrainte de se forger une identité qui leur est propre. Ces tensions se manifestent, en partie, par le fait de boire, envisagé comme manifestation symbolique d'une identité adulte, en rupture avec le monde de l'enfance. (Wright 1999) – bien que la portée symbolique de l'alcool se manifeste au-delà des questions d'âge (Cf. aussi le chapitre 4). La consommation d'alcool peut aussi être née d'un désir d'accomplissement de certains besoins propres à la vie et à la situation des jeunes - par exemple, il est suggéré dans le dernier rapport 'World Youth' Report ('Jeunesse du Monde') – que l'usage de l'alcool et d'autres drogues 'peut devenir un moyen d'échapper aux situations face auxquelles les jeunes se sentent impuissants' (Département des Affaires Sociales des Nations Unies 2005 :149). Dans d'autres contextes culturels, l'inverse peut aussi s'avérer vrai – en Lettonie par exemple, les jeunes (âgés de 11 à 20 ans) boivent principalement pour se détendre, ou se sentir mieux, alors que les adultes boivent principalement pour oublier leurs problèmes (Koroleva 2005).

De nombreuses raisons sont données par de différents groupes de jeunes, comme l'ennui, la détresse psychologique et la sociabilité (Milgram 2001). Dans le cadre des pressions sur l'appartenance et l'identité de groupe (qui est, aussi lié aux pressions

de l'entourage, des pairs, mentionnés ci dessus), il n'est donc pas surprenant que les jeunes citent fréquemment l'effet désinhibant de l'alcool (par exemple dans le cadre de la sociabilité ou des relations sexuelles) comme une motivation clé de leur consommation (Kloep et al. 2001; Abel and Plumridge 2004). Une étude menée au Royaume Uni a tenté de diviser les motivations des 12 à 17 ans en trois catégories : la première comprenant les raisons de 'nature individuelles' (la relaxation, gérer les événements stressants) , celles de 'nature sociale' (liées au relations avec les autres), et 'l'influence des pairs' (Honess, Seymour, and Webster 2000). Celles ci sont semblables aux motivations reportées des jeunes buveurs ' a risques' comme le montre une autre enquête menée au Royaume Uni, Coleman and Cater 2005), mais sont aussi similaires aux motivations citées par les buveurs adultes (les adultes consommant de l'alcool) , avec l'exception des motivations émanant de l'influence de l'entourage (Crawford 1987).

Bien qu'il soit probable que ces motivations se manifestent différemment d'un pays a l'autre, il est aussi important de noter que ces motivations changes considérablement avec l'age, au sein du même pays. Par exemple, les 12-13 ans dans une étude menée au Royaume Uni se disent vouloir experimenter avec l'alcool, marque / symbole d'une démarcation de leur statut d'enfant, alors que l'ivresse 'secrète' des 14-15 ans sert non seulement a 'tester leur limites' mais leur permet aussi d'être sociable (Honess, Seymour, and Webster 2000; Newburn and Shiner 2001). Il est aussi vraisemblable que les différentes motivations soient associées avec de différents modes de consommation au au sein même d'un groupe particulier (Room 2005); une étude montre que ceux qui recherchent un 'buzz' (une sensation forte, une défonce) (c'est a dire l'effet intoxicant) sont plus probables de reporter des résultats nocifs que ceux buvant pour des raisons de 'facilitation sociale' (Coleman and Cater 2005). Bien que de multiples modes de consommation d'alcool peuvent être associés a une motivation en particulier (Crawford 1987:292), il serait intéressant de voir si des études plus poussées a travers l'Europe montreraient des tendances culturelles régulières du lien entre les motivations et les modes de consommation et leurs conséquences.

Les tendances de la consommation des jeunes

Conformément aux ivresses occasionnelles chez les jeunes, il ne fait aucun doute que l'ivresse chez les jeunes a augmenté en Europe ces 10 dernières années, bien que d'autres aspects de la consommation soient plus ambigus. En effet, le fait que la plupart des pays se situent au-delà des traits discontinus sur les schémas 3.14 et 3.15 montre que le nombre de personnes s'enivrant régulièrement est en augmentation depuis 1995 (ou bien depuis 1999 lorsqu'il n'y a pas de données pour 1995). Pour une grande majorité de ces pays (en rouge), l'augmentation est importante : elle est de 2%. Cependant, elle ne s'est pas faite dans toute l'Europe : un petit nombre de pays a même enregistré une baisse pendant cette période (en bleu).

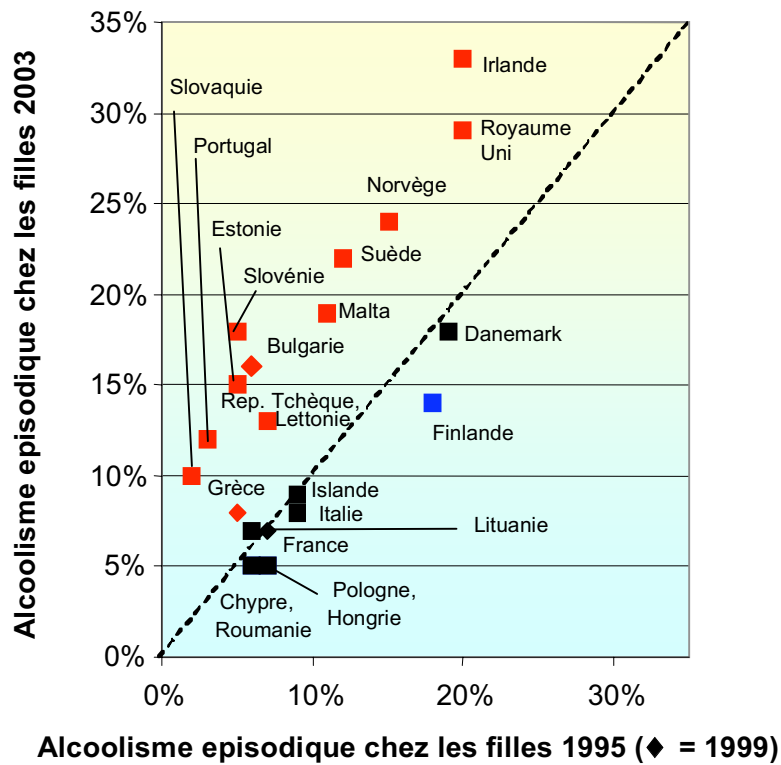


Schéma 4.15

Tendances des ivresses occasionnelles chez les élèves filles de 15-16 ans, 1995-2003

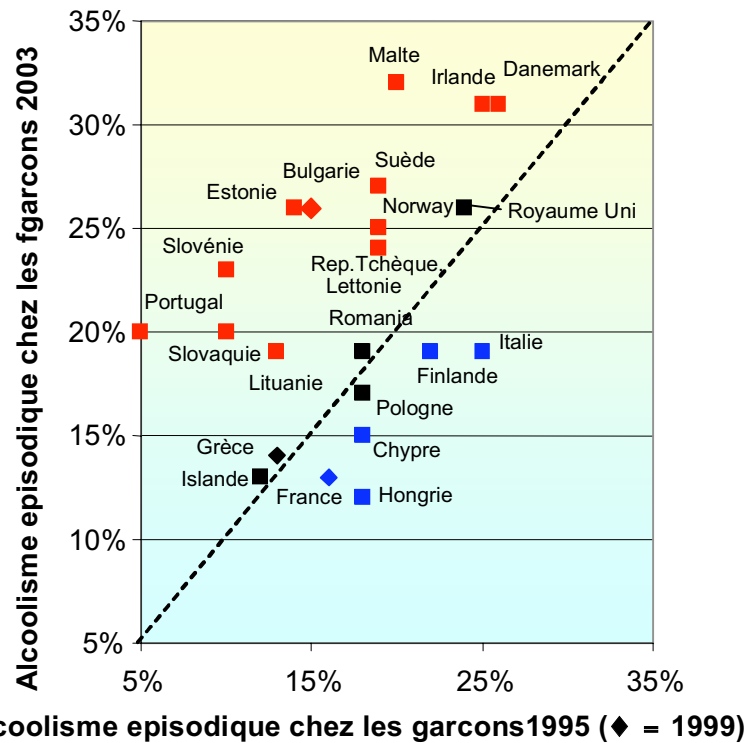


Schéma 4.16 Tendances des ivresses occasionnelles chez les élèves garçons de 15-16 ans, 1995-2003; 5 boissons ou plus lors d'une seule occasion, 3 fois ou plus au cours des 4 dernières semaines Source: ESPAD surveys (Hibell et al. 1996; 2000; 2004)

Un point au-dessus des traits discontinus signifie que le niveau d'ivresses occasionnelles a augmenté. Les pays en rouge connaissent une augmentation de plus de 2% ; les pays en bleu connaissent une baisse de plus de 2%. Les pays en noir connaissent une évolution de moins de 2%.

On note une tendance inverse pour ces changements, en comparaison avec la fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours, qui a diminué considérablement à travers l'Union Européenne, particulièrement de 1995 à 1999.

On observe des tendances similaires dans d'autres pays européens : l'enquête HBSC montre de nettes augmentations des déclarations d'avoir été 'vraiment ivres' au moins deux fois au cours de sa vie en Autriche (uniquement les filles), en Belgique, en Espagne (surtout des filles) et en Suisse. D'autres données d'Espagne concernant les 14-18 ans, montrent également, après une légère diminution dans les années 1990, une nette augmentation de l'ivresse au cours du mois écoulé entre 2002 et 2004 (les chiffres sont passés de 24 à 35%) (Ministerio de Sanidad y Consumo 2005 ; Observatorio 2005). Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête HBSC montrent que le nombre de garçons et filles de 15 ans déclarant avoir été 'vraiment ivres' plus d'une fois a augmenté dans la plupart des pays (pour les garçons, seuls l'Autriche et le Pays de Galles sont des exceptions ; on note aucune diminution notable chez les filles). On note également une augmentation de l'ivresse moindre mais tout de même visible chez les filles à 13 ans (11 ans semble être un âge suffisant pour échapper aux nouvelles tendances).

En regardant de plus près les résultats de l'étude ESPAD (voir Schémas 4.2 à 4.4), l'on constate que cette augmentation n'est pas uniquement une tendance linéaire pouvant s'appliquer de manière égale à travers l'Europe. Pour la première période de données (de 1995 à 1999, ou 93/94- 97/98), l'on observe une forte tendance d'augmentation pour l'ivresse alcoolique et le fait de boire pour se saouler- en effet, aucune des trois variables dressées pour les garçons ne montrent une diminution, alors que les augmentations pour au moins une variable sont visibles dans 18 des 22 pays ayant les données (disponibles). En contraste, les tendances pour la deuxième période (de 1999 à 2003 ou de 1997/8 à 2001/2) semblent bien moins nettes ; en effet, chez les garçons, on ne note aucune tendance décelable, et chez les filles, l'on observe une tendance vers l'augmentation, mais celle-ci est inconsistante. L'Europe de l'Est semble se marquer du reste de l'Europe dans cette deuxième période, avec plus de pays affichant une augmentation (plutôt qu'une diminution) de l'ivresse alcoolique et du fait de boire pour se saouler (particulièrement chez les filles)) ainsi que des augmentations d'autres mesures (y compris le nombre de jeunes âgés de 13 et 15 ans qui ont déjà été ivres, ainsi que le niveau de consommation (au cours de la dernière occasion)).

En regroupant ces tendances, on peut expliquer pourquoi la différence est nettement moins systématique qu'il y a 10 ans entre l'Europe des 10 et l'Europe des 15 pour ce qui est des conduites de consommation des jeunes. C'est d'ailleurs ce que montre les baisses de l'écart relatif pour les ivresses occasionnelles (15%) et l'intoxication (28%).³⁹ Cependant, en ce qui concerne d'autres aspects de la consommation, l'on observe peu de changements au cours des dernières années. La consommation globale a augmenté en Europe de l'Est chez les garçons ainsi que les filles, de 1999 à 2003, mais l'on note aucun changement important au sein de l'Europe des 15.

³⁹ L'écart relatif est calculé comme le coefficient de variation (CV), décrit ci-dessus dans la note de bas de page 4.

Schéma 4.2 Tendances des mesures d'ivresses occasionnelles et ivresses alcooliques chez les jeunes, par pays ; ici l'ivresse alcoolique indiquée trois fois ou plus au cours des derniers 30 jours.

Un ▲ rouge signifie une augmentation de plus de 2% ; un ▼ bleu signifie une diminution de plus de 2% ; un — gris montre une tendance de moins de 2%.

Ans	GARÇONS		FILLES	
	1995 – 1999 ¹	1999 – 2003 ¹	1995 – 1999 ¹	1999 – 2003 ¹
Bulgarie		▲		▲
Chypre		▼		—
Rep. Tchèque	▲	—	▲	—
Danemark	▲	▼	▲	▼
Estonie	▲	▲	▲	▲
Finlande	—	—	▼	—
France		▼		—
Grèce		—		▲
Hongrie	—	▼	—	▼
Islande	▲	▼	▲	▼
Irlande	▲	—	▲	—
Lettonie		▲		▲
Lituanie	—	▲	—	—
Malte	▲	▲	▲	—
Norvège	▲	—	▲	—
Pologne	▲	▼	▲	▼
Portugal	▲	▲	—	▲
Roumanie		—		—
Slovaquie	—	▲	▲	▲
Slovénie	▲	▼	▲	—
Suède	▲	▲	—	▲
Royaume Uni	▲	▼	▲	—

NB : Aucun résultat n'est affiché pour l'Italie, les données n'étant disponibles que pour 1995 et 2003 ; cette période plus allongée nous montre une diminution pour les garçons, mais aucun changement pour les filles.

Sources: ESPAD (Hibell *et al.* 1997; Hibell *et al.* 2000; Hibell *et al.* 2004).

Schéma 4.3 Tendances des mesures d'ivresses occasionnelles et ivresses alcooliques chez les jeunes, par pays ; ici l'ivresse alcoolique indiquée dix fois ou plus par an.

Un ▲ rouge signifie une augmentation de plus de 2% ; un ▼ bleu signifie une diminution de plus de 2% ; un — gris montre une tendance de moins de 2%.

Ans	GARCONS		FILLES	
	1995 – 1999 ¹	1999 – 2003 ¹	1995 – 1999 ¹	1999 – 2003 ¹
Bulgarie		▲		—
Chypre	—	—	—	—
Rep. Tchèque	▲	—	—	▲
Danemark	▲	▼	▲	▼
Estonie	▲	▲	▲	▲
Finlande	▲	▼	▼	▼
France		—		—
Grèce		—		—
Hongrie	—	▲	—	▲
Islande	—	▼	▼	▼
Irlande	▲	—	▲	▲
Italie	—	▲	—	—
Lettonie		—		—
Lituanie	▲	▲	—	▲
Malte	—	—	—	—
Norvège	▲	▼	▲	—
Pologne	▲	—	—	—
Portugal	▲	▼	—	—
Roumanie		—		—
Slovaquie	—	▲	▲	—
Slovénie	▲	—	▲	—
Suède	▲	▼	—	▼
Royaume Uni	▲	▼	—	—

Sources: ESPAD (Hibell *et al.* 1997; Hibell *et al.* 2000; Hibell *et al.* 2004).

Schéma 4.4 Tendances des mesures d'ivresses occasionnelles et ivresses alcooliques chez les jeunes, par pays ; ici montrant l'ivresse alcoolique deux fois ou plus au cours de la vie.

Un ▲ rouge signifie une augmentation de plus de 2% ; un ▼ bleu signifie une diminution de plus de 2% ; un — gris montre une tendance de moins de 2%.

Ans	GARÇONS		FILLES	
	1993/4	1997/8	1993/4	1997/8
	1997/8	2001/2	1997/8	2001/2
Austria	▲	▼	▲	—
Belgium ¹	—	▲	▲	▲
Czech R.	—	—	▲	▲
Denmark	▲	▼	▼	—
Estonia	▲	▲	▲	▲
Finland	—	—	▲	—
Greece		—		▼
Hungary	▲	▲	—	▲
Ireland		▼		▲
Latvia	▲	▼	—	—
Lithuania	▲	▲	▲	▲
Norway	▲	—	▲	—
Poland	▲	—	▲	—
Portugal		▼		▲
Sweden	▲	—	▲	—
Switzerland	▲	▲	▲	▲
UK ²		▲		▲

NB : ¹ Partie française de la Belgique uniquement ; ² les données pour le Royaume Uni concerne l'Angleterre uniquement ; des régions dans la même période montrent des tendances différentes (l'Ecosse ne montre aucun changement chez les garçons, et une augmentation puis une diminution chez les filles ; le Pays de Galles montrant une augmentation entre 1993/4 et 1997/8 et une diminution entre 1997/8 et 2001/2 pour les deux sexes).

Aucun résultat n'est donné pour la Slovénie, les données n'étant disponibles que pour 1993/4 et 2001/2 ; cette période plus allongée ne montrent aucun changement chez les garçons, et une augmentation chez les filles.

Sources: Rapports HBSC (King et collègues 1996; Currie et al. 2000; Currie et al. 2004).

Garçons, filles : la consommation des jeunes

Bien que les media s'intéressent à la consommation des filles dans certaines régions d'Europe, certaines tendances restent immuables : les garçons sont en effet plus susceptibles d'avoir bu de l'alcool à 11 ans, d'avoir été saouls pour la première fois à 13, à boire pour se saouler, à être saouls et à boire de plus grandes quantités à chaque occasion de boire (du reste, c'est ce qui se passe dans le reste du monde, cf. Jernigan 2001). L'écart est plus ou moins important selon les différentes conduites. Il est en général plus grand dans le cas d'une conduite moins habituelle : p. ex., les garçons ont plus tendance à avoir bu de l'alcool dès 11 ans, mais à 15 ans les différences sont infimes.

L'inégalité des sexes est également plus ou moins importante dans diverses régions européennes : la différence quant au fait de ne jamais avoir été ivre est plus grande dans l'Europe des 10 que dans celle des 15 (parce que les garçons boivent plus souvent que les filles). De plus, pour d'autres aspects de la consommation (p. ex. l'âge de la première boisson, la consommation lors de la dernière occasion, les ivresses occasionnelles), on remarque que l'écart est nettement plus grand en Europe du Sud qu'ailleurs, bien qu'une fois de plus cette donnée puisse manquer d'objectivité pour des raisons culturelles. Pour la première fois en 2003, il est aussi vrai que l'ivresse occasionnelle dans certains pays (Le Royaume Uni et l'Irlande) ainsi que l'ivresse alcoolique reportée dans d'autres (Finlande, Islande pour certaines mesures, et le Royaume Uni) est plus fréquent chez les filles que chez les garçons. Il a été suggéré que cette relative égalité des sexes est liée à la situation et position des femmes au Royaume Uni, en Irlande, et dans les Pays Nordiques, bien que le complexité de la situation des adultes (voir ci dessus) tient à nous mettre en garde contre les interprétations simplistes (voir aussi Room 2005)

Lorsque l'on compare les tendances du nombre d'ivresses chez les filles et les garçons (voir schémas 3.14 et 3.15), de toute évidence, il y avait quelques exceptions à l'augmentation du nombre d'ivresses pour les garçons, tandis que pour les filles cette augmentation était tout à fait régulière. C'est dans l'Europe des 15 que cette tendance s'avère être la plus forte : 7 pays sur 10 ont connu une augmentation proportionnelle du nombre d'ivresses pour les filles plus importante que celle des garçons (sauf en Finlande, le seul pays où le nombre d'ivresses a diminué globalement et au Danemark qui enregistrait les taux les plus élevés en 1995 (de résultats similaires, mais moins prononcés sont observés dans le cadre de l'étude HBSC). De même, certaines régions de l'Europe des 10 (Estonie, Lettonie, Slovaquie et Slovénie) ont connu une augmentation proportionnelle bien plus importante pour les filles que pour les garçons, mais cette tendance n'a pas été observée partout (p. ex. Pologne, Lituanie). Néanmoins, ces chiffres peuvent exagérer la situation : certes, l'écart *absolu* entre garçons et filles a diminué mais dans certaines proportions – par exemple, la proportion d'Estoniennes s'enivrant 3 fois ou plus par mois a triplé et est passée de 5% à 15%, mais, en termes absolus, cela représente toujours moins que l'augmentation proportionnellement plus faible de 12% chez les Estoniens. Autrement dit, la différence entre le nombre de filles et le nombre de garçons s'enivrant 3 fois ou plus par mois a augmenté dans nombre de pays mais a diminué ces dernières années.

En conclusion, il semble que l'écart entre les sexes diminue, cependant ceci n'est pas une tendance universelle. En effet, seulement quelques aspects de la consommation dans certains pays sont concernés. Au contraire, les principales tendances de la consommation chez les jeunes évoluent en parallèle pour les filles et les garçons.

La consommation et la dépendance chez les jeunes adultes

Par rapport au reste de la population, les jeunes adultes⁴⁰ ont le taux de consommation le plus élevé dans certains pays et un niveau plus bas ailleurs (Mäkelä et al 2001; Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001; Mäkelä et al 2004). Autrement dit, on estime que la tranche des 19-29 ans représente 20-45% de la consommation totale à la fois pour les femmes et les hommes de 19-65 ans. Par contre, la valeur exacte dépend du pays (calculations faite par l'auteur a partir de Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001; Ramstedt and Hope 2003). Ceci compare les 19 à 24 ans, qui comptent pour 25 à 30 % de la population dans la plupart des pays et 38% en Irlande. D'une manière similaire, bien que les jeunes adultes généralement boivent moins que leurs aînés (Eurobaromètre 2003), cet effet est le plus important en Europe du Sud et en Allemagne (Leifman 2002; Mäkelä et al 2005). Cet effet est aussi visible dans les pays Nordiques et au Royaume Uni, mais demeure beaucoup moins important (particulièrement pour les femmes) et peut même être éliminé selon la variable utilisée, (Leifman 2002)⁴¹.

Un facteur important pouvant servir à expliquer ce phénomène est la préférence relativement stable qu'ont les jeunes de boire dans des lieux de consommation publique - tels que les bars- par rapport à la consommation lors des repas par exemple. Ceci est particulièrement visible en Europe du Sud (et aussi, mais moins, en Allemagne) où les jeunes sont considérablement moins susceptibles de boire au cours du repas de l'après midi ou du soir que les groupes des plus âgés, mais sont, en revanche, plus susceptibles plus de boire dans un restaurant ou dans un bar. Les jeunes en Europe du Nord montrent de similaires niveaux d'augmentation de fréquences de consommation publique d'alcool, mais la fréquence de consommation au cours des repas est moins prononcée- et, exceptionnellement au Royaume Uni, boire au cours des repas est plus commun parmi les jeunes que parmi les autres tranches d'âge. (Leifman 2002). En conséquence des tailles différentes de tranches d'âge, les contextes de consommation d'alcool chez les jeunes en Europe sont différents de ceux des adultes plus âgés (comme le sont décrits ci dessus); en particulier, le Royaume Uni affiche une fréquence de consommation d'alcool lors du repas de l'après midi/ du soir, semblable à celle de l'Italie, et plus importante que celle de la France.

Comme le montre les résultats de la consommation d'alcool dans les lieux publics, la fréquence de consommation jusqu'au point d'intoxication est la plus élevée chez les jeunes, comparé aux groupes les plus âgés, pour la plupart des étudiants (bien que l'on note des exceptions dans l'Eurobaromètre 2003), et la différence est plus prononcée dans certaines parties de l'Europe du Nord, le Royaume Uni et l'Irlande qu'autre part (Leifman 2002; Kuntsche, Rehm, and Gmel 2004). Dans la région Baltique, la tendance semble se diviser selon les sexes, avec des taux plus importants d'ivresse alcoolique comparé aux adultes plus âgés, et cela pour les femmes, mais non pour les hommes, en Estonie, Lettonie, Lituanie et en Finlande (Helasoja *et al.* 2005).⁴² Le lien entre la jeunesse et la consommation de bière à

⁴⁰ La notion de 'jeunes' dans ce contexte fait uniquement référence soit aux 18-29 ans (dans l'ECAS), soit aux 20-34 ans (enquêtes GENACIS de Mäkelä *et al.* 2004). Les enfants et les adolescents ne sont donc pas concernés.

⁴¹ L'effet est visible lorsque la fréquence de consommation d'alcool est calculée soit en tant que fréquence la plus élevée de consommation spécifique à une boisson, ou la somme de fréquences de consommation pour différents types de boisson, mais disparaît lorsque l'on prend en compte le nombre d'occasions de consommations hebdomadaire (avec le déjeuner, le dîner, au domicile sans repas, hors du domicile sans repas). Voir aussi la discussion ci dessus sur la mesure de la fréquence de consommation d'alcool.

⁴² La tranche d'âge la plus jeune : les 20 à 34 ans ; 'l'âge moyen' signifie les 35 à 49 ans. L'alcoolisme épisodique est défini comme six mesures lors d'une seule occasion

travers l'Europe est une des tendances les plus consistantes à travers l'Europe - dans presque tous les pays (sauf l'Allemagne), les groupes les plus jeunes favorisent la bière, en comparaison avec les groupes les plus âgés (Hupkens, Knibbe, and Drop 1993; Hemström, Leifman, and Ramstedt 2001; Leifman 2002).

Bien que peu de données ne soient disponibles quand aux tendances de consommation d'alcool chez les jeunes adultes, une enquête menée en Italie semble montrer que les jeunes boivent relativement moins que ceux plus âgés dans les années 90, en comparaison avec les années 50 (Leppänen, Sullström, and Suoniemi 2001), mais il est plus probable qu'ils consomment de l'alcool en dehors des repas (Ministero della Salute 2003). Dans le sens où le déclin de la consommation par capita en Italie peut s'expliquer par un déclin de la consommation d'alcool avec les repas (voir la discussion ci dessous), ces conclusions semblent se compléter, et non se contredire. Cependant, dans d'autres cas, en ce qui concerne les tendances de consommation de la population, il est difficile de faire la part entre les tendances qui se pressentent tout d'abord chez les jeunes (effets de cohorte) et les simples effets de l'âge qui ne mènent à aucun changement au niveau de la population. Il reste à voir si la réduction des différences entre la consommation d'alcool chez les jeunes à travers l'Europe (comme le montre la fréquence de consommation, les préférences de boissons et la consommation au cours des repas) représentent une nouvelle harmonisation en Europe.

CE QUI SE CACHE DERRIERE LES TENDANCES DE LA CONSOMMATION EN EUROPE

Tout au long de ce chapitre, nous avons pu remarquer une certaine harmonisation des tendances : en effet, certains aspects de la consommation d'alcool sont les mêmes pour certaines régions européennes, tandis que d'autres aspects et d'autres régions connaissent des différences perpétuelles. Ainsi, les pays européens se sont rapprochés quant (i) à la consommation enregistrée, (ii) aux préférences en matière de boissons et (iii) à l'ivresse des jeunes – pour ce cas-ci, on ne note un changement que depuis ces 10 dernières années. En ce qui concerne les taux de consommation enregistrée, l'harmonisation s'est faite dans la majorité de l'UE, mais dans d'autres régions, elle ne concerne que l'Europe des 15 (pour les préférences en matière de boissons) ou l'Europe des 10 et l'Europe des 15 (pour la consommation chez les jeunes). Malheureusement, nous ne possédons pas de données permettant de rapprocher ces tendances à celles des caractéristiques à risque de la consommation chez les adultes, ce qui - étant donné l'importance de la politique à ce sujet - représente un manque qu'il faut combler de toute urgence.

Ces résultats nous ont permis d'avoir une vue d'ensemble des récentes tendances de la consommation, mais ils nécessitent également une explication : *pourquoi* cette harmonisation partielle ?

Il est possible que des changements plus importants des conditions de vie dans l'UE aient une part de responsabilité, par exemple une évolution dans la manière d'utiliser son temps, l'urbanisation ou encore les secteurs agricoles des régions méditerranéennes qui sont devenus des secteurs industriels/de services (Allamani 2001). Toutefois, la baisse du nombre d'agriculteurs buveurs excessifs en France ne comptait que pour un quarantième de la baisse totale de la consommation entre 1965 et 1979 (Sulkunen 1989). En effet, durant cette période, on peut noter des changements de la consommation et des préférences en matière de boissons dans toutes les professions (y compris les agriculteurs) et dans les milieux à la fois ruraux et urbains. Dernièrement, des études européennes ont montré qu'il n'y avait aucune différence systématique entre les zones urbaines et rurales dans l'Europe des 15, que ce soit pour la part des revenus dépensés dans l'alcool ou pour la consommation d'alcool (Eurobaromètre 2003 ; Commission européenne 2003b). Et

d'une manière générale, il s'avère difficile de concilier une explication simple d'un facteur commun et les résultats différents d'évolutions pourtant similaires en Europe du Nord et du Sud (Simpura 1998). Il y a peut-être une raison pour cela : en effet, la relation entre l'urbanisation et la consommation d'alcool est complexe et conduit vers diverses conclusions. Certains sociologues avancent d'ailleurs que le rôle de l'alcool, celui de faciliter les contacts, deviendra plutôt *plus* que moins important dans le monde anonyme de la ville (Sulkunen 1989; Simpura 1996).

On pense également que certains facteurs économiques – tels que les augmentations du revenu disponible (surtout chez les jeunes) et les changements du prix de l'alcool – contribuent à cette harmonisation partielle. Par exemple, le PIB est un facteur important qui touche les taux de consommation dans l'Europe des 15 (Customs Associates Ltd 2001). En effet, des spécialistes de la recherche commerciale ont prévu des augmentations de la consommation à cause du PIB en hausse (cité dans Anderson et Godfrey 2006). Plus généralement, on a observé que les taux de consommation d'alcool dépendent souvent des taxes et des prix (voir chapitre 7). Toutefois, l'analyse économétrique la plus détaillée révèle que le prix et les dépenses ne peuvent être les seuls indices d'une harmonisation des taux de consommation dans l'Europe des 15. Ils peuvent tout de même expliquer une partie de la variation (Leppänen, Sullström, and Suoniemi 2001; Leifman 2001b). Dans cette optique, la baisse de la consommation de vin enregistrée en Europe du Sud représente de toute évidence un problème, étant donné que les prix réels étaient stables ou en baisse au moment même où la consommation observait une baisse régulière (Allamani 2001). Néanmoins, la récession économique du milieu des années 80 a été considérée comme un facteur ayant contribué à la baisse de la consommation en Europe du Sud, tandis que l'augmentation relative du vin par rapport à la bière a également été associée aux changements en matière de choix des boissons en Espagne (Gual and Colom 1997). Cela suppose que des facteurs économiques peuvent jouer un rôle même lorsque l'alcool est relativement bon marché (voir chapitre 8 pour une comparaison des prix en Europe).

Un troisième facteur potentiel de cette évolution est la 'mondialisation' sous toutes ses formes, et notamment les pratiques commerciales des exploitants d'alcool multinationaux dans l'Europe des 15 et plus récemment également dans l'Europe des 10 (Simpura 1997), comme il est expliqué dans la discussion sur la commercialisation dans le chapitre 6 (Leifman 2001b). On peut expliquer cela par la prédominance des publicités pour la bière et les spiritueux par rapport au vin dans l'Europe du Sud (Gual and Colom 1997) mais aussi par l'accès aux marchés et les liens plus étroits qui existent au sein de l'UE (voir chapitre 8). D'autre part, ce qui est peut-être plus important, est que cela pourrait également indiquer que les pays consomment de plus en plus de 'boissons alcooliques internationales' plutôt que juste des boissons qu'ils avaient tendance à produire au niveau national. De plus, et ce qui vient renforcer en partie cette idée, la part des importations sur le marché de tous les alcools a radicalement augmenté en Grèce, au Portugal, en Italie et en Espagne : elle est passée de 1% ou moins en 1970 à 9%-18% aujourd'hui.⁴³ Ce qui signifie, cependant, que la plupart des boissons alcooliques est produite à l'intérieur du pays, et même pour la bière – la 'nouvelle boisson' – seule l'Italie en a moins de 90% provenant de ressources nationales (voir aussi Pyörälä 1989). En outre, le pouvoir de la publicité de précipiter les changements culturels est exagéré. Certes, il est probable que la publicité ait suscité ou accéléré les changements culturels mais elle n'est pas la seule responsable.

⁴³ Accès à l'alcool calculé à partir de l'opération suivante : production + importations – exportations ; toutes les données viennent de la banque de données statistiques de l'Organisation des Nations unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAOSTAT), disponible au public sur <http://faostat.fao.org/>

L'explication probablement la plus intéressante se trouve dans une analyse de la compétition culturelle entre catégories sociales (Sulkunen 1989; Hupkens, Knibbe, and Drop 1993; Knibbe, Drop, and Hupkens 1996). D'après la théorie sociale de Pierre Bourdieu (Bourdieu 1984; see also Bourdieu 1990), les personnes possédant un 'capital culturel' utilisent leurs appréciations de goût dans le but d'affirmer leur position dominante dans la société (bien que cela soit souvent fait inconsciemment et de manière 'naturelle' plutôt qu'explicite) Les personnes possédant un capital culturel moins important adoptent les caractéristiques de cette élite afin d'exposer leur compétition culturelle. D'après cette théorie, on affirme que le comportement des personnes d'un statut plus élevé imprègne progressivement la société européenne. Par exemple, en France – et peut-être dans les autres pays producteurs de vin comme l'Italie et l'Espagne – la traditionnelle et considérable consommation de vin pendant les repas semble être associée de plus en plus à des habitudes démodées. Ce mode de consommation semble être remplacé par des conduites de consommation plus élégantes comme l'abstinence ou boire en dehors des repas (Sulkunen 1989; Simpura 1998). Certains emplois traditionnels du vin ont sûrement été remplacés par la consommation de coca-cola, de jus de fruits et d'eaux minérales, des boissons très peu consommées dans cette région (Gual and Colom 1997).

Un point fort de cette approche est qu'elle semble s'appliquer de manière égale au reste de l'Europe des 15, où les boissons non traditionnelles sont aussi le signe que l'on suit les goûts à la mode. En Europe du Nord, cela se traduit par la popularité grandissante de la consommation de vin pendant les repas, une tendance qui (comme on peut s'en douter) semble être la plus forte chez les personnes d'un niveau socio-économique plus élevé (Hupkens, Knibbe, and Drop 1993). De même, les données au niveau régional semblent rejoindre cette tendance, malgré le peu de clarté due au manque de contrôles concernant les caractéristiques de consommation de groupes de personnes d'un niveau d'éducation différent (comme décrit ci-dessus). Toutefois, la préférence relative d'une boisson par rapport à une autre indique la caractéristique prévue pour le niveau d'éducation des régions, autrement dit les régions en Méditerranée où le niveau d'éducation est plus bas ont tendance à boire du vin plus souvent que de la bière, mais celles en Europe du Nord connaissent une tendance opposée.⁴⁴ Il est donc important de ne pas surestimer la capacité d'explication de cette constatation – le vin reste la boisson la plus appréciée de Français, par exemple, notamment dans certaines régions – mais elle permet de souligner une éventuelle cause commune derrière certaines des tendances autrement différentes en Europe.

Enfin, l'impact des politiques en matière de santé publique est un dernier facteur à prendre en considération. Il y eut également une harmonisation dans ce domaine depuis la Deuxième Guerre mondiale (voir chapitre 8). On a en effet observé un changement des mesures politiques surtout là où il n'y avait que peu de politiques auparavant – notamment dans les pays d'Europe du Sud. De même, on a noté une baisse de la consommation dans ces pays à peu près au même moment où ces politiques étaient en cours d'application (Gual and Colom 1997). Gual et Colom indiquent que des politiques en matière de santé publique visant à réduire la consommation de spiritueux ont peut-être contribué à l'augmentation de la consommation de bière. Il est possible par ailleurs, que ces politiques ont eu un impact sur la consommation d'alcool chez les jeunes, étant donné que

⁴⁴ Ceci est une ré-interprétation des données fournies par Knibbe *et al.* (Knibbe, Drop, et Hupkens 1996). L'enquête originale montrait que la bière ne suivait pas du tout cette tendance, mais n'a pas pris en considération la préférence *relative* d'une boisson par rapport à une autre. Au contraire, les corrélations absolues de la fréquence de consommation de bière/vin et du niveau régional d'éducation ont été utilisées, ce qui a apparemment faussé les résultats.

l'augmentation du niveau d'alcoolisme épisodique à travers l'Europe des 15 au milieu, et jusqu'à la fin des années 90, fut suivie d'une prise de conscience et d'un cours d'action au niveau national et Européen. (Cf. Le Chapitre 8).

Ici, la grande difficulté est de séparer les causes et les effets de la politique : ainsi, une augmentation de la prise de conscience des dommages liés à l'alcool peut à la fois réduire la consommation dangereuse et augmenter les chances d'adoption de politiques sur l'alcool (Allamani 2001). Par exemple, au début des années 1980 en France, les personnes interrogées pour des enquêtes ont souvent répondu que la réduction de leur consommation passait avant les préoccupations par rapport à la santé (cité dans Sulkunen 1989), ce qui peut être en relation avec l'évolution des politiques françaises sur l'alcool. Néanmoins, l'augmentation du nombre de politiques sur l'alcool est souvent citée par les sociétés d'études de marché comme étant un élément expliquant la réduction de la consommation dans des pays comme la France (pour un exemple sur l'application de lois concernant la consommation des mineurs et l'alcool au volant, voir Euromonitor and just-drinks.com 2005 : 11, 23).

La complexité culturelle et les tendances chez les jeunes

Cependant, ces dimensions culturelles et économiques ne devraient pas être considérées comme des processus faussement distincts ; au contraire, elles nous aident à comprendre une interaction complexe d'éléments participant indubitablement à la 'modernisation' des préférences en matière de consommation en Europe. Par exemple, la prise de conscience toujours plus grande des dangers que l'alcool représente pour la santé est peut-être en rapport avec le côté 'chic' du vin qui s'est atténué (Sulkunen 1989). D'un autre côté, l'épidémie du 20^e siècle concernant l'emploi des voitures a permis de convaincre une bonne partie de l'Europe du Sud des dangers de l'alcool (Gual and Colom 1997; Simpura 1998). Plus important encore, la mondialisation d'aspects culturels ainsi que la mondialisation du commerce (Simpura 1997) peuvent y être pour beaucoup dans le fait qu'un style et un goût soient associés à des conduites de consommation particulières, ce qui peut potentiellement conduire à une harmonisation de plus en plus importante. Ceci se manifeste dans la mobilité croissante des individus ainsi que des produits dérivés culturels (par exemple, les programmes de télévision, les films, la musique et les livres) entre les régions et les pays, permettant aux gens de voir des modes de vie 'alternatifs' (et, à un niveau moindre, des différents modes de consommation d'alcool). Même si les modèles quelque peu 'naïfs' d'homogénéisation culturelle sont désormais rejetés, l'on peut suggérer qu'une exposition et une utilisation croissante de formes culturelles précédemment 'étrangères' peuvent- particulièrement parmi les jeunes -se manifester par l'émergence de tendances et de modes à travers plusieurs zones géographiques, ce qui n'aurait pas été le cas à la veille de la mondialisation à l'échelle actuelle.

Cela peut expliquer en partie l'harmonisation de l'ivresse entre l'Europe des 10 et celle des 15 au cours des dix dernières années et également les signalements de plus en plus nombreux concernant la consommation dangereuse d'alcool chez les jeunes dans des pays qui n'étaient habituellement pas confrontés à ces problèmes. On note entre autres l'augmentation des ivresses occasionnelles au Portugal (Hibell et al 2004), l'augmentation de la consommation d'alcool en dehors des repas en Italie (Ministero della Salute 2003) ainsi que la consommation d'alcool en groupe tard et dans la rue (phénomène espagnol connu sous le nom de 'el botellón'), dans ce cas plus de 70% sont estimés être des buveurs dangereux (Baigorri, Fernández, and GIESYT 2004). Ceci s'est déroulé dans un contexte de consommation accrue de drogues illégales dans les années 1990 (Hibell et al 2000), ce qui a conduit à ce que certains ont appelé les 'guerres des drogues amusantes', entre les drogues légales et illégales (Brain 2000). Tout cela semble indiquer que l'alcool et d'autres drogues doivent se faire concurrence pour obtenir le marché des jeunes en proposant des

'montées' toujours plus fortes concernant la recherche de plaisir, à la fois en termes de produit alcoolique et de milieu dans lequel il est consommé (Measham 2004).

Bien qu'une grande partie de cette analyse s'applique au Royaume-Uni, un contexte similaire a été observé à travers l'Union Européenne. Par exemple, l'usage de drogues 'est devenu un phénomène de consommation, bien plus qu'un phénomène de délinquance' en Italie (Beccaria and Sande 2003:104), alors que la consommation de cannabis a doublé et que celle de cocaïne a quadruplé entre 1994 et 2002. Une montée en flèche des ivresses occasionnelles s'en est suivie entre 2002 et 2004 (Ministerio de Sanidad y Consumo 2005). Il a été suggéré, à la suite des conclusions tirées lors d'une étude menée dans la capitale Estonienne, Tallin, que l'usage récréatif de drogues parmi les jeunes dépend non seulement d'un média libre et de l'apparition d'une 'culture de la jeunesse', elle-même étant le résultat de transformations culturelles, mais aussi de croissance économique et du phénomène de mondialisation depuis la deuxième Guerre Mondiale (Allaste and Lagerspetz 2002). Alors qu'une multitude de causes peuvent servir à expliquer ces tendances, il a été suggéré que l'expérience la plus commune de 'consommation' et l'individualisme peut être, en partie responsable- dans le sens où il crée des attentes et des demandes et isole ceux qui n'adhèrent pas à cette éthique de consommation. (Eckersley 2005). Des analyses plus approfondies à la fois sur l'ampleur et les causes du phénomène seraient très utiles afin d'appréhender cette hypothèse, ce qui nous aiderait à expliquer les caractéristiques bien visibles chez les jeunes citoyens européens.

Toutefois malgré tous ces éléments, il ne faut pas oublier que les modes de consommation sont profondément ancrés dans les cultures européennes et qu'ils possèdent leur propre inertie ce qui fait que tout changement est souvent très lent (Simpura, Karlsson, and Leppänen 2001). En effet, cette inertie peut être liée aux rythmes internes de la consommation d'alcool en 'vagues longues' (voir par exemple Simpura 1995). Mais les récents changements observés quant aux jeunes et à la consommation d'alcool sembleraient indiquer que les jeunes soient plus prêts à accepter le changement que les adultes, ce qui relève d'un appel intuitif. Néanmoins, la proportion de jeunes dans une région n'avait pas de rapport avec l'adoption de la 'nouvelle boisson' dans aucune région d'Europe (Knibbe, Drop, and Hupkens 1996). Par contre, la dimension culturelle de la consommation d'alcool chez les adultes reste un facteur important quant aux caractéristiques de consommation des jeunes (Bjarnason et al 2003). Ce qui est le plus évident, c'est que, en dépit des différences générationnelles dans chaque pays, les faits présentés dans ce chapitre, montrent que bon nombre de caractéristiques de la consommation des adultes se retrouvent chez leurs homologues cadets.

CONCLUSION

Ce chapitre propose donc une ébauche de la situation actuelle des habitudes de consommation dans l'UE, région du monde où l'on boit le plus d'alcool. De même, il montre comment les taux de consommation de la population sont susceptibles d'évoluer parallèlement aux nombres de buveurs excessifs, tandis que l'évolution des tendances relatives aux abstinents est relativement indépendante des autres. On remarque toutefois des différences bien nettes dans cette vue d'ensemble – à la fois entre les catégories de la population (définies d'après le statut socio-économique, le sexe ou l'âge) et entre les pays européens. Le plus frappant, à long terme, reste l'harmonisation partielle : elle s'est déroulée parfois dans l'UE toute entière (pour les taux de consommation) et parfois uniquement dans certaines régions européennes (entre l'Europe des 15 et l'Europe des 10 pour l'ivresse chez les jeunes, dans l'Europe des 15 pour les préférences en matière de boissons). Il semble également

qu'apparaisse une tendance relative à de nouvelles caractéristiques plus dangereuses de consommation d'alcool chez les jeunes et ce dans de nombreuses régions européennes, bien que l'augmentation générale ne signifie pas que les jeunes soient totalement déconnectés de leur culture de consommation d'alcool d'origine.

Alors que tenter de résumer la situation européenne n'est pas toujours une tâche facile, tenter d'en expliquer les raisons est assurément bien plus difficile. En effet, un terme aussi simple que 'modernisation' peut sous-entendre un certain nombre d'explications différentes, qui vont toutes avoir des interactions diverses et complexes et ce, souvent dans des contextes différents. Ceci dit, l'ensemble des cinq grandes dimensions évoquées ci-dessus – les conditions de vie, les changements économiques, la mondialisation, la compétition culturelle et les politiques en matière de santé publique – permet d'essayer de confronter ces problèmes et de potentiellement formuler quelques prévisions pour l'avenir. D'autre part, l'urbanisation et la manière différente dont le temps est utilisé peuvent tout à fait avoir joué un rôle dans l'harmonisation des taux de consommation, ce qui peut être vrai également pour la prospérité croissante, mais dans aucuns de ces deux cas la part d'explication n'est aussi importante qu'on le croit. La mondialisation, notamment l'internationalisation des producteurs de boissons alcooliques, a permis un plus grand accès à des boissons 'étrangères' mais a également normalisé les pratiques de commercialisation (sinon le contenu). Cela peut tout à fait rejoindre la compétition symbolique actuelle ayant lieu lors des processus décisionnels quotidiens et expliquer en partie pourquoi les 'nouvelles boissons' séduisent de plus en plus l'Europe des 15. Enfin, alors qu'il est difficile de séparer complètement les effets des politiques d'autres facteurs, on reconnaît aisément – à la fois du point de vue de la santé publique et des producteurs – que les politiques sur l'alcool en matière de santé publique, qui de manière générale sont plus nombreuses et convergentes (voir chapitre 8), ont, d'une certaine manière, participé à la visible harmonisation des taux de consommation.

Du point de vue de l'élaboration de politiques en matière de santé publique, ces changements des conduites de consommation nécessitent une connaissance plus approfondie et ce, dans le contexte des dommages liés à la consommation d'alcool. C'est d'ailleurs à ces risques et à ces résultats que les deux chapitres suivants seront consacrés.

REFERENCES

Abel, G. M. and Plumridge, E. W. (2004). "Network "Norms" or "Styles" of "Drunken Comportment"?" *Health Education Research*, 19: 492-500.

Academy of Medical Sciences (2004). *Calling time: the nation's health as a public health issue*. http://www.acmedsci.ac.uk/p_callingtime.pdf

Ahlström, S. (1987). "Women's Use of Alcohol." *Finnish drinking habits: results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984*, Edited by J. Simpura. Helsinki, Finland: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Ahlström, S., Bloomfield, K., and Knibbe, R. (2001). "Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings." *Substance Abuse*, 22(1): 69-85.

Ahlström, S., G. Gmel, Pia. Mäkelä, and J. Näsänen (2005). "Drinking Contexts in European Countries." Pp.73-86 in *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. Project Final Report*, Edited by K. Bloomfield, S. Ahlström, A. Allamani, F. Beck, K. Helmersson Bergmark,

L. Csemy, I. Eisenbach-Stangl, Z. Elekes, G. Gmel, F. Kerr-Correa, R. Knibbe, Pia. Mäkelä, M. Monteiro, M. Medina Mora, S. Nordlund, I. Obot, M. Plant, G. Rahav, and R. Mendoza. Berlin: Charite Campus Benjamin Franklin.

Allamani, A. (2001). "Policy Implications of the ECAS Results: a Southern European Perspective." Pp.195-205 in *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Allamani, A., Voller, F., Kubicka, L., and Bloomfield, K. (2000). "Drinking Cultures and the Position of Women in Nine European Countries." *Substance Abuse*, 21(4): 231-37.

Allaste, A-A. and Lagerspetz, M. (2002). "Recreational Drug Use in Estonia: the Context of Club Culture." *Contemporary Drug Problems*, 29: 183-200.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., and colleagues (2004). "Prevalence of Mental Disorders in Europe: Results From the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420): 22-27.

Anderson, P. and C. Godfrey (2004). "Addiction and Alcohol Use Disorders." *Prevention of mental disorders: An overview on evidence-based strategies and programs*, Edited by C. Hosman, S. Saxena, and E. Jané-Llopis. Oxford: Oxford UP.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., and Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Oxford: Oxford UP.

Baigorri, A., Fernández, R., and GIESYT. (2004). *Botellón: Un Conflicto Postmoderno [Botellón: a Postmodern Conflict]*, Barcelona: Icaria.

Beccaria, F. and Sande, A. (2003). "Drinking Games and Rite of Life Projects: a Social Comparison of the Meaning and Functions of Young People's Use of Alcohol During the Rite of Passage to Adulthood in Italy and Norway." *Young: the Nordic Journal of Youth Research*, 11(2): 99-119.

Beinart, S., Anderson, B., Lee, S., and Utting, D. (2002). *Youth at risk: a national survey of risk factors, protective factors and problem behaviour among young people in England, Scotland and Wales*. London: Communities that Care.

Beirness, B. J., Foss, R. D., and Vogel-Sprott, M. (2004). "Drinking on Campus: Self-Reports and Breath Tests." *Journal of Studies on Alcohol*, 65: 600-604.

Bjarnason, T., Andersson, B., Choquet, M., Elekes, Z., Morgan, M., and Rapinett, G. (2003). "Alcohol Culture, Family Structure and Adolescent Alcohol Use: Multilevel Modeling of Frequency of Heavy Drinking Among 15-16 Year Old Students in 11 European Countries." *Journal of Studies on Alcohol*, 64(2): 200-208.

Bloomfield, K., Ahlström, S., Allamani, A., Choquet, M., Cipriani, F., Gmel, G., Jacquat, B. J., Knibbe, R., Kubicka, L., Lecomte, T., Miller, P., Plant, Moira, and Spak, F. (1999). *Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries*. Berlin: Free University of Berlin (Institute of Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology). <http://www.medizin.fu-berlin.de/statistik/Gender&Alcohol/>

Bloomfield, K., G. Gmel, U. Grittner, S. Kramer, and J. Eckloff (2005). "Social Inequalities in Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in the Study Countries of the EU Concerted Action "Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-National Study"." Pp.117-35 in *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. Project Final Report*, Edited by K. Bloomfield, S. Ahlström, A. Allamani, F. Beck, K. Helmersson Bergmark, L. Csemy, I. Eisenbach-Stangl, Z. Elekes, G. Gmel, F. Kerr-Correa, R. Knibbe, Pia. Mäkelä, M. Monteiro, M. Medina Mora, S. Nordlund, I. Obot, M. Plant, G. Rahav, and R. Mendoza. Berlin: Charite Campus Benjamin Franklin.

Bloomfield, K., Gmel, G., Neve, R., and Mustonen, H. (2001). "Investigating Gender Convergence in Alcohol Consumption in Finland, Germany, the Netherlands and Switzerland: a Repeated Survey Analysis." *Substance Abuse*, 22(1): 39-53.

Bobak, M., Room, R., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., Kurilovitch, S., Topor, R., Nikitin, Y., and Marmot, M. (2004). "Contributions of Drinking Patterns to Differences in Rates of Alcohol Related Problems Between Three Urban Populations." *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 58: 238-42. <http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/58/3/238>

Bongers, I. M. B., van de Goor, L. A. M., van Oers, J. A. M., and Garretsen, H. F. L. (1998). "Gender Differences in Alcohol-Related Problems: Controlling for Drinking Behaviour." *Addiction*, 93(3): 411-21.

Bonomo, Y. A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. B., and Patton, G. C. (2004). "Teenage Drinking and the Onset of Alcohol Dependence: a Cohort Study Over Seven Years." *Addiction*, 99(12): 1520-1528.

Bourdieu, P. 1984. *Distinction: a Social Critique of the Judgement of Taste* [Translated by Richard Nice]. Originally published as *La distinction* (1979), London: Routledge & Kegan Paul.

Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice* [Translated by Richard Nice]. Originally published as *Le sens pratique*, Cambridge: Polity.

Brain, K. (2000). *Youth, alcohol, and the emergence of the post-modern alcohol order*. Institute of Alcohol Studies. <http://www.ias.org.uk/iaspapers/brainpaper.pdf>

Carey, K. B. (2001). "Understanding Binge Drinking: Introduction to the Special Issue." *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4): 283-86.

Casswell, S., Pledger, M., and Hooper, R. (2003). "Socioeconomic Status and Drinking Patterns in Young Adults." *Addiction*, 98(5): 601-10.

Coleman, L. and Cater, S. (2005). *Underage 'risky' drinking*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.

Colhoun, H., Ben-Shlomo, Y., Dong, W., Bost, L., and Marmot, M. (1997). "Ecological Analysis of Collectivity of Alcohol Consumption in England: Importance of Average Drinker ." *British Medical Journal*, 314: 1164. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7088/1164>

Commission européenne [European Commission] (2003a). *Health in Europe: results from 1997-2000 surveys*. http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-57-03-184/EN/KS-57-03-184-EN.PDF

Commission européenne [European Commission] (2003b). *Health statistics: key data on health 2002*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Crawford, A. (1987). "Attitudes About Alcohol: a General Review." *Drug and Alcohol Dependence*, 19: 279-311.

Currie, C., Hurrelman, K., Settertobulte, W., Smith, Rebecca, and Todd, Joanna (2000). *Health and Health Behaviour among Young People: a WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. WHO.

Currie, C., Roberts, Chris, Morgan, A., Smith, Rebecca, Settertobulte, W., Samdal, O., and Rasmussen, V. B. (2004). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, Denmark: WHO.

Customs Associates Ltd (2001). *Study on the competition between alcoholic drinks*. http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/publications/reports_studies/taxation/study_al_drinks/al_drinks.htm

Droomers, M., Schrijvers, C. T. M., and Mackenbach, J. P. (2004). "Educational Differences in Starting Excessive Alcohol Consumption: Explanations From the Longitudinal GLOBE Study." *Social Science and Medicine*, 58(4): 2023-33.

Duarte, R. and Molina, J. A. (2004). "Alcohol Abuse Among Adolescents: Regional Evidence From Spain." *International Journal of Consumer Studies*, 28(1): 18-27. e-version in *YP/Europe*

Eckersley, R. M. (2005). "'Cultural Fraud': the Role of Culture in Drug Abuse." *Drug and Alcohol Review*, 24: 157-63.

Epstein, E. E. (2001). "Classification of Alcohol-Related Problems and Dependence." Pp.47-70 in *International handbook of alcohol dependence and problems*, Edited by N. Heather, T. J. Peters, and T. Stockwell. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Eurobaromètre [Eurobarometer] (2003). *Health, food and alcohol safety*. Special Eurobarometer 186. http://europa.eu.int/comm/public_opinion/index_en.htm

Euromonitor and just-drinks.com (2005). *The just-drinks/Euromonitor International industry review 2004-2010*. Bromsgrove, UK: Aroq Ltd.

Fillmore, K. M., Hartka, E., Johnstone, B. M., Leino, E. V., Motoyoshi, M., and Temple, M. T. (1991). "A Meta-Analysis of Life Course Variation in Drinking." *British Journal of Addiction*, 86(10): 1221-68.

Gerrard, M., Gibbons, F. X., Zhao, L., and colleagues (1999). "The Effect of Peers' Alcohol Consumption on Parental Influence: A Cognitive Mediation Model." *Journal of Studies on Alcohol*, 13(Suppl.): 32-44.

Gmel, G., Bloomfield, K., Ahlström, S., Choquet, M., and Lecomte, T. (2000). "Women's Roles and Women's Drinking: a Comparative Study in Four European Countries." *Substance Abuse*, 21(4): 249-64.

Göransson, M., Magnusson, A., Bergman, H., Rydberg, U., and Heilig, M. (2003). "Fetus at Risk: Prevalence of Alcohol Consumption During Pregnancy Estimated With a Simple Screening Method in Swedish Antenatal Clinics." *Addiction*, 98(11): 1513-20.

Grant, B. F., Dawson, D., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., and Pickering, R. P. (2004). "The 12-Month Prevalence and Trends in DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002." *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3): 223-34.

Grundberg, G. (2004). "Consumption of Alcohol During Pregnancy: an Investigation of 1000 Spanish Women." *The 'Coping with Parental Drinking' Symposium, Cologne 14th & 15th May 2004 [conference proceeding]* <http://www.encare.info/content/resources/symposium2004.htm>

Gual, A. and Colom, J. (1997). "Why Has Alcohol Consumption Declined in Countries of Southern Europe?" *Addiction*, 92: S21-S31.

Hamlyn, B., Brooker, S., Oleinikova, K., and Wands, S. (2002). *Infant feeding 2000*. TSO.

Health Council of the Netherlands (2004). *Risks of alcohol consumption related to conception, pregnancy and breastfeeding: executive summary*. 2004/22. The Hague: Health Council of the Netherlands.

Helasoja, V., Lahelma, E., Prättälä, R., Petkeviciene, J., Pudule, I., and Tekkel, M. (2005). "Population Group Differences in Binge Drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]*

Hemmingsson, T., Lundberg, I., and Diderichsen, F. (1999). "The Roles of Social Class of Origin, Achieved Social Class and Intergenerational Social Mobility in Explaining Social-Class Inequalities in Alcoholism Among Young Men." *Social Science and Medicine*, 49(8): 1051-59.

Hemström, Ö., H. Leifman, and M. Ramstedt (2001). "The ECAS-Survey on Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., and Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., and Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. www.espad.org

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., and Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 26 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe.

Honess, T., Seymour, L., and Webster, R. (2000). *The social contexts of underage drinking*. London: The Research Development and Statistics Directorate, the Home Office. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-drink.pdf>

Hupkens, C. L. H., Knibbe, R., and Drop, M. J. (1993). "Alcohol Consumption in the European Community: Uniformity and Diversity in Drinking Patterns." *Addiction*, 88(10): 1391-404.

Jacobsen, B. K. (1989). "Frequency of Alcohol Use and the Level of Education." *Journal of Internal Medicine*, 225: 417-242.

Jernigan, D. (2001). *Global status report: alcohol and young people*. Geneva: WHO.

Kelleher, C., Gabhainn, S. N., Friel, S., Corrigan, H., Nolan, G., Sixsmith, J., Walsh, O., and Cooke, M. (2003). *The national health & lifestyle surveys*. Galway, Ireland: Centre for Health Promotion Studies, National University of Ireland.

King, A. and colleagues (1996). *The health of youth: a cross-national survey*. 69. Copenhagen: WHO-EURO.

Klipstein-Grobusch, K., Slimani, N., Krogh, V., Keil, U., Boeing, H., Overvad, K., Tjonneland, A., Chavel-Chapelon, F., Thiébout, A., Linseisen, J., Schulze, M. B., Lagiuo, P., Kumle, M., Brustad, M., Martínez García, C., Barricarte, A., Berglund, G., Weinehall, L., Mulligan, A., Allen, N., Ferrari, P., and Riboli, E. (2002). "Trends in Self-Reported Past Alcoholic Beverage Consumption and Ethanol Intake From 1950 to 1995 Observed in Eight European Countries Participating in the European Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)." *Public Health Nutrition*, 5(6B): 1297-310.

Kloep, M., Hendry, L. B., Ingebrigtsen, J. E., Glendinning, A., and Espnes, G. A. (2001). "Young People in 'Drinking' Societies? Norwegian, Scottish and Swedish Adolescents' Perceptions of Alcohol Use." *Health Education Research*, 16(3): 279-91.

Knibbe, R., Drop, M. J., and Hupkens, C. L. H. (1996). "Modernisation and Geographical Diffusion and Explanation for Regional Differences in the Consumption of Wine and Beer in the EC." *Substance Use and Misuse*, 31(11&12): 1639-55.

Knupfer, G. (1989). "The Prevalence in Various Social Groups of Eight Different Drinking Patterns, From Abstaining to Frequent Drunkenness: Analysis of 10 US Surveys Combined." *British Journal of Addiction*, 84(11): 1305-18.

Koroleva, I. (2005). "Alcohol Consumption and Problems in Latvia: Survey Results on Alcohol Use." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]*

- Kubicka, L., Csemy, L., Duplinsky, J., and Kozeny, J. (1998). "Czech Men's Drinking in Changing Political Climates 1983-93: a Three-Wave Longitudinal Study." *Addiction*, 93: 1219-30.
- Kuntsche, S., Rehm, J., and Gmel, G. (2004). "Characteristics of Binge Drinkers in Europe." *Social Science and Medicine*, 59: 113-27.
- Larson, R. W., Wilson, S., and Mortimer, J. T. (2002). "Conclusions: Adolescents' Preparation for the Future." *Journal of Research on Adolescence*, 12(1): 159-66.
- Law, M. R. and Whincup, P. H. (1998). "Why Is Mortality Higher in Poorer Areas and in More Northern Areas of England and Wales?" *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 52: 344-52.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., and Plant, Martin (2002). "Family Structure, Parent-Child Relationships, and Alcohol and Other Drug Use Among Teenagers in France and the United Kingdom." *Alcohol and Alcoholism*, 37(1): 52-60.
- Leifman, H. (2001a). "Estimations of Unrecorded Alcohol Consumption Levels and Trends in 14 European Countries." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 54-70.
- Leifman, H. (2001b). "Homogenisation in Alcohol Consumption in the European Union." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 15.
- Leifman, H. (2002). "A Comparative Analysis of Drinking Patterns in 6 EU Countries in the Year 2000." *Contemporary Drug Problems*, 29: 501-48.
- Lemmens, P. (1995). "Individual Risk and Population Distribution of Consumption." Pp.38-61 in *Alcohol and public policy: evidence and issues*, Edited by H. D. Holder and G. Edwards. Oxford: Oxford University Press.
- Leppänen, K., Sullström, R., and Suoniemi, I. (2001). "Effects of Economic Factors on Alcohol Consumption in 14 European Countries." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 100.
- Lindgren, A. (1973). "Some Results From an International Series of Drinking Surveys." *The Drinking and Drug Practices Surveyor*, 8: 34-47.
- Lundborg, P. (2002). "Young People and Alcohol: an Econometric Analysis." *Addiction*, 97: 1573-82.
- Mackenbach, J. P., Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., Groenhouf, F., and EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2000). "Socioeconomic Inequalities in Cardiovascular Disease Mortality: An International Study." *European Heart Journal*, 21: 1141-51.
- Marmot, M. (1997). "Inequality, Deprivation and Alcohol Use." *Addiction*, 92(Supplement 1): S13-S20.
- Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., and Simpura, J. (1999). *Drinking habits in the Nordic countries*. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research.
- Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., and Simpura, J. (2001). "Episodic Heavy Drinking in Four Nordic Countries: a Comparative Survey Study." *Addiction*, 96: 1575-89.
- Mäkelä, Pia., G. Gmel, U. Grittner, H. Kuendig, S. Kuntsche, K. Bloomfield, and R. Room (2005). "Drinking and Gender Differences in Drinking in Europe: a Comparison of Drinking Patterns in European Countries." Pp.49-72 in *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. Project Final Report*, Edited by K. Bloomfield, S. Ahlström, A. Allamani, F. Beck, K. Helmersson Bergmark, L. Csemy, I. Eisenbach-Stangl, Z. Elekes, G. Gmel, F. Kerr-Correa, R. Knibbe, Pia. Mäkelä, M. Monteiro, M. Medina Mora, S. Nordlund, I. Obot, M. Plant, G. Rahav, and R. Mendoza. Berlin: Charite Campus Benjamin Franklin.

McKee, M., Pomerleau, J., Robertson, A., Pudule, I., Grinberga, D., Kadziauskiene, K., Abaravicius, A., and Vaask, S. (2000). "Alcohol Consumption in the Baltic Republics." *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 54(5): 361-66.
http://jech.bmjournals.com/cgi/content/abstract/54/5/361?ijkey=2a1a904d4edcea59c1db69c40ca91ccee3012533&keytype=tf_ipsecsha

Measham, F. (2004). "The Decline of Ecstasy, the Rise of 'Binge' Drinking and the Persistence of Pleasure." *Probation Journal*, 51(4): 309-26.

Midanik, L. T. and Clark, W. C. (1995). "Drinking-Related Problems in the United States: Description and Trends, 1984-1990." *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4): 395-402.

Milgram, G. G. (2001). "Alcohol Influences: the Role of Family and Peers." Pp.85-108 in *Learning about drinking*, Edited by E. Houghton and A. M. Roche. Philadelphia, PA: Taylor and Francis.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004 [National survey on drug use in secondary schools in 2004]*.
<http://www.msc.es/pnd/observa/pdf/escolar2004.pdf>

Ministero della Salute (2003). Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 N125: "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcoholcorrelati" [Report of the Minister of Health to Parliament on the effect of the law of 30.3.2001 N125: "Law on alcohol and alcohol-related problems"].
<http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/0011.1103623005.pdf>

Mosher, J. F. and Johnsson, D. (2005). "Flavored Alcoholic Beverages: An International Marketing Campaign That Targets Youth." *Journal of Public Health Policy*, 26: 326-42. <http://www.palgrave-journals.com/jphp/journal/v26/n3/index.html>

Nash, S. D., McQueen, A., and Bray, J. H. (2005). "Pathways to Adolescent Alcohol Use: Family Environment, Peer Influence, and Parental Expectations." *Journal of Adolescent Health*, 37: 19-28.

Neumark, Y. D., Rahav, G., and Jaffe, D. H. (2003). "Socio-Economic Status and Binge Drinking in Israel." *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1): 15-21.

Neve, R., Drop, M. J., Lemmens, P., and Swinkels, H. (1996). "Gender Differences in Drinking Behaviour in the Netherlands: Convergence or Stability?" *Addiction*, 91(3): 357-73.

Newburn, T. and Shiner, M. (2001). *Teenage Kicks? Young People and Alcohol: a review of the literature*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Norström, T. and Romelsjö, A. (1998). "Social Class, Drinking and Alcohol-Related Mortality." *Journal of Substance Abuse*, 10(4): 385-95.

NU Département des Affaires Sociales [UN Department of Social Affairs] (2005). *World Youth Report 2005: Today and in 2015. Heavy episodic drinking and sensation seeking in adolescents as predictors of harmful driving and celebrating behaviors: implications for prevention*.

Olds, R. S., Thombs, D. L., and Tomasek, J. R. (2005). "Relations Between Normative Beliefs and Initiation Intentions Toward Cigarette, Alcohol and Marijuana." *Journal of Adolescent Health*, 37: 75.e7-75.e13.

OMS (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

Osservatorio Permanente Giovani ed Alcool (2001). *Italians and alcohol: consumption, trend and attitudes in Italy and in the regions (IV National DOXA National Survey)*.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20050120_co021_en.pdf

Péquignot, G., Crosignani, P., Terracini, B., Asunce, N., Zubiri, A., Raymond, L., Estève, J., and Tuyns, A. J. (1988). "A Comparative Study of Smoking, Drinking and Dietary Habits in Population

Samples in France, Italy, Spain and Switzerland: III. Consumption of Alcohol." *Revue D'Epidémiologie Et De Santé Publique*, 36: 177-85.

Poelen, E. A. P., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Boomsma, D. I., and Willemsen, G. (2005). "Prevalence and Trends of Alcohol Use and Misuse Among Adolescents and Young Adults in the Netherlands From 1993 to 2000." *Drug and Alcohol Dependence*, 79: 413-21.

Pyörälä (1989). "Trends in Alcohol Consumption in Spain, Portugal, France and Italy From the 1950s Until the 1980s." *British Journal of Addiction*, 85(4): 469-77.

Pyörälä, E. (1995). "Comparing Drinking Cultures: Finnish and Spanish Drinking Stories in Interviews With Young Adults." *Acta Sociologica*, 38: 217-29.

Ramstedt, M. and Hope, A. (2003). *The Irish drinking habits of 2002: Drinking and drinking-related harm, a European comparison*. Dublin: Department of Health and Children.

Rehm, J., Monteiro, M., Room, R., Gmel, G., Jernigan, D., Frick, U., and Graham, K. (2001). "Steps Towards Constructing a Global Comparative Risk Analysis for Alcohol Consumption: Determining Indicators and Empirical Weights for Patterns of Drinking, Deciding About Theoretical Minimum, and Dealing With Different Consequences." *European Addiction Research*, 7(3): 138-47. <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ProduktNr=224233&Ausgabe=227135&ArtikelNr=50734&filename=50734.pdf>

Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D., and Frick, U. (2003). "Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking." *European Addiction Research*, 9(4): 147-56.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, U., Frick, U., and D. Jernigan (2004). "Alcohol." *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*, Edited by M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray. Geneva: WHO.

Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., and Jacobi, F. (In press). "Alcohol use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology". *European Neuropsychopharmacology*.

Rehn, N., Room, R., and Edwards, G. 2001. *Alcohol in the European Region - Consumption, Harm and Policies*, Copenhagen: WHO Europe.

Rickards, L., Fox, K., Roberts, C., Fletcher, L., and Goddard, E. (2004). *Living in Britain: results from the 2002 General Household Survey*. 31. London: The Stationery Office. <http://www.statistics.gov.uk/lib2002/downloads/drinking.pdf>

Romelsjö, A. and Lundberg, M. (1996). "The Changes in the Social Class Distribution of Moderate and High Alcohol Consumption and of Alcohol-Related Disabilities Over Time in Stockholm County and in Sweden." *Addiction*, 91(9): 1307-23.

Room, R. (2004). "Drinking and Coming of Age in a Cross-Cultural Perspective." *Reducing underage drinking: a collective responsibility*, Edited by R. J. Bonnie and M. E. O'Connell. Washington D.C.: National Academies Press [Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking, Board on Children, Youth, and Families, National Research Council, Institute of Medicine of the National Academies].

Room, R. (2005). "Understanding Cultural Differences in Young People's Drinking." *Prepared for presentation at a conference, "Wet youth cultures", Copenhagen, 29-30 August, 2005 [conference proceeding]*

Room, R. and Mäkelä, Klaus (2000). "Typologies of the Cultural Position of Drinking." *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3): 475-83.

Schmid, H., ter Bogt, T., Godeau, E., Hublet, A., Dias, S. F., and Fotiou, A. (2003). "Drunkness Among Young People: a Cross-National Comparison." *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5): 650-661.

Schnohr, C., Højbjerg, L., Riegels, M., Ledet, L., Larsen, T., Schultz-Larsen, K., Petersen, L., Prescott, E., and Grønbaek, M. (2004). "Does Educational Level Influence the Effects of Smoking, Alcohol, Physical Activity, and Obesity on Mortality? A Prospective Population Study." *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(4): 250-256.

<http://www.ingentaconnect.com/content/tandf/spub/2004/00000032/00000004/art00003>

Sieri, S., Agudo, A., Kesse, E., Klipstein-Grobusch, K., San-Jose, B., Welch, A. A., Krogh, V., Luben, R., Allen, N., Overvad, K., Tjønneland, A., Clavel-Chapelon, F., Thiebaut, A., Miller, A. B., Boeing, H., Kolyva, M., Saieva, C., Celentano, E., Ocke, M. C., Peeters, P. H., Brustad, M., Kumle, M., Dorronsoro, M., Fernandez Feito, A., Mattisson, I., Weinehall, L., Riboli, E., and Slimani, N. (2002). "Patterns of Alcohol Consumption in 10 European Countries Participating in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Project." *Public Health Nutrition*, 5(6B): 1287-96.

Simpura, J. (1995). "Trends in Alcohol Consumption and Drinking Patterns: Lessons From World-Wide Development." Pp.8-37 in *Alcohol and public policy: evidence and issues*, Edited by H. D. Holder and G. Edwards. Oxford: Oxford University Press.

Simpura, J. (1996). "Trends in Alcohol Consumption in the EU Countries." *Alcohol misuse: a European perspective*, Edited by T. J. Peters. Harwood Academic Publisher.

Simpura, J. (1997). "Alcohol and European Transformation." *Addiction*, 92(S1): S33-S41.

Simpura, J. (1998). "Mediterranean Mysteries: Mechanisms of Declining Alcohol Consumption [Editorial]." *Addiction*, 93(9): 1301-4.

Simpura, J. and Karlsson, T. (2001). "Trends in Drinking Patterns Among Adult Population in 15 European Countries, 1950 to 2000: a Review." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 31.

Simpura, J., T. Karlsson, and K. Leppänen (2001). "European Trends in Drinking Patterns and Their Socioeconomic Background." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Simpura, J., Tigerstedt, C., Hanhinen, S., Lagerspetz, M., Leifman, H., Moskalewicz, J., and Torronen, J. (1999). "Alcohol Misuse As a Health and Social Issue in the Baltic Sea Region: A Summary of Findings From the Baltica Study." *Alcohol and Alcoholism*, 34(6): 805-23.

Single, E., Beaubrun, M., Mauffret, M., Minoletti, A., Moskalewicz, J., Moukolo, A., Plange, N. K., Saxena, S., Stockwell, T., Sulkunen, P., Suwaki, H., Hoshigoe, K., and Weiss, S. (1997). "Public Drinking, Problems and Prevention Measures in Twelve Countries: Results of the WHO Project on Public Drinking." *Contemporary Drug Problems*, 24: 425-48.

Sulkunen, P. (1987). "Abstinence." *Finnish drinking habits: results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984*, Edited by J. Simpura. Helsinki, Finland: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Sulkunen, P. (1989). "Drinking in France 1965-1979. An Analysis of Household Consumption Data." *British Journal of Addiction*, 84(1): 61-72.

Temple, M. T., Fillmore, K. M., Hartka, E., Johnstone, B. M., Leino, E. V., and Motoyoshi, M. (1991). "A Meta-Analysis of Change in Marital and Employment Status As Predictors of Alcohol Consumption on a Typical Occasion." *British Journal of Addiction*, 86(10): 1269-81.

Thundal, K-L. and Allebeck, P. (1998). "Abuse of and Dependence on Alcohol in Swedish Women: Role of Education, Occupation and Family Structure." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 445-50.

Trolldall, B. (2001). "Alcohol Sales Figures in 15 European Countries: Corrected for Consumption Abroad and Tax-Free Purchases." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 71-81.

van Beurden, E., Zask, A., Brooks, L., and Dight, R. (2005). "Heavy Episodic Drinking and Sensation Seeking in Adolescents As Predictors of Harmful Driving and Celebrating Behaviors: Implications for Prevention." *Journal of Adolescent Health, 37*: 37-42.

Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., and Wilsnack, S. C. (2000). "Gender Differences in Alcohol Consumption and Adverse Drinking Consequences: Cross-Cultural Patterns." *Addiction, 95*(2): 251-65.

Wright, L. (1999). *Young people and alcohol: what 11- to 24-year-olds know, think and do*. London: Health Education Authority.

Yarnell, J., Yu, S., Arveiler, D., Haas, B., Dallongeville, J., Montaye, M., Amouyel, P., Ferrières, J., Ruidavets, J-B., Evans, A., Bingham, A., and Ducimetière, P. (2005). "Education, Socioeconomic and Lifestyle Factors, and Risk of Coronary Heart Disease: the PRIME Study." *International Journal of Epidemiology, 34*(2): 268-75.



Chapitre 5 : Les effets de la consommation d'alcool sur les individus

*Bien que la consommation d'alcool apporte un certain nombre de plaisirs, elle accroît en même temps les risques d'une grande variété de dommages sociaux, généralement de manière dose-dépendante - c'est-à-dire que plus grande est la consommation d'alcool, plus grand est le risque couru. **Les dommages créés par la consommation des autres** (membres de l'entourage social ou familial) vont de simples nuisances, comme le fait d'être réveillé la nuit, jusqu'aux conséquences les plus dramatiques : violences conjugales, violences sur les enfants, délits, crimes, homicides. Généralement, plus forte est la consommation, plus graves sont le crime ou la blessure. Tous les paramètres comme le volume d'alcool consommé, la fréquence des consommations, la fréquence et l'intensité des consommations épisodiques aiguës accroissent le risque de violence, indépendamment les uns des autres ; en outre, l'effet du volume de la consommation sur le dommage est souvent, mais pas toujours, modifié au cours des consommations épisodiques aiguës.*

L'alcool est une drogue pouvant entraîner une dépendance, mais c'est également la cause de près de 60 différents types de maladies ou d'états pathologiques comprenant blessures, troubles psychiques avec retentissement sur le comportement, symptomatologies gastro-intestinales, cancers, déficits immunologiques, maladies pulmonaires, maladies du squelette et des muscles, troubles de la fonction de reproduction et lésions prénatales, en particulier un risque accru de prématurité et de déficit statur pondéral à la naissance. Pour la plupart de ces états pathologiques, la consommation accroît le risque de manière dose-dépendante : plus grande est la consommation plus grand est le risque. Pour certains de ces états, comme les cardiomyopathies, les syndromes de détresse respiratoire aiguë et les atteintes musculaires, les dommages apparaissent seulement après une consommation élevée sur une longue durée et aux niveaux de consommation élevés, l'alcool augmente encore le risque et la sévérité des lésions proportionnellement à la dose consommée. La fréquence et l'intensité de consommations épisodiques aiguës augmentent particulièrement le risque de blessures et de certaines maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral).

*Une petite consommation d'alcool réduit le risque **d'infarctus du myocarde**, cependant la taille exacte de cette réduction et le niveau de consommation pour lequel cet effet est maximum sont encore en débat. Les meilleures études - celles qui tiennent compte d'autres influences - donnent une réduction du risque inférieure à celle qui est trouvée dans les études de moins bonne qualité et montrent que cette réduction survient pour une consommation d'alcool inférieure à celle habituellement proposée.*

La plus grande part de la réduction du risque peut être obtenue avec une consommation de 10 g d'équivalent alcool pur (un verre) tous les deux jours. Au delà de 20 g (deux verres) par jour - qui est le niveau de consommation avec le risque le plus faible - le risque d'infarctus du myocarde augmente de nouveau. En outre, aux âges très avancés, la réduction du risque diminue. C'est principalement la présence d'alcool qui réduit le risque plutôt que les composants spécifiques des différentes boissons. Il existe aussi des recherches montrant que la consommation d'alcool à dose faible peut réduire le risque de démence d'origine vasculaire, de lithiase urinaire et de diabète ; cependant ces résultats n'ont pas été retrouvés dans toutes les études.

***Le risque de décès** lié à l'alcool est donc un équilibre entre le risque des maladies et des blessures que la consommation d'alcool augmente et le risque*

de maladie cardiaque (survenant essentiellement à un âge avancé) qui est diminué par la consommation de petites quantités d'alcool. Cet équilibre a pour conséquence que, au moins au Royaume-Uni, la consommation d'alcool avec le moindre risque est zéro ou proche de zéro pour les femmes en dessous de l'âge de 65 ans et moins de 5g d'alcool par jour pour les femmes de plus de 65 ans. En ce qui concerne les hommes, le niveau de consommation d'alcool avec le moindre risque est zéro en dessous de l'âge de 35 ans, à peu près 5 g par jour ensuite et moins de 10 g pour les hommes âgés de 65 ans ou plus (la limite tendant vers zéro aux âges avancés).

Notons qu'il existe des bénéfices pour la santé de tous les « buveurs excessifs » à réduire ou stopper définitivement leur consommation d'alcool. Même pour les maladies chroniques comme la cirrhose du foie ou la dépression, la réduction ou l'arrêt de la consommation entraîne rapidement des améliorations.

INTRODUCTION

L'organisation Mondiale de la Santé a réalisé une étude comparative des risques qui décrit le rapport entre consommation d'alcool et ses effets sur la santé et sur le plan social comme étant complexe et multidimensionnel, cf. figure 5.1 (Rehm *et al.* 2004). L'alcool peut avoir un impact sur la santé par l'intermédiaire de trois variables qui sont reliées : les effets biochimiques directs, l'ivresse et la forte consommation épisodique d'alcool, et l'alcoolodépendance .

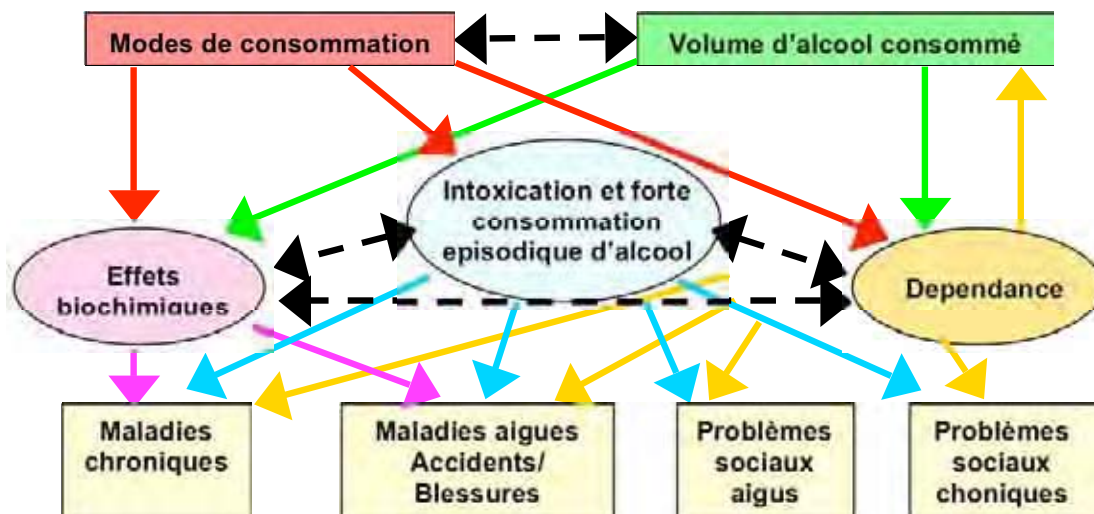


Figure 5.1. Rapport entre modes de consommation d'alcool, les trois variables impliquées et les effets causés. Source (modifiée) : Rehm *et al.* 2004.

Les **effets biochimiques** directs de l'alcool peuvent influencer de nombreuses maladies de courte et de longue durée, avec des conséquences aussi bien positives que négatives. Au nombre des bienfaits de l'alcool figure son action cardioprotectrice, notamment due au fait que l'alcool élève le taux de cholestérol HDL (Klatsky 1999). Parmi les méfaits de l'alcool on citera des risques accrus de cirrhose du foie, notamment dus au fait que lorsqu'il est assimilé par l'organisme l'alcool dégage des radicaux libres carbone-centrés (Albano & Clot 1996).

L'ivresse qui se manifeste par des perturbations psychiques et psychomotrices induites par la présence d'alcool dans l'organisme (cf. définition en anglais de l'Organisation Mondiale de la Santé 1992), dépend principalement de la quantité ingérée (Eckardt *et al.* 1998) et agit sur de nombreuses fonctions corporelles. Cette intoxication peut amener à des blessures involontaires et avoir des conséquences à court terme sur le plan social comme des actes de violence et des délits, et parfois à long terme, par exemple lorsqu'une personne en état d'ébriété blesse volontairement une autre personne et se voit infliger une peine d'emprisonnement. La consommation épisodique de grosses quantités d'alcool peut causer de nombreuses affections graves avec des effets chroniques sur le court et le long terme, dont l'arythmie cardiaque et l'infarctus.

La dépendance à l'alcool, qui est une affection en soi, est définie comme un ensemble de phénomènes sur le plan physiologique, du comportement et de l'idéation dans lequel la consommation d'alcool devient une grande priorité pour l'individu et l'emporte sur les autres comportements auxquels il accordait une plus grande valeur auparavant (cf. définition en anglais de l'Organisation Mondiale de la Santé 1992). L'alcoolodépendance est donc un puissant mécanisme qui maintient la consommation d'alcool et qui a des conséquences sanitaires et sociales négatives sur le court et le long terme.

Mesure de la quantité d'alcool consommée et risques épidémiologiques

Dans la plupart des études établissant un rapport entre consommation d'alcool et risques, la quantité d'alcool consommée est généralement rapportée par les sujets ou personnes interrogées. Ce qui amène un certain nombre de problèmes, les erreurs de classification, volontaires ou involontaires, ayant un impact sur la quantité d'alcool rapportée par les sujets (Duffy 1992). Il est possible que dans le cas de quantités d'alcool rapportées inférieures à la réalité, le niveau de risque associé à un taux de consommation corresponde en fait à une plus forte consommation, ce qui fausse alors les statistiques en produisant des courbes trop abruptes. Toutefois, ce problème est peut être pallié par le fait qu'il est plutôt inhabituel dans le cadre d'études de quantifier le taux de consommation plus d'une fois dans la vie des personnes. La consommation d'alcool généralement diminue avec l'âge, ce qui signifie que le niveau de risque correspond alors à une plus faible quantité d'alcool, ce qui fausse les courbes statistiques des risques en leur donnant une configuration trop basse. Ce qui a été démontré pour certains effets nocifs de l'alcool chez de gros consommateurs réguliers (victimes de cardiopathies coronariennes, d'infarctus ou morts), avec des risques beaucoup plus grands lorsqu'ils sont calculés sur la quantité moyenne d'alcool consommée sur une vingtaine d'années et non pas uniquement basés sur le taux de consommation d'alcool au début de la période considérée (Embersson *et al.* 2005) (cf. figure 5.8 ci-après). Malheureusement les biomarqueurs utilisés actuellement concernant la consommation d'alcool ne constituent pas encore un outil suffisamment fiable pour évaluer la consommation d'alcool sur toute une vie (Swift 2003).

Les modes de consommation

Les études épidémiologiques prennent de plus en plus en compte les modes de consommation d'alcool, y compris tous les aspects que le terme "quantité consommée" ne couvre pas (Rehm *et al.* 1996). Au nombre de ces aspects figurent les fluctuations temporelles de la consommation d'alcool, les occasions de boire beaucoup, le cadre, les activités ou les circonstances dans lesquels de l'alcool est consommé ainsi que les sortes de boissons qui sont bues (cf. également chapitre 4). La quantité d'alcool consommée était habituellement utilisée pour mesurer le rapport

entre alcool et maladies, basé principalement sur les effets directs biochimiques ou l'alcoolodépendance avec des conséquences sur le long terme. Toutefois, une même quantité moyenne d'alcool peut être répartie en buvant régulièrement de petites quantités ou bien concentrée en consommant de grosses quantités de façon épisodique, de plus la quantité et les modes de consommation constituent séparément des facteurs de risques pour certaines maladies, les habitudes de consommation influençant aussi parfois les effets nocifs liés à la quantité d'alcool consommée. Comme démonstration en sera faite tout au long de ce chapitre, les modes de consommation d'alcool jouent un rôle considérable, non seulement dans les problèmes médicaux aigus comme les blessures (Greenfield 2001; Rossow *et al.* 2001), mais aussi dans certaines maladies chroniques comme les troubles cardiovasculaires (Britton & McKee 2000; Chadwick & Goode 1998; Puddey *et al.* 1999; Trevisan *et al.* 2001a 2001b).

Ce qui ne veut pas dire que la quantité consommée n'a plus d'importance quand on considère une forte consommation épisodique (Rehm *et al.* 2003). Il semble plutôt que les modes de consommation d'alcool, y compris la forte consommation épisodique, influencent les effets de l'alcool sur la santé sans vraiment les expliquer. Ce que démontre clairement une étude sur l'agressivité induite par l'alcool chez les jeunes américains (filles et garçons âgés entre 17 et 21 ans), à qui il a été demandé combien de fois au cours des derniers 12 mois il "leur est arrivé de se disputer ou de se bagarrer" alors qu'ils buvaient ou avaient bu de l'alcool, et selon quelle fréquence ils buvaient, quelle quantité, et leur forte consommation épisodique d'alcool (exprimée en nombre de jours au cours des 30 derniers jours où ils ont eu l'occasion de boire cinq verres ou plus) (Wells *et al.* 2005). Il est évident qu'il existe un lien entre fréquence de consommation, quantité d'alcool bue et forte consommation épisodique. Une forte consommation épisodique répétée entraîne une plus grande fréquence de consommation et globalement l'absorption d'une plus grosse quantité d'alcool. Cette étude a dévoilé que chacun de ces éléments, à savoir fréquence de consommation, quantité bue et forte consommation épisodique, pris séparément augmente les risques de bagarres sous l'effet de l'alcool. Dans l'analyse de ces trois variables regroupées, considération faite de l'interaction qui existe entre elles afin de définir quelle est la plus importante, le rapport entre forte consommation épisodique et agressivité s'explique par la fréquence de consommation et la quantité consommée (en d'autres termes, le rapport entre forte consommation épisodique comme facteur indépendant sur l'agressivité est en grand parti dû à la fréquence de consommation et aux quantités absorbées). Dans le cas de l'analyse des trois variables ensemble, seule la fréquence de consommation est restée un élément statistique révélateur pour ce qui est de son rapport avec l'agressivité. Donc, bien que la quantité bue et les modes de consommation restent des facteurs importants (Room 2005), il n'existe pas toujours un net rapport entre forte consommation épisodique et dégâts causés par l'alcool.

Alcool : causalité et attribution des conséquences

L'Organisation Mondiale de la Santé dans son étude comparative des risques liés à la consommation d'alcool attire l'attention sur le fait que pour déterminer causalité et attribution des conséquences il est nécessaire de disposer d'évaluations fiables de ces conséquences et du cheminement causal concernant les dégâts (Rehm *et al.* 2004). Sont considérées comme preuves suffisantes de causalité notamment les effets pour lesquels une association (positive ou négative) a été démontrée entre consommation d'alcool et maladie ou blessure, le facteur hasard, les variables confondantes et autres distorsions ayant été au maximum éliminés en ce qui concerne cette association. Les études épidémiologiques pour déterminer la relation

de cause à effet (Hill 1965; Rothman & Greenland 1998) accordent habituellement une importance toute particulière aux critères suivants :

1. conclusions cohérentes sur plusieurs études ;
2. preuve établie par tests des processus biochimiques impliqués, ou du moins de l'incidence plausible sur le plan physiologique ;
3. ampleur du rapport (dimension des effets causés) ; et
4. séquence temporelle (cause avant effet).

"*Alcohol: no ordinary commodity*" (ndt. "L'alcool : une denrée pas ordinaire") insiste sur le fait que dans une mesure plus ou moins grande les différentes conséquences sanitaires et sociales comportent à la fois un élément objectif et un élément de nature sociale (Babor *et al.* 2003). Même à la fin de l'espace-temps, où les décès peuvent être mesurés en toute objectivité et certitude, l'enregistrement des données et les codifications varient souvent d'un pays à l'autre (Ramstedt 2002). De plus, l'implication de l'alcool dans un décès peut passer inaperçue lors de l'établissement du certificat de décès, ou encore délibérément être passée sous silence afin de ne pas entacher la réputation de la personne décédée. Une étude des informations enregistrées concernant les décès, réalisée dans 12 villes et 10 pays, a révélé qu'après avoir en plus du certificat de décès obtenu des renseignements supplémentaires auprès des hôpitaux, des médecins qui avaient traité les décédés et auprès des membres de leur famille, le nombre net de décès classés dans la catégorie pathologique "cirrhose du foie, mention faite d'alcoolisme" a augmenté de 135 % (la majorité des nouveaux cas qui avaient été classés dans la catégorie "cirrhose sans mention de conséquence liée à l'alcool" ayant été reclassés) (Puffer & Griffith 1967). De la même façon au Canada, selon les estimations 65 % des décès enregistrés attribués à une cirrhose du foie non alcoolique sont en réalité dus à la consommation d'alcool (Ramstedt 2003).

Dans le cas des problèmes de santé non mortels, le caractère social intervient d'autant plus (Room *et al.* 2001). Alors qu'on dispose depuis longtemps de statistiques internationales comparables par cause de décès (Organisation Mondiale de la Santé 1992), il n'existe pas de statistiques transnationales comparables concernant les incapacités (Goerdt *et al.* 1996; Rehm & Gmel 2000; Organisation Mondiale de la Santé 2001), ce qui peut créer des difficultés dans l'attribution globale des conséquences, l'alcool étant plus lié aux incapacités qu'à la mortalité (Murray & Lopez 1996). En ce qui concerne les problèmes sociaux, comme ce terme l'indique, l'aspect social prévaut et la façon de voir les problèmes sociaux dans une société donnée évolue avec le temps. C'est pourquoi le rôle négatif de l'alcool sur la santé est actuellement mieux compris scientifiquement que son rôle négatif sur le plan social.

Généralement, l'alcool contribue aux problèmes de santé et sociaux en s'ajoutant à d'autres facteurs existants. En ce qui concerne la santé, les analyses épidémiologiques mettent l'accent non seulement sur de constantes relations de cause à effet mais aussi sur des processus biologiques (Rothman & Greenland 1998). Ainsi, dans de nombreuses études épidémiologiques qui établissent un rapport entre consommation d'alcool et cancer des poumons, même après correction concernant le tabac (English *et al.* 1995), ce rapport n'est généralement pas inclus dans les maladies attribuables à l'alcool étant donné qu'aucun processus biologique n'a été identifié, et que dans la majorité des cas le cancer des poumons chez les personnes qui boivent est actuellement considéré comme étant causé par le tabac (Bandera *et al.* 2001).

Alors que l'établissement de la relation de cause à effet entre l'alcool et les problèmes de santé repose souvent sur des processus biologiques probables, il n'en

est pas de même pour l'établissement du rapport entre alcool et problèmes sociaux. A une exception près, à savoir l'agressivité, où des facteurs biologiques ont été identifiés en parallèle à d'autres facteurs non biologiques déterminant si des actes de violence sont liés à la consommation d'alcool (cf. ci-après). La relation de cause à effet entre ivresse et agressivité a été démontrée dans des études épidémiologiques (Collins & Schlenger 1988; Wiley & Weisner 1995) et recherches expérimentales (Bushman & Cooper 1990; Bushman 1997), et des travaux de recherche qui indiquent les mécanismes biologiques précis associant l'alcool au comportement agressif (Peterson *et al.* 1990; Pihl *et al.* 1993; Sayette *et al.* 1993).

ALCOOL ET BIEN-ETRE SOCIAL

Les plaisirs de l'alcool en société

Un certain nombre de plaisirs sont associés à la consommation d'alcool (Peele & Grant 1999; Peele & Brodsky 2000). L'idée selon laquelle l'alcool à petite dose est bon pour la santé est certainement aussi vieille que l'existence même de l'alcool (Thom 2001) et est ancrée dans les croyances populaires (Cherrington 1925), comme exposé dans le chapitre 2. Lors de sondage au sein de la population générale au sujet de l'effet que les personnes attendent de l'alcool, les sensations et expériences positives sont plus fréquemment mentionnées (ex. plaisir gustatif, détente, sociabilité accrue et sensation de mieux-être) (Grønbaek *et al.* 1999; Poikolainen & Vartiainen 1999; Heath 2000; Guallar-Castillon *et al.* 2001), alors que les effets négatifs de l'alcool ne sont pratiquement pas évoqués (Mäkelä & Mustonen 1988; Mäkelä & Simpura 1985; Nyström 1992).

L'alcool intervient au quotidien dans la vie sociale, servant à marquer des événements de la vie comme les naissances, les mariages et les décès, et la transition entre le travail et les loisirs et à favoriser les relations interpersonnelles (cf. chapitre 2). Au cours de l'histoire et dans de nombreuses et différentes cultures, l'alcool est communément utilisé pour mieux apprécier des moments passés entre amis et avec d'autres personnes, et de façon générale pour s'amuser (Heath 1995).

Les plaisirs que procure l'alcool lors de réunions sociales sont fortement influencés par les facteurs culturels, l'environnement où l'on boit et ce que les personnes qui boivent attendent de l'alcool. Les conceptions ayant trait à l'alcool sont si profondément ancrées, qu'on constate une sociabilité accrue chez des personnes qui pensent avoir consommé de l'alcool même si n'est pas le cas (Darkes & Goldman 1993). Un grand nombre de personnes boivent principalement pour ressentir l'effet euphorisant rapide de l'alcool (Hull & Stone 2004). Nous disposons en fait de nombreuses preuves concernant les effets immédiats de l'alcool, comprenant notamment un plaisir accru, un état euphorique, une sensation d'être heureux et globalement le fait d'être de meilleure humeur, sensations qui sont ressenties plus fortement en groupe que lorsqu'une personne boit seule (Pliner & Cappell 1974), et qui sont grandement influencées par ce que les personnes qui boivent attendent de l'alcool (Brown *et al.* 1980; Hull *et al.* 1983). Dans les quelques sondages dont nous avons disposés dans lesquels les personnes interrogées ont dit obtenir de l'alcool des bienfaits psychologiques, le nombre d'effets bienfaits était en corrélation avec la quantité bue et la fréquence de forte consommation d'alcool (Mäkelä & Mustonen 1988). Bien sûr, les plus gros consommateurs d'alcool interrogés au cours de ce sondage étaient plus susceptibles de signaler des problèmes liés à l'alcool, et dans leur cas les effets nocifs avaient tendance à l'emporter sur les bienfaits. De plus, les personnes qui boivent associent les effets positifs de l'alcool à une consommation accrue d'alcool (Bot *et al.* 2005).

Bien que l'allègement du stress, l'effet euphorisant, une sociabilité accrue et une sensation de détente soient les bienfaits psychosociaux les plus couramment rapportés en ce qui concerne l'alcool (Hull & Bond 1986; Baum-Baicker 1987), l'efficacité de l'alcool comparé à d'autres moyens de soulager les maladies causées par le stress n'a pas fait l'objet d'étude. Toutefois, un grand nombre de preuves indiquent que les personnes qui souffrent de problèmes psychologiques et qui luttent contre le stress en buvant risquent plus de devenir alcoolo-dépendantes (Kessler *et al.* 1996 1997; Book & Randall 2002). Chaque année, parmi les personnes qui sont proies à l'anxiété, plus d'une sur huit ont également un problème d'alcool (Grant *et al.* 2004). Il est également généralement considéré que l'alcool aide à dormir, alors que bien qu'il puisse causer un endormissement rapide, il perturbe le sommeil avec plusieurs heures plus tard un état d'éveil prolongé et d'excitabilité, et aggrave les troubles du sommeil (Castaneda *et al.* 1998).

Les conséquences négatives de l'alcool sur la société

Les risques concernant les effets négatifs de l'alcool les plus fréquents sur le plan social, comme les bagarres, la mise en péril de l'harmonie familiale, du mariage, de l'emploi, des études, des amitiés ou de la vie sociale, augmentent en proportion de la quantité d'alcool consommée, l'allure de la courbe statistique variant selon les pays. Cf. figure 5.2. Une étude suisse réalisée sur une période de huit ans a révélé qu'une consommation quotidienne excédant 40 g d'alcool et une forte consommation le week-end (50 g d'alcool ou plus par réunion sociale ou événement) étaient associées au moins avec un des six effets négatifs de l'alcool sur le plan social (Rehm & Gmel 1999). Selon cette étude, la forte consommation épisodique d'alcool augmenterait les risques de dégâts sur le plan social, indépendamment de la quantité globale consommée.

Les dégâts causés sur le plan social par les personnes qui boivent sont également courants, surtout ceux avec des conséquences moindres (comme le fait de ne pas pouvoir dormir la nuit à cause de personnes ivres) que le fait d'être harcelé dans des endroits public ou lors de soirées privées,

Les dégâts causés par l'alcool sur le plan social

Les méfaits infligés aux autres par les buveurs sont chose commune et comprennent le fait de ne pas pouvoir dormir la nuit à cause de personnes ivres, d'être harcelé dans des endroits public ou lors de soirées privées, d'avoir peur de personnes ivres dans des endroits publics, d'être physiquement blessé ou de subir des dégâts matériels, d'être négligé dans le cas des enfants et l'incapacité d'assumer son rôle en tant que membre de la société.

d'être insulté et d'avoir peur de personnes ivres dans des endroits publics, mais également avec des conséquences plus graves (comme le fait d'être physiquement blessé ou de subir des dégâts matériels) (Rossow & Hauge 2004). Des études montrent qu'une petite part de la population subit ces effets néfastes de façon répétée et multiple. Les jeunes gens, les femmes, ceux qui déclarent consommer une grosse quantité annuelle d'alcool, être ivres plus souvent et qui se rendent plus fréquemment dans les endroits publics où l'on sert de l'alcool courent plus de risques d'être blessés par une autre personne qui a bu (Rossow 1996; Mäkelä *et al.* 1999). L'attitude face à l'alcool de la victime typique agressée par des personnes qui boivent ressemble fortement à celle de ceux qui subissent diverses sortes de conséquences négatives sur le plan social dues à leur propre consommation d'alcool (Rossow & Hauge 2004). 1995; Midanik 1999; Mustonen & Mäkelä 1999; Rehm & Gmel 1999). Les méfaits infligés à d'autres personnes que le buveur (qu'on pourrait qualifier de dommages à l'environnement causés par l'alcool) sont résumés dans l'encadré 5.1.

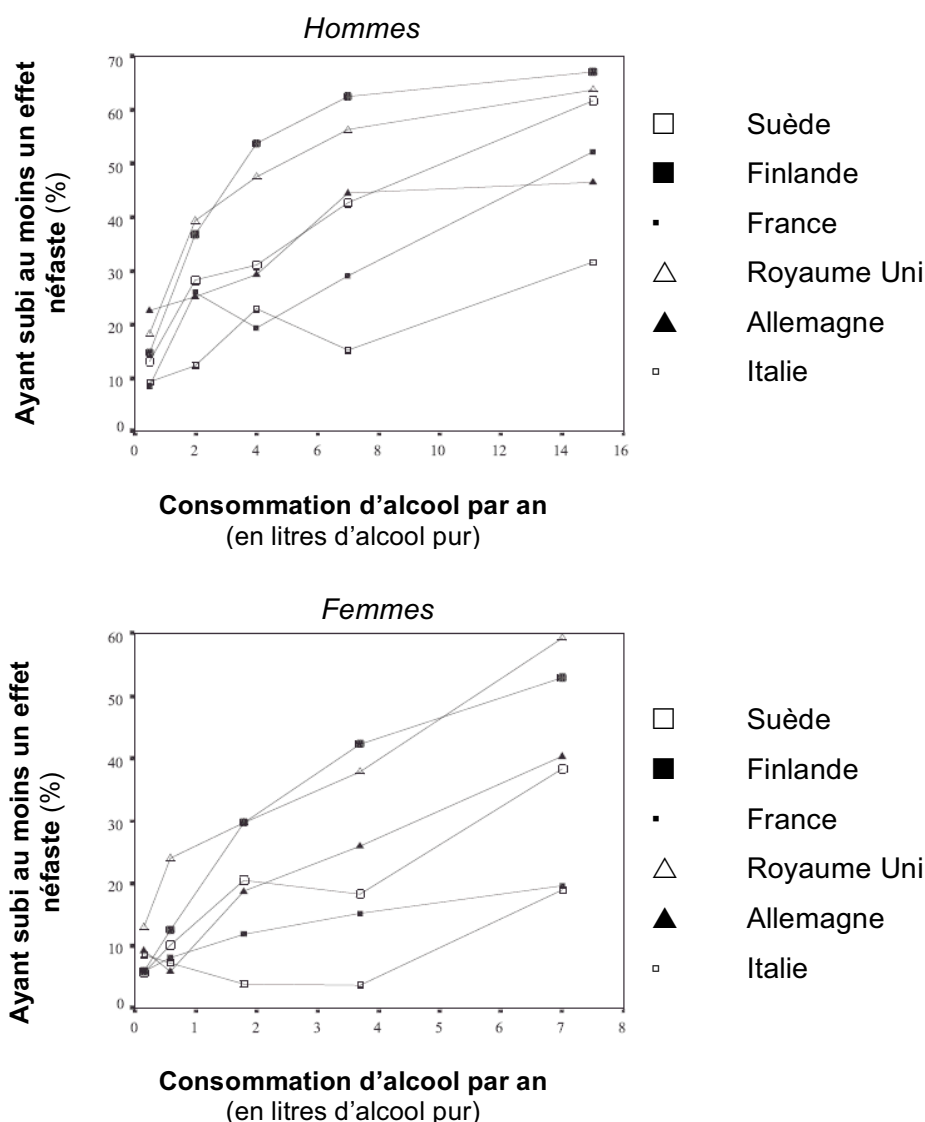


Figure 5.2 Augmentation des risques relatifs au moins à un effet négatif sur la société (bagarres, mise en péril de l'harmonie familiale, du mariage, de l'emploi, des études, des amitiés ou de la vie sociale) par consommation annuelle d'alcool pour les pays d'Europe sélectionnés. **Source:** Norström (2001).

La violence Une ou plusieurs personnes qui ont bu sont impliquées dans un nombre considérable d'agressions et de délits violents (Murdoch, Pihl & Ross 1990; Budd 2003; Pernanen 1991; Collins 1993; Wells, Graham & West 2000; Pernanen *et al.* 2002; Allen *et al.* 2003). Entre 25 et 85 % des délits violents sont liés à l'alcool, ce pourcentage variant selon les pays et les cultures (cf. chapitre 6). Il existe un lien entre consommation d'alcool et risque de comportement violent, homicide inclus, rapport plus étroitement lié à l'ivresse qu'à la quantité d'alcool globale consommée (Rossow 2000; Wells *et al.* 2000). Un grand nombre d'études ont démontré que les gros consommateurs d'alcool ont beaucoup plus de risques d'être impliqués dans des incidents violents, et notamment de subir des actes de violence (Rossow *et al.* 2001; Greenfield & Henneberg 2001).

Forte consommation épisodique d'alcool, fréquence de consommation et quantité d'alcool absorbée agissent séparément en augmentant les risques d'agression. (Wechsler *et al.* 1994; Wechsler *et al.* 1995; Wechsler *et al.* 1998; Komro *et al.* 1999; Bonomo *et al.* 2001; Swahn 2001; Richardson & Budd 2003; Swahn & Donovan 2004; Wells *et al.* 2005), la fréquence de consommation semblant avoir le plus d'impact (Wells *et al.* 2005). Selon l'étude d'un panel représentant la population générale, la quantité consommée et l'agressivité sous l'empire de l'alcool sont liées, aucune preuve de seuil de tolérance à l'alcool n'ayant été toutefois fournie même lors de tests concernant la forte consommation d'alcool (Room, Bondy & Ferris 1995).

Encadré 5.1. Les méfaits de l'alcool infligés aux autres

PROBLEMES	CONCLUSIONS RECAPITULEES
Effets négatifs sur la société	Sur le plan social les conséquences moindres (comme le fait de ne pas pouvoir dormir la nuit à cause de personnes ivres) sont plus fréquentes que les conséquences plus graves (comme le fait d'être effrayé par des personnes ivres dans des endroits publics). Les conséquences négatives sociales de l'alcool touchent plus les autres personnes au sein de la population que le buveur.
Violence & délits/crimes	Il existe un lien entre consommation d'alcool et risque de comportement violent (homicide inclus), rapport plus étroitement lié à la forte consommation épisodique d'alcool qu'à la quantité globale consommée. Il existe également un lien entre forte consommation d'alcool et violence sexuelle (en particulier envers des personnes inconnues) et domestique (bien que ce rapport soit atténué lorsque d'autres facteurs sont pris en compte). On peut dire que plus grande est la quantité d'alcool absorbée, plus forte est la violence.
Dissensions conjugales	Au-delà de l'établissement d'un rapport étroit entre forte consommation d'alcool et destruction des mariages, quelques études bien conçues ont démontré une augmentation considérable des risques de séparation ou de divorce parmi les gros consommateurs d'alcool mariés.
Maltraitance des enfants	Un grand nombre d'études, qui n'ont pas toutes utilisé de bonnes méthodes, rapportent que la majorité des enfants victimes de mauvais traitements ont des parents qui boivent beaucoup.
Activité professionnelle : performances réduites	Comparée à une personne qui boit moins, un gros buveur a des performances moindres et risque plus de blesser d'autres personnes.
L'alcool au volant	Les risques d'accidents et de blessures infligées à d'autres personnes augmentent avec la quantité d'alcool consommée et le nombre d'occasions de boire beaucoup.
Affections prénatales	L'alcool a un effet toxique sur le système reproducteur. L'exposition du fœtus à l'alcool peut être associée à des types précis de dysfonction mentale qui se manifestent plus tard durant l'enfance. Même en cas de faible consommation d'alcool, le fait de boire successivement plusieurs verres en étant enceinte peut augmenter les risques de fausse couche, de poids inférieur à la normale à la naissance, de naissance prématurée et de retard de croissance du fœtus, et peut freiner la production de lait chez les mères qui allaitent.

L'alcool est associé à un comportement agressif aussi bien chez l'homme que chez la femme. Certaines preuves indiquent que cet effet est plus prononcé chez l'homme (Giancola *et al.* 2002), bien qu'une étude ait rapporté des risques similaires ou légèrement plus importants chez les femmes que chez les hommes pour des variables de consommation d'alcool égales (Wells *et al.* 2005). Dans cette étude, au cours du contrôle des variables de consommation d'alcool le comportement agressif chez les femmes était plus lié au fait de boire dans des endroits publics, ce qui n'était pas le cas pour les hommes.

Alcool violence

Il existe un rapport entre consommation d'alcool et risque de comportement violent, rapport plus étroitement lié à l'ivresse qu'à la quantité d'alcool globale consommée. De façon générale, plus grande est la quantité d'alcool absorbée, plus forte est la violence. Il convient toutefois de ne pas généraliser ces conclusions à toutes les cultures, un grand nombre de ces études ne reflétant qu'un nombre restreints de cultures.

Il existe de façon générale un lien entre plus forte consommation d'alcool et violence délictuelle et domestique, avec des preuves particulièrement incriminantes fournies par des études sur la violence domestique et sexuelle (Mirrlees-Black 1999; Abbey *et al.* 2001; Caetano *et al.* 2001; Brecklin & Ullman 2002; White & Chen 2002; Lipsey *et al.* 1997; Greenfeld 1998). Ce lien est atténué lorsque d'autres facteurs sont pris en compte comme la

culture, le sexe, l'âge, la classe sociale, le statut de délinquant, la maltraitance à l'égard des enfants, et l'usage d'autres substances psychoactives en plus de l'alcool. On peut dire que plus grande est la quantité d'alcool absorbée, plus forte est la violence (Gerson & Preston 1979; Martin & Bachman 1997; Sharps *et al.* 2001). Des études réalisées au Royaume-Uni (Mirrlees-Black 1999) et en Irlande (Watson & Parsons 2005) indiquent qu'un tiers des actes de violence au sein de couples interviennent lorsque la personne coupable est sous l'empire de l'alcool. L'alcool est généralement plus impliqué dans les actes de violence contre des personnes inconnues qu'entre partenaires au sein de couples (Abbey *et al.* 2001; Testa & Parks 1996).

On constate généralement une forte alcoolémie ou une forte consommation d'alcool non seulement chez les auteurs d'actes violents, mais également chez les victimes (Makkai 1997; Mirrlees-Black 1999; Brecklin & Ullman 2002). Lorsque l'alcool est impliqué, les risques d'agression sexuelle par des inconnus semblent être en proportion de la quantité d'alcool qu'a bu la victime, alors que cela ne semble pas être le cas pour la violence sexuelle dans les couples (Kaufman Kantor & Asdigian 1997; Chermack *et al.* 2001). De nombreuses victimes de violence sexuelle cherchent refuge dans l'alcool (Darves-Bornoz *et al.* 1998).

L'alcool violence Outre les études épidémiologiques et expérimentales mettant en rapport ivresse et violence (Graham & West 2001; Haines & Graham 2005), d'autres recherches indiquent les mécanismes biologiques précis qui relient alcool et comportement agressif (Bushman 1997; Lipsey *et al.* 1997; Leonard 2005) et qui sont influencés par des facteurs circonstanciels et culturels (Wells & Graham 2003). Les effets pharmacologiques de l'alcool comprennent une instabilité émotionnelle accrue et une attention plus centrée sur le présent (Graham, West & Wells 2000), des perturbations de la conscience, de l'idéation ou de l'auto-perception (Hull 1981), des capacités amoindries d'envisager les conséquences (Hull & Bond 1986; Pihl, Peterson & Lau 1993; Ito, Miller & Pollock 1996) ou de résoudre des problèmes (Sayette, Wilson & Elias 1993), et une aptitude moindre à se dominer ou à rester maître de soi (Hull & Stone 2004). Ces processus biologiques sont toutefois

influencés par les réactions auxquelles la population s'attend, concernant les comportements de personnes qui ont bu (y compris dans quelle mesure l'état d'ivresse et certains comportements sont acceptables et acceptés) c'est-à-dire "le comportement ivre" (cf. chapitre 2). L'influence de ces facteurs pour ce qui est du rôle de l'alcool dans les crimes et les délits dans les pays d'Europe est examinée dans le chapitre 6.

Il semble également que l'alcool exacerbe certains traits de caractère et autres facteurs prédisposant une personne à la violence, notamment l'impulsivité (Zhang *et al.* 1997, Lang & Martin 1993). Une association plus étroite peut être faite entre alcoolodépendance et blessures dues à des actes violents qu'avec d'autres types de blessures liées à l'alcool (Cherpitel 1997). En plus de la consommation d'alcool et des modes de consommation, le contexte social dans lequel de l'alcool est bu intervient fortement pour ce qui est des agressions attribuables à l'alcool (Eckardt *et al.* 1998; Fagan 1990; Martin 1992; Collins & Messerschmidt 1993; Graham *et al.* 1998; Parker & Auerhahn 1998), en particulier chez les jeunes dont l'attitude face à l'alcool est fortement influencée par leurs camarades (Hansen 1997). Une méta-analyse a montré que les effets de l'alcool étaient renforcés dans des situations particulièrement angoissantes, de conflit intérieur et de frustration, alors que les différences entre personnes sobres et ivres sont moins prononcées dans des situations de forte provocation ou d'attention concentrée sur soi (Ito *et al.* 1996). De plus, lorsque suffisamment de facteurs faisant barrage à l'agressivité sont présents, les comportements agressifs induits par l'alcool peuvent être réduits, voire complètement éliminés (Hoaken *et al.* 1998; Jeavons & Taylor 1985).

Les risques de comportement agressif sous l'influence de l'alcool sont plus élevés dans les débits de boisson (Pernanen 1991; Stockwell *et al.* 1993; Archer, Holloway & McLouglin 1995; Rossow 1996; Leonard, Quigley & Collins 2002). Le contexte dans lequel l'alcool est consommé n'explique toutefois pas le rapport entre alcool et comportement agressif, compte tenu que l'alcool agit également en tant que facteur séparé (Wells *et al.* 2005). L'environnement pour ce qui est de l'agressivité induite par l'alcool n'est pas non plus sans relation avec la consommation d'alcool. Dans les bars bien qu'un nombre réduit d'incidents soient liés à des conflits entre amis ou au sein de couples, qui pourraient tout aussi bien arriver dans un autre cadre, pratiquement tous les actes d'agression qui ont lieu sont inattendus et sont issus de frictions entre les personnes présentes dans le bar (Graham & Wells 2001), qui souvent ne se connaissent pas. L'étude comparative des risques liés à la consommation d'alcool réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé conclut qu'il semble raisonnable de supposer que pratiquement tous les actes de violence qui ont lieu dans des bars et autres endroits où principalement on boit de l'alcool sont attribuables à l'alcool, que ce soit directement à cause de ses effets pharmacologiques ou indirectement à cause des normes sociales concernant le fait de boire (Rehm *et al.* 2004).

Dissensions conjugales et violence domestique Un grand nombre d'études transversales ont formellement démontré un rapport considérable entre forte consommation d'alcool et risques de discorde chez les couples mariés (Leonard & Rothbard 1999). Cependant, seulement quelques études bien conçues ont montré un risque considérablement accru de séparation ou de divorce chez les gros consommateurs d'alcool, comparaison faite avec d'autres couples (Fu & Goodman 2000). Un grand nombre d'études transversales (Lipsey *et al.* 1997; Leonard 2005) et quelques études longitudinales sur la consommation d'alcool et l'agressivité au sein de couples ont montré que lorsque le mari boit beaucoup les risques de violence domestique augmentent (Quigley & Leonard 1999), ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool consommée (Kaufman Kantor & Straus 1987). Selon Testa *et al.* (2003), les accès de violence rapportés où le mari a bu sont plus

forts et risquent d'être plus graves que les scènes de ménage violentes entre personnes sobres. Il semble également que le traitement de la dépendance à l'alcool réduise la violence dans les couples (O'Farrell & Choquette 1991; O'Farrell *et al.* 1999; O'Farrell *et al.* 2000; O'Farrell *et al.* 2003; Stuart *et al.* 2003). Il est donc raisonnable d'en conclure que l'alcool peut contribuer à la violence (Leonard 2005). Les femmes qui ont un problème d'alcool ont souvent des problèmes de couple (Blankfield & Maritz 1990), et se sentent moins capables de gérer les conflits conjugaux (Kelly *et al.* 2000). Un grand nombre de femmes alcoolo-dépendantes interrogées mentionnent un comportement agressif chez leur compagnon (Miller *et al.* 1989, Miller & Downs 1993) et les femmes qui sont victimes de violence liée à l'alcool ont tendance à boire plus (Olenick & Chalmers 1991).

Maltraitance des enfants Dans le cas de parents qui boivent, les enfants risquent de grandir dans un environnement avec des problèmes d'argent, d'éducation, de conflit entre les parents qui de plus donnent le mauvais exemple aux enfants (Gmel & Rehm 2003). De nombreuses études ont rapporté que certains troubles mentaux et comportementaux étaient plus fréquents chez les enfants dont les parents boivent beaucoup, bien que certaines critiques aient été soulevées concernant les méthodes inadéquates utilisées pour un grand nombre de ces études (Miller *et al.* 1997; Rossow 2000; Widom & Hiller-Sturmhofel 2001). Quelques récents rapports d'études bien conçues montrent des risques plus élevés de maltraitance à l'égard des enfants dans les familles où les parents boivent beaucoup (Rossow 2000). Un examen systématique suggère que l'alcool serait en cause dans 16 % des cas de mauvais traitements (English *et al.* 1995; Ridoloflo & Stevenson 2001).

Activité professionnelle : performances réduites Des analyses du taux d'absentéisme, quel que soit le niveau de consommation d'alcool, donnent des résultats variés (Gmel & Rehm 2003). Certaines n'ont trouvé aucun rapport entre absentéisme et alcool. Par exemple, selon Ames *et al.* (1997) il n'existe aucun rapport significatif entre l'absentéisme et la quantité d'alcool habituellement consommée ou encore la fréquence des occasions de boire beaucoup (qui sont dans cette étude définies comme des occasions au cours de l'année passée où une personne a bu 10 verres ou plus). En outre, bien que le fait de boire de l'alcool sur le lieu de travail et le fait d'avoir la "gueule de bois" au travail aient d'autres conséquences négatives, comme des blessures causées par des accidents, ils n'ont pas de rapport avec l'absentéisme. Une étude longitudinale qui fut conduite au Royaume-Uni a révélé que, comparés à ceux qui boivent un peu, les hommes qui ne boivent pas ont plus de risques d'être absents pour cause de maladie (Marmot *et al.* 1993). Une "courbe en J" a été rapportée dans d'autres études concernant les congés maladie (Vahtera *et al.* 2002), ainsi que pour le chômage (Mullahy & Sindelar 1996) et les revenus (Hamilton & Hamilton 1997), bien qu'il ne soit pas bien clairement exprimé dans ces études quelles caractéristiques concernant les non buveurs expliquent ces conclusions, ou encore dans quelle mesure l'absentéisme reflète simplement plus de problèmes de santé chez les non buveurs comparés à ceux qui boivent peu.

D'autre part, la consommation nocive d'alcool et la forte consommation épisodique d'alcool augmentent les risques d'arriver en retard au travail, de quitter le travail en avance ou encore de sanction disciplinaire comme la mise à pied, causent une perte de productivité, des renouvellements de personnel suite à des décès prématurés, des problèmes de discipline ou une productivité moindre, un comportement inacceptable (comme une attitude menant à des sanctions disciplinaires), des vols et autres délits, des mauvais rapports au sein du personnel et un sentiment de découragement général dans l'entreprise (Marmot *et al.* 1993; Rehm & Rossow 2001; Gmel & Rehm 2003). Une étude ayant couvert 114 lieux de travail (Mangione *et al.* 1999) a révélé qu'un rapport pratiquement linéaire existait entre consommation

moyenne d'alcool et performances sur poste globalement mesurées, rapport plus étroitement lié au fait d'arriver en retard au travail, de quitter plus tôt que la normale et d'accomplir moins de travail, et seulement un faible rapport avec les jours d'absence. Ainsi la consommation d'alcool aurait plus d'incidence sur les performances au travail que sur le nombre de jours d'absence.

L'ALCOOL : LES RISQUES POUR LA SANTE

L'alcool est une substance toxique et est associé à 60 diverses affections médicales ayant des conséquences à court et à long terme (Gutjahr *et al.* 2001; English *et al.* 1995; Ridolfo & Stevenson 2001; Room *et al.* 2005). Le tableau 5.1, pris de l'étude comparative de risques liés à l'alcool, récapitule le rapport entre consommation d'alcool et risques concernant certaines affections les plus importantes. Pour un grand nombre de ces affections les risques sont en rapport direct avec la quantité d'alcool consommée, sans aucune preuve de seuil de tolérance (Anderson *et al.* 1993; Anderson 1995; Anderson 2003; Rehm *et al.* 2003), et les courbes de risques variant selon le sexe (Corrao *et al.* 1999; Corrao *et al.* 2004). L'encadré 5.2 récapitule les effets nocifs de l'alcool chez le buveur.

L'alcool augmente les risques de troubles pathologiques aussi bien sur le court terme, avec souvent une consommation forte sur une période brève comme la forte consommation épisodique d'alcool et décrits comme des *effets aigus* de l'alcool, que sur une période prolongée ou sur le long terme, alors décrits comme des *effets chroniques* de l'alcool (Last 2001). Certains de ces troubles se manifestent de façon soudaine, et dans ce cas souvent brève, correspondant aux effets aigus, d'autres durant longtemps, on parle alors d'effets chroniques (Last 2001). Les blessures volontaires et involontaires sont généralement associées à une forte consommation d'alcool sur une période brève, tout comme d'autres problèmes ayant des conséquences sur le long terme dont l'arythmie cardiaque et l'infarctus ischémique. D'autres affections, comme la cirrhose du foie et le cancer, résultent d'une consommation prolongée. Il est important de savoir que les deux modes de consommation, aigu et chronique, peuvent parfois co-exister, de même que les problèmes aigus et chroniques chez certaines personnes et pour certaines affections. Ainsi, les personnes souffrant d'ostéoporose (raréfaction du tissu osseux) et de maladies se manifestant par un affaiblissement musculaire résultant d'une consommation d'alcool prolongée, présentent des risques accrus de fracture en cas de chute sous l'influence de l'alcool. De plus une fracture peut évoluer médicalement à court terme (guérison complète et normale) et aussi avoir des conséquences à long terme, comme une infection osseuse ou un handicap physique résultant de cette fracture. Dans cette section, nous avons décrit les affections pathologiques dans leur ordre d'importance pour ce qui est de l'impact de l'alcool, mesuré en termes d'années de vie ajustées sur l'incapacité perdues (cf. chapitre 6), en mettant l'accent sur le mode de consommation, à savoir aigu ou chronique. Nous avons également mentionné certaines maladies, comme la schizophrénie, qui n'est pas considérée comme attribuable à l'alcool mais peut être modifiée par l'alcool avec en plus l'interaction alcool-médicaments.

Tableau 5.1. Risques relatifs concernant les affections sélectionnées (extrait de l'étude comparative des risques)

Age	Femmes			Hommes		
	Consommation (g d'alcool/jour)					
	0-19	20-39	40 et +	0-39	40-59	60 +
Affections neuropsychiatriques						
Epilepsie	1,3	7,2	7,5	1,2	7,5	6,8
Troubles gastro-intestinaux						
Cirrhose du foie	1,3	9,5	13,0	1,3	9,1	13,0
Varices oesophagiennes ¹	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Pancréatite aiguë et chronique	1,3	1,8	1,8	1,3	1,8	3,2
Affections métaboliques et endocriniennes						
Diabète sucré	0,9	0,9	1,1	1,0	0,6	0,7
Néoplasmes malins						
Cancers de la bouche et de l'oropharynx	1,5	2,0	5,4	1,5	1,9	5,4
Cancer de l'oesophage	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Cancer du larynx	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Cancer du foie	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6
Cancer du sein	1,1	1,4	1,6			
Autres néoplasmes	1,1	1,3	1,7	1,1	1,3	1,7
Maladies cardiovasculaires (MCV)						
Maladies hypertensives	1,4	2,0	2,0	1,4	2,0	4,1
Cardiopathies coronariennes	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	1,0
Infarctus ischémique	0,5	0,6	1,1	0,9	1,3	1,7
Infarctus hémorragique	0,6	0,7	8,0	1,3	2,2	2,4
Arythmie cardiaque	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Affections se manifestant durant la période périnatale						
Fausse couche spontanée	1,2	1,8	1,8			
Poids inférieur à la normale à la naissance ²	1,0	1,4	1,4	1,0	1,4	1,4
Prématurité ²	0,9	1,4	1,4	0,9	1,4	1,4
Retard de croissance du fœtus ²	1,0	1,7	1,7	1,0	1,7	1,7

¹ La formation de varices oesophagiennes liées à l'alcool ne se fait qu'en présence d'une cirrhose du foie.

² Les risques relatifs sont liés à la consommation d'alcool par la mère. **Source:** Rehm *et al.* (2004)

Encadré 5.2. Les effets de l'alcool chez le buveur		
	Affections	Conclusions résumées
Bien-être social	Effets négatifs sur la société	Pour ce qui est de se battre, de mettre en péril harmonie familiale, mariage, travail, études, amitiés et vie sociale, les risques sont proportionnels à la quantité d'alcool consommée.
	Performances professionnelles réduites	Une forte consommation d'alcool a pour effet une réduction du nombre d'emplois, une augmentation du chômage et une diminution de la productivité.
Blessures volontaires et involontaires	Violence	Il existe un rapport entre consommation d'alcool et risque de comportement violent, rapport plus étroitement lié à la forte consommation épisodique d'alcool qu'à la quantité globale consommée. Plus grande est la quantité d'alcool absorbée, plus forte est la violence.
	L'alcool au volant	Les risques concernant l'alcool au volant augmentent avec la quantité d'alcool consommée et la fréquence des occasions de boire beaucoup. Conduire avec une alcoolémie de 0,5g/l augmente de 38% les risques d'accident.
	Blessures	Il existe un rapport entre consommation d'alcool et risques d'accidents et de blessures, mortels ou non. En particulier, les personnes qui boivent généralement peu, mais qui périodiquement boivent de grandes quantités d'alcool, courent plus de risques. La consommation d'alcool augmente les risques de devoir se rendre au service des urgences, ces risques étant directement en rapport avec la quantité d'alcool bue.
	Suicide	Il existe un rapport direct entre consommation d'alcool et risque de suicide et de comportement suicidaire, rapport plus étroitement lié à la forte consommation épisodique d'alcool qu'à la quantité globale consommée.
Affections neuro-psychiatriques	Anxiété et troubles du sommeil	Plus d'une personne sur huit qui sont proies à l'anxiété consomment de l'alcool de façon incontrôlée. L'alcool aggrave les troubles du sommeil.
	Dépression	Un problème d'alcool constitue un facteur de risque de dépression, risque proportionnel à la quantité consommée, et souvent précède les problèmes de dépression, cette dernière s'améliorant quand la personne cesse de boire.
	Dépendance à l'alcool	Les risques de devenir alcoolo-dépendant commencent à un bas niveau de consommation et augmentent directement en proportion de la quantité d'alcool consommée et de l'habitude de boire à l'occasion de grosses quantités d'alcool. Ces risques menacent en particulier les jeunes adultes.
	Troubles du système nerveux	Des études cliniques ont révélé qu'entre un quart et un tiers des patients alcoolo-dépendants souffrent de lésions des nerfs périphériques, les risques et la gravité de ces problèmes augmentant avec une consommation prolongée sur toute la vie.

	Affections cérébrales	Une forte consommation d'alcool accélère l'atrophie du cerveau, ce qui cause une baisse des capacités cognitives. Il semble que les dommages sur le cerveau soient constants chez les personnes alcoolo-dépendantes sur le long terme.
	Troubles de l'idéation et démence	La forte consommation d'alcool augmente les risques de troubles de l'idéation, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue.
Troubles gastro-intestinaux, métaboliques et endocriniens	Cirrhose du foie	L'alcool augmente les risques de cirrhose du foie, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue. Quelle que soit la quantité d'alcool consommée, les femmes risquent plus que les hommes de souffrir d'une cirrhose du foie.
	Pancréatite	L'alcool augmente les risques de pancréatite, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool consommée.
	Diabète de type 2	Bien qu'à petite dose l'alcool réduise les risques, comparaison faite avec des non buveurs (cf. encadré 5.3), à plus forte dose il augmente les risques.
	Surpoids	L'alcool a une valeur énergétique de 7,1 g/kcal et peut faire grossir. Chez les très gros buveurs, l'alcool se substitue parfois à des repas ce qui cause des problèmes de malnutrition.
	Goutte	La consommation d'alcool augmente les risques d'excès d'acide urique dans le sang et donc de goutte, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool consommée.
Cancers	Appareil gastro-intestinal	L'alcool augmente les risques de cancer de la bouche, de l'oesophage, et du larynx (voie respiratoire supérieure), et dans une mesure moindre, de cancer de l'estomac, du côlon et du rectum selon un rapport linéaire.
	Foie	La consommation d'alcool augmente les risques de cancer du foie selon un rapport exponentiel.
	Sein	L'alcool augmente chez les femmes les risques de cancer du sein, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool consommée.
Maladies cardiovasculaires	Hypertension	L'alcool augmente la tension artérielle et les risques d'hypertension, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue.
	Infarctus	L'alcool augmente les risques d'infarctus hémorragique, les risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue. Le rapport entre consommation d'alcool et risques d'infarctus ischémique donne une courbe en J, l'alcool à petite dose réduisant les risques (cf. encadré 5.3) et en plus grosse quantité augmente les risques. La forte consommation épisodique d'alcool constitue un important facteur de risque d'infarctus ischémique et hémorragique, en particulier chez les adolescents et jeunes adultes.
	Arythmie cardiaque	La forte consommation épisodique d'alcool augmente les risques d'arythmie cardiaque et de mort soudaine par arrêt cardiaque, même chez les personnes n'ayant pas manifesté de troubles cardiaques auparavant.
	Cardiopathies coronariennes	Bien qu'à petite dose l'alcool réduise les risques de cardiopathie coronarienne, au-delà de 20 g par jour (niveau de consommation comportant le moins de risque, cf. encadré 5.3) ces risques augmentent, au-

		delà de 80 g par jour les risques de cardiopathie coronarienne sont supérieurs à ceux concernant les non buveurs. L'action cardioprotectrice de l'alcool semble disparaître chez les personnes très âgées. A noter également le fait que les troubles cardiaques sont rapportés de façon excessive sur les certificats de décès pour ce groupe d'âge.
	Cardiomyopathie	Une forte consommation régulière d'alcool sur le long terme augmente les risques de détérioration du muscle cardiaque (cardiomyopathie), ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue.
Dysfonctionnement immunitaire		L'alcool perturbe le système immunitaire, l'empêchant de réagir normalement et de résister face à des maladies infectieuses, dont la pneumonie, la tuberculose et peut-être le virus HIV.
Maladies pulmonaires		Les personnes alcoolo-dépendantes ont deux à quatre fois plus de risques de souffrir du syndrome de détresse respiratoire (SDRA) en cas d'infection ou de trauma.
Complications postopératoires		La consommation d'alcool augmente les risques de complications postopératoires et de besoin de soins en réanimation, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue.
Problèmes osseux		Il semble qu'il existe un lien entre consommation d'alcool et risques de fracture chez les hommes et les femmes, avec un risque plus prononcé chez les femmes. (Cf. également encadré 5.3). Consommé en grosse quantité, l'alcool peut causer des troubles musculaires, les risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue.
Dysfonctionnement du système reproducteur		L'alcool peut être une source de stérilité aussi bien chez l'homme que chez la femme.
Mortalité estimée globalement		Selon les estimations, au Royaume-Uni du moins, chez les jeunes (femmes de moins de 45 ans et hommes de moins de 35 ans) la consommation d'alcool, quelle que soit la quantité, augmente de façon globale les risques de décès, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue.

Blessures volontaires et involontaires

L'alcool au volant Les risques liés à l'alcool au volant augmentent avec la quantité d'alcool consommée et la fréquence des occasions de boire beaucoup (Midanik *et al.* 1996), ainsi qu'avec le taux d'alcoolémie (Blomberg *et al.* 2002; Hingson & Winter 2003). 112 études que nous avons examinées apportent des preuves considérables concernant la diminution des capacités du conducteur dès la présence de la moindre quantité d'alcool dans le sang (Moskowitz & Fiorentino 2000). La comparaison entre taux d'alcoolémie chez les conducteurs impliqués dans des accidents et celui chez des conducteurs n'ayant pas été impliqués dans des accidents révèlent que les conducteurs (hommes et femmes de tous âges) avec un taux d'alcoolémie entre 0,2g/l et 0,49g/l ont au moins trois fois plus de risques de mourir dans un accident n'impliquant qu'un seul véhicule. Risques multipliés au moins par 6 avec un taux d'alcool dans le sang entre 0,5g/l et 0,79g/L et par 11 avec un taux entre 0,8g/l et 0,99 g/L (Zador *et al.* 2000). Avec de plus grands risques chez les jeunes

conducteurs et généralement d'accidents graves et mortels n'impliquant qu'un véhicule. Même une consommation réduite d'alcool (20 g) diminue les capacités d'un conducteur s'il manque de sommeil (Horne *et al.* 2005). La consommation d'alcool augmente à la fois les risques de se retrouver à l'hôpital à cause de blessures liées à l'alcool au volant et la gravité des blessures (Borges *et al.* 1998).

Les blessures Il existe, principalement sur le court terme, un lien entre consommation d'alcool et risques d'accidents et de blessures, mortels ou non (Cherpitel *et al.* 1995; Brismar & Bergman 1998; Smith *et al.* 1999; Macdonald *et al.* 2005). Une étude en Australie a montré que dans les 6 heures qui suivent la consommation de plus de 60 g d'alcool, les femmes ont dix fois plus de risques d'être blessées contre deux fois plus de risques chez les hommes (McLeod *et al.* 1999). Une étude en Finlande indique qu'en consommant plus d'alcool on multiplie les risques de blessures mortelles (Paljärvi *et al.* 2005). Une analyse concernant les occasions de boire révèle que le fait de boire un ou deux verres, sans tenir compte de la fréquence, n'augmente pas les risques de blessures mortelles. Le fait de boire successivement quatre verres ou plus augmente les risques de blessures mortelles, ces risques augmentant encore avec la fréquence à laquelle quatre verres ou plus sont bus durant une même occasion, aucune preuve n'étant faite que le seuil de tolérance chez les personnes qui boivent beaucoup et fréquemment pourrait réduire les risques de blessures mortelles. D'autres études ont révélé qu'en particulier les personnes qui boivent généralement peu mais qui périodiquement boivent de grandes quantités d'alcool courent plus de risques (Watt *et al.* 2004). La consommation d'alcool augmente les risques de devoir avoir recours au service des urgences, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue (Cherpitel 1993; Cherpitel *et al.* 2003; Borges *et al.* 2004; Cherpitel *et al.* 2005); entre 20 et 80 % des admissions aux services des urgences sont liés à l'alcool (Hingson & Howland 1987).

L'alcool dans l'organisme perturbe le traitement des blessures et peut causer des complications chirurgicales (Smith *et al.* 1999), et augmente considérablement les risques de décès (Li *et al.* 1994).

Alcool et blessures

Il existe un rapport entre consommation d'alcool et risques d'accidents et de blessures, mortels ou non. En particulier, les personnes qui boivent généralement peu mais qui périodiquement boivent de grandes quantités d'alcool courent plus de risques..

Suicide La forte consommation d'alcool constitue un important facteur de risque de suicide et de tendances suicidaires parmi les jeunes et les adultes (Lesage *et al.* 1994, Andrews & Lesinsohn 1992; Beautrais 1998). Il existe un rapport direct entre consommation d'alcool et risques de suicide et de tendances suicidaires, rapport plus étroitement lié à l'ivresse qu'à la quantité globale consommée (Rossow 1996).

Affections neuropsychiatriques

Dépression Il existe un rapport linéaire entre consommation d'alcool et symptômes dépressifs et anxiété, une forte consommation exacerbant les symptômes (Alati *et al.* 2005).

Tableau 5.2 Risques d'alcoolodépendance chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur (données issues des Etats-Unis)

	Usage nocif ou dépendance toutes substances toxiques confondues (%)	Dépendance à l'alcool (%)	Consommation nocive d'alcool (%)
Troubles de l'humeur	32.0	4.9	6.9
Troubles bipolaires	56.1	27.6	16.1
Type 1	60.7	31.5	14.7
Type 2	48.1	20.8	18.4
Dépression unipolaire	27.2	11.6	5.0

Remarques : (1) Les troubles de l'humeur sur cette ligne incluent dépression et troubles bipolaires ; (2) Les troubles bipolaires, ou états maniaco-dépressifs, se caractérisent par de fortes sautes d'humeur ; (3) Les troubles bipolaires de type 1 correspondent à un état avancé ; (4) Les troubles bipolaires de type 2 sont moins graves ; (5) La dépression unipolaire correspond à un état dépressif sans phase maniaque ; (6) Les catégories "alcoolodépendance " et "consommation nocive d'alcool" s'excluent mutuellement. **Source:** les données rapportées dans ce tableau sont extraites de l'étude Epidemiologic Catchment Area Study (Regler et al. 1990)

Tableau 5.3 Risques de troubles de l'humeur chez les personnes alcoolodépendantes (données issues des Etats-Unis).

	CONSOMMATION NOCIVE D'ALCOOL		DEPENDANCE A L'ALCOOL	
	Incidence année précédente (%)	Taux de risque	Incidence année précédente (%)	Taux de risque
Enquête nationale sur la comorbidité ^A				
Troubles de l'humeur	12.3	1.1	29.2	3.6*
Importants troubles dépressifs	11.3	1.1	27.9	3.9*
Troubles bipolaires	0.3	0.7	1.9	6.3*
Troubles anxieux	29.1	1.7	36.9	2.6*
TAG (trouble anxieux généralisé)	1.4	0.4	11.6	4.6*
Trouble panique	1.3	0.5	3.9	1.7
Troubles de stress post-traumatique	5.6	1.5	7.7	2.2*
	Incidence au cours de la vie (%)	Taux de risque	Incidence au cours de la vie (%)	Taux de risque
Etude épidémiologique par secteur ^B				
Schizophrénie	9.7	1.9	24	3.8

Remarques : *les taux de risque étaient considérablement différents de 1 à 0.05. Ils expriment les risques accrus de co-occurrence entre consommation nocive d'alcool ou d'alcoolodépendance et troubles psychiatriques (ex. une personne alcoolodépendante a 3,6 fois plus de risques de souffrir de troubles de l'humeur qu'une personne non alcoolodépendante). La colonne «Incidence année précédente» correspond au pourcentage de personnes qui répondaient au critère concernant ces troubles dans l'année qui a précédé l'enquête. Le chiffre d'incidence au cours de la vie correspond au nombre de personnes répondant au critère pour ce trouble à un moment dans leur vie. **Sources:** ^AKessler et al. 1996. ^BRegler et al. 1990.

Un certain nombre d'études démontrent invariablement que les personnes souffrant de dépression ou autres troubles de l'humeur risquent fortement de devenir alcoolo-dépendantes et vice-versa (Regier *et al.* 1990; Merikangas *et al.* 1998; Swendsen *et al.* 1998; Kringlen *et al.* 2001; de Graaf *et al.* 2002; Petrakis *et al.* 2002; Sonne & Brady 2002; Farrell *et al.* 2001; Farrell *et al.* 1998; Jacobi

Alcool et dépression

Les risques de dépression chez les personnes alcoolo-dépendantes sont multipliés par deux ou trois, l'ampleur des risques dépendant de la quantité d'alcool consommée. Dans un grand nombre de cas, les problèmes d'alcool précèdent l'apparition de troubles dépressifs.

et al. 2004; Bijl *et al.* 1998; Pirkola *et al.* 2005). Les risques de dépression chez les personnes alcoolo-dépendantes sont multipliés par deux ou trois (Hilarski & Wodarki 2001; Schuckit 1996; Swendson *et al.* 1998), et preuve a été faite concernant la constante ampleur de cette cooccurrence en rapport avec la quantité d'alcool consommée (Kessler *et al.* 1996; Merikangas *et al.* 1998; Rodgers *et al.* 2000). Par exemple une étude américaine rapporte que chaque année, 12 % des personnes souffrant de dépression unipolaire sont alcoolo-dépendantes (Grant *et al.* 2004), cf. tableau 5.2. Inversement, 28 % des personnes alcoolo-dépendantes présentent de sérieux troubles dépressifs, cf. tableau 5.3. De même, en Allemagne un sondage sur la santé et les examens médicaux a rapporté que parmi les personnes médicalement considérées comme ayant un problème de "consommation nocive d'alcool et d'alcoolodépendance" (en anglais "alcohol abuse and dependence") selon la classification DSM-IV (Manuel Diagnostic et Statistiques des troubles mentaux quatrième édition - en anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 56 % souffraient d'une affection psychiatrique, 22 % de deux affections psychiatriques, 8 % de trois et 14 % de quatre ou plus (Jacobi *et al.* 2004).

Bien que l'état dépressif puisse précéder une consommation d'alcool forte ou incontrôlée, dans de nombreux cas de comorbidité le problème d'alcool précède les symptômes dépressifs (Merikangas *et al.* 1998; Kessler *et al.* 1996; Rehm *et al.* 2004). De plus, un grand nombre de syndromes dépressifs régressent visiblement après quelques jours ou quelques semaines sans alcool (Brown & Schuckit 1988; Dackis *et al.* 1986; Davidson 1995; Gibson & Becker 1973, Penick *et al.* 1988; Pettinati *et al.* 1982; Willenbring 1986). Il existe plusieurs processus biologiques qui pourraient expliquer la mise en cause de la dépendance à l'alcool en ce qui concerne les troubles dépressifs (Markou *et al.* 1998).

Alcoolodépendance Quelle que soit la façon dont on mesure la consommation d'alcool (Grant & Harford 1990; Muthen *et al.* 1992; Dawson & Archer 1993; Hall *et al.* 1993; Caetano & Tam 1995; Midanik *et al.* 1996; Caetano *et al.* 1997), les risques d'alcoolodépendance augmentent directement en proportion de la quantité d'alcool consommée et de l'habitude de boire de grosses quantités d'alcool lors d'une même occasion (Caetano *et al.* 1997; Caetano & Cunradi 2002). L'enquête nationale OPCS au Royaume-Uni sur la morbidité psychiatrique (Farrell *et al.* 2001) et l'étude NHIS-88 aux Etats-Unis (Caetano *et al.* 1997) établissent un rapport linéaire entre risques d'alcoolodépendance et quantité d'alcool consommée, l'étude américaine précisant notamment que la consommation de cinq verres ou plus par jour multiplie considérablement les risques.

L'association entre consommation d'alcool et alcoolodépendance ne devrait pas être considérée comme unidirectionnelle, c'est-à-dire le fait de boire menant à l'alcoolodépendance. Une des caractéristiques de l'alcoolodépendance est qu'elle s'auto-perpétue. Une fois établie, cette dépendance influence aussi bien le mode de consommation que la quantité d'alcool bue, ce qui en retour entretient l'alcoolodépendance.

L'alcoolodépendance est particulièrement fréquente chez les jeunes adultes (Farrell *et al.* 2001; Caetano 1999; Caetano & Cunradi 2002), les adolescents qui à 14 ou 15 ans boivent souvent risquant fortement de devenir alcoolodépendants vers 20 ou 21 ans (Bonomo *et al.* 2004). La consommation d'alcool progresse alors d'une simple consommation à une consommation nocive (Ridenour *et al.* 2003) avec des risques accrus d'alcoolodépendance si la consommation est prolongée. La moitié des personnes alcoolodépendantes le deviennent dans les dix ans suivant leur première consommation d'alcool (Wagner & Anthony 2002), bien que l'alcoolodépendance sous ses formes les plus graves soit rare avant l'âge de 30 ans (Coulthard *et al.* 2002).

Les deux facteurs qui contribuent à la dépendance à l'alcool sont : un état psychologique renforçateur et une adaptation biologique au niveau cérébral (cf. anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2004; Spanagel & Heilig 2005).

Troubles du système nerveux (neuropathie périphérique) Des études cliniques démontrent qu'entre un quart et un tiers des patients alcoolodépendants souffrent de troubles au niveau des nerfs sensitifs et moteurs, se répercutant en particulier au niveau des jambes (Monforte *et al.* 1995). Les risques et la gravité de ces troubles augmentent avec une consommation prolongée sur toute la vie et le taux de consommation. Cet effet n'est pas associé à la malnutrition, et il n'a pas été clairement établi dans quelle mesure la malnutrition empire les choses. La mesure dans laquelle l'alcool à petite dose augmente les risques de neuropathie périphérique n'est pas connue.

Troubles de l'idéation, démence, et lésions cérébrales La consommation d'alcool a des effets immédiats et à long terme sur le cerveau et les fonctions neuropsychologiques. La relation entre forte consommation d'alcool et troubles de l'idéation a été formellement établie (Williams & Skinner 1990). Les personnes qui boivent entre 70 et 84 grammes d'alcool par jour sur une période prolongée présentent quelques déficiences cognitives ; chez les personnes qui boivent entre 98 et 126 grammes d'alcool par jour on constate des troubles légers des fonctions cognitives ; à partir de 140 grammes par jour l'alcool cause des déficiences cognitives de gravité moyenne semblables à celles constatées chez des personnes considérées médicalement comme alcoolodépendantes (Parsons & Nixon 1998).

Certaines preuves indiquent que chez les hommes et les femmes âgés entre 20 et 64 ans les non buveurs ont l'esprit moins vif que les personnes qui boivent peu (jusqu'à 20 g d'alcool par jour pour les hommes et 10 g par jour pour les femmes) (Rodgers *et al.* 2005), toutefois ces résultats semblent dus en grande partie, mais pas complètement, au fait d'être sélectionné et à une moins bonne condition physique chez les personnes qui ne buvaient pas par rapport à celles qui buvaient peu (Anstey *et al.* 2005).

Certains éléments semblent indiquer qu'à petite dose l'alcool réduit les troubles fonctionnels cognitifs (Ganguli *et al.* 2005) ainsi que les risques de démence vasculaire chez les personnes âgées, alors que cette même action n'est pas formellement établie en ce qui concerne les troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer, certaines études ayant trouvé un rapport (Stampfer *et al.* 2005) et d'autres non (Gunzerath *et al.* 2004). Association a été faite dans une étude finlandaise entre fréquente consommation d'alcool vers la cinquantaine et déficience cognitive et troubles cérébraux plus tard, effets plus marqués en cas de prédisposition génétique à la démence (Antilla *et al.* 2004).

Une forte consommation d'alcool accélère l'atrophie du cerveau, et cause une baisse des facultés cognitives (Rourke & Loberg 1996; Oscar-Berman & Marinkovic 2003). Durant l'adolescence, la consommation d'alcool peut causer des altérations structurelles de l'hippocampe (partie du cerveau intervenant dans les processus de

mémorisation) (De Bellis *et al.* 2000) et une forte consommation peut causer des dommages permanents en empêchant le développement correct du cerveau (Spear 2002). Il semble que l'alcoolodépendance sur le long terme a toutes sortes d'effets nocifs au niveau cérébral, allant de déficience modérée au grave syndrome psychotique de Wernicke-Korsakoff qui cause un état de confusion, perturbe les fonctions psychomotrices, cause une diplopie ainsi qu'une incapacité à mémoriser de nouvelles informations.

La consommation d'alcool et **la consommation de tabac** sont très liées. Ainsi, non seulement les personnes qui boivent ont plus tendance à fumer (et vice-versa) mais les gros buveurs généralement fument plus. Selon les estimations, pas moins de 90 % des personnes alcoolodépendantes fument. Inversement, les personnes qui fument ont davantage tendance à boire de l'alcool que les non fumeurs, et les dépendants à la nicotine ont 2,7 fois plus de risques de devenir alcoolodépendants que les non fumeurs (cf. Drobos 2002 & John *et al.* 2004).

Bien que la schizophrénie ne soit pas considérée comme attribuable à l'alcool, la consommation dangereuse et nocive d'alcool est non seulement plus courante chez les personnes médicalement déclarées **schizophrènes** (Hulse *et al.* 2000), mais preuve a également été faite que même à petite dose l'alcool peut aggraver les symptômes et interférer avec certains médicaments habituellement utilisés pour la schizophrénie (Castaneda *et al.* 1998). De plus, de meilleurs résultats ont été obtenus en traitant simultanément problèmes d'alcool et schizophrénie (Mueser & Kavanagh 2001). La co-occurrence entre problèmes d'alcool et schizophrénie pourrait être due à des facteurs biologiques (un terrain neurologique particulier qui renforcerait les effets de l'alcool) ainsi qu'à des facteurs psychologiques et socio-environnementaux (allègement des conséquences liées aux troubles mentaux et rapports sociaux plus faciles) (Drake & Muser 2002).

Troubles gastro-intestinaux

Une consommation prolongée d'alcool augmente les risques de cirrhose du foie (figure 5.3), et de pancréatite aiguë et chronique (Corrao *et al.* 1999). Dans les

Calculs biliaires et diabète

Certaines preuves indiquent que l'alcool peut réduire les risques de formation de calculs biliaires, encore que ces conclusions médicales ne soient pas soutenues dans toutes les études. Bien qu'à petite dose l'alcool réduise les risques de diabète de type 2, comparaison faite avec des non buveurs, à plus forte dose il augmente ces mêmes risques.

statistiques de décès entre 35 et 69 ans pour les hommes, les risques de mort liée à la cirrhose du foie passent de 5 pour 100 000 sans alcool à 41 pour 100 000 avec 4 verres ou plus d'alcool par jour (Thun *et al.* 1997).

Bien qu'il existe une forte corrélation entre les risques de cirrhose, le taux d'alcoolémie quotidien en grammes et la durée de la consommation, environ 20% seulement des personnes alcoolodépendantes développent une cirrhose du foie (Seitz & Homan 2001). Certaines études évoquent l'existence de facteurs génétiques prédisposant à des troubles pathologiques du foie liés à l'alcool. Ainsi, pour ce qui est de la cirrhose alcoolique, le taux de concordance entre jumeaux homozygotes (identiques) était de presque 15 %, alors qu'il était de 5 % entre jumeaux hétérozygotes (non identiques) (Lumeng & Crabb 1994). Le polymorphisme des enzymes intervenant dans l'assimilation de l'éthanol, et/ou leurs mutations, contribuerait également au risque de dysfonctionnement hépatique lié à l'alcool. Certaines études montrent également qu'en présence d'un nombre plus importants d'antigènes HLA, dont les HLA-B8,

Bw40, B13, A2, DR3 et DR2, il existe un risque accru de troubles hépatiques liés à l'alcool (Lumeng & Crabb 1994). Le mode de consommation joue également un rôle important, étant donné que la forte consommation épisodique d'alcool comporte des risques moindres comparée au fait de boire régulièrement sur une longue période. Il existe une interaction avec l'hépatite C, l'infection augmentant les risques de cirrhose du foie, quelle que soit la quantité d'alcool consommée, et aggravant la cirrhose (Schiff 1997; Schiff & Ozden 2003). Il semble y avoir également une interaction avec les congénères aliphatiques issus de spiritueux de fabrication domestique qui augmente les risques de cirrhose (Szucs *et al.* 2005). Quelle que soit la quantité d'alcool consommée, les femmes ont plus de risques que les hommes de souffrir d'une cirrhose du foie (Mann *et al.* 2003) (cf. figure 5.3). D'autres études montrent également qu'un IMC (Indice de Masse Corporelle) important, ainsi qu'un taux élevé de glucose peuvent indépendamment augmenter le risque de troubles hépatiques liés à l'alcool (de maladies du foie) (Naveau *et al.* 1997; Raynard *et al.* 2002). Il semblerait par ailleurs que les consommateurs de vin présentent un risque moins important de cirrhose liée à l'alcool, que les consommateurs de spiritueux ou bière (Becket *et al.* 2002)

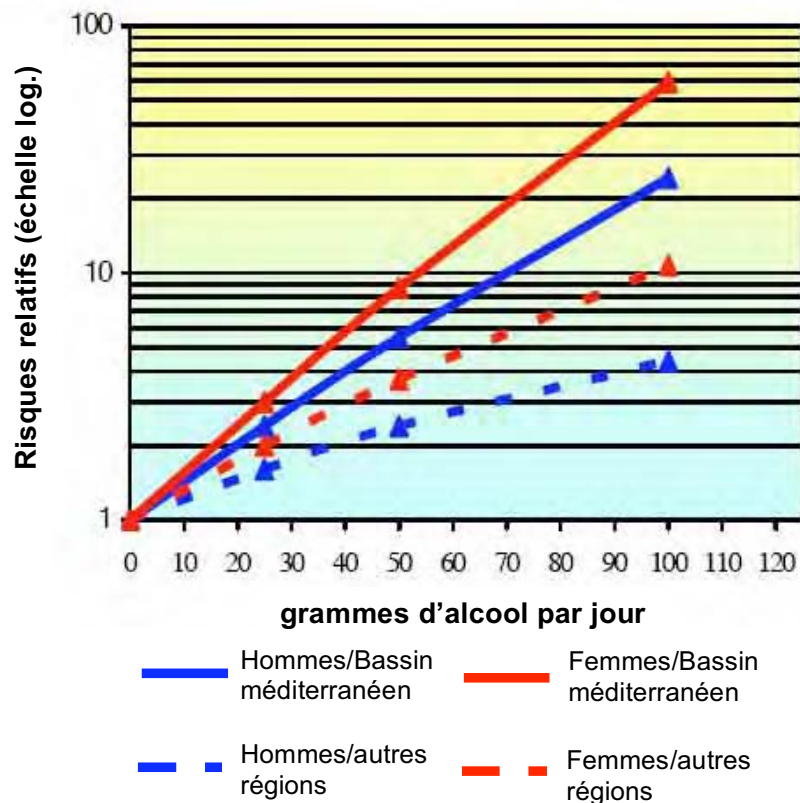


Figure 5.3 Risques relatifs de cirrhose du foie suivant la quantité d'alcool consommée chez les hommes et les femmes vivant dans les pays du bassin méditerranéen et autres régions. **Source:** Corrao *et al.* (1999).

Il ne semble pas y avoir de lien entre consommation d'alcool et risque d'ulcère gastrique et d'ulcère duodéal (Corrao *et al.* 1999; Corrao *et al.* 2004). Certaines preuves indiquent que l'alcool réduit les risques de formation de calculs biliaires (cholélithiase) (Leitzmann *et al.* 1998; cf. Ashley *et al.* 2000; Rehm *et al.* 2003; Rehm

et al. 2004), bien que ces conclusions médicales ne soient pas soutenues dans toutes les études (Sahi *et al.* 1998, Kratzer *et al.* 1997); données qui vont à l'encontre du fait que les patients atteints d'une cirrhose du foie ont plus de risques de développer des calculs biliaires.

Affections métaboliques et endocriniennes

Diabète Le rapport entre alcool et diabète de type 2 donne une courbe en U ou en J, l'alcool à petite dose diminuant les risques qui menacent les personnes qui ne boivent pas (hommes et femmes), et à grosse dose augmentant les risques (Anbani *et al.* 2000; Rimm *et al.* 1995, Perry *et al.* 1995, Stampfer *et al.* 1988; Hu *et al.* 2001; Rehm *et al.* 2004; Wei *et al.* 2000; Wannamethee *et al.* 2002). Bien que ces conclusions ne figurent toutefois pas dans toutes les études (Holbrook *et al.* 1990; Monterrosa *et al.* 1995), l'effet réducteur indiqué est probablement dû au fait que l'alcool à petite dose (entre 10 et 20g alcool par jour) augmente la sensibilité à l'insuline (Facchini *et al.* 1994; Flanagan *et al.* 2000).

Prise de poids L'alcool a une forte valeur énergétique, soit 7,1g/kcal (Lieber 1988). Chacun des composants intervenant dans l'équation d'équilibre énergétique est affecté par l'ingestion d'alcool. Consommé en quantité modérée, l'alcool augmente l'apport énergétique de par sa valeur calorique (Rose *et al.* 1995) et son effet stimulant sur l'appétit (Siler *et al.* 1998; Forsander 1994). Certaines expériences conduites dans le cadre d'études sur le métabolisme ont démontré une augmentation des graisses réparties, ainsi l'alcool constitue un facteur de risque d'apport énergétique excédentaire et de prise de poids, les graisses se déposant généralement au niveau de l'abdomen (cf. Suter 2005). Chez les personnes alcoolo-dépendantes, une plus grande part de l'apport énergétique issu de l'alcool peut ne pas constituer une source d'énergie compte tenu du système d'oxydation microsomal de l'éthanol induit par l'alcool (Levine *et al.* 2000), et le fait que l'apport de calories sous forme d'alcool compense parfois le fait de sauter des repas (Hillers & Massey 1985; Rissanen *et al.* 1987).

Bien que de nombreuses études épidémiologiques montrent un rapport entre consommation d'alcool et prise de poids (Gordon *et al.* 1983; Gordon & Doyle 1986; Rissanen *et al.* 1991; Wannamethee & Shaper 2003), ce n'est pas le cas pour certaines études (Liu *et al.* 1995). Ce qui semble s'expliquer en grande partie aux différences entre sexes, âges et groupes ethniques (Klatsky *et al.* 1977; Suter *et al.* 1997; Suter 2005). Une étude suisse avec des restaurateurs pour sujets a révélé que bien que les personnes qui ne boivent pas ont un poids supérieur aux personnes qui boivent modérément (Meyer *et al.* 1999), en limitant l'analyse aux personnes qui boivent quotidiennement de l'alcool un lien linéaire a pu être établi entre forte IMC (indice de masse corporelle) et forte consommation d'alcool allant jusqu'à plus de 125 g d'alcool par jour. Il semble que l'alcool soit un facteur de risque de surpoids particulièrement important chez les personnes qui boivent et qui ont une alimentation riche en graisses et chez les personnes qui présentent déjà une surcharge pondérale (Suter *et al.* 1999).

Goutte La consommation d'alcool augmente les risques d'excès d'acide urique dans le sang, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool consommée (Sugie *et al.* 2005), et donc de goutte, les risques de goutte (inflammation arthritique) augmentant également proportionnellement à la quantité d'alcool consommée (Choi *et al.* 2004).

Cancers

L'alcool a une action cancérogène et l'alcoolisation de l'organisme sur le long terme augmente les risque de cancer de la bouche, de l'oesophage, du larynx (voie

respiratoire supérieure), du foie, du sein chez la femme, et dans une mesure moindre les risques de cancer de l'estomac, du côlon et du rectum selon un rapport linéaire (cf. figure 5.4), aucun effet de seuil n'ayant été établi (Bagnardi *et al.* 2001a; Bagnardi *et al.* 2001b). Les processus de développement du cancer induits par l'alcool incluraient son influence sur le cytochrome P-4502E1 (CYP2E1), qui transforme l'éthanol en acétaldéhyde et intervient dans la dégradation de divers pro-cancérogènes (Poschl & Seitz 2004). Les risques de décès par an suite à des cancers liés à l'alcool (bouche, oesophage, gorge et foie) augmentent de 14 pour 100 000 chez les hommes d'une cinquantaine d'années qui ne boivent pas à 50 pour 100 000 chez ceux qui boivent 4 verres ou plus (soit 40g alcool) par jour (Thun *et al.* 1997). Il a été formellement démontré que la consommation d'alcool augmente les risques de cancer du sein chez la femme (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 2002). À partir de 80 ans, ces risques augmentent de 88 pour 1000 chez les femmes qui ne boivent pas à 133 pour 1000 chez les femmes qui boivent 6 verres (60g) d'alcool par jour. Il est possible que l'alcool augmente le risque de cancer du sein en élevant la sécrétion d'hormones sexuelles reconnues comme étant impliquées dans les risques de développement du cancer du sein.

Une analyse groupée des données de neuf études cas-témoins a révélé que les personnes qui boivent de l'alcool présentent des risques moindres de développer certains lymphomes, autres que la maladie de Hodgkin, mais pas tous (un groupe hétérogène de maladies à transformation

tumorale de cellules lymphoïdes saines) (Morton *et al.* 2005). La réduction des risques n'a pas été associée à la quantité d'alcool consommée, et les personnes qui ont bu dans le passé courent les mêmes risques que les personnes qui n'ont jamais bu. On ne sait pas bien dans quelle mesure ces conclusions médicales peuvent être expliquées par d'autres facteurs non identifiés.

En outre, comme signalé précédemment, un rapport a été formellement établi entre alcool et cancer des poumons (English *et al.* 1995), considéré comme étant influencé par le tabac (Bandera *et al.* 2001).

Certaines études ont également examiné si l'alcool avait ou non un effet génotoxique ou mutagène (une substance capable de provoquer des changements permanents au niveau cellulaire, tissulaire et du fonctionnement des organes, pouvant contribuer au développement de cancer). Selon un certain nombre d'études l'alcool pourrait avoir un léger effet génotoxique suivant certaines transformations métaboliques (Obe & Anderson 1987; Greim 1998). Bien qu'on ne sache pas bien l'importance de cette conclusion (Phillips & Jenkinson 2001), il a été considéré de soumettre une proposition, sans qu'aucune décision n'ait été encore prise, concernant le classement de l'éthanol par le Bureau Européen des produits chimiques (1999), sous l'autorité de la Commission européenne, en tant que substance mutagène de catégorie 2 (substances devant être considérées comme mutagènes pour l'homme) dans le système de classification défini par la Directive sur les substances dangereuses (67/548/EEC - Annexe VI) (Commission européenne 2005).

Cancer du sein

La consommation d'alcool augmente les risques de cancer du sein chez la femme. À partir de 80 ans, ces risques augmentent de 88 pour 1000 chez les femmes qui ne boivent pas à 133 pour 1000 chez les femmes qui boivent 6 verres (60g) d'alcool par jour.

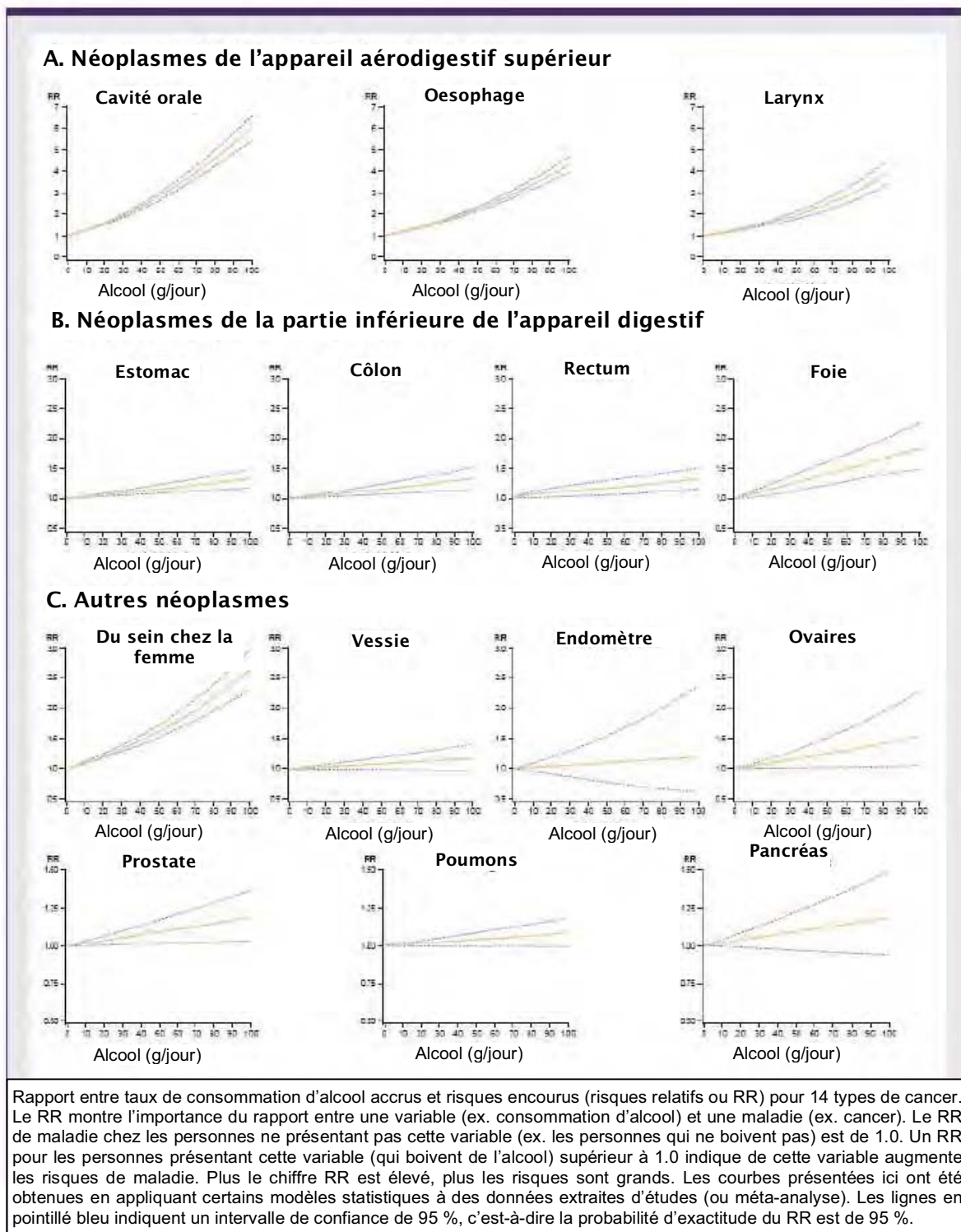


Figure 5.4 Rapport entre quantité d'alcool consommée et risques de cancer (14 types de cancer). Source: Corrao *et al.* 2004.

Maladies cardiovasculaires

(Les cardiopathies coronariennes sont abordées plus tard dans ce chapitre)

Hypertension L'alcool augmente la tension artérielle et les risques d'hypertension, ces risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue (Beilin *et al.* 1996; Curtis *et al.* 1997; English *et al.* 1995; Grobbee *et al.* 1999; Keil *et al.* 1997; Klatsky 1996; Klatsky 2001), cf. figure 5.5.

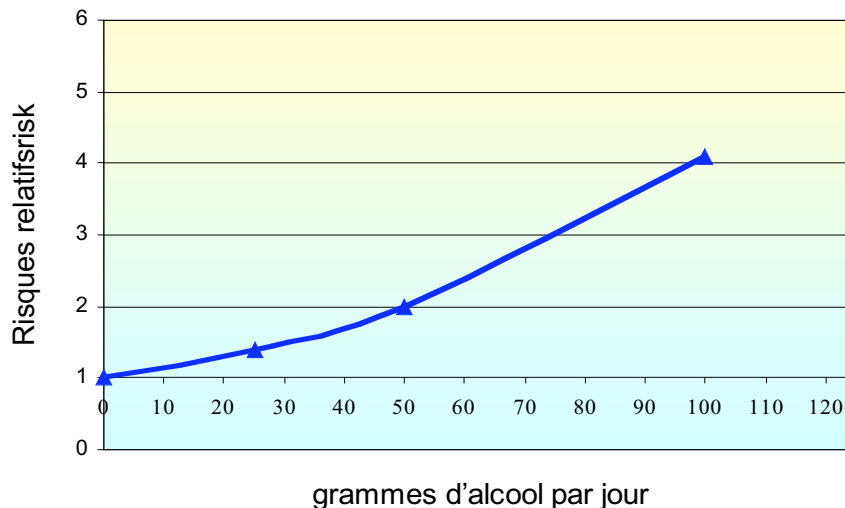


Figure 5.5 Risques relatifs d'hypertension par quantité d'alcool consommée.
Source: Corrao *et al.* (1999).

Infarctus On distingue deux principaux types d'infarctus : l'infarctus ischémique qui suit l'obturation d'une artère et interrompt l'apport sanguin au cerveau, et l'infarctus hémorragique (y compris l'hémorragie sub-arachnoïde) qui suit l'épanchement de sang d'un vaisseau dans le cerveau. L'alcool augmente les risques d'infarctus hémorragique (Corrao *et al.* 1999; Reynolds *et al.* 2003) (cf. figure 5.6). De nombreuses études concluent individuellement que l'alcool à petite dose réduit les risques d'infarctus ischémique (Beilin *et al.* 1996; Hillbom 1998; Keil *et al.* 1997; Kitamura *et al.* 1998; Knuiman & Vu 1996; Sacco *et al.* 1999; Thun *et al.* 1997; Wannamethee & Shaper 1996). Alors qu'un examen systématique de toutes les études n'a donné aucune preuve évidente de l'action protectrice que l'alcool, consommé en petite quantité ou en quantité modérée, pourrait avoir concernant les risques d'infarctus ischémique ou d'infarctus en général (Mazzaglia *et al.* 2001), un examen plus récent a montré un net rapport avec une courbe en J entre consommation d'alcool et risque d'infarctus ischémique. Une consommation jusqu'à 24 g d'alcool par jour diminuant les risques, et une consommation égale ou supérieure à 60 g d'alcool par jour augmentant les risques (Reynolds *et al.* 2003). Ce rapport est influencé par un génotype qui agit sur le taux de cholestérol HDL, un des médiateurs biochimiques de l'action cardioprotectrice. En l'absence du génotype il n'existe aucun lien statistique entre consommation d'alcool et risque d'infarctus ischémique, alors que si ce génotype est présent la consommation d'alcool augmente les risques d'infarctus ischémique (Mukamal *et al.* 2005).

La forte consommation épisodique d'alcool constitue un important facteur de risque associé à l'infarctus ischémique et hémorragique, et en particulier est une cause d'infarctus chez les adolescents et les jeunes adultes. Chez les personnes de moins de 40 ans, un infarctus ischémique sur cinq est lié à l'alcool, les adolescents comptant pour un grand nombre des victimes (Hillbom & Kaste 1982).

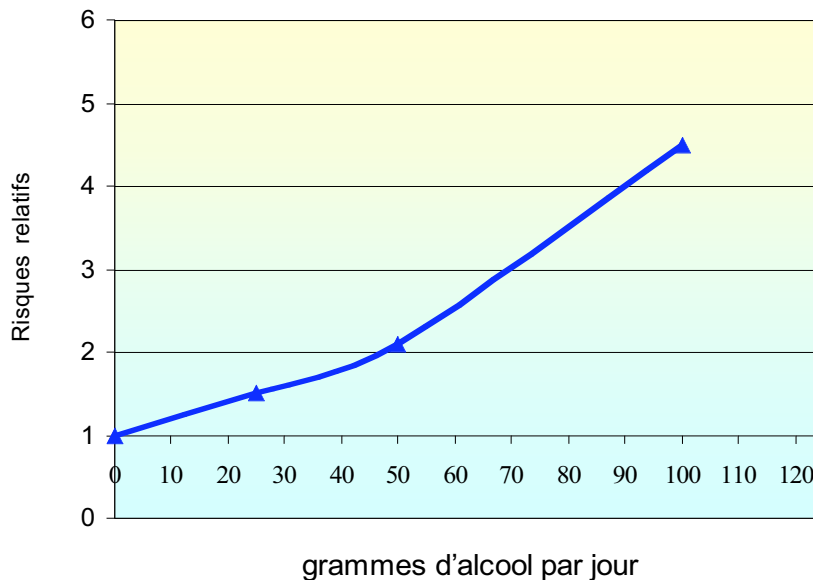


Figure 5.6 Risques relatifs d'infarctus hémorragique par quantité d'alcool consommée.

Source: Corrao *et al.* (1999).

Arythmie cardiaque La forte consommation épisodique d'alcool augmente les risques d'arythmie cardiaque et de mort soudaine par arrêt cardiaque, même chez les personnes n'ayant jamais manifesté de troubles cardiaques auparavant (Robinette *et al.* 1979; Suhonen *et al.* 1987; Wannamethee & Shaper 1992; Mukamal *et al.* 2005). La fibrillation auriculaire est la plus courante forme d'arythmie cardiaque causée à la fois par une forte consommation régulière d'alcool et épisodique. Selon les estimations, pour entre 15 et 30% des patients victimes de fibrillation auriculaire l'alcool est en cause, avec peut-être entre 5 et 10% de nouveaux accès de fibrillation auriculaire dus à une consommation excessive d'alcool (Rich *et al.* 1985).

Cardiomyopathie Une forte consommation d'alcool (plus de 90g par jour) régulière prolongée (cinq ans ou plus) peut causer la détérioration du muscle cardiaque, ou cardiomyopathie (Urban-Marquez *et al.* 1989), se manifestant par une augmentation de volume du

Arythmie cardiaque

La forte consommation épisodique d'alcool augmente les risques d'arythmie cardiaque et de mort soudaine par arrêt cardiaque, même chez les personnes n'ayant jamais manifesté de troubles cardiaques auparavant.

cœur et des parois plus minces que celles d'un cœur normal. (Piano 2002). Il a été démontré que chez un tiers des hommes alcoolodépendants ne présentant aucun symptôme de trouble cardiaque, la fonction cardiaque était en fait considérablement

affaiblie (Urban-Marquez *et al.* 1989), les risques étant en proportion de la quantité d'alcool consommée. Par contre la mesure dans laquelle l'alcool à petite dose augmente les risques de cardiomyopathie n'est pas connue.

Dysfonctionnement immunitaire

L'alcool peut empêcher divers composants du système immunitaire de fonctionner normalement (Nelson & Kolls 2002), et une forte consommation d'alcool peut causer une déficience immunitaire, l'organisme n'étant alors plus à même de lutter contre certaines maladies infectieuses (US Department of Health and Human Services 2000; Estruch 2001), dont la pneumonie (Fernandez-Sola *et al.* 1995), la tuberculose (Cook 1998) et peut-être le virus HIV (Meyerhoff 2001). Cette immunodéficience est en partie exacerbée par la malnutrition et des troubles hépatiques (Estruch 2001).

Maladies pulmonaires

Le syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) est une forme grave de lésion pulmonaire suite à une infection du sang, un trauma, une pneumonie ou à une transfusion sanguine (Guidot & Roman 2002). Des études cliniques ont révélé que les risques de SDRA chez les patients souffrant de septicémie ou de trauma étaient multipliés entre deux et quatre fois en cas de "consommation nocive d'alcool" ou de dépendance à l'alcool, facteurs pouvant être mis en cause chez pas moins de la moitié des patients souffrant du SDRA (Guidot & Hart 2005). Bien que l'alcool ne cause pas directement de lésion pulmonaire aiguë, il prépare le terrain en favorisant le stress inflammatoire de la septicémie et du trauma. Aux Etats-Unis, le SDRA fait quelque 75 000 à 150 000 victimes par an (Guidot & Roman 2002), ce qui fait que ce syndrome fait autant de ravages que la cirrhose alcoolique en terme de décès aux Etats-Unis. La mesure dans laquelle il existe un rapport entre alcool à petite dose et risque de lésion pulmonaire n'est pas connue.

Complications postopératoires

En ce qui concerne les interventions chirurgicales en général, l'alcool augmente les risques de complications postopératoires et notamment d'infection, de saignement et d'insuffisance cardiorespiratoire exigeant des soins en réanimation (Tønnesen & Kehlet 1999). Une étude en Espagne a établi un lien entre quantité d'alcool consommée et problèmes réclamant des soins en réanimation après une intervention chirurgicale (Delgad-Rodriguez *et al.* 2003).

Problèmes osseux

Il semble qu'il existe un lien entre quantité d'alcool consommée et ostéoporose avec risques de fracture aussi bien chez l'homme que chez la femme (US Department of Health and Human Services 2000; Preedy *et al.* 2001). L'association entre forte consommation d'alcool et raréfaction du tissu osseux avec risques accrus de fracture serait moins marquée chez les femmes que chez les hommes (Sampson 2002), et certaines preuves indiquent que les femmes qui consomment de l'alcool en petite quantité présentent généralement une meilleure densité osseuse que les femmes qui ne boivent pas (Turner & Sibonga 2001; Williams *et al.* 2005). Toutefois, à grosse dose l'alcool détériore le tissu osseux (Kogawa & Wada 2005).

Consommé en grosse quantité, l'alcool cause des troubles musculaires et affaiblit les muscles, les risques étant proportionnels à la quantité d'alcool bue. L'alcool est vraisemblablement la cause la plus fréquente de pathologies musculaires, qui touchent entre un et deux tiers des personnes alcoolodépendantes (Urban-Marquez *et al.* 1989; Preedy *et al.* 2001).

Dysfonctionnement du système reproducteur

L'alcool peut avoir des effets néfastes sur le système reproducteur aussi bien chez l'homme que chez la femme. Chez l'homme, il perturbe les glandes endocrines et la sécrétion d'hormones et peut réduire la fertilité en causant des dysfonctionnements sexuels et en perturbant la production de sperme (Emanuele & Emanuele 2001). Chez la femme, la consommation d'alcool durant les premières années de l'adolescence peut empêcher une sécrétion normale des hormones sexuelles féminines, et donc retarder la puberté et avoir des conséquences négatives sur la maturation du système reproducteur (Dees *et al.* 2001). Après la puberté, il a été établi que l'alcool perturbe le cycle menstruel et nuit à la fertilité (Emanuele *et al.* 2002). Il a été également prouvé que l'alcool est associé au risque de perturbation du comportement sexuel (Markos 2005).

Affections prénatales

Grossesse

L'alcool, même consommé en petite quantité en moyenne, et en particulier durant le premier trimestre de grossesse, peut augmenter les risques de fausse-couche, de poids inférieur à la normale à la naissance, de naissance prématurée et de retard de croissance du fœtus

L'alcool a un effet toxique sur le système reproducteur. L'alcoolisation prénatale peut être associée à certaines déficiences intellectuelles précises qui se manifestent plus tard chez l'enfant, dont des facultés intellectuelles générales et des capacités scolaires réduites ainsi que des déficiences en termes d'apprentissage oral, de mémoire

spatiale et d'idéation, de temps de réaction, d'équilibre et d'autres facultés cognitives et capacités motrices (Mattson *et al.* 2001; Chen *et al.* 2003; Koditowakko *et al.* 2003). Certaines déficiences, comme les problèmes d'inadaptation sociale, semblent s'aggraver au moment de l'adolescence et des premières années de l'âge adulte, pouvant de ce fait augmenter le taux de troubles mentaux (Jacobson & Jacobson 2002). Bien que ces déficiences soient particulièrement graves et ont été démontrées dans de nombreux textes et ouvrages publiés concernant les enfants victimes du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF), les enfants ayant été exposés avant la naissance à une faible alcoolisation peuvent manifester des troubles similaires (Gunzerath *et al.* 2004), l'ampleur de ces troubles étant proportionnelle à la quantité d'alcool consommée (Sood *et al.* 2001) et exacerbée par la forte consommation épisodique d'alcool (Jacobson & Jacobson 1994; Jacobson *et al.* 1998; Streissguth *et al.* 1993 1994).

Certaines preuves indiquent que l'alcool, même consommé en petite quantité en moyenne, et en particulier durant le premier trimestre de grossesse peut augmenter les risques de fausse-couche, de poids inférieur à la normale à la naissance, de naissance prématurée et de retard de croissance du fœtus (Abel 1997; Bradley *et al.* 1998; Windham *et al.* 1997; Albertsen *et al.* 2004; Rehm *et al.* 2004; Albertsen *et al.* 2004). Il a été également prouvé que l'alcool peut freiner la production de lait chez les mères qui allaitent (Mennella 2001; Gunzerath *et al.* 2004).

ALCOOL ET RISQUES DE CARDIOPATHIE CORONARIENNE

Courbe en J L'alcool à petite dose réduit les risques de cardiopathie coronarienne (Gunzerath *et al.* 2004). D'excellentes études impartiales ont conclu à une action cardioprotectrice inférieure à celle indiquée par d'autres études moins bonnes (Corrao *et al.* 2000). Un examen d'études de meilleure qualité a fait ressortir que, par rapport aux non buveurs, les personnes qui boivent 20 grammes (deux verres) d'alcool par jour ont 20 % moins de risques d'être victimes de cardiopathie coronarienne. Cf. figure 5.7. La réduction des risques est plus prononcée avec la consommation d'un verre d'alcool tous les deux jours. Au delà de deux verres par jour (considéré comme le niveau de consommation à risque moindre), les risques de cardiopathie coronarienne augmentent, et au delà de 80 grammes par jour excèdent ceux qui menacent les non buveurs.

L'action protectrice de l'alcool concerne plus les accidents cardiaques n'entraînant pas la mort, et est plus forte chez l'homme que chez la femme, et dans les pays du bassin méditerranéen que dans les autres pays. L'effet réducteur de risque de l'alcool ne concerne que les personnes d'une cinquantaine d'années ou plus, qui ont davantage de risques de souffrir de troubles cardiaques. Tous les effets bénéfiques de l'alcool sur la santé sont récapitulés dans l'encadré 5.3.

Les conséquences d'une forte consommation d'alcool Alors que l'alcool à petite dose peut avoir une action cardioprotectrice, à grosse dose il augmente les risques de cardiopathie coronarienne, et une forte consommation épisodique d'alcool peut provoquer arythmie cardiaque, ischémie myocardique ou infarctus et la mort suite à un accident coronarien (Trevisan *et al.* 2001a; Trevisan *et al.* 2001b; Murray *et al.* 2002; Gmel *et al.* 2003 Britton & Marmot 2004; Trevisan *et al.* 2004).

Processus biochimiques Le lien entre consommation d'alcool et risques de cardiopathie coronarienne suit un processus biochimique plausible indépendamment du type de boisson (Mukamal *et al.* 2003; Mukamal *et al.* 2005). La consommation d'alcool élève le taux de cholestérol HDL (Klatsky 1999), qui a pour rôle de ramasser l'excédent de dépôts graisseux dans les vaisseaux sanguins et à ce titre est considéré comme un réducteur de risques de décès causé par une cardiopathie coronarienne. Une consommation modérée d'alcool fluidifie le sang, ce qui réduit les risques de maladie cardiaque (McKenzie & Eisenberg 1996; Reeder *et al.* 1996; Gorinstein *et al.* 2003; Imhof & Koenig 2003; Burger *et al.* 2004). L'effet de l'alcool sur les processus de coagulation a tendance à être immédiat et, étant donné que les modifications du profil lipidique sanguin sont particulièrement bénéfiques chez les personnes âgées, l'effet dû à l'élévation du taux de cholestérol HDL peut sans doute est obtenu en consommant de l'alcool vers les cinquantaine.

Les changements biochimiques susceptibles de réduire les risques de maladies cardiaques sont associés aussi bien à la bière, au vin et aux spiritueux et sont dus aux polyphénols et à l'éthanol que ces boissons contiennent (Gorinstein & Trakhtenberg 2003), bien que le vin rouge contienne plus de polyphénols. Le jus de raisin et le vin désalcoolisé ne produisent pas ces changements biochimiques (Sierksma 2003; Hansen *et al.* 2005). Par contre, des preuves indiquent que la consommation d'alcool, de façon proportionnelle à la quantité consommée, et la forte consommation épisodique d'alcool augmentent chez les jeunes adultes les risques de calcification aortique (Pletcher *et al.* 2005), associée à l'athérosclérose, et donc de maladies cardiaques (Pletcher *et al.* 2004).

Rapport avec courbe en J ne figurant pas unanimement dans les études Le lien entre faible consommation d'alcool et réduction des risques de cardiopathie coronarienne est mentionné dans de nombreuses études, mais pas dans toutes. Une étude portant sur un groupe de salariés écossais de plus de 21 ans n'a trouvé aucun

risque accru de cardiopathie coronarienne chez les personnes qui ne boivent pas par rapport à celles qui boivent peu ou modérément (Hart *et al.* 1999). D'autres enquêtes au sein de la population générale, dans laquelle les personnes interrogées étaient susceptibles d'avoir réduit leur consommation d'alcool à cause de problèmes de santé, n'ont indiqué aucune différence pour ce qui est du taux de mortalité entre les personnes qui boivent peu et celles qui ne boivent pas (Fillmore *et al.* 1998a, Fillmore *et al.* 1998b; Leino *et al.* 1998). Une meta-analyse de 54 études publiées, a tenté de montrer l'étendue d'une erreur systématique de classification, lorsque sont inclus comme 'abstinants' les individus ayant réduit ou même interrompu leur consommation d'alcool, un phénomène souvent lié au vieillissement ou à des conditions de santé précaire. Les études ne comportant pas cette erreur ne présentaient pas de cause significative ou de protection cardiaque, ce qui suggère peut-être que la fonction protectrice cardiaque attribuée à l'alcool a sans doute été surestimée. (Fillmore *et al.* 2006).

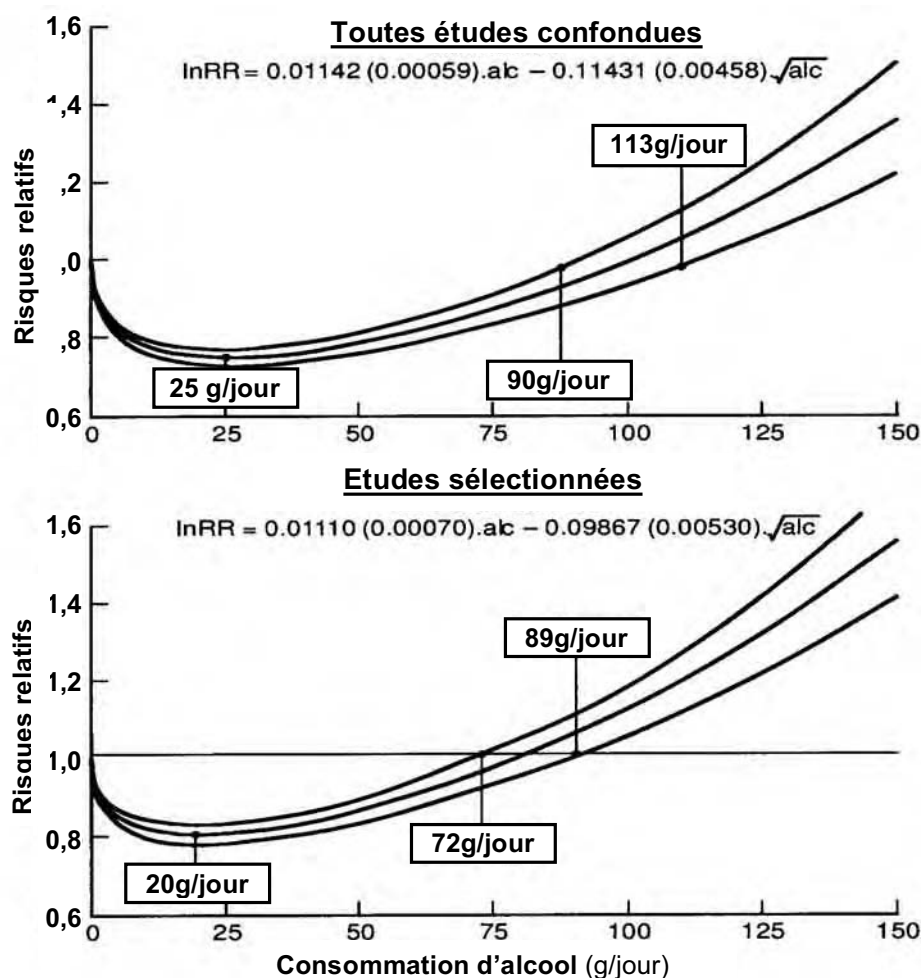


Figure 5.7 Fonctions (avec intervalles de confiance de 95 % correspondants) indiquant le rapport entre consommation d'alcool rapportée et risques relatifs de cardiopathie coronarienne résultant des données regroupées des 51 études incluses et des 28 études de cohorte jugées comme d'excellente qualité. Les modèles statistiques (avec erreurs types entre parenthèses) et les trois niveaux critiques d'alcoolisation de l'organisme (point le plus bas, quantité maximale établissant statistiquement l'action cardioprotectrice, et la quantité minimale établissant statistiquement l'effet nocif) sont rapportés. *Reproduit de : Corrao et al. (2000).*

Une moins bonne hygiène de vie chez les non buveurs Certaines études en Angleterre et aux Etats-Unis ont trouvé que, comparées aux personnes qui ne boivent pas, celles qui boivent peu on généralement une meilleure hygiène de vie en termes d'alimentation, d'exercice physique, ne fument pas (Wannamathee & Shaper 1999; Barefoot *et al.* 2002) et ont des revenus plus importants (Hamilton & Hamilton 1997; Zarkin *et al.* 1998). Il a été suggéré qu'il pourrait y avoir là l'explication au risque apparemment accru de maladies cardiaques chez les personnes qui ne boivent pas par rapport à celles qui boivent peu. Une étude en Finlande n'arrive pas à cette conclusion (Poikolainen *et al.* 2005), citant parmi les facteurs les plus couramment associés avec le fait de ne pas boire d'alcool, un âge avancé et le fait de ne pas être de couleur blanche, d'être veuf ou veuve ou d'être toujours resté célibataire, d'avoir une éducation et des revenus moindres, le fait d'avoir moins accès à des services médicaux y compris préventifs, la cooccurrence d'affections comme le diabète et l'hypertension, le fait d'être moins bien dans sa tête, d'avoir plus de risque d'avoir besoin de matériel médical, d'être de façon générale en moins bonne santé, et d'avoir plus de risques de souffrir d'une maladie cardiovasculaire (Naimi *et al.* 2005). En ce qui concerne les facteurs comprenant des catégories à risques multiples, un rapport a été mesuré entre risques accrus et le fait probable d'être non buveur.

Une étude australienne rapporte que les personnes qui ne boivent pas présentent un certain nombre de caractéristiques habituellement associées avec l'angoisse, la dépression et autres symptômes indiquant une mauvaise santé, comme des emplois médiocres, une éducation limitée, des difficultés financières, des aides sociales insuffisantes et de récents événements éprouvants dans la vie, ainsi qu'un risque accru d'être déprimé, tout cela pouvant expliquer un plus grand risque de maladies cardiaques chez les non buveurs comparés aux personnes qui boivent peu (Rodgers *et al.* 2000; Greenfield *et al.* 2002). Une étude américaine conclut que bien que la consommation d'alcool diminue les risques de cardiopathie coronarienne chez les hommes de couleur blanche, elle augmente ces mêmes risques chez les hommes noirs, ce qui suggère que l'action cardioprotectrice peut s'expliquer par la présence d'autres facteurs constants liés au mode de vie des personnes qui boivent (Fuchs *et al.* 2004).

Cardiopathies coronariennes

L'alcool à petite dose réduit les risques de cardiopathie coronarienne. Deux verres d'alcool (20 grammes) par jour permettant de réduire ces risques de 20 %. Au delà de deux verres par jour (considéré comme le niveau de consommation à risque moindre), les risques de cardiopathie coronarienne augmentent, et au delà de 80 grammes par jour excèdent ceux qui menacent les non buveurs..

Un risque accru en cas de consommation prolongée sur toute la vie L'étude britannique régionale sur les problèmes cardiaques (British Regional Heart) a confirmé que comme les personnes ont tendance à boire moins en vieillissant, les études épidémiologiques basées sur la quantité d'alcool consommée au début de la période considérée ne reflètent pas pleinement les risques (Emberson *et al.* 2005). Alors que pour la consommation d'alcool de départ le rapport entre alcool et maladies cardiovasculaires et toutes les autres causes de décès présente une courbe en U, les personnes qui boivent peu présentant le moins de risques et les non buveurs et les gros buveurs présentant des risques similaires, l'aspect de ce rapport a changé après correction, c'est-à-dire après avoir pris en compte la consommation moyenne sur plus d'une vingtaine d'années (durée de l'étude), les risques concernant les non buveurs ayant baissé, et les risques pour les personnes buvant modérément et beaucoup ayant augmenté. Cf. figure 5.8.

Encadré 5.3 Les effets bénéfiques de l'alcool pour le buveur		
Effets/Affections		Conclusions résumées
Bien-être social	<i>Plaisir</i>	Les enquêtes faites auprès de la population générale indiquent que la consommation d'alcool est associée à certains plaisirs et à une sensation de mieux-être, influencés par des facteurs culturels, l'environnement où l'on boit et ce que les personnes qui boivent attendent de l'alcool.
	<i>Travail</i>	Une "courbe en J" a été rapportée liant consommation d'alcool et congés maladie, qui peut-être reflète plus de problèmes de santé chez les personnes qui ne boivent pas.
Affections neuropsychiatriques	<i>Troubles de l'idéation et démence</i>	L'alcool à petite dose réduit les risques de démence vasculaire. Cette même action n'est pas formellement établie en ce qui concerne les troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer, certaines études la rapportant et d'autres non.
Troubles gastro-intestinaux, métaboliques et endocriniens	<i>Calculs biliaires</i>	Certaines preuves indiquent que l'alcool peut réduire les risques de formation de calculs biliaires, bien que ces conclusions médicales ne soient pas soutenues dans toutes les études.
	<i>Diabète de type 2</i>	Le rapport entre alcool et diabète de type 2 donne une courbe en U, une faible consommation diminuant les risques par rapport aux personnes qui ne boivent pas et une forte consommation augmentant les risques. L'effet réducteur de risques de l'alcool à petite dose n'est pas rapporté dans toutes les études.
Maladies cardiovasculaires	<i>Infarctus ischémique</i>	Le rapport entre consommation d'alcool et risques d'infarctus ischémique donne une courbe en J, l'alcool à petite dose (jusqu'à 24 g par jour) réduisant les risques.
	<i>Cardiopathies coronariennes</i>	Le rapport entre consommation d'alcool et risques de cardiopathie coronarienne donne une courbe en J. La réduction des risques estimée par méta-analyse est de 20 % pour une consommation d'alcool rapportée de 20 g/jour. A noter toutefois que l'action cardioprotectrice semble être réduite chez les personnes très âgées. Bien qu'on puisse probablement expliquer biologiquement le rapport entre consommation d'alcool et risques de cardiopathie coronarienne, il reste le problème de l'amplitude de cet effet qui risque d'avoir été surestimée en raison des difficultés à mesurer la consommation d'alcool consommée et au fait que les variables confondantes n'aient pas été adéquatement maîtrisées dans toutes les études.
Problèmes osseux		Certaines preuves indiquent que les femmes qui consomment de l'alcool en petite quantité présentent généralement une meilleure densité osseuse que les femmes qui ne boivent pas.
Mortalité générale		Les personnes âgées qui consomment de l'alcool en petite quantité ont de façon générale moins de risque de mourir que celles qui ne boivent pas. Une étude réalisée au Royaume-Uni rapporte que le niveau de consommation d'alcool associé au risque de décès le plus bas est de 4 grammes par jour pour les femmes de 65 ans et plus et de 11 grammes par jour pour les hommes de 65 ans et plus.

Les personnes qui boivent beaucoup régulièrement ont 74 % plus de risques d'avoir un accident coronarien grave, 133 % plus de risques d'avoir un infarctus, 127 % plus de risques de mourir, quelle que soit la cause, par rapport aux personnes qui boivent de temps en temps (ces estimations étaient respectivement de 8 %, 54 %, et 44 % avant correction des variations de consommation). Il est également important que remarquer que plus le temps de suivi des sujets dans le cadre de l'étude est long, plus la réduction des risques liés à la consommation d'alcool a des chances de diminuer et de disparaître totalement (Nielsen *et al.* 2005).

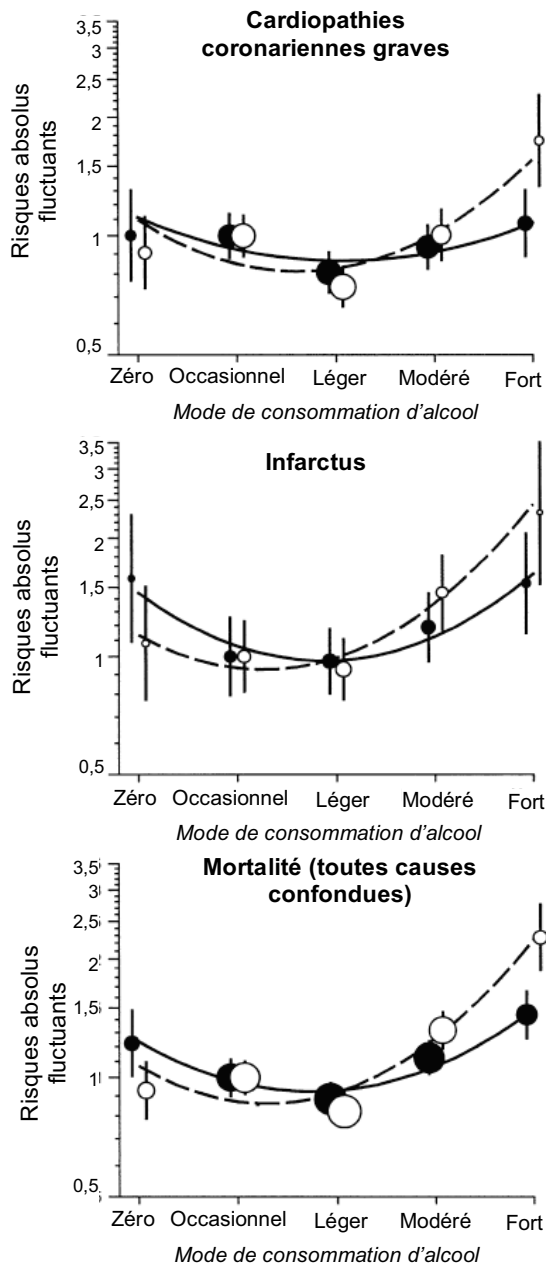


Figure 5.8. Risques relatifs de cardiopathie coronarienne grave (décès par accident coronarienne et infarctus du myocarde non mortel), d'infarctus, et de décès (toutes causes confondues) par mode de consommation l'alcool, parmi les sujets suivis entre 1978 et 1980 et 1998 et 2000 dans le cadre de l'étude British Regional Heart (hommes ne présentant aucun problème cardiaque à l'origine). Les cercles noirs et la ligne continue correspondent à la quantité d'alcool consommée au début de la période étudiée, les cercles blancs et la ligne en pointillé correspondent à la quantité d'alcool "habituellement" consommée, chiffre obtenu après correction pour variations individuelles. La taille de chaque rond indique la quantité d'informations statistiques sur lesquelles cette estimation a été faite. En vertical les graphes affichent des intervalles de confiance de 95 % pour les risques absolus.

Source: Emberson *et al.* 2005.

Action protectrice réduite ou nulle chez les personnes très âgées Très peu d'études ont examiné l'évolution avec l'âge des risques relatifs entre consommation d'alcool et maladies cardiaques. De façon générale, les risques relatifs de cardiopathie coronarienne se situent vers 1,0 chez les personnes âgées (Abbott *et al.* 1997), considération faite de l'alcool (Abrams *et al.* 1995). L'étude faite à Honolulu concernant les maladies cardiaques et comparant buveurs et non buveurs d'alcool a révélé que les risques relatifs ont tendance à se situer vers 1,0, chez les personnes âgées, ce qui ne montre pas d'action protectrice induite par l'alcool chez les hommes de 75 ans et plus (Abbott *et al.* 2002). De plus, pour ce groupe d'âge les troubles cardiaques enregistrés comme cause de décès dépassent la réalité. L'étude Framingham sur les maladies du coeur a montré que la tendance excessive à enregistrer des troubles cardiaques pour cause de décès augmente de façon exponentielle avec l'âge, à tel point que les chiffres seraient en fait doublés par rapport à la réalité en ce qui concerne les personnes décédées à 85 ans ou plus (Lloyd-Jones *et al.* 1998).

EST-IL POSSIBLE DE BOIRE DE L'ALCOOL SANS AUCUN RISQUE?

Les risques de décès

Le niveau de consommation comportant le moins de risques de décès est de zéro chez les femmes de moins de 45 ans et les hommes de moins de 35 ans, de 4 grammes par jour pour les femmes de 65 ans et plus et de 11 grammes par jour pour les hommes de 65 ans et plus..

La courbe correspondant au lien entre consommation d'alcool et mortalité dépend à la fois de la ventilation des causes des décès, des habitudes de consommation et de la quantité d'alcool parmi la population étudiée. Chez les jeunes on constate que les décès causés par des accidents ou des actes de violence (plus nombreux en cas de consommation d'alcool)

prédominent, alors que les décès dus à des cardiopathies coronariennes (dont les risques sont réduits par l'alcool) sont rares. On constate une situation inverse chez les personnes plus âgées. Certaines preuves indiquent que, quelle que soit la quantité d'alcool consommée, ceux qui boivent de grosses quantités d'alcool lorsque l'occasion se présente ont plus de risques de mourir (Tolstrup *et al.* 2004).

Il existe un rapport effectif et pratiquement rectiligne entre consommation d'alcool et risques de décès chez les populations ou groupes présentant de faibles risques de cardiopathie coronarienne (jeunes y compris partout). D'autre part, le rapport entre consommation d'alcool et risques de décès chez les populations à fort risque de cardiopathie coronarienne donne une courbe en J ou, chez les personnes âgées, en U. L'âge précis auquel le lien passe d'une courbe rectiligne à une courbe en J ou en U dépend de la ventilation des causes de décès, mais dans les pays d'Europe intervient entre 50 et 60 ans (âge de décès) (Rehm & Sempos 1995). Les effets de cette variation des risques sur la santé publique en Europe sont examinés au chapitre 6.

Comme pour les cardiopathies coronariennes, la quantité d'alcool consommée par personne associée aux risques de décès les plus bas varie selon les pays. Ainsi, des études réalisées dans les pays d'Europe du Sud et centrale, qui enregistraient jusque récemment une plus forte consommation d'alcool, situent cette association à un niveau de consommation plus élevé (Farchi *et al.* 1992; Brenner *et al.* 1997; Keil *et al.* 1997; Renaud *et al.* 1998) que celui rapporté pour les pays qui consomment moins d'alcool (English *et al.* 1995; White 1999).

Au Royaume-Uni, le niveau de consommation associé aux risques de décès les plus bas chez les femmes est estimé à zéro avant 45 ans, 3 grammes par jour entre 45 et 64 ans, et 4 grammes par jour à partir de 65 ans. Cf. figure 5.9.

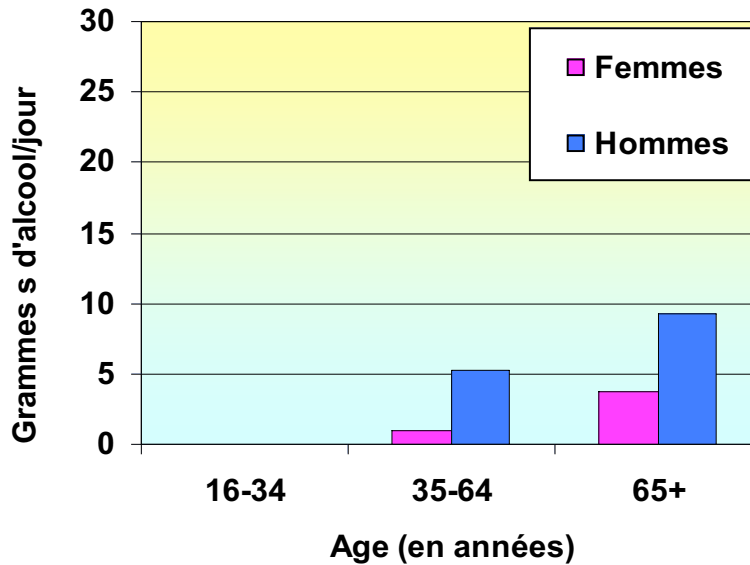


Figure 5.9 Niveaux de consommation associés aux risques de décès les plus bas (estimations du Royaume-Uni). Source: White *et al.* (2002).

Méthodes d'analyse statistique et courbe en J Compte tenu des questions utilisées pour demander aux personnes interrogées leur niveau de consommation d'alcool, les études qui font le rapport entre risques de problèmes de santé et quantité d'alcool consommée récapitulent cette consommation en la ventilant par catégories discontinues alors que cette répartition est en réalité continue. La catégorisation selon la quantité d'alcool consommée présente plusieurs inconvénients : les personnes courant de forts et faibles risques risquent d'être mélangées (ex. dans le groupe consommant le plus d'alcool) et donc d'atténuer l'influence évaluée, et le nombre de catégories et les limites les définissant peuvent influencer les estimations et donc les résultats concernant le niveau de consommation d'alcool comportant le moins de risques pour la santé. La méthode statistique GAM (modèle additif généralisé) permet d'éviter ce genre de problème (Hastie & Tibshirani 1990).

Cette méthode appliquée aux résultats de l'étude sur les troubles cardiaques menée à Copenhague a montré que le lien entre consommation d'alcool et risque de décès dépendait si les non buveurs (définis dans cette étude comme buvant moins de 12 grammes d'alcool par semaine) étaient ou non inclus dans cette analyse (Johansen *et al.* 2005). Une courbe statistique en J a été obtenue lorsque les non buveurs furent inclus, (cf. figure 5.10 ligne bleue), avec les conclusions habituelles comme quoi on constate une réduction des risques de décès avec la consommation jusqu'à un verre par jour pour les femmes et jusqu'à deux verres par jour pour les hommes. Cependant, si les non buveurs sont éliminés de cette analyse, on obtient alors un lien linéaire effectif entre consommation d'alcool et risques de décès chez les hommes et les femmes (ligne rouge). Selon cette analyse une personne qui a bu 12 grammes d'alcool ou plus par semaine a plus de risques de mourir, même avec un taux de consommation bas, aucune preuve d'effet de seuil n'ayant été établie (c'est-à-dire le rapport montre une courbe montante continue plutôt qu'une courbe cassée

indiquant un risque accru seulement après un certain niveau de consommation d'alcool).

Ainsi, selon cette étude la courbe statistique reflétant le lien entre alcool et risques de décès doit sa forme en J aux risques accrus chez les personnes qui boivent moins d'un verre par semaine, plutôt qu'aux effets bénéfiques de l'alcool ; ces courbes en J surestiment les risques accrus de décès chez les personnes qui boivent très peu (la première partie de la courbe en J) par rapport à celles dont le niveau de consommation d'alcool est associé aux risques de décès les plus bas ; et ces courbes en J semblent indiquer que le niveau de consommation d'alcool avec les risques les plus bas de décès se situe à une quantité d'alcool trop élevée.

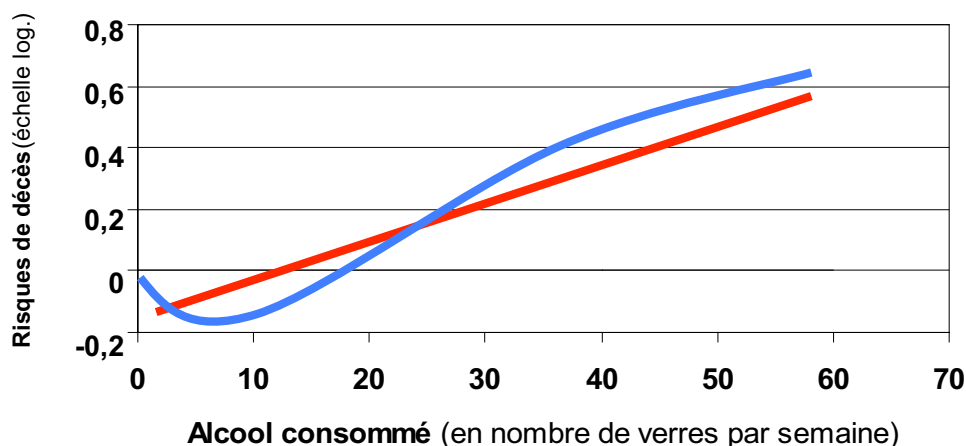


Figure 5.10 Analyse des risques de décès chez les hommes, non buveurs inclus (ligne bleue) et exclus (ligne rouge). Source : Johansen et al. (2005), Copenhagen city heart study. Résultats obtenus suivant la méthode statistique GAM.

Les effets de l'alcool sur la santé au cours des différentes périodes de la vie sont récapitulés dans l'encadré 5.4

COMMENT DETERMINER LES RISQUES DE PROBLEMES DE SANTE ATTRIBUABLES A L'ALCOOL?

Hippocrate, il y a 2 500 ans écrivait que toute personne qui arrive dans une nouvelle grande ville ferait bien que se renseigner pour savoir s'il s'agit d'un endroit salubre ou non, considération faite de la situation géographique et de l'attitude des habitants ("ont-ils tendance à boire trop ou non") (Hippocrate, traduit en anglais par Lloyd en 1978). Il poursuit en disant "en règle générale, la constitution et les habitudes de la population sont influencées par les caractéristiques naturelles de la région". L'impact de la région et de la population transparaît nettement dans des études réalisées concernant les migrations à grande échelle d'une culture à une autre, et dans lesquelles par exemple une augmentation des facteurs de risques et des cardiopathies coronariennes a été constatée dans le cas de migration d'une culture à faibles risques vers une culture à hauts risques avec adoption du mode de vie de la culture intégrée (Kagan *et al.* 1974). En d'autres termes, et cela s'applique à de nombreux facteurs de risques et à un grand nombre d'affections et d'états de santé (Rose 1992), suicide y compris (Durkheim, traduit en anglais par Spaulding &

Simpson 1952), le comportement et la santé des membres d'une société sont fortement influencés par les caractéristiques collectives et par les normes sociales. Dans le chapitre 6 nous montrerons que ce principe s'applique également à l'alcool, un lien existant entre la consommation globale d'alcool ramenée par habitant et le nombre de personnes au sein d'une population dont le niveau de consommation est nocif et ayant des problèmes d'alcool (Skog 1991; Lemmens 2001; Academy of Medical Sciences 2004). Le reste de cette section est consacré à la description d'autres facteurs directement impliqués dans la détermination des risques de problèmes de santé attribuables à l'alcool.

L'influence du statut génétique

Le statut génétique intervient dans les risques de problèmes de santé liés à l'alcool. L'étude classique de jumeaux consiste à faire la comparaison entre jumeaux monozygotiques (MZ = identiques) et dizygotiques (DZ = faux jumeaux) concernant les ressemblances pour une affection choisie, ce afin de déterminer l'influence du patrimoine génétique, ou caractère héréditaire. L'influence héréditaire peut être calculée étant donné que les jumeaux MZ sont génétiquement identiques, alors que les jumeaux DZ n'ont que la moitié de leurs gènes qui sont semblables. Cette méthode repose sur "l'hypothèse d'environnements équivalents", c'est-à-dire que des jumeaux MZ vivent dans des environnements similaires, même chose pour les jumeaux DZ, bien qu'il existe de toute évidence des relations entre gènes et environnement (Heath & Nelson 2002).

Bien que les études sur des jumeaux n'identifient pas de gènes spécifiques ayant une influence sur une maladie, elles fournissent toutefois d'importantes informations sur l'impact génétique de la maladie (ses propriétés en termes de schéma héréditaire, comme par exemple si les gènes ont une influence séparément ou collectivement sur la maladie), en indiquant les aspects de la maladie qui ont plus un caractère héréditaire, si les mêmes gènes influencent cette maladie quel que soit le sexe, et si des maladies multiples présentent des influences génétiques communes. Dans le cas où des données supplémentaires concernant les autres membres de la famille des jumeaux sont considérées, on parle d'étude jumeaux-famille. Ce type d'étude fournit des informations plus précises, à savoir si les parents transmettent ou non à leurs enfants un schéma comportemental génétiquement ou via certains aspects de l'environnement familial (transmission culturelle). Lors de la collection de données sur l'environnement, les études de jumeaux et celles jumeaux-famille peuvent fournir des informations sur la façon dont les facteurs environnementaux et la prédisposition génétique s'influencent mutuellement pour développer une maladie.

Encadré 5.4 Les effets de l'alcool sur la santé et ses conséquences sociales au cours des différentes périodes de la vie					
	Période prénatale	Enfant	Jeune adulte	Cinquantaine	Troisième âge
Conséquences sociales			L'alcool procure certains plaisirs chez les personnes qui en boivent		
		Ses conséquences négatives touchent tous les âges			
Blessures			La consommation d'alcool est fréquente chez les jeunes adultes. Ces derniers courent plus de risques d'être blessés		
		Les blessures volontaires et involontaires touchent tous les âges			
Affection neuropsychiatriques			Les jeunes adultes commettent souvent des blessures volontaires et courent de gros risques de subir des blessures infligées volontairement et involontairement		
		Ces conséquences négatives touchent tous les âges			
Troubles gastro-intestinaux			Bien que la dépendance à l'alcool existe à tous les stades de l'âge l'adulte, les jeunes adultes courent plus de risques		
			Les personnes d'une cinquantaine d'années et du troisième âge ont plus de risques de souffrir de lésions cérébrales et de perte des facultés cognitives		
Cancer			Bien que la cirrhose du foie soit plus fréquente chez les personnes d'une cinquantaine d'années et du troisième âge, elle constitue également une menace chez les jeunes adultes		
			Les personnes d'une cinquantaine d'années et du troisième âge ont plus de risques de souffrir d'un cancer		
Maladies cardiovasculaires			Les risques de cancer sont plus grands chez les personnes d'une cinquantaine d'années et du troisième âge		
			Hypertension, infarctus et arythmie cardiaque concernent tous les stades de l'âge l'adulte		
Affections prénatales			La forte consommation épisodique d'alcool est un important facteur de risque d'infarctus chez les jeunes adultes		
			Les cardiopathies coronariennes sont rares chez les jeunes adultes		
			L'action cardioprotectrice est plus importante chez les personnes d'une cinquantaine d'années et plus		
Affections prénatales					Les effets nocifs de l'alcoolisation prénatale se répercutent tout au long de la vie

Certaines études jumeaux et familles suggèrent que la portion héréditaire de la dépendance à l'alcool se situe entre 50 et 60 % (Cook & Gurling 2001; Dick & Forud 2002; US Department of Health and Human Services 2000). Les textes et ouvrages actuellement disponibles mettent l'accent sur l'alcoolodépendance, toutefois il semblerait que le caractère héréditaire d'une forte consommation d'alcool ou de problèmes d'alcool va au-delà de l'alcoolodépendance diagnosticable (Schukit *et al.* 2004).

Des analyses concernant 987 sujets issus de 105 familles choisis pour le groupe d'origine dans le cadre de l'étude COGA (Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism), une grande étude sur les familles ayant pour objet d'identifier les gènes qui jouent un rôle dans les risques d'alcoolodépendance et de caractéristiques et attitudes ayant trait à l'alcool, ont localisé sur 3 chromosomes des gènes augmentant les risques d'alcoolodépendance (Reich *et al.* 1998). Les preuves les plus convaincantes ont été localisées sur les chromosomes 1 et 7, avec des preuves moins évidentes pour le chromosome 2. L'échantillon pour reproduction des résultats, qui comprenait 1 295 sujets issus de 157 familles, a confirmé les conclusions précédentes, bien qu'avec des résultats statistiques moins probants (Foroud *et al.* 2000).

Une variante des gènes ADH2 et ADH3 protège grandement (mais pas totalement) les porteurs des risques contre l'alcoolodépendance en provoquant des malaises ou en les rendant malades quand ils boivent (Reich. *et al.* 1998). Les gènes codent l'acétaldéhyde déshydrogénase, un des deux enzymes essentiels du foie qui interviennent dans la transformation de l'alcool en acétate, forme finale sous laquelle il se trouve dans l'organisme.

Les analyses frères-soeurs par paire ne souffrant pas d'alcoolodépendance dans l'échantillon initial de l'études COGA a fourni des preuves de l'action protectrice localisée sur le chromosome 4, à proximité de gènes ADH (alcool déshydrogénase) (Williams *et al.* 1999; Edenberg 2000; Saccone *et al.* 2000).

Autres facteurs de risque

Quelle que soit la quantité d'alcool consommée, il semble que les risques d'effets nocifs chroniques liés à l'alcool menacent plus les femmes, l'ampleur des risques variant selon les maladies. Ce qui est probablement dû au fait que l'organisme féminin contient moins d'eau que l'organisme masculin (Swif 2003). Ainsi, si une femme et un homme faisant à peu près le même poids et à peu près du même âge boivent la même quantité d'alcool, la femme présentera un taux d'alcoolémie plus élevé, l'alcool étant moins dilué dans son organisme.

On constate de façon constante dans tous les pays et toutes les études que l'alcoolodépendance et la mortalité due à l'alcool touchent plus les adultes de faible statut socio-économique (Romelsjo & Lundberg 1996; Lecler *et al.* 1990; Lundberg & Osterberg 1990 ; Makela *et al.* 1997; Makela 1999; Lexely *et al.* 2004). Il existe également un rapport entre consommation d'alcool et pauvreté en termes de crimes violents comme les homicides, les risques lorsque ces deux facteurs sont réunis étant plus grands que ce à quoi on peut s'attendre en ajoutant ces facteurs considérés individuellement (Parker 1993). En Angleterre, chez les hommes âgés entre 25 et 69 ans avec un statut socio-économique le plus bas (ouvriers non qualifiés) les risques de décès liés à l'alcool sont multipliés par 15 par rapport à ceux ayant une profession libérale, c'est-à-dire dans la plus haute catégorie socio-économique (Harrison & Gardiner 1999). En Suède jusqu'à 30 % des écarts concernant la mortalité chez les hommes d'une cinquantaine d'années classés par catégorie socio-économique s'expliquent par la consommation d'alcool (Hemström 2001). Ces conclusions reflètent les différents états de santé selon les catégories

sociales, à savoir des circonstances sociales et économiques difficiles ont des incidences sur la santé tout au long de la vie des individus (Wilkinson & Marmot 2003). Pour ce qui est de l'alcool, ce principe se vérifie vraisemblablement dans les deux sens, les méfaits de l'alcool résultant, et constituant un moyen de supporter, des circonstances économiques et sociales difficiles, et l'alcoolodépendance causant une descente dans l'échelle sociale.

Les enfants sont plus vulnérables à l'alcool que les adultes. Non seulement ils sont généralement physiquement plus petits, mais de plus ils manquent d'expérience concernant le fait de boire et les effets de l'alcool. Ils n'ont aucun contexte ou point de référence qui leur permette d'évaluer ou de modérer leur

Qui ces risques menacent-ils ?

Le statut génétique, socio-économique, le sexe et l'âge déterminent chez chaque individu les risques liés à l'alcool, certains gènes augmentant et d'autres diminuant les risques de problèmes d'alcool. Quelle que soit la quantité d'alcool consommée, les femmes, les enfants, les adolescents, et les personnes dans la catégorie socio-économique la plus basse courent plus de risques..

consommation d'alcool, et de plus leur organisme n'a pas développé de tolérance à l'alcool. Du milieu de l'adolescence jusqu'aux premières années de l'âge adulte on constate une forte augmentation de la consommation d'alcool, tant en quantité qu'en fréquence, ainsi que des problèmes d'alcool (Wells *et al.* 2004; Bonomo *et al.* 2004). Ceux qui boivent beaucoup durant le milieu de l'adolescence ont tendance, arrivés à l'âge adulte, à faire partie des gros buveurs, des alcoolodépendants et à souffrir des méfaits de l'alcool, avec des problèmes mentaux, une éducation des plus restreinte et des risques accrus de commettre des délits (Jefferis *et al.* 2005). La consommation d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes est associée avec les blessures et morts sur la route, les suicides et les états dépressifs, le fait de sécher des cours et une baisse des résultats scolaires, des troubles mnémoniques, des étourdissements, des bagarres, des dégâts matériels, des critiques entre membres d'un même groupe et des ruptures d'amitiés, le viol lors de rendez-vous, les rapports sexuels sans protection avec risques de contracter des maladies sexuellement transmissibles, le virus HIV et de grossesse non prévue (Williams & Knox 1987).

PEUT-ON AMELIORER SA SANTE EN REDUISANT SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

Le fait de boire moins ou d'arrêter de boire a des effets bénéfiques sur la santé. Certains méfaits de l'alcool sur la santé sont immédiatement réversibles ; les accidents et les blessures ainsi que les risques de poids inférieur à la normale à la naissance, et d'autres affections prénatales peuvent être annulées si l'on élimine l'alcool. Les jeunes qui diminuent leur consommation d'alcool alors qu'ils arrivent à l'âge adulte réduisent les risques qui menacent leur santé (ToumbolImproving *et al.* 2004).

La dépression constitue un exemple d'affection de longue durée qui peut être rapidement améliorée, avec parfois une rémission pratiquement immédiate. La plupart des études rapportent que de nombreux syndromes dépressifs s'améliorent visiblement après quelques jours ou quelques semaines sans alcool (Brown & Schuckit 1998; Dackis *et al.* 1986; Davidson 1995; Gibson & Becker 1973, Penick *et al.* 1988; Pettinati *et al.* 1982; Willenbring 1986).

Comme présenté plus en détail dans le chapitre 7, les interventions en matière de santé publique contre la consommation dangereuse et nocive d'alcool permettent de réduire cette consommation et les problèmes causés par l'alcool (Moyer *et al.* 2002) ainsi que le nombre de décès liés à l'alcool (Cujipers *et al.* 2004). L'étude Malmö réalisée sur une communauté dans les années 1970, a démontré que dans les conditions voulues, on peut obtenir des résultats impressionnants. Suite à une intervention ciblée sur des gros buveurs sur une période de six ans il a été enregistré moitié moins de décès chez les sujets par rapport au groupe témoin (Kristenson *et al.* 1983). Certaines maladies chroniques découlent d'une consommation d'alcool prolongée sur toute la vie, et bien qu'il soit possible de réduire ces risques ils ne peuvent toutefois pas être totalement annulés en éliminant l'alcool. D'autre part, les études faites sur les populations montrent qu'une réduction de la consommation d'alcool entraîne un recul assez rapide des maladies chroniques et de leurs effets, comme les décès dus à la cirrhose du foie (Ledermann 1964) (cf. chapitre 6). Des analyses chronologiques ont montré que la réduction de la consommation d'alcool par habitant était associée à une diminution considérable simultanée des risques de décès par cirrhose du foie (ex. Ramstedt 2001; Skog 1980; et en particulier Cook & Tauchen 1982).

Comment améliorer sa santé

Il est possible d'éviter tous les effets aigus néfastes de l'alcool en réduisant sa consommation. Les syndromes dépressifs régressent visiblement après quelques jours ou quelques semaines sans alcool. La réduction de la consommation d'alcool entraîne une diminution assez rapide du nombre de décès par cirrhose du foie..

CONCLUSION

Bien que l'alcool procure certains plaisirs, sa consommation n'est pas sans danger. La quantité globale consommée, la fréquence de consommation ainsi que la consommation épisodique d'alcool en terme de fréquence et de quantité, que ce soit séparément ou ensemble, exacerbent sur le plan social et humain, aussi bien mental que physique, un grand nombre de troubles, de problèmes et de maladies. Les risques étant en grande partie proportionnels à la quantité d'alcool consommée, aucun seuil de tolérance n'ayant été établi. C'est-à-dire que plus on boit, aussi bien régulièrement que lors d'occasions particulières, plus grands sont les risques. En ce qui concerne certaines maladies (syndrome de détresse respiratoire aigu, cardiomyopathie, troubles du système nerveux et musculaires), il semble que les risques augmentent uniquement suite à une consommation forte et/ou prolongée d'alcool, bien que même à ces hauts niveaux de consommation il existe un lien entre risques et quantité consommée. Pour certains autres problèmes de santé (en particulier les blessures et maladies cardiovasculaires) les risques sont en grande partie, mais pas totalement, influencés par la forte consommation épisodique d'alcool.

Les effets nocifs sont en partie compensés par un certain nombre d'effets bénéfiques, dont principalement la réduction des risques de cardiopathie coronarienne. Ainsi l'ensemble des risques de décès met en balance les méfaits de l'alcool, qui peuvent intervenir à tout âge, et son action cardioprotectrice qui concerne principalement les personnes âgées. Ce qui signifie que les plus faibles risques de décès correspondent à une consommation zéro pour les femmes de moins de 45 ans et les hommes de moins de 35 ans. Chez les personnes d'âge très

avancé, il semble que l'action cardioprotectrice de l'alcool disparaisse et que, quelle que soit la quantité consommée, l'alcool augmente les risques de mourir.

L'alcool ne limite pas ses méfaits au buveur mais les inflige également aux autres personnes. Ces méfaits (qui peuvent être qualifiés de dommages sur l'environnement causés par l'alcool - en anglais *environmental alcohol damage ou EAD*) sont vastes. Au nombre des conséquences négatives figurent la violence, les homicides, les mauvais traitements infligés au sein de couples et aux enfants, d'autres délits, les conséquences d'accidents de la route et les effets nocifs sur le développement du fœtus.

La réduction de la consommation d'alcool, sous forme d'abstinence temporaire ou définitive, permet d'alléger les risques de toutes sortes de maux liés à l'alcool et de faire régresser la plupart des affections pathologiques qui lui sont liées.

L'impact de l'alcool sur la santé publique en Europe fait l'objet du chapitre suivant.

REFERENCES

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, A. and McAuslan, P. (2001). Alcohol and Sexual Assault. *Alcohol Health and Research World*, 25 (1), 43–51.

Abbott, R.D., Sharp, D.S., Burchfile, C.M. *et al.* (1997). Cross-sectional and longitudinal changes in total and high-density lipoprotein cholesterol levels over a 20-year period in elderly men: the Honolulu Heart Program. *Annals of Epidemiology* 7 417-424.

Abbott RD, Curb JD, Rodriguez BL, Masaki KH, Yano K, Schatz IJ, Ross GW, Petrovitch H. (2002) Age-related changes in risk factor effects on the incidence of coronary heart disease. *Ann Epidemiol.* Apr;12(3):173-81.

Abel EL (1997) Maternal alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol and Alcoholism*, 32, 211–219.

Abrams, J., Vela, B. S., Coultas, D. B., Samaan, S. A., Malhotra, D. and Roche, R. J. (1995). Coronary risk factors and their modification: lipids, smoking, hypertension, estrogen and the elderly. *Current Problems in Cardiology*, 20, 533-610.

Academy of Medical Sciences (2004). Calling Time: The nation's drinking as a major public health issue. www.acmedsci.ac.uk. Accessed 2004.

Alati, R., Lawlor, D.A., Najman, J.M., Willimas, G.M., Bor, W. and O'Callaghan, M. (2005). Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University Study of pregnancy and its outcomes. *Addiction* 100 643-651.

Albano, E. and Clot, P. (1996). Free radicals and ethanol toxicity. IN V.R.Preedy and R.R. Watson (Eds.). *Alcohol and the gastrointestinal tract*, pp57-68. CRC Press: Boca Raton, FL.

Albertsen, A., Andersen, A-M, Olsen, J. and Grønbaek, M. (2004). Alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology* 159 155-161.

Allen, J., Nicholas, S., Salisbury, H. and Wood, M. (2003). Nature of burglary, vehicle and violent crime in C. Flood-Page and J. Taylor (eds). *Crime in England and Wales 2001/2002: Supplementary Volume*. Home Office Statistical Bulletin 01/03. London: Home Office.

Ajani UA, Hennekens CH, Spelsberg A, Manson JE (2000) Alcohol consumption and risk of type 2 diabetes mellitus among US male physicians *Arch Intern Med* 160:1025–1030.

Ames, G.M.; Grube, J.W.; And Moore, R.S. (1997). The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: An empirical study. *Journal of Studies on Alcohol* 58(1):37–47.

Anderson, P. (1995) Alcohol and risk of physical harm. In Holder, H.D. and Edwards, G., eds. *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues*. Oxford, Oxford Medical Publications.

Anderson, P. (2003). The Risk of Alcohol. PhD thesis. Nijmegen, Radboud University. http://webdoc.ubn.kun.nl/mono/a/anderson_p/riskofal.pdf.

Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. and Wallace, P. (1993) The Risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508.

Andrews JA, Lewinsohn PM (1992) Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655–662.

Anstey, K.J, Windsor, T.D., Rodgers, B., Jorm A.F., and Christensen, H (2005). Lower cognitive test scores observed in alcohol abstainers are associated with demographic, personality, and biological factors: the PATH Through Life Project *Addiction*, 100 , 1291–1301.

Antilla, T., Helkala, E-L., Viitanen, M., Kareholt, I., Fratiglioni, L., Winblad, B., Soininen, H., Tuomilehto, J., Nissinen, A. and Kivipelto, M. (2004) Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *British Medical Journal*. 329 539-545.

Archer, J., Holloway, R. and McLoughlin, K. (1995) Self-reported physical aggression among young men. *Aggressive Behavior*, 21, 325–342.

Ashley MJ, Rehm J, Bondy S, Single E, Rankin J (2000) Beyond ischemic heart disease: are there other health benefits from drinking alcohol? *Contemporary Drug Problems*, 27:735–777.

Australian Bureau of Statistics (1991), *1989–90 National Health Survey Summary of Results, Australia*. Catalogue No. 4364.0, Commonwealth of Australia.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R and Rossow I (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Bagnardi, V.; Blangiardo, M.; La Vecchia, C.; *et al.* (2001a). Alcohol consumption and the risk of cancer: A meta-analysis. *Alcohol Research and Health* 25(4):263–270.

Bagnardi, V.; Blangiardo, M.; La Vecchia, C.; *et al.* (2001b) A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer* 85(11): 1700–1705.

Bandera E.V., Freudenheim J.L., and Vena J.E. (2001) Alcohol and lung cancer: a review of the epidemiologic evidence. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 10, 813-821.

Barefoot, J.C., Grønbaek, M., Feaganes, J.R., McPherson, R.S., Williams, R.B. and Siegler, I.C. (2002) Alcoholic beverage preference, diet, and health habits in the UNC Alumni Heart Study *Am J Clin Nutr* 76:466-72.

Baum-Baicker, C. (1987) The psychological benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 305-322.

Beautrais AL (1998) *Risk factors for suicide and attempted suicide amongst young people*. A report to the National Health and Medical Research Council. <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/mh12syn.htm> Accessed 2005.

Beilin LJ, Puddey IB, Burke V (1996) Alcohol and hypertension—kill or cure? *Journal of Human Hypertension*, 10(2):S1–S5.

Bijl, R.V., Ravelli, A. and van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33 587-595.

- Blankfield A, Maritz JS (1990) Female alcoholics IV: admission problems and patterns. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 12, 445–450
- Blomberg, R.D., Peck, R.C., Moskowitz, H., Burns, M. and Fiorentino, D. (2002). *Crash Risk of Alcohol Involved Driving*. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, D.C..
- Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G. and Patton, G. (2001) Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, 96, 1485–1496.
- Bonomo, Y.A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J.B. and Patton, G.C. (2004) Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction* 99 1520-1528.
- Book, S.W. and Randall, C.L. (2002) Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research and Health* 26 130-135.
- Borges, G., Cherpitel, C. and Mittleman, M. (2004) Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. *Social Science and Medicine* 58 1191-1200.
- Borges, G., Cherpitel, C.J., Medina Mora, M.E., Mondragón, L. and Casanova, L. (1998). Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. *Alcohol Clin Exp Res*, 22 (9): 1986-1991.
- Bot, S.M., Engels, R.C.M.E. and Knibbe, R.A. (2005). The effects of alcohol expectancies on drinking behaviour in peer groups: observations in a naturalistic setting. *Addiction* 100 1270-1279.
- Bradley KA, Badrinath S, Bush K, Boyd-Wickizier J, Anawalt B (1998) Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*, 13:627–639.
- Brecklin, L.R. and Ullman, S.E. (2002). The roles of victim and offender alcohol use in sexual assaults: results from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (1): 57–63.
- Brenner, H., Arndt, V., Rothenbacher, D., Schuberth, S., Fraisse, E. and Fliedner, T. (1997) The association between alcohol consumption and all-cause mortality in a cohort of male employees in the German construction industry, *International Journal of Epidemiology*, 26, 85-91.
- Brismar, B. and Bergman, B. (1998) The significance of alcohol for violence and accidents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* , 22 , 2995–3065.
- Britton A, McKee M (2000) The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:328–332.
- Britton, A. and Marmot, M. (2004) Different measures of alcohol consumption and risk of coronary heart disease and all-cause mortality: 11 year follow-up of the Whitehall II Cohort Study. *Addiction* 99 109-116.
- Brown SA, Schuckit MA (1988) Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49:412–417.
- Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A. and Anderson, L.R. (1980) Expectations of reinforcement from alcohol: their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48,419-426.
- Budd, T. (2003) Alcohol-related assault: findings from the British Crime Survey. Home Office Online Report 35/03. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr3503.pdf>.
- Bureau Européen des produits chimiques [European Chemicals Bureau] (1999) http://ecb.jrc.it/classlab/SummaryRecord/5598r2_sr_CMR1098.doc.
- Burger M; Mensink G; Bronstrup A; Thierfelder W; Pietrzik K (2004) Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. *Eur J Clin Nutr* 2004 Apr;58(4):605-14.

Bushman B.J. and Cooper H.M. (1990) Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological Bulletin* 107, 341-354.

Bushman B.J. (1997) Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed mechanisms. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 13, *Alcohol and Violence*, pp. 227-244. New York: Plenum Press.

Caetano, R. and Cunradi, C. (2002) Alcohol dependence: a public health perspective. *Addiction* 97 633-645.

Caetano, R. and Tam, T. W. (1995) Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence: 1990 U.S. National Alcohol Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 177-186.

Caetano, R. (1999). The identification of alcohol dependence criteria in the general population. *Addiction* 94 255-267.

Caetano, R., Schafer, J. and Cunradi, C.B. (2001) Alcohol-related intimate partner violence among white, black and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Research and Health* 25 58-65.

Caetano, R., Tam, T., Greenfield, T. K., Cherpitel, C. J. and Midanik, L. T. (1997) DSM-IV alcohol dependence and drinking in the U.S. population: a risk analysis. *Annals of Epidemiology*, 7, 542-549.

Castaneda R, Sussman N, Levy O'Malley M, Westreich L (1998) A review of the effects of moderate alcohol intake on psychiatric and sleep disorders. In: Galanter M, (Ed.) *Recent developments in alcoholism: The consequences of alcoholism*, Vol 14 edn. pp. 197–226. New York: Plenum Press.

Chadwick DJ, Goode JA (1998) *Alcohol and cardiovascular diseases*. John Wiley and Sons, Chichester.

Chen, W-J., Maier, S.E., Parnell, S.E. and West, J.R. (2003) Alcohol and the developing brain: neuroanatomical studies. *Alcohol Research and Health* 27 174-180.

Chermack, S.T.; Walton, M.A.; Fuller, B.E.; And Blow, F.C. (2001) Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors* 15(2):140–151.

Cherpitel C.J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., Macdonald, S and Giesbrecht, N. (2003) A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Addiction* 98 1277-1286.

Cherpitel CJ (1992) The epidemiology of alcohol-related trauma. *Alcohol Health and Research World*, 16, 191–196.

Cherpitel CJ (1997) Alcohol and violence-related injuries in the emergency room. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 105–118.

Cherpitel CJ, Tam T, Midanik L, Caetano R, Greenfield T (1995) Alcohol and nonfatal injury in the US general population: a risk function analysis. *Accident Analysis Prevention*, 27, 651–661.

Cherpitel, C.J., Ye, Y., Bond, J., Rehm, J., Poznyak, V., Macdonald, S., Stafström, M. and Hao, W. (2005). Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study. *Addiction* 100 1840-1850.

Cherrington, E.H. (Editor-in-chief) (1925) *Standard Encyclopaedia of the Alcohol Problem*, Vol. 1. Westerville OH: Aarau-Buckingham.

Choi HK; Atkinson K; Karlson EW; Willett W; Curhan G (2004) Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study. *Lancet* 2004 Apr 17;363(9417):1277-81.

Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. (2002) Alcohol, tobacco and breast cancer - collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including

58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British Journal of Cancer*, 87, 1234 – 1245.

Collins J.J. and Schlenger W.E. (1988) Acute and chronic effects of alcohol use on violence. *Journal of Studies on Alcohol* 49, 516-521.

Collins, J. J. and Messerschmidt, P. M. (1993) Epidemiology of alcohol-related violence. *Alcohol Health and Research World*, 17, 93–100.

Collins, J. J. (1993) Drinking and violence: an individual offender focus. In: Martin, S. E., ed. *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*, pp. 221–235. Research Monograph no. 24. Rockville, MD: NIAAA.

Commission européenne [European Commission] (2005) *ANNEX VI General Classification And Labelling Requirements For Dangerous Substances And Preparations*
http://europa.eu.int/comm/environment/dansub/pdfs/annex6_en.pdf.

Cook PJ, Tauchen G (1982) The effect of liquor taxes on heavy drinking. *Addiction*, 13:379–390.

Cook, C.H., and Gurling, H.D. (2001). Genetic predisposition to alcohol dependence and problems. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.

Cook, R.T. (1998). Alcohol abuse, alcoholism and damage to the immune system – a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22 1927-1942.

Corrao G, Luca R, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95(10), 1505–1523.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. and Arico, S. (1999) Exploring the dose- response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis *Addiction* 94, 1551-1573.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. and La Vecchia C. (2004) A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine* 38 613-619.

Coulthard, M., Farrell, M., Singleton, N. and Meltzer, H. (2002). Tobacco, alcohol and drug use and mental health London: Office for National Statistics.

Cuijpers, P., Riper, H. and Lemmens, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 99 839-845.

Curtis A.B., Sherman J.A., Strogatz D.S., Raghunathan T.E., Siobàn H. (1997) Alcohol consumption and changes in blood pressure among African Americans—The Pitt county study. *American Journal of Epidemiology*, 146(9):727–733.

Dackis CA, Gold MS, Pottash ALC, Sweeney DR (1986) Evaluating depression in alcoholics. *Psychiatry Research*, 17(2):105–109.

Darkes, J. and Goldman, M.S. (1993) Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61,344-353.

Darves-Bornoz, J., Lepine, J., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., and Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13(6): 281–287.

Davidson KM (1995) Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. *British Journal of Psychiatry*, 166:199–204.

Dawson, D.A. and Archer, L.D. (1993) Relative frequency of heavy drinking and the risk of alcohol dependence. *Addiction* 88, 1509-1518.

De Bellis M.D., Clark DB, Beers S.R. et al. (2000): Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 157 (5) : 737-744.

- De Graaf, R., Bijl, R.B., Smit, F., Vollebergh, W.A.M. and Spijker, J. (2002) Risk factors for 12-month co morbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Am J Psychiatry* 159 620-629.
- Dees, W.L., Srivatsava, V.K., and Hiney, J.K. (2001) Alcohol and female puberty. *Alcohol Research and Health* 25 271-275.
- Delgado-Rodríguez, M., Gómez-Ortega, A., Mariscal-Ortiz, M., Palma-Pérez, S. and Sillero-Arenas, M. (2003). Alcohol drinking as a predictor of intensive care and hospital mortality in general surgery: a prospective study *Addiction*, 98 , 611–616.
- Dick, D.M. and Foroud, T. (2002). Genetic strategies to detect genes involved in alcoholism and alcohol-related traits. *Alcohol Research and Health* 26 172-180.
- Drake, R.E. and Muser, K.T. (2002). Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol research and Health* 26 99-102.
- Drobes, D. (2002) Concurrent alcohol and tobacco dependence. *Alcohol Research and Health* 26 136-142.
- Duffy, J. C. (1992) The measurement of alcohol consumption. In Ed. J. C. Duffy *Alcohol and illness*, 19-25. Edinburgh University Press.
- Durkheim, E., translated by Spaulding, J.A. and Simpson, G. (1952). *Suicide: A study in sociology*. London, Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL, Kalant H, Koop GF, Li TK, Tabakoff B (1998) Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 248-259.
- Edenberg, H.J. (2000). Regulation of the mammalian alcohol dehydrogenase genes. *Progress in Nucleic Acid Research and Molecular Biology* 64:295–341.
- Emanuele, M.A. and Emanuele, N.V. (2001) Alcohol and the male reproductive system. *Alcohol Research and Health* 25 282-287.
- Emanuele, M.A., Wezeman, F. and Emanuele, N.V. (2002) Alcohol's effect on female reproductive function. *Alcohol Research and Health* 26 274-281.
- Emberson, J.R., Shaper, A.G., Wannamethee, S.G., Morris, R.W. and Whincup, P.H. (2005). Alcohol intake in middle age and risk of cardiovascular disease and mortality: accounting for variation for intake variation over time. *American Journal of Epidemiology* 161 856-863.
- English DR, Holman CD, Milne E, Winter MJ, Hulse GK, Codde G, Bower CI, Cortu B, de Klerk N, Lewin GF, Knuiman M, Kurinczuk JJ, Ryan GA (1995) *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.
- Estruch, R. (2001). Nutrition and infectious disease. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.
- Facchini F, Chen YD, Reaven GM (1994) Light to moderate alcohol intake is associated with enhanced insulin sensitivity. *Diabetes Care* 17:115–119.
- Fagan, J. (1990) Intoxication and aggression. In: Tonry, M. and Wilson, J. Q., eds. *Drugs and Crime*, pp. 241–320. Chicago: University of Chicago Press.
- Farchi, G., Fidanza, F., Mariotti, S. and Menotti, A. (1992) Alcohol and mortality in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study, *International Journal of Epidemiology*, 21, 74-81.
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C. and Meltzer, H. (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric co-morbidity. *British Journal of Psychiatry* 179 432-437.

Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B. and Meltzer, H. (1998). Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey. *Addictive Behaviours* 23 909-918.

Fernandez-Sola, J., Junque, A., Estruch, R., Monfote, R., Torres, A. and Urbano-Marquez, A. (1995). High alcohol intake as a risk and prognostic factor for community acquired pneumonia. *Archives of Internal medicine* 155 1649-1654.

Fillmore, K.M., Golding, J.M., Graves, K.L. *et al.* (1998a) Alcohol consumption and mortality: I. Characteristics of drinking groups, *Addiction*, 93,183- 203.

Fillmore, K.M., Golding, J.M., Graves, K.L. *et al.* (1998b) Alcohol consumption and mortality: III. Studies of female populations, *Addiction*, 93, 219- 229.

Flanagan DE, Moore VM, Godsland IF, Cockington RA, Robinson JS, Phillips DI (2000) Alcohol consumption and insulin resistance in young adults. *Eur J Clin Invest* 30:297–301.

Foroud, T.; Edenberg, H.J.; Goate, A.; *et al.* (2000). Alcoholism susceptibility loci: Confirmation studies in a replicate sample and further map-ping. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24:933–945.

Forsander O.A. (1994). Hypothesis: factors involved in the mechanisms regulating food intake affect alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 29: 503–512.

Fu H. and Goldman N. (2000) Association between health-related behaviours and the risk of divorce in the USA. *Journal of Biosocial Science* 32, 63-88.

Fuchs, F.D., Chambless, L.E., Folsom, A.R., Eigenbrodt, M.L., Duncan, B.B., Gilbert, A. and Szklo, M. (2004). Association between Alcoholic Beverage Consumption and Incidence of Coronary Heart Disease in Whites and Blacks. The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol* 60:466–474.

Ganguli, M., Vander Bilt, J., Saxton, J.A., Shen, C. and Dodge, H.H. (2005). Alcohol consumption and cognitive function in late life. *Neurology* 65 1210-1217.

Gerson, L. and Preston. D. (1979) Alcohol consumption and the incidence of violent crime. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 307–312.

Giancola, P.R., Helton, E.L., Osborne, A.B., Terry, M.K., Fuss, A.M., and Westerfield, J.A. (2002) The effects of alcohol and provocation on aggressive behavior in men and women. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(January), 64-73.

Gibson S, Becker J (1973) Changes in alcoholics' self-reported depression. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34(3):829–836.

Gmel, G. and Rehm, J. (2003). Harmful alcohol use. *Alcohol Research and Health* 27 52-62.

Gmel, G., Gutjahr, E. and Rehm, J. (2003) How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? A precision-weighted hierarchical meta-analysis. *European Journal of Epidemiology* 18 631-642.

Goerdts A., Koplan J.P., Robine J.M., Thuriaux M.C., and van Ginneken J.K. (1996) Non-fatal health outcomes: concepts, instruments and indicators. In: Murray C.J.L. and Lopez A.D., eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, pp. 201-246. Boston: Harvard School of Public Health.

Gordon T, Doyle JT. (1986). Alcohol consumption and its relationship to smoking, weight, blood pressure, and blood lipids. The Albany Study. *Arch Intern Med* 146: 262–265.

Gordon T, Kannel WB. (1983). Drinking and its relation to smoking, blood pressure, blood lipids and uric acid. The Framingham Study. *Arch Intern Med* 143: 1366–1374.

- Gorinstein, S. and Trakhtenberg, S. (2003). Alcohol beverages and biochemical changes in blood. *Addiction Biology* 8 445-454.
- Gorinstein, S., Caspi, A., Goshev, I., Asku, S., Salnikow, J., Scheler, C., Delgado-Licon, E., Rosen, A., Wesz, M., Libman, I. and Trakhtenberg, S. (2003) Structural changes in plasma circulating fibrinogen after moderate beer consumption as determined by electrophoresis and spectroscopy. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 51, 822-827.
- Graham K, Wells S (2001) Aggression among young adults in the social context of the bar. *Addiction Research*, 9(3):193–219.
- Graham K, West P (2001) Alcohol and crime: examining the link. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.
- Graham, K., Leonard, K. E., Room, R., Wild, T. C., Pihl, R. O., Bois, C. *et al.* (1998) Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction*, 93, 659–676.
- Graham, K., West, P. and Wells, S. (2000) Evaluating theories of alcohol-related aggression using observations of young adults in bars. *Addiction*, 95, 847–673.
- Grant, B. and Harford, T. (1990) The relationship between ethanol intake and DSM-III alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 448-456.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P. and Kaplan, K. (2004) Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry* 61 807-816.
- Greenfield, L.A. (1998). "Alcohol and Crime: An Analysis of National Data on the Prevalence of Alcohol Involvement in Crime." Report prepared for the Assistant Attorney General's National Symposium on Alcohol Abuse and Crime. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Greenfield, L.A. and Henneberg, M.A. (2001) Victim and Offender self-reports of alcohol involvement in crime. *Alcohol Research and Health* 25 20-31.
- Greenfield, T.K., Rehm, J., and Rodgers, J.D. (2002) Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality. *Addiction*, 97, 29–38.
- Greim H (Ed.) (1998) Ethanol. Toxikologisch-arbeitsmedizinische Begründungen von MAK-Werten, 26. Lieferung, VCH-Verlag, Weinheim.
- Grobbée DE, Rimm EB, Keil U, Renaud SC (1999) Alcohol and the cardiovascular system. In: *Health issues related to alcohol consumption*. Macdonald I, ed. Blackwell and ILSI, Oxford.
- Grønbaek, M., Mortensen, E. L., Mygind, K., Andersen, A. T., Becker, U., Gluud, C., Sørensen, T. I. A., (1999). Beer, wine, spirits and subjective health. *J. Epidemiol. Community Health* 53, 721-724.
- Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F, Diez Ganan LD, Banegas Banegas JR, Lafuente Urdinguio PL, Herruzo Cabrera RH (2001) - Consumption of alcoholic beverages and subjective health in Spain. *J Epidemiol Community Health*; 55(9):648-52.
- Guidot, D.M. and Hart, C.M. (2005). Alcohol abuse and acute lung injury: epidemiology and pathophysiology of a recently recognised association. *Journal of Investigative Medicine* 53 235-245.
- Guidot, D.M. and Roman, J. (2002). Chronic ethanol ingestion increases susceptibility to acute lung injury. *Chest* 122 309S-314S.

Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S and Warren, K. (2004) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28 829-847.

Gutjahr E, Gmel G, Rehm J (2001) Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *European Addiction Research*, 7(3):117–127.

Haines, B. and Graham, K. (2005). Violence prevention in licensed premises. In Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, and Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: Wiley.

Hall, W., Saunders, J.B., Babor, T.F., Aasland, O.G., Amundsen, A., Hodgson, R. and Grant, M. (1993) The structure and correlates of alcohol dependence: WHO collaborative project on the early detection of persons with harmful alcohol consumption: III. *Addiction* 88, 1627-1636.

Hamilton, V. and Hamilton, B. (1997) Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium. *Canadian Journal of Economics* 30 135-151.

Hansen AS, Marckmann P, Dragsted LO, Finne Nielsen IL, Nielsen SE, Gronbaek M. (2005) Effect of red wine and red grape extract on blood lipids, haemostatic factors, and other risk factors for cardiovascular disease. *Eur J Clin Nutr.* 59(3):449-55.

Hansen, W. B. (1997) *A Social Ecology Theory of Alcohol and Drug Use Prevention Among College and University Students. Designing Alcohol and Other Drug Prevention Programs in Higher Education: Bringing Theory into Practice*, pp. 155–176. Washington: US Department of Education.

Harrison, L. and Gardiner, E. (1999) Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988–94. *Addiction*, 94, 1871–1880.

Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM (1999) Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. *British Medical Journal*, 318, 1725–1729.

Hastie T, and Tibshirani R. (1990). *Generalized Additive Models*. London: Chapman and Hall.

Hauge, R. and Irgens-Jensen, O. (1986) Relationship between alcohol consumption, alcohol intoxication and negative consequences of drinking in four Scandinavian countries. *British Journal of Addiction*, 81, 513–524.

Heath, D.B. (2000). *Drinking occasions. Comparative perspectives on alcohol and culture*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Heath, A.C. and Nelson, E.C. (2002) Effects of the interaction between genotype and environment. *Alcohol Research and Health* 26 193-201.

Heath, D.B. (1995) Some generalisations about alcohol and culture. In Heath, D.B., ed. *International Handbook on Alcohol and Culture* (pp. 348-361) Westport CT: Greenwood.

Hemström, Ö. (2001). The contribution of alcohol to socioeconomic differentials in mortality – the case of Sweden. In Ed. Norström T. *Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, National Institute of Public Health.

Hilarski C; Wodarki JS (2001) Comorbid substance abuse and mental illness: Diagnosis and treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1):105–119.

Hill AB (1965) The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58:295–300.

Hillbom M (1998) Alcohol consumption and stroke: benefits and risks. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(7):352S–358S.

- Hillbom, M. and Kaste, M. (1982) Alcohol intoxication: a risk factor for primary subarachnoid hemorrhage, *Neurology*, 32, 706-711.
- Hillers VN, Massey LK. (1985). Interrelationship of moderate high alcohol consumption with diet and health status. *Am J Clin Nutr* 41: 356–362.
- Hingson R, Howland J (1987) Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: a review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 212–219.
- Hingson, R. and Winter, M. (2003). Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Research and Health* 27 63-78.
- Hippocrates (1978). Hippocratic writings. Edited with an introduction by G.E.R. Lloyd. Harmondsworth (Penguin).
- Hoaken PNS, Assaad JM, Phil RO (1998) Cognitive functioning and the inhibition of alcohol-induced aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, 59:599–607.
- Holbrook, T.L., Barrett-Connor, E. and Wingard, D.L. (1990). A prospective population based study of alcohol and non-insulin dependent diabetes mellitus. *Am J Epidemiol* 132 902-909.
- Horne, J.A., Reyner, L.A. and Barrett, P.R. (2003). Driving impairment due to sleepiness is exacerbated by low alcohol intake. *Occup. Environ. Med.* 60 689-692.
- Hu, F.B., Manson, J.E., Stampfer, M.J. *et al.* (2001). Diet, lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New Engl J Med* 345 790-797.
- Hull, J. G. (1981) A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 586–600.
- Hull, J.G. and Bond, C.F. (1986) Social and behavioural consequences of alcohol consumption and expectancy: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 99, 347-360.
- Hull, J.G. and Stone, L.B. (2004). Alcohol and self-regulation. In Eds R.F. Baumeister and K.D. Vohs. *Handbook of self-regulation*, pp 466-491. London: the Guilford Press.
- Hull, J.G., Levenson, R.W., Young R.D. and Sher, K.J. (1983) Self-awareness-reducing effects of alcohol consumption. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44,461-473.
- Hulse G, Saunders GK, Roydhouse RM, Stockwell TR, Basso MR (1999) Screening for hazardous alcohol use and dependence in psychiatric inpatients using the AUDIT questionnaire. *Drug and Alcohol Review*, 19, 291–298.
- Imhof, A and Koenig, W. (2003) Alcohol inflammation and coronary heart disease. *Addiction Biology* 8 271-277.
- Ito, T. A., Miller, N. and Pollock, V. E. (1996) Alcohol and aggression: a meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues triggering events, and self-focused attention. *Psychological Bulletin*, 120, 60–82.
- Jacobi, I., Wittchen, H.-U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N. and Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34 597-611.
- Jacobson JL, Jacobson SW (1994) Prenatal alcohol exposure and neurobehavioral development: where is the threshold? *Alcohol Health Res World* 18:30–36.
- Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol RJ, Ager JW Jr (1998) Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcohol Clin Exp Res* 22:345–351.
- Jacobson, J.L. and Jacobson, S.W. (2002) Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research and Health* 26 282-286.

Jeavons CM, Taylor SP (1985) The control of alcohol-related aggression: redirecting the inebriate's attention to socially appropriate conduct. *Aggressive Behavior*, 11:93–101.

Jefferis, B.J.M.H., Powwer, C. and Manor, O. (2005) Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. *Addiction* 100 543-549.

Johansen D, Gronbaek M, Overvad K, Schnohr P, Andersen PK (2005) Generalized additive models applied to analysis of the relation between amount and type of alcohol and all-cause mortality. *Eur J Epidemiol.* 20(1):29-36.

John, U., Meyer, C., Rumpf, H-J. and Hapke, U. (2004). Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol dependence* 76 287-295.

Kagan, A., Harris, B.R., Winkelstein, W. etc al (1974). Epidemiological studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: demographic, physical, dietary and biochemical characteristics. *Journal of Chronic Disorders* 27 345-364.

Kaufman Kantor, G., And Asdigian, N. (1997) When women are under the influence: Does drinking or drug use by women provoke beatings by men? In: Galanter, M., ed. *Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 13. New York: Plenum Press, pp. 315–336.

Kaufman Kantor, G., And Straus, M.A. (1987) The “drunken bum” theory of wife beating. *Social Problems* 34(3):214–230.

Keil, U., Chambless, L. E., Doring, A., Filipiak, B. and Stieber, J. (1997) The relation of alcohol intake of coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population, *Epidemiology*, 8, 150- 156.

Kelly AB, Halford K, Young RMcd (2000) Maritally distressed women with alcohol problems: the impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. *Addiction*, 95, 1537–1549.

Kessler R, Crum R, Warner L, Nelson C, Schulenberg J, Anthony J (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 54, 313–321.

Kessler R, Nelson C, McGonagle K, Edlund M, Frank R, Leaf P (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17–31.

Kitamura A, Iso H, Sankai T, *et al.* (1998) Alcohol intake and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *American Journal of Epidemiology*, 147(1):59–65.

Klatsky AL (1996) Alcohol, coronary heart disease, and hypertension. *Annual Review of Medicine*, 47:149–160.

Klatsky AL, Friedman GD, Siegelau AB, Gerard MJ. (1977). Alcohol consumption and blood pressure: Kaiser-Permanente multiphasic health examination data. *N Engl J Med* 296: 1194–1200.

Klatsky, A. L. (1999) Moderate drinking and reduced risk of heart disease, *Alcohol Research and Health*, 23, 15-22.

Klatsky, A.L. (2001). Cardiovascular system. In Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Knuiman MW, Vu HT (1996) Risk factors for stroke mortality in men and women: the Busselton Study. *Journal of Cardiovascular Risk*, 3(5):447–452.

Kodituwakko, P.W., Kalber, W. and May, P.A. (2001) The effects of prenatal alcohol exposure on executive functioning. *Alcohol Research and Health* 25 192-198.

Kogawa M, Wada S. (2005) Osteoporosis and alcohol intake *Clin Calcium.*, 15(1):102-5.

Komro, K. A., Williams, C. L., Forster, J. L., Perry, C. L., Farbakhsh, K. and Stigler, M. H. (1999) The relationship between adolescent alcohol use and delinquent behaviors. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 13–28.

Kratzer W, Kachele R, Mason A, Muche R, Hay B, Wiesneth W, Hill V, Beckh K, Adler G (1997) Gallstone prevalence in relation to smoking, alcohol, coffee consumption and nutrition: the Ulm Gallstone Study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32, 953–958.

Kringlen, E., Tirgersen, S. and Cramer, V. (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study *Am J Psychiatry* 158 1091-1098.

Kristenson, H., Ohlin, M.B., Hultin-Nosslin, E., Trelle, E. and Hood, B. (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomised controls. *Alcoholism: clinical and experimental research* 7 203-209.

Lang A, Martin S (1993) Alcohol-related violence: An individual offender focus. In: *Alcohol and interpersonal violence: Fostering multidisciplinary perspectives*, pp. 221–236. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.

Last, J. (2001). A dictionary of epidemiology. (Fourth edition ed.) Oxford: Oxford University Press.

Leclerc, A., Lert, F. and Fabien, C. (1990) Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures, *International Journal of Epidemiology*, 19, 1001-1010.

Ledermann S. (1964) *Alcool, Alcolism, Alcolisation*. Vol. 2. Presses Universitaires de France, Paris.

Leino, E.V., Romelsjö, A., Shoemaker, C. et al. (1998) Alcohol consumption and mortality: II. Studies of male populations, *Addiction*, 93,205- 218.

Leitzmann MF, Giovannucci EL, Rimm EB, Stampfer MJ, Spiegelman D, Wing AL, Willett WC (1998) The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. *Annals of Internal Medicine*, 128, 417–425.

Lemmens, P.H. (2001) Relationship of alcohol consumption and alcohol problems at the population level. In Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Leonard K.E. and Rothbard J.C. (1999) Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol* (Suppl. 13), 139-146S.

Leonard, K. E., Quigley, B. M. and Collins, R. L. (2002) Physical aggression in the lives of young adults: prevalence, location, and severity among college and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 533–550.

Leonard, K.E. (2005). Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributory cause of violence? *Addiction* 100 422-425.

Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Ménard-Buteau C, Loyer (1994) Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1063–1068.

Levine JA, Harris MM, Morgan MY. (2000). Energy expenditure in chronic alcohol abuse. *Eur J Clin Invest* 30: 779–786.

Li G, Smith GS, Baker SP (1994) Drinking behaviour in relation to cause of death among U.S. adults. *American Journal of Public Health*, 84:1402–1406.

- Lieber CS. (1988). The influence of alcohol on nutritional status. *Nutr Rev* 46: 241–254.
- Lipsey, M.W.; Wilson, D.B.; Cohen, M.A.; And Derzon, J.H. (1997) Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In: Galanter, M., ed. *Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 13. New York: Plenum Press, pp. 245–282.
- Liu S, Serdula MK, Williamson DF, Mokad AH, Byers T. (1994). A prospective study of alcohol intake and change in body weight among US Adults. *Am J Epidemiol* 140: 912–920.
- Lloyd-Jones, D.M., Martin, D.O., Larson, M.G. and Levy, D. (1998). Accuracy of death certificates for coding coronary heart disease as the cause of death. *Ann Intern Med.* 129 1020-6.
- Loxely, W., Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., Waters, E., Patton, G., Fordham, R., Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Sagggers, S., Sanci, L and Williams, J. (2004) *The prevention of substance use, risk and harm in Australia*. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.
- Lumeng, L. and Crabb, D.W. (1994). Genetic aspect and risk factors in alcoholism and alcoholic liver disease. *Gastroenterology* 107 572.
- Lundberg, O. and Osterberg, E. (1990) Klass och alkohol. Bidrar klasskillnader i alkoholrelaterad dödlighet till dödlighetsskillnaderna i Sverige? *Alkoholpolitik, Tidskrift för nordisk alkoholforskning*, 7, 196-204.
- Macdonald, S., Cherpitel, C. J., Borges, G., DeSouza, A., Giesbrecht, N. and Stockwell, T. (2005). The Criteria for Causation of Alcohol in Violent Injuries Based on Emergency Room Data From Six Countries. *Addictive Behaviors*, 30: 103-113.
- Makela , P., Valkonen, T. and Martelin, T. (1997) Contribution of deaths related to alcohol use to socio-economic variation in mortality: register based follow up study, *British Medical Journal*, 315.
- Mäkelä, K., Mustonen, H., (1988). Positive and negative consequences related to drinking as a function of annual alcohol intake. *Brit. J. Addict.* 83, 403-408.
- Mäkelä, K., Simpura, J., (1985). Experiences related to drinking as a function of annual alcohol intake and by sex and age. *Drug Alcohol Depend.* 15, 389-404.
- Mäkelä, P. (1999) Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*, 94, 867–886.
- Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., and Simpura, J. (1999). *Drinking habits in the Nordic countries*. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research.
- Makkai T (1997) Alcohol and disorder in the Australian community: Part I—Victims. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice* No 76. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Mangione, T.W.; Howland, J.; Amick, B.; et al. (1999). Employee drinking practices and work performance. *Journal of Studies on Alcohol* 60:261–270.
- Mann, R.E., Smart, R.G. and Govoni, R. (2003) The epidemiology of alcoholic liver disease. *Alcohol Research and Health* 27 209-219.
- Markos, A.R. (2005). Alcohol and sexual behaviour. *International Journal of STD and AIDS* 16 123-127.
- Markou A, Kosten TR, Koob GF (1998) Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 18(3):135–174.
- Marmot, M.G.; North, F.; Feeney, A.; And Head, J. (1993) Alcohol consumption and sickness absence: From the Whitehall II study. *Addiction* 88:369–382.

- Martin, S. E. and Bachman, R. (1997) The relationship of alcohol to injury in assault cases. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 13, pp. 42–56. New York: Plenum Press.
- Martin, S. E. (1992) The epidemiology of alcohol-related interpersonal violence. *Alcohol Health and Research World*, 16, 230–237.
- Mattson, S.N., Schoenfeld, A.M. and Riley, E.P. (2001) Teratogenic effects of alcohol on brain and behaviour. *Alcohol Research and Health* 25 175-191.
- Mazzaglia, G., Britton, A.R., Altmann, D.R., and Chenet, L. (2001) Exploring the relationship between alcohol consumption and non-fatal or fatal stroke: systematic review. *Addiction* 96, 1743-1756.
- Mckenzie, C. and Eisenberg, P. R. (1996) Alcohol, coagulation, and arterial thrombosis, in: Zakhari, S. and Wassef, M., eds. *Alcohol and the Cardiovascular System*, chapter 22, pp. 413-439 (Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).
- McLeod R., Stockwell T, Stevens M, Phillips M (1999) The relationship between alcohol consumption patterns and injury. *Addiction*, 94, 1719–1734.
- Mennella, J. (2001) Alcohol's effect on lactation. *Alcohol Research and Health* 25 230-234.
- Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, *et al.* (1998) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors: An International Journal*, 23(6):893–907.
- Meyer R, Suter PM, Vetter W. (1999). Alcohol—a risk factor for overweight? *Schweiz Rundsch Med Prax* 88: 1555–1561.
- Meyerhoff, D.J. (2001). Effects of alcohol and HIV infection on the central nervous system. *Alcohol Research and Health* 25 288-298.
- Midanik, L. T. (1999) Drunkenness, feeling the effects and 5 plus measures. *Addiction*, 94, 887–897.
- Midanik, L. T., Tam, T. W., Greenfield, T. K. and Caetano, R. (1996) Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US sample, *Addiction*, 91, 1427-1437.
- Midanik, L., Tam, T., Greenfield, T. K. and Caetano, R. (1996) On taking risks. *Addiction*, 91, 1453-1456.
- Miller BA, Downs WR (1993) The impact of family violence on the use of alcohol by women. *Alcohol Health and Research World*, 17, 137–143.
- Miller BA, Downs WR, Gondoli DM (1989) Spousal violence among alcoholic women as compared with a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 533–540.
- Miller, B.A.; Maguin, E.; And Downs, W.R. (1997) Alcohol, drugs, and violence in children's lives. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism: Volume 13. Alcoholism and Violence*. New York: Plenum Press, pp. 357–385.
- Mirrlees-Black, C. (1999). *Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire*. Home Office Research Study No. 191. London: Home Office.
- Monterrosa A.E., Haffner, S.M., Stern, M.P., Hazuda, H.P. (1995). Sex difference in lifestyle factors predictive of diabetes in Mexican Americans. *Diabetes Care* 18 448-456.
- Monforte, R., Estruch, R., Valls-Solé, J., Nicolás, J., Villalta, J. and Urbano-Marquez, A. (1995) Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism. A dose-related toxic effect of alcohol. *Archives of Neurology* 52, 45–51.

Morton, L.M., Zheng, T., Holford, T.R., Holly, E.A., Chiu, B.C.H., Costantini, A.S., Stagnaro, E., Willett, E.V., Maso, L.D., Serraino, D., Chang, E.T., Cozen, W., Davis, S., Severson, R.K., Bernstein, L., Mayne, S.T., Dee, F.R., Cerhan, J.R., Hartge, P. (2005). Alcohol consumption and risk of non-Hodgkin lymphoma: a pooled analysis. *Lancet Oncol* 6: 469–76.

Moskowitz, H. and Fiorentino, D. (2000). A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving related skills. Springfield, VA: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. and Vergun, P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97: 279–292.

Mueser KT, Kavanagh D (2001) Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds), *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, John Wiley and Sons.

Mukamal KJ, Chung H, Jenny NS, Kuller LH, Longstreth WT Jr, Mittleman MA, Burke GL, Cushman M, Beauchamp NJ Jr, Siscovick DS (2005) Alcohol use and risk of ischemic stroke among older adults: the cardiovascular health study. *Stroke*, 36(9):1830-4.

Mukamal KJ, Jensen MK, Gronbaek M, Stampfer MJ, Manson JE, Pischon T, Rimm EB. (2005) Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. *Circulation*. 112(10):1406-13.

Mukamal KJ, Tolstrup JS, Friberg J, Jensen G, Gronbaek M. (2005) Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation in men and women: the Copenhagen City Heart Study. *Circulation*.;112(12):1736-42.

Mukamal, K.J., Conigrave, K.M., Mittleman, M.A., Camargo, C.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C. and Rimm, E.B. (2003) Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *New England Journal of Medicine*, 348, 109-118.

Mullahy, J. and Sindelar, J.L. (1996) Employment, unemployment and problem drinking. *Journal of Health Economics* 1996 15 409-434.

Murdoch, D., Pihl, R. O. and Ross, D. (1990) Alcohol and crimes of violence: present issues. *International Journal of the Addictions*, 25, 1065–1081.

Murray RP, Connett JE, Tyas SL, *et al.* (2002) Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function? *American Journal of Epidemiology*, 155(3):242–248.

Murray, C. J. L. and Lopez, A. (1996) Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors, in: Murray, C. and Lopez, A., eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, pp. 295-324 (Boston, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank).

Mustonen, H. and Mäkelä, K. (1999) Relationships between characteristics of drinking occasions and negative and positive experiences related to drinking Drug Alcohol Depend 56 79-84.

Muthen, B., Grant, B. and Hasin, D. (1992) *Subgroup Differences in Factor Structure for DSM-III-R and Proposed DSM-IV Criteria for Alcohol Abuse and Dependence in the 1988 National Health Survey*. Los Angeles, CA: UCLA Graduate School of Education.

Naimi, T.S., Brown, D.W., Brewer, R.D., Giles, W.H., Menash, G., Serdula, M.K., Mokdad, A.H., Hungerford, D.W., Lando, J., Naimi, S. and Stroup, D.F. (2005). Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking US adults. 28 369-373.

Nelson, S. and Kolls, J.K. (2002). Alcohol, host defence and society. *Nature Reviews Immunology* 2 205-209.

- Nielsen NR, Thygesen LC, Johansen D, Jensen G, Gronbaek M (2005) The influence of duration of follow-up on the association between alcohol and cause-specific mortality in a prospective cohort study. *Ann Epidemiol.* 15(1):44-55.
- Norström, T. Ed. (2001). *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.
- Nyström, M., (1992). Positive and negative consequences of alcohol drinking among young university students in Finland. *Brit. J. Addict.* 87, 715-722.
- O'Farrell, T. J. and Choquette, K. (1991) Marital violence in the year before and after spouse-involved alcoholism treatment. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 32-40.
- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. and Murphy, C. M. (2003) Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 92-102.
- O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Neavins, T. M. and Van Hutton, V. (2000) Verbal aggression among male alcoholic patients and their wives in the year before and two years after alcoholism treatment. *Journal of Family Violence*, 15, 295-310.
- O'Farrell, T. J., Van Hutton, V. and Murphy, C. M. (1999) Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 317- 321.
- Obe G, Anderson D (1987) Genetic effects of ethanol. *Mut Res* 186: 177-200.
- Olenick NL, Chalmers DK (1991) Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 324-330.
- Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1992) *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders*. Geneva, World Health Organization.
- Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2001) *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.
- Oscar-Berman, M. and Marinkovic, K. (2003) Alcoholism and the brain: an overview. *Alcohol Research and Health* 27 125-133.
- Paljärvi, T., Mäkelä, P. and Poikolainen, K. (2005). Pattern of drinking and fatal injury: a population-based follow-up study of Finnish men. *Addiction* 100 1851-1859.
- Parker, R. (1993) Alcohol and theories of homicide. In: Adler, F. and Laufer, W., eds. *Advances in Criminological Theories*, vol. 4, pp. 113-142. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Parker, R. N. and Auerhahn, K. (1998) Alcohol, drugs and violence. *Annual Review of Sociology*, 24, 291-311.
- Parsons OA, Nixon SJ (1998) Cognitive functioning in sober social drinkers: a review of the research since 1986. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 180-190.
- Peele, S. and Brodsky, A. (2000). Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence* 60 221-247.
- Peele, S. and Grant, M. (Eds) (1999) *Alcohol and Pleasure: A Health Perspective*. Washington DC: International Center for Alcohol Policies.
- Penick EC, Powell BJ, Liskow BI, Jackson JO, Nickel EJ (1988) The stability of coexisting psychiatric syndromes in alcoholic men after one year. *Journal of Studies on Alcohol*, 49:395-405.
- Permanen, K. (1991) *Alcohol in Human Violence*. New York: Guilford Press.

Pernanen, K., Cousineau, M. M., Brochu, S. and Sun, F. (2002) *Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use.

Perry IJ, Wannamethee SG, Walker MK, Thomson AG, Whincup PH, Shaper AG (1995) Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. *British Medical Journal*, 310(6979):560–4.

Peterson, J.B., Rothfleisch, J., Zelazo, P. and Pihl, R.O. (1990) Acute alcohol intoxication and neuropsychological functioning. *Journal of Studies on Alcohol* 51, 114-122.

Petrakis, I.L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. and Krystal, J.H. (2002) Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health* 26 81-89.

Pettinati H, Sugeran A, Maurer HS (1982) Four-year MMPI changes in abstinent and drinking alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 6:487–494.

Phillips B.J. and Jenkinson, P. (2001) Is ethanol genotoxic? A review of the published data. *Mutagenesis* 16 91-101.

Piano, M.R. (2002). Alcoholic cardiomyopathy. *Chest* 121 1638-1650.

Pihl, R. O., Peterson, J. B. and Lau, M. A. (1993) A biosocial model of the alcohol–aggression relationship. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 128–139.

Pirkola, S.P., Isometsa, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A. and Lonnqvist, J.K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their co-morbidity in the Finnish general population. *Soc Psychiatry psychitar epidemiol* 40 1-10.

Pletcher MJ, Tice JA, Pignone M, *et al.* (2004) Using the coronary artery calcium score to predict coronary heart disease events: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 164:1285–92.

Pletcher, M.J., Varosy, P., Kiefe, C.I., Lewis, C.E., Sidney, S. and Hulley, S.B. (2005). Alcohol consumption, binge drinking and early coronary calcification: findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *American Journal of Epidemiology* 161 423-433.

Pliner, P. and Cappell, H. (1974) Modification of affective consequences of alcohol: a comparison of solitary and social drinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 418-425.

Poikolainen, K., Vahtera, J., Virtanen, M., Linna, A., and Kivimäki, M. (2005). Alcohol and coronary heart disease risk—is there an unknown confounder? *Addiction*. 100 1150-1157.

Poikolainen, K., Vartiainen, E., (1999). Wine and good subjective health. *Am. J. Epidemiol.* 150, 47-50.

Poschl, G. and Seitz, H.K. (2004). Alcohol and cancer. *Alcohol Alcohol* 39 155-65.

Preedy, V.R., Mantle, D. and Peters, T.J. (2001). Alcoholic muscle, skin and bone disease. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.

Puddey, B, Rakic V, Dimmitt SB, Beilin LJ (1999) Influence of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a review. *Addiction*, 94:649–663.

Puffer R. and Griffith G.W. (1967) *Patterns of Urban Mortality*, Scientific Publication No. 151. Washington DC: Pan American Health Organization.

Quigley B.M. and Leonard K.E. (1999) Husband alcohol expectancies, drinking, and marital conflict styles as predictors of severe marital violence among newlywed couples. *Psychology of Addictive Behaviors* 13, 49-59.

Ramstedt, M. (2001) Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries, *Addiction*, 96, Supplement 1, S19-S34.

Ramstedt, M. (2002) Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. *European Journal of Population*. 2002;18:307-23.

Ramstedt, M. (2003). Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without mention of alcohol - the case of Canada. *Addiction* 98 1267-1276.

Reeder, V. C., Aikens, M. L., Li, X.-N. and Booyse, F. M. (1996) Alcohol and the fibrinolytic system, in: Zakhari, S. and Wassef, M., eds. *Alcohol and the Cardiovascular System*, chapter 21, pp. 391-411 Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, D.S. *et al.* (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 264:2511–2518.

Rehm J, Room R, Graham K Monteiro M, Gmel G, and Sempos CT, (2003) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 98 1209-1228.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Alcohol. (2004) In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Rehm J. and Rossow I. (2001) The impact of alcohol consumption on work and education. In: Klingemann H. and Gmel G. (eds.) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, pp. 67-77. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Rehm, J. and Gmel, G. (1999) Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8 year follow-up study in Switzerland. *Addiction* 94 899-912.

Rehm, J. and Gmel, G. (2000) Gaps and needs in international alcohol epidemiology. *Journal of Substance Use* 5, 6-13.

Rehm, J. and Sempos, C. T. (1995) Alcohol consumption and all-cause mortality—questions about causality, confounding and methodology, *Addiction*, 90, 493-498.

Rehm, J., Ashley, M., Room, R. *et al.* (1996) Emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences, *Addiction*, 91, 1615-1621.

Reich, T.; Edenberg, H.J.; Goate, A.; Williams, J.T.; Rice, J.P.; Van Eerdewegh, P.; Foroud, T.; Hesselbrock, V.; Schuckit, M.A.; Bucholz, K.; Porjesz, B.; Li, T.K.; Conneally, P.M.; Nurnberger, J.I., Jr.; Tischfield, J.A.; Crowe, R.A.; Cloninger, C.R.; Wu, W.; Shears, S.; Carr, K.; Crose, C.; Willig, C.; and Begleiter, H. (1998) Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *Am J Med Genet* 81(3):207–215.

Renaud, S., Guegen, R., Schenker, J. and D'houtard, A. (1998) Alcohol and mortality in middle-aged men from eastern France, *Epidemiology*, 9 184-188.

Reynolds K; Lewis LB; Nolen JDL; Kinney GL; Sathya B; He J (2003) Alcohol consumption and risk of stroke *Journal of the American Medical Association* 289 (5): 579-588.

Rich, E. C., Siebold, C. and Champion, B. (1985) Alcohol-related acute atrial fibrillation. A case-control study and review of 40 patients, *Archives of Internal Medicine*, 145, 830- 833.

Richardson, A. and Budd, T. (2003) *Alcohol, Crime and Disorder: a Study of Young Adults*. Home Office Research Study 263. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Ridolfo, B., And Stevenson, C. (2001). The Quantification of Drug-Caused Mortality and Morbidity in Australia, 1998. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Rimm EB, Chan J, Stampfer M, Colditz GA, Willett W (1995) Prospective study of cigarette

smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *British Medical Journal*, 310, 555–559.

Rissanen A, Sarlio-Lahteenkorva S, Alfthan G, Gref CG, Keso L, Salaspuro M. (1987). Employed problem drinkers: a nutritional risk group? *Am J Clin Nutr* 45: 456–461.

Rissanen AM, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A. (1991). Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. *Eur J Clin Nutr* 45: 419–430.

Robinette, C. D., Hrubec, Z. and Fraumeni, J. F. (1979) Chronic alcoholism and subsequent mortality in World War II veterans, *American Journal of Epidemiology*, 109, 687- 700.

Rodgers B, Korten AE, Jorm AF, Jacomb PA, Christensen H, Henderson AS (2000) Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30(2):421–432.

Rodgers, B., Korten, A.E., Jorm, A.F., Christensen, H., Henderson, S. and Jacomb, P.A. (1990). Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction* 95, 1833–1845.

Rodgers, B., Windsor, T.D., Anstey, K.J., Dear, K.B.G., Jorm A.F., and Christensen, H. (2005). Non-linear relationships between cognitive function and alcohol consumption in young, middle-aged and older adults: the PATH Through Life Project *Addiction*, 100 , 1280–1290.

Romelsjö, A. and Lundberg, M. (1996) The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden, *Addiction*, 91, 1307-1323.

Room, R. (2005). Drinking patterns as an ideology. *Addiction* 100 1803-1804.

Room, R., Babor, T. and Rehm, J. (2005). Alcohol and Public Health. *Lancet* 365 (Feb. 5): 519-530.

Room, R., Bondy, S. J. and Ferris, J. (1995) The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90, 499– 513.

Room, R., Rehm, J., Trotter, R.T., Paglia, A., and Üstün, T.B. (2001) Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability. In: Üstün T.B., Chatterji S., Bickenbach J.E., Trotter R.T., Room R., Rehm J., and Saxena S., eds. *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, pp. 247-291. Seattle: Higuref and Huber.

Rose D, Murphy SP, Hudes M, Viteri FE. (1995). Food energy remains constant with increasing alcohol intake. *J Am Diet Assoc* 95: 698–700.

Rose, G. (1992) *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Rossow I. (2000) Suicide, violence and child abuse: review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems* 27, 397-434.

Rossow I., Peranen K., and Rehm J. (2001) Alcohol, suicide and violence. In: Klingemann H. and Gmel G. (eds.) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, pp. 93-112. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Rossow, I. and Hauge, R. (2004). Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. *Addiction* 99 1094-1102.

Rossow, I. (1996) Alcohol and suicide –beyond the link at the individual level. *Addiction* 1996 91 1463-1469.

Rossow, I. (1996) Alcohol related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*, 91, 1651– 1661.

Rothman KJ, Greenland S (1998) Causation and causal inference. In: *Modern epidemiology*. 2nd

edn. Rothman KJ, Greenland S, eds. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, PA.

Rourke, S.B., And Löberg, T. (1996) The neurobehavioral correlates of alcoholism. In: Nixon, S.J., ed. *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders*, 2d ed. New York: Oxford University Press, pp. 423–485.

Sacco RL, Elkind M, Boden-Albala B, *et al.* (1999) The protective effect of moderate alcohol consumption in ischemic stroke. *Journal of the American Medical Association*, 281(1):53–60.

Saccone, N.L.; kwon, J.M.; corbett, J.; *et al.* (2000). A genome screen of maximum number of drinks as an alcoholism phenotype. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)* 96:632–637.

Sahi T, Paffenbarger RSJ, Hsieh CC, Lee IM (1998) Body mass index, cigarette smoking, and other characteristics as predictors of self-reported, physician-diagnosed gallbladder disease in male college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 147, 644–651.

Sampson, H.W. (2002) Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. *Alcohol Research and Health* 26 292-298.

Sayette, M. A., Wilson, T. and Elias, M. J. (1993) Alcohol and aggression: a social information processing analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 399–407.

Schiff, E.R. and Ozden N (2003). Hepatitis C and alcohol. *Alcohol Research and Health* 27 232-239.

Schiff, E.R. (1997). Hepatitis C and alcohol *Hepatology* 26 (suppl 1) 39s-42s.

Schuckit MA (1996) Alcohol, anxiety, and depressive disorders. *Alcohol Health and Research World*, 20(2):81–85.

Schuckit MA; Smith TL; Anderson KG; Brown SA (2004). Testing the level of response to alcohol: social information processing model of alcoholism risk--a 20-year prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 Dec;28(12):1881-9.

Seitz, H.K. and Homan, N. (2001). Effect of alcohol on the orogastrointestinal tract, the pancreas and the liver. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.

Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. and Webster, D. (2001) The role of alcohol use in intimate partner femicide. *American Journal on Addictions*, 10, 122–135.

Sierksma A. (2003). Moderate alcohol consumption and vascular health. PhD Thesis. Utrecht University, Utrecht, The Netherlands.

Siler SQ, Neese RA, Christiansen MP, Hellerstein MK. (1998). The inhibition of gluconeogenesis following alcohol in humans. *Am J Physiol* 275: E897–E907.

Skog O-J (1980) Liver cirrhosis epidemiology: some methodological problems. *British Journal of Addiction*, 75:227–243.

Skog, O-J. (1991) Drinking and the distribution of alcohol consumption. In: Pittman D.J. and Raskin White H. (eds.) *Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined*, pp.135-156. New Brunswick: Alcohol Research Documentation.

Smith, G.S.; Branas, C.C.; And Miller, T.R. (1999) Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis. *Annals of Emergency Medicine* 33(6):659–668.

Sonne, S.C. and Brady, K.T. (2002) Bipolar disorder and alcoholism. *Alcohol Research and Health* 26 103-108.

Sood B, Delaney-Black V, Covington C, Nordstrom-Klee B, Ager J, Templin T, *et al.* (2001) Prenatal alcohol exposure and childhood behaviour at age 6-7 years: dose response effect. *Paediatrics* 108:e34-5.

Spanagel, R. and Heilig, M. (2005). Addiction and its brain science. *Addiction* 100 1813-1822.

Spear L. (2002) Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *J Stud Alc suppl.* 14: 71-81.

Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Manson JE, Arky RA, Hennekens CH, Speizer FE (1988) A prospective study of moderate alcohol drinking and risk of diabetes in women. *American Journal of Epidemiology*, 128(3):549–58.

Stampfer, M.J., Kang, J.H., Chen, J., Cherry, R., and Grodstein, F. (2005). Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women. *N Engl J Med* 352:245-53.

Stockwell, T., Lang, E. and Rydon, P. (1993) High risk drinking settings: the association of serving and promotional practices with harmful drinking. *Addiction*, 88, 1519–1526.

Streissguth AP, Bookstein FL, Sampson PD, Barr HM (1993) *The Enduring Effects of Prenatal Alcohol Exposure on Child Development, Birth Through 7 Years: A Partial Least Squares Solution.* University of Michigan Press, Ann Arbor.

Streissguth AP, Sampson PD, Olson HC, Bookstein FL, Barr HM, Scott M, Feldman J, Mirsky AF (1994) Maternal drinking during pregnancy: attention and short-term memory in 14-year-old offspring—a longitudinal prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 18:202–218.

Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R. and Brown, R. A. (2003) Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1113–1131.

Sugie T; Imatou T; Miyazaki M; Une H (2005) The effect of alcoholic beverage type on hyperuricemia in Japanese male office workers. *J Epidemiol* 2005 Mar;15(2):41-7.

Suhonen, O., Aromaa, A., Reunanen, A., and Knekt, P. (1987) Alcohol consumption and sudden coronary death in middle-aged Finnish men. *Acta Medica Scandinavica*, 221,335-41.

Suter P.M., Hasler, E., Meyer R, Vetter W. (1999). Modulation of the alcohol effects on body weight by the family history of overweight. *Int J Obesity* 23(Suppl 5): S94.

Suter P.M., Hasler, E., Vetter, W. (1997). Effects of alcohol on energy metabolism and body weight regulation: Is alcohol a risk factor for obesity? *Nutr Reviews* 55: 157–171.

Swahn, M. H. and Donovan, J. E. (2004) Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *Journal of Adolescent Health*, 34, 480–492.

Swahn, M. H. (2001) Risk factors for physical fighting among adolescent drinkers. *American Journal of Epidemiology*, 153, S72.

Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, *et al.* (1998) Comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4):176–184.

Swift, R. (2003) Direct measurement of alcohol and its metabolites. *Addiction* 98 (suppl 2) 73-80.

Szucs, S., Sarvary, A., McKee, M. and Adany, R. (2005). Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. *Addiction* 100 536-542.

Testa, M. and Parks, K.A. (1996). The role of women's alcohol consumption in sexual victimization. *Aggression and Violent Behaviour*, 1 (3): 217–234.

- Testa, M., Quigley, B.M. and Leonard, K.E. (2003). Does alcohol make a difference? Within-participants comparison of incidents of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence* 18 735-743.
- Thom, B. (2001) A social and political history of alcohol. In Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CWJ, Doll R (1997) Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *The New England Journal of Medicine*, 337, 1705–1714.
- Tolstrup, J.S., Jensen, M.K., Tjønneland, A., Overvad, K. and Grønbaek, M. (2004) Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction* 99 323-330.
- Toumbouro, J.W., Williams, I.R., White, V.M., Snow, P.C., Munro, G.D. and Schofield, P.E. (2004) Prediction of alcohol-related harm from controlled drinking strategies and alcohol consumption trajectories. *Addiction* 99 498-508.
- Trevisan, M., Dorn, J., Falkner, K., Russell, M., Ram, M., Muti, P., Freudenheim, J.L., Nochajski, T and Hovey, K. (2004) Drinking pattern and risk of non-fatal myocardial infarction: a population-based case-control study. *Addiction* 99 313-322.
- Trevisan, M.T.; Ram, M.; Hovey, K.; *et al.* (2001a) Alcohol drinking patterns and myocardial infarction. *American Journal of Epidemiology* 153(11): S97.
- Trevisan, M.T.; Schisterman, E.; Mennotti, A.; *et al.* (2001b). Drinking pattern and mortality: The Italian Risk Factor and Life Expectancy Pooling Project. *Annals of Epidemiology* 11:312–319.
- Turner, R.T. and Sibonga, J.D. (2001) Effects of alcohol use and estrogen on bone. *Alcohol Research and Health* 25 276-281.
- Tønnesen, H. and Kehlet, H. (1999) Preoperative alcoholism and postoperative morbidity. *British Journal of Surgery*, 86, 869– 874.
- Urbano-Marquez A., Estruch, R., Navarro-lopez, F., Grau, J.M. and Rubin, E. (1989). The effects of alcoholism on the skeletal and cardiac muscle. *New England Journal of Medicine* 320 409-415.
- US Department of Health and Human Services (2000). 10th Special report to the US Congress on Alcohol and Health. Washington, US Department of Health and Human Services.
- Vahtera J, Poikolainen K, Kivimaki M, Ala-Mursula L, Pentti J (2002). Alcohol intake and sickness absence: a curvilinear relation. *Am J Epidemiol*, 15;156(10):969-76.
- Wagner, F.A., and Anthony, J.C. (2002). From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine and alcohol. *Neuropsychopharmacology* 26 479-488.
- Wannamethee SG, Shaper AG (1996) Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle-aged British men. *Stroke*, 27:1033–1039.
- Wannamethee SG, Shaper AG (2003) Alcohol, body weight, and weight gain in middle-aged men. *Am J Clin Nutr* 77:1312–1317.
- Wannamethee, G. and Shaper, A. G. (1992) Alcohol and sudden cardiac death, *British Heart Journal*, 68, 443-448.
- Wannamethee, S.G. and Shaper, A.G. (1999) Type of alcoholic drink and risk of major coronary heart disease events and all-cause mortality. *American Journal of Public Health* 89 685-690.
- Wannamethee, S.G., Shaper, A.G., Perry, I.J. and Alberti, K.G.M.M. (2002). Alcohol consumption and the incidence of type II diabetes *Journal of Epidemiology and Community Health* 56:542-548.

Watson, D. and Parsons, S. (2005). Domestic Abuse of Women and Men in Ireland: Report on the National Study of Domestic Abuse National Crime Council: www.crimecouncil.ie.

Watt, K., Purdie, D.M., Roche, A.M. and McClure, R.J. (2004) Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders. *Addiction* 99 1262-1273.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. and Castillo, S. (1994) Health and behavioral consequences of binge drinking in college: a national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 272, 1672–1677.

Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. and Castillo, S. (1995) Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85, 921–926.

Wechsler, H., Dowdall, G. W., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J. and Lee, H. (1998) Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997: results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 47, 57–68.

Wei M, Gibbons LW, Mitchell TL, Kampert JB, Blair SN (2000) Alcohol intake and incidence of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care* 23(1):18–22.

Wells S., Graham K., and West P. (2000) Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*. 61, 626-632.

Wells, J.E., Horwood, L.J. and Fergusson, D.M. (2004) Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Addiction* 99 1529-1541.

Wells, S. and Graham, K. (2003). Aggression involving alcohol: Relationship to drinking patterns and social context, *Addiction*, 98(1), 33-42.

Wells, S., Graham, K. and West, P. (2000) Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 626–632.

Wells, S., Graham, K., Speechley, M. and Koval, J.J. (2005) Drinking patterns, drinking contexts and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers. *Addiction* 100 933-944.

White, H.R. and Chen, P-H (2002). Problems drinking and intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 205–214.

White, I. R. (1999) The level of alcohol consumption at which all-cause mortality is least, *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, 967-975.

White, I.R., Altmann, D.R. and Nanchahal, K. (2002) Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *British Medical Journal* 325 191-198.

Widom, C.S. and Hiller-Sturmhofel, S. (2001) Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research and Health* 25 52-57.

Wiley, J. A. and Weisner, C. (1995) Drinking in violent and nonviolent events leading to arrest: Evidence from a survey of arrestees. *Journal of Criminal Justice* 23, 461-476.

Wilkinson, R. and Marmot, M. Eds. (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Willenbring ML (1986) Measurement of depression in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49:412–417.

Williams CM, Skinner AE (1990) The cognitive effects of alcohol abuse: a controlled study. *British Journal of Addiction*, 85, 911–917.

Williams FG, Knox R (1987) Alcohol abuse intervention in a university setting. *Journal of American College Health*, 36, 97–102.

Williams FM, Cherkas LF, Spector TD, MacGregor AJ. (2005) The effect of moderate alcohol consumption on bone mineral density: a study of female twins. *Ann Rheum Dis.* 64(2):309-10.

Williams, J.T.; Begleiter, H.; Porjesz, B.; *et al.* (1999) Joint multipoint linkage analysis of multivariate qualitative and quantitative traits. II. Alcoholism and event-related potentials. *American Journal of Human Genetics* 65:1148–1160.

Windham GC, Von Behren J, Fenster L, *et al.* (1997) Moderate maternal alcohol consumption and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*, 8(5):509–514.

Zador, P., Krawchuk, S. and Voas, R. (2000). Alcohol-related relative risk of driving fatalities and driver impairment in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data. *Journal of Studies on Alcohol* 61 387-395.

Zarkin, G.A., French, M.T., Mroz, T. and Bray, J. (1998) Alcohol use and wages: new results from the National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Health Economics* 17 53-68.

Zhang L, Wiczorek W, Welte J (1997) The nexus between alcohol and violent crime. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 1264–1271.

Chapitre 6 : Les effets de la consommation d'alcool sur l'Europe

*La consommation d'alcool pèse lourdement sur plusieurs aspects de la vie des Européens en provoquant des dommages que nous pouvons grossièrement classer en dommages sociaux et problèmes de santé. Sept millions d'Européens **ont rapporté avoir eu des comportements agressifs après consommation d'alcool** l'année précédant l'enquête et (selon une revue d'un petit nombre d'études nationales) on peut estimer le coût économique des crimes et délits qui sont des conséquences directes de la consommation d'alcool à 33 milliards d'euros en 2003 pour l'ensemble de l'Union Européenne. Ce coût se répartit entre des frais de police, de tribunaux et de prisons (15 milliards d'euros), de prévention des crimes, d'assurances (12 milliards d'euros) et de dommages sur les biens (6 milliards d'euros). Les dommages sur les biens dus à la conduite en état d'ivresse ont aussi été chiffrés à 10 milliards d'euros, alors que les coûts humains dus aux conséquences physiques et psychologiques des crimes et délits ont été évalués entre 9 et 37 milliards d'euros.*

*Il est estimé que 23 millions d'Européens sont dépendants de l'alcool ; en tenant compte de la souffrance humaine induite parmi les membres de **l'entourage**, ceci conduit à l'estimation d'un coût indirect de 68 milliards d'euros. L'estimation de l'étendue des dommages dans la vie professionnelle est plus difficile ; cependant, dans l'Europe des 15, près de 5% des hommes consommateurs d'alcool et 2 % des femmes reconnaissent que cette consommation a un impact négatif sur leur travail ou leurs études. En faisant une revue des études nationales de coût, il a été estimé que la perte de productivité due à l'absentéisme et au chômage attribuables à l'alcool s'élève respectivement à des chiffres compris, selon les études, entre 9-19 milliards et 6-23 milliards d'euros.*

*Si on s'intéresse aux **effets sur la santé**, on peut considérer que la consommation d'alcool est responsable d'environ 195 000 morts chaque année dans l'Union Européenne, mais elle est également estimée responsable de la prolongation de la durée de vie par un report de 160 000 décès, principalement du fait de son effet cardioprotecteur pour les femmes qui meurent après l'âge de 70 ans (cependant, du fait de difficultés méthodologiques, il est possible qu'il existe une surestimation du nombre de décès retardés). Il semble plus judicieux de considérer les 115 000 décès survenant avant l'âge de 70 ans afin d'éviter la surestimation des effets protecteurs de l'alcool après cet âge. Ces chiffres sont établis par comparaison avec la situation d'abstinence d'alcool et l'effet absolu serait plus fort si on considérait le niveau de consommation donnant le risque minimum. La mesure de l'effet de la consommation d'alcool par l'unité du DALY, exprimant le nombre d'années de vie gâchées (années de mauvaise santé ou de mort prématurée) atténue ces difficultés méthodologiques puisqu'elle montre que l'alcool est bien responsable de 12 % des morts prématurées et des années de mauvaise santé chez les hommes et de 2 % chez les femmes, même en tenant compte des effets bénéfiques. Ceci aboutit à classer l'alcool en troisième position parmi 36 facteurs de risque de mauvaise santé dans l'Union Européenne, devant le surpoids et l'obésité, juste après la consommation de tabac et l'hypertension artérielle.*

Cet impact sanitaire se manifeste par une grande variété de causes de mortalité et d'états pathologiques, comprenant 17 000 morts annuelles par accidents routiers (1 accident mortel sur 3), 27 000 morts au cours d'autres accidents, 2 000 homicides (4 meurtres et homicides involontaires sur 10), 10 000 suicides (1 sur 6), 45 000 morts par cirrhose du foie, 50 000 par cancers (dont 11 000 cancers du sein chez la femme) et 17 000 morts par complications neuro-psychiatriques aussi bien que 200 000 épisodes de dépression (qui comptent

pour 2,5 millions de DALYs). Le coût du traitement de ces états pathologiques a été estimé à 17 milliards d'euros, s'ajoutant à 5 milliards d'euros dépensés pour le traitement et la prévention de l'usage nocif d'alcool et de l'usage avec dépendance. Les vies perdues peuvent être estimées soit pour leur potentiel de production perdue (36 milliards d'euros sans tenir compte des effets bénéfiques) ou en considérant la valeur de la vie elle-même (145 à 712 milliards d'euros après avoir tenu compte des effets bénéfiques).

Les jeunes endossent une lourde partie de ce fardeau avec plus de 10 % de la mortalité des jeunes femmes et environ 25 % de celle des jeunes hommes liées à l'alcool. Il existe peu de données sur l'étendue des troubles sociaux chez les jeunes, mais 6 % des élèves âgés de 15 à 16 ans en Europe attribuent à la consommation d'alcool des actes violents et 4 % d'entre eux l'associe à des rapports sexuels non protégés.

Lorsqu'on compare la **situation des différents pays**, on s'aperçoit que la consommation d'alcool joue un rôle important dans l'abaissement de l'espérance de vie des pays ayant intégré l'Union Européenne récemment par rapport à ceux de l'Europe des 15 avec un excès du taux de mortalité attribuable à l'alcool de 90 hommes et 60 femmes pour 100 000 habitants. **A l'intérieur de chaque pays**, de nombreux états pathologiques impliquant des inégalités sanitaires sont liés à la consommation d'alcool, mais ces états pathologiques peuvent varier (par exemple, c'est pour la cirrhose en France et pour les morts violentes en Finlande). La moins bonne santé des habitants des zones économiquement défavorisées, apparaît également liée à la consommation d'alcool et des recherches suggèrent que la mortalité directement attribuable à l'alcool est plus importante dans ces régions défavorisées au delà de ce qui pourrait être expliqué par de simples inégalités socio-économiques individuelles.

De nombreux dommages causés par la consommation d'alcool **touchent les membres de l'entourage des buveurs**. Parmi ces personnes, nous pouvons compter les 60 000 enfants naissant avec un poids inférieur à la normal, aussi bien qu'une grande proportion (16 %) des enfants maltraités, et plus généralement les 5-9 millions d'enfants appartenant à des familles où existe un problème d'alcool. La consommation d'alcool touche aussi d'autres adultes, dont 10 000 personnes mortes dans un accident routier en plus des conducteurs en état d'ivresse et d'autres victimes de crimes ou délits. Une partie du coût économique est aussi payé par d'autres personnes ou des institutions, en particulier une grande part du coût des crimes et délits estimé à 33 milliards d'euros, les 17 milliards d'euros dépensés dans le système de soins et 9-19 milliards d'euros dus à l'absentéisme.

De simples observations et les analyses chronologiques montrent que le poids de la consommation d'alcool sur la santé est lié aux **changements de manière de boire**. Ces changements sont le reflet du comportement des «buveurs excessifs» plus que celui des «buveurs modérés» (étant donné que, par exemple, les 10 % de buveurs «les plus excessifs» boivent un tiers, voire une moitié de la consommation totale dans la plupart des pays) mais ces changements indiquent aussi la tendance générale des groupes et des communautés à changer collectivement leurs niveaux de consommation. Pour l'ensemble de la population, l'impact sur les dommages d'un changement de la consommation moyenne d'un litre d'alcool pur par an est plus élevé dans les pays consommant moins de l'Europe des 15 (ceux d'Europe du Nord) mais est encore significatif pour la cirrhose, les homicides (pour les hommes seulement), les accidents et la mortalité générale (hommes seulement) dans les pays d'Europe du sud consommant plus. Alors que certains observateurs ont affirmé que les changements plus importants qui sont survenus en Europe du Nord sont le reflet de la culture «explosive» du boire, ils peuvent aussi refléter l'effet proportionnel plus fort d'une baisse de consommation d'un litre d'équivalent alcool pur dans ces pays nordiques consommant peu. Plus généralement, il a

été estimé que la diminution de la consommation d'un litre d'alcool pur par an ferait diminuer la mortalité des hommes de 1 % en Europe du sud et du centre et de 3 % en Europe du nord.

INTRODUCTION

Les preuves mettant en cause l'alcool en ce qui concerne un grand nombre de problèmes sur le plan humain sont résumées au chapitre 5. Le présent chapitre s'appuie sur ces mêmes données factuelles pour démontrer l'impact de l'alcool au niveau européen, projetant au niveau de la société européenne les risques auxquels l'individu est confronté. Ce chapitre traite tout d'abord des conséquences négatives sociales (ex. délits, crimes, travail) avant d'aborder l'ampleur des effets sur la santé (bénéfiques et nocifs), analyse faite d'après les études réalisées par l'OMS. Enfin, nous décrivons les incidences que des changements du niveau de consommation à l'échelle d'une population peuvent avoir sur l'ampleur des méfaits de l'alcool. Incidences qui parfois sont différentes de celles présentées au niveau individuel dans le chapitre précédent. L'estimation du coût social de l'alcool en Europe fournie au chapitre 3 est utilisée de bout en bout dans cette analyse. Comme précisé précédemment, nous recommandons au lecteur qui souhaite utiliser ces chiffres de lire le texte en encadré 3.3 au chapitre 3 afin de s'assurer de les employer correctement.

LES CONSEQUENCES NEGATIVES DE L'ALCOOL SUR LE PLAN SOCIAL

Les innombrables conséquences négatives de l'alcool, hormis les problèmes de santé, sont généralement qualifiées de "conséquences sociales". Elles constituent une grande part des préoccupations de la société concernant l'alcool, et pourtant les recherches dans ce domaine n'ont pas encore apporté toutes les informations voulues (Klingemann & Gmel 2001). Jusqu'à aujourd'hui, on dispose d'un nombre relativement réduit d'études comparatives faites en Europe, et il s'avère souvent impossible de faire de véritables comparaisons entre pays. Le manque de données exploitables concernant un grand nombre des méfaits de l'alcool, auquel s'ajoute le problème de l'absence d'uniformité dans la façon de considérer l'implication de l'alcool, rend cette tâche doublement difficile. Au nombre des difficultés supplémentaires figurent de nombreuses distorsions dans l'association de ces méfaits avec l'alcool, comme la différence dans les risques de se faire arrêter sur la route après avoir bu (risques élevés à cause de la capacité diminuée d'éviter une arrestation, ou risques moindres dus à la surcharge de travail à laquelle les forces de police doivent faire face durant les périodes de forte consommation d'alcool).

Pour éviter ces problèmes, un certain nombre de sondages ont été réalisés auprès des jeunes (ex. l'enquête ESPAD en milieu scolaire) et des adultes (ex. étude ECAS) pour connaître les conséquences que les buveurs attribuent à leur consommation d'alcool. Bien qu'elles apportent des points de vue utiles dans un domaine qui autrement manque considérablement de données, elles sont difficiles à interpréter. A savoir est-ce qu'un taux plus élevé dans un pays par rapport à un autre signifie que les problèmes sont en fait plus répandus ? Ou est-ce que cela signifie qu'un plus grand nombre de personnes font le rapprochement entre la consommation d'alcool et ces problèmes ? En Amérique, par exemple, les chiffres obtenus de façon objective concernant la consommation dangereuse d'alcool et les méfaits de l'alcool (consommation moyenne, le fait de boire cinq verres ou plus lors d'une même occasion, les maladies du foie et les accidents mortels sur la route liés à l'alcool) ont reculé entre 1984 et 1990, alors que selon les buveurs les conséquences sociales de l'alcool ont augmenté de façon spectaculaire.

On peut donc se demander ce que ces enquêtes montrent réellement (Room & Hradilova Selin 2004). Pour ce qui est des conséquences "sociales" proprement dites, c'est-à-dire identifiées par d'autres personnes comme des méfaits, cette question ne pose pas vraiment de problème et les déclarations des consommateurs d'alcool (Room & Hradilova Selin 2004) et des autres personnes (Room 2000) peuvent être utilisées comme étant plutôt fiables. Par exemple, un grand nombre de problèmes conjugaux liés à l'alcool dépendent à quel point le conjoint considère l'alcool comme un problème et n'existent pas "sans" l'alcool. Toutefois, en ce qui concerne les types de conséquences plus graves et plus rares pouvant être mesurées de façon relativement "objective", comme la fréquence des accidents du travail ou les risques de commettre un acte criminel violent, on rencontre des problèmes considérables pour ce qui est d'interpréter l'évaluation du buveur quant à la relation de cause à effet mesurée de façon objective (Gmel *et al.* 2000).¹

Ce qui explique pourquoi les changements d'attitude sur le plan culturel concernant les effets de l'alcool peuvent amener le buveur à rencontrer des problèmes croissants liés à l'alcool alors que les méfaits mesurés de façon objective sont en recul. Le caractère limitatif des données basées *uniquement* sur les déclarations collectées auprès des buveurs mettant en cause leur consommation d'alcool a été nettement identifié (Dawson & Room 2000), mais malheureusement, peu des recommandations faites en conséquence ont jusqu'à aujourd'hui donné lieu à des recherches complémentaires (les seules études existantes n'examinant les problèmes que sur le plan humain, abordés au chapitre 5). Néanmoins, les informations communiquées volontairement sont exploitables car elles nous communiquent le propre point de vue des personnes interrogées sur l'ampleur des conséquences négatives sociales de l'alcool, même si elles ne couvrent pas de façon exhaustive tous les méfaits de l'alcool mais seulement ceux reconnus par les personnes interrogées. Cette mise en garde faite, nous avons dans la première partie de ce chapitre résumé les enquêtes faites concernant les conséquences négatives de l'alcool sur le plan social, examinant tour à tour la criminalité, la famille, le travail, les problèmes de nuisance et de harcèlement.

La criminalité

La consommation d'alcool est associée à des activités délictuelles et criminelles dans tous les pays de l'Europe, et plus spécialement avec la violence (cf. tableau 6.1). Il faut garder à l'esprit que ces faits montrent à quel point l'alcool est impliqué quand on parle de violence, aspect qui est susceptible d'excéder son rôle *causal* (Rossow, Pape, & Wichstrøm 1999; cf. également chapitre 5). En outre, les données présentées pour les différents pays ne sont pas directement comparables compte tenu des grandes et souvent obscures différences dans les méthodes utilisées, problème auquel s'ajoute le fait, qui n'est généralement pas clairement établi, de savoir si oui ou non les victimes avaient consommé de l'alcool.

Ceci dit, le tableau 6.1 et un examen des études réalisées en Amérique du Nord et en Europe du Nord (Rossow, Pernanen, & Rehm 2001) montrent que la part des *crimes violents* rapportés comme ayant été commis sous l'influence de l'alcool est plus lourde dans les pays nordiques. D'autres enquêtes effectuées dans les pays nordiques ont également rapporté qu'au cours de l'année passée entre 2 et 3 % des hommes interrogés, et entre 1 et 2 % des femmes, ont été physiquement blessés par une personne ivre (Mäkelä *et al.* 1999; Rossow & Hauge 2004). A la différence d'une enquête réalisée dans le cadre du projet ECAS qui a révélé que les pays comptant la

¹ A noter que même les études épidémiologiques "objectives" sont généralement influencées par une certaine subjectivité du point de vue mémoire et définition (ex. la frontière entre troubler l'ordre public et s'amuser innocemment) ; cf. Room (2000).

plus grande proportion de personnes ayant déclaré avoir été impliquées dans une bagarre après avoir bu sont l'Allemagne, le Royaume-Uni (avec chacun > 5% d'hommes qui boivent) et l'Irlande (> 10 %), les chiffres les plus bas se situant aux environs de 1 % pour l'Italie et la Suède (Ramstedt & Hope 2003). L'interprétation de ces résultats reste toutefois complexe compte tenu qu'on ignore le nombre de bagarres qui ont eu lieu dans chacun de ces pays.

Même pour ce qui est de l'ensemble des actes criminels violents, l'implication de l'alcool peut varier. En Finlande, Allemagne, Norvège, Pologne et au Royaume-Uni, l'association de l'alcool avec les agressions semble être plus forte qu'avec les délits sexuels et les vols, bien que les méfaits varient considérablement et mettent plus en cause la consommation d'alcool à la fois par le coupable et la victime. Les actes de vandalisme s'avèrent également être en étroite association avec la consommation d'alcool suivant les données actuellement disponibles (Belgique, Estonie, Lettonie et Norvège), tout comme le vol dans un certain nombre de pays. Le rapport entre alcool et criminalité pour ces pays est plus étroitement lié à l'ivresse (cf. chapitre 5). Au Royaume-Uni par exemple, 24 % des infractions sous forme de violence sont commises par des jeunes entre 18 et 24 ans qui font des excès de boisson de façon épisodique, contre 16 % commises par des buveurs réguliers et 5 % par des personnes du même âge non buveurs ou qui ne boivent qu'occasionnellement (Matthews & Richardson 2005).

Criminalité et opinions concernant l'alcool

On constate des différences entre pays en ce qui concerne le lien entre criminalité et alcool, en particulier ceux qui ne reflètent pas les quantités ou les habitudes en terme de consommation examinées au chapitre 4. Ces différences suggèrent que le "comportement ivre" a d'importantes conséquences sur le niveau de criminalité dans une société (cf. également chapitres 2 et 5). Toutefois, on pourrait également dire que ces résultats sont principalement dus au fait que certains Européens font plus le rapprochement entre alcool et violence. Seule l'enquête ECAS a examiné de façon approfondie ce problème, en recueillant les points de vue concernant la responsabilité et la façon d'agir prévisible de personnes ivres (Room & Bullock 2002). Il a été alors rapporté que selon l'opinion générale les Français, contrairement aux Allemands et aux Italiens, sont convaincus que les buveurs sont responsables de leurs actes, et si l'on compare la Finlande et l'Italie on constate que 50% de plus d'Italiens que de Finlandais pensent que "toute personne est susceptible d'avoir des accès de violence après avoir trop bu". Ces résultats laissent entrevoir de fortes variations entre les pays en ce qui concerne l'opinion générale face au comportement ivre, mais qui ne semblent pas suivre un schéma uniforme en Europe.

Les résultats sont tout aussi équivoques pour ce qui est des analyses chronologiques qui comparent tendances dans les délits et crimes déclarés et changements de taux de consommation d'alcool enregistrés. Cette méthode, inclut de façon implicite tous les mécanismes possibles de relation de cause à effet entre alcool et délits-crimes, ne se limitant pas à l'état d'ébriété du coupable mais prenant également en compte l'ivresse de la victime et les tendances à boire lors de certaines occasions pour cerner les situations de conflits possibles. Ce qui peut être exprimé soit en pourcentage de changement par litre de consommation, soit en rapportant ce pourcentage de changement à la quantité totale consommée pour définir la *part de la criminalité imputable à l'alcool*. Toutefois, ces résultats peuvent aller dans des directions opposées, étant donné que le pourcentage des répercussions d'un changement d'un litre dans la consommation d'alcool a tendance à être plus important dans les pays à plus faible consommation, à savoir en Europe du Nord.

Tableau 6.1 Délits et crimes sélectionnés et leur lien avec l'alcool

	Pays	% lié à l'alc.	Nature du lien ²
Tous délits et crimes confondus	Belgique	20	Ivresse
	Angleterre & Pays de Galles	25	Sous l'influence de l'alcool
	Finlande	47	Ivresse , prisonniers
	Allemagne	7	Sous l'influence de l'alcool
	Hongrie	35	Ivresse
	Lettonie	34	Sous l'influence de l'alcool
	Lituanie	21	Sous l'influence de l'alcool
Actes criminels violents	Belgique	40	Ivresse
	Angleterre & Pays de Galles	48	Sous l'influence de l'alcool
	Estonie	60-70	Liés à l'alcool
	Finlande	66	Ivresse , prisonniers (agressions)
	France	25	Stat. 1973 ; liés à l'alcool (agressions)
	Allemagne	24	Sous l'influence de l'alcool
	Norvège	80	Ivresse
	Espagne	42	Sous l'influence de l'alcool, victimes transportées aux urgences
Suède	86	Ivresse	
Vols	Angleterre & Pays de Galles	19	Sous l'influence de l'alcool
	Finlande	53	Ivresse , prisonniers
	Norvège	40	Ivresse
	Poland	40	Ivresse
Violence sexuelle / viol	Angleterre & Pays de Galles	58	Liés à l'alcool
	Finlande	49	Ivresse , prisonniers
	Allemagne	29	Sous l'influence de l'alcool
	Norvège	60	Ivresse

Comme expliqué précédemment dans ce chapitre, ces données ayant été obtenues par différentes méthodes, il est recommandé de faire preuve de prudence si l'on compare ces résultats.

¹ Sources : Belgique, Estonie, Hongrie, Norvège, Pologne et Suède (Rehn, Room, & Edwards 2001) ; Finlande (Murdoch, Pihl, & Ross 1990; Salomaa 1995); France (Murdoch, Pihl, & Ross 1990) ; Allemagne (Bühringer et al. 2002) ; Lettonie et Lituanie (Alcohol Policy Network 2005); Espagne (MacDonald et al. 2005) ; Royaume-Uni (Leontaridi 2003)

² Définitions fournies par les sources des données : Ivresse : selon la victime ou le coupable impliquant que le coupable était ivre ; BAC : Blood Alcohol Concentration - taux d'alcoolémie lors du test effectué par la police ; Sous l'influence de l'alcool : état décrit comme tel dans les sources des données ; Attribution : la victime ou le coupable attribuant les méfaits au fait d'avoir bu ; Liés à l'alcool : soit un lien non spécifié, le fait d'avoir signalé avoir bu de l'alcool dans les 4 à 6 heures précédant l'incident, ou un taux d'alcoolémie positif mais non précisé.

Si l'on considère les *agressions*, par exemple, la part imputable à l'alcool est légèrement plus lourde en Suède et en Norvège (50 %) qu'en France (33 %), sans conséquence significative au Danemark (Lenke 1990). Et pourtant, un changement de consommation d'un litre a eu un impact bien plus fort en France que partout ailleurs, mais la consommation qui est beaucoup plus forte en France donne à l'alcool un rôle plus similaire pour l'ensemble des agressions.² Les *homicides* donnent des résultats semblables, les pays d'Europe du Nord montrant des répercussions bien plus fortes par litre d'alcool, résultat souvent expliqué comme issu de "l'explosion" que la consommation d'alcool dans ces pays (Room & Rossow 2001; Rossow, Pernanen, & Rehm 2001). À nouveau ici on constate que les pays enregistrant un effet moindre par litre sont ceux avec les niveaux de consommation les plus élevés, le résultat net donnant une estimation du nombre par habitant d'homicides imputables à l'alcool similaire en Europe du Nord et du Sud (cf. la rubrique "homicides" ci-après ainsi que le texte au sujet des analyses des tendances chronologiques plus loin dans ce chapitre). Bien que ce type d'analyse comparative de groupes soit utile car elle permet d'échapper aux distorsions habituelles de la plupart des autres méthodes, elle suppose également que le lien entre changements dans la consommation et criminalité reste constant quel que soit le niveau de consommation, ce qui dans la réalité n'est pas forcément le cas.

Les preuves présentées dans ce chapitre et dans le précédent montrent que l'alcool est dans une certaine mesure associé à certains types de délits et crimes dans toute l'Europe, y compris en Europe du Sud, qui semblent fortement mettre en cause l'alcool. Et pourtant, malgré l'importance de connaître le nombre de délits et de crimes liés à l'alcool dans les différents pays, nous ne disposons malheureusement pas de données factuelles suffisantes pour établir de véritables conclusions au sujet des tendances concernant l'association alcool-criminalité en Europe. Ce qui constitue une lacune considérable dans les données disponibles, étant donné que le nombre d'agressions rapportées à la police qui sont *liées* à l'alcool pourrait bien être de l'ordre de 350 000 chaque année, sinon plus (bien que de toute évidence toutes les agressions liées à l'alcool ne sont pas forcément causées par l'alcool, cf. ci-après).³ Les données de l'enquête ECAS fournissent un indicateur encore plus lourd, suggérant que l'année dernière sept millions d'adultes ont été impliqués dans des bagarres après avoir bu, bien que là encore, il n'est pas dit combien de ces incidents étaient *dus* à la consommation d'alcool.⁴ Le manque de données concernant tout autre indicateur donne lieu à des recommandations de recherche complémentaire au chapitre 10.

Estimation du coût de la criminalité imputable à l'alcool

Malgré l'absence de solides données comparables concernant l'alcool et les délits-crimes, il est possible d'essayer de faire une estimation par analyse comparative

² Les données pour la France s'arrêtent à 1958, ce qui rend difficile l'application de ces données à des périodes plus récentes. Lenke signale également des problèmes concernant l'historique de la consommation utilisée pour les calculs en France.

³ Supposition étant faite que l'alcool est lié à un quart de toutes les agressions (25 % a été choisi à ce niveau étant donné qu'il correspond au chiffre le plus bas dans le tableau 6.1). Les données concernant le taux d'infraction sont extraites de l'ouvrage *European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics* (Killias et al. 2003); à noter toutefois qu'il existe entre les pays en Europe des différences considérables dans la définition du terme "agression".

⁴ Les résultats de l'enquête ECAS concernant les consommateurs d'alcool de 18 à 64 ans en France, Finlande, Allemagne, Irlande, Italie, Suède et au Royaume-Uni (Ramstedt & Hope 2003) ont été étendus à l'UE15 suivant la moyenne pour la "région ECAS" (à savoir Europe du Nord, centrale et du Sud). Ils ont été transformés en nombre de personnes selon les données démographiques de la base de données de la Santé pour tous de l'OMS pour les 15 à 69 ans et les chiffres concernant l'abstinence figurant au chapitre 4.

entre groupes afin de montrer l'ampleur possible des délits et crimes imputables à l'alcool en Europe, et aussi, afin d'encourager de futures recherches à ce sujet (cf. recommandations au chapitre 10). Estimation basée sur l'examen des études présentées au chapitre 3, certaines ayant tenté d'évaluer le coût de la criminalité due à l'alcool. Ces enquêtes réalisées au niveau pays souvent rapportent ce coût comme étant un important composant des coûts tangibles directs, et utilisent généralement une des deux démarches suivantes :

1. Premièrement, les enquêtes ont simplement utilisé pour chaque type de crime son lien avec l'alcool afin d'obtenir un chiffre maximum concernant le lien de causalité, présentant les coûts obtenus comme allant "jusqu'à" une certaine somme, comme par exemple l'étude britannique faite pour le Prime Minister's Strategy Unit (Leontaridi 2003). Bien que cohérents en terme de méthodes utilisées, dans la réalité ces chiffres sont souvent interprétés comme une estimation du lien de causalité ; ce qui fait que le coût social est gonflé par rapport à sa valeur probable.
2. La seconde méthode consiste à interroger des prisonniers ou des personnes qui ont été arrêtées, et de leur demander si, à leur avis, ils auraient commis le délit ou le crime en question s'ils n'avaient pas été ivres (Collins & Lapsley 2002; Pernanen *et al.* 2002). Ce qui donne alors une estimation de la proportion de délits et crimes que les prisonniers ou personnes arrêtées considèrent comme étant dus à l'alcool. Bien que cette méthode soit loin d'être idéale, le fait que "*dans le choix de méthodes que nous avons, toutes présentent des lacunes d'une façon ou d'une autre*" (Pernanen *et al.* 2000:56) explique son utilisation de plus en plus fréquente dans de récentes études complexes. Lors du sondage fait au Canada auprès de prisonniers du système carcéral fédéral, 24 % des crimes-délits ont été commis par des personnes ivres au moment de l'acte, mais seulement 17 % des délits-crimes (soit entre un quart et un tiers de moins) furent décrits comme étant dus à l'alcool (alcoolodépendance ou ivresse).
3. En théorie, il est possible de concevoir une troisième méthode pour évaluer le coût de la criminalité, bien qu'aucune enquête que nous avons examinée n'ait tenté de l'utiliser. Méthode qui se baserait pour chaque type d'infraction sur la proportion attribuable à l'alcool selon l'analyse des tendances chronologiques examinée précédemment. Bien qu'on évite ainsi certaines des distorsions concernant l'opinion générale au sujet du lien de causalité, l'analyse chronologique a tendance à fournir des données plus solides lorsqu'on regroupe des pays (pour obtenir un plus grand nombre d'années de référence et d'informations y afférentes), ce qui limite leur précision sur des périodes courtes par pays.

Bien que ces estimations puissent servir à une évaluation du coût de la criminalité en Europe,⁵ l'absence de données comparables concernant les infractions attribuables à l'alcool (ou même des infractions liées à l'alcool) empêche toute tentative d'ajuster ces évaluations au niveau de criminalité due à l'alcool pour chaque pays.

⁵ Comme pour les autres composants de coût, les estimations des coûts de la criminalité sont faites en rapportant les coûts indiqués dans chaque étude à un indicateur commun, comme par exemple les dépenses publiques au niveau des gouvernements (cf. chapitre 3). Pour ce qui est de l'établissement du lien de causalité entre alcool et criminalité, les résultats concernant les crimes liés à l'alcool sont présentés dans le tableau 6.1, avant réduction comme précisée en renvoi 6.

Ce problème méthodologique se retrouve dans tous les composants des coûts (comme expliqué dans la rubrique "Problèmes méthodologiques" au chapitre 3), mais peut s'avérer particulièrement difficile pour ce qui est de l'estimation du coût de la criminalité. Il convient de tenir compte de ce problème lors de l'interprétation des résultats, qui empêche toute comparaison éventuelle des coûts de la criminalité entre pays.

Parmi ces trois méthodes, la seconde reposant sur la mise en cause de l'alcool par des prisonniers ou personnes arrêtées concernant les infractions commises, constitue la méthode "de pointe" actuelle, et est à la base du chiffre principal communiqué pour le coût de la criminalité.⁶ Notre estimation globale du coût total de la criminalité due à l'alcool supporté par l'Europe en 2003 est donc de 33 milliards d'euros.⁷ Le plus gros de ces dépenses, bien que représentant moins de la moitié, étant lié à la police, aux tribunaux et aux prisons (à hauteur de 15 milliards d'euros). Le reste étant consacré à la prévention de la criminalité (dépenses comme l'achat de systèmes d'alarme contre le vol, ainsi que les coûts administratifs pour les assurances) estimé à 12 milliards d'euros, auxquels s'ajoutent les dégâts matériels résultant d'activités criminelles qui se chiffrent à 6 milliards d'euros.

Au delà de ces coûts tangibles, on peut également donner une valeur aux conséquences négatives physiques et psychologiques chez les victimes d'actes criminels violents. Selon la valeur QALY (années de vie corrigées par leur qualité) unitaire adoptée (un système de mesure similaire au DALY mais reposant sur les réponses des personnes interrogées et non les évaluations d'experts), les coûts intangibles annuels de la criminalité se chiffrent entre 9 et 37 milliards d'euros (52 milliards d'euros pour la criminalité *liée* à l'alcool).

ENCADRE 6.1 – ALCOOL ET CRIMINALITE

- En Europe la consommation d'alcool est associée à la criminalité, les délits et crimes violents en particulier.
- L'année dernière selon les estimations, 7 millions d'adultes ont déclaré avoir été impliqués dans des bagarres après avoir bu.
- Les coûts tangibles de la criminalité due à l'alcool supportés par l'UE en 2003 sont estimés à 33 milliards d'euros. Dans ces coûts sont compris ceux de la police, des tribunaux et des prisons (15 milliards d'euros), les dépenses de prévention des délits et crimes (systèmes d'alarme contre le vol) et les coûts administratifs liés aux assurances (12 milliards d'euros) et enfin les dégâts matériels (6 milliards d'euros).

⁶ Si l'on considère les chiffres ci-dessus, on peut en déduire une réduction de 29 % du coût de la criminalité associée à l'alcool par rapport au coût de la criminalité causée par l'alcool.

⁷ Le coût obtenu avec la méthode d'analyse des tendances chronologiques est de 27 milliards d'euros et le coût de la criminalité due à l'alcool de 46 milliards d'euros. La méthode d'analyse chronologique repose sur les résultats indiquant qu'entre 70 et 80 % des actes criminels violents sont associés à l'alcool en Norvège et en Suède alors que selon les analyses chronologiques seulement 50 % étaient dus à l'alcool. On pourrait donc en déduire qu'il existe un écart de 38% en moins entre le coût de la criminalité associée à l'alcool et celui de la criminalité causée par l'alcool.

La famille

Alors que les méfaits infligés à la famille nourrissent depuis longtemps les débats au sujet de l'alcool (cf. chapitre 3), et que la mise en cause de l'alcool a été définitivement établie pour un certain nombre de conséquences négatives (cf. chapitre 5), ce n'est que récemment que des recherches ont été faites afin de quantifier ces effets négatifs au sein de l'Europe. La violence domestique a été le principal sujet de recherche, souvent dans un cadre similaire à celui de la criminalité examinée précédemment, et il est estimé qu'en Europe entre 16 et 71% des actes de violence domestique ou au sein de couples sont liés à l'alcool (cf. tableau 6.2). La plupart des Européens considèrent qu'il existe un lien de causalité entre l'alcool et ces incidents, une enquête réalisée au niveau européen rapportant que "l'alcoolisme", mentionné par près de 19 personnes sur 20 dans *chaque* Etat membre, est considéré comme la principale cause de la violence domestique (Eurobaromètre 1999).

Tableau 6.2 Rapprochement entre violence domestique et alcool.

Ces données ayant été obtenues par différentes méthodes, il est recommandé de faire preuve de prudence en cas de comparaisons. Sources : cf. tableau 6.1

	Pays	% lié à l'alc.	Nature du lien cf. Tableau 6.1
Violence domestique	France	30	Liés à l'alcool
	Angleterre & Pays de Galles	53	Sous l'influence de l'alcool
	Islande	71	Attribution
	Irlande	34	Attribution (catalyseur)
	Pays Bas	71	Liés à l'alcool
		30	Ivresse
	Portugal	16	Liés à l'alcool (ou autre substance psychoactive)
	Espagne	25	Liés à l'alcool
	Suisse	26	Attribution
		40	Liés à l'alcool

L'alcool a de même été associé à la mise en péril de l'harmonie familiale ou conjugale, avec 4% des hommes et 2% des femmes interrogés dans sept pays déclarant que leur consommation d'alcool a eu des conséquences négatives dans ces domaines de leur vie (Ramstedt & Hope 2003). Ces problèmes sont moins mentionnés en Europe du Sud, bien qu'il soit ici aussi impossible de savoir si cela est dû à des points de vue d'origine culturelle ou à une véritable différence dans l'ampleur des dégâts. Une question similaire fut posée à des personnes âgées entre 45 et 64 ans à Cracovie (Pologne) et à Karvina-Havirov (République tchèque), et qui a révélé qu'un grand nombre d'hommes avaient des difficultés familiales (Bobak *et al.* 2004). Dans ces deux enquêtes, ainsi que dans d'autres, les hommes déclarent avoir plus de problèmes issus de leur propre consommation d'alcool que les femmes,

une tendance qui vraisemblablement repose sur la différence des attitudes face à l'alcool entre hommes et femmes examinée au chapitre 4.

Les informations disponibles concernant les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants sont moins nombreuses ; bien que les études de cas cliniques réalisées pour une importante revue ont fourni assez de preuves révélant que 16% des enfants maltraités ou négligés étaient victimes de l'alcool (English *et al.* 1995), conclusion acceptée par deux autres revues plus récentes (Single *et al.* 1999; Ridolfo & Stevenson 2001). Des rapports du Danemark, de Hongrie, des Pays-Bas, du Portugal, de l'Espagne et du Royaume-Uni viennent confirmer l'ampleur de ce chiffre, l'alcool étant impliqué, de différentes façons, dans 10 à 50 % des cas (McNeill 1998; Sundhedsministeriet [ministère de la Santé] 1999; OMS 2004).

Les parents qui boivent ne sont pas les seuls en cause, les jeunes en consommant de l'alcool peuvent également mettre en péril l'harmonie familiale. Plus de 6 % des jeunes âgés entre 15 et 16 ans, soit 700 000 jeunes, déclarent avoir des problèmes avec leurs parents à cause de leur propre consommation d'alcool.⁸ En UE15 ce fléau touche aussi bien les filles que les garçons (reflétant peut-être une plus grande similarité dans les habitudes de consommation d'alcool ; cf. chapitre 4), alors que dans l'UE10 les problèmes rapportés concernent deux fois plus de garçons que de filles.

ENCADRE 6.2 – ALCOOL ET DEGATS FAMILIAUX

- Il est estimé que l'alcool est impliqué dans 16 % des mauvais traitements et négligence à l'égard d'enfants.
- Entre 4,7 et 9,1 millions d'enfants (6 à 12%) vivent dans un environnement familial perturbé par l'alcool.
- Les coûts intangibles de l'alcoolodépendance supportés par les membres de la famille des buveurs en UE pour 2003 sont estimés à 68 milliards d'euros.

La dépendance à l'alcool

L'ampleur de l'alcoolodépendance en UE a été estimée au chapitre 4 à 23 millions de personnes, les risques de devenir alcoolo-dépendant étant exposés au chapitre 5. Dans cette section nous considérerons les méfaits associés à l'alcoolodépendance , bien que peu de données soient disponibles pour faire une évaluation au niveau européen.

Une seule enquête a tenté de quantifier l'impact intangible de l'alcoolodépendance d'un membre de la famille, en se basant sur la volonté de personnes à payer pour un traitement présumé efficace pour un membre de leur famille (Jeanrenaud *et al.* 2003; Jeanrenaud & Pellegrini 2004). Si l'on projette les estimations précédentes concernant l'alcoolodépendance sur toute l'Europe, alors ses coûts intangibles sur les autres membres de la famille peuvent être évalués à 68 milliards d'euros par an.

Vivre avec des parents ayant une consommation nocive d'alcool ou alcoolo-dépendants risque d'entraîner un certain nombre de problèmes plus tard dans la vie et perturbe un grand nombre d'enfants. Un rapport précédent pour la Commission européenne sur "l'Alcool et la Famille" a estimé à partir d'enquêtes danoise et finlandaise le nombre d'enfants qui vivent dans des familles touchées par les méfaits de l'alcool (McNeill 1998). Après avoir mis à jour cette étude élargie à l'UE et ajouté les données de nouvelles études de l'association britannique National Association for the Children of Alcoholics qui donne un chiffre minimum (Callingham 2002), nous

⁸ Moyenne pondérée présentée pour la population de l'UE. Données Eurostat concernant les jeunes âgés de 15 et 16 ans, les données concernant les méfaits rapportés par les jeunes sont issues de l'enquête ESPAD (Hibell *et al.* 2004).

pouvons estimer qu'entre 4,7 et 9,1 millions d'enfants (entre 6% et 12%) en UE vivent dans des familles touchées par les méfaits de l'alcool.

L'alcool et le travail

Malgré l'intérêt qu'ont les employeurs à réduire le fléau de l'alcool au travail, nous manquons d'informations concernant l'ampleur exact des méfaits de l'alcool dans ce domaine, cette lacune étant due aux difficultés de mesurer ce problème. Par exemple, très peu d'études ont fermement quantifié la baisse de productivité au travail due au fait que la personne avait bu le jour précédent, bien qu'une enquête faite au Royaume-Uni par des consultants en recrutement a estimé à 27 % la baisse de performances au travail par jour avec "gueule de bois" soit une perte totale de 1,8 milliard de livres sterling (reed.co.uk 2004). A l'extérieur de l'Europe, on constate une même lacune en terme de recherches, une enquête en Nouvelle-Zélande rapporte que 12 % des employés qui boivent ont effectivement vu leurs performances réduites au travail à cause de leur consommation d'alcool, chiffre montant à 30 % parmi les 10 % des employés qui boivent le plus (Jones, Casswell, & Zhang 1995).

ENCADRE 6.3 – ALCOOL ET TRAVAIL

- En UE15 près de 5 % des hommes et 2 % des femmes qui boivent déclarent que l'alcool a des conséquences négatives sur leur travail ou leurs études.
- Dans les pays nordiques, entre 3 et 6% des hommes et entre 1 et 4% des femmes ont manqué après avoir consommé de l'alcool.
- La perte de productivité due à l'absentéisme et au chômage imputables à l'alcool coûte chaque année à l'UE respectivement entre 9 et 19 milliards d'euros et entre 6 et 23 milliards d'euros.

On trouve des données plus exploitables concernant l'absentéisme lié à la consommation d'alcool en Europe. Une étude couvrant le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède a révélé que globalement entre 3 et 6 % des hommes et entre 1 et 4 % des femmes ont au cours de l'année dernière manqué au moins un jour parce qu'ils avaient bu. Des conséquences de ce type ont été constatées bien plus fréquemment chez les personnes âgées entre 19 et 34 ans que chez les autres groupes d'âges, hommes et femmes confondus (Mäkelä *et al.* 1999). Le rôle de l'alcool peut également être estimé en considérant la perception

qu'en ont les employeurs, leur opinion de toute évidence pouvant différer de l'expérience qu'en ont les buveurs. Compte tenu de cela, 12% des entreprises en Irlande mentionnent l'alcool comme étant une cause d'absence de courte durée chez les hommes (dont un quart le considère comme la cause principale), alors que 3 % pensent que les femmes présentent le même problème (un tiers le considérant comme la cause principale : IBEC 2004), l'alcool étant considéré comme étant moins lié aux absences de longue durée.

Il a été également démontré que l'alcool était associé au chômage, une forte consommation d'alcool comparée à une faible consommation augmentant les risques d'être sans emploi, et inversement le fait de se retrouver sans emploi augmentant les risques de boire de grandes quantités d'alcool (cf. chapitres 3 et 4).

Au total, près de 5 % des hommes et 2 % des femmes qui boivent en UE15 déclarent qu'au cours de l'année passée l'alcool a eu des conséquences négatives sur leur travail ou leurs études (Ramstedt & Hope 2003). Ce problème touche 3 % ou moins d'hommes en Suède et en France contre plus de 9 % au Royaume-Uni et en Irlande (avec les mêmes tendances chez les femmes). En Irlande (aucune donnée n'ayant été rapportée pour les autres pays), ce problème a tendance à être plus

fréquent chez les jeunes que chez les autres groupes d'âge, en particulier chez les jeunes femmes (10 % âgées entre 18 et 29 ans par rapport à 1% entre 30 et 49 ans).

Compte tenu du manque d'informations dans ce domaine, des recherches complémentaires sont nécessaires pour comparer l'impact de l'alcool sur le travail dans différents pays de l'UE (tout comme pour la criminalité mentionnée précédemment dans ce chapitre). Ceci dit, après avoir examiné les études réalisées au niveau pays décrites au chapitre 3, nous pouvons dire que la consommation d'alcool a causé à l'UE en 2003 une perte de productivité potentielle estimée entre 9 et 19 milliards d'euros due à l'absentéisme, et entre 6 et 23 milliards d'euros de plus due au chômage. Comme précisé à plusieurs reprises dans ce chapitre, ces chiffres non seulement donnent une idée de l'ampleur des méfaits de l'alcool en Europe, mais aussi, nous l'espérons, encourageront également à entreprendre d'autres recherches comme suggéré au chapitre 10.

Nuisance et harcèlement

En ce qui concerne l'ampleur des nuisances et du harcèlement liés à l'alcool, seules des informations relatives aux pays nordiques sont disponibles, qui ne sont guère susceptibles d'être représentatives de l'ensemble de l'UE. Cependant, cette étude semble indiquer que la nuisance et le harcèlement comptent parmi les conséquences négatives qui touchent le plus grand nombre de personnes. Environ une personne sur cinq dans les pays nordiques n'a pas pu dormir la nuit à cause du bruit fait par des personnes ivres (la moyenne au niveau national pour quatre pays se situant entre 16 et 22 % chez les hommes et entre 22 et 24 % chez les femmes). Un nombre pratiquement similaire de personnes ont été harcelées dans un lieu public par des personnes ivres (entre 12 et 26 % d'hommes, entre 14 et 25 % de femmes) alors qu'environ 10% des hommes interrogés (entre 8 et 12 %) et 20 % des femmes (entre 15 et 25 %) ont été effrayés par des personnes ivres dans la rue (Mäkelä *et al.* 1999; Rossow & Hauge 2004). Parallèlement aux gros problèmes que les buveurs rencontrent dus à leur propre consommation d'alcool (ex. conséquences négatives sur le travail), ces perturbations infligées par les buveurs aux autres personnes ont tendance à mettre en cause les jeunes plutôt que les autres groupes d'âge, pour les deux sexes (Mäkelä *et al.* 1999; Rossow & Hauge 2004).

ALCOOL ET PROBLEMES DE SANTE

Une étude mondiale des effets nocifs de l'alcool sur la santé réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé nous permet d'évaluer l'impact global de l'alcool sur la santé publique en Europe (cf. encadré 6.4). Tous les chiffres présentés ici montrent l'impact net de l'alcool comparaison faite à une situation sans alcool, en d'autres termes prenant en compte les bienfaits liés à certains modes de consommation, c'est-à-dire de l'alcool à petite dose sur certaines maladies. Ce qui toutefois soulève un problème, (comme exposé au chapitre 5) le niveau de consommation d'alcool correspondant au risque le plus bas en terme de santé dans la plus grande partie de l'Europe étant supérieur à zéro pour les personnes âgées. En réalité, cela signifie que les résultats présentés ici ne reflètent pas pleinement l'ampleur des dégâts de l'alcool si l'on considère ces méfaits par rapport à une situation à risque moindre.

⁹ Pour de plus amples informations consulter (Rehm *et al.* 2003a; Rehm *et al.* 2003b; Rehm *et al.* 2004). Les codes ICD-10 sont attribués à chaque type de problème de santé ci-après ; pour convertir les codes ICD-9 veuillez utiliser la liste http://www3.who.int/whosis/burden/estimates/GBD_cause_list.pdf

ENCADRE 6.4 – ETUDE DE L'OMS SUR LA CHARGE MONDIALE DE LA MORBIDITE (GBD)

Les chiffres présentés ici sont tous adaptés de l'étude GBD concernant l'impact relatif des différents risques de maladie dans le monde :⁹

- Adaptation des chiffres : les chiffres rapportés suite à l'enquête GBD ont à l'origine été calculés pour les trois sous-régions de l'Europe définies par l'OMS. Nous avons projeté ces chiffres sur l'ensemble de l'UE, calcul basé sur la taille de la population adulte par pays.¹⁰
- Modes de consommation : compte tenu de l'évident impact de chaque mode de consommation (cf. chapitre 5), dans le cadre de l'enquête GBD des efforts ont été faits pour considérer les effets liés à la quantité d'alcool bu et au mode de consommation :
 - Un essai de récapituler de façon approximative les modes de consommation (parfois uniquement sur la base d'opinions d'experts) a été fait, attribuant à chaque pays une note entre 1 (le moins nocif) à 4 (le plus nocif).
 - Dans ces modes de consommation étaient compris des informations concernant l'abstinence, les occasions de boire de grandes quantités d'alcool, la consommation d'alcool aux repas et dans des établissements publics.
 - Une technique utilisant des modèles multiniveaux a été utilisée pour déterminer l'impact de la quantité d'alcool pour chaque mode de consommation, uniquement lorsque ces derniers semblaient avoir une incidence considérable (maladies cardiaques et blessures).
- UE10 et UE15 : bien que des notes entre 1 et 3 aient été attribuées dans ces deux régions de l'Europe, l'UE10 pour un grand nombre de pays est évaluée à 3, et l'UE15 à 1. Selon les chiffres obtenus, les modes de consommation d'alcool les plus nocifs au sein de l'UE10 ont le plus d'effets nocifs sur la santé, ce qui explique les différences dans les figures 6.1 et 6.2 ci-après.¹¹

¹⁰ En ce qui concerne deux éléments (blessures intentionnelles et non intentionnelles), les chiffres obtenus en utilisant le mode de calcul indiqué dans l'encadré 6.4 ont été ventilés en deux (homicides et suicides pour les blessures intentionnelles, accidents de la route et autres accidents pour les blessures non intentionnelles). Chiffres obtenus à partir des AAF (Alcohol Attributable Fractions - portions attribuables à l'alcool) rapportés par âge par l'enquête GBD pour le nombre de décès extraits de la banque de données de la Santé pour tous de l'OMS (chiffres ajustés de façon à obtenir les mêmes totaux que ceux obtenus avec le mode de calcul plus généralement utilisé). Des méthodes analogues ont été utilisées en ce qui concerne les cancers (cancer du sein) et les affections gastro-intestinales (cirrhose) à partir des AAF appliqués à la mortalité et la morbidité rapportées par ailleurs dans le cadre du projet GBD, et pour les chiffres concernant les autres pathologies (autres cancers et diabète de type 2) à partir des chiffres restants.

¹¹ Plus précisément, le mode de consommation moyen pour la région EURO-A était de 1,34, et respectivement de 2,93 et 3,62 pour les régions EURO-B et EURO-C. Les chiffres consolidés pour l'UE10 et l'UE15 sont différents car tous les pays de l'UE15 sont compris dans la sous-région EURO-A, alors que les pays de l'UE10 sont répartis entre les régions EURO-A (Chypre, Malte, Slovaquie), EURO-B (Pologne, Slovaquie) et EURO-C (Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie). Les chiffres pondérés concernant les tendances au niveau population calculés séparément sont de 1,27 pour l'UE15 et de 2,80 pour l'UE10.

PROBLEMES METHODOLOGIQUES

Les résultats sont étroitement liés aux risques estimés de troubles cardiaques

Une récente étude indique que lorsque des changements dans la quantité d'alcool consommée sont pris en compte, bien qu'on obtienne quand même une courbe en J les taux de risques concernant les maladies cardiaques et le taux global de mortalité changent considérablement (Emberson *et al.* 2005; cf. figure 4.9 au chapitre 4). Dans l'ensemble, l'étude indique un taux de mortalité plus bas de façon générale chez les buveurs (par rapport aux non buveurs) calculé suivant une méthode conventionnelle, par contre un taux de mortalité *accru* en basant le calcul sur une seule mesure de la quantité moyenne d'alcool consommée (risque de décès toutes causes confondues calculé suivant une méthode conventionnelle chiffré à 0,86 par rapport aux non buveurs, mais après correction chiffré à 1,11 ; calcul effectué par les auteurs à partir des résultats publiés).

Les résultats risquent d'être inexacts en ce qui concerne les personnes âgées

Les risques de cardiopathies coronariennes liées à l'alcool diminuent avec l'âge (Abrams *et al.* 1995), bien que dans la plupart des estimations concernant les méfaits de l'alcool, le présent rapport y compris, les mêmes risques relatifs sont considérés pour tous les groupes âges (cf. chapitre 5). Ce qui mène à une surestimation des décès causés et évités par l'alcool dans les groupes d'âge avancé, et plus particulièrement en ce qui concerne l'action cardioprotectrice de l'alcool ayant évité des décès donnant des chiffres qui, obtenus avec les méthodes actuelles, dépassent pratiquement sans aucun doute fortement la réalité. Il est probable qu'en grande partie les bienfaits de l'alcool seraient fortement réduits si l'on prenait en compte les risques relatifs estimés concernant les personnes âgées (Rehm *et al.* 2005). En outre, il peut y avoir des inexactitudes dans les données figurant sur les certificats de décès concernant les personnes âgées, avec une forte proportion mentionnant des troubles cardio-ischémiques en tant que cause de décès (cf. chapitre 5).

Un effet bénéfique net n'est constaté qu'au niveau de la mortalité chez les personnes âgées

L'impact net de l'alcool sur la mortalité varie grandement selon l'âge, variation qui suit les affections dont les personnes meurent et qui sont différentes selon l'âge (cf. chapitre 5) (Britton & McPherson 2001; McPherson 2004). La consommation d'alcool a des effets nocifs sur la santé de façon générale chez les jeunes et les personnes d'une cinquantaine d'année, mais qui peuvent être voilés par les bienfaits minime qu'elle apporte aux personnes plus âgées compte tenu du plus grand nombre de décès à cette période de la vie (White, Altmann, & Nanchahal 2004; Connor *et al.* 2005). Ce qu'on retrouve dans la figure 6.1, qui montre la part des décès imputables à l'alcool chez les citoyens de l'UE de moins de 70 ans. Parmi les décès de personnes âgées entre 60 et 69 ans, 5% des 449 000 décès pour les hommes et 1% des 247 000 pour les femmes sont dus à l'alcool. Ce qui signifie qu'en UE le chiffre *net* des décès causés par l'alcool chez des personnes de moins de 70 ans se monte à 115 000.¹²

12

Calcul effectué à partir de la publication Rehm 2005 illustrée en figure 6.1 et utilisant pour les résultats principaux le même modèle d'analyse démographique décrit dans l'encadré 6.4.

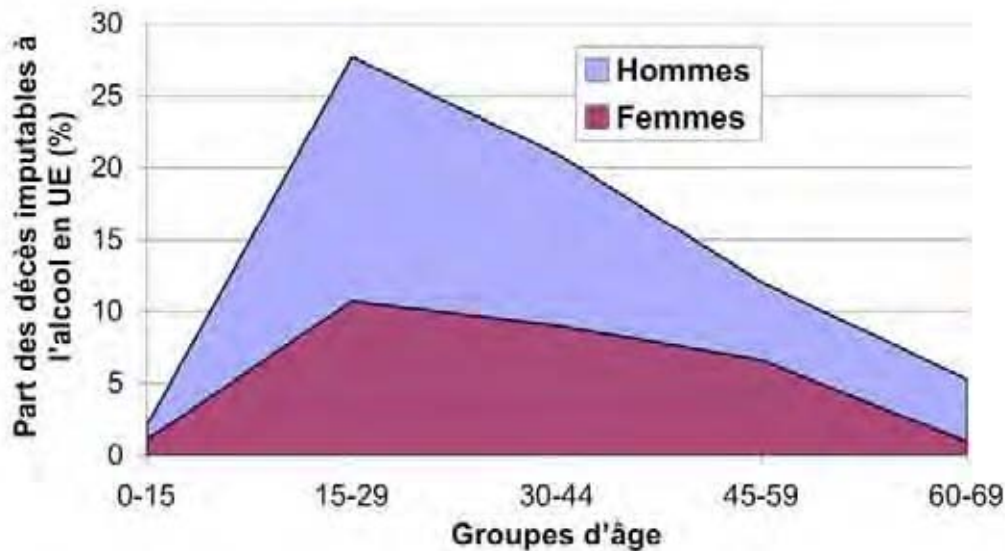


Figure 6.1 Part des décès imputables à l'alcool chez les citoyens de l'UE de moins de 70 ans (année 2000). Source : enquête GBD (Rehm 2005).

Une autre façon d'évaluer cet impact est de considérer le nombre d'années potentielles de vie perdues à cause de l'alcool. Si l'on ne tient pas compte des problèmes méthodologiques expliqués précédemment, des données récentes issues du Canada montrent que les bienfaits de l'alcool concernent uniquement le groupe d'âge des 80 ans et plus. Cf. figure 6.2.

Le nombre de décès causés par un taux de consommation d'alcool au-delà du niveau de risque le plus bas est bien supérieur au nombre "global" des décès

Les chiffres de la mortalité due à l'alcool dépendent grandement de la situation prise en comparaison. En d'autres termes, s'ils sont comparés à une situation sans alcool ou à un niveau de consommation associé au risque le plus bas de décès. Ce que démontre l'analyse détaillée faite au Royaume-Uni (White, Altmann, & Nanchahal 2004), et qui révèle un impact net de la consommation d'alcool chez les femmes de seulement 166 décès, mais aussi qu'une quantité d'alcool au-dessus du niveau de consommation associé au risque le plus bas (entre 0 et 24 g/jour selon l'âge) a causé plus de 3 500 morts. Chiffre qui se situait à plus de 85 % du nombre total de décès avant prise en compte de l'action cardioprotectrice de l'alcool, et qui pourrait suggérer que le nombre de décès en UE pour les taux de consommation au-dessus du niveau de risque le plus bas se situerait plus près du chiffre brut (cf. ci-dessous) que du chiffre net.

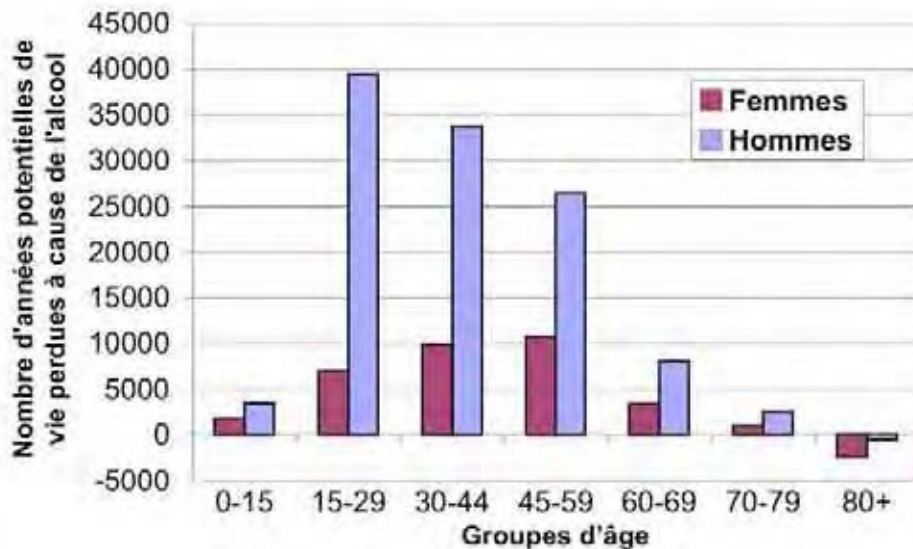


Figure 6.2 Nombre d'années potentielles de vie perdues à cause de l'alcool au Canada (année 2001). Source : Rehm *et al.* (2005).

Décès causés par l'alcool en UE

Dans les 25 pays de l'Union européenne on peut estimer que l'alcool cause près de 195 000 décès chaque année (cf. figure 6.3); si l'on ajoute à cela les études concernant les six autres pays (cf. chapitre 1) ce chiffre se monte à 260 000 décès. Ce qui correspond à 6 % du nombre global des décès chez les hommes contre 2,5 % chez les femmes.

Parallèlement, sans prendre en compte tous les facteurs évoqués précédemment, le nombre de décès retardés en Europe (en particulier chez les femmes) est estimé à 160.000, comparaison faite avec une situation sans alcool. Comme indiqué précédemment, il convient de faire preuve de prudence en utilisant ces chiffres car ce "sursis" concerne plus les personnes de plus de 70 ans, et encore davantage passé 80 ans, âges pour lesquels il existe des doutes considérables quant à la fiabilité des estimations.

L'impact net estimé de 35 000 décès pour l'UE comprend un fort effet *nocif* chez les hommes (près de 5% du nombre total de décès) et un effet *bénéfique* mais minime chez les femmes (3%). La différence entre hommes et femmes est due aussi bien au fait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes (accentuant l'impact bénéfique potentiel de l'alcool) qu'au mode de consommation, les femmes ayant moins tendance à consommer de l'alcool de façon dangereuse ou nocive, ce qui réduit d'autant les risques de cardiopathie coronarienne.

La charge de morbidité

Une autre façon d'évaluer l'ampleur des effets nocifs de l'alcool sur la santé publique est d'examiner la charge globale des maux et maladies, considération faite des années de vie en bonne santé. L'OMS utilise comme base de calcul les DALYs (années de vie ajustées sur l'incapacité) pour estimer pour chaque facteur de risque le nombre d'années en bonne santé potentielles perdues. Par exemple, une année de vie en bonne santé a une valeur de 1 et l'année de décès 0, une année de vie avec des problèmes de santé ayant un impact considérable sur la qualité de la vie se

situant entre les deux. Les DALYs mesurent l'écart, en terme de santé, entre l'état actuel et l'état de bonne santé potentiel.¹³

Les chiffres ainsi obtenus diffèrent de ceux concernant la mortalité à deux niveaux :

- Premièrement, les maladies qui tuent les personnes jeunes deviennent plus importantes ;
- Deuxièmement, les affections non mortelles comme la dépression, qui toutefois détériorent fortement la qualité de vie, deviennent plus importantes.

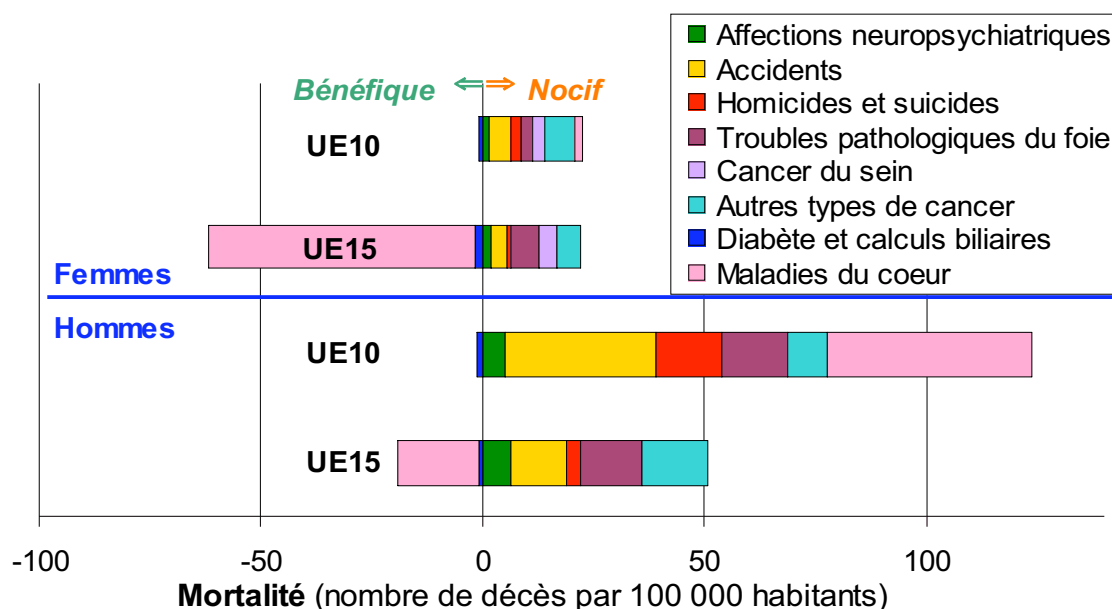


Figure 6.3 Mortalité imputable à l'alcool dans l'Union européenne
Adapté des chiffres rapportés par l'enquête GBD de l'OMS (Rehm et al. 2004)

En outre, de cette façon on réduit le problème de comparaison à une situation sans alcool du tout ou à un niveau de consommation de moindre risque. Si l'on examine l'exemple précédent concernant le Royaume-Uni, l'alcool tous taux de consommation confondus cause chaque année la perte de 23 000 années chez les femmes (6% au total), alors qu'une quantité d'alcool supérieure au niveau de consommation de moindre risque n'augmente ce chiffre qu'à 25 000 (White, Altmann, & Nanchahal 2004). Alors que cette différence reste considérable, elle s'écarte fortement des chiffres de mortalité en donnant un tout autre ordre de grandeur.

Si l'on utilise ce mode de calcul pour évaluer la perte due aux maladies, la consommation d'alcool est responsable chaque année en UE de la perte de plus de 4,5 millions de DALYs (7,4% de l'ensemble des DALYs ; cf. figure 6.4). Là encore, les hommes sont les plus touchés, l'alcool étant impliqué chez 12% des hommes

¹³ Il convient toutefois de noter que les DALYs ne peuvent pas être considérés comme l'indicateur de l'espérance de vie qui a été adopté dans le cadre du projet ECHI (European Community Health Indicators - Indicateurs de santé publique) de la Communauté européenne. Bien que fortement similaires, l'espérance de vie en bonne santé (Healthy Life Years) a été choisie compte tenu de son orientation positive (accordant de la valeur à la santé plutôt qu'à l'incapacité) et parce qu'elle communique mieux. Consulter http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/implement/wp/indicators/docs/ev_20050125_rd01_en.pdf

malades ou morts prématurément, avec un chiffre moindre mais toutefois non négligeable pour les femmes soit 2% des malades ou mortes prématurément. Les troubles neuropsychiatriques et les accidents liés à l'alcool constituent la plus lourde part de la charge de morbidité.

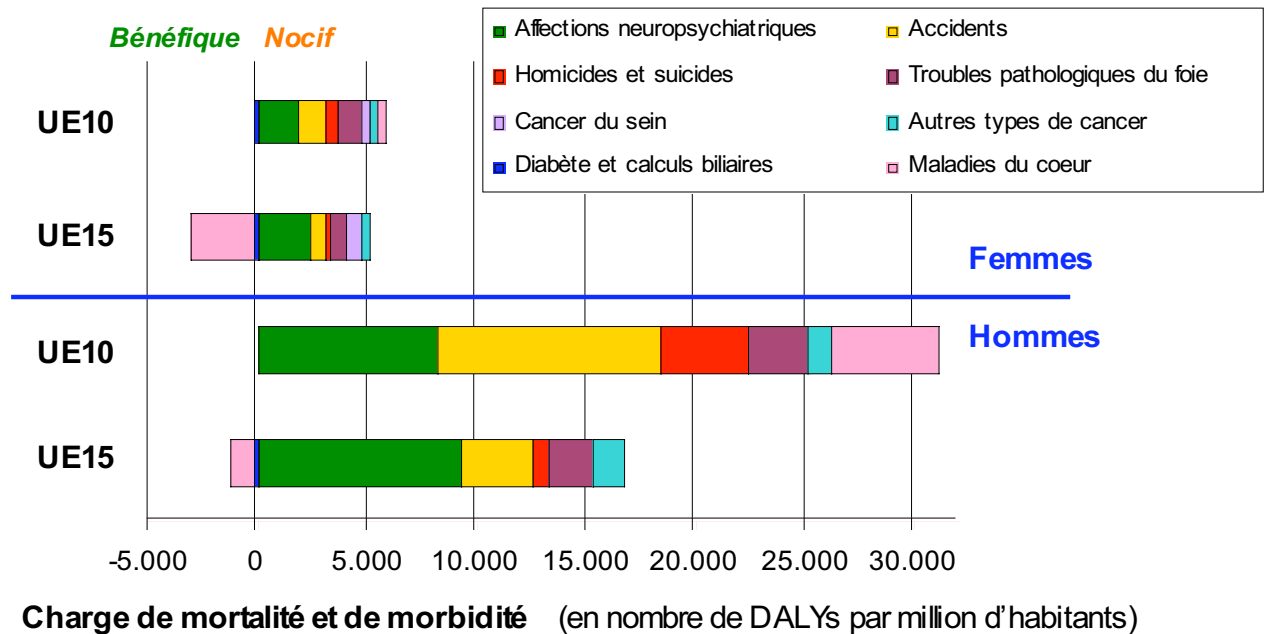


Figure 6.4 Charge de mortalité et de morbidité imputable à l'alcool dans l'Union européenne
Adapté des chiffres rapportés par l'enquête GBD de l'OMS (Rehm et al. 2004)

Ce qui classe l'alcool au troisième rang en tant que facteur de risque de décès et d'incapacité au sein de l'Union européenne, c'est-à-dire devant les problèmes de surpoids et d'obésité et pesant pratiquement quatre fois plus lourd que les stupéfiants (cf. figure 6.5). Seuls l'hypertension et le tabac causent plus de décès.

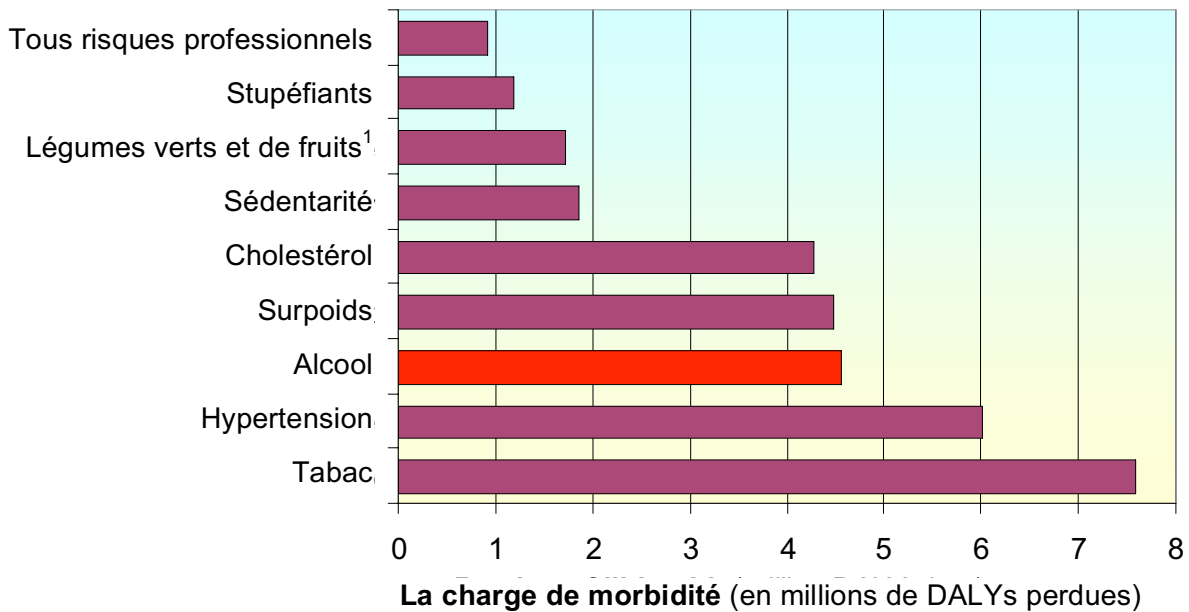


Figure 6.5 Les 9 plus gros facteurs de risque de maladie au sein de l'Union européenne.

Adapté des chiffres rapportés par l'enquête GBD de l'OMS (Rehm et al. 2004)
¹ Consommation insuffisante de légumes verts et de fruits

Blessures intentionnelles : homicides et suicides ¹⁴

Chaque année, plus de 2 000 **homicides** sont attribuables à la consommation d'alcool. Ce qui peut sembler une petite proportion si l'on considère l'ensemble des méfaits de l'alcool, mais qui représente 4 homicides sur 10 au sein de l'Union européenne. En UE15 cela reflète le poids des homicides de façon générale, mais en UE10 l'impact de l'alcool est plus lourd chez les hommes (environ la moitié des meurtres). L'alcool mis à part, le taux d'homicides est de façon générale plus élevé en UE10 qu'en UE15 (en particulier dans tous les pays baltes), il convient toutefois de remarquer qu'il y a un chevauchement important entre les pays au sein de ces deux groupes.

Si l'on considère ce type de crime (comme pour les autres crimes ci-dessus), des études en Finlande, France (1973), Allemagne, Norvège, Pologne, Suède, Royaume-Uni indiquent qu'entre 40 et 70 % des homicides sont liés d'une façon ou d'une autre à l'alcool (cf. note en bas de page concernant les sources pour tableau 6.1). Une façon plus objective d'examiner cette situation est de considérer les résultats des analyses des tendances chronologiques faites dans 13 des pays de l'UE15 et en Norvège dans le cadre du projet ECAS (Rossow 2001 ; cf. ci-après). Bien que l'effet par litre est plus important en Europe du Nord, les niveaux de consommation plus élevés en Europe du Sud signifient que le chiffre global estimé

¹⁴ Contrairement aux autres catégories santé décrites dans ce chapitre, il existe deux estimations concernant les décès dus aux homicides et suicides : (i) utilisant le mode de calcul décrit en encadré 6.5 (c'est-à-dire des résultats globaux à l'échelle démographique) à partir des codes ICD-10 X60-Y09, Y35-Y36, Y87.0, Y87.1, ou (ii) cumulant décès résultant d'homicides (ICD-10 X85-Y09) et de suicides (ICD-10 X60-X84) pour chaque pays avec par âge et sexe la part imputable à l'alcool présentée dans l'enquête GBD. La seconde méthode est vraisemblablement plus précise, étant par pays et plus détaillée, elle ne permet toutefois pas de comparaison avec les autres chiffres de mortalité rapportés dans ce chapitre. Ce qui explique que le nombre de décès présentés dans ce chapitre sous la rubrique "Blessures intentionnelles" est légèrement plus bas que les chiffres présentés sous la rubrique "Mortalité" (figure 6.2 y compris).

des homicides imputables à l'alcool est similaire pour l'Europe du Nord et du Sud (cf. figure 6.6). En réalité, pour l'ensemble des homicides la part estimée due à l'alcool est légèrement plus lourde en Europe du Sud (61% de tous les homicides) qu'en Europe du Nord (50% d'un taux d'homicide plus élevé ; cf. également l'analyse plus approfondie sous la rubrique "criminalité" au début de ce chapitre).

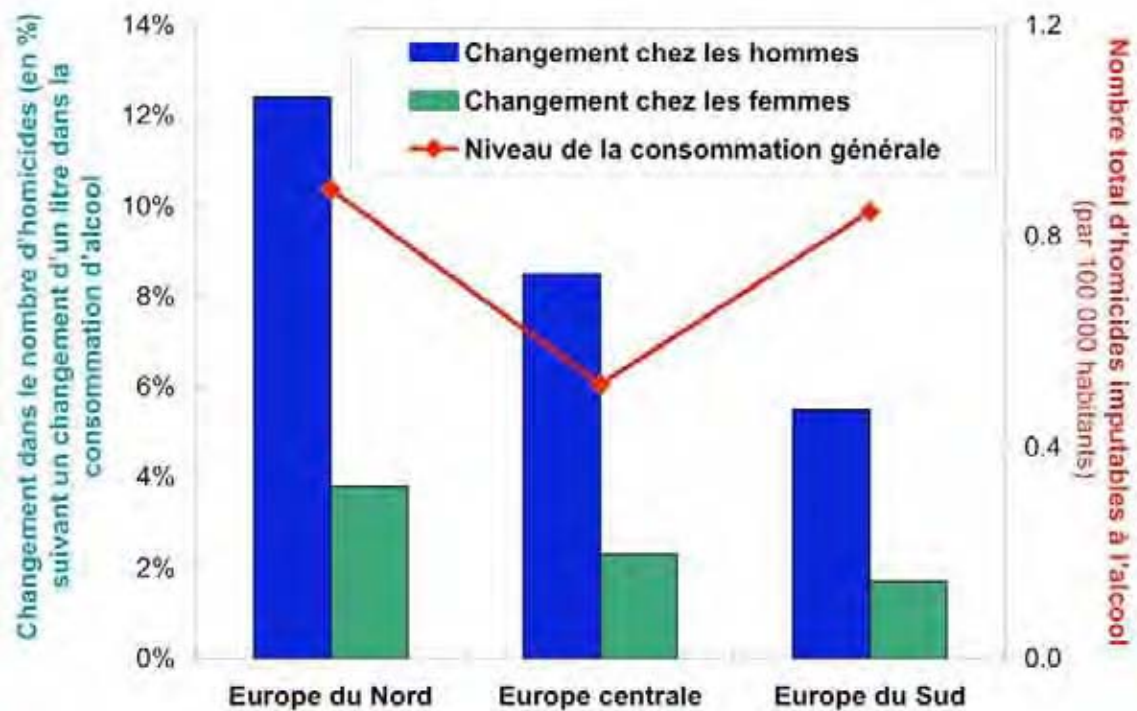


Figure 6.6 Homicides vs. alcool en Europe du Nord, centrale et du Sud.
Source : Rossow 2001

Les décès par **suicide** représentent entre 7 et 8 % du nombre total de décès dus à l'alcool, et touchent plus d'hommes. Ces 10 000 décès équivalent à plus d'un suicide sur six et presque un sur quatre en UE10. Les suicides chez les hommes sont plus fréquents en UE10 de la même façon que la plupart des autres affections liées à l'alcool (bien que la Bulgarie et la Roumanie, pays candidats à l'entrée dans l'Union européenne, enregistrent des taux relativement bas). L'Europe du Sud enregistre certains des taux de suicide les plus bas en Europe, bien que le pays avec le taux le plus bas, à savoir la Grèce où le suicide est quinze fois moins fréquent qu'en Lituanie, a un plus grand nombre de décès de cause indéterminée, ce qui fait penser que les différentes pratiques concernant l'enregistrement des causes de décès sur les certificats peuvent également créer des distorsions. Toutefois, ces données viennent confirmer les rapports d'enquêtes faites précédemment au niveau pays et qui indiquent que l'alcool a un impact plus fort en terme de suicides dans les pays nordiques qu'en France, au Portugal ou en Hongrie (Rossow, Pernanen, & Rehm 2001) ou de façon plus générale qu'en Europe du Sud et centrale (Norström *et al.* 2001).

On ne dispose de chiffres globaux de morbidité pour les blessures intentionnelles. Ils confirment toutefois l'incidence des meurtres, agressions, suicides et tentatives de suicide qui viennent fortement alourdir la charge de morbidité en Europe. Bien que pesant moins lourd que les décès, les blessures intentionnelles attribuées à l'alcool ont néanmoins réduit la santé publique en UE de 350 000 DALYs, et sont deux fois plus importantes en UE10 qu'en UE15.

Blessures non intentionnelles liées ou non à l'alcool au volant ¹⁵

Selon les meilleures estimations faites dans le cadre du projet GBD, plus d'un **accident mortel sur la route** sur trois est dû à l'alcool. Le nombre de morts dus à l'alcool au volant n'est pas également réparti entre hommes et femmes, le nombre de victimes étant respectivement de 15 000 hommes et 2 000 femmes. Il a également été estimé qu'entre 2 et 3 % des déplacements au sein de l'UE15 se font sous l'influence de l'alcool (ETSC 2003 - Conseil européen pour la sécurité des transports), les enquêtes réalisées indiquant invariablement la lourde contribution de l'alcool dans les accidents graves. Par exemple, les accidents imputables à l'alcool en 1999 comptaient pour 11 % des accidents de la route en Lettonie, mais plus précisément pour 32 % des accidents graves et 39 % des accidents mortels (Baltic Data House 2001). Si l'on considère uniquement les dégâts matériels, le coût des accidents de la route en UE en 2003 a été estimé à 10 milliards d'euros.

Un grand nombre de preuves indiquent que la charge des accidents mortels sur la route dus à l'alcool varie selon les régions en Europe. Dans l'ensemble, le nombre d'accidents mortels est considérablement plus lourd dans les pays de l'Europe du Sud que dans le reste de l'UE15 et la plupart des pays de l'UE10, un phénomène qui s'est accentué au cours des 30 dernières années. Bien qu'un tiers des Européens déclarent ne jamais prendre le volant après avoir bu, les écarts sont si grands que cette proportion de la population est cinq fois plus élevée chez les Suédois que chez les Italiens (Sartre 1998). Le respect des limites imposées par la loi suit le même schéma, les Européens du sud, par rapport aux autres conducteurs en UE15 et UE10, ayant beaucoup plus tendance à avouer qu'ils enfreignent ces limites (cf. figure 6.7 ; Sardi & Evers 2004). L'écart entre l'UE10 et l'UE15 est aussi beaucoup plus grand qu'avant le milieu des années 1980, le faible taux pour les femmes en UE10 ayant été



Figure 6.7 L'alcool au volant en Europe
Source : Project on Social Attitudes to Road Traffic Risk in Europe (Projet sur les attitudes sociales concernant les risques d'accidents de la route en Europe) (Sardi & Evers 2004). Les résultats pour Chypre (21.8%) sont hors échelle.

¹⁵ ICD-10 V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89 ; morts sur la route correspondant aux codes ICD-9 E810-819, E826-829, E929.0 (la base de données de la Santé pour tous et l'enquête GBD ne précisent pas les codes ICD-10).

remplacé par un taux 50 % plus fort que celui enregistré ces dernières années pour l'UE15.

Les autres causes d'**accidents mortels** en Europe montrent un écart encore plus grand, l'UE10 enregistrant un taux global de mortalité accidentelle, par blessures ou empoisonnement, chute, noyade et autres causes non pathologiques, au moins double de celui de l'UE15. A remarquer que l'UE15 enregistre plus d'accidents du travail, et pourtant le taux de mortalité dans ce domaine est plus fort en UE10 (sans compter le Portugal, l'Espagne et l'Italie), ce qui semble indiquer des différences au niveau des rapports d'accidents, de la réglementation du travail en termes de santé et de sécurité ou de la gravité des accidents en UE. De la même manière, si l'on interroge des élèves au sujet des accidents dus à l'alcool, un plus grand nombre en UE15 qu'en UE10 déclarent avoir été blessés ou avoir dû se rendre à l'hôpital parce qu'ils avaient bu, bien que les chiffres les plus forts furent enregistrés pour le Royaume-Uni et l'Irlande (Hibell *et al.* 2004).

Le coût de l'alcool en nombre de vies perdues est encore plus fort concernant les "autres accidents" que pour les accidents de la route, avec 27 000 morts. Ces deux types d'accidents cumulés se chiffrent à 1,1 million de DALYs, les hommes comptant pour la majorité des victimes, un quart de la charge de morbidité et d'incapacité imputables à l'alcool chez les hommes.¹⁶

Troubles neuropsychiatriques¹⁷

Parmi les affections neuropsychiatriques figurent la dépression et l'épilepsie, ainsi que d'autres troubles directement liés à l'alcool comme les psychoses alcooliques et l'alcoolodépendance. Ces affections seules comptent pour une part énorme dans les maladies en Europe, soit 4 % de l'ensemble de la charge de mortalité et de morbidité en Europe. Ce qui signifie également que ce type d'affection représente le plus gros facteur de morbidité imputable à l'alcool, avec un coût évalué à 2,5 millions de DALYs soit plus de 45 % de la charge totale de morbidité attribuable à l'alcool. Au bas mot, la dépression compte pour 150 000 DALYs, équivalent chaque année en Europe à plus de 200 000 grosses crises de dépression.¹⁸ Compte tenu que la plupart des troubles neuropsychiatriques détériorent la santé plutôt qu'ils ne tuent, il n'est guère surprenant de constater qu'ils entraînent "seulement" 17 000 morts (une part beaucoup plus petite que pour la morbidité).

Les affections neuropsychiatriques constituent également un des rares domaines qui touchent beaucoup plus l'UE15 que l'UE10. Les troubles mentaux et du comportement depuis le milieu des années 1990 enregistrent un recul en UE10 et une hausse en UE15, atteignant un niveau en 2001 où le taux de mortalité normalisé en UE15 par rapport à l'UE10 était le double chez les hommes et 7 fois plus grand chez les femmes. À remarquer le changement concernant les décès chez les hommes dus aux psychoses alcooliques et à l'alcoolodépendance (codes ICD-9 291 et 303; code ICD-10 F10), qui sont maintenant répartis de façon plus égale dans toute l'Europe, après les "pics" que les pays baltes et la Hongrie ont enregistrés au milieu des années 1990.

¹⁶ Pour être plus précis, la part spécifique à certaines affections dans la charge de morbidité et d'incapacité (et de mortalité) est exprimée en pourcentage de l'impact négatif (brut).

¹⁷ ICD-10 F01-F99, G06-G98.

¹⁸ Estimation obtenue en combinant la part imputable à l'alcool indiquée par la GBD concernant la dépression et les chiffres de la base de données européenne de la Santé pour tous concernant le nombre de crises de dépression par an dans les pays de l'UE.

Troubles gastro-intestinaux ¹⁹

La cirrhose du foie est un des méfaits de l'alcool les plus connus, et est souvent utilisée comme indicateur général des effets nocifs de l'alcool. La cirrhose alcoolique dans l'ensemble de l'UE fait plus de 45 000 victimes, soit près de deux tiers de l'ensemble des décès dus à la cirrhose et un quart du nombre global de décès imputables à l'alcool. La cirrhose pèse plus lourd en terme de mortalité que de morbidité, le grand nombre de décès qu'elle cause équivalant seulement à 75 000 DALYs, ce qui s'explique par le fait que la cirrhose a tendance à se manifester tardivement. Aussi bien en termes de décès que de DALYs, on compte deux fois plus de victimes chez les hommes que chez les femmes, écart probablement dû en grande partie aux différences dans le mode de consommation (cf. chapitre 4).

Si l'on considère plus généralement les taux de cirrhose, il convient de noter que les chiffres ont tendance à converger au sein de l'UE15.²⁰ La principale cause étant le recul relatif des décès dans les pays d'Europe du Sud, qui est passé de six fois plus (entre 1950 et 1980) à moins du double (en 2001) de celui (qui a augmenté) des pays d'Europe du Nord.²¹ Cette évolution peut s'expliquer par des changements dans la consommation d'alcool dans les pays d'Europe du Sud (cf. figure 6.8), où l'on a constaté une forte baisse de la consommation parallèlement à une baisse du nombre de cirrhoses (cf. également chapitre 4). Ce que vient confirmer une

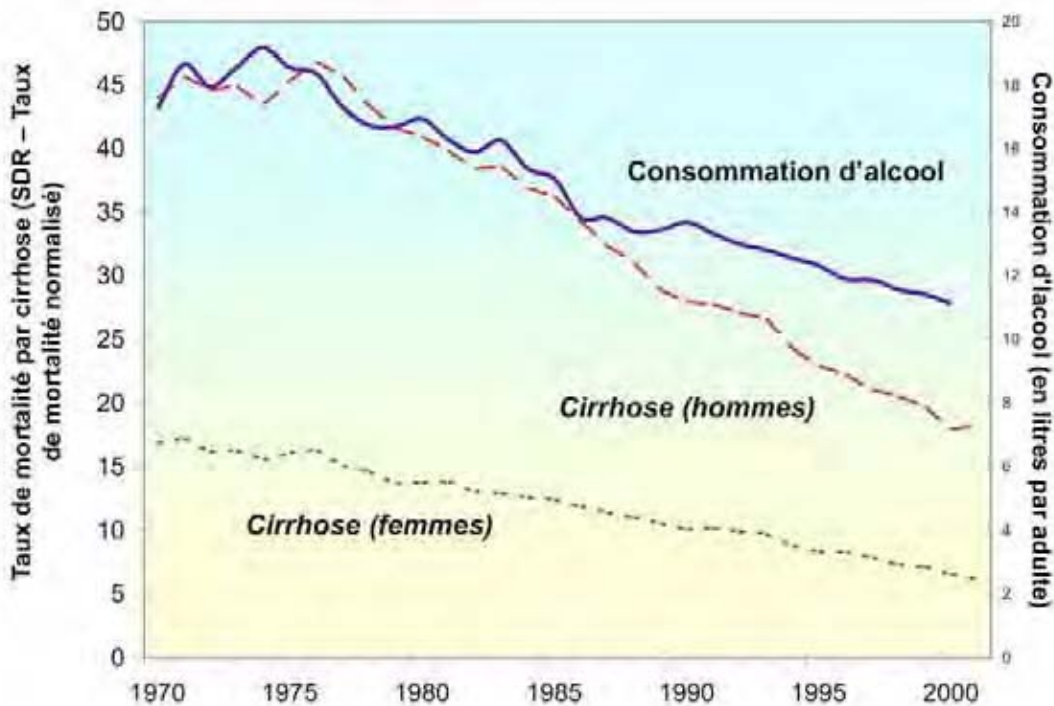


Figure 6.8 – Consommation d'alcool et taux de mortalité par cirrhose du foie en Europe du Sud. **Source:** moyenne non pondérée pour la France, l'Italie, la Grèce, l'Espagne et le Portugal, extraite de la base de données européenne de la Santé pour tous.

¹⁹ ICD-10 K20-92.

²⁰ Convergence mesurée avec le coefficient de variation (cf. chapitre 4). Historique de la mortalité établi à partir de la base de données de la Santé pour tous de l'OMS (<http://www.euro.who.int/hfadb>).

²¹ Analyse pour les années 1950 issue de l'étude comparative européenne sur l'alcool ECAS (Ramstedt 2001a) ; la comparaison avec 2001 résulte de l'analyse des auteurs à partir de chiffres extraits de la base de données de la Santé pour tous.

comparaison faite entre 15 pays européens, montrant que ceux à forte consommation d'alcool par habitant enregistrent généralement un taux élevé de mortalité par cirrhose (Ramstedt 1999; Ramstedt 2002).

Le nombre de cirrhoses au sein de l'UE10 a également légèrement convergé, mais bien que certains pays enregistrent des chiffres similaires à ceux de l'UE15 d'autres, comme la Roumanie et la Hongrie, ont des chiffres beaucoup plus élevés. Les taux extrêmement élevés en Hongrie, Slovaquie et Roumanie n'ont pas encore été totalement expliqués, bien que de récentes études suggèrent que les composants hépatotoxiques des alcools fabriqués illégalement pourraient en partie être en cause (Szücs *et al.* 2005) (cf. chapitre 5) ; il ne fait aucun doute que dans tous ces pays une forte quantité de l'alcool consommé n'est pas enregistrée (cf. chapitre 4).

Affections métaboliques et endocriniennes ²²

L'enquête GBD a pris en compte l'action protectrice de l'alcool contre le diabète de type 2 dans la sous-région EURO-A (les données factuelles étant insuffisantes pour l'étendre aux autres régions ; cf. également chapitre 5). Il est estimé que l'effet réducteur de risque de l'alcool "économise" presque 6 000 morts et 50 000 DALYs par an.

Cancer ²³

L'alcool, en tant qu'agent modificateur, constitue un important facteur de risque de cancer (Danaei *et al.* 2005), et bien que ce sujet ne nourrisse pas de façon constante les débats publics concernant les risques liés à la consommation d'alcool, les décès dus au cancer qui se chiffrent à plus de 50 000 constituent la cause la plus importante de mortalité imputable à l'alcool. Contrairement à la plupart des autres méfaits de l'alcool, ces risques touchent en particulier les femmes avec 11 000 décès par an en Europe de suites du cancer du sein lié à l'alcool. Les cancers imputables à l'alcool ont un impact négatif plus fort en terme de mortalité que de morbidité, qui s'explique à la fois par des décès intervenant à un âge relativement plus avancé (et donc un nombre moindre d'années de vie perdues) et par le caractère mortel relativement plus grave de ce type de pathologie.

Dysfonctionnement du système reproducteur ²⁴

Bien qu'il ait été établi que de nombreux troubles du système reproducteur sont liés à l'alcool (cf. chapitre 5), l'étude GBD ne donne que des chiffres concernant le poids inférieur à la normale à la naissance. Ceci dit, entre 1 et 2 % des enfants nés avec un poids inférieur à la normale sont victimes de l'alcool, ce qui équivaut à 5 000 DALYs, l'UE10 comptant pour près de la moitié de ce chiffre. En se basant sur les données européennes concernant le nombre de naissances avec un poids inférieur à la normale, on peut estimer que l'alcool est responsable de 60 000 naissances de ce type par an en UE.

Maladies cardiovasculaires ²⁵

L'alcool, selon la quantité consommée et le mode de consommation, a des effets nocifs et bénéfiques sur la sphère cardiaque (cf. chapitre 5). L'Union européenne est un exemple typique concernant ce caractère ambigu de l'alcool, avec des chiffres

²² ICD-10 E10-E14.

²³ ICD-10 C00-C97.

²⁴ ICD-10 P00-P96 ; nombre de naissances avec un poids inférieur à la normale (soit inférieur à 2,5 kg dans le cadre de l'étude GBD) et nombre total de naissances extrait de la base de données de la Santé pour tous de l'OMS.

²⁵ ICD-10 I00-I09. Remarque : le taux estimé de mortalité en dehors de l'Europe de l'Ouest a été obtenu en utilisant un mode de calcul différent à partir d'autres hypothèses (cf. Rehm *et al.* 2004 pour de plus amples informations).

nets de 150 000 décès retardés en UE15 et 17 000 décès causés en UE10 (si l'on répartit les pays de l'UE en régions où l'alcool a un impact positif ou négatif sur la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires, les chiffres bruts sont alors respectivement de 155 000 décès retardés contre 22 000 décès causés). Bien que l'action cardioprotectrice de l'alcool ait été formellement démontrée, son ampleur dans ces estimations peut avoir été considérablement surestimée (cf. chapitre 5 et analyse faite précédemment dans le présent chapitre) ; il convient donc de faire preuve de prudence en interprétant ces chiffres.

La situation en Europe contraste vivement avec les estimations pour le reste du monde, l'alcool causant au niveau mondial plus de 250 000 décès rien que sous forme de troubles cardiovasculaires. A noter toutefois que certaines tendances mondiales se retrouvent en Europe, à savoir les effets positifs de l'alcool en termes de santé et de mortalité sont plus marqués chez les femmes que chez les hommes.

Mortalité directement imputable à l'alcool

L'étude GBD mise à part, il est possible d'observer les fluctuations concernant les méfaits imputables à l'alcool au travers des maux et maladies classés comme étant liés à l'alcool (ex. rapports par pays - OMS 2004). Cet examen a été fait en détail pour l'UE15 pour la seconde moitié du XX^e siècle, observation faite des similarités culturelles et géographiques (référence étant faite ici à l'Europe du Sud, du Nord et centrale) avec mesure de la mortalité faite en cumulant plusieurs codes ICD codes (AAA).²⁶ Il a été ainsi établi qu'un écart à peu près cinq fois plus grand s'est creusé au cours des 50 dernières années entre les régions d'Europe enregistrant le plus fort taux de mortalité AAA par rapport aux régions avec le taux le plus bas. Le classement des régions durant cette période s'est de plus inversé, ce qui peut paraître surprenant. Entre 1950 et 1965, le taux de mortalité AAA était le plus élevé en Europe du Sud et le plus faible en Europe du Nord, pour les deux sexes, alors qu'en 1995 c'était totalement le contraire. Ce phénomène est dû à la fois au recul du taux de mortalité en Europe du Sud et à l'augmentation du taux de mortalité dans la plupart des pays d'Europe du Nord, bien que la Suède ait atteint son chiffre maximum au début des années 1980. Les taux de mortalité ont également augmenté dans la plupart des pays d'Europe centrale, à l'exception de l'Autriche et de la Belgique qui plus récemment ont enregistré une baisse.

Comme examiné au chapitre 5, ces chiffres sont fortement influencés par les codifications qui varient selon les pays, ce qui rend toute comparaison chronologique et géographique difficile. Dans le cas présent, à première vue il n'existe aucune corrélation entre consommation moyenne d'alcool par adulte et nombre de décès de catégorie AAA en UE15, cf. figure 6.9.

²⁶ Mesure faite en associant alcoolisme ou syndrome de dépendance à l'alcool (ICD-9 303), psychose alcoolique (ICD-9 291), empoisonnement par l'alcool (ICD-9 E860), abus d'alcool (ICD-9 305.0), cardiomyopathie alcoolique (ICD-9 425.5), gastrite alcoolique (ICD-9 535.3) et polyneuropathie alcoolique (ICD 357.5; Ramstedt 2001a).

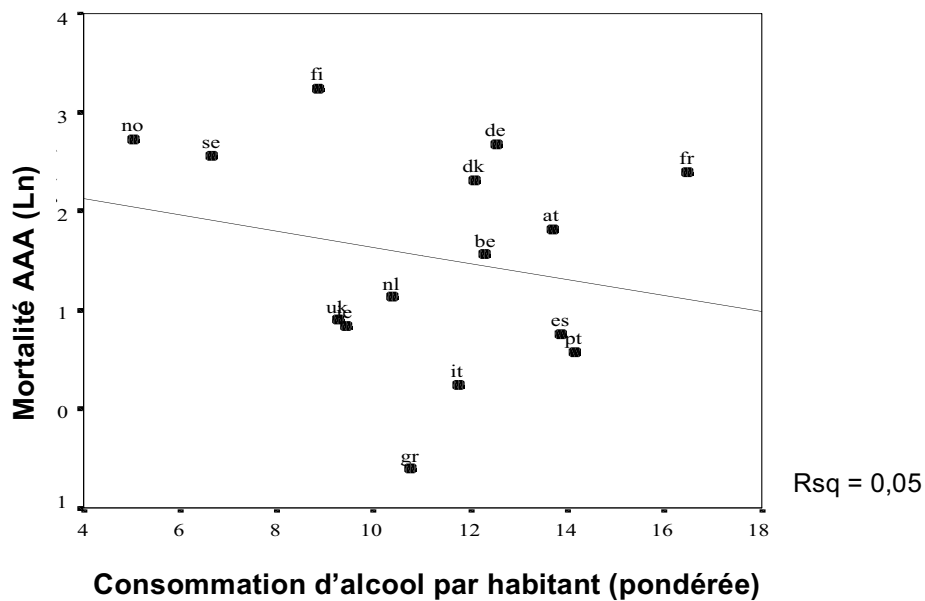


Figure 6.9 Rapport entre quantité d'alcool consommée par habitant et mortalité de catégorie AAA²⁷ Moyenne pour la période 1987-1995. Source : Ramstedt (2001c).

Ce qui pourrait être considéré comme confirmant le scepticisme général concernant l'usage de données "écologiques" pour déterminer les relations de cause à effet (Robinson 1950) ; si un autre facteur lié à la consommation d'alcool et à la mortalité due à l'alcool est omis, l'estimation de l'impact de l'alcool est alors faussée. Cependant si l'on répartit les pays en trois groupes, alors le lien entre taux de consommation et mortalité AAA est fort (Ramstedt 2001c), cf. figure 6.10. Ce qui semble indiquer que les pratiques concernant l'enregistrement des décès sont influencées par des facteurs culturels, et que le taux de consommation est lié à un taux de mortalité AAA au sein d'une même culture.

Un exemple actuel frappant de l'impact de la consommation d'alcool sur la mortalité peut être observé sur les dernières décennies en Angleterre et au Pays de Galles, qui ont enregistré une forte hausse de mortalité directement imputable à l'alcool à la suite d'une forte augmentation de la consommation d'alcool. Une analyse au niveau pays révèle qu'entre 1979 et 2000 où l'alcool est une cause sous-jacente de décès le taux de mortalité a doublé (Baker & Rooney 2003), alors qu'une étude au niveau régional rapporte une augmentation encore plus forte de la mention de l'alcool en tant que cause sur les certificats de décès (Goldacre *et al.* 2004). Ces études nous montrent que les changements dans la consommation d'alcool peuvent agir à la fois à retardement et pratiquement immédiatement sur les maux et méfaits de l'alcool (cf. ci-dessous ; ce qui a été également prédit du point de vue théorique, cf. Rehm & Gmel 2001:948). Ici, on observe la coexistence d'une augmentation du taux de mortalité et d'une période de consommation d'alcool relativement stable (au moins jusqu'à une augmentation dans le milieu des années 1990), toutefois immédiatement suivie d'une période de rapide augmentation de la consommation d'alcool (passée de 6,5 à 10,5 litres par adulte entre 1961 et 1979).

²⁷ Mesure faite en associant alcoolisme ou syndrome de dépendance à l'alcool (ICD-9 303), psychose alcoolique (ICD-9 291), empoisonnement par l'alcool (ICD-9 E860), l'abus d'alcool (ICD-9 305.0), cardiomyopathie alcoolique (ICD-9 425.5), gastrite alcoolique (ICD-9 535.3) et polyneuropathie alcoolique (ICD 357.5; Ramstedt 2001a).

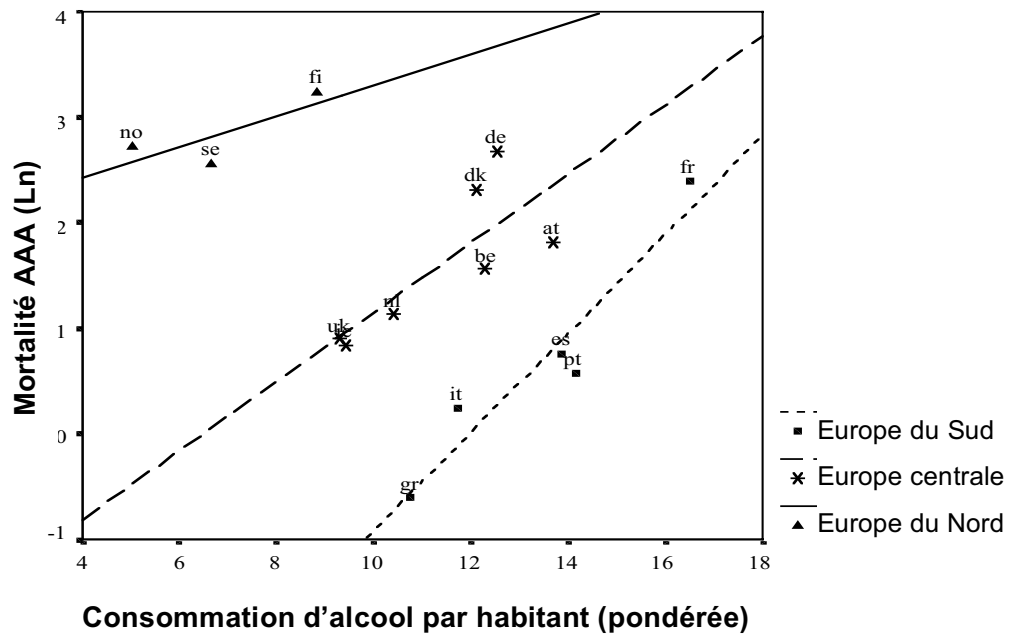


Figure 6.10 Rapport entre consommation d'alcool par habitant et mortalité AAA chez les hommes²⁸ en Europe du Nord, centrale et du Sud. Moyenne pour la période 1987-1995. Source : Ramstedt (2001c).

La charge de la morbidité

Le coût des soins de maladies causées par l'alcool a été estimé à 17 milliards d'euros pour 2003 (2 % du montant total des dépenses de santé pour l'UE). Comparé aux chiffres de la GBD, ce montant prend en compte les bienfaits de l'alcool (bien que calculés suivant une différente méthode plus approximative ; cf. chapitre 3). Somme à laquelle viennent s'ajouter une dépense de 5 milliards d'euros en soins médicaux curatifs et préventifs relatifs à la consommation nocive de l'alcool et l'alcoolodépendance .²⁹

Le coût humain

Un grand nombre de vies sont perdues à cause de l'alcool, qui comme nous l'avons vu dans ce même chapitre peuvent être évaluées en termes de perte de productivité ou en attribuant une valeur à la vie basée sur la volonté des individus à payer pour modifier les risques menaçant leur santé (cf. encadré 3.3 au chapitre 3 concernant l'évaluation de coûts intangibles). Si l'on utilise le premier mode de calcul, la consommation d'alcool en 2003 est estimée avoir coûté à l'UE 36 milliards d'euros en perte de productivité. Toutefois, cette méthode comporte plusieurs inconvénients,

²⁸ Mesure faite en associant alcoolisme ou syndrome de dépendance à l'alcool (ICD-9 303), psychose alcoolique (ICD-9 291), empoisonnement par l'alcool (ICD-9 E860), abus d'alcool (ICD-9 305.0), cardiomyopathie alcoolique (ICD-9 425.5), gastrite alcoolique (ICD-9 535.3) et polyneuropathie alcoolique (ICD 357.5; Ramstedt 2001a).

²⁹ Plusieurs études n'ont pas inclus les coûts de soins de santé curatifs et préventifs, mais on ne peut vraiment dire si cela est dû à une ventilation différente des coûts (où le traitement est compris dans les soins en hôpital psychiatrique) ou à un manque de données. Les études que nous avons examinées évaluent ces coûts médicaux curatifs et préventifs entre 1 et 18 milliards d'euros, ce qui s'explique vraisemblablement par de réelles différences dans les dépenses ainsi que par des inclusions de coûts partielles sous d'autres rubriques coûts et, tout simplement, l'incapacité à estimer certains coûts. C'est pourquoi, il convient d'être prudent en utilisant cette évaluation.

dont un de taille à savoir que la production future n'est pas un moyen adéquat de donner une valeur à la vie (cf. analyse au chapitre 3). Un autre moyen consiste à évaluer le coût intangible de perte de vie sous forme de DALYs, ce qu'a fait la Commission de l'OMS sur l'évaluation Macroéconomie et Santé (trois fois le PIB par habitant par pays) (Eichler *et al.* 2004). Le coût intangible correspondant a été évalué à 260 milliards d'euros pour 2003. Cependant il faut savoir que ce calcul dépend grandement de la valeur unitaire attribuée à une DALY, qui varie fortement d'une étude à l'autre (Eichler *et al.* 2004). On peut également utiliser deux autres chiffres, à savoir la valeur plus basse suggérée dans les décisions de l'organisme britannique National Institute of Clinical Excellence (Raftery 2001), ou encore la valeur plus forte utilisée par le gouvernement britannique pour évaluer les coûts de la criminalité et de la sécurité routière (Carthy *et al.* 1999; Dubourg, Hamed, & Thorns 2005). Si l'on prend ces bases de calcul pour déterminer la perte nette de DALYs ci-dessus, ce coût intangible en UE est estimé entre 145 et 712 milliards d'euros pour 2003.

LE FARDEAU DE L'ALCOOL EN EUROPE

Les méfaits de l'alcool chez les jeunes

La charge de morbidité due à l'alcool est plus lourde chez les jeunes hommes en Europe, avec 13 000 morts chaque année en UE.³⁰ Soit 1 décès sur 4 chez les jeunes hommes, chiffre qui atteint presque 1 sur 3 en UE10. L'alcool fait un peu moins de victimes chez les jeunes femmes, impact qui reste toutefois conséquent avec 2 000 décès soit 11% de la mortalité féminine à cet âge en UE. L'ampleur de ce fléau qui frappe plus les 15-29 ans des deux sexes que tous les autres groupes d'âge est illustrée en figure 6.1.

L'ampleur considérable des méfaits de l'alcool chez les jeunes est due au grand nombre de blessures intentionnelles et non intentionnelles qui sont la première cause de décès pour ce groupe d'âge, alors que les troubles cardiaques sont la principale cause de décès pour les groupes d'âge plus avancé (cf. chapitre 5). Même dans les pays où l'on estime que l'alcool donne plus un sursis qu'il ne cause de décès (comme en Angleterre et au Pays de Galles), la consommation d'alcool est la principale cause de décès chez les jeunes, et a encore des conséquences négatives jusqu'à et légèrement au-delà de la cinquantaine (cf. figure 6.11).

³⁰ Les estimations sont obtenues selon le même mode de calcul que celui utilisé pour les autres statistiques de l'enquête GBD, toutefois les données concernant les jeunes (âgées entre 15 et 29 ans) sont extraites d'un article présenté par Rehm ventilées par âge et un autre article précédent (Rehm & Gmel 2002).

Encadré 6.5 – Le fardeau de l'alcool en Europe

Criminalité	Les coûts de la criminalité imputable à l'alcool supportés par l'Europe au niveau des forces de l'ordre, des tribunaux et des prisons sont estimés à 15 milliards d'euros par an, auxquels s'ajoutent les dépenses de prévention des délits et crimes et les coûts administratifs liés aux assurances estimés à 12 milliards d'euros, et les dégâts matériels évalués à 6 milliards d'euros. La douleur et les souffrances subies par les victimes ont été évaluées entre 9 et 37 milliards d'euros.
Famille	Selon les estimations, entre 5 et 9 millions d'enfants vivent dans un environnement familial perturbé par l'alcool.
Travail	Un examen d'études de coûts au niveau pays a donné une estimation de la perte de productivité due à l'absentéisme et au chômage imputables à l'alcool respectivement entre 9 et 19 milliards d'euros et entre 6 et 23 milliards d'euros.
Blessures intentionnelles	L'alcool cause chaque année 2 000 homicides (4 homicides sur 10) et environ 10 000 suicides (1 suicide sur 6).
Blessures non intentionnelles	Chaque année l'alcool au volant fait 17 000 morts (1 décès sur 3), ainsi que 27 000 morts dans des accidents autres.
Troubles neuropsychiatriques	Près de la moitié des décès prématurés et incapacités en Europe sont dus à des troubles neuropsychiatriques (alcoolodépendance, dépression, épilepsie), coût évalué à 2,5 millions de DALYs. Chaque année ces affections font 17 000 morts.
Troubles gastro-intestinaux, endocriniens et du métabolisme	L'alcool cause chaque année 45 000 décès par cirrhose du foie. D'un autre côté, l'action protectrice de l'alcool concernant le diabète de type 2 "économise" 6 000 décès par an.
Cancer	Le cancer qui constitue la principale cause de décès imputables à l'alcool tue chaque année 50 000 personnes, dont 11 000 femmes.
Maladies cardiovasculaires	Dans l'ensemble de l'UE, on constate un double effet de l'alcool sur la sphère cardiaque, avec des chiffres nets de 150 000 décès par maladie cardiovasculaire retardés en UE15, contre 17 000 décès causés par des maladies cardiovasculaires en UE10. A noter toutefois que les bénéfices en termes de santé sont plus forts chez les femmes que chez les hommes. Il faut aussi savoir que le nombre de décès retardés est susceptible d'être fortement surestimé et concerne principalement les personnes de plus de 70 ans, et plus particulièrement de plus de 80 ans.
Impact global sur la santé	De façon générale l'alcool est responsable des décès prématurés et d'incapacités à hauteur de 12% chez les hommes et de 2% chez les femmes, chiffres obtenus après déduction de ses bienfaits sur la santé. Jusqu'à l'âge de 70 ans, l'alcool cause plus de dégâts que de bienfaits.

La criminalité et les troubles de l'ordre public liés à l'alcool sont considérables chez les jeunes également. Une seule comparaison a été faite avec les adultes (en Estonie) lors d'une étude, elle révèle que l'alcool est un plus fort catalyseur de l'agressivité chez les jeunes. En Union européenne, sur un million de collégiens de 15-16 ans un tiers déclarent s'être battus sous l'influence de l'alcool (8% des garçons et 4% des filles), bien que ces chiffres soient moins élevés dans le sud de l'UE15 et, pour les filles, inférieurs en UE10 (Hibell *et al.* 2004). De la même manière, 220 000 élèves déclarent avoir eu affaire à la police à cause de leur consommation d'alcool (4%), les chiffres les plus élevés correspondant d'une part globalement à l'Europe centrale et d'autre part à l'Europe du Nord en particulier pour les jeunes filles. Ces chiffres semblent encore augmenter chez les jeunes adultes (17-30 ans), comme le montrent des enquêtes au Danemark et en Pologne. Les jeunes semblent aussi considérer que l'alcool est un fort catalyseur de l'agressivité (selon les recherches faites aux Pays-Bas, la principale cause d'agressivité ; KPMG 2001).

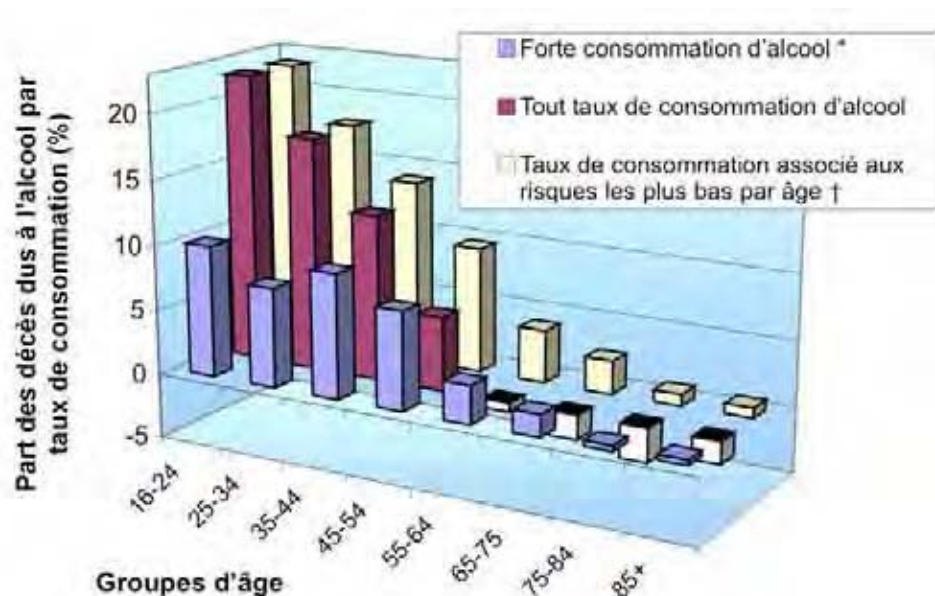


Figure 6.11 Décès (hommes) selon les différents taux de consommation d'alcool par groupe d'âge en Angleterre et au Pays de Galles en 1997 *Forte consommation d'alcool définie comme égale ou supérieure à 280 g par semaine ; † Le taux de consommation associé aux risques les plus bas par âge chez les hommes est de zéro (16-34 ans), 20g/semaine (35-44 ans), 50g/semaine (45-54 ans), 70g/semaine (55-64 ans), 80g/semaine (≥ 65 ans). Source : (White, Altmann, & Nanchahal 2004).

Selon le rapport de l'enquête ESPAD plus de 5 % des collégiens de 15-16 ans regrettent avoir eu des rapports sexuels sous l'influence de l'alcool. 200 000 élèves (3,6%) déclarent avoir eu des rapports sexuels non protégés parce qu'ils avaient bu, avec dans certains pays un plus grand nombre de filles (Royaume-Uni, Suède, Islande, Finlande), ce qui est alarmant sur le plan de la santé publique. Dans une mesure moindre, les élèves déclarent avoir eu des problèmes d'étude (2,4 %) ou avec leurs professeurs (1,2%) à cause de leur propre consommation d'alcool. Comme nous l'avons répété dans ce chapitre, il est difficile de dire dans quelle mesure ces perceptions reflètent le poids "réel" de l'alcool sur la criminalité, l'éducation et l'attitude face au sexe chez les jeunes.

Disparités entre pays de l'Europe

Comme remarque en a été faite avant même l'expansion de l'UE le 1er mai 2004 (OMS et Commission européenne 2002), il existe des écarts considérables dans la santé publique en Europe, avec entre certains pays de l'UE un écart d'espérance de vie pouvant aller jusqu'à dix ans. Malgré les variations considérables selon les pays, on constate un net phénomène géographique, à savoir aucun des pays de l'UE10, à part Malte, n'enregistre une espérance de vie égale à celle la plus basse en UE15. En moyenne, un enfant né en UE10 en 2001 a une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle d'un bébé en UE15.³¹ Comprendre la situation et prendre des mesures appropriées pour combler le "fossé santé" constituent donc un challenge à la fois nouveau et considérable auquel l'Union européenne va devoir faire face dans les années à venir.

Ceci dit, il est clair qu'un grand nombre de maux et de maladies qui contribuent à cette disparité sont liés à l'alcool (McKee, Adany, & MacLehose 2004). Le taux de mortalité par blessures et actes de violence est constamment élevé au sein de l'UE10, tout comme le nombre de cirrhoses dans plusieurs pays. En outre, le mode de consommation ne fait qu'exacerber plutôt que d'atténuer les nombreux effets nocifs de l'alcool en Europe de l'Est. Selon les estimations indiquées précédemment, l'alcool est responsable de l'écart concernant les chiffres bruts du taux de mortalité entre UE10 et UE15, causant en UE10 environ 90 morts de plus par 100.000 habitants chez les hommes et 60 pour 100.000 chez les femmes (ainsi que 16.000 DALYs par million d'habitants pour les hommes et 4.000 DALYs par million d'habitants pour les femmes). Bien que d'autres facteurs puissent intervenir dans le creusement de l'écart entre pays (ex. accès aux armes, climat d'insécurité), ces chiffres suggèrent fortement que l'alcool en tant que facteur de risque y contribue grandement.

Disparités au sein des pays de l'Europe

L'alcool contribue aux disparités en terme de santé *au sein même* des pays. Une révélation qui n'est guère surprenante si l'on considère la consommation nocive de l'alcool particulièrement fréquente dans les groupes socioéconomiques les plus défavorisés (cf. chapitre 4) et le plus fort taux de mortalité résultant d'affections directement liées à l'alcool (cf. chapitre 5). Par exemple, la dépendance à l'alcool en Suède est la 2^e grande cause de différence dans la charge de morbidité chez les hommes (7^e cause chez les femmes), plusieurs maux et maladies imputables à l'alcool comme les troubles cardio-ischémiques et les blessures auto-infligées pesant également lourd (Ljung *et al.* 2005).

De nombreux maux et maladies à l'origine des disparités sur le plan de la santé sont fortement liés à l'alcool, dont certaines causes "externes" (ex. actes de violence, accidents), les infarctus et maladies du foie (dans les pays de l'UE15), les troubles cardio-ischémiques (Europe du Nord) et le cancer (Europe du Sud) (Kunst *et al.* 1998; Dalstra *et al.* 2004). L'influence de l'alcool sur ces inégalités peut toutefois varier selon les pays. Par exemple, les deux pays enregistrant le plus fort écart chez les hommes âgés entre 45 et 59 ans sont la France et la Finlande, alors que pour la première les principales causes de décès sont la cirrhose du foie et les cancers imputables à l'alcool, les décès par mort violente constituent la principale cause pour la seconde (Kunst *et al.* 1998). L'IARC (International Agency for Research on Cancer - Agence internationale de la recherche sur le cancer) dans un rapport fait remarquer que l'alcool contribue vraisemblablement aux différences concernant certains cancers en France et en Italie, et suggère qu'il est possible qu'il en soit de même au

³¹ Base de données de la Santé pour tous de l'OMS, édition du 1er juin 2004.

Danemark, en Suisse et au Royaume-Uni, mais pas en Finlande et en Suède (Møller & Tønneson 1997).

Le rôle de l'alcool dans les disparités concernant les maladies cardiaques a également donné lieu à des recherches (mesure étant faite par niveau d'éducation), les résultats montrant un écart graduel Nord-Sud au sein de l'Europe. C'est-à-dire que les disparités relatives et absolues sont plus fortes dans le nord que dans le sud de l'Europe. Si l'on examine six pays de l'UE15, on constate des écarts plus grands pour ce qui est des maladies cardiaques entre les différents niveaux d'éducation dans les pays à forte consommation (>4 verres par jour pour les hommes et >3 verres pour les femmes) et à faible consommation d'alcool (1 à 4 verres par jour pour les hommes, 1 à 3 verres par jour pour les femmes). La forte consommation d'alcool a un effet protecteur notable contre les troubles cérébrovasculaires, bien qu'aucun rapport n'ait été établi pour ce qui de l'effet de l'alcool à petite dose. Ces corrélations ne concernent qu'un petit nombre de pays et sont influencées par les limites définies pour une forte consommation d'alcool. Toutefois, elles suggèrent qu'il existe un lien entre taux de consommation d'alcool et maladies cardiaques au niveau de la population (Mackenbach *et al.* 2000).

De même ces affections pathologiques semblent être liées aux disparités géographiques ainsi qu'aux inégalités sur le plan humain, bien que des données de ce type ne soient disponibles que pour le Royaume-Uni. Pour ce pays, la mise en cause de l'alcool concernant certains cancers, les cirrhoses et les suicides est évaluée à 6 % des 40.000 décès supplémentaires dans les régions socioéconomiquement défavorisées (Law & Whincup 1998), bien que la forte consommation d'alcool semble réduire l'écart dans les décès liés aux troubles cardiaques (Morris *et al.* 2001). Les cancers liés au tabac et à l'alcool au Royaume-Uni font 2 à 3 fois plus de victimes dans les régions les plus défavorisées par rapport aux régions les moins défavorisées si l'on considère le chiffre régional le plus bas, l'écart avec le cancer des poumons semblant fortement mettre en cause l'alcool en Ecosse et en Irlande, en particulier en Irlande du Nord (Quinn *et al.* 2005). Une enquête réalisée dans le nord-ouest de l'Angleterre rapporte qu'il existe une corrélation entre le nombre de décès résultant de maladies chroniques du foie plus les séjours à l'hôpital directement dus à des affections imputables à l'alcool et les carences dans certains services hospitaliers (Hughes *et al.* 2004).

Une étude conduite en Finlande suggère en outre que les variables socioéconomiques ont une influence à la fois sur le plan collectif et individuel. Les régions qui comptent le plus grand nombre de travailleurs manuels enregistrent 20% de plus de décès directement imputables à l'alcool que les régions avec le moins de travailleurs de ce type, même après avoir pris en compte le lien au niveau *individuel* entre activité professionnelle et mortalité (Blomgren *et al.* 2004). Un impact similaire existe concernant le chômage, l'urbanisation et la cohésion sociale (mesurée aussi bien en tant que "cohésion familiale" qu'en tant que taux de participation électorale), à hauteur de 40 % environ dans l'écart entre les régions concernant le nombre des décès attribuables à l'alcool *après avoir pris en compte toutes ces variables sur le plan individuel*. Ce qui fait penser que l'attitude de l'entourage social face à l'alcool a une forte influence sur le comportement individuel, bien que des recherches plus approfondies soient nécessaires afin de séparer ce fait d'autres mécanismes psychologiques, de variables liées à la nutrition et d'autres facteurs possibles sur le plan régional (Galea, Rudenstine, & Vlahov 2005).

A remarquer également que les disparités entre les deux sexes sur le plan de la santé sont liées à l'alcool, ce qui encore une fois n'est guère surprenant compte tenu des différences dans la consommation d'alcool entre hommes et femmes examinée au chapitre 4. Par exemple dans les pays de l'UE15 en 1995 les hommes avaient cinq fois plus de risques que les femmes de mourir d'une cause directement

imputable à l'alcool (cf. texte précédent et Ramstedt 2001a). En Finlande dans les années 1990, il a été estimé que l'alcool ferait perdre aux jeunes, alors âgés de 15 ans, en moyenne deux années de vie pour les hommes contre un peu moins de 6 mois pour les femmes. Ce qui signifie que l'alcool est responsable de l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes à hauteur de 22%, et creuse un écart plus important que le tabac jusqu'à 50 ou 55 ans (Martelin, Mäkelä, & Valkonen 2004).

Les méfaits de l'alcool infligés aux autres

Un grand nombre des conséquences négatives de l'alcool évoquées ici et dans le chapitre 5 sont subies par d'autres personnes que les buveurs, bien qu'il soit difficile de les quantifier. L'encadré 6.6 indique les principaux domaines dans lesquels l'alcool a des conséquences négatives sur la vie des autres. Cependant, cette liste est loin d'être exhaustive et des recherches complémentaires devraient être entreprises afin d'établir le nombre de décès dus à d'autres accidents que ceux de la route, et de quantifier la perte de productivité au travail ou les coûts sous-estimés, comme le temps de travail perdu chez les victimes d'actes criminels ou d'accidents.

Encadré 6.6 – Les méfaits de l'alcool infligés aux autres en Europe

Conséquences négatives sociales	Dans les pays nordiques, une personne sur cinq n'a pas pu dormir à cause de personnes ivres qui faisaient du bruit, et 10% des hommes et 20% des femmes interrogés ont eu peur de personnes ivres dans la rue.
Criminalité	Par an, sept millions d'adultes sont impliqués dans des bagarres sous l'influence de l'alcool, et 40% des homicides résultent de la consommation d'alcool.
Autres méfaits de l'alcool	Comme précisé dans l'encadré 6.5 les effets négatifs de l'alcool pèsent considérablement lourd sur ◊ le travail (entre 9 et 19 milliards d'euros) ◊ le système judiciaire (33 milliards d'euros) ◊ les victimes d'actes criminels (douleur et souffrance estimées entre 9 et 37 milliards d'euros) ◊ la famille des buveurs (entre 5 et 9 millions d'enfants vivent dans un environnement familial perturbé par l'alcool) et autres personnes.
L'alcool au volant	Selon les données issues du Royaume-Uni et des Etats-Unis le nombre de morts sur la route causés par des buveurs qui prennent le volant se chiffre à 10 000 (piétons, passagers ou conducteurs n'ayant pas bu). ³²
Alcoolisation du fœtus	60 000 enfants naissent chaque année avec un poids inférieur à la normale à cause de la consommation d'alcool.
Montant total du coût social	Le montant total des coûts tangibles de l'alcool supportés par la société, buveurs et non buveurs, en Europe pour 2003 a été estimé à 125 milliards d'euros.

³² Les données officielles britanniques au sujet des accidents dus à l'alcool au volant indiquent que moins de la moitié des personnes tuées ou gravement blessées sont des conducteurs qui ont bu (ministère britannique des Transports 2004), une situation similaire a été rapporté pour les Etats-Unis (Miller, Lestina, & Spicer 1998). La proportion constatée au Royaume-Uni a été appliquée aux chiffres de l'enquête GBD ci-dessus pour calculer l'estimation globale pour l'Union européenne. Ces calculs ne tiennent pas compte des victimes en deux roues et de morts ou blessures graves indéterminées car il est impossible à partir de ces données de distinguer les motocyclistes et cyclistes ayant bu des autres.

LES MEFAITS DE L'ALCOOL ET CHANGEMENTS DU TAUX DE CONSOMMATION

Dans le présent chapitre nous avons jusqu'ici considéré toute l'ampleur des méfaits de l'alcool qui pourraient être évités dans le cas hypothétique d'une Europe sans alcool. Toutefois, ce n'est pas là le but de la politique européenne en matière de santé publique qui, par contre, doit s'appuyer sur des preuves complémentaires concernant la mesure dans laquelle des changements dans les habitudes de consommation peuvent avoir un impact sur les méfaits de l'alcool sur la société. Il serait alors possible de discuter de façon avisée les différents types de stratégies concernant l'alcool, sujet auquel le chapitre 7 est consacré.

Dans la plupart des cas, en ce qui concerne les preuves dont on dispose dans ce contexte, les changements du taux de consommation d'alcool par habitant au niveau pays ont été considérés sur une période de temps donnée. Nous commencerons donc par examiner brièvement ce que "la consommation d'alcool par habitant" mesure véritablement, afin d'aborder les données factuelles concernant les "incidences naturelles" où les taux de consommation ont fortement changé. Enfin, la plus grande partie de cette section est consacrée à l'impact des fluctuations des taux de consommation sur les effets nocifs de l'alcool sur une période de temps donnée ("analyses des tendances chronologiques").

Qu'entend-on par mesure de la "consommation moyenne" ?

La "consommation moyenne par adulte" définie le plus simplement se réfère à la quantité totale d'alcool pur consommée (calculée à partir du degré alcoolique des boissons) divisée par le nombre d'adultes dans une population. Ce qui a tendance à refléter la proportion de gros buveurs au sein d'une population. Par exemple, Rose a

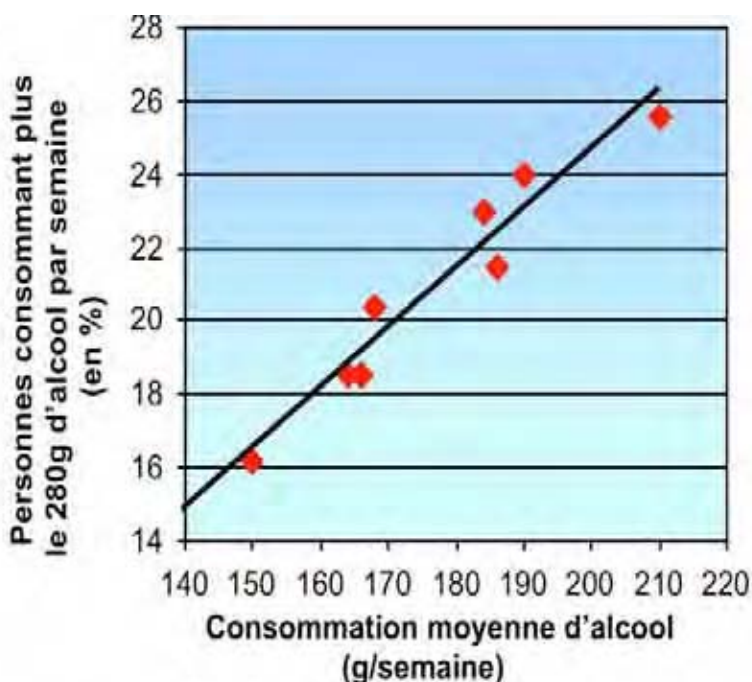


Figure 6.12 Consommation d'alcool et proportion de gros buveurs dans 8 régions de l'Angleterre, 2002

(Source: Primatesta 2002)

rapporté qu'il existe une forte corrélation entre la consommation moyenne et la prédominance d'une forte consommation d'alcool dans 32 pays (Rose & Day 1990). De fortes corrélations similaires ont été rapportées dans les régions de l'Angleterre (cf. figure 3.9 ; Primatesta, Falaschetti, & Marmot 2002) et pour les sous-groupes par sexe et âge dans les pays nordiques (Mäkelä *et al.* 1999; Mäkelä *et al.* 2001).

Ceci dit, plutôt que de fournir un élément utile à l'élaboration de stratégies, il se pourrait que la consommation moyenne mesure simplement le taux de consommation des gros

Remarque : sont inclus dans les données pour le Royaume-Uni tous les accidents impliquant un conducteur en état d'ébriété, alors que l'estimation concernant la mortalité correspond au nombre le plus bas de décès causés par (et pas seulement qui impliquent) un conducteur ayant bu de l'alcool.

buveurs, qui en fait boivent la plus grande part de l'alcool consommé dans un pays. Aux Etats-Unis par exemple, les plus gros buveurs qui représentent 2,5 % de la population considérée consomment environ un quart de la quantité totale d'alcool, et les 30 % de la population qui boivent le plus consomment pratiquement tout (entre 85 et 90% de la quantité totale d'alcool consommée) (Greenfield & Rogers 1999). Pour l'Europe les chiffres semblent légèrement inférieurs, mais les 10% de la population européenne qui boivent le plus consomment quand même entre un tiers et la moitié de la quantité totale d'alcool consommée (contre entre 60 et 70 % aux Etats-Unis).³³

Cependant, d'autres données factuelles indiquent que le taux moyen de consommation ne se limite pas à la consommation des gros buveurs. Dans le cas de la figure 6.12 si l'on procède à un recalcul pour définir le *buveur moyen* (la ligne médiane) plutôt que la *moyenne tous buveurs confondus* (la moyenne), on obtient un lien minime mais encore extrêmement fort ($r > 0,7$) entre moyenne et gros buveurs (Colhoun *et al.* 1997).³⁴ Des analyses plus complètes ont été réalisées dans différents pays dans le monde (y compris pour l'Europe en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse et au Royaume-Uni) qui vont plus loin en montrant qu'il existe une "impressionnante régularité" dans le lien entre consommation moyenne et taux de consommation des groupes de buveurs en haut et en bas de l'échelle de mesure (Skog 1985; Lemmens 1995).

Une explication réside dans le fait que la collectivité a une influence sur l'attitude de chacun face à l'alcool et vice-versa, ce qui fait que des changements dans le taux de consommation d'alcool créent une "vague de fond" dans une société (Skog 2001c:327). Cette théorie (appelée "théorie de consommation collective") a fait l'objet de critiques compte tenu de la difficulté de la vérifier sur le plan pratique, en grande partie à cause du manque de clarté dans la définition des termes et mécanismes (Gmel & Rehm 2000). Toutefois ces critiques ont été réfutées, compte tenu en particulier que les "impressionnantes régularités" mentionnées précédemment exigent une explication convaincante (Skog 2001c:330).

Finalement, il faut connaître la *différence* entre ce concept et la théorie plus ancienne de Ledermann (Ledermann 1956; Lemmens 2001). La "théorie de consommation collective" rejette l'idée d'un possible rapport mathématique invariable, et au lieu de cela explique les chiffres qui se répètent régulièrement dans les pays par un processus social à bas niveau (Skog 1985). Lorsque des dynamiques plus larges ont différents effets sur différentes personnes, ou lorsque le processus social ne fonctionne plus, en particulier en cas de division par groupes par exemple par sexe, classe sociale ou race, il n'est alors guère surprenant de voir ces sous-groupes prendre des directions différentes (Skog 2001c:330). Par exemple, les tendances divergent aux Pays-Bas selon l'âge (Garretsen *et al.* 1999), le sexe (Neve *et al.* 1993) et autres associations de facteurs (Knibbe *et al.* 1985), ce qui se vérifie également de façon extrêmement claire dans le classement par statut socioéconomique en Suède (Romelsjö & Lundberg 1996). Et pourtant les changements dans la consommation d'alcool semblent encore intervenir au niveau de l'ensemble de la population, comme le montrent les "impressionnantes régularités" évoquées précédemment ainsi que plusieurs études longitudinales,

³³ Les chiffres pour la France, les Pays-Bas et le Danemark sont parmi les plus bas alors que les chiffres pour les autres pays nordiques et la Suisse sont parmi les plus élevés (Lemmens 1991; Skog 1991; Mäkelä *et al.* 1999; Lemmens 2001; SFA 2004).

³⁴ Si la quantité bue par consommateur d'alcool est mise en ordre croissant, la médiane est la valeur centrale, c'est-à-dire que les buveurs sont séparés en deux parties égales. Ainsi, 6 est la médiane pour "1, 1, 2, 6, 20, 20, 27".

réalisées notamment aux Pays-Bas (Neve *et al.* 1993), en Italie³⁵ et en Finlande dans les années 1960 (Mäkelä 2002), où l'on peut voir consommation moyenne et nombre de gros buveurs fluctuer de concert.

Bref, les changements dans la "consommation moyenne par adulte" montrent plus l'attitude des gros buveurs face à l'alcool que celle des buveurs légers, mais ils reflètent également la tendance collective de la population à changer son taux de consommation. Il n'existe pas de loi infaillible et les sous-groupes, souvent, montrent des tendances différentes, comme nous l'avons vu en détail dans le chapitre 4. Ceci dit, des changements dans la "consommation moyenne" sont *susceptibles* de refléter un mouvement parallèle dans l'ensemble de la population de buveurs, ce qui est important si l'on veut interpréter les changements concernant les méfaits de l'alcool, que nous allons examiner à présent.

Rapport entre consommation moyenne et ampleur des méfaits de l'alcool

Le lien entre taux de consommation et ampleur des méfaits de l'alcool sur le plan humain a été exposé au chapitre 5, montrant que la courbe statistique concernant les risques de décès a un aspect grandement linéaire chez les jeunes et est en forme de J ou de U pour les autres groupes d'âge qui suivent. Si l'on projette ces données au niveau de la population, on peut s'attendre toutefois à des résultats différents, simplement en raison des considérations théoriques concernant les courbes de risques.³⁶ Le fait que la plus grande part de la quantité globale d'alcool est consommée par les plus gros buveurs (comme expliqué précédemment) influence également les résultats auxquels on pourrait s'attendre, la *population* avec le taux de consommation associé aux moindres risques donnant une courbe statistique en U plus basse que celle reflétant les *individus* (Skog 1991). La mesure dans laquelle cette courbe sera plus basse dépend si les changements au niveau de la consommation moyenne d'alcool reflètent principalement la tendance chez les gros ou légers buveurs (cf. précédemment), ainsi que sur la courbe de risques détaillée du nombre d'abstinents et de l'impact des différentes maladies liées à l'alcool.

Bien qu'actuellement nous ne connaissions pas au niveau population le taux de consommation qui soit associé au taux de mortalité le plus bas, il semble raisonnable de supposer qu'il équivaut à *cinq fois moins* que celui d'un buveur considéré individuellement (Skog 1996). Pour les pays qui enregistrent un nombre élevé de cardiopathies coronariennes, ce taux de consommation se situerait à environ 3 litres d'alcool pur par habitant. Pour les pays avec un nombre de cardiopathies coronariennes moindre, ce taux de consommation est probablement nettement plus bas. Compte tenu que tous les pays d'Europe ont un niveau de consommation supérieur à cette estimation, on peut s'attendre à ce qu'une réduction de la consommation d'alcool entraîne une franche diminution de la mortalité (Anderson & Lopez 1996). Il existe deux moyens de vérifier si ces théories se confirment dans la

³⁵ Les données pour l'Italie dans les années 1990 (calcul des auteurs à partir des données de Scafato *et al.* 2002) montrent une très forte corrélation ($r > 0,95$) entre consommation moyenne et proportion de gros buveurs de vin chez les hommes. D'autres données de la même période montrent également une réduction dans le nombre de personnes ayant répondu par l'affirmative à au moins deux questions du sondage CAGE 1997-2000, parallèlement à une baisse de 5 % de la consommation (Osservatorio Permanente Giovani ed Alcool 2001).

³⁶ Par exemple, **une courbe de risques linéaire** signifierait que toute augmentation ou diminution de la consommation moyenne aurait un effet constant, ainsi cela n'aurait aucune d'importance si ce changement avait lieu parmi les gros buveurs ou ceux qui avant s'abstenaient de boire. Inversement, une situation donnant une **courbe de risques exponentielle** serait plus fortement influencée par des changements éventuels de consommation chez les buveurs à plus fort risque que par des changements dans les groupes plus bas (Lemmens 1995).

pratique, à savoir avec les incidences naturelles et les analyses des tendances chronologiques.

Les incidences naturelles

Une incidence naturelle qui a eu lieu il y a près d'un siècle illustre le lien entre consommation et méfaits de l'alcool. A cause de la pénurie alimentaire au cours de la première guerre mondiale (mais aussi pour des raisons fiscales et des préoccupations en matière de tempérance) (Eriksen 2003), le gouvernement danois en 1917 et 1918 imposa un certain nombre de restrictions et augmenta les taxes sur l'alcool.

Il en résulta une flambée des prix et une forte chute de la consommation d'alcool par habitant, qui d'environ 10 litres en 1916 est passée à un peu plus de 2 litres en 1918. Dans les années qui suivirent, la consommation d'alcool augmenta légèrement tout en restant à un niveau plutôt bas, à savoir entre 3 et 4 litres, ce jusqu'après la seconde guerre mondiale. Comme le montre la figure 6.14, la chute de la consommation d'alcool en 1917 et 1918 a été accompagnée d'un recul prononcé de tous les indicateurs de risques. Les décès liés aux psychoses alcooliques ont diminué de 97% entre 1916 et 1918, contre 48% pour ceux liés à la cirrhose du foie (Thorsen 1990).

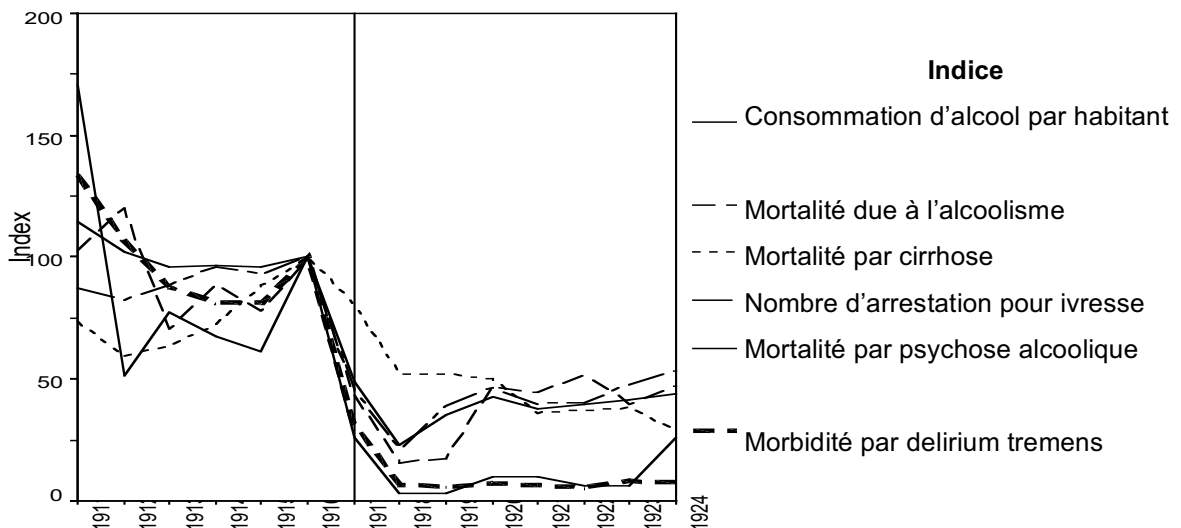


Figure 6.14 Consommation d'alcool par habitant et indicateurs d'effets nocifs de l'alcool au Danemark entre 1911 et 1924. *Indice* : 1916 = 100. **Source** : (Thorsen 1990)

La ville de Paris a connu une situation similaire durant les deux guerres mondiales, la pénurie de boissons alcoolisées ayant entraîné une chute spectaculaire du nombre de décès par cirrhose (Ledermann 1964). Plus récemment, la campagne anti-alcool menée entre 1985 et 1988 par Gorbatchev généra un *recul* impressionnant de la mortalité, tendance qui fut suivie par une *augmentation* encore plus forte du taux de mortalité lors de l'augmentation de la consommation d'alcool au début des années 1990 suivant la phase de transition socioéconomique (Bobak *et al.* 2004). Les changements étaient particulièrement manifestes en ce qui concerne la mortalité de catégorie AAA (cf. note de bas de page 25) mais étaient aussi prononcés en ce qui concerne les accidents, les actes de violence, les maladies cardiovasculaires et autres affections pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque (Anderson 1998; Room 2001). De la même façon, un rapprochement a été fait entre

l'augmentation de la consommation d'alcool en Pologne, lors de la phase de transition politique et économique que ce pays a connu dans les années 1990, et la nette augmentation du nombre de décès dus à des pathologies du foie ou à un empoisonnement par l'alcool (Wojtyniak *et al.* 2005).

Analyses des tendances chronologiques

Le lien entre changement dans la consommation d'alcool au sein de la population et la mortalité a été examiné de façon exhaustive dans le cadre de l'étude comparative ECAS (Norström *et al.* 2001), à l'aide d'analyse des tendances chronologiques (modèles ARIMA ; cf. encadré et Jenkins 1976) dans 14 pays de l'Europe pour la période 1950-1995.³⁷ Cette méthode permet d'analyser le lien entre les changements par année dans la consommation d'alcool et les effets nocifs de l'alcool, et d'évaluer la répercussion sur la mortalité d'un changement d'un litre dans la consommation par habitant exprimée en alcool pur.

Les résultats obtenus par pays ont été regroupés en trois régions supposées représenter trois différentes cultures en terme de consommation d'alcool, à savoir les pays à "forte consommation" (France, Italie, Portugal et Espagne), les pays à "moyenne consommation" (Autriche, Belgique, Danemark, Irlande, Pays-Bas, Royaume-Uni et Allemagne de l'Ouest³⁸) et les pays à "faible consommation" (Finlande, Norvège et Suède).³⁹ Ce regroupement a l'avantage de renforcer les rapprochements statistiques, et de permettre des comparaisons de l'impact de l'alcool entre cultures tout en conservant aux résultats un caractère national. Ces résultats sont récapitulés dans le tableau 6.3 et ceux pour les hommes dans les pays à "consommation moyenne" sont présentés sous forme de graphique en figure 6.15. La mortalité résultant de maladies cardiaques et toutes causes confondues est ensuite analysée de façon plus approfondie compte tenu de la complexité que représente le fait de projeter un risque du niveau individuel au niveau société.

Comme le montre le tableau 6.3, presque tous les maux et maladie ainsi que la mortalité globale indiquent qu'une augmentation d'un litre dans la consommation d'alcool a des répercussions plus fortes dans les pays à "faible consommation" (à savoir l'Europe du Nord) que partout ailleurs. Alors qu'il a été soutenu que ces résultats viennent de "l'explosion" de la consommation d'alcool dans les pays d'Europe du Nord (ex. Rossow 2001), cet impact plus fort pourrait aussi bien refléter un pourcentage en répercussions plus élevé par litre de consommation dans ces pays à faible consommation (comme exposé plus en détail sous la rubrique "Criminalité" ; la totale implication de l'alcool dans ces effets nocifs est abordée en milieu de ce chapitre).

En dehors de cette question, un grand nombre de ces rapprochements ont été établis pour plus d'une des régions de l'Europe dans le cadre de l'étude ECAS. Un rapport de cause à effet a été formellement établi entre consommation et méfaits de l'alcool au moins en ce qui concerne un des deux sexes dans les pays à moyenne et à forte consommation, impliquant également directement l'alcool au moins pour l'un des deux sexes en terme de mortalité, de suicides et de troubles cardiaques (les

³⁷ En dehors de l'Europe, des résultats similaires ont été obtenus au Canada en utilisant une méthode analogue (Skog 2003; Ramstedt 2004; Rossow 2004; Norström 2004; Ramstedt, sous presse).

³⁸ L'étude ECAS n'a considéré que l'Allemagne de l'Ouest, ne disposant pas d'informations suffisantes pour l'ensemble de l'Allemagne.

³⁹ Ces groupes pays sont également qualifiés dans l'étude ECAS de cultures "consommatrices de vin" (forte consommation), "consommatrices de bière" (moyenne consommation) et "anciennement consommatrice de spiritueux" (faible consommation) en termes de types de boissons traditionnellement associés avec chacun des pays (cf. chapitre 4). Aucune de ces terminologies n'est vraiment adéquate, les préférences concernant les boissons alcoolisées et les taux de consommation variant au sein de l'Europe, à tel point que les classifications deviennent erronées (cf. chapitre 4).

cardiopathies sont examinées plus en détail ci-après). Un examen plus détaillé montre que dans les pays d'Europe du Nord le nombre plus important de décès par accident est dû aux chutes accidentelles et "autres accidents", alors qu'un impact plus fort se fait en fait ressentir dans les pays à forte et moyenne consommation sous la forme d'une hécatombe sur les routes (Skog 2001a).

Table 6.3 Changement dans le taux de mortalité (en %) suivant une augmentation d'un litre dans la consommation d'alcool.

*Changements par habitant, calculés séparément pour les pays à faible, moyenne et forte consommation en Europe pour les hommes (H) et les femmes (F). Source : (Norström et al. 2001). Légende : * = statistiquement important au niveau de 5%*

Groupe pays (consommation d'alcool)	Faible		Moyenne		Forte	
	H	F	H	F	H	F
Cirrhose	32*	17*	9*	5*	10*	11*
Alcoolodépendance, psychose alcoolique et empoisonnement par l'alcool	35*	75*	18*	27*	3	1
Accidents	9*	10*	3*	3*	2*	2*
Suicides	9*	12*	0	3*	0	1
Homicides	18*	8	11*	7*	7*	2
Troubles cardio-ischémiques	-1	1	1	2*	1	0
Mortalité globale	3*		1*		1*	

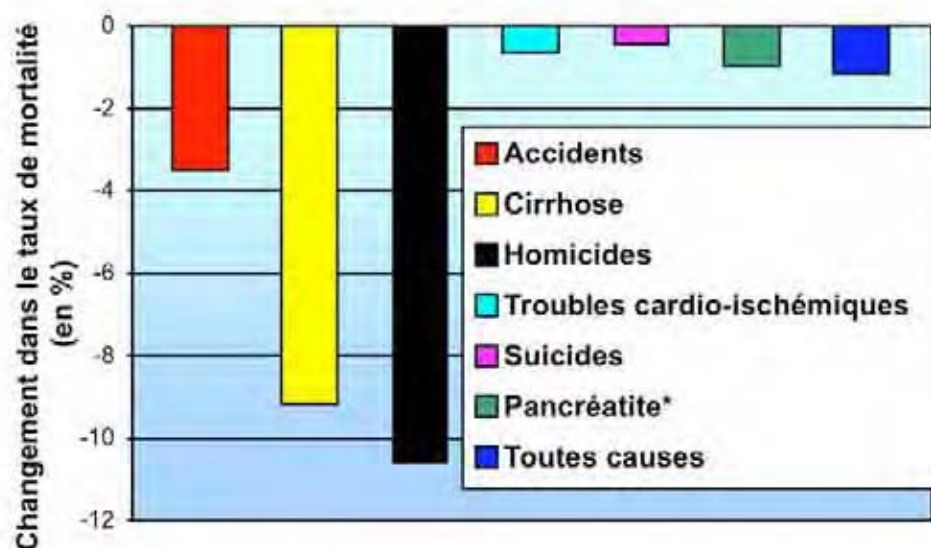


Figure 6.15 Réduction de la mortalité masculine (en pourcentage) suivant une réduction d'un litre dans la consommation annuelle d'alcool par habitant *Pays européens à moyenne consommation*. **Source :** (Norström et al. 2001). **Légende :** *Hommes + femmes.

Parmi les 14 pays examinés individuellement on constate des répercussions considérables chez les hommes dans les 14 pays en ce qui concerne la cirrhose, dans 9 pour les accidents, 8 pour la mortalité et 7 pour les autres maux et maladies liés à l'alcool (principalement "alcoolisme", psychose alcoolique et empoisonnement par l'alcool) et dans 6 pays en ce qui concerne les homicides (Rossow 2001; Norström *et al.* 2001; Skog 2001b; Ramstedt 2001b; Ramstedt 2001c). Les résultats concernant la mortalité liée à la pancréatite ne figurent pas dans le tableau 6.3, ils montrent toutefois un fort impact (hommes + femmes) dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest entre 5 et 15 % par litre, et là aussi plus prononcé dans les pays de l'Europe du Nord l'effet estimé étant de 30 % pour la Suède et de 50 % pour la Norvège (Norström *et al.* 2001).

Les résultats pour les femmes ont tendance à être significatifs dans moins de pays, avec toutefois une répercussion dans 9 pays pour la cirrhose et les accidents, dans 7 pays pour les autres maladies liées à l'alcool et seulement un pays (la Suède) pour les homicides. La faible répercussion chez les femmes avec cette méthode concernant les indicateurs des effets nocifs de l'alcool n'est guère surprenante, compte tenu que la consommation d'alcool par habitant reflète plus les gros buveurs que les autres sous-groupes de consommateurs (cf. texte précédent) et que globalement les femmes boivent moins que les hommes (cf. chapitre 4).

Analyses des tendances chronologiques hors étude ECAS

Les résultats rapportés par l'étude ECAS sont généralement confirmés par les autres analyses chronologiques en Europe, qui utilisent souvent des groupes plus petits de pays ou différentes périodes dans le temps. Par exemple, un rapprochement considérable, pratiquement de même ampleur, entre alcool et mortalité a été rapporté pour une période plus récente (1982-1990) dans 25 pays d'Europe (Her & Rehm 1998). Les répercussions par litre consommé plus fortes en Europe du Nord qu'en Europe du Sud ont été reproduites par Gmel *et al.* en utilisant les données mêmes de l'étude ECAS (Gmel, Rehm, & Frick 2001).

De même, pour ce qui est des suicides on constate un effet plus marqué en Suède (13% par litre) qu'en France (3% par litre) (Norström 1995) ou au Portugal (Skog *et al.* 1995), sans aucune répercussion pour la Suisse (Gmel, Rehm, & Ghazinouri 1998). De façon générale, il semble que la consommation de spiritueux est plus étroitement liée aux suicides. Ainsi, seule la consommation de spiritueux a été associée de façon significative aux suicides en Suède, alors qu'en Norvège la bière et les spiritueux ont des effets considérables (Norström & Rossow 1999). Parmi les rares études qui ont considéré en particulier l'empoisonnement par l'alcool, aucune n'a conclu à un lien statistiquement important avec la consommation globale d'alcool, bien qu'une enquête (basée sur des données trimestrielles en Finlande pour la période 1983-1999) a également fait un rapprochement avec la consommation de spiritueux (Poikolainen, Leppanen, & Vuori 2002).

Alors que la plupart de ces analyses sont basées sur les décès, une autre étude a examiné les répercussions de changements dans la consommation d'alcool sur la morbidity à partir des données trimestrielles du comté de Stockholm (Suède) pour la période 1980-1994. Elle a révélé que les changements dans la consommation d'alcool au sein de la population en Suède avait des répercussions sur la morbidité en ce qui concerne la cirrhose, et non sur d'autres maladies liées à l'alcool répertoriées (à savoir "alcoolisme, psychose alcoolique et empoisonnement par l'alcool) (Leifman & Romelsjö 1997). Les auteurs ont suggéré qu'il est possible que la consommation d'alcool au niveau de la population ait une influence moindre sur certaines pathologies alcooliques, qui touchent principalement les personnes les plus marginalisées et les cas graves d'alcoolodépendance.

Maladies cardiaques et modes de consommation

La plupart des analyses de tendances chronologiques ne considèrent pas à part un effet issu des modes de consommation d'alcool, chaque mode de consommation ayant comme il l'a été prouvé un impact en termes de conséquences sanitaires et sociales (cf. texte précédent et chapitre 5). Il est possible d'essayer d'associer consommation moyenne et modes de consommation avec les méthodes existantes, en réalisant des analyses chronologiques à différents niveaux concernant les divers modes de consommation (cf. encadré 6.4 & Rehm *et al.* 2004). Comme exposé plus en détail au chapitre 4, il ne faut pas oublier qu'il existe de sérieux problèmes méthodologiques concernant la mesure unique utilisée ici pour les modes de consommation. Ceci dit, l'analyse multiniveaux a révélé que la valeur par niveau de consommation permet de faire des prévisions, dans l'ensemble les niveaux de consommation sont étroitement liés à la mortalité par blessures chez les deux sexes et pour tous les modes de consommation, mais l'impact d'une forte consommation d'alcool est nettement plus fort dans les pays où les modes de consommation ont plus de conséquences négatives.

Les résultats les plus ambigus concernent les maladies cardiaques, l'analyse dans le cadre de l'étude ECAS n'ayant trouvé *aucun lien* entre consommation par habitant et décès résultant de troubles cardio-ischémiques dans les régions de l'Europe (Hemström 2001).⁴⁰ Par contre, l'analyse pondérée par mode de consommation réalisée dans le cadre de l'étude GBD indique que l'alcool contribue à la mortalité dans le monde entier, à tel point qu'une *réduction* d'un litre dans la consommation par habitant aurait pour effet de *diminuer* de 3 % les décès dus à des troubles cardio-ischémiques chez les hommes, sans changement chez les femmes. Toutefois, les conclusions sont différentes suivant les modes de consommation. Dans les pays avec des modes de consommation les moins nocifs (ex. France et Italie), une réduction de la consommation d'alcool a été associée à une *augmentation* de la mortalité, de moitié toutefois de ce qu'on aurait pu s'attendre en extrapolant de façon linéaire les résultats des études faites sur le plan des individus. Les effets négatifs globalement étaient dus aux pays avec un mode de consommation d'alcool plus nocif (ex. Europe du Nord et de l'Est), pour lesquels on constate une nette corrélation entre habitudes générales de consommation et décès dus à des troubles cardio-ischémiques.

Ainsi, pour ce qui est de savoir si dans les pays ayant un mode de consommation de nocivité moindre le fait d'augmenter la consommation d'alcool aurait une action cardioprotectrice et réduirait la mortalité liée aux troubles cardio-ischémiques, ces deux études offrent des estimations différentes. Toutefois, les recherches sont d'accord sur deux points importants :

1. L'Europe de l'Est enregistre une plus forte mortalité due aux troubles cardio-ischémiques dans les régions où la consommation d'alcool augmente ;
2. Même dans les pays à modes de consommation de nocivité moindre, l'action cardioprotectrice au niveau de la population est, au mieux, beaucoup moins forte qu'au niveau individuel (voire inexistante) (Norström *et al.* 2001).

⁴⁰ Dans un pays hors d'Europe (Canada), un rapport bénéfique a été établi entre consommation d'alcool par habitant et taux de mortalité par maladies cardio-ischémiques, mais pas chez les femmes (Ramstedt, sous presse).

CONCLUSION

Dans ce chapitre nous avons présenté une image aussi complète que possible de l'impact négatif de l'alcool en Europe. De toute évidence, les méfaits de l'alcool touchent un grand nombre de domaines, allant de problèmes familiaux à l'absentéisme au travail, jusqu'à la perte de la vie, et il n'est pas possible d'évaluer l'ampleur de ces méfaits en se limitant à un seul domaine. Un grand nombre de ces méfaits touchent plus lourdement les jeunes, en particulier en terme de perte de vie, l'alcool causant un quart des décès chez les jeunes hommes. On parle beaucoup de l'effet bénéfique de l'alcool offrant un sursis, mais il convient toutefois de faire preuve de prudence en interprétant ces informations. Compte tenu des problèmes méthodologiques, il est vraisemblable que le nombre des "sursitaires" (décès retardés) soit fortement surestimé et quand bien même, ces problèmes mis à part, cet effet de sursis n'intervient qu'à partir de 70 ans. L'alcool a également un impact considérable sur la vie des personnes autres que les buveurs, ses méfaits s'étendant à divers domaines dont la criminalité, la santé et le "capital intangible" de la vie. L'alcool est aussi fortement impliqué dans les inégalités sociales, entre pays et au sein des pays. Enfin, des études ont nettement démontré que des changements dans le taux de consommation au niveau de la population ont des répercussions sur l'ampleur des méfaits de l'alcool. Ce qui est un excellent point de départ pour examiner les stratégies permettant efficacement de réduire le fardeau de l'alcool et auxquelles le chapitre suivant est consacré.

REFERENCES

- Alcohol Policy Network (2005). *Country profile updates*.
<http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html>
- Anderson, P. and Lopez, A. D. (1996). *Alcohol and Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Baker, A. and Rooney, C. (2003). "Recent Trends in Alcohol-Related Mortality, and the Impact of ICD-10 on the Monitoring of These Deaths in England and Wales." *Health Statistics Quarterly*, 17: 5-14.
- Baltic Data House (2001). *Economic research about the influence of taxes imposed on alcohol and influence of price policy on alcohol consumption; research about accidents caused by alcohol intoxication*. Riga, LV: Market and Social Research Group, Baltic Data House, Baltic Institute of Social Sciences.
- Blomgren, J., Martikainen, P., Mäkelä, Pia., and Valkonen, T. (2004). "The Effects of Regional Characteristics on Alcohol-Related Mortality—a Register-Based Multilevel Analysis of 1.1 Million Men." *Social Science and Medicine*, 58: 2523-35.
- Bobak, M., Room, R., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., Kurilovitch, S., Topor, R., Nikitin, Y., and Marmot, M. (2004). "Contributions of Drinking Patterns to Differences in Rates of Alcohol Related Problems Between Three Urban Populations." *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 58: 238-42. <http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/58/3/238>
- Box, G. E. P. and Jenkins, G. M. (1976). *Time Series Analysis: Forecasting and Control, 2nd Ed.*, San Francisco: Holden Day.
- Britton, A. and McPherson, K. (2001). "Mortality in England and Wales Attributable to Current Alcohol Consumption ." *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 55: 383-88. <http://jech.bmjournals.com/cgi/content/abstract/55/6/383>

Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Burckhard, J., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H-R., Simon, R., and Toppich, R. (2002). *Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in Germany*. translated from 2000 German edition, Seattle / Toronto / Bern / Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Callingham, M. (2002). *National Association for the Children of Alcoholics (NACOA) survey: initial findings*. http://www.nacoa.org.uk/pdf/Summary_of_Callingham_research.pdf

Carthy, T., Chilton, S., Covey, J., Hopkins, L., Jones-Lee, M., Loomes, G., Pidgeon, N., and Spencer, A. (1999). "On the Contingent Valuation of Safety and the Safety of Contingent Valuation: Part 2-The CV/SG "Chained" Approach." *Journal of Risk and Uncertainty*, 17(3): 187-213.

Colhoun, H., Ben-Shlomo, Y., Dong, W., Bost, L., and Marmot, M. (1997). "Ecological Analysis of Collectivity of Alcohol Consumption in England: Importance of Average Drinker ." *British Medical Journal*, 314: 1164. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7088/1164>

Collins, D. and Lapsley, H. (2002). Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9. Canberra: Australian Government Printing Service [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-mono.htm/\\$FILE/mono49.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-mono.htm/$FILE/mono49.pdf)

Connor, J., Broad, J., Jackson, R., Vander Hoorn, S., and Rehm, J. (2005). *The burden of death, disease and disability due to alcohol in New Zealand*. ALAC Occasional Publication No. 23. Wellington, New Zealand: ALAC. <http://www.alac.org.nz/InpowerFiles/Publications/CategorisedDocument.Document2.3097.7a0b0776-972a-4969-ac6a-8da98f326f93.pdf>

Dalstra, J. A. A., Kunst, A. E., Borrell, C., Breeze, E., Cambois, E., Costa, G., Geurts, J. J. M., Lahelma, E., Van Oyen, H., Rasmussen, N. K., Regidor, E., Spadea, T., and Mackenbach, J. P. (2004). "Socioeconomic Differences in the Prevalence of Common Chronic Diseases: an Overview of Eight European Countries." *International Journal of Epidemiology*, 34(2): 316-26.

Dawson, D. and Room, R. (2000). "Towards Agreement on Ways to Measure and Report Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems in Adult General Population Surveys: the Skarpö Conference Overview ." *Journal of Substance Abuse*, 12: 1-21.

Department for Transport (2004). *Road casualties: Great Britain 2003*. London: The Stationery Office.

Dubourg, R., Hamed, J., and Thorns, J. (2005). *Estimating the cost of the impacts of violent crime on victims*. Section 3 in "The economic and social costs of crime against individuals and households 2003/04", Home Office online report 30/05. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr3005.pdf>

Eichler, H. G., Kong, S. X., Gerth, W. C., Mavros, P., and Jönsson, B. (2004). "Use of Cost-Effectiveness Analysis in Healthcare Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge?" *Value in Health*, 7(5): 518-28.

Emberson, J. R., Shaper, A. G., Wannamethee, S. G., Morris, R. W., and Whincup, P. H. (2005). "Alcohol Intake in Middle Age and Risk of Cardiovascular Disease and Mortality: Accounting for Intake Variation Over Time." *American Journal of Epidemiology*, 161(9).

English, D. R., Holman, C. D. J., Milne, E., Winter, M. J., Hulse, G. K., and colleagues (1995). *The quantification of drug-caused morbidity and mortality in Australia 1995*. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

Eriksen, S. (2003). "Denmark." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clío.

Eurobaromètre [Eurobarometer] (1999). *Europeans and their views on domestic violence against women*. Eurobarometer 51.0. By INRA (Europe) for DG X of the Commission. http://europa.eu.int/comm/public_opinion/index_en.htm

ETSC [European Transport Safety Council - Conseil européen pour la sécurité des transports] (2003). *Cost-effective EU transport safety measures*.

Galea, S., Rudenstine, S., and Vlahov, D. (2005). "Drug Use, Misuse, and the Urban Environment." *Drug and Alcohol Review*, 24(2): 127-36.

Garretsen, H. F. L., Bongers, I. M. B., van Oers, J. A. M., and van de Goor, L. A. M. (1999). "The Development of Alcohol Consumption and Problem Drinking in Rotterdam 1980-1994: More Problem Drinking Amongst the Young and Middle Aged." *Alcohol and Alcoholism*, 34(5): 733-40.

Gmel, G. and Rehm, J. (2000). "The Empirical Testability of Skog's Theory of Collective Drinking Behaviour." *Drug and Alcohol Review*, 19(4): 391-99.

Gmel, G., Rehm, J., and Frick, U. (2001). "Methodological Approaches to Conducting Pooled Cross-Sectional Time Series Analysis: the Example of the Association Between All-Cause Mortality and Per Capita Alcohol Consumption for Men in 15 European States." *European Addiction Research*, 7(3): 128-37.

Gmel, G., Rehm, J., and Ghazinouri, A. (1998). "Alcohol and Suicide in Switzerland – an Aggregate-Level Analysis." *Drug and Alcohol Review*, 17: 27-37.

Gmel, G., Rehm, J., Room, R., and Greenfield, T. K. (2000). "Dimensions of Alcohol-Related Social and Health Consequences in Survey Research." *Journal of Substance Abuse*, 12: 113-38.

Goldacre, M. J., Duncan, M., Griffith, M., and Cook-Mozaffari, P. (2004). "Alcohol As a Certified Cause of Death in a 'Middle England' Population 1979-1999: Database Study." *Journal of Public Health*, 26(4): 343-46.

Greenfield, T. K. and Rogers, J. D. (1999). "Who Drinks Most of the Alcohol in the U.S.? The Policy Implications." *Journal of Studies on Alcohol*, 60: 78-89.

Hemström, Ö. (2001). "Per Capita Alcohol Consumption and Ischaemic Heart Disease Mortality." *Addiction*, 80: 83-99.

Her, M. and Rehm, J. (1998). "Alcohol and All-Cause Mortality in Europe 1982-1990: a Pooled Cross-Section Time-Series Analysis." *Addiction*, 93(9): 1335-40.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., and Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. www.espad.org

Hughes, K., Tocque, K., Humphrey, G., and Bellis, M. A. (2004). *Taking measures: a situational analysis of alcohol in the North West*. Liverpool: UK: Public Health North West Alcohol Strategy Group, at th Centre for Public Health, Faculty of Health and Applied Social Sciences, Liverpool John Moores University. http://www.cph.org.uk/cph_pubs/reports/CH/Taking_Measures.pdf

IBEC (2004). *Workplace absence survey 2004*. Dublin: IBEC. <http://www.ibec.ie>

Jeanrenaud, C. and Pellegrini, S. (2004). "Valuing Intangible Costs of Substance Abuse in Monetary Terms." *Poster displayed at the 4th iHEA World Congress, San Francisco, June 2003 [conference proceeding]* <http://www.unine.ch/irer/alcool.html>

Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini, S., Chevrou-Severac, H., and Vitale, S. (2003). *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse [The social costs of alcohol in Switzerland]*. Neuchâtel, Switzerland: Institut de recherches économiques et régionales, Université de Neuchâtel.

Jones, S., Casswell, S., and Zhang, J-F. (1995). "The Economic Costs of Alcohol-Related Absenteeism and Reduced Productivity Among the Working Population of New Zealand." *Addiction*, 90(11): 1455-61.

Killias, M., Barcaly, G., Smit, P., Fernando Asbi, M., Tavares, C., Aubusson de Cavarlay, B., Jehle, J-M., von Hofer, H., Gruszczynska, B., Hysi, V., and Aromaa, K. (2003). *European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics (second edition)*.

Klingemann, H. and Gmel, G. (2001). *Alcohol and Its Social Consequences - the Forgotten Dimension*, Dordrecht, Netherlands: Klumer Academic Publishers on behalf of WHO-EURO.

Knibbe, R., Drop, M. J., van Reek, J., and Saenger, G. (1985). "The Development of Alcohol Consumption in the Netherlands: 1958-1981." *British Journal of Addiction*, 80: 411-19.

KPMG (2001). *Excessive alcohol consumption in the Netherlands: trends and social costs*. Hoofddorp: KPMG Economic Consulting. www.kpmg.nl/bea

Kunst, A. E., Groenhof, F., Mackenbach, J. P., and EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1998). "Occupational Class and Cause Specific Mortality in Middle Aged Men in 11 European Countries: Comparison of Population Based Studies." *British Medical Journal*, 316: 1636-42.

Law, M. R. and Whincup, P. H. (1998). "Why Is Mortality Higher in Poorer Areas and in More Northern Areas of England and Wales?" *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 52: 344-52.

Ledermann, S. 1956. *Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation*, Paris: Presses Universitaires de France.

Leifman, H. and Romelsjö, A. (1997). "The Effect of Changes in Alcohol Consumption on Mortality and Admissions With Alcohol Related Diagnoses in Stockholm County - a Time Series Analysis." *Addiction*, 92: 1523-36.

Lemmens, P. (1991). (*Measurement and Distribution of Alcohol Consumption (Dissertation)*). Maastricht: University of Limburg.

Lemmens, P. (1995). "Individual Risk and Population Distribution of Consumption." Pp.38-61 in *Alcohol and public policy: evidence and issues*, Edited by H. D. Holder and G. Edwards. Oxford: Oxford University Press.

Lemmens, P. (2001). "Relationship of Alcohol Consumption and Alcohol Problems at the Population Level." Pp.395-411 in *International handbook of alcohol dependence and problems*, Edited by N. Heather, T. J. Peters, and T. Stockwell.

Lenke, L. (1990). *Alcohol and criminal violence: time series analyses in a comparative perspective*. Stockholm, Sweden: Almqvist & Wiksell International.

Leontaridi, R. (2003). *Alcohol misuse: How much does it cost?* London: Cabinet Office. <http://www.number10.gov.uk/files/pdf/econ.pdf>

Ljung, R., Peterson, S., Hallqvist, J., Heimerson, I., and Diderichsen, F. (2005). "Socioeconomic Differentials in the Burden of Disease in Sweden." *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 92-99.

MacDonald, S., Cherpitel, C., Borges, G., DeSouza, A., Giesbrecht, N., and Stockwell, T. (2005). "The Criteria for Causation of Alcohol in Violent Injuries Based on Emergency Room Data From Six Countries." *Addictive Behaviors*, 30(1): 103-13.

Mackenbach, J. P., Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., Groenhof, F., and EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2000). "Socioeconomic Inequalities in Cardiovascular Disease Mortality: An International Study." *European Heart Journal*, 21: 1141-51.

Martelin, T., Mäkelä, Pia., and Valkonen, T. (2004). "Contribution of Deaths Related to Alcohol or Smoking to the Gender Difference in Life Expectancy: Finland in the Early 1990s." *European Journal of Public Health*, 14: 422-27.

Matthews, S. and Richardson, A. (2005). Findings from the 2003 Offending, Crime and Justice Survey: alcohol-related crime and disorder. Home Office .

<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pubintro1.html>

Mäkelä, Pia. (2002). "Whose Drinking Does a Liberalization of Alcohol Policy Increase? Change in Alcohol Consumption by the Initial Level in the Swedish Panel Survey in 1968 and 1969." *Addiction*, 97: 701-6.

Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., and Simpura, J. (1999). *Drinking habits in the Nordic countries*. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research.

Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., and Simpura, J. (2001). "Episodic Heavy Drinking in Four Nordic Countries: a Comparative Survey Study." *Addiction*, 96: 1575-89.

McKee, M., R. Adany, and L. MacLehose (2004). "Health Status and Trends in Candidate Countries." *Health policy and European Union enlargement*, Edited by M. McKee, L. MacLehose, and E. Nolte. Open University Press.

McNeill, A. (1998). *Alcohol problems in the family*. A report to the European Union, published by Eurocare and COFACE (Confederation of Family Organisations in the EU).

McPherson, K. (2004). "Disaggregating the Health Consequences of Alcohol by Age and Sex [Editorial]." *Addiction*, 99: 661-62.

Miller, T. R., Lestina, D. C., and Spicer, R. S. (1998). "Crash Costs in the United States by Age, Blood Alcohol Level, Victim Age, and Restraint Use." *Accident Analysis and Prevention*, 30(2): 137-50.

Morris, R. W., Whincup, P. H., Lampe, F. C., Walker, M., Wannamethee, S. G., and Shaper, A. G. (2001). "Geographic Variation in Incidence of Coronary Heart Disease in Britain: the Contribution of Established Risk Factors." *Heart*, 86: 277-83.

Møller, H. and H. Tønneson (1997). "Alcohol Drinking, Social Class and Cancer." Pp.251-63 in *Social inequalities and cancer*, Edited by M. Kogevinas, N. Pearce, M. Susser, and P. Boffetta. Lyon: International Agency for Research on Cancer.

Murdoch, D., Pihl, R. O., and Ross, D. (1990). "Alcohol and Crimes of Violence: Present Issues." *The International Journal of the Addictions*, 25(9): 1065-81.

Neve, R., Diederiks, J. P., Knibbe, R., and Drop, M. J. (1993). "Developments in Drinking Behavior in The Netherlands From 1958 to 1989, a Cohort Analysis." *Addiction*, 88: 611-21.

Norström, T. (1995). "Alcohol and Suicide: a Comparative Analysis of France and Sweden." *Addiction*, 90: 1463-69.

Norström, T. (2004). "Per Capita Alcohol Consumption and All-Cause Mortality in Canada, 1950-98." *Addiction*, 99(10): 1274-78.

Norström, T., Ö. Hemström, M. Ramstedt, I. Rossow, and O-J. Skog (2001). "Mortality and Population Drinking." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Norström, T. and Rossow, I. (1999). "Beverage Specific Effects on Suicide." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 16: 74-82.

OMS [WHO] (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

OMS et Commission européenne [WHO and European Commission] (2002). *Health status overview for countries of Central and Eastern Europe that are candidates for accession to the European Union*. www.euro.who.int/Document/E76888.pdf.

Osservatorio Permanente Giovani ed Alcool (2001). *Italians and alcohol: consumption, trend and attitudes in Italy and in the regions (IV National DOXA National Survey)*.

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20050120_co021_en.pdf

Pernanen, K., Brochu, S., Cousineau, M-M., Cournoyer, L-G., and Sun, F. (2000). Attributable fractions for alcohol and illicit drugs in relation to crime in Canada: conceptualization, methods and internal consistency of estimates. *Bulletin on Narcotics*. Vienna: United Nations International Drug Control Programme

Pernanen, K., Cousineau, M-M., Brochu, S., and Sun, F. (2002). *Proportion of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Canadian Centre for Substance Abuse.

Poikolainen, K., Leppanen, K., and Vuori, E. (2002). "Alcohol Sales and Fatal Alcohol Poisonings: A Time-Series Analysis." *Addiction*, 97(8): 1037-40.

Primatesta, P., Falaschetti, E., and Marmot, M. (2002). *Average alcohol consumption and patterns of drinking [unpublished]* .

Quinn, M., Wood, H., Cooper, N., and Rowan, S. (2005). Cancer Atlas of the United Kingdom and Ireland 1991–2000. *Studies on Medical and Population Subjects No. 68*. Palgrave Macmillan, with the permission of Her Majesty's Stationery Office.
<http://www.statistics.gov.uk/statbase/Product.asp?vlnk=14059>

Raftery, J. (2001). "NICE: Faster Access to Modern Treatments? Analysis of Guidance on Health Technologies." *British Medical Journal*, 323: 1300-1303.

Ramstedt, M. (1999). "Liver Cirrhosis Mortality in 15 European Countries." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 16(English Supplement): 55-73.

Ramstedt, M. (2001a). "Alcohol-Related Mortality in 15 European Countries in the Postwar Period." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Ramstedt, M. (2001b). "Alcohol and Suicide in 14 European Countries." *Addiction*, 96(Supplement 1): S59-S75.

Ramstedt, M. (2001c). "Per Capita Alcohol Consumption and Liver Cirrhosis Mortality in 14 European Countries." *Addiction*, 96(Supplement 1): S19-S34.

Ramstedt, M. (2002). "Alcohol-Related Mortality in 15 European Countries in the Postwar Period." *European Journal of Population*, 81: 307-23.

Ramstedt, M. (2004). "Alcohol Consumption and Alcohol-Related Mortality in Canada - a Regional Analysis of the Period 1950-2000." *Canadian Journal of Public Health*, 95: 121-26.

Ramstedt, M. (In press). "Alcohol and suicide at the population level - the Canadian experience". *Drug and Alcohol Review*.

Ramstedt, M. and Hope, A. (2003). *The Irish drinking habits of 2002: Drinking and drinking-related harm, a European comparison*. Dublin: Department of Health and Children.

reed.co.uk (2004). *24-hr drinking will be bad for business, say UK workers*.
<http://www.reed.co.uk/research.aspx>

Rehm, J. (2005). "Volume of Alcohol Consumption, Patterns of Drinking and Burden of Disease in the European Region - Implications for Alcohol Policy." *10th meeting of national counterparts for alcohol policy in the WHO European Region, Stockholm 13-15 April 2005 [conference proceeding]*

Rehm, J. and Gmel, G. (2001). "Aggregate Time-Series Regression in the Field of Alcohol." *Addiction*, 96: 945-54.

Rehm, J. and Gmel, G. (2002). "Average Volume of Alcohol Consumption, Patterns of Drinking and Mortality Among Young Europeans in 1999." *Addiction*, 97: 105-9.

Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D., and Frick, U. (2003a). "Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking." *European Addiction Research*, 9(4): 147-56.

Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., and Sempos, C. T. (2003b). "The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease: an Overview." *Addiction*, 98(9): 1209-28.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U., and Jernigan, D. (2004). "Alcohol." *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*, Edited by M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray. Geneva: WHO.

Rehn, N., Room, R., and Edwards, G. (2001). *Alcohol in the European Region - Consumption, Harm and Policies*, Copenhagen: WHO Europe.

Ridolfo, B. and Stevenson, C. (2001). *The quantification of drug-caused mortality and morbidity in Australia 1998*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Robinson, W. S. (1950). "Ecological Correlations and the Behavior of Individuals." *American Sociological Review*, 15: 351-57.

Romelsjö, A. and Lundberg, M. (1996). "The Changes in the Social Class Distribution of Moderate and High Alcohol Consumption and of Alcohol-Related Disabilities Over Time in Stockholm County and in Sweden." *Addiction*, 91(9): 1307-23.

Room, R. (2000). "Concepts and Items in Measuring Social Harm From Drinking." *Journal of Substance Abuse*, 12: 93-111.

Room, R. and Bullock, S. (2002). "Can Alcohol Expectancies and Attributions Explain Western Europe's North-South Gradient in Alcohol's Role in Violence?" *Contemporary Drug Problems*, 69(3): 619-48.

Room, R. and K. Hradilova Selin (2004). "Alkoholproblem: Definitioner, Metoder, Data [Alcohol Problems: Definitions, Methods, Data; English Version]." Pp.57-74 in *Svenska drykesvanor och deras konsekvenser i början av det nya milleniet (Swedish drinking habits and their consequences at the beginning of the new millenium)*, Edited by K. Hradilova Selin. Stockholm: SoRAD.

Room, R. and Rossow, I. (2001). "The Share of Violence Attributable to Drinking." *Journal of Substance Use*, 6: 218-28.

Rose, G. and Day, S. (1990). "The Mean Population Predicts the Number of Deviant Individuals." *British Medical Journal*, 301: 1031-34.

Rossow, I. (2001). "Drinking and Violence: a Cross-Cultural Comparison of the Relationship Between Alcohol Consumption and Homicide in 14 European Countries." *Addiction*, 96(S1): S77-S92.

Rossow, I. (2004). "Alcohol and Homicide in Canada." *Contemporary Drug Problems*, 31: 541-59.

Rossow, I. and Hauge, R. (2004). "Who Pays for the Drinking? Characteristics of the Extent and Distribution of Social Harms From Others' Drinking." *Addiction*, 99(9): 1094.

Rossow, I., Pape, H., and Wichstrøm, L. (1999). "Young, Wet & Wild? Associations Between Alcohol Intoxication and Violent Behaviour in Adolescence." *Addiction*, 94(7): 1017-31.

Rossow, I., K. Parnanen, and J. Rehm (2001). "Accidents, Suicide and Violence." Pp.93-112 in *Mapping the social consequences of alcohol consumption*, Edited by H. Klingemann and G. Gmel.

Salomaa, J. (1995). "The Costs of the Detrimental Effects of Alcohol Abuse Have Grown Faster Than Alcohol Consumption in Finland." *Addiction*, 90(4): 525-37.

Sardi, G. M. and C. Evers (2004). "Drinking and Driving." *European drivers and road risk: part 1 - reports on principal analyses*, Edited by Sartre. Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité INRETS.

Sartre (1998). *The attitude and behaviour of European car drivers to road safety*. <http://sartre.inrets.fr/>

Scafato, E., Massari, M., Russo, R., and Bartoli, G. (2002). *Il consumo di bevande alcoliche: generazioni a confronto [The consumption of alcoholic drinks: a comparison of generations]*. Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD. <http://progetti.iss.it/binary/ofad/publ/0009.1112083242.pdf>

SFA (2004). *Zahlen und Fakten 2004: Alkohol [Data and facts 2004: Alcohol]*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). [http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/a-konsum\[1\].pdf](http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/a-konsum[1].pdf)

Single, E., Robson, L., Rehm, J., and Xie, X. (1999). "Morbidity and Mortality Attributable to Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use in Canada." *American Journal of Public Health*, 89: 385-90.

Skog, O-J. (1985). "The Collectivity of Drinking Cultures: a Theory of the Distribution of Alcohol Consumption." *British Journal of Addiction*, 80(1): 83-99.

Skog, O-J. (1991). "Drinking and the Distribution of Alcohol Consumption." Pp.135-56 in *Society, culture, and drinking patterns reexamined*, Edited by D. J. Pittman and H. White. New Brunswick: Alcohol Research Documentation.

Skog, O-J. (1996). "Public Health Consequences of the J-Curve Hypothesis of Alcohol Problems." *Addiction*, 91: 325-37.

Skog, O-J. (2001a). "Alcohol Consumption and Mortality Rates From Traffic Accidents, Accidental Falls, and Other Accidents in 14 European Countries." *Addiction*, 96(S1): 49-58.

Skog, O-J. (2001b). "Alcohol Consumption and Overall Accident Mortality 14 European Countries." *Addiction*, 96(S1): 35-47.

Skog, O-J. (2001c). "Commentary on Gmel & Rehm's Interpretation of the Theory of Collectivity of Drinking Culture." *Drug and Alcohol Review*, 20(3): 325-31.

Skog, O-J. (2003). "Alcohol and Fatal Accidents in Canada 1950-1998." *Addiction*, 98: 883-93.

Skog, O-J., Teixeira, Z., Barrias, J., and Moreira, R. (1995). "Alcohol and Suicide - the Portuguese Experience." *Addiction*, 90: 1053-61.

Sundhedsministeriet [Ministry of Health] (1999). *"De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug" [The Economic consequences of alcohol consumption in Denmark]*. 2nd edition. Copenhagen, Denmark: Ministry of Health. <http://www.im.dk/publikationer/alkoholrapport/index.htm>

Szücs, S., Sárváry, A., McKee, M., and Adany, R. (2005). "Could the High Level of Cirrhosis in Central and Eastern Europe Be Due Partly to the Quality of Alcohol Consumed? An Exploratory Investigation." *Addiction*, 100: 536-42.

Thorsen, T. (1990). *Hundrede års alkoholmisbrug [One hundred years of alcohol misuse]*. Copenhagen: Alkohol- og Narkotikarådet.

White, I. R., Altmann, D., and Nanchahal, K. (2004). "Mortality in England and Wales Attributable to Any Drinking, Drinking Above Sensible Limits and Drinking Above Lowest Risk Levels." *Addiction*, 99(6): 749-56.

Chapitre 7 : Evaluation des différentes politiques de prévention

Pour être efficaces sur la question de l'alcool, les politiques de sécurité routière doivent associer l'utilisation de taux légaux d'alcoolémie bas, avec des taux plus faibles pour les nouveaux conducteurs - la pratique de contrôles aléatoires d'alcoolémie et des suspensions du permis de conduire. Les études scientifiques, encore en nombre limité, n'ont pas démontré l'efficacité des programmes de réduction des risques (comme le accompagnement à domicile des personnes ivres ou la pratique du «conducteur désigné». Le verrouillage automatique des véhicules peut être une mesure intéressante en prévention primaire, mais en ce qui concerne les conducteurs condamnés, elle n'est pas efficace au delà de la période où le système est installé sur le véhicule du chauffeur qui a été en infraction. L'OMS a modélisé l'impact et le coût des contrôles aléatoires d'alcoolémie. Par rapport à l'absence de cette mesure, et si elle était appliquée dans toute l'Union européenne, elle aboutirait au bénéfice de 111 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût estimé à 233 milliards d'euros par an.

*L'efficacité des politiques de prévention utilisant les actions **d'information, d'éducation, et de formation** est faible. Bien que le but des actions d'éducation en milieu scolaire apparaisse facile à atteindre du fait qu'elles s'adressent à des publics «captifs», l'effet de ces programmes sur la population générale est faible car leur efficacité est limitée. Notons bien que des recommandations pour améliorer l'efficacité de ces programmes scolaires ont été données. Par ailleurs, les actions utilisant les media ont un rôle particulier à jouer en renforçant la prise de conscience des problèmes créés par la consommation d'alcool et en préparant le terrain pour des interventions particulières.*

*Il existe de fortes preuves de l'efficacité des politiques **régulant le marché de l'alcool**. La taxation des boissons alcooliques est particulièrement importante dans tous les pays, car elle agit en particulier sur la consommation d'alcool problématique des jeunes. Si la taxation de l'alcool était utilisée pour augmenter de 10% le prix de l'alcool dans l'Europe des 15, plus de 9000 décès seraient évités l'année suivante et un supplément de 13 milliards d'euros de revenu fiscal (droits d'accises) serait prélevé. Il a été prouvé que lorsque les horaires autorisés de vente de l'alcool sont étendus, les actes violents augmentent. L'OMS a modélisé l'effet de la restriction d'une durée de 24 heures par semaine pour la vente d'alcool dans les commerces de détail ; cela entraînerait pour l'Union Européenne le bénéfice de 123 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût d'implantation estimé à 98 millions d'euros par an.*

*Réglementer les **communications commerciales** des boissons alcooliques (publicité et autres pratiques de marketing) en contrôlant leur volume et leur contenu est susceptible de réduire les dommages. Les publicités ont une action particulière sur les jeunes car elles valorisent les attitudes positives vis-à-vis de la consommation d'alcool. L'auto régulation effectuée par les producteurs de boissons eux-mêmes (par exemple en publiant des codes de bonne conduite) n'apparaît pas comme efficace. L'OMS a modélisé l'impact de l'interdiction de la publicité ; appliqué à l'Union européenne, elle entraînerait le bénéfice de 202 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût d'implantation estimé à 95 millions d'euros par an.*

*Il existe de plus en plus de preuves de l'efficacité des stratégies modifiant le **contexte et le cadre de la consommation**. Cependant ces stratégies sont applicables principalement dans les bars et les restaurants et leur efficacité dépend de la surveillance par les autorités. Par exemple, voter une loi sur l'âge*

minimum pour consommer de l'alcool aura peu d'effet si la sévérité de la loi votée n'est pas renforcée par la crainte de voir la licence des débits de boissons retirée aux établissements qui ne la respectent pas. De telles stratégies sont également plus efficaces lorsqu'elles sont soutenues par des programmes de prévention communautaires.

*Il existe de plus en plus de preuves de l'impact des **interventions brèves**, particulièrement dans les lieux de soins primaires, pour réduire la consommation d'alcool à risque et dangereuse. L'Organisation Mondiale de la Santé a modélisé l'impact et le coût des soins basés sur les interventions brèves s'ils étaient proposés à 25 % de la population à risque; appliqué à l'Union européenne, cela entraînerait le bénéfice de 408 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût estimé à 740 millions d'euros par an.*

*En utilisant ces modèles de l'OMS, et en comparant avec une absence de toute politique de prévention, il a été possible d'estimer le coût et l'effet d'un **ensemble de mesures et de programmes** efficaces appliqués à l'ensemble de l'Union Européenne comprenant des contrôles d'alcoolémie aléatoires sur la route, une augmentation de la taxation, une restriction de l'accès aux boissons alcooliques, une interdiction de la publicité et la pratique d'interventions brèves par les médecins généralistes. L'implantation de cet ensemble de mesures coûterait aux gouvernements européens la somme de 1,3 milliards d'euros. Cela représente à peu près 1 % des coûts directs de l'alcool à la société et seulement 10 % du surplus de recette fiscale obtenu par une augmentation de 10 % du prix de l'alcool). Il a été estimé que cet ensemble de mesure éviterait 1,4 millions d'années de vie en mauvaise santé ou de morts prématurées par an, soit approximativement 2 % de la somme de toutes les années de vie gâchées dans l'Union européenne.*

INTRODUCTION

Les preuves existantes

Les progrès considérables qui ont été faits au cours des vingt-cinq dernières années nous permettent de comprendre scientifiquement le lien entre politiques sur l'alcool, consommation d'alcool et méfaits de l'alcool (cf. Bruun *et al.* 1975; Edwards *et al.* 1994; Babor *et al.* 2003). Les preuves dont nous disposons viennent d'analyses chronologiques, économétriques, d'études locales et d'interventions consistant en contrôles effectués au hasard. Les politiques sur l'alcool peuvent être divisées en cinq groupes, à savoir (i) les politiques de lutte contre l'alcool au volant ; (ii) les politiques de sensibilisation et basées sur l'éducation, la communication et la formation ; (iii) les politiques de réglementation du marché de l'alcool ; (iv) les politiques luttant contre les méfaits de l'alcool en créant un environnement défavorable à la consommation d'alcool ; et (v) les politiques visant à offrir conseils et soins aux personnes consommant de l'alcool de façon dangereuse ou nocive ou alcoolo-dépendantes. Bien que les choses évoluent actuellement dans ce domaine, les résultats issus de recherches viennent principalement d'Amérique du Nord, du Nord de l'Europe, d'Australie et de la Nouvelle -Zélande. Bien qu'il n'y ait aucune raison de penser que ces résultats concernant les politiques sur l'alcool ne sont pas exploitables pour l'ensemble de l'Europe. Il est nécessaire d'élargir le réservoir de preuves dont nous disposons au niveau pays et cultures, sujet qui sera abordé au chapitre 10. Dans le présent chapitre nous nous pencherons davantage sur les preuves concernant la réglementation de la publicité, ce sujet alimentant actuellement les débats.

Tableaux récapitulatifs

Pour chaque type de stratégie spécifique à un domaine un tableau récapitulatif est fourni précisant le degré d'efficacité de chaque mesure. Ces tableaux ont été établis en utilisant une version actualisée de l'évaluation d'efficacité fournie par Babor *et al.* (2003), et le système de classification du tableau 7.1.

Tableau 7.1 Base d'évaluation de l'efficacité des politiques utilisée dans ce chapitre

Efficacité	Ampleur des recherches faites	Rentabilité
<p>Ce critère a trait aux preuves issues de recherches méthodiques démontrant si une stratégie précise permet efficacement de diminuer la consommation d'alcool, les problèmes liés à l'alcool ou les coûts sociaux y afférents. L'échelle de valeurs suivante a été utilisée :</p> <p>0 Preuves indiquant un manque d'efficacité + Preuves indiquant une efficacité limitée. + Preuves indiquant une efficacité moyenne. +++ Preuves indiquant une grande efficacité ? Aucune recherche n'a été réalisée ou les preuves sont insuffisantes pour permettre une évaluation.</p>	<p>L'attribution de notes élevées dépend du nombre de revues globales et intégratives d'études et de méta-analyses disponibles. L'ampleur des recherches faites a été évaluée indépendamment de l'efficacité (c'est-à-dire il est possible qu'une stratégie soit notée comme étant peu efficace mais qu'elle ait toutefois une excellente note concernant l'ampleur des recherches effectuées). L'échelle suivante a été utilisée :</p> <p>0 Aucune recherche concernant l'efficacité n'a été réalisée + Une seule étude d'efficacité bien conçue a été réalisée. ++ Entre 2 et 4 études d'efficacité ont été réalisées. +++ Au moins 5 études d'efficacité ont été réalisées. ? Les preuves sont insuffisantes pour permettre une évaluation.</p>	<p>Ce critère sert à évaluer le coût financier au niveau gouvernemental de la mise en application, de la gestion opérationnelle et du maintien d'une stratégie considérée, quelle que soit son efficacité. Par exemple, le fait d'augmenter les taxes sur l'alcool génèrent peu de dépenses pour l'Etat mais coûte plus cher aux consommateurs d'alcool. Selon ce critère, la meilleure note correspond au coût le plus bas. Ainsi, plus la note attribuée est élevée plus le coût de mise en oeuvre et de maintien de cette stratégie est faible. L'échelle suivante a été utilisée :</p> <p>o Coût élevé de mise en application et de maintien + Coût de mise en application et de maintien relativement élevé. ++ Coût de mise en application et de maintien modéré. +++ Coût de mise en application et de maintien relativement faible. ? Aucune information disponible concernant ce coût ou évaluation du coût impossible.</p>

Source : Babor *et al.* (2003).

Evaluation de l'impact et du coût de mise en oeuvre des politiques

Tout au long de ce chapitre, nous présenterons également les résultats du projet de l'Organisation Mondiale de la Santé CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective - choisir des interventions rentables) qui fournit des évaluations de l'impact et du coût de mise en oeuvre de politiques visant à diminuer le nombre de DALYs (années de vie ajustées sur l'incapacité - cf. chapitre 6) perdues à cause de l'alcool (Tan Torres *et al.* 2003; OMS 2002; Ezzati *et al.* 2002; Rehm *et al.* 2004; Chisholm *et al.* 2004; Rehm *et al.* 2003a,b; 2004; Rehm *et al.* 2001; Stouthard *et al.* 2000), chiffres recalculés et appliqués à l'Union européenne. Le modèle statistique du projet CHOICE détermine l'efficacité des interventions à partir d'un modèle de transition démographique (Lauer *et al.* 2003), prenant en compte les naissances, les décès et l'impact de l'alcool. Deux scénarios sont présentés sur une période d'une vie (100 ans) : 1) absence totale d'interventions luttant contre la consommation dangereuse et nocive d'alcool (définie dans le cadre de CHOICE comme excédant 20 g par jour pour les femmes et 40 g par jour pour les hommes) ; et 2) un impact au niveau de la population pour chaque stratégie précise maintenue en place sur une période de dix ans. L'écart exprime les gains santé chez la population résultant de l'intervention, réduits de 3% et pondérés suivant l'âge.

Les coûts considérés dans le modèle CHOICE sont ceux supportés par le gouvernement, dont *les coûts relatifs aux programmes* ayant trait à la gestion opérationnelle des interventions comme les frais administratifs, de formation et les dépenses médiatiques (Adam *et al.* 2003; Johns *et al.* 2003), et les *coûts relatifs aux patients* comme les consultations dans le cadre de soins de santé primaires (Fleming *et al.* 2000). Ces coûts ont été calculés en dollars internationaux (Adam *et al.* 2003; Johns *et al.* 2003) puis convertis en euros, de façon à ce qu'à un euro corresponde la même quantité de services médicaux partout, que ce soit en Angleterre ou en Hongrie. Ce modèle ne tient toutefois pas compte de la possible augmentation de la main-d'oeuvre et de la productivité dans les familles de gros buveurs suite à l'intervention, de même il n'inclut pas les conséquences économiques résultant de la diminution de la criminalité, de la violence et autres méfaits de l'alcool. Les recettes fiscales ne sont pas prises en compte.

Les interventions stratégiques spécifiées dans le modèle CHOICE sont présentées en détails dans ce chapitre. Les modèles sont présentés à titre d'exemples afin de donner une idée de l'impact et du coût de certaines interventions. **Le fait qu'une intervention stratégique a été modélisée (par exemple une stratégie visant à restreindre la disponibilité de l'alcool ou à interdire la publicité pour l'alcool) n'implique absolument pas que cette politique est recommandée pour l'Europe (cf. chapitre 10).** Comme ce modèle prend pour comparaison une situation en Europe sans l'intervention considérée, son objet principal est de fournir aux décideurs une base de comparaison permettant d'évaluer l'impact et le coût de différents types d'interventions. Les résultats pour l'Union européenne sont présentés répartis en trois régions, telles que définies par l'OMS, cf. tableau 7.2.

Les services d'aide sociale et autres secteurs

Bien que ce domaine ne fasse pas ici l'objet d'un examen détaillé, les stratégies concernant l'alcool devraient s'inscrire dans le cadre de solides mesures de protection sociale et de stratégies fiscales. Les politiques sociales et économiques visant à améliorer la croissance en bonne santé des enfants et des jeunes, à diminuer les disparités, à favoriser l'équité et à renforcer les collectivités donneront toutes sortes de résultats positifs, et notamment permettront de lutter contre les méfaits de l'alcool (Blane *et al.* 1996; Marmot & Wilkinson 1999).

Tableau 7.2 Classement suivant le taux de mortalité des pays de l'Union européenne et régions telles que définies par l'OMS.¹

Europe A Très faible taux de mortalité infantile et adulte		Europe B Faible taux de mortalité infantile et adulte	Europe C Faible taux de mortalité infantile et fort taux de mortalité adulte
Autriche	Italie	Cyprus	Estonie
Belgique	Luxembourg	Pologne	Hongrie
République tchèque	Malte	Slovaquie	Lettonie
Danemark	Pays-Bas		Lituanie
Finlande	Portugal		
France	Slovénie		
Allemagne	Espagne		
Grèce	Suède		
Irlande	Royaume-Uni		

¹ Pour la liste complète des pays des trois régions européennes définies voir OMS 2002.

LES MESURES CONTRE L'ALCOOL AU VOLANT

Les politiques de réglementation du marché de l'alcool

Ce type de stratégie, qui comprend la réglementation des prix et des points de vente de l'alcool, la concentration géographique des débits de boissons et le contrôle des horaires d'ouverture des établissements qui vendent de l'alcool, le contrôle de la disponibilité de l'alcool, du marchandisage de l'alcool et de la publicité pour l'alcool, permet de lutter contre l'alcool au volant et de réduire le nombre de morts sur la route (cf. ci-après) (Grube & Stewart 2004).

Baisse du taux maximum légal d'alcoolémie ²

Le fait de réduire le taux d'alcoolémie autorisé pour lutter contre l'alcool au volant a toujours donné de bons résultats à tous niveaux, et a également permis de réduire encore davantage le nombre des accidents de la route (Jonah *et al.* 2000).

Le cas des Etats-Unis

Bien que de nombreuses études aient été publiées au sujet de l'efficacité de la réglementation américaine limitant le taux d'alcoolémie à 0,8g/l (Johnson & Walz 1994; Hingson *et al.* 1996; Hingson *et al.* 2000; Foss *et al.* 1998; 2001; Apsler *et al.* 1999; Voas & Tippetts 1999 ; Villaveces *et al.* 2003), ces recherches ayant utilisé des méthodes statistiques diverses et différents types de mesure pour les résultats, il est difficile d'intégrer leurs conclusions dans une évaluation globale de l'efficacité de cette loi (Beirness & Simpson 2002). Une analyse des tendances chronologiques a été faite au sujet de l'instauration de la limite légale d'alcoolémie à 0,8g/l dans 19 Etats américains sur la période 1982-2000, avec prise en compte d'autres règlements essentiels de sécurité (suspension ou retrait du permis de conduire, port obligatoire de la ceinture de sécurité) ainsi que les circonstances économiques pouvant influencer l'efficacité de cette loi (Tippetts *et al.* 2005). Pour l'ensemble des 19 Etats suite à la mise en vigueur de la loi limitant à 0,8g/l le taux maximum légal d'alcoolémie, le nombre d'accidents mortels imputables à l'alcool a diminué de 15 %. Recul plus marqué dans les Etats ayant également adopté une réglementation prévoyant la suspension ou le retrait du permis de conduire et de fréquents contrôles par alcootest sur la route. La limitation du taux légal d'alcoolémie à 0,2g/l pour les jeunes ou nouveaux conducteurs a permis de réduire le nombre d'accidents mortels sur la route, diminution se chiffrant entre 9% et 24%. Des études réalisées en Californie ont démontré que la publicité doublait l'impact de nouvelles lois et de nouvelles mesures d'application (Voas & Hause 1987).

Les lois contre l'alcool au volant

L'Organisation Mondiale de la Santé a modélisé l'impact et le coût de contrôles illimités par alcootest, comparaison faite avec une situation sans aucun contrôle par alcootest ; ce modèle statistique appliqué à l'Union européenne évalue à 111 000 le nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité et perdues en raison de décès prématurés économisés pour un coût estimé à 233 millions d'euros par an.

² Le taux d'alcoolémie (BAC ou BAL dans les études anglophones) exprime le taux d'éthanol dans une certaine quantité de sang et est considéré comme une "mesure par rapport à un volume". Ce taux est exprimé le plus souvent en gramme d'éthanol par 100 millilitres de sang (g/100ml), parfois en pourcentage par volume comme souvent aux Etats-Unis, et en milligrammes d'éthanol par millilitre de sang (mg/ml), équivalent en grammes par litre (g/l) plus couramment utilisé dans la plupart des pays d'Europe. Par exemple, 0,05 g/100ml=0,05%=0,5 mg/ml=0,5g/l Dans le présent rapport nous utilisons l'élément de mesure g/l.

Le cas de l'Australie

La baisse du taux maximum légal d'alcoolémie de 0,8g/l à 0,5g/l en Nouvelle-Galles du Sud a permis de réduire de 7 % le nombre d'accidents graves, de 8 % le nombre d'accidents mortels et de 11% le nombre d'accidents la nuit n'impliquant qu'un véhicule (Henstridge *et al.* 1997), alors que les contrôles par alcootests au hasard ont entraîné une réduction de ces mêmes types d'accidents respectivement de 19%, 48% et 26%. Si l'on compare simplement les données cumulées concernant les accidents de la route pour les trois ans précédant et suivant la réduction de la limite d'alcoolémie de 0,8g/l à 0,5g/l dans le Queensland, on constate une réduction nette de 11 % dans le nombre d'accidents avec hospitalisation, de 15 % dans le nombre de blessés (sans hospitalisation), et de 12% du volume de dégâts matériels (Smith 1987; 1988). Toutefois, il semble que les effets de la baisse du taux maximum légal d'alcoolémie s'estompent avec le temps car, pour commencer, les automobilistes en réaction à la publicité faite redoutent de façon exagérée d'être appréhendés, puis petit à petit s'habituent à la nouvelle réglementation et réalisent qu'ils ont en fait de fortes chances de passer à travers les mailles du filet. Le fait de ne pas donner aux automobilistes d'idée précise concernant les véritables risques de contrôle peut, contrairement à ce qu'on pourrait croire, être un outil stratégique déterminant pour une politique dissuasive rentable (Homel 1988; Nagin 1998).

La baisse en 1990 de la limite légale d'alcoolémie de 0,5g/l à 0,2g/l en Suède a permis de réduire le nombre d'accidents de la route, diminution se chiffrant entre 8% et 10% (Ross & Klette 1995; Norström 1997; Norström & Laurell 1997; Lindgren 1999; Borschos 2000).

Le Danemark a réduit le taux maximal d'alcoolémie autorisé de 0,8g/l à 0,5g/l le 1^{er} mars 1998. Suite à la mise en application de cette réglementation, le nombre global de blessés de la route et des accidents impliquant un conducteur ayant un taux d'alcoolémie excédant 0,5g/l en 1998 a baissé par rapport à 1997 (Bernhoft & Behrendorff 2003), alors que le nombre d'accidents mortels n'a pas changé.

Les contrôles illimités par alcootest (au hasard)

Des contrôles illimités ou au hasard par alcootest signifient que la police contrôle à volonté les automobilistes et leur demandent de se soumettre à un alcootest, même sans aucun motif comme une infraction ou un accident. Il peut être demandé à tout automobiliste de subir un alcootest sans qu'il puisse faire quoi que ce soit pour l'éviter. L'emplacement et la fréquence des contrôles changent d'un jour à l'autre et d'une semaine à l'autre, et une personne qui refuse de se soumettre au test est considérée comme étant en infraction avec un taux au-dessus de la limite légale. Vingt-trois études concernant des contrôles illimités par alcootest et des contrôles sélectifs ont montré que ce type de stratégie permet de réduire de 22 % (entre 13 et 36 %) le nombre d'accidents mortels, l'impact sur les accidents sans blessures et autres accidents étant moins marqué (Shults *et al.* 2001).

Le cas de l'Australie

L'Australie est l'un des pays avec le plus d'expérience en matière de contrôles par alcootest effectués au hasard. En 1999, 82 % des automobilistes australiens ont déclaré avoir été arrêtés sur la route à un moment ou un autre, contre 16 % au Royaume-Uni et 29 % aux Etats-Unis (Williams *et al.* 2000). Grâce à ces mesures, le nombre d'accidents mortels de la route a diminué de 22 %, alors que le nombre d'accidents impliquant l'alcool a baissé de 36%, résultats qui se sont maintenus pendant plus de quatre ans (Homel 1988; Arthurson 1985). Une étude des tendances chronologiques couvrant quatre Etats australiens a révélé que les contrôles illimités par alcootest étaient deux fois plus efficaces que les points de

contrôle sélectifs (Henstridge *et al.* 1997). Par exemple, dans le Queensland, des contrôles illimités par alcootest ont permis de réduire de 35 % le nombre d'accidents mortels sur la route contre 15 % avec de simples contrôles de police. Depuis la mise en pratique de ces contrôles, la réglementation en vigueur luttant contre l'alcool au volant et les campagnes publicitaires à Victoria continuent à diminuer efficacement le nombre des accidents graves durant les périodes de consommation accrue d'alcool (Tay 2005a; 2005b).

Le cas de l'Europe

Aux Pays-Bas, la mise en place expérimentale de contrôles par alcootest faits au hasard a eu pour effet de réduire le nombre de contrevenants, en particulier avec un taux d'alcool dans le sang excédant 0,5g/l, limite légale dans ce pays (Mathijssen & Wesemann 1993).

Suspension du permis de conduire

La suspension du permis de conduire infligée aux contrevenants n'est que partiellement efficace pour ce qui est de réduire le nombre de récidivistes et d'accidents impliquant l'alcool. Sans éducation sous quelque forme que ce soit, de conseil ou de traitement, les effets de la suspension du permis de conduire d'un automobiliste en état d'ébriété ne durent que le temps de cette suspension, qui est généralement court (McKnight & Voas 1991; Ross 1992). L'effet de dissuasion, quelle que soit la sanction, est renforcé par son caractère certain et immédiat (Ross 1984; Ross 1992; McKnight & Voas 2001). Un examen de 46 études concernant la suspension de permis de conduire a révélé que cette mesure a entraîné une baisse de 5 % du nombre d'accidents imputables à l'alcool et de 26 % du nombre d'accidents mortels (Zobeck & Williams 1994).

Nous ne disposons que d'un nombre réduit de preuves concernant l'effet dissuasif des peines d'emprisonnements ou des amendes pour ce qui est d'éviter les récidives (Voas 1986). Ceci dit, pour les autorités le fait d'infliger une peine d'emprisonnement peut être une opportunité sur le plan légal d'orienter les contrevenants vers des traitements, ayant effectivement permis de réduire le nombre des récidives chez les contrevenants nouveaux et multiples (Voas & Tippetts 1990). Une méta-analyse de 215 évaluations indépendantes de programmes destinés à remédier à ce problème ont révélé qu'ils ont permis de réduire en moyenne de 8 ou 9 % aussi bien le nombre de récidives de conduite sous l'influence de l'alcool que des accidents imputables à l'alcool (Wells-Parker *et al.* 1995).

Système de verrouillage alcolock

Une des mesures pour lutter contre l'alcool au volant consiste à installer un système de verrouillage au niveau du contact pour empêcher toute personne ayant bu de conduire le véhicule. Pour conduire un véhicule équipé de ce système, le conducteur doit d'abord se soumettre à un alcootest. Si le test est positif, c'est-à-dire au-delà de la limite préalablement fixée, il est impossible de démarrer le véhicule. Afin d'éviter toute "roublardise" (c'est-à-dire de faire souffler une autre personne dans le test), le conducteur doit ensuite se soumettre à une série randomisée d'alcootests alors que le véhicule est en marche. Ces systèmes de verrouillage peuvent également être utilisés en tant que mesure préventive pour équiper les véhicules des services publics et les poids lourds.

Un examen de huit études sur des programmes de verrouillage de véhicules, sous l'autorité d'un tribunal local ou d'un service public régissant les véhicules motorisés, a révélé que ce type de mesure était plus efficace que la suspension du permis de conduire pour ce qui est d'empêcher les récidives parmi les personnes ayant conduit

sous l'influence de l'alcool (Voas *et al.* 1999). Toutefois, sept de ces études rapportent qu'une fois que le système de verrouillage est enlevé les contrevenants récidivent de la même manière que ceux qui ont eu leur permis de conduire suspendus.

Une revue systématique effectuée par l'association Cochrane a identifié un essai randomisé de contrôles, dix essais de contrôles, et trois essais en cours (Willis *et al.* 2004). Dans le premier cas, le taux de récurrence était plus bas lorsque les véhicules étaient encore équipés du système de verrouillage, mais plus aucun résultat n'était obtenu en cas de désinstallation de l'appareil. Au cours de 13 essais de contrôles sélectifs, on a assisté à nouveau parmi les participants dont le véhicule était équipé de cet appareil à un niveau moindre d'infractions par rapport au groupe témoin. Ceci dit, les résultats positifs s'arrêtaient une fois que le verrouillage était enlevé.

En 2000, un consortium de recherche européen a examiné la possible application de programmes alcolock dans les pays de l'UE. La conclusion a été que le nombre d'infractions concernant l'alcool au volant et le nombre d'accidents de la route diminuaient durant la participation au programme alcolock (Mathijssen 2005). Suite à cette étude de faisabilité, des interventions de ce type sont actuellement mises en oeuvre en Belgique, Finlande, Allemagne, aux Pays-Bas, en Norvège, en Espagne et en Suède. Aux Pays-Bas, ces mesures cibleront les automobilistes ayant conduit en état d'ivresse et qui suite à un examen médical ou psychiatrique ont été déclarés "incapables de conduire", soit environ 10% des récidivistes chroniques ou ceux avec un taux d'alcoolémie excédant 1,8g/l. Ce programme alcolock sera obligatoire et sera soumis aux règles du droit administratif, il est prévu pour une durée de deux ans avec prolongation possible de six mois. Le coût par alcolock installé est estimé à 2 200 €. Si l'on considère la réduction de 65 % estimée du nombre d'accidents de la route chez les conducteurs dont les véhicules seront équipés d'alcolock, cela devrait permettre de réduire le nombre de morts sur la route de 4 ou 5 pour un coût annuel de 0,9 millions d'euros.

Les systèmes et programmes alcolock furent lancés en Suède en 1999, sous deux types de projets (Bjerre 2005). Une stratégie de prévention visant à lutter contre l'alcool au volant a été mise en oeuvre dans trois compagnies de transport (bus, camions, taxis). Un second essai de mesure préventive a été amorcé sous la forme d'un programme volontaire de deux ans ouvert aux contrevenants, exigeant qu'ils se soumettent à un programme médical strict, dont des services d'aide psychosociale et des examens de contrôle réguliers effectués par un médecin. L'installation d'alcolocks sur les véhicules commerciaux a été bien acceptée par les professionnels du transport, leurs employés et passagers, et en Suède l'installation d'alcolocks en tant que mesure préventive se fait actuellement sur un nombre croissant de véhicules. Au cours du projet principal de prévention, sur mille démarrages trois furent bloqués à cause du taux d'alcoolémie du chauffeur qui dépassait la limite légale de 0,2g/l. Seulement 11 % des contrevenants à la réglementation anti-alcool au volant répondant aux critères ont pris part au programme secondaire volontaire de prévention, dont 60% ayant été médicalement déclarés alcoolo-dépendants. Au cours du programme, on a assisté à une diminution de la consommation d'alcool mesurée à partir de cinq marqueurs biologiques, et le taux d'infraction par an a chuté considérablement, étant passé de 5 % à pratiquement zéro. Toutefois, une fois le programme terminé les conducteurs semblent avoir repris leurs anciennes habitudes concernant l'alcool au volant.

Restrictions concernant les jeunes conducteurs ou conducteurs inexpérimentés

L'examen de diverses études a révélé qu'une limite maximum légale plus basse pour les jeunes conducteurs (par exemple entre 0,1g/l et 0,2g/l) a pour effet de réduire le nombre de blessés et d'accidents de la route (Hingson *et al.* 1991 1994; Zwerling & Jones 1999), avec de plus un diminution du nombre des accidents mortels se chiffrant entre 9 et 24 % (Shults *et al.* 2001). Une enquête nationale aux Etats-Unis a rapporté une réduction nette de 24% du nombre des jeunes conducteurs ayant enfreint la limite maximum d'alcoolémie pour les jeunes (Voas *et al.* 1999). Aux Etats-Unis, le fait de simultanément repousser l'âge légal de consommation d'alcool à 21 ans et d'adopter une tolérance zéro (alcoolémie <0,2g/l) pour les jeunes conducteurs de moins de 21 ans a permis de réduire considérablement le nombre d'accidents mortels sur la route impliquant des conducteurs de moins de 21 ans sous l'influence de l'alcool entre 1982 et 1997 (Voas *et al.* 2003). Les programmes de sécurité routière avec permis de conduire limitatif pour les jeunes conducteurs imposent des restrictions concernant les circonstances dans lesquelles les jeunes ou nouveaux conducteurs ont le droit de prendre la route, dont notamment l'interdiction de conduire durant certaines heures ou d'avoir d'autres jeunes avec eux dans la voiture. De tels programmes, souvent basés sur un taux maximum d'alcoolémie inférieur à 0,2g/l, permettent de réduire efficacement le nombre d'accidents mortels sur la route parmi les jeunes conducteurs âgés entre 15 et 17 ans, cette réduction allant jusqu'à 19% (Morrisey *et al.* 2005).

Formation des serveurs et responsabilité civile

Les programmes de formation pour le personnel de service, dans les bars et autres débits de boissons, destinés à lutter contre l'alcool au volant, comprenant notamment le fait de refuser de servir un client et d'organiser son transport, ont fait l'objet d'évaluations en Amérique du Nord, en Australie et aux Pays-Bas. Ces programmes s'adressant au personnel susceptible de servir de l'alcool ont amélioré fortement les compétences et attitudes, et notamment enseigné à décourager la surconsommation d'alcool en proposant d'autres boissons. L'effet est beaucoup plus marqué lorsque cette approche s'accompagne de changement dans les pratiques concernant le service et la vente d'alcool dans les débits de boissons et de la formation des gérants (Rydon *et al.* 1996; Saltz 1997).

Toutes les études n'ont pas unanimement rapporté des résultats positifs pour ces mesures contre l'alcool au volant, même lorsque la formation des serveurs a été exigée pour l'acquisition d'une licence de débit de boissons (Lang *et al.* 1998).

Ceci dit, lorsqu'ils s'inscrivaient dans des projets plus vastes entrepris au niveau local, les programmes visant à responsabiliser les serveurs se sont avérés efficaces, en particulier en ce qui concerne les accidents la nuit impliquant des jeunes (Holder & Wagenaar 1994; Wagenaar *et al.* 2000).

La responsabilité civile des débits de boissons, qui servent des clients déjà en état d'ébriété, a été établie, en particulier aux Etats-Unis, généralement dans le cadre du droit coutumier, principe adopté par un petit nombre de pays dont l'Australie et le Canada.

L'IMPORTANCEANT LE RESPECT DE LA LOI

Des contrôles de conformité à la réglementation, avec des agents de police en civil se rendant dans des débits de boissons qui servaient des clients déjà visiblement en état d'ébriété, ont eu pour effet d'augmenter par trois les refus de servir des pseudo clients qui faisaient semblant d'être ivres et de baisser d'un quart le pourcentage d'automobilistes arrêtés après avoir bu dans un bar ou un restaurant (McKnight & Streff, 1994). Les économies en terme d'accidents sont estimées à 75 € pour chaque euro dépensé dans des mesures incitant au respect de la loi.

Cet assujettissement a été en premier lieu réactif, c'est-à-dire qu'il a servi à redresser des torts, le fait d'avoir servi de l'alcool à une personne en état d'ébriété ayant résulté en dommages personnels corporels ou autres (Mosher 1979 1987). Ce qui peut par exemple arriver quand un automobiliste en état d'ébriété venant de consommer de l'alcool dans un débit de boissons a un accident de voiture et percute un passant innocent, le blessant ou le tuant. Toutefois, la responsabilisation des serveurs ou barmans peut être également utilisée à titre préventif afin d'encourager de meilleures pratiques pour une meilleure sécurité et pour lutter contre l'alcool au volant (Mosher 1983; 1987; Holder *et al.* 1993). Certains Etats américains, qui tiennent pour responsables les gérants et le personnel des bars des dégâts causés par l'alcool, enregistrent des taux moindres d'accidents mortels sur la route (Chaloupka *et al.* 1993; Ruhm 1996; Sloan *et al.* 1994a) et d'homicides (Sloan *et al.* 1994b), par rapport aux Etats n'ayant pas adopté cette mesure.

Dans un Etat, les autorités ont intentionnellement fait de la publicité concernant la responsabilité légale des serveurs et barmans, ce qui a entraîné un recul de 12 % dans le nombre d'accidents n'impliquant qu'un véhicule avec blessés la nuit (Wagenaar & Holder 1991), la responsabilisation légale ayant changé l'attitude et le comportement des propriétaires et du personnel des bars (Holder *et al.* 1993; Sloan *et al.* 2000).

Dans certaines circonscriptions, il est illégal de vendre de l'alcool à des personnes jugées comme risquant de se blesser, y compris les personnes en dessous de l'âge minimum légal ou en état d'ébriété. Toute infraction pouvant mener à des poursuites judiciaires et des amendes aux vendeurs et à des sanctions administratives contre les établissements contrevenants comme des contraventions et la suspension de licence.

Les mesures de mise en application de lois interdisant de servir un client ivre sont plus rares que celles de lois interdisant la vente à des jeunes en dessous de l'âge minimum légal. La plupart des actions contre les serveurs et les barmans semblent être entreprises lorsque le fait de servir illégalement de l'alcool a des conséquences négatives, et non comme une action normale de mise en vigueur de la réglementation. Il est possible de renforcer l'efficacité de mesures visant à contrôler la consommation d'alcool en concentrant ces interventions sur les contrevenants chroniques parmi les débits de boissons. En interrogeant les automobilistes arrêtés pour connaître le dernier établissement où ils ont bu un verre, on peut déterminer les principaux contrevenants.

Les programmes de prévention routière : "capitaines de soirée" et transport organisé

Il n'existe pas de définition universelle concernant les "conducteurs désignés" (ou "capitaines de soirée"). La définition la plus courante étant qu'une personne, avant une soirée, s'engage à ne pas consommer d'alcool et à reconduire ses passagers en toute sécurité (cf. Ditter *et al.* 2005). D'autres définitions correspondent à une

stratégie de réduction des risques et des dégâts liés à l'alcool sans forcément exiger l'abstinence totale, mais imposant au conducteur désigné de respecter la limite maximum légale d'alcoolémie.

Dans la pratique, il s'avère que seule une minorité de conducteurs désignés ne boivent pas du tout d'alcool, et qu'un grand nombre ont tendance à adopter une démarche plutôt incertaine. Lors d'un sondage en Californie, seulement 56% des personnes interrogées ont répondu que le "capitaine de soirée" devait être désigné avant que le groupe commence à boire, et seulement 64% attendaient du conducteur désigné de s'abstenir totalement de boire de l'alcool dans les quatre heures avant de prendre le volant (Lange *et al.* 1998). Dans certains cas le "conducteur désigné" a été choisi parmi les participants qui ont le moins bu (Knight *et al.* 1993; DeJong & Wintzen 1999). Timmerman *et al.* (2003) nous apprend que 66 conducteurs désignés après avoir quitté un bar universitaire avaient un taux d'alcoolémie supérieur à 0,6g/l.

Un examen systématique a été réalisé afin de collecter des preuves de l'efficacité des programmes de "conducteurs désignés" dans la lutte contre l'alcool au volant, et de la réduction du nombre d'accidents imputables à l'alcool en évaluant les campagnes de prévention routière encourageant la désignation d'un "capitaine de soirée" ainsi que des programmes dans les établissements servant de l'alcool encourageant les clients à se porter volontaires et à prendre le rôle de capitaine de soirée (Ditter *et al.* 2005). Nous n'avons trouvé qu'une seule étude d'une campagne de prévention routière s'adressant au public encourageant la désignation de "capitaines de soirée". Cette enquête a rapporté une augmentation de 13% du nombre de personnes répondant qu'elles désignaient "toujours" un conducteur pour la soirée, toutefois sans véritable changement dans leur comportement concernant le fait de prendre le volant après avoir bu ou de monter dans une voiture conduite par une personne qui a bu de l'alcool (Boots & Midford 1999). Sept études (dont cinq ont été rapportées dans le même article de journal, et dont six ont été conduites par les deux mêmes principaux auteurs) ont évalué le nombre de clients qui ont déclaré agir comme capitaines de soirée avant et après que les programmes aient été mis en place, avec une augmentation moyenne de 0,9 "conducteur désigné" par soirée (Brigham *et al.* 1995; Meier *et al.* 1998; Simons-Morton & Cummings 1997). Une huitième étude d'un groupe de personnes soumises à un programme de prévention routière a révélé une baisse de 6% du nombre d'incidents (rapportés par les personnes interrogées) de conduite en état d'ivresse ou du fait de se faire raccompagner par un conducteur ivre (Boots 1994).

L'interprétation de ces résultats reste toutefois difficile compte tenu que seulement deux études de ce type (Brigham *et al.* 1995; Simons-Morton & Cummings 1997) rapportent le nombre de clients ou groupes de clients présents dans le bar durant chaque période d'observation. Ainsi, bien que de façon générale les programmes de prévention ont enregistré une légère augmentation du nombre de clients répondant qu'ils voulaient bien être des conducteurs désignés, il est difficile de dire dans quelle mesure cette augmentation reflétait la réalité, c'est-à-dire si ces personnes prenaient véritablement le rôle de capitaine de soirée. Enfin, il s'est avéré impossible d'estimer les effets sur la santé publique des changements qui ont été constatés chez les personnes s'étant déclarées conducteurs désignés, en l'absence de toute information concernant ce que leur attitude aurait été en l'absence d'un programme encourageant la désignation d'un capitaine de soirée. Ce qui fait que compte tenu de l'ampleur réduite des effets observés, et du manque de mesure des résultats, les preuves actuelles sont insuffisantes pour tirer une conclusion concernant l'efficacité des différents types de programmes examinés encourageant la désignation d'un conducteur sobre.

En outre, aucune étude n'a examiné si la désignation d'un conducteur sobre permettait vraiment de réduire le nombre de blessés de la route dus à l'alcool.

Toutefois, certaines enquêtes concernant les conducteurs désignés ont estimé leur taux d'alcoolémie, qui est fortement associé aux risques d'accidents sur la route. Les résultats indiquent que les capitaines de soirée ont un taux d'alcoolémie généralement plus bas que leurs passagers et que les autres conducteurs non chargés de reconduire d'autres personnes (Lange *et al.* 2000), mais qui dépasse cependant souvent la limite légale (Timmerman *et al.* 2003).

L'impact potentiel sur la consommation d'alcool des programmes encourageant la désignation d'un capitaine de soirée sobre est un autre aspect important à considérer. Plusieurs enquêtes rapportent une plus forte consommation d'alcool chez les passagers qui se reposent sur un conducteur désigné. Une étude estime que l'augmentation moyenne du taux d'alcool dans le sang des passagers se reposant sur un conducteur désigné était de 0,17 g/l, (Harding *et al.* 2001), cette attitude étant plus fréquente chez les jeunes et les personnes ayant tendance à boire plus, et de ce fait présentant plus de risques (Knight *et al.* 1993; DeJong & Wintzen 1999; Boots & Midford 1999).

Dans plusieurs agglomérations, des associations offrent un transport gratuit principalement aux automobilistes qui prennent le volant en état d'ébriété. Une enquête réalisée auprès de 335 services de ce type, qui ont répondu à l'appel de clients ou d'établissements servant de l'alcool, disent que le plus gros obstacle est que plus de 15% de ces programmes ne prennent pas en charge le transport du véhicule que la personne a utilisé pour venir (Harding, Apsler & Goldfein 1998), cette dernière hésitant à laisser son véhicule ou à revenir le reprendre plus tard. Ross (1992) suggère de proposer un service de transport gratuit en taxi jusqu'à l'endroit où les personnes qui vont boire se rendent pour la soirée. Ce qui éviterait tout risque de prendre le volant sous l'influence de l'alcool. Ainsi un gros buveur se verrait dans l'obligation de chercher un moyen de transport autre que sa propre voiture pour rentrer. Une enquête nous apprend qu'en l'absence de ce programme de prévention routière 44 % des personnes ayant bu de l'alcool auraient pris le volant pour

Projet "Saving Lives"

Le projet "Saving Lives" ("Sauvons des Vies") mis en oeuvre dans six agglomérations du Massachusetts, aux Etats-Unis, a été spécialement conçu pour lutter contre l'alcool au volant et les problèmes qui y sont liés, comme les excès de vitesse (Hingson *et al.*, 1996). Dans chacune de ces circonscriptions, une personne a été employée à plein temps par les autorités locales pour coordonner ces activités et gérer une équipe regroupant des membres de divers services municipaux. La conception de ces programmes a été faite sur le plan local. De nombreuses et diverses actions furent entreprises dont des campagnes publicitaires, la diffusion d'informations aux entreprises, l'organisation de journées de sensibilisation avec pour thèmes les excès de vitesse et l'alcool au volant, des numéros d'appel spéciaux pour signaler les excès de vitesse, la formation des policiers, la sensibilisation en milieu scolaire axée sur l'attitude des jeunes en groupe, l'intervention de groupes luttant contre l'alcool au volant comme Students Against Drunk Driving, des programmes de prévention routière en université. Pendant les cinq ans que dura le programme "Saving Lives", les zones d'intervention ont enregistré un recul 25% plus fort du nombre d'accidents mortels sur la route par rapport aux autres régions du Massachusetts, ainsi qu'une réduction de 47 % du nombre de blessés graves chez les automobilistes ayant bu de l'alcool et une baisse de 5 % du nombre de blessures constatées dues à des accidents, et de 8 % du nombre de blessures résultant d'accidents chez les jeunes entre 16 et 25 ans. De plus, un nombre moindre de personnes ont déclaré avoir pris le volant après avoir bu (en particulier chez les jeunes) et avoir dépassé les limitations de vitesse. La plus forte réduction du nombre de blessés et d'accidents mortels sur la route a été enregistrée chez les 16-25 ans.

retourner chez elles (Sarkar *et al.* 2005). Un tiers des buveurs d'alcool se sentaient impuissants face au choix qu'ils devaient faire pour éviter de prendre le volant en ayant bu.

Les programmes de prévention en milieu scolaire

Un examen systématique des documents et ouvrages utilisés dans le cadre de programmes de prévention en milieu scolaire visant à lutter contre l'alcool au volant et en deux roues a été fait afin d'évaluer leur efficacité. Cet examen a permis d'identifier treize articles ou rapports techniques de confrères qui répondaient aux critères de qualité choisis et comprenaient une intéressante évaluation des résultats (Elder *et al.* 2005). Dans ces articles trois sortes d'interventions ont été évaluées : programmes de prévention en milieu scolaire, groupe organisés d'enfants scolarisés et des campagnes invitant à la normalisation sociale. En ce qui concerne les programmes de prévention routière, alors qu'en moyenne cinq études n'ont constaté aucun effet sur le nombre de personnes ayant déclaré avoir conduit après avoir bu (Harre & Field 1998; Klepp *et al.* 1995; Shope *et al.* 1996; D'Amico & Fromme 2002; Sheehan *et al.* 1996), en moyenne quatre autres études rapportent une réduction dans le nombre de personnes ayant déclaré être montées avec un conducteur qui avait bu (Harre & Field 1998; Newman *et al.* 1992; Wilkins 2000; Sheehan *et al.* 1996). Une seule enquête a examiné le nombre d'accidents et n'a trouvé aucun effet (Shope *et al.* 2001). Deux études concernant l'efficacité des programmes associatifs n'ont pas été en mesure de fournir de preuve concernant les résultats obtenus (Leaf & Preusser 1995; Klitzner *et al.* 1994). Deux études indiquent que les campagnes encourageant la normalisation sociale permettent effectivement de lutter contre l'alcool au volant et ont augmenté l'usage de conducteurs désignés (Cimini *et al.* 2002; Foss *et al.* 2001).

Les programmes locaux de prévention routière

Bien que communément utilisées, les opérations médiatisées de prévention routière contre l'alcool au volant seules ne permettent pas de réduire de façon manifeste le nombre d'accidents dus à l'alcool au volant (Haskins 1985). Ceci dit, les programmes de prévention routière au niveau local comprenant notamment la diffusion d'informations à l'intention du public semblent être efficaces (Hingson *et al.* 1996; cf. ci-après).

Les politiques contre l'alcool au volant

En résumé

Au nombre des stratégies particulièrement efficaces pour lutter contre l'alcool au volant figurent notamment la baisse du taux maximum légal d'alcoolémie, les contrôles par alcootests (au hasard) illimités, la suspension du permis de conduire et, pour les jeunes conducteurs, l'imposition d'une limite légale d'alcoolémie plus basse et des mesures restrictives concernant le permis de conduire (cf. tableau 7.3). Alors que l'alcolock peut constituer une mesure préventive, son usage appliqué aux contrevenants ne donne des résultats qu'aussi longtemps que l'appareil reste fixé au véhicule. Aucune preuve n'existe concernant la réelle efficacité des programmes de prévention routière, notamment en milieu scolaire ou encourageant la désignation de capitaines de soirée. Le public doit être informé des lois contre l'alcool au volant si l'on veut qu'elles soient efficaces. Si le public n'est pas au courant d'un changement ou d'un renforcement concernant la mise en application d'une loi, il est peu probable qu'il modifie ses habitudes concernant l'alcool au volant. L'intégration de mesures contre l'alcool au volant au sein d'opérations à l'échelle locale semble accroître leur efficacité.

Tableau 7.3 Evaluation de l'efficacité de mesures contre l'alcool au volant

	Efficacité ¹	Ampleur des recherches faites ¹	Rentabilité ¹
Baisse du taux maximum légal d'alcoolémie	+++	+++	+++
Contrôles par alcootest au hasard	+++	++	+
Suspension du permis de conduire	+++	++	++
Système de verrouillage véhicule alcolock	+	+	+
Taux maximum légal d'alcoolémie plus bas pour les jeunes	+++	++	+++
Mesures restrictives concernant le permis de conduire	++	++	+++
Formation responsabilisation civile des serveurs	+	++	+
"Capitaines de soirée" et services de transport	O	+	++
Programmes de prévention routière en milieu scolaire	?/O	+	+
Programmes à l'échelle locale	++	++	+

¹Cf. définitions au tableau 7.1

Source : Babor *et al.* (2003) (modifié).

Impact et coût des mesures contre l'alcool au volant

Le projet CHOICE de l'Organisation Mondiale de la Santé a modélisé pour deux types de mesures l'impact que chacune d'elle aurait sur le nombre de blessés sur la route imputables à l'alcool : d'une part les lois contre l'alcool au volant, qui lorsqu'elles sont bien instituées dans une région permettent selon les estimations de réduire de 7% le nombre de morts sur la route (Shults *et al.* 2001), valeur corrigée en tenant compte du niveau actuel de mise en application ; et d'autre part l'usage de contrôles par alcootest au hasard, entraînant une diminution supplémentaire du nombre de morts sur la route estimée entre 6 et 10% (Peek-Asa 1999; Shults *et al.* 2001).

Selon ce modèle la mise en pratique stricte de contrôles par alcootests au hasard (par rapport à des alcootests sélectifs) dans l'ensemble de l'Union européenne économiserait entre 161 (pays de la région Euro-B) et 460 (pays de la région Euro-C) DALYs par million d'habitant et par an, cette opération coûtant entre 43 € (Euro-C) et 62 € (Euro-B) par 100 habitants et par an (cf. figures 7.11 et 7.12 en fin de ce chapitre). L'usage de contrôles par alcootests au hasard illimités en Europe, comparé à une absence totale de ce type de contrôles, peut économiser 111 000 années de vie ajustées sur l'incapacité et perdues en raison de décès prématurés pour un coût estimé à 233 millions d'euros par an (adapté de Chisholm *et al.* 2004).

EDUCATION, COMMUNICATION, FORMATION ET SENSIBILISATION DU PUBLIC

Dans cette section nous examinerons quatre domaines ayant trait à l'éducation, la communication, la formation et la sensibilisation du public : les médias et la contre-publicité, les conseils concernant la consommation d'alcool comportant le moins de

risques, les messages préventifs sur les étiquettes de produits alcoolisés et les programmes de prévention en milieu scolaire.

Les médias et la contre-publicité

Bien que l'alcool soit présent dans les médias, principalement sous forme de publicités, des avis au public concernant la santé et la sécurité routière sont également faits via les médias. Les communiqués d'intérêt public à la télévision ou à la radio, les messages contre-publicitaires payants, les panneaux d'affichage, les articles de magazines, les chroniques dans les journaux, ainsi que les reportages ou histoires présentées à la télévision et à la radio, visent tous à fournir au public des informations concernant les risques et les complications liés à l'alcool.

Les communiqués d'intérêt public sont des messages préparés par des organismes non gouvernementaux, de santé ou des associations médiatiques visant à fournir d'importantes informations pouvant être utiles à un public cible. Contrairement aux publicités payantes, la diffusion au public de ces communiqués repose sur des dons de temps d'écoute ou d'espace publicitaire. Pour ce qui est de l'alcool, ces communiqués traitent généralement du fait de "boire raisonnablement", des dangers concernant l'alcool au volant et autres sujet y afférents. Malgré les bonnes intentions qui animent les organismes auteurs de ces communiqués, ces derniers sont considérées comme inefficaces face aux messages médiatiques d'excellente qualité qui encouragent à boire de l'alcool sous forme de publicités payantes et qui font l'objet d'une diffusion massive (cf. Ludwig 1994; Murray *et al.* 1996).

Les communiqués d'intérêt public visent plus particulièrement les jeunes et l'alcool (Connolly *et al.* 1994; Holder 1994). Un examen global semble indiquer que les interventions médiatisées basées sur une stratégie universelle (Gorman 1995) ont un impact restreint sur la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont liés. Ceci dit, une étude au Canada (Casiro *et al.* 1994) rapporte que suite à une campagne télévisée sur les dangers de boire de l'alcool pendant un grossesse, un plus grand nombre de femmes en ont conclu que boire de l'alcool mettrait en danger leur bébé et ont dit avoir entendu cette information à la télévision. Globalement, des recherches complémentaires sont nécessaires afin de déterminer ce que le public perçoit et comprend des campagnes médiatisées (Martin 1995). Il est possible qu'il vaille mieux examiner la façon dont les médias influencent les priorités adoptées en terme de politiques publiques (Casswell 1997). Par exemple la présentation des problèmes liés à l'alcool dans la presse d'actualité (presse écrite, télévisée, et parlée) a tendance à être faite de façon simpliste, sensationnelle et dramatique (Gusfield 1995), et focalise sur des histoires concernant des personnes en particulier, sans considérer l'alcool sur le plan de la société. Ces reportages soulèvent des questions valables concernant la façon dont la diffusion d'actualités peut modifier les attitudes du public et les politiques publiques concernant l'alcool, domaine qui toutefois n'a pas fait l'objet de recherches approfondies.

La contre-publicité comprend la diffusion d'informations concernant un produit, ses propriétés, ou l'industrie qui en fait la promotion, en vue de ternir son attrait et de lutter contre son usage. Ce type d'opération est différent des autres genres de campagnes d'information en ce qu'il lutte directement contre la publicité d'une chose ou d'un service en particulier (Stewart 1997). Au nombre des tactiques utilisées figurent : l'imposition de mentions sur les étiquettes produits, des efforts visant à "l'alphabétisation médiatique" afin de sensibiliser le public aux stratégies publicitaires utilisées par une industrie, ainsi que des messages d'avertissement dans les magazines et à la télévision. Une contre-publicité peut aussi se présenter sous forme de module au sein de programmes de prévention sur le plan local ou en milieu

scolaire (ex. Giesbrecht *et al.* 1990; Greenfield & Zimmerman 1993), et être mis à l'ordre du jour avec de nombreux autres questions par les autorités régissant la vente au détail de l'alcool (Goodstadt & Flynn 1993).

Dans la plupart des pays, le nombre de communiqués d'intérêt public et de contre-publicités concernant les problèmes liés à l'alcool est infime comparé à la quantité de publicités pour l'alcool (cf. Fedler *et al.* 1994; Wyllie *et al.* 1996) et ces messages sont rarement diffusés à la télévision. En outre, la qualité des contre-publicités est souvent médiocre. Une enquête réalisée auprès de collégiens dans la Moselle, en France (Pissochet *et al.* 1999), a rapporté que les jeunes interrogés considèrent que les messages publicitaires de prévention contre l'alcool portent moins que les publicités pour l'alcool, et que ceux qui buvaient de façon quotidienne étaient plus critiques que ceux qui buvaient de temps en temps ou pas du tout.

Le tremplin médiatique Ceci dit, il est possible d'utiliser les médias pour sensibiliser davantage le public au sujet des problèmes liés à la consommation d'alcool et pour préparer le terrain en vue d'interventions précises (Casswell *et al.* 1990; Holder & Treno 1997).

Les tactiques faisant appel à l'éducation et à l'information du public peuvent être utilisées non seulement pour persuader le consommateur de changer d'attitude face à l'alcool, mais aussi pour mobiliser le public et obtenir son appui pour des mesures éprouvées (Casswell & Gilmore 1989), notamment visant à restreindre la disponibilité de l'alcool, contre l'alcool au volant, ayant pour objet la réduction des méfaits de l'alcool dans et autour des lieux de consommation d'alcool. Le tremplin médiatique peut également servir à modifier l'opinion publique en vue de l'adoption de nouvelles mesures (Wallack *et al.* 1993), par exemple comme l'instauration en Australie d'une réglementation concernant l'étiquetage de toutes les boissons alcoolisées (Stockwell & Single 1997).

Les conseils invitant à boire avec modération

Des études épidémiologiques concernant les effets de l'alcool consommé avec modération sur les troubles cardiovasculaires (cf. chapitre 5) ont généré des pressions politiques dans certains pays, incitant à la diffusion au public de supports publicitaires et éducatifs vantant les bienfaits de l'alcool à petite dose. Des enquêtes dans plusieurs pays ont rapporté une augmentation du nombre d'adultes conscients de ces bienfaits de l'alcool sur la santé. Par exemple, en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, la proportion de la population connaissant ces effets bénéfiques est passée de 28 % en 1990 à 46 % en 1994, les deux effets les plus mentionnés de l'alcool à petite dose étant son action relaxante (54 %) et cardioprotectrice (39 %) (Hall 1995). Dans ce contexte, des conseils officiels ou semi-officiels ont été dispensés dans un certain nombre de pays concernant l'alcool consommé "avec modération" ou "à moindre risque" (ex. Bondy *et al.* 1999). Compte tenu des considérations sur lesquelles reposent de tels conseils, il n'est guère surprenant que ces conseils varient considérablement d'un pays à l'autre (Stockwell 2001). L'impact de ces messages n'a encore fait l'objet que de peu de recherches (Walsh *et al.* 1998).

En outre, on ne sait pas vraiment si l'on doit attendre de ces messages une diminution ou une augmentation de la consommation d'alcool et des problèmes qu'il cause (Casswell 1993). Au Danemark (Strunge 1998) et en Angleterre (Cabinet Office 2003), des messages invitant le public à boire raisonnablement en se basant sur le nombre d'unités d'alcool, bien qu'ayant eu une valeur informative, n'ont en fait eu qu'un impact très faible sur l'attitude générale.

La mention de messages préventifs sur les étiquettes des produits alcoolisés

La mention sur les étiquettes des produits alcoolisés de messages préventifs est obligatoire au Canada et aux Etats-Unis. Ces messages mettent le consommateur en garde principalement contre les risques de malformation du fœtus en cas de consommation d'alcool durant la grossesse et les dangers de l'alcool au volant ainsi qu'en cas d'utilisation d'une machine. Les risques pour la santé sont également mentionnés. Dans certains Etats, les risques liés à la consommation d'alcool doivent obligatoirement être affichés dans les établissements qui servent ou vendent de l'alcool. Aux Etats-Unis, la mention sur les étiquettes produits ou dans des publicités de tout effet bénéfique de l'alcool sur la santé est interdite (Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau 2003). Cette réglementation repose notamment sur les faits suivants : (1) de graves problèmes de santé sont liés à l'alcool, même consommé avec modération ; (2) les bienfaits de l'alcool consommé avec modération ne constituent pas une règle universelle, étant donné qu'ils ne concernent qu'une faible proportion de la population ; (3) de nombreux groupes au sein de la population devraient s'abstenir de boire ou minimiser leur consommation d'alcool ; (4) le fait de permettre la promotion des bienfaits de l'alcool sur la santé saperait l'action préventive des mentions obligatoires sur les étiquettes produits ; et (5) des mentions explicatives ne permettraient pas de véritablement lutter contre une publicité trompeuse vantant les bienfaits de l'alcool sur la santé.

Mention obligatoire de messages préventifs sur les étiquettes des produits alcoolisés aux Etats-Unis

(voir dans la version anglaise de ce rapport le texte d'avertissement original en anglais)

AVERTISSEMENT GOUVERNEMENTAL :
 (1) Selon le ministre de la Santé, les femmes enceintes ne devraient pas boire d'alcool en raison des risques de malformations. (2) La consommation de boissons alcoolisées affaiblit vos capacités à conduire un véhicule ou à utiliser une machine, et peut causer des problèmes de santé.

Un bon nombre d'enquêtes ont été réalisées aux Etats-Unis concernant la mention obligatoire de messages sur les étiquettes des boissons alcoolisées mettant en garde les consommateurs (Kaskutas 1995). Il a été rapporté qu'une grande part de la population a répondu avoir vu des étiquettes avec messages préventifs (Hilton 1993; Graves 1993; Greenfield *et al.* 1993; Kaskutas & Greenfield 1992), et certaines preuves indiquent que ces mises en garde sur les étiquettes sensibilisent davantage le public concernant les risques de l'alcool au volant et la consommation d'alcool durant une grossesse (Kaskutas & Greenfield 1992; Greenfield 1997; Greenfield & Kaskutas 1998; Greenfield *et al.* 1999; Kaskutas & Greenfield 1997). Il a été notamment constaté que le sujet de la consommation d'alcool au cours d'une grossesse a nourri les conversations de façon proportionnelle au nombre de types de messages reçus par le public (Kaskutas *et al.* 1998). Aucun impact direct de ces messages préventifs sur la consommation ou les problèmes causés par l'alcool n'a été rapporté (MacKinnon *et al.* 2000; Grube & Nygaard 2001; Agostinali & Grube 2002). Toutefois, lorsque la consommation de boissons alcoolisées présente un danger pour la santé, en particulier pour les femmes enceintes, les personnes sous traitement ou exposés à d'autres risques comme les conducteurs de véhicules ou les utilisateurs

La loi Evin en France

Cette loi exige la mention suivante dans toute publicité pour l'alcool :

L'abus d'alcool est dangereux pour la santé

de machines, il convient d'en informer les consommateurs, même si les messages préventifs sur les étiquettes produits s'avèrent avoir un impact restreint.

Bien que nous ne disposions que de peu de preuves concernant l'impact que peuvent avoir des messages préventifs sur les étiquettes de produits alcoolisés en terme de réduction des méfaits de l'alcool, les consommateurs européens devraient régulièrement recevoir des informations exactes et cohérentes concernant les effets nocifs de l'alcool.

Les programmes de prévention en milieu scolaire

La plupart des programmes de prévention en milieu scolaire visent à modifier les idées, les attitudes et les comportements des adolescents face à l'alcool, ou encore à corriger certains facteurs comme les capacités sociales et l'amour-propre qui semblent être à l'origine de la consommation d'alcool chez les adolescents.

Démarches informationnelles

Avant, les interventions en milieu scolaire reposaient uniquement sur une approche informationnelle et enseignaient aux élèves les conséquences et les dangers de l'alcool. Ce type de programmes ne s'est pas avéré efficace (Botvin *et al.* 1995a 1995b; Hansen 1994; Tobler 1992). Bien qu'ils aient une valeur éducative et modifient les attitudes face à l'alcool, de façon générale ils n'ont pratiquement pas eu d'effet sur la consommation d'alcool. En outre, certaines preuves indiquent que le fait de simplement fournir des informations concernant les dangers de certaines substances peut, dans certains cas, avoir un effet contraire et mener à une consommation accrue (Hansen 1980 1982).

Les programmes de prévention en milieu scolaire

Malgré de longues années de recherche, l'ampleur de l'impact de la plupart des programmes de prévention en milieu scolaire reste minime et ces interventions se soldent souvent par un échec.

Il est donc raisonnable de considérer que jusqu'à ce que nous obtenions plus de preuves concernant leur efficacité, ces programmes de prévention en milieu scolaire ne constituent pas un bon usage de ressources limitées.

Les démarches normatives et anti-pression Des évaluations scientifiques concernant les interventions pédagogiques normatives et anti-pression en milieu scolaire et universitaire concernant l'alcool ont donné des résultats mitigés, certaines preuves indiquant qu'il s'agit là de méthodes efficaces (Dielman 1995; Botvin & Botvin 1992; Hansen 1992 1993 1994; Ellickson 2003), y compris les interventions visant à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool chez les étudiants (Baer *et al.* 1992, Marlatt *et al.* 1995, Marlatt *et al.* 2002). Parmi ces programmes figurent des examens médicaux et autres types d'intervention (Marlatt *et al.* 1998, Baer *et al.* 2001) (cf. encadré ci-dessous), ainsi que des projets éducatifs basés sur le concept des normes sociales (ex. le besoin de se conformer à ce qui est jugé comme acceptable par leurs camarades) (Mattern & Neighbors 2004; Kypri & Langley 2003, Perkins 2002). Ils ont également fait l'objet de critiques en ce qui concerne les méthodes utilisées et mettant en doute la validité des résultats (Brown & Kreft 1998; Foxcroft *et al.* 1997; Gorman 1996 1998; Paglia & Room 1999).

L'AMPS (Alcohol Misuse and Prevention Study) est un programme éducatif type en milieu scolaire, principalement axé sur les pressions exercées pour inciter à boire, les dangers liés à la consommation d'alcool et comment résister aux pressions de l'entourage (Shope *et al.* 1996a 1996b). Le programme AMPS est une réussite en terme d'enseignement concernant l'alcool (Shope *et al.* 1992), mais n'a eu que peu

d'effet concernant l'attitude face à l'alcool (Shope *et al.* 1996a). D'autres programmes en milieu scolaire encourageant à résister aux pressions incitant à boire ont donné des résultats similaires (Botvin *et al.* 1995a; Klepp *et al.* 1995).

Projet Norththland est une intervention qui a été entreprise au niveau local en milieu scolaire, visant à décourager ou à retarder la consommation d'alcool chez les adolescents dans 10 communes dans le nord-est du Minnesota (Perry *et al.* 1993, 1996). L'intervention principale était constituée d'une série de séances éducatives en milieu scolaire, ayant pour thèmes la capacité à résister aux pressions, l'alphabétisation médiatique et l'enseignement normatif. Dans le cadre de ce projet, des informations ont été fournies aux parents au sujet de la consommation d'alcool chez les adolescents. Les équipes organisationnelles du projet ont dans certaines communes également participé à des actions stratégiques locales, comme l'adoption de décrets exigeant la formation responsabilisation du personnel de service dans les débits de boissons. Evaluation faite de ce projet, il s'avère que ces interventions, bien qu'elles aient eu une influence positive en améliorant la compréhension ainsi que la communication au sein de la famille concernant l'alcool, n'ont eu aucun impact prolongé sur la consommation d'alcool (Williams *et al.* 1995; Perry *et al.* 1996; Perry *et al.* 1998).

Le projet SHAHRP (School Health and Alcohol Harm Reduction Project) en Australie est un bon exemple de programme bien conçu, et visait à réduire les méfaits de l'alcool chez les élèves du secondaire (McBride *et al.* 2004). Selon les rapports d'étude, les jeunes au sein du groupe étudié (qui avaient assisté à dix leçons de 40 à 60 minutes basées sur des activités faisant appel à certaines compétences et visant à minimiser les méfaits de l'alcool chez les collégiens de 13 ans, puis douze autres leçons sur une période de 5 à 7 semaines pour les jeunes de 14 ans comportant d'autres activités faisant appel à leurs capacités) buvaient considérablement moins lors du contrôle de suivi effectué 8 mois plus tard, ce après la première phase d'intervention (31 % de différence). Ceci dit, lors du dernier contrôle de suivi, soit 17 mois après la mise en oeuvre du projet, cette différence n'était plus que de 9 %. À l'issue de la première étape du programme lors du contrôle de suivi 8 mois après, les élèves du groupe étudié avaient moins tendance à abuser de l'alcool (26 % de différence), mais 17 mois après la fin du programme cette différence n'était plus que de 4 % (cf. figure 7.1). De fortes différences à la fin des deux phases d'intervention ont été constatées entre les groupes étudiés en ce qui concerne les méfaits que ces jeunes ont déclaré considérer comme étant associés à leur propre consommation d'alcool, différence (23 %) qui s'est encore vérifiée au bout de 17 mois.

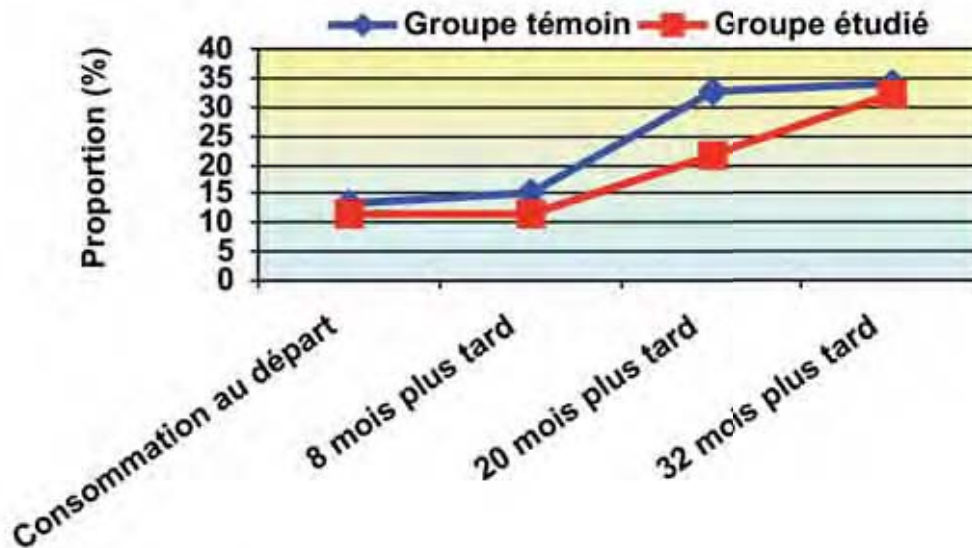


Figure 7.1 Impact chez le groupe d'élèves ayant assisté à deux séances éducatives par rapport au groupe témoin sur la consommation épisodique de fortes quantités d'alcool chez les jeunes entre 13 et 15 ans (quantité consommée à l'origine puis un an plus tard). Source: McBride *et al.* 2004).

L'alphabétisation médiatique D'autres actions ont été entreprises en milieu scolaire afin de donner aux jeunes des notions médiatiques et de leur apprendre à résister à l'invitation attrayante des publicités pour l'alcool. Actions qui ont donné quelques résultats positifs (Austin & Johnson 1997) pour ce qui est de ne pas se laisser tenter par de tels messages publicitaires (Slater *et al.* 1996) et de réduire la consommation d'alcool et la fréquentation de lieux fortement propices à la consommation d'alcool (Canzer 1996).

Projet de prévention du Midwest

Le projet de prévention du Midwest a été mis en place dans 50 établissements scolaires dans 15 communes du Kansas (Etats-Unis). Projet qui fut ensuite répété dans 57 établissements et 11 communes d'un autre Etat américain. Cette intervention était en cinq volets : (a) un programme éducatif de 10 ou 13 leçons plus 5 séances de "révision", (b) un programme sur les médias, (c) un programme éducatif pour les parents et les associations, (d) la formation des autorités municipales, et (e) des modifications apportées aux stratégies municipales sur l'instigation de l'équipe organisationnelle locale. Au bout d'un an, par rapport à d'autres écoles d'importantes différences résultant du programme furent constatées lors des sondages au sujet de la quantité d'alcool consommée par mois (MacKinnon *et al.* 1991; Pentz *et al.* 1989). Résultats qui ont toutefois totalement disparu après 3 ans (Johnson *et al.* 1990).

Les interventions locales et familiales Certains programmes associent éducation et interventions au niveau familial ou de la commune (Werck *et al.* 2003; Bauman *et al.* 2002; Turrisi *et al.* 2001). Les évaluations bien conçues qui ont été faites suggèrent que même les programmes complets de prévention en milieu scolaire ne suffisent pas à retarder la consommation initiale d'alcool ou à maintenir une légère réduction dans la consommation une fois le programme terminé (Perry *et al.* 1993 1996 1998; Williams *et al.* 1995; MacKinnon *et al.* 1991; Pentz *et al.* 1989; Johnson *et al.* 1990).

Sur le long terme (plus de 3 ans), le programme de prévention SFP (Strengthening Families Programme), s'était avéré prometteur en terme d'efficacité, avec un nombre de traitements nécessaires (en anglais NNT = number needed to treat) de 9 concernant trois attitudes lors de la première consommation d'alcool (consommation d'alcool, consommation sans permission et première ivresse) (Spath *et al.* 2001a; 2001b) (cf. figure 7.2). C'est-à-dire que le taux de réussite du programme était de 1 sur 9. Une autre étude a également mis l'accent sur la valeur possible d'une formation concentrée sur les attributs culturels sur le long terme : NNT = 17 sur 3 ans 1/2 pour une consommation égale ou supérieure à 4 verres par semaine (Schinke *et al.* 2000), soit un taux de réussite de 1 sur 17.

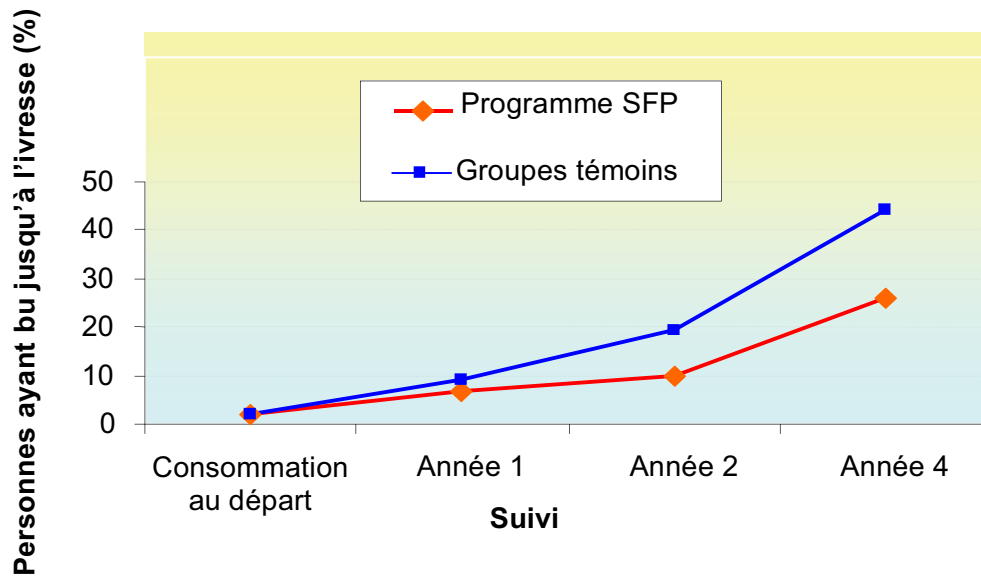


Figure 7.2 Impact du programme SFP concernant le fait d'avoir bu jusqu'à l'ivresse.
Source : Spoth *et al.* (2001a 2001b).

Un revue effectuée par l'association Cochrane concernant les résultats sur le long terme de programme de prévention de base chez les jeunes a révélé que 23 des 56 programmes examinés se sont avérés inefficaces à long terme ; cf. tableau 7.4 (Foxcroft *et al.* 2003). Aucune conclusion ferme n'a toutefois été faite en ce qui concerne l'efficacité des interventions préventives à court et moyen terme.

Tableau 7.4 Efficacité des programmes de prévention de base concernant l'alcool chez les jeunes sur le court, moyen et long terme. Source : Foxcroft *et al.* 2004.

Contrôle de suivi :	En partie efficace	Inefficace	Effet "négatif"
Court terme (après 1 an au plus)	14	23	3
Moyen terme (entre 1 et 3 ans)	13	19	2
Long terme (plus de 3 ans)	3	6	0

Est-il possible d'obtenir de meilleurs résultats avec les programmes éducatifs de prévention ? Un certain nombre de suggestions ont été faites pour améliorer les résultats des programmes éducatifs de prévention en milieu scolaire (Marlatt *et al.* 2002, Hawks *et al.* 2002, McBride 2002; 2003; 2005). Si l'on considère les programmes qui effectivement se sont avérés efficaces, il semble possible d'améliorer ce type d'intervention par :

- l'adoption de modes de recherche adéquats ;
- une incitation chez les concepteurs de programmes à adopter une phase préliminaire consistant à interroger les jeunes et à procéder à des essais concernant les interventions auprès des jeunes et des enseignants ;
- l'adoption d'un calendrier permettant de dispenser ces programmes aux différents stades de développement chez les jeunes ;
- la sélection de programmes interactifs et basés sur le développement des compétences ;
- la définition d'objectifs, en terme de changement d'attitude face à l'alcool, adaptés et vrais pour tous les jeunes ;
- l'inclusion de séances de révision dans les années suivantes l'éducation de base ;
- l'inclusion d'informations pouvant être immédiatement mises en pratique par les jeunes ;
- la formation appropriée des enseignants afin de donner au programme un caractère interactif ;
- la mise en oeuvre de programmes efficaces à grande échelle ; et
- l'adoption de stratégies marketing pour multiplier la portée des programmes efficaces.

Ces améliorations sur le plan de la recherche et de la conception des programmes éducatifs en milieu scolaire doivent être faites en association avec les aspects pratiques de la mise en oeuvre. Il est essentiel d'identifier les écueils auxquels se heurte ce type de programme ainsi que les stratégies qui permettent véritablement d'éduquer les jeunes en ce qui concerne l'alcool. Une mise en oeuvre de moyens éprouvés et une recherche des meilleures pratiques permettront d'améliorer ce type d'intervention, et de renforcer la prévention en milieu scolaire en tant que stratégie essentielle locale de lutte contre l'alcool chez les jeunes. Du point de vue budget public, les subventions pour programmes éducatifs en milieu scolaire devraient inclure des travaux de recherche visant à améliorer les pratiques et une formation adéquate afin de garantir un enseignement de qualité.

Les politiques favorisant l'éducation, la communication, la formation et la sensibilisation du public

En résumé

Peu de preuves sont disponibles concernant l'efficacité des communiqués d'intérêt public, les campagnes d'information au public, en particulier celles invitant à une consommation modérée et donc à moindres risques, bien qu'il soit important d'utiliser les médias comme tremplin pour encourager le public à soutenir les changements concernant les réglementations (cf. tableau 7.5). Bien que nous disposions que d'une quantité réduite de preuves concernant l'impact des messages préventifs sur les étiquettes produits, cet usage donne lieu à des contestations du point de vue de la protection des consommateurs et de leurs droits. Malgré quelques résultats positifs obtenus avec des programmes éducatifs de prévention en milieu scolaire, des examens systématiques et des méta-analyses de bonnes études d'évaluation révèlent que la majorité des programmes sont sans effet, même à court terme. Une stratégie qui échoue le plus souvent qu'elle ne réussit ne peut certainement pas être considérée efficace. Un programme basé sur la famille est peut-être prometteur, mais n'a été évalué que dans un contexte particulier aux Etats-Unis et requiert de faire quantité de recherches plus approfondies. Nous avons une grande expérience en ce qui peut être considéré comme les meilleures pratiques en terme de programmes éducatifs en milieu scolaire, sans aucune preuve convaincante quant à leur véritable efficacité. Ce qui ne veut pas dire qu'il faille abandonner tout programme éducatif, car la population toute entière doit être informée au sujet de l'alcool et de ses méfaits. Il ne faut toutefois pas considérer l'éducation aux enfants scolarisés comme LA solution pour réduire ces méfaits.

Tableau 7.5 Evaluation de l'efficacité de mesures sous forme d'éducation et de sensibilisation du public

	Efficacité ¹	Ampleur des recherches faites ¹	Rentabilité ¹
Communiqués d'intérêt public	O	+++	++
Messages préventifs sur étiquettes produits	O	+	+++
Programmes éducatifs en milieu scolaire concernant l'alcool	O/+	+++	+

¹ Cf. définitions au tableau 7.1
Source : Babor *et al.* (2003) (modifié).

Impact et coût des différents types de programmes éducatifs Compte tenu du manque de preuves, le modèle CHOICE ne fournit aucune estimation de l'impact ou des coûts d'intervention concernant les programmes éducatifs.

LA REGLEMENTATION DU MARCHÉ DE L'ALCOOL

Dans cette section nous considérerons l'impact de trois types de mesures en matière de réglementation du marché de l'alcool, à savoir : les mesures tarifaires et fiscales, les restrictions sur la vente d'alcool, et enfin la publicité, les activités promotionnelles

et le sponsoring. Bien que considérées ici l'une après l'autre, ces mesures ne donnent pas de résultat lorsqu'elles sont utilisées séparément.

Les mesures tarifaires et fiscales

L'impact des changements de prix sur la consommation d'alcool et ses méfaits a, plus que tout autre moyen stratégique contre l'alcool, donné lieu à des recherches approfondies (Ornstein 1980; Ornstein & Levy 1983; Godfrey 1988; Leung & Phelps 1991; Österberg 1995; USDHHS 1997; Österberg 2001).

Nous disposons d'études économétriques au moins pour les pays suivants : Autriche, Belgique, Danemark, Allemagne, Finlande, France, Irlande, Italie, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Espagne, Suède, Royaume-Uni (Ahtola *et al.* 1986; Huitfeldt & Jorner 1972; Lau 1975; Ornstein 1980; Ornstein & Levy 1983; Olsson 1991; Edwards *et al.* 1994; Österberg 1995; 2000). L'élasticité-prix des boissons alcoolisées estimée dans diverses études montre que lorsque d'autres facteurs restent constants, une augmentation des prix généralement entraîne une diminution de la consommation d'alcool, et inversement une baisse des prix est suivie d'une augmentation de la consommation, l'ampleur de l'élasticité-prix dépendant parfois de la présence relative ou de l'absence d'autres mesures contre la consommation d'alcool (Farrell *et al.* 2003; Trollidal & Ponicki 2005).

Une analyse de données annuelles concernant l'Australie, le Canada, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni du milieu des années 1950 jusqu'au milieu des années 1980, a révélé une élasticité-prix de -0,35 pour la bière, -0,68 pour le vin, et de -0,98 pour les spiritueux (Clements *et al.* 1997).

Ce qui signifie que si l'on augmente le prix de la bière de 10 %, la consommation de bière diminue de 3,5 % ; si l'on augmente le prix du vin de 10 %, la consommation de vin recule de 6,8 % ; et si l'on augmente le prix des spiritueux de 10 %, la consommation de spiritueux baisse de 9,8%. Il existe des écarts entre les pays et au sein des pays avec le temps, quant à la réaction des

Les taxes sur l'alcool

Une majoration sous forme de taxes de 10 % du prix de l'alcool en UE15 permettrait d'économiser 9 000 décès l'année suivante et, selon les estimations, ces taxes généreraient une recette fiscale supplémentaire de 13 milliards d'euros.

ENCADRÉ 7.1 : ELASTICITÉ-PRIX

Les économistes, de même que les études économétriques, utilisent le terme d'**élasticité** pour mesurer le degré de fluctuation de la consommation d'alcool ou de ses méfaits en cas de changement dans les prix.

Demande élastique par rapport au prix Pour l'alcool on parle de **demande élastique par rapport au prix** lorsque le pourcentage de changement dans la consommation d'alcool **excède** le pourcentage de changement au niveau du prix.

Demande inélastique par rapport au prix Pour l'alcool on parle de **demande inélastique par rapport au prix** lorsque le pourcentage de changement dans la consommation d'alcool est **inférieur** au pourcentage de changement au niveau du prix.

Par exemple une élasticité de -2 signifie qu'une augmentation de 10 % du prix de l'alcool entraînera une chute de 20 % dans la consommation d'alcool, soit une situation de "demande élastique par rapport au prix".

Une demande inélastique au prix **ne signifie** pas que la consommation ne réagit pas au prix. Cela signifie simplement que la réaction est proportionnellement moindre.

consommateurs d'alcool face aux changements des prix des boissons alcoolisées. Ce qui se retrouve dans la diversité des chiffres d'élasticité-prix rapportés dans les études, quel que soit le pays où elles ont été faites (Österberg 1995; Chaloupka, Grossman & Saffer 2002). L'examen des modèles statistiques concernant la demande en 1989 et 1990 au Royaume-Uni a révélé que la demande face au prix de la bière, du vin et des spiritueux était généralement inélastique, avec toutefois une réaction plus sensible aux prix pour le vin et les alcools forts (Godfrey 1989 1990).

De plus récentes estimations ont rapporté une élasticité-prix de -0,48 pour la bière consommée sur place, de -1,03 pour la bière consommée ailleurs que sur le lieu d'achat, -0,75 pour le vin, et -1,31 pour les spiritueux (Huang 2003).

Les changements au niveau de la consommation d'alcool ne dépendent pas seulement de changements dans les prix mais aussi dans les revenus. L'étude comparative européenne sur l'alcool (ECAS) a analysé l'élasticité-prix et revenus (mesurés par dépense) concernant l'alcool pour la période allant des années 1960 aux années 1990 dans 14 pays d'Europe, cf. tableau 7.6 (Lepannen *et al.* 2000).

Tableau 7.6 Elasticité moyenne de la demande concernant l'alcool dans les pays d'Europe considérés, pour la période 1980-1995.

Pays	Elasticité	
	Prix de l'alcool	Revenus (mesurés en tant que dépense en alcool, corrigée en fonction du pouvoir d'achat)
Autriche	-0,026	0,930
Belgique	-0,438	1,083
Danemark	-0,573	0,414
Finlande	-0,680	0,761
France	-0,308	0,520
Grèce	-0,199	0,469
Irlande	-0,392	0,542
Italie	-0,087	0,890
Pays-Bas	-1,688	0,769
Norvège	-1,308	0,879
Portugal	-0,166	0,917
Espagne	-0,314	0,868
Suède	-0,855	1,200
Royaume-Uni	-0,681	0,620
Moyenne	-0,551	0,776

Source : Lepannen *et al.* 2000.

L'élasticité-prix indique qu'il est plus facile de contrôler la demande de boissons alcoolisées par l'imposition de taxes dans les pays du Nord de l'Europe que partout ailleurs. Il semble que la demande réagisse moins aux prix dans les pays d'Europe du Sud. Bien que les prix des boissons alcoolisées soient relativement élevés dans les pays d'Europe du Nord à cause des taxes, la valeur estimée de l'élasticité-prix indique que le niveau permettant de maximiser ce type de revenus fiscaux n'est pas atteint, même dans ces pays. Autrement dit, les gouvernements pourraient majorer

encore les taxes pour augmenter leurs recettes fiscales. Sur la période couvrant les années 1960 aux années 1990, l'élasticité-prix a convergé respectivement dans les pays d'Europe du Nord et du Sud.

Parallèlement, les valeurs d'élasticité-revenus indiquent que les consommateurs considèrent les boissons alcoolisées comme des denrées de consommation courante et non comme un luxe. Sur la période couvrant les années 1960 aux années 1990, l'élasticité-dépenses a convergé dans tous les pays d'Europe.

Le prix de l'alcool et les dépenses des consommateurs en alcool pèsent pour plus de la moitié (56 %) dans les écarts de consommation d'alcool entre les pays (Lepannen *et al.* 2004). Toutefois, si l'on prend en compte les différences culturelles par pays, les prix et les dépenses pèsent alors à hauteur de 11 % dans ces écarts. Enfin, les variations dans la consommation d'alcool diminuent si l'on remet les prix au même niveau pour tous les pays, alors qu'elles semblent augmenter légèrement si égalise les dépenses réelles pour tous les pays. Ce qui prouve que les prix interviennent plus que les dépenses dans la convergence de la consommation d'alcool entre pays.

Prix et préférences Si l'on examine une série d'ajustements des prix réalisés dans des buts précis par Systembolaget (monopole de l'alcool en Suède) sur la période 1984-1993, il est possible de voir les réactions des consommateurs face aux changements de prix (Ponicki *et al.* 1997; Gruenewald *et al.* 2000a). Les alcools ont été répartis en trois niveaux de qualité par type de boissons (bière, vin et spiritueux, étude basée sur les prix réels en 1990), à savoir de qualité "inférieure", "moyenne" et "supérieure". Les répercussions des changements des prix réels de ces boissons au sein des catégories qualité sur la consommation au sein de chaque catégorie, et l'élasticité croisée entre catégories qualité ont été examinées. Le fait d'augmenter les prix au sein des catégories qualité a entraîné une diminution des ventes dans ces mêmes catégories, et une augmentation des ventes de boissons de qualité inférieure de même type et d'autres types. Une augmentation égale de prix pour toutes les boissons alcoolisées a causé une chute des ventes de 1,7 %, une augmentation des prix ayant eu pour résultat des prix plus forts pour les boissons de qualité supérieure a eu pour effet d'augmenter les ventes de 2,8 %, alors qu'une augmentation des prix des boissons de qualité inférieure a entraîné une chute de 4,2% dans les ventes d'alcool.

Une autre incidence naturelle a eu lieu en Suisse lors de la réforme de la taxation des spiritueux, entrée en vigueur le 1er juillet 1999. Avant, le taux de taxation par litre d'alcool pur pour les spiritueux produits en Suisse était de 26,00 francs suisses et entre 32,00 et 58,00 francs pour les spiritueux venus de l'étranger, selon le type de boisson et le degré d'alcool. La réforme fiscale a également libéralisé l'importation de spiritueux. Il en a résulté une réduction (entre 30 et 50 %) du prix de vente au détail des spiritueux importés. Alors que les prix des spiritueux issus du marché domestique n'ont pas changé. La consommation de spiritueux a alors augmenté de façon considérable (de 28,6 %) au sein du groupe étudié, et en particulier chez les hommes jeunes et les personnes qui au début de l'étude consommaient peu d'alcool (Heeb *et al.* 2003). La quantité totale d'alcool consommée, ou de vin et de bière, n'a pas beaucoup changé. Aucun phénomène de substitution n'a été constaté. Les conséquences négatives de l'alcool augmentèrent également fortement. Toutefois après avoir contrôlé la consommation des spiritueux, il a été démontré que l'augmentation des méfaits de l'alcool au moment du contrôle de suivi était principalement liée à une augmentation de la consommation de spiritueux.

L'impact des prix chez les jeunes et les gros consommateurs d'alcool Des enquêtes montrent que le fait d'augmenter le prix de l'alcool permet de réduire sa consommation chez les jeunes, réduction qui touche plus les gros buveurs et ceux qui boivent le plus fréquemment que ceux qui boivent peu et moins souvent (Grossman *et al.* 1987; Coate & Grossman 1988; Laixuthai & Chaloupka 1993; Chaloupka & Wechsler 1996; Cook & Moore 2002). Les prix n'influencent pas seulement le taux de consommation mais aussi le fait de boire jusqu'à l'ivresse. Une

vaste étude aux Etats-Unis a révélé qu'une majoration des prix de 10 % permettrait de diminuer les cas d'ivresse par mois de 8 % (l'ivresse étant définie comme le fait de consommer 5 verres ou plus lors d'une même occasion ; Sloan *et al.* 1995). Les taxes sur l'alcool ont un impact différent selon les groupes d'âge, le fait d'augmenter l'âge minimum limite pour la consommation d'alcool pouvant toutefois masquer l'impact du prix (Gius 2005).

Bien que le marché des boissons alcoolisées semble évoluer de la même façon que les autres denrées de consommation courante, chez certains consommateurs la demande concernant l'alcool est différente de celle pour d'autres produits à cause de l'effet de dépendance que crée l'alcool. Cet effet de dépendance implique qu'une augmentation du taux de consommation dans le passé a pour effet d'augmenter la consommation actuelle. Ainsi une élasticité-prix ayant maintenu le taux de consommation sur le court terme serait plus faible en valeur absolue qu'une élasticité-prix sur le long terme ayant permis une fluctuation dans la consommation. Par exemple, une augmentation des prix en 2004 aurait pour effet de réduire la consommation d'alcool cette même année, sans changement concernant le taux de consommation des années précédentes. Compte tenu de l'effet de dépendance que crée l'alcool, on pourrait s'attendre aussi à une chute de la consommation en 2005 et dans les années qui suivent. Par conséquent, la réduction du taux de consommation d'alcool observée sur plusieurs années (c.-à-d. sur le long terme) suivant une augmentation de prix, devrait excéder celle enregistrée pour 2004 (c.-à-d. sur le court terme). Le rapprochement fait entre prix et consommation d'alcool chez les jeunes âgés entre 17 et 29 ans a confirmé ce fait (Grossman *et al.* 1998). Si l'on ne tient pas compte du taux de consommation durant les années précédentes (et donc de l'effet de dépendance que crée l'alcool), l'élasticité-prix de la demande concernant l'alcool était de -0,29. Cependant, si l'on prend en compte la consommation au cours des années précédentes (et donc de l'effet de dépendance que crée l'alcool), l'élasticité-prix de la demande sur le long terme a plus que doublé, allant jusqu'à -0,65, ce qui indique un impact bien plus fort des prix sur la consommation. Ce qui signifie également que les raisons amenant les gros buveurs, chez les jeunes adultes, à ne pas réduire leur consommation d'alcool sont pour la moitié liées aux difficultés à surmonter l'effet de dépendance que crée l'alcool.

Le prix de l'alcool et usage d'autres substances psychoactives Il est également important de connaître l'impact des changements du prix de l'alcool sur l'usage d'autres substances psychoactives. Une étude anglaise d'un groupe de 43 sujets usant de plusieurs substances psychoactives a examiné l'influence que les prix avaient sur l'achat possible d'alcool, d'amphétamines, de cocaïne et d'ecstasy. Avec l'augmentation du prix de l'alcool il a été constaté que ces consommateurs remplaçaient, dans une certaine mesure, l'alcool par des amphétamines, consommaient davantage de cocaïne en plus d'alcool, alors que l'usage d'ecstasy restait le même (Sumnall *et al.* 2004). On ne sait pas comment cela se traduit dans la réalité et pour ce qui est de consommateurs n'utilisant qu'une seule substance.

L'impact des prix sur l'alcoolodépendance et la fréquence de consommation de l'alcool Le fait d'augmenter le prix de l'alcool entraîne une réduction de la consommation chez les gros buveurs (Coate & Grossman 1988; Kenkel 1993 1996; Manning *et al.* 1995), ainsi que du nombre d'alcoolodépendants (Farrell *et al.* 2003).

L'impact des prix sur les méfaits de l'alcool Un grand nombre d'études rapportent que le fait d'augmenter le prix de l'alcool et de la bière entraîne une diminution du nombre d'accidents et de morts sur la route tous âges confondus, mais plus particulièrement impliquant de jeunes conducteurs (Saffer & Grossman 1987a,b; Kenkel 1993; Ruhm 1996 Chaloupka & Laixuthai 1997 Dee 1999; Mast *et al.* 1999; Dee & Evans 2001; Chaloupka *et al.* 2002 Saffer & Chaloupka 1989; Evans *et al.* 1991; Chaloupka *et al.* 1993; Sloan *et al.* 1994a; Mullahy & Sindelar 1994a). Par exemple, aux Etats-Unis un réajustement des taxes sur la bière sur le taux d'inflation de 1951 au milieu des années 1980 aurait eu pour effet de réduire globalement de 11,5 % le

nombre de morts sur la route, et plus précisément de 32,1% chez les 18-20 ans (Chaloupka *et al.* 1993).

L'augmentation des prix des boissons alcoolisées entraîne un recul de la mortalité par cirrhose (Grossman 1993; Cook & Tauchen 1982), des blessures intentionnelles et non intentionnelles (Sloan *et al.* 1994; Grossman & Markowitz 1999), des accidents du travail (Ohsfeldt & Morrissey 1997) et du taux de MST (Chesson *et al.* 2000). Au Royaume-Uni, il a été estimé qu'une majoration de 10 % des prix des boissons alcoolisées entraînerait une baisse de la mortalité par cirrhose respectivement de 7 % chez les hommes et 8,3 % chez les femmes, un recul des homicides de 5 % chez les hommes et 7,1% chez les femmes, et une chute du nombre de décès par pathologies directement liées à l'alcool (alcoolodépendance, empoisonnement par l'alcool, etc.) de 28,8 % chez les hommes et 37,4 % chez les femmes (Academy of Medical Sciences 2004). Il s'est avéré qu'une augmentation du prix de la bière entraîne une diminution du nombre des vols et vols (Cook & Moore 1993), des homicides (Sloan *et al.* 1994), des crimes et délits (Saffer 2001), des mauvais traitements à l'égard des enfants (Markowitz & Grossman 1998; Markowitz & Grossman 2000), de la violence conjugale envers les femmes (Markowitz 2000), des actes de violence en universités (Grossman & Markowitz 2001), ainsi que du nombre de blessures résultant d'actes de violence (Matthews *et al.* 2005).

Mesures fiscales : impact et coût Si l'on prend les données rapportées par l'étude ECAS concernant l'élasticité (Leppänen, Sullström, & Suoniemi 2001), il est possible d'évaluer l'effet qu'aurait une augmentation des taxes sur l'alcool résultant en une hausse de 10 % du prix de l'alcool dans chaque pays. Il convient de remarquer que, dû au manque de données disponibles, cette hypothèse ne tient pas compte d'une possible intensification de la contrebande d'alcool ou des achats en frontière. Dans la pratique, les décisions stratégiques devraient tenir compte et anticiper des changements à ces niveaux. Si on se base sur le rapport d'analyse de l'étude ECAS, on peut prévoir que les pays d'Europe du Sud enregistreront une baisse de la consommation d'alcool de 2 %, contre 5 % pour l'Europe centrale et 8 % pour l'Europe du Nord. Si l'on aligne ces estimations avec l'analyse de l'étude ECAS concernant les répercussions de changements du taux de consommation sur les conséquences sanitaires (Norström *et al.* 2001), on peut dire qu'en UE15 une augmentation des prix de 10 % permettrait d'économiser plus de 9 000 décès par an. Chiffre qui comprend une baisse de plus de 4 % dans le nombre de décès dus à des pathologies du foie chez les hommes (3 % chez les femmes), ainsi que de 1% du nombre de morts (hommes + femmes) dans des accidents, et de 5 % du nombre de victimes d'homicides chez les hommes. De plus, pour la Finlande, la Suède et la Norvège, où l'impact des prix (sur la consommation) et du taux de consommation (sur les méfaits de l'alcool) est plus fort, il est estimé qu'on obtiendrait une baisse de 6 ou 7 % du nombre des décès par suicide et accidents, ainsi qu'une baisse de 20 % du nombre de décès directement imputables à l'alcool chez les hommes et de 40 % chez les femmes.

Du point de vue budget public, on estime en gros qu'une augmentation des prix de 10% générerait également une recette fiscale supplémentaire de 13 milliards d'euros au sein de l'UE.³ Ce chiffre est sans doute surestimé, compte tenu qu'il ne tient compte ni de la contrebande d'alcool, ni des achats en frontières, ou encore de l'impact de l'augmentation simultanée des prix de toutes les boissons alcoolisées (par rapport à des augmentations par type de boisson). Et même si l'on en tient compte de ces

³ L'évaluation de l'augmentation des recettes fiscales générée par une augmentation de prix de 10 % est faite à partir des données taxes du rapport mondial périodique sur l'alcool de l'OMS 2004 (OMS 2004). Le changement du montant des recettes fiscales est alors calculé séparément par boisson alcoolisée à partir du taux de taxe par litre d'alcool pur (à partir des chiffres de la CEPS - la confédération des producteurs de spiritueux), des répercussions de l'augmentation des taxes sur les taux de consommation (cf. ci-dessus), de la consommation par habitant d'âge adulte, et de la population adulte (toutes deux extraites de la base de données européenne de la santé pour tous de l'OMS).

éléments et que l'on considère un seul type de boisson,⁴ comme dans le cas d'une analyse détaillée réalisée par les autorités britanniques, on constate que pour atteindre le niveau de taxation générant des recettes fiscales maximum il faudrait augmenter les taxes de 40 % (Huang 2003). Les possibilités d'augmenter les recettes fiscales, mêmes dans des pays où l'alcool est déjà relativement fortement taxé comme au Royaume-Uni, ont été démontrées pour la bière et le vin. Le niveau d'imposition actuel était tellement inférieur au point maximum, qu'il s'est avéré impossible de l'évaluer précisément.

Les mesures tarifaires

En résumé

En augmentant le prix de l'alcool on obtient une réduction de la consommation d'alcool, notamment nocive et dangereuse, de l'alcoolodépendance, des méfaits de l'alcool y compris ceux infligés à d'autres personnes que les buveurs (cf. tableau 7.7). L'ampleur de cet impact varie selon les pays et les types de boissons. De nombreuses preuves indiquent que les taxes sur l'alcool aident en particulier à cibler la consommation d'alcool et ses méfaits chez les jeunes.

Tableau 7.7 Evaluation de l'efficacité de mesures tarifaires et fiscales

	Efficacité ¹	Ampleur des recherches faites ¹	Rentabilité ¹
Taxes sur les boissons alcoolisées	+++	+++	+++

¹ Cf. définitions au tableau 7.1
Source : Babor *et al.* 2003).

Impact et coût

Dans le cadre de son projet CHOICE, l'OMS a établi un modèle de l'impact d'une taxe sur l'alcool à partir du niveau de taxation actuel majoré de 25 %, comparaison faite avec une situation sans taxe du tout, et corrigé avec la consommation constatée ou escomptée non enregistrée (c'est-à-dire échappant aux taxes) liée à la production illégale et à la contrebande d'alcool, en se basant sur l'élasticité-prix publiée (Ornstein & Levy 1983; Babor *et al.* 2003). Selon ce modèle, en majorant le niveau de taxation actuel de 25 % on pourrait économiser entre 503 (pays de la région Euro-B) et 1.576 (pays de la région Euro-A) DALYs par million d'habitants et par an, opération qui coûterait par an entre 18 € (Euro-C) et 38 € (Euro-A) par 100 habitants (cf. figures 7.11 et 7.12 en fin de ce chapitre). Une majoration de 25 % du niveau de taxation actuel dans toute l'Europe, comparaison faite avec une situation sans taxe du tout sur l'alcool, permettrait d'économiser 656.000 années de vie ajustées sur l'incapacité et perdues en raison de décès prématurés pour un coût estimatif annuel de 159 millions d'euros (adapté de Chisholmet *al.* 2004).

Les restrictions sur la vente d'alcool

L'interdiction totale ou partielle de la vente d'alcool Si l'on examine les faits historiques, comme les périodes de prohibition de l'alcool qu'ont connu l'Amérique du

⁴ L'estimation pour le Royaume-Uni concernant les spiritueux comprend l'impact du changement des prix des spiritueux sur la consommation de bière et de vin ("élasticité-prix croisée"). Ce qui a dans ce cas pour effet de réduire le taux de taxation correspondant au niveau de recette fiscale maximum. Il est toutefois difficile de modéliser l'impact d'une augmentation simultanée des prix couvrant plusieurs types de boissons alcoolisées, c'est pourquoi l'impact d'une telle mesure est donné ici par type de boisson.

Nord et les Pays nordiques (Aaron & Musto 1981; Paulson 1973), et les études de restrictions de ce type plus limitées actuelles, on constate de toute évidence que l'interdiction totale de la production et de la vente d'alcool réduit les méfaits de l'alcool (Chiu *et al.* 1997; Bowerman 1997). Toutefois, dans les endroits où il existe une forte demande pour de l'alcool au marché noir, de telles mesures ont donné lieu à des activités clandestines organisées, souvent associées avec des actes de violence (Johansen 1994; Österberg & Haavisto 1997).

Une prohibition totale de l'alcool n'est politiquement pas acceptable dans l'Europe d'aujourd'hui, même si cette mesure constitue effectivement une solution pour réduire les méfaits de l'alcool. Cela ne veut toutefois pas dire que des interdictions ciblant certains groupes de la population (ex. les enfants et les adolescents, cf. ci-après), ou dans certaines circonstances précises (d'Abbs & Togni 2000) ne peuvent pas être appliquées avec un succès assuré.

Restrictions sur l'achat et la vente d'alcool Au milieu du XXe siècle, il était courant d'imposer de fortes restrictions sur l'achat d'alcool. Dans ce genre de contrôle, le système Bratt en Suède est un exemple des plus sophistiqué, basé sur le rationnement et imposant une quantité maximum par adulte pour l'achat d'alcool (Tigerstedt 2000). D'autres types de programmes interdisent l'accès aux bars et aux cafés aux personnes ayant été condamnées pour agression et violence.

Alors que le rationnement est de toute évidence politiquement inacceptable dans l'Europe moderne, il ne fait aucun doute que des programmes de rationnement comme le système Bratt en vigueur en Suède jusqu'en 1955 (Norström 1987) et le système utilisé au Groenland de 1979 à 1982 (Schechter 1986) ont permis de diminuer la mortalité par cirrhose, la violence et autres conséquences négatives de la consommation de grandes quantités d'alcool. En Pologne au début des années 1980, alors que l'alcool était rationné à raison d'un demi-litre d'alcool fort par mois et par adulte, on a constaté un recul de la forte consommation d'alcool épisodique, ainsi que du nombre d'admissions en hôpitaux psychiatriques pour psychose alcoolique (-60%), des décès dus à des pathologies du foie (-25%) et de suite de blessures (-15%) (Moskalewicz & Swiatkiewicz 2000).

Vente d'alcool aux mineurs En ce qui concerne les jeunes, l'adoption de lois augmentant l'âge légal minimum pour la consommation d'alcool permet de réduire chez ce groupe d'âge les ventes d'alcool et les problèmes qui sont liés (Grube & Nygaard 2001; Babor *et al.* 2003).

Bien que les restrictions légales concernant l'âge auquel les jeunes sont autorisés à acheter de l'alcool varient considérablement d'un pays à l'autre, et situent cet âge généralement entre 16 et 21 ans, ce type de mesure existe dans pratiquement tous les pays. La revue de 132 études publiées entre 1960 et 1999 a fourni de solides preuves confirmant que le fait de changer l'âge légal minimum concernant l'alcool peut avoir des répercussions considérables sur le taux de consommation d'alcool et ses méfaits chez les jeunes, en particulier en ce qui concerne les accidents de la route, effets qui se poursuivent bien après que les jeunes aient atteint l'âge minimum légal (Waagenar & Toomey 2000). De nombreuses études concluent que le fait d'augmenter l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool en le passant de 18 à 21 ans entraîne une diminution, chiffrée entre 11 et 16 %, du nombre d'accidents chez les jeunes la nuit n'impliquant qu'un seul véhicule, quelle que soit la gravité des accidents (Klepp *et al.* 1996; Saffer & Grossman 1987a,b; Wagenaar 1981 1986; Wagenaar & Maybee 1986; O'Malley & Wagenaar 1991; Voas & Tippet 1999). Le fait de changer l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool a des répercussions sur le nombre d'hospitalisations pour blessures (Smith 1988) et des décès par blessures imputables à l'alcool (Jones *et al.* 1992). Une étude au Danemark, qui avait adopté un âge légal minimum de 15 ans pour l'achat d'alcool en magasins, a révélé que cette mesure a eu pour effet de réduire la consommation d'alcool non seulement chez les adolescents, mais aussi chez ceux au-dessus et en dessous de l'âge minimum légal (Møller 2002).

L'importance de la mise en application On ne peut attendre une pleine réussite de l'adoption d'un âge minimum plus élevé que si la loi est vraiment respectée. Malgré certaines lois ayant repoussé l'âge minimum pour la consommation d'alcool, des jeunes se débrouillent pour acheter de l'alcool (ex., Forster *et al.* 1994 1995; Preusser & Williams 1992; Grube 1997). Dans la plupart des pays de l'UE étudiés dans le cadre du projet ESPAD (cf. chapitre 4), la majorité des jeunes de 15-16 ans considèrent qu'il leur est relativement facile ou très facile de se procurer toutes sortes de boissons alcoolisées, et d'autant plus de la bière et du vin (entre 70 et 95 %) (Hibell *et al.* 2004). De telles ventes résultent d'un relâchement ou d'un manque de fermeté dans l'application de la loi, surtout lorsque localement on constate un irrespect général des restrictions légales concernant la vente d'alcool aux jeunes en dessous de l'âge minimum légal (Wagenaar & Wolfson 1994 1995). Même en renforçant, ne serait-ce que de façon modérée, la mise en application de la loi on peut réduire fortement les ventes aux mineurs. Réduction pouvant se chiffrer entre 35 et 40 %, en particulier surtout si ces actions sont faites en association avec d'autres au niveau médiatique et local (Grube 1997; Wagenaar *et al.* 2000).

Réglementation de la vente d'alcool L'alcool fait l'objet de deux types de ventes, à savoir les ventes "magasin" (acheté et emporté) et les ventes "en salle" (avec consommation sur place). Pour ce qui est du premier type, où l'alcool est consommé ailleurs, les réglementations peuvent cibler certains types de boissons, ainsi que le degré d'alcool et l'emballage, en plus d'imposer certains horaires, coûts et lieux. En ce qui concerne la vente "en salle", où l'alcool est consommé dans un établissement comme un bar ou un café, la réglementation peut spécifier la quantité servie par verre, interdire les offres promotionnelles avec réductions de prix, et exiger que le personnel de service reçoive une formation visant à sa responsabilisation. Ce type de prescriptions peut également avoir trait aux aspects conceptuels des bars et des cafés en exigeant notamment que de la nourriture soit également proposées, ainsi que des divertissements, et tout autre élément n'ayant aucun rapport avec l'alcool (cf. la rubrique ci-après concernant le fait de lutter contre la consommation d'alcool et de contrôler les environnements propices à la consommation d'alcool).

Dans un grand nombre de pays, il est obligatoire d'obtenir une **licence** auprès des autorités administratives locales ou centrales pour pouvoir vendre de l'alcool, que ce soit à consommer sur place ou non. Dans certains pays, les exigences concernant l'attribution d'une licence autorisant la vente de spiritueux sont beaucoup plus strictes que celles concernant la vente de bière et de vin. La réglementation de la vente de boissons alcoolisées basée sur l'attribution de licences a de multiples motifs et avantages (Lehto 1995). Tout d'abord, elle permet de s'assurer que les établissements se conforment aux règles, notamment concernant l'âge minimum légal et les horaires d'ouverture. Elle assure la perception en totalité des recettes fiscales issues de la vente d'alcool. Lorsque le système des licences est utilisé pour restreindre le nombre d'établissements vendant de l'alcool, il s'agit alors généralement plus d'une mesure de santé publique et de maintien de l'ordre limitant les sources d'approvisionnement concernant l'alcool. Ce système a également été utilisé comme moyen de contrôle sur la qualité des établissements, comme par exemple le fait de refuser une licence à des débits de boissons qui semblent encourager la consommation nocive d'alcool, et inversement l'accorder à ceux qui n'ont pas cette attitude.

Un des moyens de réglementer les ventes d'alcool consiste à le commercialiser via des établissements appartenant au gouvernement. **Les monopoles de vente au détail** existent encore dans certaines régions des Etats-Unis et dans la plus grande partie du Canada, ainsi que dans les pays nordiques. Le système de monopole des ventes "magasin" permet de réduire la consommation d'alcool et ses méfaits. Des études concernant la privatisation de la vente de boissons alcoolisées aux Etats-Unis donnent des chiffres grandement variables concernant l'augmentation de la consommation en résultant (cf. Mulford, Ledolter & Fitzgerald 1992; Wagenaar & Holder 1991), les augmentations constatées se chiffrant entre 13 et 150 %

(Wagenaar & Holder 1995). En 1968, lorsque la Finlande libéra la vente de la bière, qui auparavant était exclusivement réservée aux magasins d'Etat, en l'autorisant dans les épiceries, la consommation d'alcool augmenta de 46 % dans l'année qui suivit, les problèmes attribuables à l'alcool se firent également plus nombreux (Mäkelä *et al.* 2004), et la consommation d'alcool parmi les 13-17 ans augmenta aussi (Valli 1998). Noval & Nilsson (1984) ont rapporté que la quantité totale d'alcool consommée en Suède, par rapport à la période où la vente se faisait exclusivement en magasins d'Etat, a augmenté considérablement entre 1965 et 1977 c'est-à-dire quand il est devenu possible d'acheter de la bière moyennement alcoolisée dans les épiceries.

Densité d'établissements commercialisant de l'alcool Il s'agit du nombre d'établissements qui vendent de l'alcool au détail. Avec un nombre restreint de ce type d'établissement il est plus difficile de se procurer de l'alcool, une situation qui sans aucun doute permet de décourager la consommation d'alcool et de diminuer les problèmes qui en résultent (Gruenewald *et al.* 1993). Mesure pratiquée et observable en Finlande, en Suède, en Grande-Bretagne et en Amérique du Nord.

Des études en Finlande ont démontré un impact global sur la consommation d'alcool résultant de changements dans le nombre de points de vente et de consommation (Kuusi 1957; Lehtonen 1978; Mäkinen 1978). Avec des répercussions des plus spectaculaires en 1969, lorsque l'autorisation de vendre dans les épiceries de la bière avec un degré d'alcool jusqu'à 4,7 a été décrétée et s'est accompagnée d'un relâchement des conditions pour l'obtention de licence pour les restaurants. Le nombre de points de vente "magasin" augmenta de 132 à presque 17.600, alors que le nombre de points de vente "en salle" est passé de 940 à plus de 4.000 (Österberg 1979). Au cours de l'année suivante, la consommation d'alcool augmenta de 46 %. Dans les cinq années qui suivirent, la mortalité par cirrhose du foie augmenta de 50 %, le nombre d'hospitalisations pour psychose alcoolique de 110 % pour les hommes et 130 % pour les femmes, et les arrestations pour cause d'ébriété sur la voie publique de 80 % pour les hommes et 160 % pour les femmes (Poikolainen 1980).

Des études en Suède ont également démontré des répercussions globales sur la consommation d'alcool et ses méfaits causées par des changements dans le nombre de points de vente et de consommation (Noval & Nilsson 1984; Hibell 1984). Une analyse des tendances chronologiques indique une importante diminution des accidents de la route chez trois des quatre groupes d'âge, associée au retrait du droit de vendre dans les épiceries de la bière avec un degré d'alcool de 4,5 ; avec une baisse considérable du nombre d'hospitalisations pour des pathologies alcooliques chez les jeunes de moins de 20 ans, mais sans aucune répercussion sur le nombre d'agressions, de suicides et de chutes (Ramstedt 2002).

Par contre, **des enquêtes en Norvège** concernant les répercussions causées par l'autorisation de vendre du vin et des spiritueux dans des zones où la vente de bière était déjà autorisée a entraîné une réorientation des achats au détriment de la bière et des spiritueux de fabrication domestique, sans grande répercussion sur la quantité totale d'alcool consommée. Ce qui semble indiquer que, lorsqu'il est déjà possible de se procurer de l'alcool, des changements dans le nombre de points de vente "magasin" commercialisant un type ou un autre de boisson alcoolisée ont une incidence minimale sur la consommation globale (Mäkelä *et al.* 2002).

Ces dernières années, on a assisté à une évolution dans l'économie nocturne en **Grande-Bretagne** dans les agglomérations et notamment dans les grandes villes (Hobbs *et al.* 2003; Chatterton & Hollands 2003), les anciens pubs étant remplacés par de vastes établissements servant de l'alcool sous enseigne et appartenant à des chaînes nationales ou internationales. Dans le quartier des affaires de Manchester, par exemple, la capacité d'accueil des débits de boissons a augmenté de 240 % entre 1998 et 2001. Parallèlement le nombre d'agressions signalées à la police a augmenté de 225 % entre 1997 et 2001 (Hobbs *et al.* 2003).

Des études en Amérique du Nord ont examiné le lien entre densité des points de vente et nombre de collisions sur la route dues à l'alcool au volant (Blöse & Holder 1987 ; Gruenewald *et al.* 1993). Quatre études rapportent un impact nul sur l'alcool au volant ou le nombre d'accrochages (Gruenewald & Ponicki 1995; Kelleher *et al.* 1996; Meliker *et al.* 2004; Lapham *et al.* 2004). Par contre un plus grand nombre d'études (huit) rapportent un impact considérable sur la consommation d'alcool et le nombre d'accidents de la route (Scribner, MacKinnon & Dwyer 1994; Gruenewald *et al.* 1996; Gruenewald *et al.* 1999; Gruenewald, Johnson & Treno, Jewell & Brown 1995; 2002; LaScala *et al.* 2001; Treno, Grube & Martin 2003; Escobedo & Ortiz 2002; Cohen, Mason & Scribner 2002), et sur le nombre des agressions, en particulier dans les zones fortement peuplées (Gruenewald *et al.* 1996). En fin de compte, les recherches faites indiquent qu'un nombre accru de points de vente entraîne une augmentation du nombre d'accidents, notamment mortels, de la route imputables à l'alcool (cf. Mann *et al.* 2005 pour des informations détaillées). Il existe également un lien entre le nombre d'établissements vendant de l'alcool par périmètre et les risques accrus de collisions avec des piétons (LaScala *et al.* 2000), et d'agression (Alaniz *et al.* 1998; Stevenson *et al.* 1998; Zhu *et al.* 2004).

Il existe aussi un lien entre la distribution statistique des accidents de la route dus à l'alcool (accidents la nuit n'impliquant qu'un seul véhicule) et la répartition géographique des débits de boissons, le nombre d'accidents diminuant lorsque ces établissements se trouvent loin de zones fortement peuplées (Gruenewald *et al.* 1996). En outre, une plus grande concentration en nombre des points de vente a encore plus d'impact sur le nombre d'accidents imputables à l'alcool dans les endroits où la circulation est dense (Gruenewald & Johnson 2000), et dans les zones à revenus moindres (LaScala, Gruenewald & Gerber 2000).

Certaines études ont examiné le lien existant entre densité des points de vente et taux de consommation d'alcool chez les collégiens et les jeunes en dessous de la limite d'âge légale. Les conclusions sont qu'une concentration en nombre des débits de boissons est étroitement liée à la forte consommation d'alcool et aux problèmes en résultant chez les collégiens (Weitzman *et al.* 2003). D'autres liens ont été établis entre le nombre de points de vente d'alcool et la forte consommation d'alcool épisodique et le fait de boire de l'alcool dans des endroits qui ne conviennent pas chez les jeunes de 16-17 ans (Dent *et al.* 2005).

L'impact de changements dans le nombre d'établissements vendant de l'alcool dépend du contexte local (Abbey, Scott & Smith 1993). Ainsi, alors que des changements mis en oeuvre au niveau national peuvent avoir des répercussions (Gruenewald, Ponicki & Holder 1993; Wagenaar & Holder 1996), de telles mesures locales peuvent être sans effet (Gruenewald *et al.* 2000b). Dans le premier cas de figure, il est difficile d'échapper aux restrictions de vente. Dans le cas de mesures locales, il est possible de sortir de la région réglementée pour se procurer de l'alcool.

De plus, des restrictions régionales similaires peuvent donner des résultats différents. Une réduction de 10 % du nombre de débits de boissons dans une zone fortement peuplée donnera des résultats négligeables en terme de distance entre consommateurs et établissements. Une réduction de 10 % du nombre d'établissements vendant de l'alcool dans une zone peu peuplée est susceptible d'éliminer les seuls établissements fréquentés par les buveurs.

En somme, de façon générale la densité d'établissements commercialisant de l'alcool a un impact sur la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont liés : à un plus grand nombre de ces points de vente correspond une escalade probable de la consommation d'alcool et de ses méfaits, (Her *et al.* 1998; 1999), cf. figure 7.3. Bien que l'ampleur des répercussions avec le temps sur les problèmes liés à l'alcool causées par des changements dans la concentration en nombre de ce type d'établissement ne soit pas toujours certaine (Gorman *et al.* 2001).

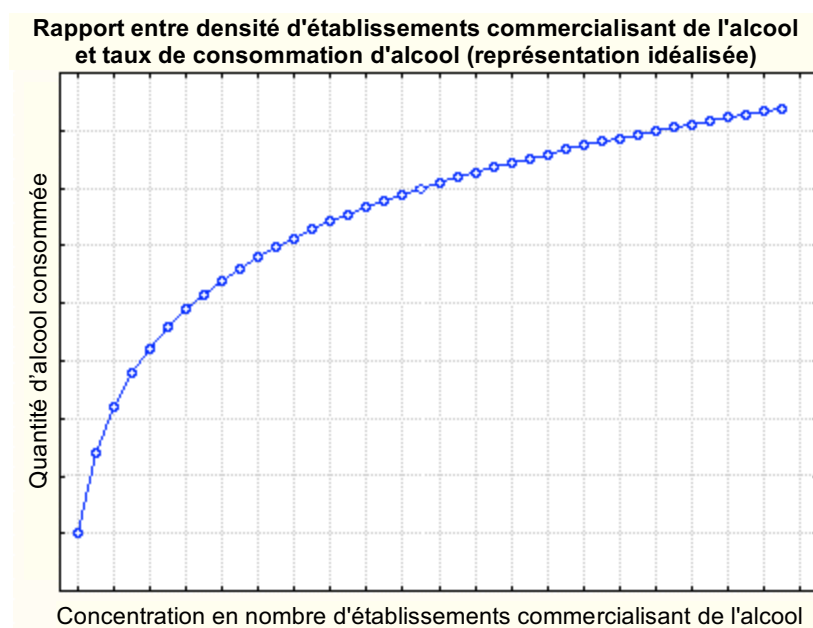


Figure 7. 3 Rapport entre concentration en nombre d'établissements commercialisant de l'alcool et taux de consommation d'alcool
(Source: Her *et al.* 1999a)

Réglementation des horaires et jours de vente Un certain nombre d'études indiquent que bien que le fait d'élargir les horaires ou les jours de vente concernant l'alcool a une influence sur les heures où un grand nombre d'accidents de la route et d'actes de violence imputables à l'alcool ont lieu (ex. Smith 1988; Nordlund 1985), l'inconvénient est que ces répercussions se traduisent également par une augmentation globale des méfaits de l'alcool.

A Reykjavik par exemple la vente d'alcool 24 heures sur 24 a causé un surcroît de travail pour les forces de police et les services d'urgence, et une augmentation du nombre d'automobilistes prenant le volant après avoir bu. Les interventions de la police étaient réparties sur toute la nuit, ce qui a exigé la mise en place de plusieurs équipes successives (Ragnarsdottir *et al.* 2002). Une étude dans l'Ouest australien a montré que le fait de prolonger les horaires d'ouverture de minuit à 1h00 du matin a augmenté de 70 % le nombre d'incidents violents dans les établissements ouverts tard (Chikritzhs, Stockwell & Masters 1997; Chikritzhs & Stockwell 2002), cf. figure 7.4. Selon le rapport de cette étude ayant comparé deux groupes, les problèmes accrus liés aux débits de boissons ouverts tard dans la nuit semblent être dus à une plus grande consommation d'alcool plutôt qu'à de plus grandes opportunités de commettre des délits ou des crimes. Le taux d'alcoolémie des automobilistes impliqués dans des accidents de la route et ayant bu de l'alcool dans des établissements dont les horaires avaient été prolongés, était beaucoup plus élevé que celui de ceux s'étant rendus dans des établissements du groupe témoin. Des études similaires ont également rapporté que les risques d'agressions dans les établissements titulaires d'une licence pour vendre de l'alcool augmentent lors d'horaires prolongés, la fourchette horaire la plus critique se situant entre minuit et 3h00 du matin (Briscoe & Donnelly 2003a).

Une étude en Suède (Norström & Skog 2001 2002 2005) a rapporté une augmentation nette de 3,6 % des ventes d'alcool lorsque les magasins d'Etat sont ouverts le samedi, sans toutefois de changements significatifs dans les conséquences négatives de l'alcool. L'ouverture le samedi a été adoptée lorsqu'il est devenu plus facile de se procurer et de consommer de l'alcool dans divers lieux publics, notamment dans les restaurants, les bars et les épiceries (boissons avec un degré d'alcool égal ou inférieur à 3,5) ou lors de voyages, pour les personnes se rendant à l'étranger.

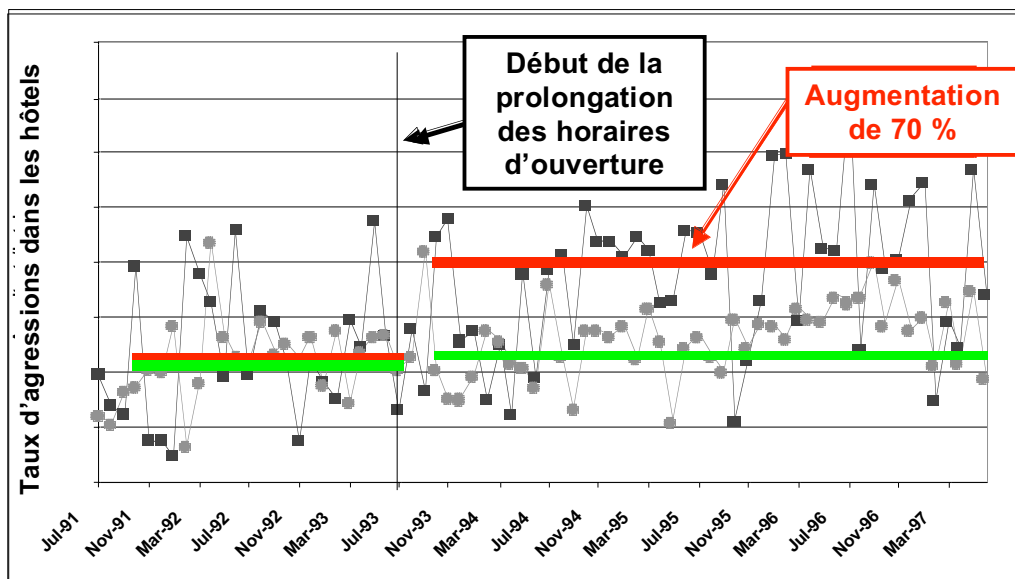


Figure 7.4 Taux d'agressions dans les hôtels fermant à 1h00 du matin [i] et dans ceux fermant à minuit [w] Perth, WA. Source: Chikritzhs & Stockwell (2002). Notes : Jul = Juillet; Nov = Novembre; Mar = Mars

Il est également prouvé que la réglementation des horaires et des jours de vente permet de réduire les méfaits de l'alcool. Dans les années 80, la Suède a remis en place la fermeture obligatoire le samedi pour les ventes "magasin" de spiritueux et de vin après que des études aient montré qu'il existait un lien entre les ventes le samedi et un taux accru de violence domestique et d'ivresse sur la voie publique (Olsson & Wikström 1982). En 1984, la Norvège a réinstauré la fermeture obligatoire le samedi ce qui eut pour résultat de réduire le nombre d'incidents de violence domestique et des cas d'ivresse sur la voie publique (Nordlund 1985).

Les restrictions sur la vente d'alcool

En résumé

Augmenter l'âge minimum légal pour l'achat d'alcool et veiller au respect de la loi, restreindre la disponibilité de l'alcool en réduisant la concentration en nombre des points de vente ainsi que les jours et les horaires d'ouverture, toutes ces mesures permettent de diminuer les méfaits de l'alcool. Cf. tableau 7.8.

Tableau 7.8 Evaluation de l'efficacité de mesures restrictives concernant la disponibilité de l'alcool

	Efficacité ¹	Ampleur des recherches faites ¹	Rentabilité ¹
Age minimum légal	+++	+++	++
Magasins d'Etat	+++	+++	+++
Nombre de points de vente	++	+	+++
Concentration en nombre des points de vente	++	++	+++
Horaires et jours de vente	++	+++	+++

¹ Cf. définitions au tableau 7.1

Source : Babor *et al.* (2003) (modifié).

Impact et coût

Le projet CHOICE de l'Organisation Mondiale de la Santé a modélisé la restriction des ventes et des sources d'approvisionnement concernant l'alcool en considérant une situation où il serait impossible d'acheter de l'alcool sur une période de 24 heures dans le week-end (bien que ce ne soit pas politiquement acceptable dans les pays de l'Europe moderne, l'équipe de l'OMS a néanmoins choisi cette option en se basant sur des données issues de la Scandinavie, et qui s'est avérée diminuer les conséquences négatives de l'alcool (Leppanen 1979; Nordlund 1984; Norström & Skog 2003)). Basé sur ces études, un modèle statistique a été fait. Il montre une modeste diminution, entre 1,5 et 3%, du taux de consommation dangereux d'alcool et un recul, entre 1,5 et 4 % du nombre d'accidents mortels sur la route imputables à l'alcool. Si l'on applique ce modèle à toute l'Union européenne, une telle intervention permettrait d'économiser par an entre 251 (pays de la région Euro-A) et 689 (pays de la région Euro-C) DALYs par million d'habitants, opération qui coûterait par an entre 12 € (Euro-C) et 23 € (Euro-A) par 100 habitants) (cf. figures 7.11 et 7.12 en fin de ce chapitre). Bien qu'on ne sache pas combien de temps ces répercussions dureraient, suivant ce modèle il est estimé qu'une intervention de ce type dans l'Europe toute entière peut économiser 123 000 années de vie ajustées sur l'incapacité et perdues en raison de décès prématurés pour un coût annuel estimatif de 98 millions d'euros (adapté de Chisholm *et al.* 2004).

Le contrôle de la publicité, des activités promotionnelles et du sponsoring ayant trait à l'alcool

Introduction

L'alcool tient une place importante parmi les nombreux produits de marque que les jeunes en particulier considèrent de façon croissante comme un moyen d'affirmer leur identité et leur place dans le monde. Les producteurs et distributeurs d'alcool, dont un grand nombre sont des acteurs de la mondialisation (Babor *et al.* 2003, Jernigan 1997), utilisent des activités promotionnelles complexes pour cibler des groupes précis, comme ceux qui commencent juste à boire, les jeunes qui boivent régulièrement et ceux pour qui boire est ancré dans leurs habitudes (Academy of Medical Sciences 2004). Ce type de marketing utilise plusieurs canaux médiatiques (radio spéciale jeunes, télévision, événements, sites Web, téléphones mobiles) et se fait sous différentes formes (publicité, sponsoring, stratégie de marque) (Jernigan & O'Hara 2005). Ces activités marketing destinées à vendre de l'alcool aux jeunes

sont au premier plan de ce qu'on appelle le marketing postmoderne (Cooke *et al.* 2004; Jernigan & O'Hara 2005).

Les messages publicitaires et les stratégies de marque sont soigneusement conçus afin de refléter et d'exprimer des éléments dominants de la culture jeune et des styles de vie des jeunes (Klein 1999; Jackson *et al.* 2000). Les activités promotionnelles ne sont jamais statiques, même sur les marchés "conquis", de nouvelles cohortes de jeunes alors qu'ils avancent en âge venant continuellement grossir les rangs des consommateurs cibles (Saffer 2002).

Une stratégie marketing complète comprend cinq volets : développement produit, définition du prix, mise en place physique de la distribution, segmentation du marché et ciblage, et enfin campagnes publicitaires et promotionnelles (Cowan & Mosher 1985; Kotler 1992). Dans cette section, nous considérerons l'impact de chacune de ces cinq phases stratégiques sur la consommation d'alcool, et plus spécialement des campagnes publicitaires et promotionnelles. Puis nous examinerons certaines pratiques dans le domaine de la réglementation des activités marketing, en particulier l'autoréglementation.

Développement de nouveaux produits

Le développement de nouveaux produits donne lieu à une activité débordante depuis les années 1990 (Jackson *et al.* 2000; Mosher & Johnsson 2005), et a commencé avec les boissons "design" (en anglais "designer drinks"), dont notamment les produits en bouteille comme le cidre et les vins de fruits fortifiés, affichant des couleurs vives et un packaging novateur, facile à porter, vantant les attraits du produit, à savoir son caractère fort, son goût. L'essor qu'ont connu ces boissons alcoolisées dura jusqu'à l'apparition au milieu des années 1990 d'une nouvelle gamme de boissons alcoolisées, les "alcopop" (limonades mélangées à de l'alcool fort). Les alcopop furent ensuite supplantés par les premix (cocktails prêts à consommer associant alcool fort, limonade et arômes), et une tendance à mélanger des boissons énergisantes non alcoolisées (comme Red Bull) avec de l'alcool fort (de la vodka par exemple). A l'origine de cette tendance se trouve l'introduction de cocktails énergétiques alcoolisés "prêts à consommer", commercialisés en vantant leurs vertus toniques. Ces boissons sont constituées d'un mélange associant vodka, caféine, sucre et taurine, et titrant environ 5,4 degrés d'alcool. Au nombre des produits alcoolisés qui connaissent un succès commercial croissant, on citera également les alcools forts en "shot glass" (terme anglais pour un petit verre utilisé pour boire des spiritueux en une gorgée). Parmi ces produits figurent les boissons Aftershock et Goldschlager, généralement choisies par les jeunes buveurs pour le "coup de fouet" immédiat qu'elles procurent. Un rapprochement a été créé entre leur arôme prononcé (de cannelle par exemple), le nom de marque, leur packaging et une attitude audacieuse (cf. Hastings *et al.* 2005).

Qu'il s'agisse de "vins panachés", (Goldberg *et al.* 1994), de boissons "design" (McKeganey *et al.* 1996), ou d'alcopop (Barnard & Forsyth 1998), les enquêtes sur les attitudes et comportements des jeunes dans plusieurs pays révèlent qu'ils préfèrent ces nouveaux produits, qui de plus ont pour effet d'encourager à boire davantage et plus jeune. Dans certains cas, ces boissons semblent directement concurrencer les stupéfiants illégaux chez les jeunes (Jackson *et al.* 2000).

L'image de marque des boissons "design", contrairement à la plupart des boissons plus classiques, correspond parfaitement, en terme de perception et d'attente concernant l'alcool, aux jeunes de 14-15 ans. Il semble que la supervision ne soit pas aussi stricte concernant la consommation des boissons "design" et que ces dernières soient associées à une plus forte consommation et une augmentation du nombre des cas d'ivresse (Hughes *et al.* 1997). L'étude HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) réalisée au Pays de Galles, rapporte que la consommation d'alcopop correspond exactement à l'augmentation de la consommation d'alcool par

semaine enregistrée entre 1994 et 1996 chez les 11-12 ans, à la moitié de celle chez les 13-14 ans et une grande partie de l'augmentation de consommation d'alcool chez les filles de 15-16 ans (Roberts *et al.* 1999). Des enquêtes en Suède ont révélé que les alcopop et le cidre doux avaient contribué pour plus de la moitié à l'augmentation de la consommation d'alcool chez les garçons de 15-16 ans entre 1996 et 1999, et aux deux tiers de l'augmentation de consommation d'alcool chez les filles, alors que la consommation d'alcool chez les adultes était restée stable (Romanus 2000).

Les représentants de l'industrie des boissons alcoolisées ne nient pas l'importance de nouveaux produits visant de "nouveaux buveurs" ou "les buveurs débutants" ou en d'autres termes : "*Peu importe où dans le monde ils sont ivres, et les circonstances, il ne fait aucun doute que les boissons alcoolisées aromatisées sont consommées par des jeunes. Le profil packaging-goût-degré d'alcool de ces produits n'a que peu d'attrait aux yeux des buveurs plus âgés*" (Euromonitor 2004; 6, Section 22.15).

Les prix

L'influence des prix sur la consommation a été examinée précédemment dans ce chapitre. Les établissements populaires servant de l'alcool ont eu considérablement tendance à faire des "offres promotionnelles" et des "offres spéciales" (vente à prix réduit de boissons dans un bar) concernant les boissons régulièrement consommées par les jeunes (cf. Hastings *et al.* 2005). Comme par exemple : vodka à volonté (achat du premier verre de vodka, les suivants étant gratuits), les offres "premier verre payant et second gratuit, et d'autres offres spéciales pour les boissons les plus populaires certains soirs de la semaine. Il existe un lien entre offres promotionnelles de boissons alcoolisées et augmentation de la consommation épisodique de grandes quantités d'alcool (Kuo *et al.* 2003).

Disponibilité de l'alcool

L'impact de la disponibilité de l'alcool sur la consommation a été examiné précédemment dans ce chapitre. La publicité pour l'alcool peut se faire également dans les **magasins**, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements, avec notamment la remise d'objets publicitaires gratuits aux détaillants (ex. un "tapis de comptoir" portant le logo d'une marque de boissons alcoolisées), des espaces spécialement choisis (ex. des cannettes vendues à l'unité ou des bouteilles tenues au frais près de la caisse), l'affichage de messages publicitaires à faible hauteur (à savoir des publicités disposées de façon à être visibles aux enfants et aux adolescents au lieu des adultes) (CDC 2003). Si l'on considère les 12-13 ans qui ne boivent pas encore, le fait de voir de la bière exposée dans des magasins les amène à commencer à boire vers 14-15 ans (Ellickson *et al.* 2005).

Segmentation du marché et ciblage

Des recherches aux Etats-Unis montrent que les producteurs d'alcool ont placé une grande quantité de publicités dans les endroits où elles peuvent être vues par un plus grand nombre de jeunes que d'adultes (Jernigan *et al.* 2005). En 2002 aux Etats-Unis, les jeunes en dessous de l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool ont, comparés à des personnes de 21 ans, vu 45 % de plus de publicités pour la bière, 12 % de plus pour les alcools forts, 65 % de plus pour les boissons légèrement alcoolisées dites rafraîchissantes, et 69 % de moins pour le vin. (Jernigan *et al.* 2004). Les jeunes filles entre 12 et 20 ans avaient plus d'occasions de voir des publicités pour la bière, brune ou blonde, et pour les boissons légèrement alcoolisées dites rafraîchissantes que les femmes entre 21 et 34 ans. L'exposition des jeunes filles aux publicités pour les boissons légèrement alcoolisées dites rafraîchissantes a augmenté de 216 % entre 2001 et 2002, contre 46 % pour les garçons.

Les magazines parmi les médias évalués est le plus ciblé. A ce jour deux études ont examiné la publicité faite dans les magazines. Suite aux recherches indiquant que les marques de cigarettes préférées des 12-17 ans figuraient généralement plus souvent que les autres sous forme de publicité dans les magazines (King *et al.* 1998), l'étude Sanchez *et al.* (2000) a sélectionné un échantillon de 15 magazines, 11 avec le plus fort lectorat (plus de 1,9 million de jeunes) et 4 avec le plus faible lectorat (moins de 0,8 million de jeunes). L'exposition publicitaire a été mesurée d'après le nombre de pages comportant des messages publicitaires pour l'alcool et le tabac dans chaque magazine. Les auteurs ont établi un rapprochement entre taille du lectorat jeune et volume publicitaire pour l'alcool et le tabac, les magazines comptant plus de jeunes lecteurs contenant plus de publicités pour l'alcool et le tabac. L'étude Garfield *et al.* arrive à des conclusions similaires (2003), ayant trouvé, après correction concernant d'autres caractéristiques des magazines, que les publicités pour la bière et les alcools forts était 1,6 fois plus nombreuses par million supplémentaire de lecteurs adolescents. Il n'existe aucun lien entre publicités de l'industrie du vin et lectorat adolescent.

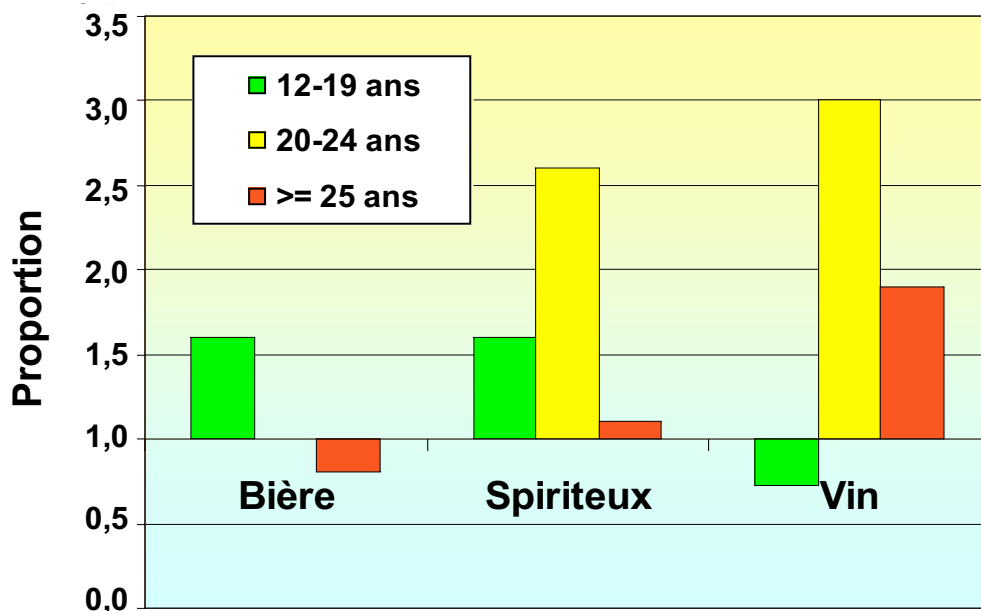


Figure 7.5 Lectorat magazines et publicités pour l'alcool. Proportion de publicités par million de lecteurs adolescents supplémentaires. Par exemple, un magazine américain avec 1 million de plus de lecteurs entre 12 et 19 ans qu'un autre magazine américain contiendra 1,6 fois plus de publicités pour la bière et les spiritueux. Source : Garfield *et al.* (2003).

Campagnes publicitaires et promotionnelles

La présence de l'alcool à la télévision a fait l'objet de nombreuses études. Quand on voit des personnes boire à la télévision, la plupart du temps elles boivent de l'alcool (Brown & Witherspoon 2002). L'étude Pendleton *et al.* (1991), par exemple, rapporte que sur l'échantillon étudié de 50 émissions télévisées britanniques référence était faite à l'alcool toutes les 6 minutes 1/2. La consommation d'alcool était particulièrement présente dans les feuilletons de fiction. L'enquête Furnham *et al.* (1997), qui a examiné l'alcool et le fait de boire dans six feuilletons britanniques, a rapporté que 86 % des épisodes contenaient des références visuelles ou verbales à des boissons alcoolisées. Parmi les boissons consommées l'alcool dominait, et pourtant ces

feuilletons ne faisaient pratiquement jamais référence aux dangers liés à la consommation d'alcool.

Des analyses du contenu des scènes avec de l'alcool à la télévision indiquent qu'on y voit souvent de l'alcool consommé et que le fait de boire est présenté comme n'ayant relativement aucune conséquence (Christenson *et al.* 2000; Grube 1993; Mathios *et al.* 1998; Wallack *et al.* 1990). A la télévision, les personnages qui boivent de l'alcool ont tendance à avoir une "haute position sociale", sont riches, réussissent dans la vie, ont du charme et occupent des postes de cadres supérieurs.

Ils boivent de l'alcool souvent lorsqu'ils sont heureux, pour fêter leur réussite sociale, l'esprit de camaraderie et pour se détendre (Hundley 1995; Wallack *et al.* 1990).

Des analyses de contenu concernant le pouvoir de séduction utilisé dans les publicités pour l'alcool indiquent que le fait de boire de l'alcool est présenté comme un élément important des relations sociales, et est associé au charme physique, à la virilité, la romance, la détente et à l'aventure (Grube 1993; Finn & Strickland 1982; Madden & Grube 1994). De nombreuses publicités pour l'alcool utilisent de la musique rock, le cinéma d'animation, une image séduisante, et des célébrités, augmentant ainsi l'attrait de ces breuvages aux yeux des jeunes téléspectateurs qui n'ont pas encore atteint l'âge minimum légal (Aitken 1989; Grube 1993; Jones & Donovan 2001; Martin *et al.* 2002; Waiters *et al.* 2001). Il n'est donc guère surprenant que les publicités pour l'alcool comptent parmi les publicités que adolescents ont plus tendance à se rappeler et qu'ils mentionnent comme leurs publicités préférées (Aitken 1989; Aitken *et al.* 1988; Aitken *et al.* 1988; Grube 1993).

Un certain nombre d'enquêtes ont cherché à comprendre comment l'exposition à des publicités pour l'alcool et la représentation du fait de boire à la télévision ainsi que les clips vidéo de musique (DuRant *et al.* 1997; Robinson *et al.* 1998) influencent les idées et attitudes concernant l'alcool chez les enfants et les adolescents. Aas & Klepp (1992), Atkin (1990), et Austin & Meili (1994) affirment que la consommation d'alcool est un comportement issu de l'éducation et fait partie du processus de socialisation de l'adolescent. Ils soutiennent que les adolescents, en particulier ceux qui n'ont pas encore touché à l'alcool, recherchent d'eux-mêmes activement des informations concernant l'alcool auprès de sources culturelles ainsi qu'auprès de membres de leur famille et de leurs camarades. Parmi ces sources, la télévision joue un rôle majeur et peut présenter un portrait inexact des réalités de l'alcool (Atkin 1990; Austin & Nach-Ferguson 1995; Christenson *et al.* 2000; Grube 1993; Kelly & Donohew 1999; Mirazee *et al.* 1989; Wallack *et al.* 1990).

Les collégiens qui regardent beaucoup la télévision boivent plus que ceux qui passent moins de temps devant le petit écran (Tucker 1985; Atkin 1990), bien que cela ne soit pas forcément vrai pour toutes les émissions (Klein *et al.* 1993). Ceux qui regardent beaucoup la télé risquent plus d'être d'accord avec l'idée que les "gens qui boivent sont heureux" et "pour s'amuser lors d'une rencontre sportive, on doit boire" (Neuendorf 1985). Plus récemment, un rapprochement a été établi entre le fait de regarder la télévision et de commencer à boire dans les 18 mois qui suivent (Robinson *et al.* 1998). Il a été constaté qu'à chaque heure de plus passée devant le petit écran (par rapport au temps passé mesuré au début de la période considérée) correspondait une augmentation de 9 % des risques de commencer à boire dans les 18 mois.

Musique et vidéoclips Une analyse concernant la musique populaire auprès des jeunes a révélé que 17 % des paroles des chansons, tous genres confondus, font référence à l'alcool (Roberts *et al.* 1999). L'alcool est plus fréquemment mentionné dans le rap (47 %) que dans les autres genres de musique, comme la musique country-western (13 %), les top 40 (12%), le rock alternatif (10 %), et le heavy metal (3 %). Le fait d'être ivre ou euphorique est un thème qui revient souvent, bien que le fait de boire soit également associé au fait d'être riche et de vivre dans le luxe, au sexe, à la criminalité ou à la violence. Tout comme à la télévision et dans les films, les

conséquences de la consommation d'alcool ne sont presque jamais mentionnées et les messages anti-alcool sont rares. La mention de boissons ou de marques d'alcool se retrouve dans 30 % environ des chansons qui parlent de l'alcool et est plus fréquente dans le rap (48 %). De 1979 à 1997, les références à l'alcool dans les chansons rap ont quintuplé (de 8 à 44 %), celles le présentant sous un jour positif sont passées de 43 à 73 %, et les mentions de marques d'alcool de 46 à 71 % (Herd 2005). Comparaison faite entre les chansons avant et après 1994, une forte augmentation du nombre de références faites au champagne et aux alcools forts (principalement de marques qui coûtent cher) a été constatée dans les chansons après 1994. De plus, les références faites à l'alcool en association avec le fait d'avoir du charme et d'être riche étaient beaucoup plus nombreuses ainsi qu'au fait de mélanger alcool et drogues et de boire pour s'amuser. Les résultats rapportés montrent également que dans le rap l'alcool est plus souvent présenté sous un jour positif que négatif.

On retrouve une tendance similaire dans les vidéoclips de musique. L'étude DuRant *et al.* (1997) a révélé que les vidéoclips de rap contiennent le plus gros pourcentage de scènes avec de l'alcool, contrairement aux vidéoclips de R&B où l'alcool est le moins présent. De plus, il a été constaté que la consommation d'alcool était plus souvent présente dans les vidéos de musique contenant plus ou moins de sexe que dans celles sans sexe du tout. Le contenu, qui comme observation en a été faite valorise la consommation d'alcool, et la présence publicitaire de l'alcool dans les vidéos de musique peuvent rendre l'alcool plus attrayant aux yeux des jeunes.

Un rapprochement a été établi entre consommation d'alcool chez les adolescents et exposition à forte dose à des vidéos de musique (Robinson *et al.* 1998; Durant *et al.* 1997; Brown & Witherspoon 2002). L'enquête Robinson *et al.* (1998) a révélé que pour chaque heure de plus passée à regarder des vidéos de musique les risques de se mettre à boire dans les 18 mois augmentent de 31%. Une autre étude concernant l'impact des vidéos de musique populaire sur l'attitude des adolescents a révélé un lien entre exposition aux vidéos de rap et risque accru de se mettre à boire chez les jeunes adolescentes afro-américaines (Wingood *et al.* 2003). Les résultats d'un contrôle de suivi 12 mois après ont révélé que les adolescents les plus exposés à des vidéos de rap ont 1,5 fois plus de risques d'avoir bu de l'alcool. Une étude en Hollande a examiné le lien entre le fait de regarder des vidéos de musique et la quantité d'alcool consommée chez les adolescents (Van Den Bluck & Beullens 2005). Les résultats de l'enquête ont montré qu'il existait un lien entre la quantité d'alcool consommée lors de sorties en février 2004 et tout le temps que les adolescents ont passé à regarder la télévision plus leur exposition aux vidéos de musique l'année précédente. Même après avoir procédé à des vérifications par sexe, classe scolaire et consommation d'alcool en 2003, ces résultats sont restés révélateurs.

Le cinéma Des analyses du contenu indiquent que l'alcool est présent ou consommé dans la plupart des films. Ainsi, 92 % environ (185) des 200 films américains ayant remporté le plus de succès auprès du public en 1996 et 1997 contiennent des scènes où l'on boit de l'alcool (Roberts *et al.* 1999). Environ 9 % de ces films montrent des jeunes en dessous de l'âge minimum légal qui boivent de l'alcool. De façon générale, 34 % de ces films associent le fait de boire de l'alcool au fait d'être riche ou de vivre dans le luxe, et 20 % contiennent des "incitations" à boire ou présentent ouvertement de façon positive l'alcool. Seulement 9 % de ces films contenant des références à l'alcool comportent des messages contre l'alcool. En tout, 57 % de ces films montrent des personnages qui boivent impunément. D'autres analyses de contenu ont donné des résultats similaires (Everett *et al.* 1998).

Chose surprenante, une analyse des dessins animés longs métrages pour enfants a révélé que 47 % de ces films faisaient mention de l'alcool ou du fait de boire (Thompson & Yokota 2001). Aucun des films examinés ne contenaient de message préventif concernant les effets nocifs de l'alcool sur la santé, et la plupart du temps l'alcool était associé à des personnages bons ou neutres.

Pour ce qui est de l'image que donnent les personnages qui boivent, une analyse du contenu de 100 films pour la période 1940-1989 a comparé personnages buveurs et non buveurs. Une image plus positive était en fait attribuée aux buveurs (McIntosh *et al.* 1999). En particulier, ceux qui consommaient de l'alcool avaient généralement un statut socioéconomique plus élevé, avaient plus de charme, plus de succès dans leur vie sentimentale et conquêtes sexuelles, et par rapport aux non buveurs étaient plus présentés comme des battants. Ces films, toutefois, montraient de façon égale les conséquences négatives de l'alcool, comme le décès ou la perte de personnes chères, et les associations positives comme l'argent et l'amour. Une analyse similaire de films réalisés sur la période 1906-2001 a révélé que la consommation d'alcool y est principalement présentée comme quelque chose de banal, contrairement aux stupéfiants comme le cannabis présentés comme quelque chose de terrible (Cape 2003).

Peu d'enquêtes ont été faites concernant l'impact sur les jeunes de l'exposition à des films contenant des scènes où l'on boit (Thompson 2005). Au cours d'une étude auprès de collégiens, deux versions du film "Une Etoile est née" ont été projetées. Une version montrait les conséquences négatives de l'alcool pour la vedette du film, alors que dans la deuxième ces scènes avaient été éliminées (Bahk 1997; 2001). La deuxième version a engendré des attitudes plus positives face à l'alcool et a renforcé les intentions de boire. Dans une étude similaire des collégiens ont regardé différentes séries d'extraits de films, une dans laquelle on voyait les conséquences négatives de la consommation d'alcool, une autre les effets positifs, et enfin une série sans alcool du tout (Kulick & Rosenberg 2001). Les résultats indiquent que les participants qui ont regardé les extraits montrant l'alcool comme ayant des conséquences positives, par rapport à ceux qui ont vu la troisième catégorie d'extraits, attendaient de l'alcool beaucoup plus d'effets positifs. Le groupe qui a vu la troisième série d'extraits et celui qui avait vu les extraits montrant des conséquences négatives de l'alcool ont manifesté les mêmes intentions en ce qui concerne le fait de boire de l'alcool dans la semaine à venir. Une autre enquête a démontré qu'il existe une corrélation entre restrictions imposées par les parents concernant les films non destinés aux enfants et la tendance chez les adolescents à boire de l'alcool. L'étude Dalton *et al.* (2002), par exemple, révèle que la consommation d'alcool chez les élèves de 9-13 ans diminue en cas de restrictions plus strictes par les parents en ce qui concerne les films. Chez les jeunes interrogés et ayant "goûté" à l'alcool, 46 % n'avaient aucune restriction imposée par leurs parents concernant les films, 16 % quelques restrictions, et 4 % des restrictions très strictes. Ces proportions se confirmèrent même après avoir contrôlé d'autres variables, comme certaines caractéristiques concernant les élèves et les parents.

Présence publicitaire dans les films La présence publicitaire payée dans les films, à la télévision, dans les livres et les jeux vidéo constitue un autre moyen d'ancrer la consommation d'alcool dans la vie quotidienne des jeunes. Les décisions concernant l'insertion publicitaire se font sur la base de vastes études de marché et sur l'utilisation de données de base standard résultant d'études de marché évaluant le profil démographique du public selon les canaux médiatiques, ainsi que l'efficacité de ces médias à toucher les publics ciblés pour le compte d'entreprises susceptibles de vouloir faire ce genre de publicité (Jernigan & O'Hara 2005).

Internet L'expansion rapide que connaît l'informatique et, en particulier, l'Internet offre aux producteurs d'alcool une nouvelle opportunité. Des sites Web "flashy" ont été créés à base des technologies de l'informatique pour produire des espaces interactifs comportant des graphiques et particulièrement impressionnants ainsi que des éléments animés attrayants. Des recherches ont été faites concernant la présence de l'alcool sur Internet, concentrées sur son accessibilité aux jeunes, l'exposition de ces derniers aux opérations marketing pour l'alcool et l'attrait potentiel qu'exercent sur les jeunes des sites Web ayant trait à la vente d'alcool. Etude n'a pas été faite du contenu de sites Web sans caractère commercial qui ont principalement trait aux produits alcoolisés ou aux cultures favorisant la consommation d'alcool. De même, aucune

étude n'a été faite concernant l'influence que l'exposition à ces portraits de l'alcool et aux activités promotionnelles de l'alcool sur Internet peut avoir sur la consommation d'alcool chez les jeunes. Le Center for Media Education (cité dans l'étude Grube & Waiters [2005]) rapporte que les sites Web commerciaux concernant l'alcool sont facilement accessibles aux jeunes et sont souvent visités via des moteurs de recherche, en utilisant non pas des mots relatifs à l'alcool mais pour trouver des jeux, des loisirs, de la musique, des concours et des économiseurs d'écran gratuits. Des analyses du contenu de sites Web enregistrés comme appartenant à de grandes entreprises de boissons alcoolisées ont révélé que le ciblage des jeunes buveurs est fait en magnifiant la culture jeune avec de l'humour, un langage branché, des jeux interactifs et des concours, le téléchargement de musique rock et l'établissement de chatrooms et de services de petites annonces. Dans l'ensemble, tous ces sites font la promotion de l'alcool. Seulement, quelques-uns comportent des informations concernant les effets nocifs de l'alcool.

Marketing événementiel et viral L'usage du marketing événementiel a également augmenté dans les années 90 grâce aux technologies comme l'Internet, à l'adoption de fêtes et de vacances de diverses origines raciales ou ethniques, ainsi qu'à l'expansion du sponsoring allant de rencontres sportives à des concerts de musique populaire, exploitant chaque occasion de promouvoir l'alcool (McBride & Mosher 1985:143; Alaniz & Wilkes 1998), en passant par des événements souvent organisés autour de la consommation de boissons alcoolisées, ancrant ainsi la consommation de ces produits dans le style de vie et dans les habitudes quotidiennes des jeunes (Aaker 1996; Fleming & Zwiebach 1999).

Les techniques du marketing de propagation (viral) sont aussi couramment utilisées pour inciter les buveurs à inviter leurs amis à visiter des sites Internet, notamment en offrant aux utilisateurs la possibilité d'envoyer des courriels et des messages texte par téléphone à des copains (Cooke *et al.* 2002). L'impact que ce type de marketing a sur les jeunes n'a encore fait l'objet que de peu d'études.

Sponsoring d'événements sportifs Le sponsoring commercial connaît un grand essor depuis les années 80, l'industrie du tabac en tête suivie de l'industrie des boissons alcoolisées (Meenaghan 1991, Meerabeau *et al.* 1991). Résultat, le sponsoring par des boissons alcoolisées est devenu chose courante dans le monde entier et couvre tous les domaines culturels clés concernant les jeunes : musique, sport, danse, cinéma et télévision (cf. tableau 7.9).

Ce type d'activité offre un nombre considérable d'avantages pour le sponsor. Le sponsoring permet d'échapper à certaines réglementations concernant la publicité directe (Meerabeau *et al.* 1991). Il permet de faire de la publicité à petit prix et de toucher facilement les segments de marché voulus (les hommes jeunes sont les plus gros fans de sport et les plus gros buveurs), et ces consommateurs ont une attitude moins critique que le grand public face aux formes traditionnelles de publicité. De plus, le sponsoring de grandes rencontres sportives internationales peut permettre à une marque d'alcool de pénétrer dans des pays où la promotion de l'alcool est strictement réglementée, voire interdite.

Tableau 7.9 Exemples d'opérations de sponsoring

Entreprise	Événement sponsorisé	Pays
Athinaiki Zithopiia (Athenian Brewery S.A.)	Jeux olympiques 2004 à Athènes	Grèce
Steinlager	All Blacks (http://www.steinlager.com/allblacks/)	Nouvelle- Zélande
Amstel	Coupe de l'UEFA (http://www.uefa.com/competitions/ucl/)	Europe
Marques McDowell	Football - matchs et équipes - Derby (http://www.mcdowellindia.com/frame_events.html)	Inde
Bailey's	"Sex and the City"	Royaume-Uni
Anheuser-Busch	Jeux olympiques aux Etats-Unis avec 3 Centres d'entraînement pour athlètes (Van Komen 2000)	Etats-Unis
Vodka Smirnoff	Soirées en boîtes de nuit et émissions radio y afférentes autour du thème les "Smirnoff Experience" (http://www.smirnoffexperience.com/intro.html)	Couverture mondiale

Source : Cooke *et al.* 2002.

Peu de recherches ont été faites concernant l'impact du sponsoring, et des études complémentaires devraient être entreprises. Le sponsoring a un pouvoir sensibilisateur plus fort que les messages ou spots publicitaires aussi bien auprès des clients que des non clients de la marque examinée (Hoek *et al.* 1997). Si l'on considère les 12-13 ans, le fait de voir de la bière en vente à des buvettes sur le lieu de rencontres sportives les incite à commencer à boire vers 14-15 ans (Ellickson *et al.* 2005).

De plus, le fait de se rendre à des événements sportifs destinés aux familles est associé au fait de commencer à boire de l'alcool vers 12-13 ans (Thomsen *et al.* 2004).

Modifier les attentes, les idées et les attitudes

Les normes sociales reflètent les idées de chacun concernant ce qui semble normal et approprié pour ce qui est des convictions et des attitudes. Ce qui a souvent pour résultat d'exercer des pressions concernant le fait de se conformer et de se comporter d'une certaine manière (Aas & Klepp 1992; Austin & Johnson 1997a; 1997b; Austin & Knaus 2000; Austin & Meili 1994; Austin & Nach-Ferguson 1995; Thomsen & Rekve 2004). Généralement, il s'agit d'une "autopression", chacun cherchant à se comporter de la façon que les autres sont supposés attendre de lui dans certaines circonstances. Comme le suggère la théorie de cognition sociale, les normes sociales s'acquièrent souvent par l'observation et le vécu. Les adolescents qui, par exemple, voient d'autres jeunes boire de l'alcool, que ce soit à la télévision ou dans la vie, peuvent être amenés à croire que tous les adolescents boivent, le besoin de se conformer à ces normes faisant alors pression sur eux (Aas & Klepp 1992). Le problème est que les adolescents ont tendance à surestimer la fréquence de consommation d'autres adolescents, les idées et pressions en découlant ne correspondant pas à la réalité (Aas & Klepp 1992).

En ce qui concerne les enfants et les adolescents qui n'ont pas encore touché à l'alcool, leurs **attentes** concernant l'alcool sont influencées par les suppositions qu'ils font concernant l'attitude normale des adolescents face à l'alcool, ainsi que par ce qu'ils ont pu observé chez leurs parents, leurs camarades et les personnes qu'ils prennent pour modèles dans les médias (Aas 1993; Ary *et al.* 1993; Cumsille *et al.* 2000; Curran *et al.* 1997; Grube & Wallack 1994; Jackson *et al.* 1999; Webb *et al.* 1996). Un nombre croissant d'études ont établi un rapprochement entre exposition médiatique concernant la consommation d'alcool et développement chez les enfants et les adolescents d'attentes positives concernant l'alcool (Andsager *et al.* 2002; Austin & Johnson 1997a; 1997b; Austin & Knaus 2000; Austin & Meili 1994; Aitken 1989; Aitken *et al.* 1988; Austin & Knaus 2000; Austin & Meili 1994; Austin & Nach-Ferguson 1995; Austin *et al.* 2000; Dunn & Yniguez 1999; Grube & Wallack 1994; Kelly & Edwards 1988; Kotch *et al.* 1986; Martin *et al.* 2002; Hill & Caswell 2001).

De nombreuses études suggèrent que la présence **de scènes où l'on boit de l'alcool** dans les véhicules médiatiques loisirs et dans les messages et images publicitaires influencent les idées et l'attitude des jeunes en dessous de l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool (Aitken 1989; Atkin 1990; Connolly *et al.* 1994; Jones & Donovan 2001; Martin *et al.* 2002; Waiters *et al.* 2001; Wyllie *et al.* 1998). Un rapprochement a également été fait entre attentes positives concernant l'alcool et consommation actuelle d'alcool chez les adolescents (Aas 1993; Aas *et al.* 1995; Aas *et al.* 1998; Austin & Johnson 1997a; 1997b; Brown *et al.* 1987; Connelly *et al.* 1994; Grube & Wallack 1994; Kotch *et al.* 1986). Certaines de ces études, toutefois, ont fait l'objet de critiques car elles n'apportent pas de preuves empiriques suffisantes permettant d'établir formellement un lien de cause à effet entre exposition aux médias et attitudes-comportements (Kohn & Smart 1984; Smart 1988), et aussi parce que certaines ont rapporté un impact d'ampleur vraiment minime (Beccaria 2001; Grimm 2002; Nelson 1999; Strickland 1983).

L'analyse de contenu suggère que de nombreuses publicités associent l'alcool avec certains traits personnels désirables (ex. caractère sociable, élégance, charme physique) et des positions considérées comme des conséquences enviables (ex. succès, détente, romance, aventure) (Strickland *et al.* 1982). De façon générale, les enfants et les adolescents aiment particulièrement les publicités pour l'alcool dans lesquelles ils voient des célébrités, contenant de l'humour, de l'animation et de la musique populaire (Chen & Grube 2002; Atkin & Block 1983). Chez les adolescents, les garçons sont particulièrement attirés par les publicités pour l'alcool ayant trait au sport (Slater *et al.* 1996; 1997).

Une étude assez vaste a tenté de faire le rapprochement entre **la connaissance chez les enfants** des publicités pour l'alcool et ce qu'ils savaient et pensaient de l'alcool (Grube 1995; Grube & Wallack 1994). Pour vérifier si des élèves se rappelaient des publicités, des photos de spots publicitaires pour de la bière qui étaient passés à la télévision leur furent présentées, toute référence au produit ou à la marque ayant été éliminée. Il a été demandé aux enfants s'ils avaient vu chacune des publicités et dans l'affirmative, s'ils pouvaient identifier de quel produit il s'agissait. Les enfants qui reconnaissaient les publicités connaissaient plus les marques de bière et les slogans et avaient une opinion plus positive concernant le fait de boire. Résultats qui furent confirmés après prise en compte statistique de la possibilité que des idées et connaissances déjà ancrées chez les enfants peuvent influencer leur perception des publicités.

Ainsi, une récente enquête a rapporté que les jeunes qui **réagissent de façon favorable** aux publicités pour l'alcool ont des attentes plus positives concernant l'alcool, considèrent plus sa consommation comme socialement acceptable, pensent qu'il est plus habituel de boire de l'alcool entre camarades et adultes, ont l'intention de boire plus lorsqu'ils seront adultes, et boivent déjà plus fréquemment et en plus grande quantité (Chen & Grube 2002). Ces résultats se vérifièrent, même lors des

contrôles statistiques concernant les effets réciproques entre consommation d'alcool, intentions et idées et réaction positive face aux publicités pour l'alcool.

Chez les 15-20 ans, les publicités pour l'alcool influencent l'attitude face à l'alcool et la perception des messages publicitaires pour l'alcool. De là on peut s'attendre à la fois à une attente d'effets positifs et à une intention de boire. Ce qui fait penser que l'impact des publicités pour l'alcool sur l'intention de boire se fait par le biais de réactions cognitives aux messages publicitaires et l'attente d'effets positifs (Fleming *et al.* 2004). Des jeunes de quatorze ans qui voient un grand nombre de publicités dans des magazines, lors de rencontres sportives, de spectacles de musique et à la télévision connaissent plus les publicités que ceux moins exposés à ces messages. Les adolescents qui regardent plus la télévision, font attention aux publicités pour la bière et connaissent des adultes qui boivent de l'alcool (Collins *et al.* 2003). Pour plaire aux 10-17 ans, une publicité pour la bière doit comporter des éléments spécifiques auxquelles ils réagissent favorablement. Le fait d'aimer certains composants précis des publicités pour la bière contribue fortement au fait de globalement aimer ces publicités, et par conséquent détermine l'efficacité du message publicitaire qui se traduit par une intention d'acheter le produit et la marque vantés dans ces publicités (Chen *et al.* 2005).

Changement d'attitude

L'influence qu'ont les publicités sur l'attitude face à l'alcool peut être mesurée par des enquêtes consommateurs et des enquêtes auprès de la population (modèle économétrique plus grand).

Les enquêtes consommateurs

L'impact que la publicité peut avoir sur l'attitude des jeunes a bien été démontré en ce qui concerne le **tabac**, un rapprochement ayant été formellement établi entre publicité et consommation de cigarettes. Un examen systématique de neuf études longitudinales qui ont suivi au total 12 000 fumeurs, dont la consommation de tabac a été mesurée au départ, a fait un rapprochement entre l'exposition aux publicités et autres activités promotionnelles pour le tabac et la tendance à se mettre à fumer chez les adolescents (Lovato *et al.* 2003). Si on se base sur la solidité de ce lien, les résultats cohérents issus de nombreuses enquêtes d'observation, le temps d'exposition et les attitudes observées face au tabac, ainsi que la plausibilité théorique concernant l'impact de la publicité, après examen, conclusion a été faite que les publicités et autres activités promotionnelles pour le tabac augmentent la probabilité chez les adolescents de se mettre à fumer.

Des résultats similaires ont été rapportés concernant les **préférences alimentaires**. Voici les résultats d'un examen systématique : des preuves suffisamment solides issues de 14 études indiquent que l'exposition aux messages commerciaux pour des produits alimentaires influence les préférences alimentaires chez les enfants ; de solides preuves homogènes issues de 7 enquêtes montrent que l'exposition à des messages commerciaux pour des produits alimentaires modifie les achats et le comportement d'acheteur des enfants ; des preuves moins robustes, résultant de 11 études indiquent que l'exposition à des messages promotionnels pour des produits alimentaires a une influence sur le comportement de consommateur chez les enfants ; 6 enquêtes établissent un ferme rapprochement entre le fait de *regarder la télévision* et l'alimentation, l'obésité et le cholestérol ; une étude a démontré qu'il existe un lien entre forte exposition aux *publicités pour produits alimentaires* et grignotage plus un nombre accru de calories consommées ; 8 études ont montré que la publicité de produits alimentaires exerce une influence sur l'attitude des enfants face aux aliments et à leur régime alimentaire *indépendamment* d'autres influences, comme celle des parents ou du prix ; et, chose importante, 13 enquêtes ont démontré que les

opérations promotionnelles pour des produits alimentaires influencent les préférences des enfants en terme de marques *et* de types d'aliments (Hastings *et al.* 2003).

Forte consommation d'alcool présumée

La façon dont les jeunes perçoivent les publicités a été montrée dans une enquête réalisée auprès d'étudiants aux Etats-Unis répartis en trois groupes (dont deux tiers avaient au maximum 20 ans) et qui ont vu deux publicités pour la bière (Proctor *et al.* 2005). Les codes publicitaires stipulaient que les acteurs ne devaient pas avoir moins de 25 ans et n'étaient pas supposés faire plus jeune que 21 ans. Les résultats ont montré que bien que tous les acteurs physiquement semblaient, en moyenne, avoir plus que l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool (21 ans), ceux dans une des deux publicités paraissaient plus jeunes que l'âge minimum requis de 25 ans. Tous les personnages dans les publicités furent perçus comme ayant du charme, en particulier la jeune actrice.

Bien qu'aucune de ces publicités montrait véritablement quelqu'un en train de boire, les étudiants en ont néanmoins conclu que les personnages buvaient de grandes quantités d'alcool de façon épisodique, et pour une des publicités ont compris qu'ils buvaient plus de 5 verres normalement et plus de 10 verres lors de fêtes. On peut en déduire que le contenu de certaines publicités, exprimés peut-être par les acteurs au travers de leur attitude, leur aspect physique, leur façon de parler et le contexte, fait passer le message que les personnages boivent beaucoup d'alcool de façon épisodique, ce qui n'est pas facile à déterminer dans les codes publicitaires.

Des enquêtes plus anciennes réalisées auprès d'enfants et d'adolescents ont prouvé qu'il existait un lien entre publicité pour l'**alcool** et tendance accrue à se mettre à boire (Aitken *et al.* 1988; Atkin & Block 1980; Atkin *et al.* 1983 1984; Austin & Meili 1994; Austin & Nach-Ferguson 1995; Grube 1995; Grube & Wallack 1994; Wyllie *et al.* 1998a,b). L'impact rapporté était toutefois minime, et quelques études n'ont trouvé aucun lien significatif (Adlaf & Kohn 1989; Strickland 1982 1983). De plus, de par leur conception les enquêtes ne permettaient pas d'établir de lien de cause à effet entre publicités et attitudes, ou de définir si les comportements préexistants étaient à l'origine d'une plus forte perception des publicités.

Un certain nombre d'enquêtes ont essayé de déterminer si les enfants et les adolescents qui aiment les publicités pour l'alcool, comparés à ceux qui ne les aiment pas, ont une attitude différente face à l'alcool. Une étude réalisée auprès de 213 enfants âgés entre 7 et 12 ans, a montré que plus les enfants aimaient les publicités pour l'alcool, plus il était probable qu'ils avaient bu de l'alcool (Austin & Nach-Ferguson 1995).

Enquêtes en Nouvelle-Zélande Une enquête, dans laquelle 677 adolescents sélectionnés au hasard ont été suivis sur plusieurs années, a montré que les jeunes garçons qui à 15 ans se rappelaient plus des publicités pour l'alcool (principalement pour la bière) une fois atteint 18 ans buvaient plus de bière que les autres qui ne s'en rappelaient pas autant (Connolly *et al.* 1994). Des résultats contraires furent toutefois constatés chez les filles.

Une enquête plus récente, conduite auprès de 500 enfants néo-zélandais âgés entre 10 et 17 ans, a rapporté que la mesure dans laquelle les enfants aimaient une série de publicités pour l'alcool avait une influence sur leur consommation probable à 20 ans (Wyllie *et al.* 1998a). Les conclusions des analyses statistiques furent que bien que le fait d'aimer des publicités pour l'alcool a une influence sur le statut de buveur et les intentions de boire actuels, il ne semble pas y avoir d'effet inverse. Une enquête similaire réalisée auprès du groupe d'âge suivant, avec un panel de 1 012 personnes

âgées entre 18 et 29 ans sélectionnées au hasard, a donné des résultats plus révélateurs (Wyllie *et al.* 1998b). Il a été alors rapporté que plus ces personnes aimaient les publicités pour l'alcool, plus elles étaient susceptibles de boire davantage et d'être d'accord avec les déclarations exprimant des idées positives concernant l'alcool comme "Boire de l'alcool est un bon moyen d'échapper au stress de la vie quotidienne." Plus important encore, plus les personnes aimaient les publicités pour l'alcool plus elles déclaraient avoir des problèmes dus à l'alcool, comme le fait d'être impliqué dans une bagarre sous l'influence de l'alcool. Selon le modèle statistique adopté, la conclusion a été que les publicités pour l'alcool et les réactions qu'elles causent influencent les idées concernant la consommation d'alcool, l'attitude face à l'alcool ainsi que les problèmes qui y sont liés plutôt que l'inverse.

Enquêtes aux Etats-Unis En 1998, l'Institut national américain contre l'abus d'alcool et l'alcoolisme (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) a subventionné trois études longitudinales. L'étude Ellickson *et al.* (2005) suivit pendant trois ans plus de 3 000 jeunes de 13–15 ans. Comparaison faite entre buveurs et non buveurs au départ, l'étude a montré que l'exposition à de la bière en présentoirs dans les magasins permettait de prédire que les non buveurs se mettraient à boire deux ans plus tard, et l'exposition à des publicités dans des magazines et à des buvettes dans des rencontres sportives ou des concerts permettait de prédire la fréquence de consommation d'alcool deux ans plus tard. Aucun effet prévisible significatif n'a été établi en ce qui concerne l'exposition à des publicités à la télévision, que ce soit chez les buveurs ou non buveurs. Cependant, l'étude Stacy *et al.* (2004) a rapporté certains effets résultant de la publicité à la télévision. Cette enquête a commencé par une étude de cohorte comprenant 2 250 jeunes de 12–13 ans et, combinant des variables d'exposition et de capacité à se rappeler, qui a révélé qu'une augmentation du temps passé à regarder des émissions à la télévision comprenant des publicités pour l'alcool avait eu pour effet d'augmenter de 44 % les risques de boire de la bière, contre 34% pour le vin et les spiritueux, et de 26 % les risques de boire épisodiquement ces trois sortes de boissons alcoolisées un an après. Enfin la troisième enquête, qui reposait sur des données d'étude longitudinale, a démontré qu'il existait un lien entre les dépenses en publicité pour l'alcool au niveau du marché et d'une part le fait que les jeunes et les jeunes adultes déclarent eux-mêmes avoir été exposés à des publicités pour l'alcool et d'autre part leur consommation d'alcool au niveau individuel, bien que l'impact était minime (Snyder *et al.* 2002).

Enquêtes démographiques

Les enquêtes réalisées auprès de la population donnent des résultats mitigés, cf. tableau 7.10 (cf. Calfee & Scheraga 1994; Saffer 1995 1996). Selon une étude britannique, une réduction de 1 % du volume publicitaire pour l'alcool permettrait, tout au plus, de réduire de 0,1 % la consommation d'alcool (Godfrey 1994). Les données d'études réalisées aux Etats-Unis entre 1970 et 1990 ont également été analysées afin de déterminer si des changements au niveau de la publicité pour l'alcool avaient des répercussions sur le taux de consommation par habitant. Bien que pour les années avec un plus gros volume publicitaire pour le vin et les alcools forts il a été constaté un taux de consommation relativement plus élevé, un modèle statistique prenant en compte les fluctuations temporelles n'a trouvé aucun lien entre changements du volume publicitaire et changements dans la consommation d'alcool (Fisher & Cook 1995). Les résultats indiquent toutefois que le fait d'augmenter le volume publicitaire pour les spiritueux a réduit la part de marché du vin, ce qui semble indiquer que ce type de changement en matière de publicité a un effet croisé sur les parts de marché.

Tableau 7.10 Résultats d'études économétriques de l'impact de la publicité pour l'alcool sur la consommation d'alcool et ses méfaits en tant que variables

	Pays/Région	Périodes	Conclusions
ETUDES DES TENDANCES CHRONOLOGIQUES			
Blake & Nied (1997)	Royaume-Uni	1952-1991	Léger impact publicitaire
Bourgeois & Barnes (1979)	Canada	1951-1974	Aucun impact publicitaire
Calfee & Scheraga (1994)	France, Allemagne, Pays-Bas, Suède		Aucun impact publicitaire
Duffy (1987)	Royaume-Uni	1963-1983	Aucun impact publicitaire
Duffy (1991)	Royaume-Uni	1963-1985 (trimestriel)	Aucun impact publicitaire
Duffy (1995)	Royaume-Uni	1963-1988 (trimestriel)	Aucun impact publicitaire
Duffy (2001)	Royaume-Uni	1964-1996 (trimestriel)	Aucun impact publicitaire
Franke & Wilcox (1987)	Etats-Unis	1964-1984 (trimestriel)	Léger impact publicitaire pour la bière et le vin
Grabowski (1976)	Etats-Unis	1956-1972	Aucun impact publicitaire
Lee & Trembley (1992)	Etats-Unis	1953-1983	Aucun impact publicitaire
McGuinness (1980)	Royaume-Uni	1956-1975	Léger impact publicitaire pour les spiritueux
McGuinness (1983)	Royaume-Uni	1956-1979	Léger impact publicitaire pour la bière
Nelson (1999)	Etats-Unis	trimestriel	Aucun impact publicitaire
Nelson & Moran (1995)	Etats-Unis	1964-1990	Aucun impact publicitaire
Selvanathan (1989)	Royaume-Uni	1955-1975	Léger impact publicitaire pour la bière
ETUDES TRANSVERSALES			
Goel & Morey (1995)	Etats-Unis	1959-1982	La publicité a un impact
Saffer (1997)	Etats-Unis	1986-1989 (trimestriel)	La publicité a un impact
ETUDES SUR L'INTERDICTION PUBLICITAIRE			
Etudes chronologiques interrompues			
Makowsky & Whitehead (1991)	Saskatchewan		Aucun impact publicitaire
Ogborne & Smart (1980)	Manitoba		Aucun impact publicitaire
Smart & Cutler	Colombie britannique		Aucun impact publicitaire
ANALYSES MULTIVARIEES			
Ornstein & Hanssens (1985)	Etats-Unis	1974-1978	La publicité concernant les prix a un impact
Saffer (1991)	OCDE	1970-1990	Les interdictions ont un effet réducteur sur la consommation
Young (1993)	OCDE	1970-1990	Résultats mitigés
Nelson & Young (2001)	OCDE	1970-1990	Les interdictions n'ont pas d'effet réducteur sur la consommation
Saffer & Dave (2002)	OCDE	1970-1995	Les interdictions ont un effet réducteur sur la consommation

Source : Saffer & Dave (2003).

Des études plus récentes indiquent qu'il existe un lien considérable entre publicité pour l'alcool et problèmes liés à l'alcool (Saffer 1991 1997; Saffer & Dave 2004). Par rapport aux pays sans aucune restriction publicitaire ceux imposant des restrictions partielles enregistrent une consommation d'alcool 16 % plus basse et un nombre d'accidents mortels sur la route inférieur de 10 %, alors que par rapport à ces derniers les pays où la publicité pour l'alcool est interdite à la télévision enregistrent un taux de consommation d'alcool 11 % plus bas et un nombre d'accidents mortels sur la route inférieur de 23 % (Saffer 1991 1993b). Après prise en compte des différences de prix et des variables démographiques, comme les revenus et la religion, il s'est avéré qu'à une augmentation du volume publicitaire pour l'alcool correspondait de toute évidence une augmentation du nombre total d'accidents mortels sur la route et la nuit dans tous les Etats-Unis (Saffer 1997). Il a été estimé qu'interdire complètement la publicité pour l'alcool permettrait de diminuer le nombre d'accidents mortels sur la route et d'économiser ainsi entre 5 000 et 10 000 vies par an.

En ce qui concerne les jeunes américains de 12-16 ans, l'élasticité des dépenses publicitaires pour l'alcool par rapport à la consommation d'alcool dans le mois précédent a été estimée à environ 0,08, et à 0,14 par rapport à la forte consommation d'alcool épisodique dans le mois précédent (Saffer & Dave 2003). Les données indiquent qu'en éliminant totalement la publicité pour l'alcool on pourrait réduire la consommation mensuelle d'alcool chez les adolescents d'environ 24 % et leur forte consommation épisodique d'environ 42 %. L'impact de cette mesure serait similaire à celui obtenu en doublant le prix de l'alcool, qui selon les estimations permettrait de diminuer la consommation mensuelle d'alcool chez les adolescents de 28 %, et leur forte consommation épisodique de 51 %.

Les études économétriques de l'impact de la publicité présentent un certain nombre de problèmes, du fait qu'elles reposent essentiellement sur des équations complexes servant à modéliser un phénomène social extrêmement compliqué (Smart 1988 ; Godfrey 1989; Harrison & Godfrey 1989; Saffer 1996) : les données concernant les variables clés, en particulier les dépenses publicitaires, sont souvent omises ; les dépenses publicitaires sont supposées constituer un indicateur précis de l'efficacité de la publicité, alors que le contenu est également important (Strickland 1982) ; les modèles statistiques ne tiennent pas compte du rôle actif que les consommateurs jouent dans le processus de communication (Casswell 1995) et qui renforce l'efficacité des publicités (Casswell & Zhang 1998) ; les difficultés, comme le fait de collecter les réactions, l'effet réciproque possible entre publicité et taux de consommation, et l'effet atténué ou nul de la publicité avec le temps sont souvent ignorés ; et elles se focalisent sur la publicité en ignorant sa nature mercatique.

Il n'est donc guère surprenant que d'autres études aient conclu que l'interdiction totale de diffusion de publicités pour l'alcool n'a aucun effet mesurable sur la consommation d'alcool, ce qui est probablement en grande partie dû à des effets de substitution (Nelson 2003).

Réactions physiologiques au marketing

Des études ont montré que des adultes alcoolo-dépendants ont des réactions

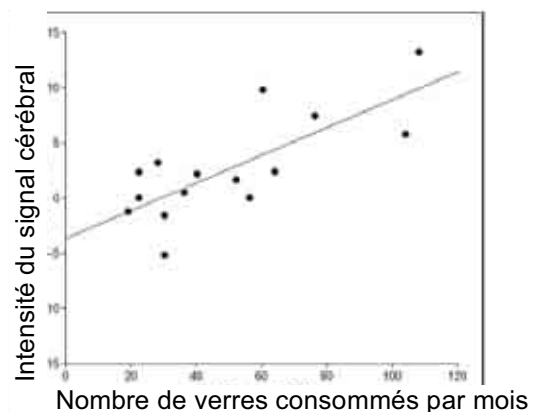


Figure 7.6 Figure 7.6 Intensité du signal cérébral basée sur le taux d'oxygène dans le sang dans la partie droite (precuneus et cortex cingulaire postérieur) du cerveau lors de la vision d'images de boissons alcoolisées par rapport à des boissons non alcoolisées, selon le nombre de verres consommés par mois chez des adolescents ayant un problème d'alcool. Source : Tapert et al. (2003)

physiologiques, cognitives et neuronales atypiques en présence de stimuli liés à l'alcool différentes de celles de personnes qui boivent peu. Des adolescents âgés entre 14 et 17 ans ayant un problème d'alcool ont présenté une activité cérébrale beaucoup plus intense en réaction à des images de boissons alcoolisées que ceux du groupe témoin, en particulier dans les parties du cerveau liées au sentiment de récompense, au désir, aux émotions positives (Tapert *et al.* 2003). Les réactions cérébrales face aux images présentées comportant de l'alcool étaient plus fortes chez les jeunes qui buvaient le plus par mois et qui avaient déclaré un plus fort désir de boire. Cf. figure 7.6.

Autoréglementation du marketing pour l'alcool

Une réglementation a trois volets : la législation (définition des règles appropriées), la mise en vigueur (sanctions prises contre les contrevenants), et les décisions en cas de litige (déterminant s'il y a eu infraction et imposant une sanction) (Swire 1997). Le terme "**autoréglementation**" signifie que l'industrie, plutôt que le gouvernement, se charge de la réglementation. Ce qui ne veut pas forcément dire que le gouvernement n'intervient pas du tout. Au lieu de tout prendre en charge, l'industrie est responsable d'un ou deux volets de la réglementation. Par exemple, une industrie peut intervenir au niveau de la législation en élaborant un code déontologique, tout en laissant au gouvernement les mesures de mise en application de la loi, ou le gouvernement peut adopter une réglementation mais en confier sa mise en application au secteur privé. Parfois un gouvernement confie à une industrie la tâche d'adopter un code d'autoréglementation puis de le mettre en pratique. Souvent une industrie adopte le système de l'autoréglementation pour essayer d'échapper à une réglementation gouvernementale. D'un autre côté, l'autoréglementation peut être également entreprise pour mettre en exécution ou agir en complément des lois (Kuitenbrower 1997). On utilise parfois le terme de "**coréglementation**" lorsque les règles sont définies, administrées et mises en application par des équipes associant organes du gouvernement et représentants de l'industrie (cf. Caswell & Maxwell 2005). Par exemple, au Royaume-Uni, la diffusion de publicité sur les ondes est coréglementée par l'Ofcom, organisme officiel chargé de superviser le contenu et la structure des messages dans le secteur des communications et de procéder à des audits, alors que la corporation industrielle ASAA (Advertising Standards Authority), en complet polyvalent s'occupe de tous les problèmes de publicité et des plaintes des consommateurs.

Les avantages présumés de l'autoréglementation par rapport à la réglementation gouvernementale sont : efficacité, flexibilité accrue, plus grande incitation à se conformer à la réglementation, et réduction des coûts. Par exemple, certains ont soutenu que les participants au sein de l'industrie sont susceptibles de mieux connaître le sujet qu'un organisme gouvernemental (Michael 1995). Il s'agit là d'un facteur de poids quand des connaissances techniques sont nécessaires à l'élaboration de règles appropriées et pour déterminer si elles ont été violées. Deuxièmement, il a été dit que l'autoréglementation offre une plus grande flexibilité (Michael 1995). Il est plus facile pour une corporation de modifier ses règles afin de faire face à de nouvelles circonstances, que pour un organisme gouvernementale d'amender ses règles. En outre, par rapport à une réglementation gouvernementale une autoréglementation peut être mieux adaptée à une industrie spécifique. Le fait qu'elle incite plus à se conformer à la réglementation constitue un autre argument en faveur de l'autoréglementation (Swire 1997). Il est considéré que si l'industrie établit les règles, les acteurs de l'industrie auront plus tendance à les trouver raisonnables. Les entreprises sont susceptibles d'être mieux disposées à se conformer à des règles établies par des membres de leur industrie, plutôt qu'à des règles imposées par des autorités extérieures. Quatrièmement, il est dit que l'autoréglementation coûte moins cher au gouvernement, compte tenu que les dépenses liées à l'élaboration et à

la mise en application de la réglementation incombent alors à l'industrie (Campbell 1999).

Les critiques contre l'autoréglementation ébranlent la base même des arguments en faveur de l'autoréglementation. Par exemple, même si on accepte le fait que l'industrie possède une meilleure expertise technique que le gouvernement, on peut se demander si les entreprises utiliseront cette expertise dans l'intérêt du public, suggérant qu'au lieu de cela elles risquent plutôt d'employer cette expertise pour maximiser les profits de l'industrie (Swire 1997). De même, l'idée que l'industrie sera plus encline à se conformer à sa propre réglementation que celle imposée par des autorités extérieures est un argument plutôt fragile si l'industrie participe activement à l'élaboration de réglementations. Le fait de laisser la réglementation à l'industrie lui offre la possibilité d'altérer les buts mêmes d'une telle réglementation en les remplaçant par ses propres buts (Baker & Miller 1997). Les comités d'autoréglementation risquent, plus que des organismes gouvernementaux, d'être soumis à de plus fortes pressions de la part de l'industrie. De plus, l'autoréglementation ramenée au secteur privé risque de ne pas accorder l'attention voulue aux besoins publics, ou de ne pas considérer les points de vue des parties concernées extérieures à l'industrie. Un grand nombre mettent en question l'adéquation de la mise en vigueur en cas d'autoréglementation, suspectant que l'industrie ne veuille pas investir dans les ressources nécessaires à une mise en exécution stricte de la réglementation (Balkam 1997). On ne peut pas dire non plus si l'industrie est en mesure d'infliger des sanctions adéquates. Au mieux, une corporation peut punir le non-respect aux règles en expulsant le contrevenant. Quant à savoir si l'expulsion est une mesure véritablement dissuasive, tout dépend de l'importance des avantages d'appartenir à la corporation (Perrit 1997). Si une entreprise peut faire plus de bénéfices en ignorant l'autoréglementation, c'est vraisemblablement ce qu'elle le fera, surtout si les infractions à la réglementation sont difficilement détectables par les consommateurs ou ne risquent pas de nuire à la réputation de l'entreprise concernée (Swire 1997).

Les codes réglementant le contenu des messages commerciaux comprennent généralement l'engagement à ne pas associer alcool et réussite sociale ou conquêtes sexuelles, à ne pas montrer une personne ivre, et à ne pas créer de lien entre alcool et jeunes ou avec le fait de prendre le volant. Les recherches effectuées montrent invariablement que l'interprétation de ces dispositions varie selon qu'elles sont examinées par un comité désigné par l'industrie, des représentants du public ou encore le public ciblé.

Par exemple, une étude en Australie a rapporté que les représentants du grand public ont, contrairement au comité de contrôle de l'industrie, trouvé qu'un vaste échantillon de publicités était en infraction au code déontologique volontaire (Saunders & Yap 1991). Comme nous l'avons dit précédemment, le marketing aujourd'hui offre un contenu toujours plus complexe, subtile et interactif. Ce qui rend le suivi et le contrôle du contenu d'autant plus difficiles. L'étude Brown (1995) a identifié un usage croissant d'éléments postmodernes dans les publicités modernes, à savoir scepticisme, subversion, ironie, anarchie, raillerie et paradoxe. Le "rôle actif" du public exposé à ces publicités présente un autre problème de taille en ce qui concerne l'application de codes réglementant le contenu. Les messages publicitaires sont perçus et compris dans le contexte dans lequel vit la personne qui le reçoit. Par exemple, les publicités où l'on comprend sans le voir précisément que quelqu'un est ivre, sont susceptibles de renforcer des normes favorables à une forte consommation d'alcool. Des enquêtes ont démontré que les jeunes interprètent les publicités comme exprimant le fait de boire jusqu'à l'ivresse (Wyllie *et al.* 1997; 1998) et pourtant ces publicités ne sont pas forcément perçues par tous de cette façon. De même, alors que de nombreux codes publicitaires limitent l'emploi de jeunes dans les publicités, la présence de jeunes acteurs n'aura pas forcément pour effet de séduire le jeune public n'ayant pas atteint l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool, il suffit de montrer des styles de vie auxquels les jeunes adultes aspirent (Hill & Caswell 2001). Ainsi, un grand nombre d'opérations marketing sont susceptibles de

séduire effectivement les jeunes en dessous de l'âge minimum légal sans pour autant enfreindre les règles.

L'autoréglementation aux Etats-Unis Les Etats-Unis nous offrent un exemple de la fragilité des systèmes reposant sur l'autoréglementation, avec la publicité pour les spiritueux à la télévision américaine, comme l'a rapporté Campbell (1999) : *“Les spots publicitaires pour les spiritueux ont été interdits par le “Code of Good Practice” (“code de bonnes pratiques”) adopté en 1995 par le DISCUS (Distilled Spirits Council of the United States), la corporation nationale des producteurs et distributeurs de spiritueux. Au mois de mars 1996, Seagram, le second plus gros distributeur de spiritueux, a violé ce code en diffusant une publicité pour un alcool fort sur une petite chaîne câblée de télévision sportive. Quelques mois plus tard, le groupe viola à nouveau l'interdiction en diffusant une publicité sur une chaîne du réseau ABC à Corpus Christi, au Texas. Au lieu d'infliger des sanctions, le comité DISCUS a en novembre 1996 voté en faveur de l'abrogation de la loi interdisant ce type de publicité (cf. Campbell 1999). Selon le président du DISCUS, la corporation ne voit pas pourquoi la diffusion de publicités pour la bière et le vin est autorisée mais pas pour les autres boissons alcoolisées. Les membres du comité DISCUS étaient sans aucun doute au courant de la décision de la Cour Suprême américaine dans l'affaire 44 Liquormart, Inc. contre Rhode Island annoncé en mai 1996, prononcée contre une loi dans cet Etat interdisant la publicité concernant les prix des spiritueux. Cette décision annulait totalement la menace que présentait la réglementation gouvernementale. Bien que le comité DISCUS ait abrogé l'interdiction de diffusion de publicité, les autres prescriptions du code de bonnes pratiques DISCUS ont été maintenues. Par exemple, ce code prévient ses adhérents que les spiritueux doivent être présentés de “façon responsable” et “ne doivent pas être présentés dans des publicités ou commercialisés de façon pouvant directement ou visant essentiellement à séduire des personnes n'ayant pas atteint l'âge minimum légal pour acheter de l'alcool.”*

La FTC (Federal Trade Commission) (1999) a mis en question l'efficacité de mesures autoréglementaires. En août 1998, cette commission commença une enquête sur les pratiques publicitaires en se concentrant sur huit des plus grands distributeurs à l'échelle nationale de bière, de vin et de spiritueux. Elle rechercha en particulier des informations concernant la façon dont les entreprises avaient mis en application les règles prescrites par le code interdisant toute publicité visant à séduire ou à atteindre des jeunes n'ayant pas atteint l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool. Parallèlement, la FTC (1998) déposa plainte contre une publicité pour la bière qui montrait de jeunes adultes faisant la fête et buvant de la bière sur un bateau. La plainte précisait que la publicité n'était pas conforme au code de l'Institut de la bière car elle montrait des personnes sur un bateau qui boivent de la bière “lors d'une activité qui requiert une attention soutenue et un haut degré de coordination pour éviter de tomber à l'eau.” Cette réaction de la FTC suggère que les codes d'autoréglementation de l'industrie des boissons alcoolisées ne sont pas réellement mis en application.

En 2003, la FTC a déclaré que les pratiques d'autoréglementation se sont améliorées depuis le rapport de la commission en 1999, mais qu'elle restait toutefois inquiète car *“à moins qu'on y prenne garde, les publicités pour l'alcool qui ciblent les jeunes adultes qui boivent peuvent aussi séduisent les jeunes en dessous de l'âge minimum légal”*; la fiabilité de ses conclusions a été mise en doute (Mosher & Johnsson 2005).

Autoréglementation en Australie En 2003, dans son rapport le NCRAA (National Committee for the Review of Alcohol Advertising - Comité national chargé du contrôle de la publicité) révèle que 5 % environ des plaintes que l'ASB (Advertising Standards Board - Comité des normes publicitaires) ont trait à la publicité de boissons alcoolisées. Aucune de ces 361 plaintes, concernant au total 48 spots publicitaires, n'a été retenue.

La publicité devant la justice australienne

Entre mai 1998 et avril 1999, 11 plaintes ont été déposées auprès du ASB par des membres du public au sujet de publicités pour l'alcool (9 spots publicitaires différents). Il a été demandé à des experts en marketing et à des étudiants en publicité, qui n'avaient pas eu connaissance de la décision de l'ASB, de juger si chacune de ces publicités était en infraction avec une ou plusieurs clauses du code d'éthique de l'AANA (Australian Association of National Advertisers - Association nationale australienne des publicitaires) ou du code publicitaire ABAC (Alcoholic Beverages Advertising Code - code publicitaire pour les boissons alcoolisées) (Jones 7 Donovan 2002). La majorité des experts jugèrent que sept des neuf publicités étaient en infraction avec les codes. Alors que la plupart des étudiants en université pensaient que chacun des neuf spots publicitaires enfreignaient un ou plusieurs préceptes édictés par les codes de bonnes pratiques. L'ASB a conclu qu'aucune des publicités mises en cause n'étaient en infraction avec les codes.

Le code publicitaire pour l'alcool, à savoir le code ABAC, a été instauré par l'industrie des boissons alcoolisées et couvre certains problèmes spécifiques à la publicité pour l'alcool, comme le fait de séduire les jeunes et l'association de la consommation d'alcool avec la réussite dans le domaine du sport ou les conquêtes sexuelles. L'industrie a mis en place un comité "jury" auquel les plaintes concernant les infractions au code ABAC doivent être soumises. Depuis son instauration en 1998, ce comité a entendu 20 plaintes au total. Il en a retenu cinq et rejeté treize. Après examen de la situation, le NCRAA, comité national chargé du contrôle de la publicité, a conclu que le système actuel ne répond pas aux préoccupations du public en matière de santé face à la publicité et à la consommation d'alcool : le grand public ignore généralement la marche à suivre pour résoudre les plaintes et, en particulier pour porter plainte ; la façon dont les plaintes sont examinées et les jugements en résultant ne sont pas suffisamment rapportés ; le système actuel ne traite pas de toutes les formes de publicités, comme par exemple la publicité et les opérations promotionnelles sur Internet lui échappent ; et l'efficacité du système en place est compromise par la lenteur des procédures.

Le contrôle de la publicité

En résumé

Preuve a été faite que la **conception de nouveaux produits** permet de séduire les jeunes qui n'ont pas atteint l'âge minimum légal concernant l'alcool et qui immédiatement réagissent en les consommant. **Les offres promotionnelles à prix réduit** encouragent la forte consommation d'alcool épisodique, et la mise en place de publicités dans **les magasins** est associée à une tendance prévisible à se mettre à boire chez les jeunes. Il a été démontré que des publicités pour l'alcool **ciblent** les jeunes en dessous de l'âge minimum légal, et il a été établi que l'**exposition** à des émissions télévisées, à des vidéos de musique et à des événements parrainés comportant des messages publicitaires pour l'alcool permet de prédire quand les jeunes commenceront à boire et quand ils augmenteront leur consommation d'alcool. **Des enquêtes consommateurs** ont montré que les publicités pour l'alcool engendraient des attentes et des attitudes positives face à l'alcool. Des études de ce type ont également démontré que les publicités pour le tabac augmentent le nombre de **nouveaux fumeurs** chez les jeunes, et que l'exposition à des publicités pour

produits alimentaires modifie chez les enfants leur **comportement de consommateur du point de vue alimentaire**, et des preuves croissantes indiquent que l'exposition à des publicités pour l'alcool augmente le nombre de **nouveaux consommateurs d'alcool** chez les adolescents. Malgré les problèmes que posent les enquêtes auprès de la population, certaines **études économétriques** nous donnent toutes sortes de preuves établissant un rapprochement entre volume publicitaire et attitude face à l'alcool et conséquences de la consommation d'alcool, ce qui n'est pas le cas d'autres études. Il a été constaté que la publicité a un effet au niveau cérébral lié au sentiment de récompense et au désir. Conclusion, le fait de restreindre le volume publicitaire pour les produits alcoolisés devrait permettre de réduire les méfaits de l'alcool (cf. tableau 7.11). Etant donné que la publicité a un impact, en particulier pour ce qui est d'encourager les jeunes à considérer de façon plus positive le fait de boire de l'alcool, et que même lorsque les publicités ne montrent pas des personnes en train de boire les jeunes ont tendance à percevoir les personnages comme des gros buveurs, il est probable que des restrictions sur le contenu publicitaire réduiraient les conséquences négatives de l'alcool, bien que cela n'ait pas fait l'objet d'évaluation spécifique. Jusqu'à présent, l'autoréglementation des messages commerciaux par l'industrie des boissons alcoolisées n'est guère concluante.

Tableau 7.11 Evaluation de l'efficacité de restrictions publicitaires concernant l'alcool

	Efficacité ¹	Ampleur des recherches faites ¹	Rentabilité ¹
Réduction du volume publicitaire	+ / ++	++	+++
Contrôle du contenu publicitaire	?	0	++

¹ Cf. définitions au tableau 7.1
Source : Babor *et al.* (2003) (modifié).

Impact et coût

Le modèle fourni dans le cadre du projet CHOICE de l'Organisation Mondiale de la Santé montre l'impact du contrôle de la publicité en se basant sur une réduction entre 2 et 4 % de la consommation nocive d'alcool, chiffres tirés d'analyses internationales chronologiques de l'impact de l'interdiction de la publicité (Grube & Agostinelli 2000; Saffer 2000; Saffer & Dave 2002). Bien que politiquement inacceptable dans l'Europe moderne, une interdiction totale de la publicité pour l'alcool dans toute l'Union européenne, selon ce modèle, permettrait d'économiser par an entre 300 (pays de la région Euro-B) et 616 (pays de la région Euro-C) DALYs par million d'habitants, pour un coût annuel estimé entre 12 € (Euro-C) et 23 € (Euro-A) par 100 habitants (cf. figures 7.11 et 7.12 en fin de ce chapitre). Selon ce modèle une interdiction totale de la publicité pour l'alcool dans toute l'Union européenne, pourrait économiser 202 000 années de vie ajustées sur l'incapacité et perdues en raison de décès prématurés pour un coût annuel estimé à 95 millions d'euros (adapté de Chisholm *et al.* 2004).

LES POLITIQUES VISANT A REDUIRE LES MEFAITS DE L'ALCOOL SUR LES LIEUX DE CONSOMMATION

Les débits de boissons sous licence

Les débits de boissons sont associés à l'ivresse (Snow & Landrum 1986), à l'alcool au volant (Fahrenkrug & Rehm 1994; Gruenewald *et al.* 1996; O'Donnell 1985; Single & McKenzie 1992) et à des problèmes de comportement comme les agressions et la violence (Irlande & Thommeny 1993; Rossow 1996; Stockwell *et al.* 1993), certains établissements de ce type enregistrant un nombre particulièrement important d'incidents de ce genre (Sherman 1992; Stockwell 1997; Briscoe & Donnelly 2003a). Les éléments dans l'environnement des bars qui potentiellement exacerbent les problèmes pouvant résulter de la consommation d'alcool (Graham & Homel 1997) comprennent les pratiques de la part du personnel de service favorisant l'ivresse, son attitude agressive et celle de la police locale à l'heure de fermeture du bar (Tomsen 1997), ainsi que l'incapacité du personnel à gérer les problèmes de comportement (Homel *et al.* 1992; Wells *et al.* 1998), des éléments habituels pour ce type d'environnement comme une clientèle nombreuse et une attitude laxiste de la part du personnel (Homel & Clark 1994), le genre d'établissement que sont les bars (Gruenewald *et al.* 1999; Stockwell *et al.* 1992), le confort physique, le degré de "permissivité" dans le bar, l'accès aux transports publics, et les différentes origines ethniques des clients (Homel *et al.* 2004).

Responsabilisation du personnel de service Pratiquement toutes les évaluations de la formation des serveurs dans les bars visant à l'adoption d'une attitude responsable face à l'alcool, montrent que lorsqu'elle est accompagnée de mesures de contrôle cette formation donne chez les participants de bons résultats en termes de connaissances et d'attitude (Graham 2000; Graham *et al.* 2002; Hauritz *et al.* 1998a; Homel *et al.* 1997), bien que ces effets disparaissent avec le temps (Hauritz *et al.* 1998b). Ces études ont également montré des résultats dans les pratiques, pour ce qui est de servir de l'alcool (Johnsson & Berglund 2003), même pas toujours (Donnelly & Briscoe 2003). Alors que le personnel de service dans ces établissements est généralement disposé à intervenir quand il voit des clients visiblement ivres (Gliksman *et al.* 1993), généralement il n'est pas enclin à le faire en se basant uniquement sur le taux d'alcoolémie estimé des clients, ou du nombre de verres déjà consommés (Howard-Pitney *et al.* 1991; Saltz & Stanghetta 1997; Gliksman *et al.* 1993; McKnight 1991). De plus, ce type de formation lutte contre les mauvaises pratiques comme le fait "d'encourager" les clients à boire et au lieu de cela encourage les interventions "diplomatiques", comme l'invitation à commander de la nourriture ou le fait de ralentir le service. Pour ce qui est des cas d'ivresse chez les clients, plusieurs enquêtes ont révélé que la formation du personnel de service a de façon générale pour résultat de diminuer le taux d'alcoolémie chez les clients (Geller *et al.* 1987; Russ & Geller 1987) ainsi que le nombre de clients avec un taux élevé d'alcool dans le sang (Lang *et al.* 1998; Saltz 1987; Stockwell *et al.* 1993). De plus, des analyses des tendances chronologiques concernant la formation obligatoire du personnel de service indiquent que cette intervention permet de diminuer le nombre de clients visiblement ivres (Dresser 2000) et d'accidents avec blessures la nuit n'impliquant qu'un véhicule (Holder & Wagenaar 1994). Des études concernant l'impact de l'application du règlement dans les bars visant à éviter l'ivresse (Stockwell 2001) ont également rapporté de modestes résultats dans la réduction de la consommation de grandes quantités d'alcool et dangereuse (Howard-Pitney *et al.* 1991; Lang *et al.* 1998; Wallin *et al.* 1999; Toomey *et al.* 2001). Ces résultats étaient toutefois moins importants ce qui était attendu à l'origine (Stockwell 2001). Les formations visant à responsabiliser le personnel de service s'inscrivent généralement dans des programmes d'intervention d'envergure (Homel *et al.* 2001) ayant permis de lutter contre la violence

(Homel *et al.* 1997; Wallin *et al.* 2003; Felson *et al.* 1997; Putnam *et al.* 1993; Maguire *et al.* 2003).

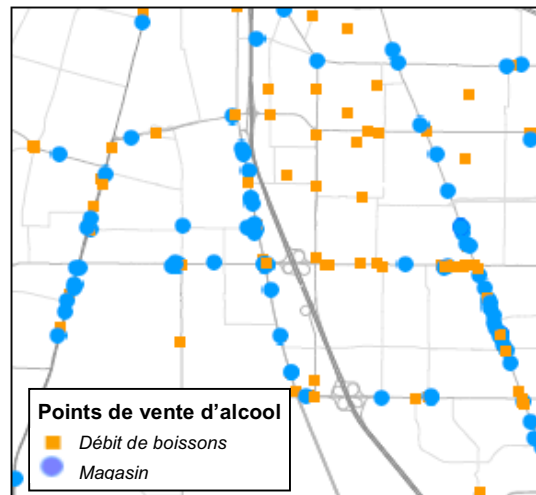
Mise en application contrôlée La responsabilisation du personnel de service dans les débits de boissons a un impact beaucoup plus marqué lorsqu'elle est associée avec des inspections régulières concernant les lois interdisant la vente d'alcool à des personnes ivres (Jeffs & Saunders 1983; McKnight & Streff 1994; Saltz & Stanghetta 1997; Homel *et al.* 2001). Le fait d'augmenter la crainte d'être pris en infraction peut constituer une mesure dissuasive (ex. Homel 1988; Nagin 1998; Sherman *et al.* 1998). Il s'agit là d'une intervention rentable, les résultats positifs excédant les coûts (Levy & Miller 1995).

Action municipale en lieux de vacances

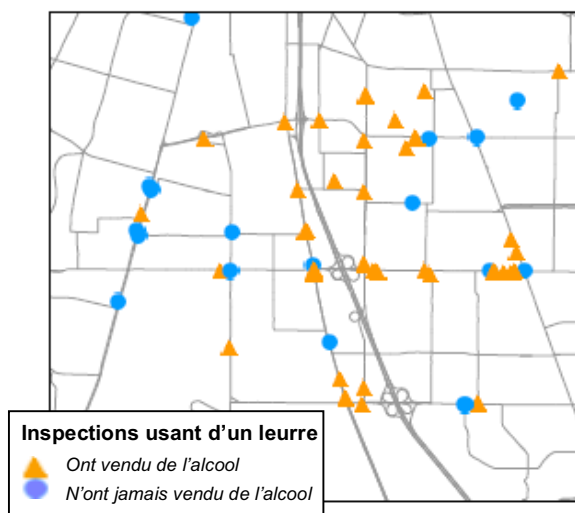
Le projet Surfers Paradise avait pour but de réduire la violence et les troubles de l'ordre liés aux nombreux débits de boissons dans la ville Surfers Paradise dans le Queensland, en Australie, qui accueille un grand nombre de vacanciers (Homel *et al.* 1997). Il reposait sur trois stratégies principales : (1) la création d'un forum municipal avec notamment la mise en place d'équipes, ainsi que des inspections de sécurité ; (2) l'utilisation d'évaluations des risques, de règlements modèles (Model House Policies), et d'un code de bonnes pratiques ; (3) le contrôle des débits de boissons par la police et des inspecteurs de l'administration concernant les licences. Ce projet, ainsi que trois autres repris sur ce modèle dans trois villes dans le nord du Queensland (Cairns, Townsville et Mackay), a eu pour effet d'améliorer considérablement le respect de la réglementation, l'environnement dans les bars, les pratiques chez le personnel de service et a réduit la fréquence des incidents violents (Hauritz *et al.* 1998a). Suite à cette intervention, le nombre d'incidents par 100 heures d'observation est tombé de 9,8 lors d'un contrôle préalable à 4,7 à Surfers Paradise, et de 12,2 à 3,0 dans les villes où ce même projet a ensuite été adopté. Toutefois, les résultats obtenus n'ont pas été maintenus. Deux ans plus tard à Surfers Paradise, le taux d'incidents était monté à 8,3, ce qui de toute évidence montre qu'il faut trouver des moyens de maintenir les résultats obtenus par de telles interventions municipales.

Des inspections semblent également être nécessaires pour assurer le respect de la part du personnel de service des codes de conduite volontaires (Lang & Rumbold 1997; Homel *et al.* 1997). Une enquête rapporte qu'un programme associant une mise en application plus stricte des lois sur la vente d'alcool et une formation "responsabilisatrice" du personnel de service dans les débits de boissons a permis de réduire considérablement le nombre de crimes et de délits violents entre 10 heures du soir et 6 heures du matin (Wallin *et al.* 2003). Certaines preuves montrent que l'usage d'inspections empêche la vente d'alcool aux mineurs (Wagenaar *et al.* 2005), effet limité aux établissements inspectés sans véritable propagation sur l'ensemble de la localité ; les résultats obtenus par ces contrôles disparaissent en grande partie dans les trois mois. On peut donc en conclure que des inspections régulières concernant le respect des réglementations est nécessaire pour obtenir un effet dissuasif permanent. De plus, certaines preuves montrent que les inspections vérifiant la conformité à la réglementation ciblent plus les infractions commises par les clients ou les mineurs, plutôt que par les établissements détenteurs de licence ou les commerçants qui enfreignent les règles concernant la vente d'alcool à des personnes ivres (Donnelly & Briscoe 2003; Briscoe & Donnelly 2003b).

A. Magasins et débits de boissons



B. Etablissements ayant vendu de l'alcool à des jeunes en dessous de l'âge minimum



C. Agressions

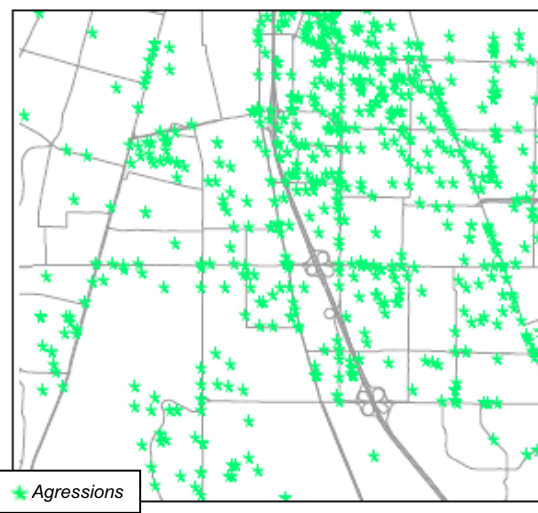


Figure 7.7 Illustration de l'usage de cartes et du marquage géographique dans le cadre de réglementation de la vente d'alcool. On peut de cette façon localiser les endroits avec des établissements qui vendent de l'alcool et des problèmes liés à la consommation d'alcool. La figure A montre tous les établissements qui vendent de l'alcool dans une zone géographique donnée. Les établissements ayant lors d'inspections vendu de l'alcool à des jeunes en dessous de l'âge minimum légal agissant "sous couvert" sont rapportés en figure B, alors que les agressions sont présentées en figure C. Source : Gruenewald *et al.* 2002).

Responsabilité civile Des mesures, tenant le personnel de service pour responsable des conséquences de servir de l'alcool à des personnes qui sont déjà ivres ou à des jeunes en dessous de l'âge minimum légal, ont toujours donné de bons résultats aux Etats-Unis (Holder *et al.* 1993; Sloan *et al.* 2000) pour ce qui est de diminuer le nombre d'accidents mortels sur la route (Chaloupka *et al.* 1993; Ruhm 1996; Sloan *et al.* 1994a; Wagenaar & Holder 1991) et le nombre d'homicides dans les Etats ayant adopté cette politique (Sloan *et al.* 1994b), par rapport aux autres Etats. Cette responsabilisation légale n'est pas une pratique courante en dehors des Etats-Unis (à l'exception de certains endroits en Australie et au Canada).

Il est possible, à l'aide d'analyses géographiques (Wilson & Dufour 2000), d'identifier précisément les endroits où l'alcool pose des problèmes, en particulier d'après le nombre d'accidents de la route, de piétons blessés et d'actes de violence (Gruenewald *et al.* 2002). Ce qui permet d'adopter des démarches ciblées sur le plan de la santé publique et de la mise en application des lois, comme le montre la figure 7.7.

Projet "Safer Bars"

Le projet Safer Bars, programme adopté au Canada, comprenait une évaluation des risques (Graham 1999) et la formation (Braun *et al.* 2000) des propriétaires, des gérants et globalement de tout le personnel. Il avait pour but d'augmenter les interventions en amont chez le personnel, visant ainsi à favoriser un travail d'équipe et à améliorer les compétences du personnel à gérer les comportements posant des problèmes et à réduire les risques de blessures chez les clients. Cette formation dispensée dans le cadre du projet Safer Bars a été grandement appréciée par les gérants et personnel de service dans les bars et a donné d'excellents résultats en termes de connaissances acquises et d'attitudes (Graham *et al.* 2002). Une diminution considérable du nombre d'agressions légères (ex. le fait de pousser ou de tenir quelqu'un sous la menace) et graves (ex. avec coups de poing et de pieds) a également été constatée (Graham *et al.* 2004). Des résultats moins bons ont été enregistrés dans les établissements dont le personnel (gérants, personnel de sécurité et posté à l'entrée) changeait régulièrement.

Autres démarches visant à réduire les méfaits de l'alcool Les risques d'agression, de violence et de blessures (Stockwell, Lang & Rydon 1993) dépendent de l'environnement physique de l'établissement ou du bar (Graham *et al.* 1980 ; Stockwell *et al.* 1993; Homel & Clark 1994), ainsi que de l'attitude et des aptitudes à communiquer du personnel (Hauritz *et al.* 1998a; Wells *et al.* 1998). Ainsi, des interventions visant à modifier ce type d'environnement (ex. changements concernant certaines règles ou la réglementation concernant les jeux, l'admission de la clientèle en cas de queue à l'entrée et le fait d'entrer à nouveau dans l'établissement, modifications de l'environnement social ou physique et amélioration du personnel en termes de capacités à communiquer et à intervenir) constituent des mesures efficaces pour réduire les conséquences négatives résultant de la consommation d'alcool dans ces lieux, sans forcément modifier la quantité globale d'alcool consommée (Homel *et al.* 1997; Graham *et al.* 2004 ; cf. également l'examen réalisé par Graham 2000).

Interventions au niveau des transports publics Diverses études ayant utilisé différentes méthodes ont révélé que la disponibilité des transports publics constituait un important obstacle (d'Abbs, Forner & Thomsen 1994; Homel *et al.* 1997; Homel *et al.* 1991; Engineer *et al.* 2003) à la réduction des incidents violents à proximité des établissements qui vendent de l'alcool. Dans les endroits avec un grand nombre

d'établissements de ce type, sans services de transports publics réguliers on assiste à la concentration dans un même endroit d'un grand nombre de personnes ivres et frustrées. Aucune évaluation directe n'a été faite de l'impact de stratégies visant à améliorer les services de transport, bien que certaines interventions de ce type entreprises dans le cadre de stratégies plurielles aient effectivement réduit la violence (Homel *et al.* 1997; Hauritz *et al.* 1998), d'autres pas (d'Abbs & Forner 1995).

Mesures de sécurité concernant le conditionnement des boissons alcoolisées Il est bien connu que les blessures, intentionnelles ou non, causées par des bouteilles brisées sont relativement courantes dans les établissements où l'on sert de l'alcool. Ce qui a amené à suggérer qu'en utilisant des bouteilles en verre trempé, on pourrait diminuer le nombre de blessures. Cependant, une étude basée sur des contrôles au hasard mettant en comparaison la vente de boissons en bouteilles en verre normal et en verre trempé (durci) (Warburton & Shepherd 2000) a rapporté un nombre accru de blessures parmi par les membres du personnel ayant accidentellement cassé des bouteilles en verre trempé. Aucune étude n'a encore été faite concernant l'impact de la vente d'alcool en bouteille en verre trempé sur le nombre de blessures intentionnelles chez les clients.

Les mesures pour lutter contre les méfaits de l'alcool sur les lieux de consommation

En résumé

De plus en plus de preuves viennent confirmer l'impact des stratégies visant à réduire les conséquences négatives de l'alcool sur les lieux de consommation. Cf. tableau 7.12. Cependant, ces stratégies s'appliquent principalement aux bars et restaurants, et leur efficacité dépend de leur effective mise en pratique. Le fait d'édicter un âge minimum légal pour la consommation d'alcool, par exemple, ne servira pas à grand chose si cette mesure n'est pas soutenue par la menace effective de retrait de licence de débit de boissons en cas d'infractions répétées. De telles stratégies gagnent également en efficacité lorsqu'elles sont renforcées par des programmes de prévention au niveau municipal (cf. ci-après).

Tableau 7.12 Evaluation de l'efficacité des réglementations des lieux de consommation d'alcool

	Efficacité ¹	Ampleur des recherches faites ¹	Rentabilité ¹
Attitude responsable de la part du personnel de service	+	+++	++
Mise en application contrôlée	++	+	+
Responsabilisation légale du personnel de service	+++	+	+++
Inspection des établissements qui servent de l'alcool	++	+	+
Transports publics	?	+	+
Environnement sécurisé des lieux de débit de boissons / contenants de boissons alcooliques	?	O	++

¹ Cf. définitions au tableau 7.1

Source : Babor *et al.* (2003) (modifié).

Mobilisation locale

Les programmes de prévention au niveau municipal peuvent permettre de lutter efficacement contre l'alcool au volant, de réduire le nombre d'accidents mortels sur la route ainsi que des blessures dues à des agressions imputables à l'alcool (Giesbrecht 2003; Stockwell & Gruenewald 2001; Holmila 1997; Holder 1998; Hingson *et al.* 2005; Clapp *et al.* 2005). La mobilisation locale a été utilisée pour dénoncer publiquement les problèmes associés aux débits de boissons, concevoir des solutions adaptées, et pour exercer une pression sur les propriétaires de bar afin qu'ils reconnaissent qu'ils sont responsables envers la communauté pour ce qui est des problèmes causés, comme le bruit et le comportement de leurs clients (Hauritz *et al.* 1998 ; Homel *et al.* 1992 ; Putnam *et al.* 1993). Les résultats d'évaluations concernant des démarches mobilisatrices au niveau local ainsi que des ouvrages sur des projets de base (Arnold & Laidler 1994; Cusenza 1997) indiquent que la mobilisation au niveau local peut permettre effectivement de réduire le nombre d'agressions et autres problèmes liés aux établissements qui servent de l'alcool.

L'examen de dix projets tests de prévention au niveau local visant à réduire les méfaits de l'alcool (Aguirre-Molina & Gorman 1996; Chou *et al.* 1998; Douglas *et al.* 1990; sous presse; Gliksman *et al.* 1995 1999; Grube 1997; Hingson *et al.* 1996; Holder *et al.* 1997a 2000; Holder & Treno 1997; Johnson *et al.* 1990; Pentz *et al.* 1989a; Perry *et al.* 1993 1996; Voas 1997; Wagenaar *et al.* 1994; 2000) nous apprend que ce type de stratégies comprend l'éducation du public et des campagnes d'information, l'usage des médias comme tremplin, ainsi que la contre-publicité et des messages de promotion de la santé, des restrictions sur la vente et la consommation d'alcool dans des établissements ainsi que d'autres règles limitant l'accessibilité à l'alcool, le renforcement des mesures de mise en application de la loi avec notamment des inspections, l'organisation d'interventions au niveau local et la formation de coalitions (Giesbrecht *et al.* 2003). Les interventions qui ont donné des résultats prometteurs sont celles basées principalement sur le contrôle de l'accessibilité à l'alcool, y compris l'environnement et le contexte de vente et de distribution des produits alcoolisés, et incluent le contrôle du respect de la réglementation en matière de santé publique (cf. également Holder 1998a; 1998b).

Les éléments caractéristiques d'une localité ou d'un quartier jouent un rôle important dans la modération des prix et des promotions de vente de la bière (Harwood *et al.* 2003), et la diminution des tendances à boire de grandes quantités d'alcool de façon épisodique (Nelson *et al.* 2005). Les communes appliquant des mesures plus strictes concernant le respect de l'âge minimum légal pour l'achat d'alcool enregistrent des taux de consommation, notamment épisodique, plus bas (Dent *et al.* 2005). Les projets locaux sensibilisent la population et la mobilisent pour lutter contre les dégâts causés par l'alcool (Allamani *et al.* 1997 ; 2003 ; Holmila 2003). Il existe un lien d'une part entre capital sociétal (mesuré d'après les rapports cumulés d'interventions bénévoles de la part d'élèves) et une diminution des risques de consommation épisodique de grandes quantités d'alcool, d'ivresse et de dégâts causés par l'alcool (Weitzman & Chen 2005), et d'autre part entre capital sociétal (mesuré d'après un haut niveau de confiance) et un recul des risques de production et de vente illégales d'alcool (Lindstrom 2005).

A Stockholm, en Suède, un programme de mobilisation locale comportant

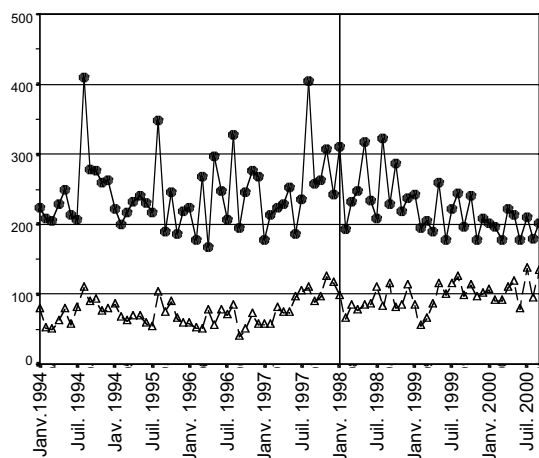


Figure 7.8 Actes de violence rapportés à la police dans la zone d'intervention (cercles pleins) et dans la zone témoin (triangles).
Janv. = Janvier; Juil = Juillet

plusieurs volets mis en place depuis 1996, avec formation responsabilisatrice du personnel de service dans les débits de boissons et mise en application plus stricte des lois en vigueur sur l'alcool, a permis de réduire de 29 % le nombre de délits et crimes violents dans la zone d'intervention par rapport à une zone témoin (Wallin *et al.* 2003), cf. figure 7.8.

Le "Community Trials Project" (Holder *et al.* 1997) était un projet pilote d'intervention locale à cinq volets, visant globalement à diminuer les méfaits de l'alcool dans trois communes, à savoir : média et mobilisation, responsabilisation du personnel servant de l'alcool, mesures pour diminuer l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes en dessous de l'âge minimum légal, d'autres pour lutter contre l'alcool au volant, et enfin pour diminuer la disponibilité de l'alcool. Ce projet a permis de réduire le nombre d'accidents de la route imputables à l'alcool, de blessures dues à des agressions sous l'influence de l'alcool et de diminuer la consommation nocive d'alcool (Holder *et al.* 2000). Enfin, des analyses des coûts ont estimé que ce projet pilote avait permis d'économiser 2,9 € pour chaque 1 € investi dans l'exécution du programme, calcul basé uniquement sur la réduction du nombre d'accidents de la route (Holder *et al.* 1997).

En Australie, un projet d'intervention locale a été entrepris en Territoire du Nord afin de diminuer les niveaux de consommation d'alcool et ses méfaits dans le but de les ramener en 2002 à ceux enregistrés à l'échelle nationale (d'Abbs 2004) et comprenant plusieurs volets stratégiques : éducation, contrôle plus pointu de la disponibilité de l'alcool et expansion de services de soins et de détoxication (Stockwell *et al.* . 2001; d'Abbs 2004). Jusqu'en 1997 le financement du programme LWA (Living With Alcohol - Vivre avec l'alcool) a reposé sur une taxe spécifique sur la vente de produits alcoolisés de plus de 3 degrés, puis le gouvernement fédéral a interdit aux Etats et territoires la perception de droits de licence et de taxes supplémentaires sur les boissons alcoolisées, le tabac et l'essence. Ce qui entraîna immédiatement la suppression de la taxe LWA en août 1997 ainsi qu'une baisse du prix de vente des boissons alcoolisées titrant de plus de 3° (O'Reilly 1998). Les autorités fédérales financèrent alors directement le programme LWA au même niveau jusqu'en 2000. Puis, les fonds destinés au LWA furent redistribués et versés directement aux programmes et services existants (d'Abbs 2004). Le programme a effectivement permis de réduire le nombre de décès dus aux effets aigus de l'alcool (de 4,6 par 100 000 adultes) et ses effets vraisemblablement chroniques (de 3 par 100 000 adultes) dans le Territoire du Nord (cf. figures 7.9 et 7.10), contre dans les zones témoins une réduction de 1,6 pour 100 000 habitants (effets aigus) et 1,7 pour 100 000 habitants (effets chroniques) (Chikritzhs *et al.* 2005).

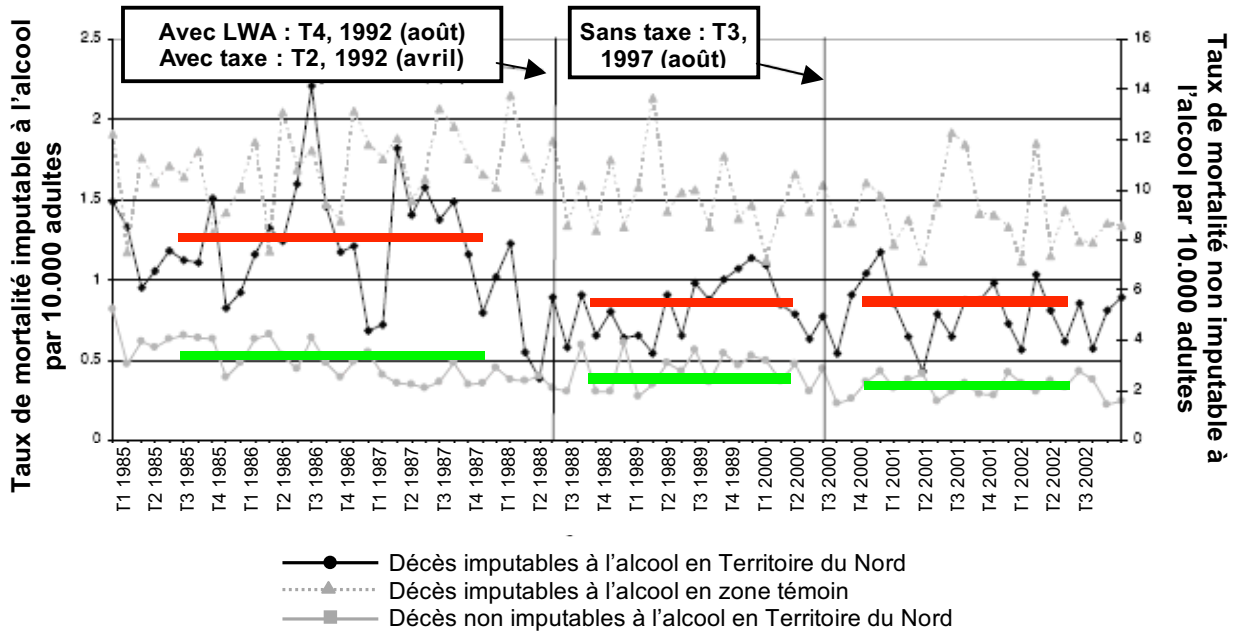


Figure 7.9 Mortalité résultant des effets **igus** de l'alcool. Tendances par 10 000 adultes dans le Territoire du Nord [W] et dans la région témoin [W] 1985-2002.
Source : Chikritzhis et al. 2005.

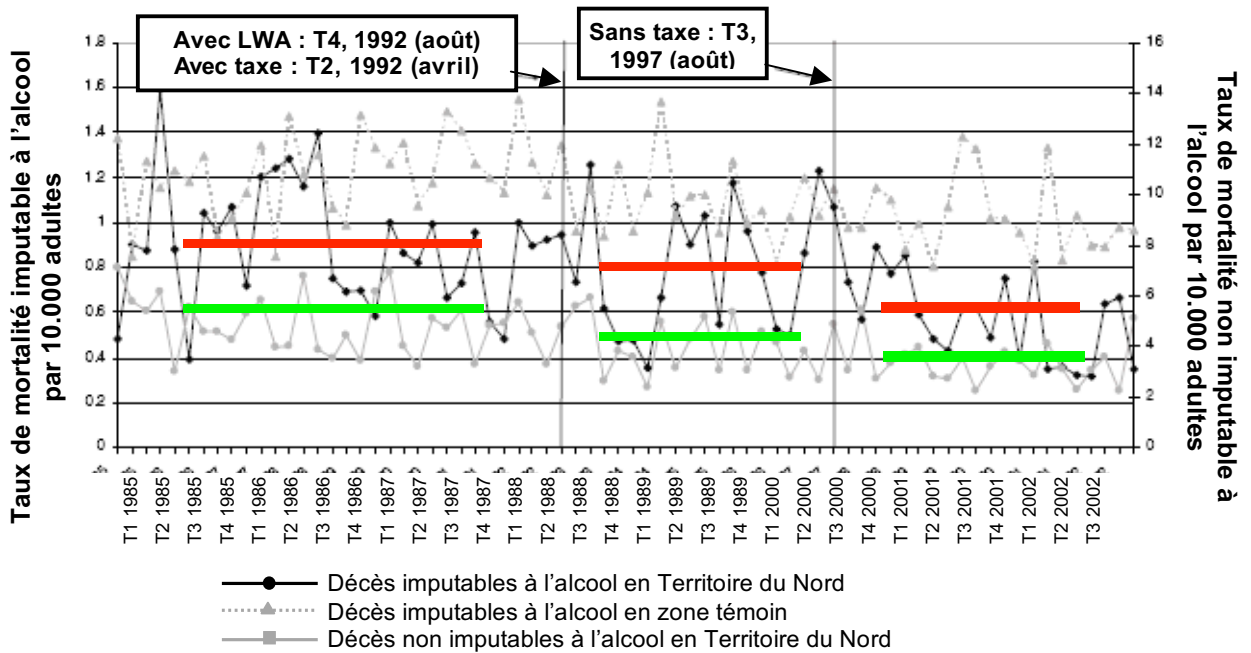


Figure 7.10 Mortalité résultant des effets **chroniques** de l'alcool. Tendances par 10 000 adultes dans le Territoire du Nord [W] et dans la région témoin [W] 1985-2002.
Source : Chikritzhis et al. 2005.

Comment réduire les méfaits de l'alcool par la mobilisation locale

En résumé

Les projets faisant appel à la mobilisation et à des interventions au niveau local permettent de réduire efficacement les méfaits de l'alcool, cf. tableau 7.13.

Tableau 7.13 Evaluation de l'efficacité de la mobilisation locale

	Efficacité ¹	Ampleur des recherches faites ¹	Rentabilité ¹
Mobilisation locale	++	++	+

¹ Cf. définitions au tableau 7.1

Source : Babor *et al.* 2003).

LES POLITIQUES RESPOSANT SUR DES SERVICES D'AIDE PSYCHOSOCIALE ET MEDICALE POUR LUTTER CONTRE LA CONSOMMATION NOCIVE ET DANGEREUSE D'ALCOOL ET L'ALCOOLODEPENDANCE

Alors que de toute évidence la gestion des problèmes que cause l'alcool donne des résultats au niveau individuel, on ne dispose de peu de preuves quant à son impact au niveau de la population (Smart & Mann 1993; Smart & Mann 2000; Smart *et al.* 1989; Smart & Mann 1990; Mann *et al.* 1991). Un rapprochement a été fait entre le recul du nombre de cirrhoses du foie et la mise en place de services plus nombreux concernant le traitement des problèmes d'alcool en Ontario, au Canada (Mann *et al.* 1988; Mann *et al.* 2005), en Suède (Romelsjo 1987) et en Caroline du Nord (Holder & Parker 1992).

Les programmes d'aide sociale Des visites à domicile organisées destinées aux familles vulnérables et visant à soutenir les femmes enceintes et pendant deux ans après la naissance de l'enfant, se sont révélés efficaces et rentables (Mitchell *et al.* 2001; Loxley *et al.* 2004). Dans le cadre de ces interventions, des conseils utiles et pratiques étaient offerts pour prendre soin de l'enfant, invitation étant faite au public de profiter de ces services. Ces programmes ont manifestement donné de bons résultats en ce qui concerne la consommation d'alcool chez les mères et la santé des enfants.

Certaines preuves indiquent que des programmes en école maternelle, qu'ils soient ouverts à tous ou sélectifs, ayant pour but de réduire les problèmes de comportement chez les enfants permettant de prédire une future consommation nocive d'alcool, peuvent aider (Serketich & Dumas 1995). Des résultats positifs ont été obtenus (adaptation et résultats scolaires) avec un bon niveau de rentabilité "coûts-résultats" en utilisant des programmes préventifs destinés à préparer à l'école primaire des

L'impact des visites à domicile

L'étude Olds *et al.* (1997; 1998; 1999) a évalué un programme comprenant des visites régulières à domicile par une infirmière durant les derniers mois de grossesse et jusqu'au deuxième anniversaire du premier enfant pour les femmes ayant de faibles revenus, célibataires ou adolescentes. Le programme visait principalement à aider les mères, les encourageant à s'attacher de façon positive à l'enfant et à leur apprendre à s'en occuper. Les contrôles de suivi ont révélé une baisse du taux de consommation d'alcool chez les femmes durant la grossesse, résultant en une réduction des troubles cognitifs par alcoolisation chez les enfants d'âge préscolaire. Ces enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de 15 ans, et il a été rapporté qu'ils ont eu tendance à commencer à boire plus tard.

enfants issus de familles à risques. A la suite de ces études un suivi des enfants a été effectué durant leur adolescence, qui a démontré que ce type d'intervention avait abouti à un taux réduit de consommation d'alcool (Schweinhart *et al.* 1993).

Conseils préventifs concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse Parmi trois bonnes études concernant des conseils dispensés dans le cadre des soins de santé primaires aux femmes enceintes lors de visites prénatales, deux n'ont rapporté aucun impact sur la consommation d'alcool (Handmaker *et al.* 1999; Chang *et al.* 1999) alors que la troisième indique un effet possible mais pas assez important pour être statistiquement significatif (Reynolds *et al.* 1995). Il a été démontré que des visites à domicile pour les femmes enceintes, pour lesquelles une consommation nocive d'alcool a été médicalement constatée, donne des résultats probants (Grant *et al.* 2005). Ces visites ont permis d'aider des femmes à être soignées et à continuer de s'abstenir de boire de l'alcool. Le fait de les mettre en contact avec les services locaux a contribué à améliorer leur participation régulière au programme thérapeutique et à optimiser les résultats, et a augmenté les chances de grossesses futures sans consommation d'alcool.

L'importance d'interventions en maternelle

Le rapport du projet américain Perry en école maternelle indique que chez les jeunes participants les effets du programme se sont poursuivis jusqu'à l'âge de 27 ans, avec notamment une consommation d'alcool moins fréquente et un nombre réduit de grossesses chez les adolescentes, une baisse du nombre de jeunes qui abandonnent leurs études, une augmentation des chances d'obtenir des emplois et un nombre réduit de personnes dépendant de l'aide sociale (Schweinhart *et al.* 1993). Les analyses financières indiquent que le programme sur un an permet de réaliser des économies allant jusqu'à 6 € pour chaque euro investi.

Prévention sur le lieu de travail Le lieu de travail offre des possibilités multiples pour la mise en oeuvre de stratégies préventives, étant donné que la majorité des adultes employés passent une grande partie de leur temps au travail. Le lieu de travail peut également constituer un facteur favorisant la consommation nocive d'alcool. Un examen systématique et une méta-analyse de 485 études sur un échantillon total de 267 995 personnes ont révélé qu'un mécontentement professionnel permettait de prédire de façon remarquable un sentiment d'épuisement, de manque d'amour-propre, un état dépressif ou anxieux (Faragher *et al.* 2005). Dans de nombreuses études un net rapprochement a été fait entre stress au travail et forte consommation d'alcool (Martin & Roman 1996; Lehman *et al.* 1995; Parker & Farmer 1990; Greenberg & Grunberg 1995), risques accrus d'avoir un problème d'alcool (Bobak *et al.* 2005) et alcoolodépendance (Head *et al.* 2004), ainsi qu'entre sentiment d'aliénation (perte de l'identité d'employé au sens large et du contrôle) et attitudes face à l'alcool (Seeman & Anderson 1983; Seeman *et al.* 1988; Lehman *et al.* 1995; Rospenda *et al.* 2000).

Une série d'études d'évaluation ont rapporté que les programmes sur les lieux de travail ont permis de rétablir la productivité chez un nombre considérable d'employés ayant un problème d'alcool (Asma *et al.* 1980; Edwards *et al.* 1973 ; McAllister 1993; Spickard & Tucker 1984 ; Walsh *et al.* 1991 1992 ; Blum & Roman 1995). La formation de superviseurs a grandement renforcé les attitudes positives face aux programmes d'aide aux employés sur le lieu de travail, se traduisant notamment par une intention plus généralisée d'utiliser ces services, et a abouti à un emploi accru de ces services. (Googins & Kurtz 1981; Hoffman & Roman 1984). Suite à un programme préventif en entreprise enseignant à gérer le stress au travail, le nombre de cas où la consommation d'alcool est devenue un problème est passé de 20 à

11 % et le nombre de jours d'absence pour "gueule de bois" a baissé de 16 à 6 % (Bennett *et al.* 2004).

Modèles de traitement/ moyens thérapeutiques	CES	N
1 Brefs conseils	390	34
2 Amélioration de la motivation	189	18
3 Agoniste GABA (acamprosate)	116	5
4 Renforcement au niveau localité	110	7
5 Manuel d'autoréhabilitation personnelle (bibliothérapie)	110	17
6 Antagoniste d'opiacés (ex. naltrexone)	100	6
7 Formation renforçant la maîtrise de soi	85	31
8 Contrat comportement	64	5
9 Formation pour les relations sociales	57	20
10 Thérapie du couple - au niveau comportemental	44	9
11 Cure de dégoût - nausées	36	6
12 Programme de réadaptation	33	5
13 Thérapie cognitive	21	10
14 Cure de dégoût - réactivité provoquée	18	8
15 Cure de dégoût - apnée	18	3
16 Thérapie familiale	15	4
17 Acupuncture	14	3
18 Services de conseils orientés vers le patient	5	8
19 Cure de dégoût - traitement électrique	-1	18
20 Exercice physique	-3	3
21 Gestion du stress	-4	3
22 Antidipsotrope - disulfiram	-6	27
23 Antidépresseur - SSRI	-16	15
24 Résolution des problèmes	-26	4
25 Lithium	-32	7
26 Thérapie du couple - non comportementale	-33	8
27 Psychothérapie de groupe	-34	3
28 Analyse fonctionnelle	-36	3
29 Prévention des rechutes	-38	22
30 Auto-suivi	-39	6
31 Hypnose	-41	4
32 Médicaments psychédéliques	-44	8
33 Antidipsotrope - carbimide de calcium	-52	3
34 Traitement favorisant l'attention - placebo	-59	3
35 Agoniste de la sérotonine	-68	3
36 Traitement habituel	-78	15
37 Programme en douze étapes	-82	6
38 Alcooliques anonymes	-94	7
39 Antianxiolytique	-98	15
40 Ambiothérapie	-102	14
41 Antidipsotrope - métronidazole	-103	11
42 Antidépresseur	-104	6
43 Cassettes vidéo - autoconfrontation	-108	8
44 Cours de relaxation	-152	18
45 Conseils pour la confrontation des problèmes	-183	12
46 Psychothérapie	-207	19
47 Thérapie générale de l'alcoolisme	-284	23
48 Education (cassettes, conférences ou films)	-443	39

Tableau 7.14 Efficacité des traitements/moyens thérapeutiques contre la consommation dangereuse ou nocive d'alcool

CES=Cumulative Evidence Score- note cumulative des preuves
N = Nombre total d'études ayant évalué ce mode de traitement

Source : Miller & Wilbourne (2002)

Brefs conseils contre la consommation dangereuse et nocive d'alcool Le tableau 7.14, extrait de l'étude Mesa Grande, consistant en une revue systématique et actualisée de l'efficacité de divers traitements contre la consommation dangereuse et nocive d'alcool, donne la liste de 48 sortes de traitements classés dans l'ordre d'efficacité (Miller & Wilbourne 2002). L'étude Mesa Grande fournit un récapitulatif des résultats pondérés suivant la note donnée concernant les méthodes utilisées ; une note plus élevée étant attribuée à une étude de qualité et, inversement, une note moindre étant donné à une étude de mauvaise qualité. Cette évaluation comprend également la notation de la logique pour chaque mode de traitement permettant des déductions quant à son efficacité. Ainsi, une bonne note sur le plan de la logique est attribuée à une étude lorsque son concept a permis de mettre bien en évidence un effet précis (ex. comparaison des résultats d'un traitement sur une groupe par rapport à des sujets témoins), et que les effets bénéfiques se traduisent par un écart statistiquement significatif. Inversement, une mauvaise note est attribuée du point de vue résultat logique lorsque de par son concept une étude n'a pas clairement montré les effets éventuels d'un traitement (ex. comparaison avec un groupe témoin sans traitement ou recevant un placebo). La note CES (Cumulative Evidence Score - note cumulative des preuves) est obtenue en multipliant la note qualité méthodologique par celle attribuée pour la logique, pour toutes les études, avec ajout de points supplémentaires pour des tests positifs et déduction de points pour des tests négatifs. Les modes de traitement sont récapitulés au tableau 7.14, classés selon leur note CES.

Brefs conseils Ce type d'intervention arrive en tête du classement en tant que méthode éprouvée, et a fait l'objet d'une multitude d'études, dont au moins 56 ont mesuré son efficacité (Moyer *et al.* 2002). Au moins 14 méta-analyses et/ou revues systématiques ont été réalisées, avec toutefois des objectifs et méthodes différentes, concernant l'établissement de l'efficacité de brefs conseils concernant l'alcool (Bien, Tonigan & Miller 1993; Freemantle *et al.* 1993; Kahan, Wilson & Becker 1995; Wilk, Jensen & Havighurst 1997; Poikolainen 1999; Irvin, Wyer & Gerson 2000; Moyer *et al.* 2002; D'Onofrio & Degutis 2002; Berglund, Thelander & Jonsson 2003; Emmen *et al.* 2004; Ballesteros *et al.* 2004a 2004b; Whitlock *et al.* 2004; Cuijpers, Riper & Lemmens 2004; Bertholet *et al.*, sous presse). Toutes ont conclu, d'une façon ou d'une autre, que le fait de dispenser de brefs conseils permet de réduire efficacement la consommation d'alcool et de la ramener à un niveau de risque moindre chez les personnes qui boivent de façon novice ou dangereuse. Le nombre de patients devant être traités pour obtenir un résultat est de 8, aussi bien pour la consommation dangereuse et nocive d'alcool que pour les effets nocifs de l'alcool (Anderson 2003). C'est-à-dire que le taux de réussite du programme est de 1 sur 8.

Les recherches concernant les **effets à plus long terme** de brefs conseils donnent des résultats mitigés. Un projet pilote faisant appel à des généralistes a été réalisé dans le Wisconsin, aux Etats-Unis. Lors des contrôles de suivi 4 ans plus tard, par rapport aux sujets du groupe témoin, des effets bénéfiques constants ont été rapportés concernant la consommation d'alcool, la consommation épisodique de grandes quantités d'alcool et la fréquence des excès d'alcool chez les personnes auxquels de brefs conseils avaient été donnés (Fleming *et al.* 2002). Une étude en Australie rapporte que les effets positifs résultant de brefs conseils disparaissent après 10 ans (Wutzke *et al.* 2002) et de ce fait suggère l'organisation de séances de rappel qui permettraient de maintenir ces résultats positifs plus longtemps.

Conseils brefs

L'Organisation Mondiale de la Santé a modélisé l'impact et le coût de conseils dispensés dans le cadre de soins de santé primaires aux personnes à risques, soit 25 % de la population. Appliqué à l'Union européenne, ce modèle permettrait d'économiser 408 000 années de vie ajustées sur l'incapacité et perdues en raison de décès prématurés pour un coût estimé à 740 millions d'euros par an.

Preuve a été faite que de brefs conseils réduisent le nombre de **décès liés à l'alcool** (Cuijpers, Riper & Lemmens 2004), bien que ce sujet n'ait donné lieu qu'à un nombre réduit d'études. L'étude Moyer *et al.* (2002) a également rapporté que des conseils brefs constituent une méthode efficace pour résoudre divers problèmes causés par la consommation d'alcool, et diminuer l'ampleur de ces problèmes. Une étude en Australie dans les cabinets de médecine générale a également démontré l'efficacité de conseils brefs dispensés à des patients ayant des problèmes liés à l'alcool (Richmond *et al.* 1995). A Malmo, en Suède, lors d'un test contrôlé de dépistage de masse destiné aux hommes associé à de brèves interventions, sur une période de suivi de quatre ans un fort recul dans le nombre d'hospitalisations et de décès a été constaté chez les patients, une baisse de 80 % de l'absentéisme a été enregistrée dans les quatre ans suivant l'étude et de 60 % dans le nombre total de jours d'hospitalisation dans les cinq ans, ainsi qu'une diminution de 50 % du nombre de décès toutes causes confondues dans les six ans qui ont suivi. Résultats qui se sont encore confirmés lors des contrôles de suivi 10 et 16 ans plus tard (Kristenson *et al.* 2002).

Les possibilités **d'embaucher du personnel de santé** pour les programmes de brefs conseils ont constitué un sujet de préoccupation (cf. Anderson *et al.* 2003). Cependant, les résultats de projets pilotes au niveau international (Anderson *et al.* 2004; Funk *et al.* 2005), et une méta-analyse (Anderson *et al.* 2004) montrent que des programmes éducatifs et d'assistance permettent de façon efficace et rentable

d'accroître la participation du personnel de soins primaires aux programmes consistant à dispenser de brefs conseils.

Après les brefs conseils, les thérapies comportementales et les pharmacothérapies se classent dans les dix premiers modes de traitements dans la liste pour lesquels des tests contrôlés ont été réalisés (Tableau 7.14). Il est également important d'identifier ce qui de toute évidence a des conséquences négatives (c.-à-d. qui ne marche pas). On trouve dans la liste des méthodes notamment un programme en douze étapes, une psychothérapie de groupe, des programmes éducatifs comme des conférences et des films, une participation obligatoire à des réunions des AA, ainsi que des services relativement vagues de thérapie générale de l'alcoolisme, qui souvent reposent sur la confrontation.

Les services des urgences Des conseils brefs dispensés dans des services des urgences et dans des centres de traumatologie ont donné de bons résultats pour ce qui est de réduire la consommation d'alcool (D'Onofrio & Degutis 2002; D'Onofrio *et al.* 1998; Longabaugh *et al.* 2001; Gentilello *et al.* 1999; Spirito *et al.* 2004; Mello *et al.* 2005) ainsi que les dégâts causés par l'alcool (Monti *et al.* 1999; Gentilello *et al.* 1999; Longabaugh *et al.* 2001; Mello *et al.* 2005). Un examen systématique de 23 études a révélé une diminution de l'ordre de 27 à 65 % dans le nombre d'accidents de la route et des blessures en résultant, de chutes, de tentatives de suicide, d'actes de violence domestique, d'agressions et de mauvais traitements envers les enfants, de blessures liées à l'alcool et de visites aux urgences à cause de blessures, ainsi que du nombre d'hospitalisations et de décès (Dinh-Zarr *et al.* 2004).

Conseils contre la consommation dangereuse ou nocive d'alcool et l'alcoolodépendance

En résumé

Un grand nombre de preuves viennent confirmer que de brefs conseils, en particulier dispensés dans le cadre de soins de santé primaires, permettent de lutter contre la consommation nocive d'alcool, cf. tableau 7.15.

Tableau 7.15 Evaluation de l'efficacité des interventions

	Efficacité ¹	Ampleur des recherches faites ¹	Rentabilité ¹
Programmes d'aide sociale	+	+	+
Programmes destinés aux femmes enceintes	+	+	+
Programmes sur le lieu de travail	++	+	+
Brefs conseils dispensés dans le cadre de soins primaires	+++	+++	++
Brefs conseils dispensés par les services des urgences	++	++	++

¹ Cf. définitions au tableau 7.1

Source : Babor *et al.* (2003) (modifié).

Impact et coût

Selon le modèle statistique du projet CHOICE de brèves interventions, comme les conseils dispensés par les médecins dans le cadre de soins primaires, qui n'exigent que quelques séances éducatives et une formation psychosociale, permettent de lutter contre la consommation dangereuse d'alcool en augmentant le nombre de rémissions et en réduisant les incapacités (Higgins-Biddle & Babor 1996; Moyer *et al.* 2002; Babor *et al.* 2003). Ce qui, appliqué à la population à risque, permettrait de

baisser l'ensemble de la distribution statistique concernant la consommation dangereuse d'alcool (avec, par rapport à l'absence totale d'intervention médicale, une réduction de son ampleur entre 35 et 50 %, équivalant à une amélioration du taux de guérison entre 14 et 18 %). Les estimations ont été corrigées en tenant compte de la réelle mise en pratique des conseils par les patients (70 %) et de la fraction ciblée de la population (25 % buvant de l'alcool de façon dangereuse). Si on applique ce modèle à toute l'Union européenne, un programme basé sur cette brève intervention auprès des 25 % de la population présentant des risques permettrait d'économiser entre 512 (pays de la région Euro-B) et 1 056 (pays de la région Euro-C) DALYs par million d'habitants et par an, opération qui coûterait par an entre 26 € (Euro-B) et 185 € (Euro-A) par 100 habitants (cf. figures 7.11 et 7.12 en fin de ce chapitre). Selon ce modèle, l'impact et le coût de dispenser des conseils dans le cadre de soins de santé primaires à 25 % de la population dans l'ensemble de l'Union européenne permettrait d'économiser 408 000 années de vie ajustées sur l'incapacité et perdues en raison de décès prématurés pour un coût annuel estimé à 740 millions d'euros par an (adapté de Chisholm *et al.* 2004).

DEGRE DE RENTABILITE DES DIFFERENTES STRATEGIES POSSIBLES

Un récapitulatif de l'impact estimé par type d'intervention (en nombre de DALYs économisées par million d'habitants et par an), comparaison faite avec une situation en Europe sans aucune de ces stratégies, est présenté en figure 7.11, avec estimation des coûts (en euros par 100 habitants et par an) en figure 7.12, pour les trois régions de l'Union européenne telles que définies par l'OMS (cf. tableau 7.2).

Pour les trois régions, les taxes (taxe actuelle majorée de 25 %, comparaison faite avec une situation sans taxe) ont le plus fort impact en terme de réduction des méfaits de l'alcool, suivies des brèves interventions dans le cadre de soins primaires de santé aux 25 % de la population qui présentent des risques.

Les trois dispositions réglementaires que sont la taxation, les restrictions de ventes et l'interdiction publicitaire, sont les moins onéreuses à mettre en oeuvre, contrairement aux mesures de lutte contre l'alcool au volant et les brèves interventions, qui coûtent le plus cher. Toutefois, bien que de brèves interventions coûtent plus cher à mettre en pratique, il convient de remarquer qu'en matière de dépenses de santé, parmi les formules faisant appel au personnel de santé de brèves interventions contre la consommation dangereuse ou nocive d'alcool s'avèrent être un des moyens d'action les plus rentables et les plus efficaces. (Anderson *et al.* 2005).

Rentabilité

Les figures 7.13, 7.14 et 7.15 montrent le degré de rentabilité de différents types d'intervention, entrepris seul et en association avec un ou plusieurs autres. L'axe vertical (échelle log.) correspond au coût (en €) annuel par 100 habitants et l'axe horizontal (échelle log.) au nombre de DALYs économisées par million d'habitants et par an. Les lignes diagonales en bleu (aussi sur une échelle log. de droite à gauche) montrent le degré de rentabilité en euros par DALY économisée, allant de 100 € par DALY (en bas à droite) à 10 000 € par DALY (en haut à gauche). Par exemple dans la figure 7.13, il est estimé qu'une stratégie basée sur la majoration de 25 % des taxes sur l'alcool (♦) entraînant une dépense annuelle de 38 € par 100 habitants permettrait une économie annuelle de 1 576 DALYs par million d'habitants, soit un taux de rentabilité de 241 € par DALY économisée. Il convient toutefois d'insister sur le fait que toutes les interventions visant à réduire la consommation dangereuse et nocive d'alcool s'avèrent positives avec un taux de rentabilité très intéressant. Pour chacune de ces stratégies efficaces, le coût investi pour chaque DALY économisée est beaucoup plus bas que le revenu annuel moyen par habitant, seuil proposé par la Commission de l'OMS sur l'évaluation Macroéconomie et Santé pour qu'une intervention soit considérée comme *fortement* rentable (OMS 2001, OMS 2002:108).

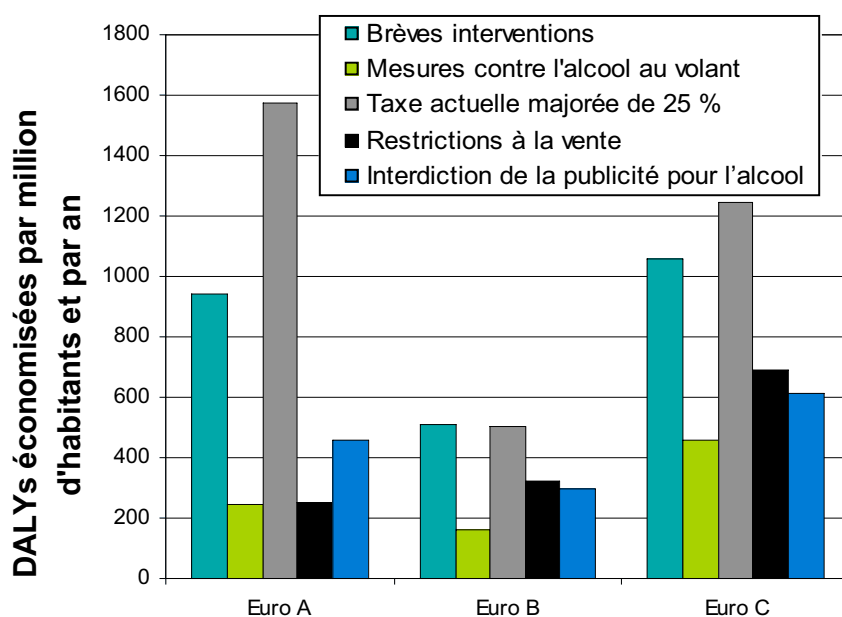


Figure 7.11 Impact de différentes stratégies possibles (en nombre de DALYs économisées par million d'habitants et par an) dans les trois régions de l'UE25. Source : Chisholm *et al.* (2004) (adapté).

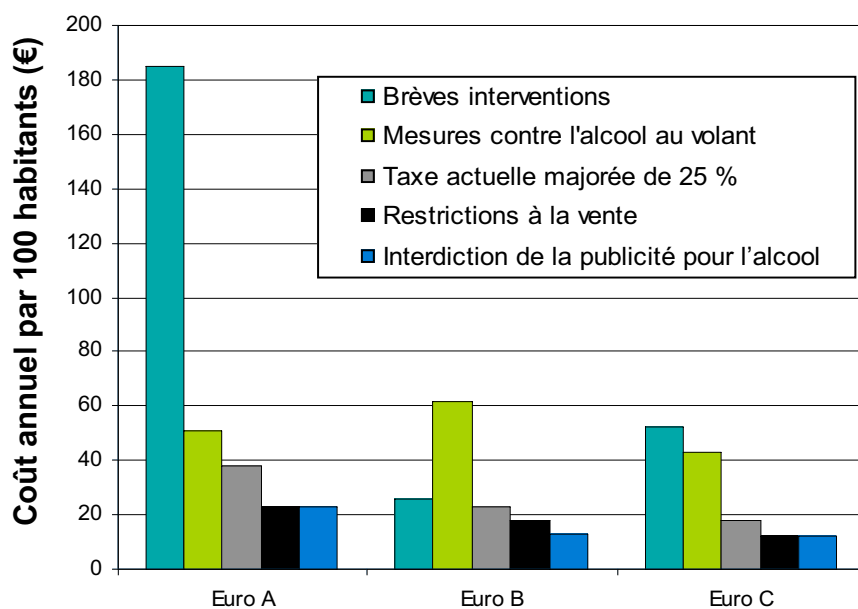


Figure 7.12 Coût de différentes stratégies possibles (en euros par 100 habitants et par an) dans les trois régions de l'UE25. Source : Chisholm *et al.* (2004) (adapté).

De toute évidence dans les trois régions de l'Union européenne, la majoration des taxes (et ♦), la restriction des ventes (+), et l'interdiction de la publicité (-) constituent les meilleures options du point de vue rentabilité. Toutefois il faut voir que par rapport à d'autres interventions des services de santé, de brèves interventions (♦) sont aussi fortement rentables, avec un taux de rentabilité de 493 € (pays de la région Euro-C) et de 1 959 € (pays de la région Euro-A). La mise en oeuvre combinée des cinq stratégies possibles est aussi une option incroyablement bon marché si l'on considère les coûts supportés par la société à cause de l'alcool (cf. chapitre 6). Par rapport à une situation sans programme d'intervention, des mesures comprenant de brefs conseils dispensés par les médecins, des contrôles par alcootests au hasard, une majoration de 25 % des taxes sur l'alcool, la restriction des ventes et l'interdiction de la publicité () ne coûteraient que 1,3 milliard d'euros et permettraient d'économiser 1,4 million de DALYs actuellement perdues à cause de l'alcool.

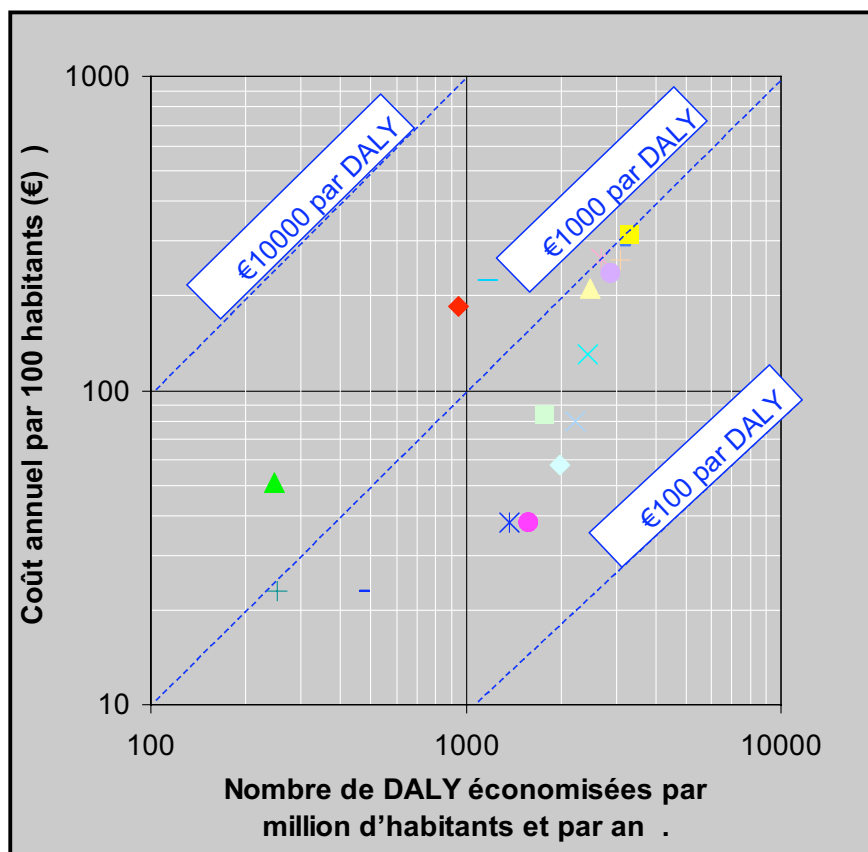


Figure 7.13 Rentabilité de différentes stratégies possibles dans les pays de la région **A** de l'UE25 (échelle log.). Les lignes diagonales montrent le degré de rentabilité par DALY économisée (en €) (Voir légende ci-dessous). Source : Chisholm *et al.* (2004) (adapté).

	A. Brefs conseils dispensés par les médecins (à 25 % de la population)		F4 Brefs conseils + taxe
	B. Contrôles au hasard par alcootest		F5 Taxe + interdiction de la publicité + restrictions des ventes
	C1 Taxes actuelles		F6 Brefs conseils + taxe + contrôles au hasard par alcootest
	C2 Taxes actuelles majorées de 25%		F7 Brefs conseils+taxe+interdiction de la publicité
	D Restrictions des ventes		F8 Brefs conseils + taxe + interdiction de la publicité + restrictions des ventes
	E Interdiction de la publicité		F9 Brefs conseils + taxe + interdiction de la publicité + contrôles au hasard par alcootest
	F1 Brefs conseils + contrôles au hasard par alcootest		F10 Taxe + interdiction de la publicité + restrictions des ventes + contrôles au hasard par alcootest
	F2 Taxe + interdiction de la publicité		F11 Brefs conseils + taxe + interdiction de la publicité + contrôles au hasard par alcootest + restrictions des ventes
	F3 Taxe + contrôles au hasard par alcootest		

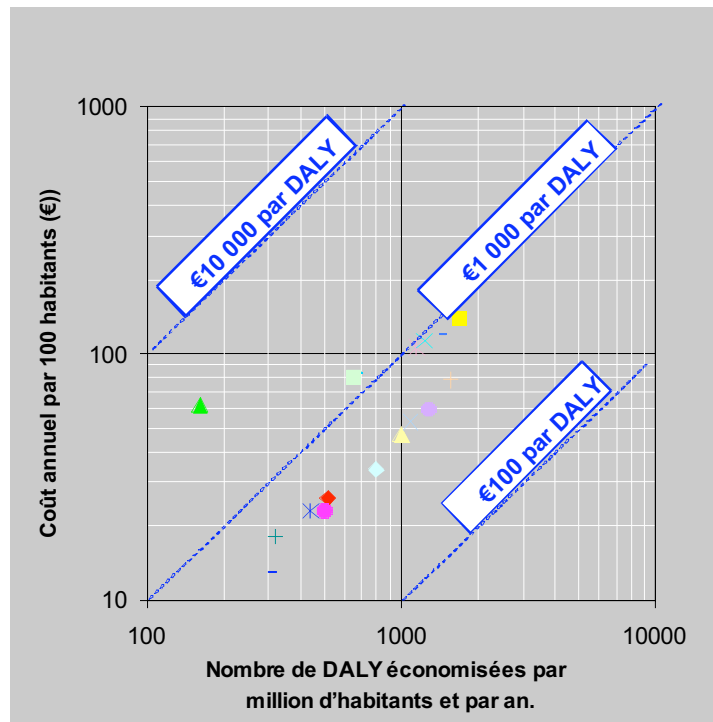


Figure 7.14 Rentabilité de différentes stratégies possibles dans les pays de la région **B** de l'**UE25** (échelle log.). Les lignes diagonales montrent le degré de rentabilité par DALY économisée (en €) (Légende : cf. figure 7.13). Source : Chisholm *et al.* (2004) (adapté).

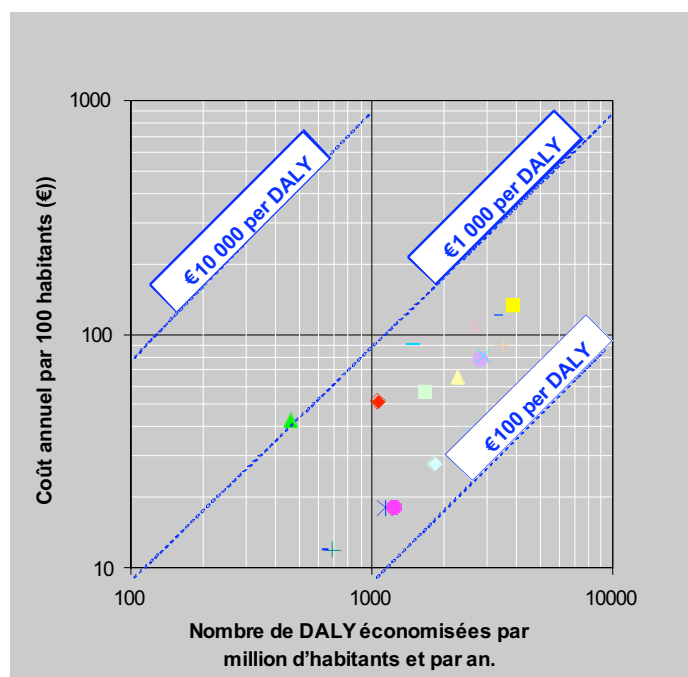


Figure 7.15 Rentabilité de différentes stratégies possibles dans les pays de la région **C** de l'**UE25** (échelle log.). Les lignes diagonales montrent le degré de rentabilité par DALY économisée (en €) (Légende : cf. figure 7.13). Source : Chisholm *et al.* (2004) (adapté).

CONCLUSION

Nous disposons d'un grand nombre de preuves permettant de différencier les stratégies et programmes qui sont efficaces de ceux qui ne le sont pas. Bien que les publications et ouvrages ayant trait au contrôle de l'efficacité de politiques sur l'alcool soient principalement issus d'Amérique du Nord, les preuves solides fournies sont régulièrement confirmées par des données factuelles chronologiques et couvrant différentes circonscriptions, pays et cultures. À remarquer en particulier que les stratégies efficaces sont celles qui offrent un environnement de soutien dans lequel chacun peut faire le bon choix pour améliorer sa santé.

Les programmes et les politiques axés sur l'individu, comme les programmes éducatifs en milieu scolaire, sont les moins efficaces. Ce qui ne veut absolument pas dire qu'il faut abandonner de tels programmes, mais plutôt qu'en investissant lourdement dans ces actions on ne fait pas bon usage des maigres ressources disponibles. Ce qui n'empêche pas non plus de reconnaître que les programmes utilisant les médias peuvent jouer un rôle particulier en sensibilisant davantage la population aux problèmes que cause l'alcool, et préparer le terrain en vue d'interventions spécifiques.

Les programmes axés sur l'individu sont toutefois loin d'être inefficaces lorsqu'ils ciblent les personnes ayant des problèmes ou à risque. Il a été formellement démontré que de brèves interventions, dans le cadre de soins médicaux et s'adressant aux personnes consommant de l'alcool de façon nocive, permettent de réduire efficacement les dégâts causés par l'alcool. De plus, manifestement la mise en application des mesures et l'adoption de démarches intégrales sont importantes. Par exemple, la responsabilisation du personnel de service dans les débits de boissons donne de bien meilleurs résultats lorsque le respect de la réglementation est activement contrôlé et lorsqu'elle est soutenue par des programmes de prévention au niveau local.

Une autre conclusion étonnante est qu'une politique de lutte contre les problèmes liés à la consommation d'alcool n'est pas seulement efficace, mais en plus elle ne coûte pas cher. Par rapport à une absence totale de mesures stratégiques, un programme complet conçu pour réduire de près d'un tiers le fardeau de l'alcool qui pèse sur l'Union européenne se traduirait, pour les gouvernements, par une dépense globale estimée à seulement 1,3 milliard d'euros par an, soit environ 1 % du montant total des coûts tangibles de l'alcool que supporte la société et environ seulement 10 % des revenus supplémentaires estimés obtenus en augmentant de 10 % le prix de l'alcool par majoration des taxes dans les pays de l'UE15.

REFERENCES

Aaker, D.A. (1996). *Building strong brands*. New York: The Free Press.

Aaron, P., and Musto, D. (1981). Temperance and prohibition in America: An historical overview. In M.H. Moore and D. Gerstein, (Ed.), *Alcohol and public policy: Beyond the shadow of Prohibition*, pp.127-181. Washington, DC: National Academy Press.

Aas, H. and Klepp, K.I. and Laberg, J.C. and Aarø, L.E. (1995): Predicting adolescents' intentions to drink alcohol: Outcome expectancies and self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol* 56: 293-299.

Aas, H. and Klepp, K.I. (1992): Adolescents' alcohol use related to perceived norms. *Scandinavian Journal of Psychology* 33: 315-325.

Aas, H. (1993): Adaptation of the Alcohol Expectancies Questionnaire (AEQ-A): A short version For use among 13-year-olds in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology* 34: 107-118.

Aas, N.H. and Leigh, B.C. and Anderssen, N. and Jakobsen, R. (1998): Two-year longitudinal study of alcohol expectancies and drinking among Norwegian adolescents. *Addiction* 93: 373-384.

Abbey, A., Scott, R. O. and Smith, M. J. (1993) Physical, subjective, and social availability: their relationship to alcohol consumption in rural and urban areas, *Addiction*, 88, 489–499.

Academy of Medical Sciences (2004). Calling Time: The nation's drinking as a major public health issue. www.acmedsci.ac.uk.

Adam T, Evans D, Murray CJ. (2003). Econometric estimation of country-specific hospital costs. *Cost-effectiveness and Resource Allocation*; 1: 3, (www.resource-allocation.com).

Adlaf, E. M. and Kohn, P. M. (1989). Alcohol advertising, consumption, and abuse: A covariance-structural modeling look at Strickland's data. *British Journal of Addictions* 84: 749-757.

Agostinelli, G. and Grube, J.W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media: A review of recent research. *Alcohol Research and Health* 26: 15-21.

Aguirre-Molina, M. and Gorman, D.M. (1996): Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use. *Annual Review of Public Health* 17: 337–358.

Ahtola, J., Ekholm, A., and Somervuori, A. (1986) Bayes estimates for the price and income elasticities of alcoholic beverages in Finland from 1955 to 1980. *Journal of Business and Economic Statistics*, 4, 199-208.

Aitken, P.P. and Eadie, D.R. and Leather, D.S. and McNeill, R.E.J. and Scott, A.C. (1988): Television advertisements for alcohol drinks do reinforce under-age drinking. *British Journal of Addiction* 83: 1399-1419.

Aitken, P.P. and Leather, D.S. and Scott A.C. (1988): Ten to sixteen-year-olds' perceptions of advertisements for alcoholic drinks. *Alcohol and Alcoholism* 23: 491-500.

Aitken, P.P. (1989): Television alcohol commercials and under-age drinking. *International Journal of Advertising* 8: 133-150.

Alaniz M.L., Cartmill, R.S., and Parker R.N. (1998) Immigrants and violence: the importance of neighborhood context. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 20, 155-174.

Alaniz, M.L., and Wilkes, C. (1998). Pro-drinking messages and message environments for young adults: The case of alcohol industry advertising in African American, Latino, and Native American communities. *Journal of Public Health Policy*, 19(4), 447-471.

Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau (2003) Health Claims and Other Health-Related Statements in the Labeling and Advertising of Alcohol Beverages (99R–199P) Federal Register / Vol. 68, No. 41 / Monday, March 3, 2003 / Rules and Regulations.

Allamani, A., Basetti Sani I., Voller, F., Cipriani, F., Ammannati, P. and Centurioni, A (2003). Experiences from a community alcohol action research in Scandicci, Florence *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 20 105-109.

Anderson P, Gual A, and Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

Anderson, P. (2003). The Risk of Alcohol. PhD thesis. Nijmegen, Radboud University. http://webdoc.ubn.kun.nl/mono/a/anderson_p/riskofal.pdf.

Anderson, P., Kaner, E. Wutzke, S, Wensing, M., Grol, R., Heather, N. and Saunders, J. (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a WHO international Collaborative Survey. *Alcohol and Alcoholism* 38 597-601.

Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather, N., Wensing, M., Grol, R., Gual, A. and Pas, L. (2004). Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on Findings from a WHO Collaborative Study. *Alcohol and Alcoholism* 39:351-356.

Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Grol, R. and Wensing, M. (2004). Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*. 65 191-199.

Andsager, J.L. and Austin, E.W. and Pinkleton, B.E. (2002): Gender as a variable in the interpretation of alcohol-related messages. *Communication Research* 29: 246-269.

Arnold M.J. and Laidler T.J. (1994) *Situational and Environmental Factors in Alcohol-Related Violence*, Vol. 7. Canberra, Australia: Government Publishing Services.

Arthurson, R. (1985) *Evaluation of random breath testing*. Sydney: Traffic Authority of New South Wales, Research Note RN 10/85.

Ary, D.V. and Tildesley, E. and Hops, H. and Andrews, J. (1993): The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. *International Journal of the Addictions*.

Asma, F.E.; Hilker, R.R.J.; Shevlin, J.J.; And Golden, R.G. (1980). Twenty-five years of rehabilitation of employees. *Journal of Occupational Environmental Medicine* 22:241–244.

Atkin CK, Block M. (1983). Effectiveness of celebrity endorsers. *Journal of Advertising Research* 23:57–61.

Atkin, C. K. (1990) Effects of televised alcohol messages on teenage drinking patterns. *Journal of Adolescent Health Care* 11, 10–24.

Atkin, C. K. and Block, M. (1980). *Content and effects of alcohol advertising*, Washington: Bureau of Tobacco, Alcohol and Firearms.

Atkin, C. K., Hocking, J. and Block, M. (1984). Teenage drinking: Does advertising make a difference? *Journal of Communication* 34: 157-167.

Atkin, C. K., Neuendorf, K. and McDermott, S. (1983). The role of alcohol advertising in excessive and hazardous drinking. *Journal of Drug Education* 13: 313-324.

Austin, E.W. and Johnson, K.K. (1997a): Immediate and delayed effects of media literacy training on third graders' decision making for alcohol. *Health Communication* 9: 329-349.

Austin, E.W. and Johnson, K.K. (1997b): Effects of general and alcohol-specific media literacy training on children's decision making about alcohol. *Journal of Health Communication* 2: 17-42.

Austin, E.W. and Knaus, C. (2000): Predicting the potential for risky behavior among those "too young" to drink as the result of appealing advertising. *Journal of Health Communication* 5: 13-27.

Austin, E.W. and Meili, H.K. (1994): Effects of interpretations of televised alcohol portrayals on children's alcohol beliefs. *Journal of Broadcasting and Electronic Media* 38: 417-435.

Austin, E.W. and Nach-Ferguson, B. (1995): Sources and influences of young school-age children's general and brand-specific knowledge about alcohol. *Health Communication* 7: 1-20.

Austin, E.W. and Pinkleton, B.E. and Fujioka, Y. (2000): The Role of interpretation processes and Parental discussion in the media's effects on adolescents' use of alcohol. *Pediatrics* 105: 343-349.

Austin, E.W., and Nach-Ferguson, B. (1995). Sources and influences of young school-age children's general and brand-specific knowledge about alcohol. *J Health Commun* 7(1):1–20.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R and Rossow I (2003). *Alcohol: No*

Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Baer, J.S. *et al.* (1992) An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 974-979.

Baer, J.S. *et al.* (2001) Brief intervention for heavy drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, 91: 1306-1310.

Bahk CM. (2001). Perceived realism and role attractiveness in movie portrayals of alcohol drinking. *Am J Health Behav* 25:433– 46.

Baker, D.I. and Miller, W.T. (1997). Privacy, Antitrust and the National Information Infrastructure: Is Self-Regulation of Telecommunications-Related Personal Information a Workable Tool?, in PRIVACY AND SELF-REGULATION IN THE INFORMATION AGE (NTIA 1997), available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Balkam, S. (1997). Content Ratings for the Internet and Recreational Software, in Privacy And Self-Regulation In The Information Age (NTIA 1997), available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Arino, J. and Gonzales-Pinto, A. (2004a) Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 608-618.

Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. and Arino, J. (2004b) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women, *Addiction*, 99, 103-108.

Baltussen, R., Adam, T., Tan Torres, T., Hutubessy, R., Acharya, A., Evans, D.B. and Murray, C.J.L. (2004). Generalized Cost-effectiveness Analysis: a guide. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/whosis>.

Barlow T. and Wogalter M.S. (1993) Alcoholic beverage warnings in magazine and television advertisements. *Journal of Consumer Research* 20, 147-156.

Barnard M, Forsyth AJM. (1998). Alcopops and under-age drinking: changing trends in drink preference. *Health Educ.* 6:208–12.

Barnett WS. (1993). Benefit-cost analysis of preschool education: findings from a 25- year follow-up. *American Journal of Orthopsychiatry* 63(4):500–508.

Bauman, K.E. *et al.* (2002) Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prev. Sci.*, 3: 35-42.

Beccaria, F. (2001): The Italian debate on alcohol advertising regulation. *Contemporary Drug Problems* 28 (4): 48-50.

Beirness, D.J. and Simpson, H.M. (2002) The Safety Impact of Lowering the BAC Limit for Drivers in Canada. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation.

Bennett JB; Patterson CR; Reynolds GS; Wiitala WL; Lehman WE (2004). Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *Am J Health Promot* Nov-Dec;19(2):103-13.

Berglund, M., Thelander, S. and Jonsson, E. (Eds.) (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence-based Review* (Weinheim, Wiley-VCH).

Bernhoff IM, Behrendorff I. (2003) Effect of lowering the alcohol limit in Denmark *Accid Anal Prev.* 35(4):515-25.

Bertholet, N., Daepfen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M. and Burnand, B. (in press) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis, *Archives of Internal Medicine*.

Bien T. H., Miller, W. R. and Tonigan, J. S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review, *Addiction*, 88, 315-335.

Bjarnason, T., *et al.* (2003) Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: multilevel modelling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. *J. Stud. Alcohol*, 64(2): 200-8.

Bjerre B Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcolock device and program: Swedish experiences *Accid Anal Prev* 2005 Nov;37(6):1145-52.

Blake, D. and A. Nied, (1997). The Demand for Alcohol in the United Kingdom, *Applied Economics*, 29, 1655-1672.

Blane, D., Brunner, E. and Wilkinson, R. (1996). Health and social organization. London: Routledge.

Blose J.O. and Holder H.D. (1987) Liquor-by-the-drink and alcohol-related traffic crashes: a natural experiment using time-series analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 48, 52-60.

Bourgeois, J. and J. Barnes, (1979). Does Advertising Increase Alcohol Consumption?, *Journal of Advertising Research* 19, 19-29.

Blum, T.C., And Roman, P.M. (1995). Cost-Effectiveness and Preventive Implications of Employee Assistance Programs. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Publication RP0907.

Bobak M; Pikhart H; Kubinova R; Malyutina S; Pajak A; Sebakova H; Topor-Madry R; Nikitin Y; Caan W; Marmot M (2005). The association between psychosocial characteristics at work and problem drinking: a cross-sectional study of men in three Eastern European urban populations. *Occup Environ Med* Aug;62(8):546-50.

Bondy S.J., Rehm J., Ashley M.J., Walsh G., Single E., and Room R. (1999) Low-risk drinking guidelines: scientific evidence. *Canadian Journal of Public Health* 90, 264-270.

Borschos, B. (2000) *Evaluation of the Swedish drunken driving legislation implemented on February 1, 1994*. [On-line] Presented at the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, Sweden: 22-26 September. Available from: <http://www.vv.se> Accessed: January 2004.

Botvin G. J. and Botvin E. M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 13, 290-301.

Botvin, G. J., Baker, E. and Dusenbury, L. (1995a) Long term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106–1112.

Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. A., Diaz, T. and Botvin, E. M. (1995b) Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviours*, 9, 183–194.

Bowerman R.J. (1997) Effect of a community-supported alcohol ban on prenatal and other substance abuse. *American Journal of Public Health* 87, 1378-1379.

Boyd, R. and B. Seldon, (1990). The Fleeting Effect of Advertising, *Economic Letters*, 34.

Braun K. and Graham K. with Bois C., Tessier C., Hughes S., and Prentice L. (2000) *Safer Bars Trainer's Guide*. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Briscoe, S. and Donnelly, N. (2003a) Problematic licensed premises for assaults in inner Sydney, Newcastle and Wollongong. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36, 18-33.

Briscoe, S. and Donnelly, N. (2003b) Liquor licensing enforcement activity in New South Wales. *Alcohol Studies Bulletin*, no. 4, Sydney: NSW Bureau of Crime Statistics and Research.

Brown S. (1995). Post-modern marketing research – no representation without taxation. *J Mrkt Res Soc.* 37(3):287–310.

Brown, J. and Witherspoon, E. (2002) The mass media and American adolescents' health. *Journal of Adolescent Health* 31, 153–170.

Brown, J.H. and Kreft, I.G.G. (1998) Zero effects of drug prevention programs: Issues and solutions. *Evaluation Review* 22, 3-14.

Brown, S.A. and Christiansen, B.A. and Goldman, M.S. (1987): The alcohol expectancy questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol* 48: 483-491.

Bruun K., Edwards G., Lumio M., Mäkelä K., Pan L., Popham R.E., Room R., Schmidt W., Skog O.-J., Sulkunen P., and Österberg E. (1975) *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Cabinet Office (2003). Alcohol Harm Reduction Strategy for England.

Calfee, J. and C. Scheraga, (1994). The Influence of Advertising on Alcohol Consumption: A Literature Review and An Econometric Analysis of Four European Nations, *International Journal of Advertising*, vol. 13, no. 4, p. 287-310.

Campell, A.J. (1999). Self-Regulation and the media. *Federal Communications Law Journal*. 1999:3, 711-772.

Canzer B. (1996) Social marketing approach to media intervention design in health and lifestyle education. *Dissertation Abstracts International* 57, 647A.

Cape GS. (2003). Addiction, stigma and movies. *Acta Psychiatr Scand* 10:163– 9.

Casiro O.G., Stanwick R.S., Pelech A., Taylor, V., Friesen, F., Fast, M., Peabody, D., Alto, L., Edye-Mazowita G, Dean, H, and Esquivel, A. (1994) Public awareness of the risks of drinking alcohol during pregnancy: The effects of a television campaign. *Canadian Journal of Public Health* 85, 23-27.

Casswell S, Zhang J. (1998). Impact of liking for advertising and brand allegiance on drinking and alcohol-related aggression: a longitudinal study. *Addiction*. 93(8):1209–17.

Casswell S. (1997) Public discourse on alcohol. *Health Promotion International* 12, 251- 257.

Casswell S. (1995). Does alcohol advertising have an impact on public health? *Drug Alcohol Rev.* 14:395–404.

Casswell, S. and Maxwell, A. (2005). Regulation of Alcohol Marketing: A Global View *Journal of Public Health Policy* (2005) 26, 343–358.

Casswell, S. (1993) Commentary: Public discourse on the benefits of moderation: implications for alcohol policy development. *Addiction* 88, 459-465.

Casswell, S. and Gilmore, L. (1989) Evaluated community action project on alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 339-346.

Casswell, S., Ranson, R. and Gilmore, L. (1990). Evaluation of a mass-media campaign for the primary prevention of alcohol-related problems. *Health Promotion International* 5 9-17.

CDC (2003) Point-of-Purchase Alcohol Marketing and Promotion by Store Type --- United States, 2000—2001 April 11, 2003 / 52(14):310-313
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5214a4.htm>.

Chaloupka F.J., Saffer H., and Grossman M. (1993) Alcohol-control policies and motor-vehicle fatalities. *Journal of Legal Studies* 22, 161-186.

Chaloupka, F.J, Grossman, M. and Saffer, H. (2002) The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26, 22-34.

Chaloupka, F.J., And Laixuthai, A. (1997). Do youths substitute alcohol and marijuana? Some econometric evidence. *Eastern Economic Journal* 23(3):253– 276.

Chaloupka, F.J., And Wechsler, H. (1996). Binge drinking in college: The impact of price, availability, and alcohol control policies. *Contemporary Economic Policy* 14(4):112–124.

Chaloupka, F.J.; Grossman, M.; And Saffer, H. (1998). The effects of price on the consequences of alcohol use and abuse. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism, Volume 16: The Consequences of Alcohol*. New York: Plenum Press, pp. 331–346.

Chatterton, P. and Hollands, R. (2003) *Urban Nightscapes: Youth Cultures, Pleasure Spaces and Corporate Power*. Routledge: London.

Chen M-J, Grube JW. (2002). TV beer and soft drink advertising: what young people like and what effects? *Alcohol Clin Exp Res* 26(6):900– 6.

Chen MJ; Grube JW; Bersamin M; Waiters E; Keefe DB (2005). Alcohol advertising: what makes it attractive to youth? *J Health Commun Sep*;10(6):553-65.

Chesson, H.; Harrison, P.; And Kassler, W.J. (2000). Sex under the influence: The effect of alcohol policy on sexually transmitted disease rates in the United States. *Journal of Law and Economics* 43(1): 215–238.

Chikritzhs, T. and Stockwell, T.R. (2002) The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 591-599.

Chikritzhs, T., Stockwell, T. and Masters, L. (1997) *Evaluation of the public health and safety impact of extended trading permits for Perth hotels and nightclubs*. Perth: National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Curtin University.

Chikritzhs, T., Stockwell, T. Pascal, R. (2005). The impact of the Northern Territory's Living With Alcohol program, 1992–2002: revisiting the evaluation *Addiction*, 100 1625–1636.

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., and Monteiro, M. (2004). Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6): 782-93.

Chiu A.Y., Perez P.E., and Parker R.N. (1997) Impact of banning alcohol on outpatient visits in Barrow, Alaska. *Journal of the American Medical Association* 278, 1775-1777.

Chou, C-P. and Montgomery, S. and Pentz, M.A. and Rohrbach, L.A. and Johnson, C.A. and Flay, B.R. and MacKinnon, D.P. (1998): Effects of a Community- based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health* 88 (6): 944–948.

Christenson, P.G. and Henriksen, L. and Roberts, D.F. (2000): Substance use in popular prime time television. Office of National Drug Control Policy: Mediascope.

Cimini MD, Page JC, and, Trujillo D. (2002). Using peer theater to deliver social norms information: the Middle Earth Players program. *The Report on Social Norms* 2:1–8 (working paper 8).

Clapp, J.D., Johnson, M., Voas, R.B., Lange, J.E., Shillington, A. and Russell, C. (2005). Reducing DUI among US college students: results of an environmental prevention trial *Addiction*, 100 , 327–334.

Clements, K.W. and Selvanathan, S. (1991) The economic determinants of alcohol consumption. *Australian Journal of Agricultural Economics*, 35, 209-231.

Clements, K.W.; Yang, W.; and Zheng, S.W. (1997). Is utility additive? The case of alcohol. *Appl Econ* 29(9):1163–1167.

Coate D. and Grossman M. (1988) Effects of alcoholic beverage prices and legal drinking ages on youth alcohol use. *Journal of Law and Economics* 31, 145-171.

Cohen, D.A., Mason, K. and Scribner, R. (2002). The Population Consumption Model, Alcohol Control Practices, and Alcohol-related Traffic Fatalities. *Preventive Medicine*, 34 (2): 187-97.

Colan, N.B., And Schneider, R. (1992).The effectiveness of supervisor training: One-year follow up. *Journal of Employee Assistance Research* 1:83–95.

Collins RL; Schell T; Ellickson PL; McCaffrey D (2003). Predictors of beer advertising awareness among eighth graders. *Addiction* Sep;98(9):1297-306.

Connolly, G.M. and Casswell, S. and Zhang, J.F. and Silva, P.A. (1994): Alcohol in the mass media and drinking by adolescents: A longitudinal study. *Addiction* 89: 1255-1263.

Cook P.J. and Moore, M.J. (1993) Taxation of alcoholic beverages. *Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems*. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD.

Cook P.J. and Tauchen, G. (1982) The effect of liquor taxes on heavy drinking. *Bell Journal of Economics*, 13, 379-390.

Cook, P.J. and Moore, M.J. (2002). The economics of alcohol abuse and alcohol control policies. *Health Affairs* 2002 21 120-133.

Cooke, E., Hastings, G, Wheeler, C., Eadie, D., Moskalewicz, J., Dąbrowska, K. (2004) Marketing of Alcohol to Young People: A Comparison of the UK and Poland. *Eur Addict Res* 2004;10:1-7.

Cooke, E., Hastings, G. and Anderson, S. (2002) Desk research to examine the influence of marketing and advertising by the alcohol industry on young people's alcohol consumption. Research prepared for the World Health Organization by the Centre for Social Marketing at the University of Strathclyde.

Cowan, R., and Mosher, J.F. (1985). Public health implications of beverage marketing: Alcohol as an ordinary consumer product. *Contemporary Drug Problems*, 12(4), 621-657.

Cuijpers, P., Riper, H. and Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis, *Addiction*, 99, 839-845.

Cumsille, P.E. and Sayer, A.G. and Graham, J.W. (2000): Perceived exposure to peer and Adult drinking as predictors of growth in positive alcohol expectancies during adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 531-536.

Curran, P.J. and Stice, E. and Chassin, L. (1997): The relation between adolescent alcohol use And peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Cusenza S. (1998) Organizing to reduce neighborhood alcohol problems: A frontline account. *Contemporary Drug Problems* 25, 99-111.

d'abbs P. and Togni S. (2000) Liquor licensing and community action in regional and remote Australia: a review of recent initiatives. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 24, 45-53.

d'Abbs, P. (2004) Alignment of the policy planets: behind the implementation of the Northern Territory (Australia) Living With Alcohol programme. *Drug and Alcohol Review*, 23, 55–66. .

d'Abbs, P. and Forner, J. (1995) *An evaluation of measures designed to reduce nightclub related violence and disorder in Darwin*. Darwin: Menzies School of Health Research.

d'Abbs, P., Forner, J. and Thomsen, P. (1994) *Darwin Nightclubs: A Review of Trading Hours and Related Issues*. Darwin: Menzies School of Health Research.

D'Amico EJ, Fromme K. (2002). Brief prevention for adolescent risk-taking behavior. *Addiction* 97:563–74 .

D'Onofrio, G., Degutis, L.C. (2002) Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine* 9, 627-638.

Dalton MA, Ahrens MB, Sargent JD, *et al.* (2002). Relation between parental restrictions on movies and adolescent use of tobacco and alcohol. *Eff Clin Pract* 5:1– 10.

Dee, T.S. (1999). State alcohol policies, teen drinking and traffic accidents. *Journal of Public Economics* 72(2): 289–315.

Dee, T.S., And Evans, W.N. (2001). Teens and traffic safety. In: Gruber, J., ed. *Risky Behavior Among Youth: An Economic Perspective*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 121–165.

DeJong W. and Langford L.M. (2002) A typology for campus-based alcohol prevention: moving toward environmental management strategies. *Journal of Studies on Alcohol Suppl.* No.14, 140-147.

Dent CW; Grube JW; Biglan A (2005) Community level alcohol availability and enforcement of possession laws as predictors of youth drinking. *Prev Med* 2005 Mar;40(3):355-62.

Dent, C.W. (2005). Community Level Alcohol Availability and Enforcement of Possession Laws as Predictors of Youthful Drinking. *Preventive Medicine*, 40, 355-362. *Addiction Research*, 5 (6): 451-472.

Dielman T.E. (1995) School-based research on the prevention of adolescent alcohol use and misuse: Methodological issues and advances. In: Boyd G.M., Howard J., and Zucker R.A. (eds.) *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research*, pp. 125-146. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Dinh-Zarr T, Goss C, Heitman E, Roberts I, DiGuseppi C. (2004). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3.

Distilled Spirits Council of the United States, I. (1998). Code of good practice for distilled spirits advertising and marketing (1998). Available: <http://www.discus.org/industry/code/>.

Ditter SM; Elder RW; Shults RA; Sleet DA; Compton R; Nichols JL (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving a systematic review *Am J Prev Med* Jun;28(5 Suppl):280-7.

Donnelly, N. and Briscoe, S. (2003) Signs of intoxication and server intervention among 18-39-year-olds drinking at licensed premises in New South Wales, Australia. *Addiction*, 98, 1287-1295.

Donnelly, N., and Briscoe, S. (2005) Intelligence-led regulation of licensed premises In Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, and Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: Wiley.

D'Onofrio, G. and Degutis, L. C. (2002) Preventive care in the emergency department; screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review, *Academic Emergency Medicine*, 9, 627-638.

D'Onofrio, G., Bernstein, E., Bernstein, J., Woolard, R., Brewer, Ph. A., Craig, S.A. *et al.* (1998) Patients with alcohol problems in the emergency department, part 2: Intervention and referral. *Academic Emergency Medicine* 5, 1210-1217.

Douglas, R.R. and Prentice, L. and Rylett, M. and Gliksman, L. (in press): Applied democracy in the reduction of community problems: Alcohol policy development in rural communities. MAP Manual.

Douglas, R.R. (1990): Formulating alcohol policies for community recreation facilities: Tactics and problems. In: Giesbrecht, N., Conley, P. Denniston, R.W. Gliksman, L. Holder, H.D. Pederson, A., Room, R. and Shain, M. (eds): *Research, Action and the Community: Experiences in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.

Dresser J. (2000) *Comparing Statewide Alcohol Server Training Systems*. (Unpublished manuscript).

Duffy, M. (1991). Advertising in Demand Systems: Testing a Galbraithian Hypothesis, *Applied Economics*, 23, 485-496.

Duffy, M., (1995). Advertising in Demand Systems for Alcoholic Drinks and Tobacco: A Comparative Study, *Journal of Policy Modeling*, vol. 17 no. 6, p. 557-577.

Duffy, M. (2001). Advertising in Consumer Allocation Models: Choice if Functional Form, *Applied Economics*, 33, 437-456.

Duffy, M., (1987) The Demand for Alcoholic Drink in the United Kingdom, 1963-78, *Applied Economics*, 15, 1983, 125-140.

Dunn, M.E. and Yniguez, R.M. (1999): Experimental demonstration of the influence of alcohol advertising on the activation of alcohol expectancies in memory among fourth and fifth-grade children. *Experimental Clinical Psychopharmacology* 7: 473-83.

DuRant, R.H. and Rome, E.S. and Rich, M. and Allred, E. and Emans, S. J. and Woods, E.R. (1997): Tobacco and alcohol use behaviors portrayed in music videos: A content analysis. *American Journal of Public Health* 87: 1131-1135.

Edwards G., Anderson P., Babor T.F., Casswell S., Ferrence R., Giesbrecht N., Godfrey C., Holder H.D., Lemmens P., Mäkelä K., Midanik L.T., Norström T., Österberg E., Romelsjö A., Room R., Simpura J., and Skog O.-J. (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.

Edwards, D.; Iorio, V.; Berry, N.H.; And Gunderson, E.K.E. (1973). Prediction of success for alcoholics in the Navy: A first look. *Journal of Clinical Psychology* 29(1):86-89.

Elder RW; Nichols JL; Shults RA; Sleet DA; Barrios LC; Compton R (2005). Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers a systematic review *Am J Prev Med Jun;28(5 Suppl):288-304*.

Ellickson PL; Collins RL; Hambarsoomians K; McCaffrey DF (2005). Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction Feb;100(2):235-46*.

Emmen, M. J., Schippers, G. M., Bleijenbergh, G. and Wollsheim, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328, 318-322.

Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. and Nicholls, J. (2003) *Drunk and disorderly: a qualitative study of binge drinking among 18 to 24 yr olds*. London: Home Office Research Studies.

Escobedo, L.G. and Ortiz, M. (2002). The Relationship Between Liquor Outlet Density and Injury and Violence in New Mexico. *Accident Analysis Prevention*. 34 (5): 689-94.

Euromonitor International. (2004). *The World Market for Spirits and FABs*. Euromonitor International. London, England; Section 22. .

Evans,W.N., Neville, D., Graham, J.D., (1991). General deterrence of drunk driving: evaluation of recent American policies. *Risk Analysis* 11, 279-289.

Everett SA, Schnuth RL, Tribble JL. (1998). Tobacco and alcohol use in top-grossing American films. *J Comm Health* 23:317– 24.

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A *et al.* (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*; 360: 1347-1360.

Fahrenkrug H. and Rehm J. (1995) Drinking contexts and leisure-time activities in the prephase of alcohol-related road accidents by young Swiss residents. *Sucht* 41, 169-180.

Faragher, E.B., Cass, M. and Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis *Occup Environ Med* 2005;62:105–112.

Farrell, S., Manning, W.G. and Finch, M.D. (2003). Alcohol dependence and the price of alcoholic beverages. *Journal of Health Economics* 22 117-147.

Federal Trade Commission (1998) Beck's North America, Inc., Complaint, available at <<http://www.ftc.gov/os/1998/9808/9823092.cmp.htm>>.

Federal Trade Commission. (1999). Self-regulation in the alcohol industry: A review of industry efforts to avoid promoting alcohol to underage consumers. Washington, DC.

Federal Trade Commission. (2003). Alcohol Marketing and Advertising: A Report to Congress. Washington, DC: FTC, September 2003.

Available at <http://www.ftc.gov/os/2003/09/alcohol08report.pdf>.

Fedler F., Philips M., Raker P.Schefsky, D. and Soluri, J. (1994) Network commercial promote legal drugs: Outnumber anti-drug PSA's 45-to-1. *Journal of Drug Education* 24, 291-302.

Fell, J., Voas, R.B., Lange, J.E. (1997). Designated driver concept: extent of use in the USA. *Journal of Traffic Medicine*, 25(3-4),109-114.

Felson, M., Berends, R., Richardson, B. and Veno, A. (1997) Reducing pub hopping and related crime. In R., Homel, (Ed) *Policing for Prevention: Reducing Crime, Public Intoxication, and Injury*, Crime Prevention Studies, 7, New York: Criminal Justice Press.

Finn, T.A. and Strickland, D.E. (1982): A content analysis of beverage alcohol advertising: II. Television Advertising. *Journal of Studies on Alcohol* 43: 964989.

Fisher, J.C., and Cook, P.A. (1995). *Advertising, Alcohol Consumption, and Mortality: An Empirical Investigation*. Westport, CT: Greenwood Press.

Fleming K; Thorson E; Atkin CK (2004). Alcohol advertising exposure and perceptions: links with alcohol expectancies and intentions to drink or drinking in underaged youth and young adults. *J Health Commun* Jan-Feb;9(1):3-29.

Fleming MF, Mundt MP, French MT *et al.* (2000). Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*; 38: 7-18.

Fleming, D., and Zwiebach, P. (1999). UDV unveils global campaign for Johnnie Walker, its first ever. *Impact*, 29(23), 1, 18-19.

Fleming, M. F., Mundt, M., O., French, M. T. *et al.* (2002) Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 36-43.

Forster, J.L., McGovern, P.G., Wagenaar, A.C., Wolfson, M., Perry, C.L. and Anstine, P.S. (1994) Ability of young people to purchase alcohol without age identification in northeastern Minnesota, USA. *Addiction* 89:699-705.

Forster, J.L., Murray, D.M., Wolfson, M. and Wagenaar, A.C. (1995) Commercial availability of alcohol to young people: Results of alcohol purchase attempts. *Preventive Medicine* 24:342-347.

Foss RD, Marchetti LJ, Holladay KA. (2001). Development and evaluation of a comprehensive program to reduce drinking and impaired driving among college students. Washington DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration. (DOT HS 809 396).

Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*; 98: 397-411.

Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*; 92: 531-538.

Franke, G. and G. Wilcox, (1987). Alcoholic Beverage Advertising and Consumption in the United States, 1964-1984, *Journal of Advertising*, 16, 22-30.

Freemantle, N., Gill, P., Godfrey, C. *et al.* (1993) Brief Interventions and alcohol use. *Effective Health Care Bulletin No. 7.*(University of Leeds, Nuffield Institute for Health).

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barfod, S., Saunders, J. (2005) A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol* 66 379-388.

Garfield, C.F., Chung, P.J. and Rathouz, P.J. (2003). Alcohol advertising in magazines and adolescent readership. *Journal of American Medical Association* 289 2424-2429.

Geller E.S., Russ N.W., and Delphos W.A. (1987) Does server intervention training make a difference? An empirical field evaluation. *Alcohol, Health and Research World* 11, 64-69.

Gentilello, L.M., Rivara, F.P., Donovan, D.M., Jurkovich, G.J., Daranciang, E., Dunn, C.H., Villaveces, A., Copass, M., Ries, R.R. (1999) Alcohol Interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery* 230, 473-483.

Gentilello, L.M., Rivara, F.P., Donovan, D.M., Jurkovich, G.J., Daranciang, E., Dunn, C.H., Villaveces, A., Copass, M., Ries, R.R. (1999) Alcohol Interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery* 230, 473-483.

Giesbrecht N. (2000) Roles of commercial interests in alcohol policies: Recent developments in North America. *Addiction* 95 (Suppl. 4), 581-595S.

Giesbrecht N. and Greenfield T.K. (1999) Public opinions on alcohol policy issues: a comparison of American and Canadian surveys. *Addiction* 94, 521-531.

Giesbrecht N., Conley P., Denniston R., Gliksman L., Holder H.D., Pederson A., Room R., and Shain M. (eds.) (1990) *Research, Action, and the Community: Experiences in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse Prevention.

Giesbrecht, N. (2003). Alcohol, tobacco and local control. A comparison of several community-based prevention trials. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 20 25-40.

Gius, M.P. (2005). An estimate of the effects of age, taxes and other socioeconomic variables on the alcoholic beverage demand of young adults. *The Social Science Journal* 42 13-24.

Gliksman L., Single E., McKenzie D., Douglas R., Brunet S., and Moffat K. (1993) The role of alcohol providers in prevention: An evaluation of a server intervention programme. *Addiction* 88, 1189-1197.

Gliksman, L. and Douglas, R. and Rylett, M. (1999): Two decades of municipal alcohol policy development: Challenges, solutions and findings in a Canadian province. In: Casswell, S. Holder, H. Holmila, M. Larsson, S. Midford, R. Moewaka Barnes, H. Nygaard, P. and Stewart, L. (eds.): *Kettil Bruun Society Thematic Meeting Fourth Symposium on Community Action Research and the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Auckland, New Zealand: Alcohol and Public Health Research Unit, University of Auckland.

Gliksman, L. and Douglas, R.R. and Rylett, M. and Narbonne-Fortin, C. (1995): Reducing problems through municipal alcohol policies: The Canadian experience in Ontario. *Drugs, Education, Prevention and Policy* 2 (2): 105–118.

Godfrey C. (1989) Factors influencing the consumption of alcohol and tobacco: the use and abuse of economic models. *British Journal of Addiction*, 84, 1123-1138.

Godfrey C. (1990) Modelling demand. In *Preventing alcohol and tobacco problems*, (A Maynard and P. Tether, Eds), Vol, pp. 35-53. Avebury, Aldershot.

Godfrey, C. (1988) Licensing and the demand for alcohol. *Applied Economics*, 20, 1541–1558.

Godfrey, C. (1994). Economic influence on change in population and personal substance behavior. In: Edwards, G., and Lader M., eds. *Addiction: Process of Change*. Society for the Study of Addiction Monograph No. 3. New York, NY: Oxford University Press, pp. 163–187.

Goel, R., and M. Morey, (1995). The Interdependence of Cigarette and Liquor Demand, *Southern Economic Journal*, vol. 62, no. 2, p. 441-459.

Goldberg ME, Gorn GJ, Lavack AM. (1994). Product innovation and teenage alcohol consumption: The case of wine coolers. *J Public Policy and Marketing*. 13(2):218–27.

Goodstadt M. and Flynn L. (1993) Protecting oneself and protecting others: refusing service, providing warnings, and other strategies for alcohol warnings. *Contemporary Drug Problems* 20, 277-291.

Googins, B., And Kurtz, N.R. (1981). Discriminating participating and non participating supervisors in occupational alcoholism programs. *Journal of Drug Issues* 11:199–216.

Gorman D.M. (1995) Are school-based resistance skills training programs effective in preventing alcohol abuse? *Journal of Alcohol and Drug Education* 41, 74-98.

Gorman D.M. (1996) Do school-based social skills training programs prevent alcohol use among young people? *Addiction Research*, 4 191-210.

Gorman D.M. (1998) The irrelevance of evidence in the development of school-based drug prevention policy, 1986-1996. *Evaluation Review* 22, 118-146.

Gorman, D., Speer, P.W., Gruenewald, P.J. and Labouvie, E.W. (2001) Spatial dynamics of alcohol availability, neighborhood structure and violent crime. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 628-636.

Grabowski, H. (1976). The Effects of Advertising on the Interindustry Distribution of Demand, *Explorations in Economic Research*, 3, 21-75.

Graham K. (1999) *Safer Bars: Assessing and Reducing Risks of Violence*. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Graham K. and Homel R. (1997) Creating safer bars. In: Plant M., Single E., and Stockwell T. (eds.) *Alcohol: Minimizing the Harm*, pp. 171-192. London, UK: Free Association Press.

Graham K., Jelley J., and Purcell J. (2002) Evaluation of the Safer Bars Training Program. Paper presented at an International Experts Forum: Setting the Agenda for Correctional Research in Substance Abuse, Charlottetown, Prince Edward Island, Canada.

Graham K., LaRocque L., Yetman R., Ross T.J., and Guistra E. (1980) Aggression and barroom environments. *Journal of Studies on Alcohol* 41, 277-292.

Graham, K. (2000) Preventive interventions for on-premise drinking: a promising but under-researched area of prevention. *Contemporary Drug Problems*, 27, 593-668.

Graham, K., Osgood, D.W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L. Leonard, K., Pernanen, K., Saltz, R.F. and Toomey, T.L. (2004) The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol review* 23 31-41.

Grant TM; Ernst CC; Streissguth A; Stark K (2005) Preventing alcohol and drug exposed births in Washington state: intervention findings from three parent-child assistance program sites *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005;31(3):471-90.

Graves K. (1993) Evaluation of the alcohol warning label: a comparison of the United States and Ontario, Canada in 1990 and 1991. *Journal of Public Policy and Marketing* 12, 19-29.

Greenberg, E.S., And Grunberg, L. (1995). Work alienation and problem alcohol behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 36(1):83–102.

Greenfield T.K. (1997) Warning labels: Evidence of harm-reduction from long-term American surveys. In: Plant M., Single E., and Stockwell T. (eds.) *Alcohol: Minimizing the Harm*, pp. 105-125. London: Free Association Books.

Greenfield T.K. and Kaskutas L.A. (1998) Five years' exposure to alcohol warning label messages and their impacts: Evidence from diffusion analysis. *Applied Behavioral Science Review* 6, 39- 68.

Greenfield T.K. and Zimmerman R. (eds.) (1993) CSAP Prevention Monograph - 14: Second International Research Symposium on Experiences with Community Action Projects for the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems. Washington, US: Department of Health and Human Services.

Greenfield T.K., Giesbrecht N., Johnson S.P., Kaskutas L.A., Anglin L.T., Kavanagh L., Room R., and MacKenzie B. (1999) *US Federal Alcohol Control Policy Development: A Manual*. Berkeley, California: Alcohol Research Group.

Greenfield T.K., Graves K.L., and Kaskutas L.A. (1993) Alcohol warning labels for prevention: national survey results. *Alcohol, Health and Research World* 17, 67-75.

Grimm, M. (2002): A spirited debate. *American Demographics* 24 (4): 48-50.

Grossman M., Coate, D. and Arluck, G.M. (1987) Price sensitivity of alcoholic beverages in the United States: Youth, alcohol consumption. In *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research. Control issues in alcohol abuse prevention: Strategies for states and communities*, (H.D. Holder, Ed.), pp. 169-198, JAI, Greenwich, CT.

Grossman, M. (1993). The economic analysis of addictive behavior. In: Hilton, M.E., and Bloss, G., eds. *Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems*. NIAAA Research Monograph No. 25, NIH Pub. No. 93–3513. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 91–123.

Grossman, M., And Markowitz, S. Alcohol regulation and violence on college campuses. In: Grossman, M., and Hsieh, C.R., eds. (2001). *Economic Analysis of Substance Use and Abuse: The Experience of Developed Countries and Lessons for Developing Countries*. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar, pp. 257–289.

Grossman, M., Markowitz, S., (1999). *Alcohol Regulation and Violence on College Campuses*. Working Paper 7129, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Grube J, Agostinelli G. (2000). *Alcohol Advertising and Alcohol Consumption: a review of recent research*. Prevention Research Centre: Berkeley, California.

Grube JW; Stewart K (2004) Preventing impaired driving using alcohol policy. *Traffic Inj Prev* 2004 Sep;5(3):199-207.

Grube, J. (1997): Preventing sales of alcohol to minors: results from a community trial. *Addiction* 92 (supplement 2): S251–S260.

Grube, J. W. (1993). Alcohol portrayals and alcohol advertising on television. *Alcohol Health and*

Research World, 17, 6166.

Grube, J. W. and Wallack, L. (1994) Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs, and intentions among school children. *American Journal of Public Health* 84, 254–259.

Grube, J.W. and Nygaard, P. (2001) Adolescent drinking and alcohol policy. *Contemporary Drug Problems* 28:87-132.

Grube, J.W. and Waiters, E. (2005) Alcohol in the Media: Content and Effects on Drinking Beliefs and Behaviors Among Youth *Adolesc Med* 16 (2005) 327–343.

Grube, J.W. (1995). Television alcohol portrayals, alcohol advertising, and alcohol expectancies among children and adolescents. In: Martin, S.E., and Mail, P., eds. *Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. NIAAA Research Monograph No. 28. NIH Pub. No. 95-3743. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 105–121.

Gruenewald P.J., Millar A.B., and Roeper P. (1996) Access to alcohol: geography and prevention for local communities. *Alcohol Health and Research World* 20, 244-251.

Gruenewald P.J., Ponicki W.R., and Holder H.D. (1993) The relationship of outlet densities to alcohol consumption: a time series cross-sectional analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17, 38-47.

Gruenewald P.J., Stockwell T., Beel A., and Dyskin E.V. (1999) Beverage sales and drinking and driving: The role of on-premise drinking places. *Journal of Studies on Alcohol* 60, 47-53.

Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., Holder, H. D. and Romelsjo, A. (2000a) Alcohol prices, beverage quality and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities, *Journal of Studies on Alcohol*.

Gruenewald, P. J., Millar, A. B., Ponicki, W. R. and Brinkley, G. (2000b) Physical and economic access to alcohol: the application of geostatistical methods to small area analysis in community settings, in: WILSON, R. and DUFOUR, M. (Eds) *Small Area Analysis and the Epidemiology of Alcohol Problems*, NIAAA Monograph, pp. 163–212 (Bethesda, MD, NIAAA).

Gruenewald, P. J., Millar, A., Treno, A. J., Ponicki, W. R., Yang, Z. and Roeper, P. (1996) The geography of availability and driving after drinking, *Addiction*, 91, 967–983.

Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R. and Holder, H. D. (1993) The relationship of outlet densities to alcohol consumption: a time series cross-sectional analysis, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 38–47.

Gruenewald, P.J. and Johnson, F.W. (2000) *Drinking, Driving and Crashing: a traffic flow model of alcohol related motor vehicle accidents*, Technical Report no. PG1706 (Berkeley, CA, Prevention Research Center).

Gruenewald, P.J. and Treno, A.J. (2000). Local and global alcohol supply: economic and geographic models of community systems *Addiction* (2000) 95 (Supplement 4), S537–S549.

Gruenewald, P.J. and Ponicki, W.R. (1995). The Relationship of the Retail Availability of Alcohol and Alcohol Sales To Alcohol-related Traffic Crashes. *Accident Analysis Prevention*, 22 (2): 249-59.

Gruenewald, P.J., Johnson, F.W. and Treno, A.J. (2002). Outlets, Drinking and Driving: A Multilevel Analysis of Availability. *Journal of Studies on Alcohol*. 63 (4): 460-8.

Gruenewald, P.J., Remer, L. and Lipton, R. (2002). Evaluating the Alcohol Environment: Community Geography and Alcohol Problems *Alcohol research and Health* 26 42-48.

Gusfield J. (1995) Meta-analytic perspective on "alcohol in American culture". In: Martin S.E. and Mail P. (eds.) *Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol: NIAAA Research Monograph No. 28*, pp. 31-35. Bethesda, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Haines, B. and Graham, K. (2005). Violence prevention in licensed premises. In Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, and Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: Wiley.

Hall, W. (1995) Changes in public perceptions of the health benefits of alcohol use, 1989 to 1994. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20 (1): 93-95.

Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol* 60(2).

Hansen D.J. (1980) Drug education: Does it work? *Evaluation Studies Review Annual* 6, 572- 603.

Hansen D.J. (1982) Effectiveness of alcohol and drug education. *Journal of Alcohol and Drug Education* 27, 1-13.

Hansen D.J. (1992) School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research* 7, 403-430.

Hansen D.J. (1993) School-based alcohol prevention programmes. *Alcohol, Health and Research World* 17, 54-61.

Hansen D.J. (1994) Prevention of alcohol use and abuse. *Preventive Medicine* 23, 683-687.

Harding, W.M. and Caudill, B.D. (1997). Does the use of designated drivers promote excessive alcohol consumption? In C. Mercier-Guyon (Ed.), *Proceedings of the 14th Annual Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Volume 3*. Annecy, France, 21-26 September, 1997 (pp.1359-1364). Annecy, France: Centre d'Etudes et de Recherches en Medecine du Traffic.

Harding, W.M., Apsler, R. and Goldfein, J. (1998). *A Directory of Ride Service Programs. Final Technical Report, DOT HS 807 290*. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

Harre N, Field J. (1998) Safe driving education programs at school: lessons from New Zealand. *Aust NZ J Public Health* 22:447–50.

Harrison L, Godfrey C. (1989) Alcohol advertising controls in the 1990's. *Int J Advertising*. 8(2):167–80.

Harwood EM; Erickson DJ; Fabian LE; Jones-Webb R; Slater S; Chaloupka FJ (2003) Effects of communities, neighborhoods and stores on retail pricing and promotion of beer. *J Stud Alcohol* 2003 Sep;64(5):720-6.

Haskins, J.B. (1985). The role of mass media in alcohol and highway safety campaigns. *Journal of Studies on Alcohol*, 10, 184-191.

Hastings GB, Stead M, McDermott L, Forsyth AJM, MacKintosh AM, Rayner M *et al.* (2003). *Review of Research on the Effects of Food Promotion to Children – Final Report and Appendices*. Prepared for the Food Standards Agency. Published on Food Standards Agency website. Available at <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>, accessed 28 April 2005.

Hastings, G., Anderson, S., Cooke, E., and Gordon, R. (2005). Alcohol Marketing and Young People's Drinking: A Review of the Research *Journal of Public Health Policy* (2005) 26, 296–311.

Hauritz M., Homel R., Townsley M., Burrows T., and McIlwain G. (eds.) (1998a) *An Evaluation of the Local Government Safety Action Projects in Cairns, Townsville and Mackay: A Report to the Queensland Department of Health, the Queensland Police Service and the Criminology Research Council*. Australia: Griffith University, Centre for Crime Policy and Public Safety; School of Justice Administration.

Hauritz, M., Homel, R., McIlwain, G., Burrows, T. and Townsley, M. (1998) Reducing violence in licensed venues through community safety action projects: the Queensland experience. *Contemporary Drug Problems*, 25(3), 511-551.

Hawks, D. *et al.* (2002) Prevention of psychoactive substance use – A selected review of what works in the area of prevention. National Drug Research Institute, Perth, Western Australia, Australia and World Health Organisation, Geneva (www.ndri.curtin.edu.au/pdfs/who_review.pdf).

Head, J., Stansfeld, S.A. and Siegrist, J. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study *Occup Environ Med* 2004;61:219–224.

Heeb, J-L., Gmel, G., Zurbrügg, C., Kou, M. and Rehm, J. (2003). Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction* 98 1433-1446.

Henstridge, J., Homel, R., and Mackay P. (1997) The Long-Term Effects of Random Breath Testing in Four Australian States: A Time Series Analysis. Canberra, Australia: Federal Office of Road Safety.

Her, M., Giesbrecht N., Room, R. and Rehm, J. (1998). Implications of privatizing/Deregulating Alcohol Retail Sales: A Projection of Alcohol Consumption in Ontario. *Journal of Substance Abuse* 10 (4): 355-373.

Her, M., Giesbrecht, N., Room, R. and Rehm, J. (1999). Privatizing Alcohol Sales and Alcohol Consumption: Evidence and Implications. *Addiction* 94(8): 1125-1139.

Herd D (2005). Changes in the prevalence of alcohol use in rap song lyrics, 1979-97 *Addiction* Sep;100(9):1258-69.

Hibell, B. (1984) Mellanölets borttagande och indikationer på alkoholskadeutvecklingen (The withdrawal of medium beer and indications on alcohol damages). In Nilsson, T. (ed) När mellanölet försvann (When the medium beer was withdrawn). 121-172. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., and Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe.

Higgins-Biddle JC, Babor TF. (1996). *Reducing Risky Drinking*. Report prepared for the Robert Wood Johnson Foundation, Farmington, University of Connecticut Health Center.

Hill, L. and Caswell, S. (2001) Alcohol advertising and sponsorship: commercial freedom or control in the public interest. In Eds. Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T. *International Handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd. pp 823-846, 2001.

Hilton, M. E. (1993). An overview of recent findings on alcoholic beverage warning labels, *Journal of Public Policy and Marketing* 12(1): 1-9.

Hingson RW; Zakocs RC; Heeren T; Winter MR; Rosenbloom D; De Jong W (2005) Effects on alcohol related fatal crashes of a community based initiative to increase substance abuse treatment and reduce alcohol availability *Inj Prev* 2005 Apr;11(2):84-90.

Hingson, R. McGovern, T. Howland, J. Heeren, T. Winter, M. and Zakoës, R. (1996) Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The Saving Lives Program. *American Journal of Public Health*, 86, 6: 791-797.

Hingson, R., Heeren, T. and Winter, M. (1994). Lower legal blood alcohol limits for young drivers. *Public Health Reports*, 109(6), 739-744.

Hingson, R., Howland, J., Heeren, T. and Winter, M. (1991). Reduced BAC limits for young people (impact on night fatal) crashes. *Alcohol, Drugs and Driving*, 7(2),117-127.

Hobbs, D. *et al.* (2003) *Bouncers: Violence and Governance in the Night-time Economy*. Oxford University Press: Oxford.

Hoek J, Gendall P, Jeffcoat M, Orsman D (1997). Sponsorship and advertising: a comparison of their effects. *Journal of Marketing Communications*, 3: 21-32.

Hoffman, E., And Roman, P.M. (1984). Effects of supervisory style and experientially based frames of reference on organizational alcoholism programs. *Journal of Studies on Alcohol* 45:260–267.

Holder H.D. (1994) Mass communication as an essential aspect of community prevention to reduce alcohol-involved traffic crashes. *Alcohol, Drugs and Driving*, 10, 3-4.

Holder H.D. and Wagenaar A.C. (1994) Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: A time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis and Prevention* 26, 89-97.

Holder H.D., Gruenewald P.J., Ponicki W.R., Treno A.J., Grube J.W., Saltz R.F., Voas R.B., Reynolds R., Davis J., Sanchez L., Gaumont G., and Roeper P. (2000) Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *Journal of the American Medical Association* 248, 2341-2347.

Holder H.D., Janes K., Mosher J., Saltz R., Spurr S., and Wagenaar A.C. (1993). Alcoholic beverage server liability and the reduction of alcohol-involved problems. *Journal of Studies on Alcohol* 54, 23-36.

Holder, H.D. and Saltz, R.F. and Grube, J.W. and Voas, R.B. and Gruenewald, P.J. and Treno, A.J. (1997a): A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: overview. *Addiction* 92 (supplement 2): S155–S171.

Holder, H.D. and Treno, A.J. (1997). Media advocacy in community prevention: news as a means to advance policy change. *Addiction* 92 S189-199.

Holder, H.D. (1998a) *Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Holder, H.D. (1998b) Planning for alcohol-problem prevention through complex systems modeling: Results from SimCom. *Substance Use and Misuse*, 33(3), 669-692.

Holder, H.D., Saltz, F.R., Grube J.W., Treno, A.J., Reynolds, R.I., Voas, R.B., Gruenewald, P.J. (1997) Summing up: lessons from a comprehensive community prevention trial. *Addiction*, 92 (suppl.): S293-S301.

Holder, H.D., Treno, A., and Levy, D. (2005). Community Systems and Ecologies of Drug and Alcohol Problems In Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, and Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: Wiley.

Holmila, M. (2003). The evaluation of the Metropolitan project; process and causality. Allamani, A. and Ammannati, P. and Basetti Sani, I. (1999): Early experiences of the Alcohol Community Project in Florence, Italy. In: *Community Action to Prevent Alcohol Problems*. WHO Europe Document EUR/ICP/LVNG 03 03 01 (A).

Holmila, M. (ed.) (1997): *Community Prevention of Alcohol Problems*. London: Macmillan Press Ltd in Association with the WHO European Office.

Hommel R., Hauritz M., Wortley R., McIlwain G., and Carvolth R. (1997) Preventing alcohol-related crime through community action: The Surfers Paradise Safety Action Project. *Crime Prevention Studies* 7, 35-90.

Hommel R., McIlwain, and Carvolth R. (2001) Creating safer drinking environments. In: Heather N., Peters T.J., and Stockwell T. (eds.) *Handbook of Alcohol Dependence and Alcohol-Related Problems*, pp. 721-740. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Hommel R., Tomsen S., and Thommeny J. (1992) Public drinking and violence: Not just an alcohol problem. *Journal of Drug Issues* 22, 679-697.

Hommel, R. and Clark, J. (1994) The prediction and prevention of violence in pubs and clubs. *Crime Prevention Studies*, 3, 1– 46.

Hommel, R. (1988) Random breath testing in Australia: A complex deterrent. *Australian Drug and Alcohol Review* 7, 231-241.

Hommel, R. (1988), *Policing and punishing the drinking driver: A study of general and specific deterrence*. New York: Springer-Verlag.

Hommel, R., Carvolth, R., Hauritz, M., McIlwain, G. and Teague, R. (2004). Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions. *Drug and Alcohol review* 23 19-29.

Hommel, R., Hauritz, M., Wortley, R., McIlwain, G. and Carvolth, R. (1997) Preventing alcohol-related crime through community action: the Surfers Paradise Safety Action Project. *Crime Prevention Studies*, 7, 35–90.

Howard-Pitney B., Johnson M.D., Altman D.G., Hopkins R., and Hammond N. (1991) Responsible alcohol service: A study of server, manager, and environmental impact. *American Journal of Public Health* 81, 197-199.

Huang, C. D. (2003) *Econometric Models of Alcohol Demand in the United Kingdom* [On-line] HM Customs and Excise: London. Available from: <http://www.hmce.gov.uk> Accessed: January 2004.

Hughes, K., MacKintosh, A.M., Hastings, G., Wheeler, C., Watson, J., and Inglis, J. (1997) Young People, Alcohol and Designer Drinks *British Medical Journal*, 8 February 1997, 314: 414-418.

Huitfeldt, B. and Jorner, U. (1972) Efterfrågan på rusdrycker i Sverige [The demand for alcoholic beverages in Sweden]. Rapport från Alkoholpolitiska utredningen [Report from the Alcohol Policy Commission]. Government Official Reports, Stockholm.

Hundley, H. L. (1995). The naturalization of beer in Cheers. *Journal of Broadcasting and Electronic Media* 39: 350-359.

Ireland C.S. and Thommeny J.L. (1993) The crime cocktail: Licensed premises, alcohol and street offences. *Drug and Alcohol Review* 12, 143-150.

Irvin, C. B., Wyer, P. C. and Gerson, L. W. (2000) Preventive care in the emergency department, Part II: Clinical preventive services - an emergency medicine evidence-based review, *Academic Emergency Medicine*, 7, 1042-1054.

Jackson, C. and Henriksen, L., and Dickinson, D. (1999): Alcohol-specific socialization, parenting behaviors and alcohol use by children. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 362-367.

Jackson, M.C., Hastings, G., Wheeler, C., Eadie, D., and MacKintosh, A.M. (2000). Marketing alcohol to young people: Implications for industry regulation and research policy. *Addiction*, 95(Supplement 4), S597-S608.

Jeffs, B.W. and Saunders, W.M. (1983) Minimizing alcohol related offences by enforcement of the existing licensing legislation. *British Journal of Addiction*, 78, 67-77.

Jernigan D, O'Hara J. (2004). Alcohol advertising and marketing. In: National Research Council and Institute of Medicine, *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*, RJ Bonnie and ME O'Connell, eds. (Washington DC: National Academies Press), 625-653.

Jernigan DH; Ostroff J; Ross C; O'Hara JA (2004). Sex differences in adolescent exposure to alcohol advertising in magazines. *Arch Pediatr Adolesc Med* Jul;158(7):629-34.

Jernigan, D. and O'Hara, J. (2005). Alcohol Advertising and Promotion. In Eds. Pp 625-653.

Jernigan, D.H. (1997). *Thirsting for markets: The global impact of corporate alcohol*. San Rafael: The Marin Institute for the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems.

Jernigan, D.H., Ostroff, J. and Ross, C. (2005). Alcohol Advertising and Youth: A Measured Approach *Journal of Public Health Policy* (2005) 26, 312–325.

Jewell, R.T. and Brown, R.W. (1995) Alcohol availability and alcohol-related motor vehicle accidents. *Applied Economics* 27:759-765.

Johansen P.O. (1994) Markedet som ikke ville dø. Forbudstiden og de illegale alkoholmarkedene i Norge og USA (The market that would not die [Times of prohibition and the illegal alcohol markets in Norway and the US]. Oslo, Norway: National Directorate for Prevention of Alcohol and Drug Use.

Johns B, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R. (2003). Programme costs in the economic evaluation of health interventions. *Cost-effectiveness and Resource Allocation*; 1: 1.

Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., Baer, N. MacKinnon, D.P., Hansen, W.B. and Flay, B.R. (1990) Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 447-456.

Johnsson, K.O. and Berglund, M. (2003). Education of key personnel in student pubs leads to a decrease in alcohol consumption among the patrons: a randomized controlled trial. *Addiction* 98 627-633.

Jonah, B., Mann, R., Macdonald, S., Stoduto, G., Bondy, S., and Shaikh, A. (2000) The effects of lowering legal blood alcohol limits: A review. In: *Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*. Stockholm, Sweden. www.icadts.com.

Jones, N.E., Pieper, C.F. and Robertson, L.S. (1992) Effect of legal drinking age on fatal injuries of adolescents and young adults. *American Journal of Public Health* 82:112-115.

Jones, S.C. and Donovan, R.J. (2001): Messages in alcohol advertising targeted to youth. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25: 126-131.

Jones; S.C., and Donovan, R.J. (2002). Self-regulation of alcohol advertising: Is it working for Australia? Source: *Journal of Public Affairs*, Volume 2, Number 3, 1 August 2002, pp. 153-165(13).

Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review, *Canadian Medical Association Journal*, 152, 851-859.

Kaskutas L.A. (1995) Interpretations of risk: The use of scientific information in the development of the alcohol warning label policy. *International Journal of the Addictions* 30, 1519-1548.

Kaskutas L.A. and Greenfield T.K. (1992) First effects of warning labels on alcoholic beverage containers. *Drug and Alcohol Dependence* 31, 1-14.

Kaskutas L.A. and Greenfield T.K. (1997) Behavior change: the role of health consciousness in predicting attention to health warning messages. *American Journal of Health Promotion* 11, 183–193.

Kaskutas L.A., Greenfield T.K., Lee M., and Cote J. (1998) Reach and effects of health messages on drinking during pregnancy. *Journal of Health Education* 29, 11-17.

Kelleher, K.J., Pope, S.K., Kirby, R.S. and Rickert, V.I. (1996). Alcohol Availability and Motor Vehicle Fatalities . *Journal of Adolescent Health*; 19 (5) Nov 96, p.325-30.

Kelly, K. and Donohew, L. (1999): Media and primary socialization theory. *Substance Use and Misuse* 34: 1033-1045.

Kelly, K.J. and Edwards, R.W. (1998): Image advertisements for alcohol products: Is their appeal associated with adolescents' intention to consume alcohol? *Adolescence* 33: 47-59.

Kenkel, D.S. (1993) Driving, driving and deterrence: the effectiveness and social costs of alternative policies. *Journal of Law and Economics*, 36, 877-913.

King, C., Siegel, M., and Celebucki, C. (1998). Adolescent exposure to cigarette advertising in magazines: An evaluation of brand-specific advertising in relationship to youth advertising. *Journal of the American Medical Association*, 279, 516-520.

Klein JD, Brown JD, Childers KW, *et al.* (1993). Adolescents' risky behavior and media use. *Pediatrics* 92:24 – 31.

Klein, N. (1999). *No logo: Taking on the brand bullies*. New York: Picador.

Klepp K, Kelder SH, Perry CL. (1995). Alcohol and marijuana use among adolescents: long-term outcomes of the Class of 1989 Study. *Ann Behav Med* 17:19 –24.

Klepp K.I., Kelder S.H., Perry C.L. (1995) Alcohol and marijuana use among adolescents: Long-term outcomes of the Class of 1989 Study. *Annals of Behavioral Medicine* 17, 19-24.

Klepp, K.I.; Schmid, L.A.; Murray, D.M. (1996) Effects of the increased minimum drinking age law on drinking and driving behavior among adolescents. *Addiction Research*, 4:237-244.

Klitzner M, Gruenewald PJ, Bamberger E, Rossiter C. (1994). A quasi-experimental evaluation of Students Against Driving Drunk. *Am J Drug Alcohol Abuse* 20:57–74.

Kohn, P.M. and Smart, R.G. (1984): The impact of television advertising on alcohol consumption: An experiment. *Journal of Studies on Alcohol* 045: 295-301.

Kotch, F.B. and Coulter, M.L. and Lipsitz, A. (1986): Does televised drinking influence children's attitudes toward alcohol? *Addictive Behaviors* 11: 67-70.

Kotler, P. (1992). *Marketing management: Analysis, planning, implementation, and control* (7th edition). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kristenson, H., Osterling, A., Nilsson, J. A. and Lindgarde, F. (2002) Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 478-484.

Kuitenbrouwer, F. (1997) Self-Regulation: Some Dutch Experiences, in *Privacy And Self-Regulation In The Information Age* (NTIA 1997). Available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Kulick AD, Rosenberg H. (2001). Influence of positive and negative film portrayals of drinking on adolescents' alcohol outcome expectancies. *J Appl Soc Psychol* 31:1492–9.

Kuo M; Wechsler H; Greenberg P; Lee H (2003). The marketing of alcohol to college students: the role of low prices and special promotions. *Am J Prev Med* 2003 Oct;25(3):204-11.

Kuusi, P. (1957) *Alcohol sales experiment in rural Finland*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, vol 3A.

Kypri, K. and Langley, J.D. (2003) Perceived social norms and their relation to university student drinking. *J. Stud. Alcohol*, 64(6): 829-34.

Laixuthai, A., And Chaloupka, F.J. (1993). Youth alcohol use and public policy. *Contemporary Policy Issues* 11(4):70–81.

Lang E. and Rumbold G. (1997) The effectiveness of community-based interventions to reduce violence in and around licensed premises: A comparison of three Australian models. *Contemporary Drug Problems* 24, 805-826.

Lang E., Stockwell, T., Rydon, P., and Beel, A. (1998) Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm? *Drug and Alcohol Review* 17, 39-50.

- Lapham, S.C., Gruenewald, P.J., Remer, L. and Layne, L. (2004). New Mexico's 1998 Drive-up Liquor Window Closure. Study I: Effect on Alcohol-involved Crashes. *Addiction*, 99 (5): 598-606.
- LasScala, E. A., Gruenewald, P. J. and Gerber, D. (2000) Demographic and environmental correlates of pedestrian injury collisions: a spatial analysis, *Accident Analysis and Prevention*, 35, 651–658.
- LaScala, E.A., Johnson, F. and Gruenewald, P.J. (2001) Neighborhood characteristics of alcohol-related pedestrian injury collisions: A geostatistical analysis. *Prevention Science*, 2, 123-134.
- Lau, H.H. (1975) Cost of alcoholic beverages as a determinant of alcohol consumption. In *Research advances in alcohol and drug problems*, (RJ Gibbins, Y. Israel and H. Kalant, Eds), Vol. 22, pp[211-245. Wiley, New York.
- Lauer JA, Murray CJL, Roehrich K, Wirth H. (2003). PopMod: a longitudinal population model with two interacting disease states. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*; 1: 6.
- Leaf WA, Preusser DF. (1995). Evaluation of youth peer-to-peer impaired driving programs. Final report. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration, (HS 808 309).
- Lee, B. and V. Tremblay, (1992). Advertising and the US Market Demand for Beer, *Applied Economics*, 24, 69-76.
- Lehman, W.E.; Farabee, D.; Holcom, M.; And Simpson, D.D. (1995). Prediction of substance abuse in the workplace: Unique contributions of personal background and work environment variables. *Journal of Drug Issues* 25:253–274.
- Lehto, J. (1995). *Approaches to alcohol control policy*. WHO Regional Publications. European Series No 60. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Lehtonen, O. (1978) Anniskeluravintoloiden kehityspiirteitä ja –näkyviä 1962-1980 (Development and prospects of the restaurant industry, 1962-1980). *Alkoholipolitiikka* 43:290-298.
- Leppänen K. (1979). Valtakunnallisen lauantausulkemiskokeilun vaikutuksista alkoholijuomien myyntiin (Effects of national Saturday closing experiment on alcohol sales). *Alkoholipolitiikka*; 44: 20-21.
- Leppänen, K., Sullström, R., and Suoniemi, I. (2001). Effects of Economic Factors on Alcohol Consumption in 14 European Countries. *Nordisk Alkoholitidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 100.
- Leung, S. and Phelps, C. (1991) My kingdom for drink. A review of estimates of the price sensitivity of demand for alcoholic beverages. In: Hilton, M. E. and Bloss, G., eds. *Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems*, pp. 1–32. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).
- Levy D.T. and Miller T.R. (1995) A cost-benefit analysis of enforcement efforts to reduce serving intoxicated patrons. *Journal of Studies on Alcohol* 56, 240-247.
- Lindgren, A. (1999). Effects of The Swedish Policies To Combat Drunken Driving. Paper presented at the European Symposium on Community Action to Prevent Alcohol Problems, November 18-20, 1999 in Porto, Portugal.
- Lindstrom M (2005) Social capital, the miniaturisation of community and consumption of homemade liquor and smuggled liquor during the past year *Eur J Public Health* 2005 Aug 2; pS1101-1262.
- Longabaugh, R., Woolard, R.F., Nirenberg, T.D., Minugh, A.P., Becker, B., Clifford, P.R., Carty, K., Sapadeo, F. and Gogineni, A. (2001) Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal Studies on Alcohol* 62, 806-816.

Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. (2003). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003439. DOI: 10.1002/14651858.CD003439.

Loxely, W., Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., Waters, E., Patton, G., Fordham, R., Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Sagggers, S., Sanci, L and Williams, J. (2004). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia*. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.

Ludwig M.J. (1994) Mass media and health education: A critical analysis and reception study of a selected anti-drug campaign. *Dissertation Abstracts International* 55, 1479A.

MacKinnon D.P., Johnson C.A., Pentz M.A., Dwyer J.H., Hansen W.B., Flay B.R., Wang E.Y.-I. (1991) Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program. First-year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology* 10, 164-172.

MacKinnon D.P., Pentz M.A., and Stacy A.W. (1993) The alcohol warning label and adolescents: The first year. *American Journal of Public Health* 83, 585–587.

Madden, P.A. and Grube, J.W. (1994): The frequency and nature of alcohol and tobacco advertising in televised sports, 1990 through 1992. *American Journal of Public Health*, 84: 297-290.

Maguire, M., Nettleton, H., Rix, A. and Raybould, S. (2003) *Reducing alcohol related violence and disorder: an evaluation of the 'TASC' project*. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Mäkelä P., Tryggvesson K., and Rossow I. (2002) Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In: Room R. (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: Analyses of Changes in Control Systems*. Publication No. 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Mäkinen, H. (1978) Kunnallisten keskiolutkieltojen vaikutukset. Tapaustutkimus viidessä kunnassa. (Effects of banning medium beer in municipalities. Case study in five municipalities). Helsinki: Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 122.

Makowsky, C., and P. Whitehead (1991). Advertising and Alcohol Sales: A Legal Impact Study, *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 52, no. 6, p. 555-566.

Mann, R.E., Rehm, J.T., Giesbrecht, N., Room, R., Adlaf, E.M., Gmel, G., Graham, K., Österberg, E. and Smart, R. (2005). The Effect of Different Forms of Alcohol Distribution and Retailing on Alcohol Consumption and Problems – An Analysis of Available Research. A Report Prepared for the Beverage Alcohol System Review Panel. Centre for Addiction and Mental Health, 2005.

Mann, R.E., Smart, R., Anglin, L. and Adlaf, E. (1991) Reduction in cirrhosis deaths in the United States: Associations with *per capita* consumption and AA membership. *Journal of Studies on Alcohol* 52, 361-365.

Mann, R.E., Smart, R., Anglin, L. and Rush B. (1988) Are decreases in liver cirrhosis rates a result of increased treatment for alcoholism. *British Journal of Addiction* 83, 683-688.

Mann, R.E., Smart, R.G., Rush, B.R., Zalzman, R.F. and Suurvali, H. (2005). Cirrhosis mortality in Ontario: effects of alcohol consumption and Alcoholics Anonymous participation. *Addiction* 100 1669-1679.

Mann, R.E., Vingilis, E.R., Leigh, G., Anglin, L. and Blefgen, H. (1986). School-based programmes for the prevention of drinking and driving: issues and results. *Accident Analysis and Prevention*, 18(4).

Manning, W.G., Blumberg, L., Moulton, L.H., (1995). The demand for alcohol: the differential response to price. *Journal of Health Economics* 14, 123–148.

Markowitz, S. And Grossman, M. (2000). The effects of beer taxes on physical child abuse.

Journal of Health Economics 19(2):271–282.

Markowitz, S. (2000). The price of alcohol, wife abuse and husband abuse. *Southern Economic Journal* 67(2):279–303.

Markowitz, S., And Grossman, M. (1998). Alcohol regulation and domestic violence towards children. *Contemporary Economic Policy* 16(3):309–320.

Marlatt, G.A. and Witkiewitz, K. (2002) Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention and treatment. *Addictive behaviour*, 27: 867-886.

Marlatt, G.A. *et al.* (1998) Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 66:604-15.

Marmot, M. and Wilkinson, R.G. (Eds) (1999). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.

Martin, J.K., And Roman, P. (1996). Job satisfaction and drinking among employed persons. *Work and Occupations* 23:115–142.

Martin, S.E. and Snyder, L.B. and Hamilton, M. and Fleming-Milici, F. and Slater, M.D. and Stacy, A. and Meng-Jinn, C. and Grube, J.W. (2002): Alcohol advertising and youth. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 26: 900-906.

Martin, S.E. (1995) *Alcohol and the mass media: Issues, approaches, and research directions*. In S. Martin (ed.), *The Effects of Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol* (pp. 277-295). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Mast, B.D.; Benson, B.L.; And Rasmussen, D.W. (1999). Beer taxation and alcohol-related traffic fatalities. *Southern Economic Journal* 66(2):214–249.

Mathijssen, R. (2005). In *Alcohol Interlock Programs*. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation.

Mathijssen, R. and Wesemann, P. (1993) The role of police enforcement in the decrease of DWI in The Netherlands, 1983-1991. In H.-D. Utzelmann, G. Berghaus, and G. Kroj (eds.) *Alcohol, Drugs and Traffic Safety - T92: Band 3*, pp.1216-1222 (Proceedings of the 12th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, September 28 to October 2, 1992, Cologne, Germany.).

Mathios, A. and Avery, R. and Shanahan, J. and Bisogini, C. (1998): Alcohol portrayals on prime-time television: Manifest and latent messages. *Journal of Studies on Alcohol* 59: 305-310.

Mattern, J.L. and Neighbors, C. (2004) Social norms campaigns: examining the relationship between changes in perceived norms and changes in drinking levels. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(4): 489-493.

Matthews, K., Shepherd, J. and Sivarajasingham, V. (2005). The price of beer and violence-related injury in England and Wales.

McCallister, P.O. (1993). An evaluation of counseling for employer-referred problem drinkers. *Health Bulletin* 51:285–294.

McBride, N. (2002) *Systematic literature review of the school drug education*. Monograph No 5. Perth, Western Australia: National Drug Research Institute.

McBride, N. (2003) A systematic review of school drug education *Health Education Research* 18 729-742.

McBride, N. (2005). The evidence base for school drug education interventions. In Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, and Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: Wiley.

McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meulners, L. and Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction* 99 278-291.

McBride, R., and Mosher, J.F. (1985). Public health implications of the international alcohol industry: Issues raised by a World Health Organization project. *British Journal of Addiction*, 80, 141-147.

McGuinness, T. (1980). An Econometric Analysis of Total Demand for Alcoholic Beverages in the U.K. 1956- 1975, *Journal of Industrial Economics*, 29, 85-105.

McGuinness, T. (1983). The Demand for Beer, Spirits and Wine in the UK, 1956-1979, in Grant, Plant and Williams, eds. *Economics and Alcohol* Gardner Press, Inc. New York. Pp 238-242.

McIntosh WD, Bazzini DG, Smith SM, *et al.* (1999). Alcohol in the movies: characteristics of drinkers and nondrinkers in films from 1940 to 1989. *J Appl Soc Psychol* 29:1191– 9.

McKeganey N, Forsyth A, Barnard M, Hay G. (1996). Designer drinks and drunkenness amongst a sample of Scottish schoolchildren. *BMJ*. 313:401.

McKnight A.J. (1990) Intervention with alcohol-impaired drivers by peers, parents and purveyors of alcohol. *Health Education Research: Theory and Practice* 5, 225-236.

McKnight, A. J. (1991) Factors influencing the effectiveness of server-intervention education. *Journal of Studies on Alcohol* 52, 389-397.

McKnight, A.J. and Streff, F.M. (1994). The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accident Analysis and Prevention*, 26(1),79-88.

McKnight, A.J. and Voas, R.B. (1991). The effect of license suspension upon DWI recidivism. *Alcohol, Drugs and Driving*, 7(1), 43-54.

McKnight, A.J. and Voas, R.B. (2001) Prevention of alcohol-related road crashes. In: Heather N., Peters T.J., and Stockwell T. (eds.) *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, pp. 741-770. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

McKnight, A.J., Langston, E.A., McKnight, A.S., Resnick, J.A. and Lange, J.E. (1995). *Why People Drink and Drive: The Bases of Drinking-and-driving Decisions*. Publication No. DOT HS 808 251. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

McKnight, A.J., Preusser, D.F., Psotka, J., Katz, D.B. and Edwards, J.M. (1979). Youth Alcohol Safety Education Criteria Development. NTIS Publication No. PB80-17894-0. Washington, DC: US Department of Transportation.

Meenaghan T (1991). Sponsorship – legitimising the medium. *European Journal of Marketing*, 25(11): 5-10.

Meerabeau E, Gillett R, Kennedy M, Adeoba J, Bypass M, Tabi K (1991). Sponsorship and the drinks industry in the 1990s. *European Journal of Marketing*, 25(11): 39-56.

Meliker, J.R., Maio, R.F., Zimmerman, M.A., Kim, H.M., Smith, S.C. and Wilson, M.L. (2004). Spatial Analysis of Alcohol-related Motor Vehicle Crash Injuries in Southeastern Michigan. *Accident Analysis Prevention*, 36 (6): 1129-35.

Mello, M.J., Nirenberg T.D., Longabaugh, R., Woolard, R., Minugh,A., Becker, B., Baird, J., Stein, L. (2005) Emergency department brief motivational interventions for alcohol with motor vehicle crash patients. *Annals of Emergency Medicine*, 4, 620-625.

Michael, D.C. (1995). Federal Agency Use of Audited Self-Regulation as a Regulatory Technique, *Admin. L. Rev.* 171, 181-82.

Miller, W. and Wilbourne, P. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.

Minister For Health Victoria (2003) Report To The Ministerial Council Of Drug Strategy Review of the Self-Regulatory System for Alcohol Advertising By the National Committee for the Review of Alcohol Advertising .

Mirazee, E. and Kingery, P.M. and Pruitt, B.E. (1989): Sources of drug information among adolescent students. *Journal of Drug Education* 21 (2): 95-106.

Mitchell P, Sanson A, Spooner C, Copeland J, Vimpani G, Toumbourou JW, et al. (2001). *The Role of Families in the Development, Identification, Prevention and Treatment of Illicit Drug Problems*. A literature review prepared for the National Illicit Drug Strategy Working Committee and the National Health and Medical Research Council. Canberra: Commonwealth of Australia.

Mohler-Kuo M; Rehm J; Heeb JL; Gmel G (2004). Decreased taxation, spirits consumption and alcohol-related problems in Switzerland. *J Stud Alcohol* 65(2):266-73.

Møller, L. (2002) Legal restrictions resulted in a reduction of alcohol consumption among young people in Denmark. In: Room, R. (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What happens to Drinking and Harm when Controls Change?* Nordic Council for Alcohol and Drug Research: Helsinki. 155-166.

Monti, P.M., Colby, S.S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M. Woolard, R., Lewander W. (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 989-994.

Monti, P.M., Colby, S.S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M. Woolard, R., Lewander W. (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 989-994.

Morrissey MA; Grabowski DC; Dee TS; Campbell C (2005) The strength of graduated drivers license programs and fatalities among teen drivers and passenger *Accid Anal Prev* 2005 Sep 16; pS0001-4575.

Mosher, J.F. and Johnsson, D. (2005) Flavored Alcoholic Beverages: An International Marketing Campaign that Targets Youth *Journal of Public Health Policy* (2005) 26, 326–342.

Mosher, J.M. (1979) Dram shop law and the prevention of alcohol-related problems. *Journal of Alcohol Studies*, 40:773-798.

Mosher, J.M. (1983) Server intention: a new approach for preventing drug driving. *Accident Analysis and Prevention* 15, 483-497.

Mosher, J.M. (1987) *Liquor Liability Law*. New York: Matthew-Bender.

Moskalewicz J. and Swiatkiewicz G. (2000) Alcohol consumption and its consequences in Poland in the light of official statistics. In: Leifman H. and Edgren Henrichsen N. (eds.) *Statistics on Alcohol, Drugs and Crime in the Baltic Sea Region*, pp. 143-161. Publication No. 37. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*; 97: 279-292.

Mulford, A., Ledolter, J. and Fitzgerald, J.L. (1992). Alcohol Availability and Consumption: Iowa Sales Data Revisited. *Journal of Studies on Alcohol*, 53 (5):487-494.

Mullahy, J., Sindelar, J.L., (1994). Do drinkers know when to say when? An empirical analysis of drunk driving. *Economic Inquiry* 32, 383–394.

Murray J.P., Stam A., and Lastovicka J.L. (1996) Paid- versus donated-media strategies for public service announcement campaigns. *Public Opinion Quarterly* 60, 129.

Nagin, D. S. (1998) Criminal deterrence research at the outset of the 21st century. In Tonry, M., ed. *Crime and Justice: A Review of the Research Vol 25*, 1-42. Chicago: University of Chicago Press.

Nelson J. (1999). Broadcast Advertising and US Demand for Alcoholic Beverages, *Southern Economic Journal* 65(4) 774-790.

Nelson J. P. and Young, D. J. (2001). Do advertising bans work? An international comparison, *International Journal of Advertising*, 20, 273-296.

Nelson JP, Moran JR. (1995). Advertising and US alcoholic beverage demand: System-wide estimates. *Applied Economics* 27:1225-36.

Nelson JP. (2001). Alcohol advertising and advertising bans: a survey of research methods, results, and policy implications. *Advertising and Differentiated Products* 10:239-95.

Nelson TF; Naimi TS; Brewer RD; Wechsler H (2005) The state sets the rate: the relationship among state-specific college binge drinking, state binge drinking rates, and selected state alcohol control policies *Am J Public Health* 2005 Mar;95(3):441-6.

Nelson, J.P. (1999): Broadcast advertising and US demand for alcoholic beverages. *Southern Economic Journal* 65: 771-790.

Nelson, J.P. (2003). Advertising Bans, Monopoly, and Alcohol Demand: Testing for Substitution Effects using State Panel Data *Review of Industrial Organization* 22: 1-25, 2003.

Neuendorf KA. (1985). Alcohol advertising and media portrayals. *Journal of the Institute of Socioeconomic Studies* 10:67- 78.

Newman IM, Anderson CS, Farrell KA. (1992). Role rehearsal and efficacy: two 15-month evaluations of a ninth-grade alcohol education program. *J Drug Educ* 22:55- 67.

Nordlund S. (1985) Effects of Saturday closing of wine and spirits shops in Norway. Paper presented at the 31st International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Rome, Italy, June 2-7. SIFA Mimeograph No. 5/85. Oslo: National Institute of Alcohol Research.

Nordlund S. (1984). Effekten av lørdagsstengningen ved Vinmonopolets butikker (Effects of Saturday closing of the wine/liquor monopoly outlets). *Alkoholpolitik – Tidsskrift for nordisk alkoholforskning*; 1: 221-229.

Norstöm T, Skog OJ. (2003). Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an impact analysis. *Journal of Studies on Alcohol*; 64: 393-401.

Norström T. (1987) Abolition of the Swedish rationing system: effects on consumption distribution and cirrhosis mortality, *British Journal of Addiction* 82, 633-641.

Norström, T (2000) Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995, *Journal of Studies on Alcohol* 61:907-911.

Norstrom, T. and Skog, O.-J. (2005) Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction* 100 767-776.

Norström, T. (1997). Assessment of the impact of the 0.02% BAC-limit in Sweden. *Studies on Crime and Crime Prevention* 6, 245-258.

Norström, T. and Skog, O.-J. (2001) Alcohol and mortality: methodological and analytical issues in aggregate analyses. *Addiction*, 96, supplement 1, 5-17.

Norström, T., Ö. Hemström, M. Ramstedt, I. Rossow, and O.-J. Skog. (2001). Mortality and Population Drinking. *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Norström, Thor and Skog, Ole-Jørgen (2002) Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an impact analysis. Presented at the 28th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Paris, 3-7 June.

Noval, S. and Nilsson, T. (1984) Mellanölets effekt på konsumtionsnivån och tillväxten hos den totala alkoholkonsumtionen (The effects of medium beer on consumption levels and the rise in overall alcohol consumption). In Nilsson, T. (ed) När mellanölet försvann (When the medium beer was withdrawn). 77-93. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping.

O'Donnell M. (1985) Research on drinking locations of alcohol-impaired drivers: Implications for prevention policies. *Journal of Public Health Policy* 6, 510-525.

Ogborne, A., and Smart, R., (1980). Will Restrictions on Alcohol Advertising Reduce Alcohol Consumption?, *British Journal of Addiction*, 75, 293-296.

Ohsfeldt, R.L., And Morrissey, M.A. (1997). Beer taxes, workers' compensation and industrial injury. *The Review of Economics and Statistics* 79(1):155–160.

Olds DL, Eckenrode JJ, Henderson CR. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of American Medical Association* 278:637–643.

Olds DL, Henderson CR, Cole RE. (1998). Longterm effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of American Medical Association* 280:1238–1244.

Olds DL, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children* 9(1):44–65.

Olsson O. and Wikström P.H. (1982) Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden. *Contemporary Drug Problems* 11, 325-353.

Olsson, O. (1991) Prisets och inkomstens betydelse för alkoholbruk, missbruk och skador [The effect of prices and income on alcohol consumption and related problems]. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), Stockholm.

O'Malley, P.M. and Wagenaar, A.C. (1991) Effects of minimum drinking age laws on alcohol use, related behaviors and traffic crash involvement among American youth: 1976-1987. *Journal of Studies on Alcohol* 52:478-491.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Final Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2002). Reducing Risks, Promoting Health Life. World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization.

Ornstein, S. and Hanssens, D., (1985). Alcohol Control Laws and the Consumption of Distilled Spirits and Beer, *Journal of Consumer Research*, 12, 200-213.

Ornstein, S. I. (1980) Control of alcohol consumption through price increases. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 807–818. Ornstein, S. I. and Levy, D. (1983) Price and income elasticities and the demand for alcoholic beverages. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, pp. 303–345, 339. New York: Plenum.

Ornstein, S.I. (1980) Control of alcohol consumption through price increases. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 807-818.

Ornstein, S.I. and Levy, D. (1983) Price and income elasticities and the demand for alcoholic beverages. In *Recent developments in alcoholism*, Vol. 1, (Galanter, M., Ed.), pp. 303-345. Plenum, New York.

Österberg, E. and Haavisto, K. (1997) Alkoholsmugglingen till Finland under 1990-talet (Smuggling of alcoholic beverages into Finland in the 1990s) *Nordisk Alkohol- and Narkotikatidskrift* 14:290-303.

Österberg, E. (1979) Recorded consumption of alcohol in Finland, 1950-1975. Helsinki: Social Research Institute of Alcohol Studies, report No 125.

Österberg, E. (1995) Do alcohol prices affect consumption and related problems? In: Holder, H. and Griffith, E., eds. *Alcohol and Public Policy*, pp. 145–163. Oxford: Oxford University Press.

Österberg, E. (2001) Effects of price and taxation. In: Heather, N., Peters, T. J. and Stockwell, T., eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems: Part VI: Prevention of Alcohol Problems*, pp. 685–698. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Parker, D.A. And Farmer, G.C. (1990). Employed adults at risk for diminished self-control over alcohol use: The alienated, the burned out, and the unchallenged. In: Roman, P.M., ed., *Alcohol Problem Intervention in the Workplace: Employee Assistance Programs and Strategic Alternatives*. New York, NY: Quorum Books, pp 27–43.

Paulson R.E. (1973) *Women's Suffrage and Prohibition: A comparative study of equality and social control*. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.

Peek-Asa C. (1999) The effect of random alcohol screening in reducing motor vehicle crash injuries. *American Journal of Preventive Medicine*; 16 (1S): 57-67.

Pentz M.A., Dwyer J.H., MacKinnon D.P., Flay B.R., Hansen W.B., Wang E.Y.-I., and Johnson C.A. (1989) A multi-community trial for primary prevention of drug abuse. Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association* 261, 3259-3266.

Perkins, H.W. (2002) Social Norms and the prevention of alcohol Misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol*, supplement 14: 164-172.

Perritt, H.H. (1997) Regulatory Models for Protecting Privacy in the Internet, in *Privacy And Self-Regulation In The Information Age (NTIA 1997)*, available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Perry C.L., Williams C.L., Forster J.L., Wolfson M., Wagenaar A.C., Finnegan J.R., McGovern P.G., Veblen-Mortenson S., Komro K.A., and Anstine P.S. (1993) Background, conceptualization and design of a community-wide research program on adolescent alcohol use: Project Northland. *Health Education Research: Theory and Practice* 8, 125-136.

Perry C.L., Williams C.L., Komro K.A., Veblen-Mortenson S., Forster J.L., Bernsten-Lachter R., Pratt L.K., Munson K.A., and Farbaksh K. (1998) Project Northland--phase II: Community action to reduce adolescent alcohol use. Paper presented at the Kettil Bruun Society Thematic Meeting, February, Russell, Bay of Islands, New Zealand.

Perry C.L., Williams C.L., Veblen-Mortenson S., Toomey T.L., Komro K.A., Anstine P.S., McGovern P.G., Finnegan J.R., Forster J.L., Wagenaar A.C., and Wolfson M. (1996) Project Northland: Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health* 86, 956-965.

Pissochet P., Biache P., and Paille F. (1999) Alcool, publicité et prévention: le regard des jeunes [Alcohol, advertising and prevention: young people's point of view] *Alcoologie* 21, 15-24.

Poikolainen, K. (1980) Increase in alcohol-related hospitalizations in Finland 1969-1975. *British Journal of Addiction* 75, 281-291.

Poikolainen, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis, *Preventive Medicine*, 28, 503-509.

Ponicki, W. R., Holder, H. D., Gruenewald, P. J. and Romelsjo, A. (1997) Altering the price spectrum in Sweden for alcoholic beverages according to ethanol content, *Addiction*, 92, 859–870.

Preusser, D.F. and Williams, A.F. (1992) Sales of alcohol to underage purchasers in three New York counties and Washington, D.C. *Journal of Public Health Policy* 13:306-317.

Proctor, D.W., Babor, Y.F. and Xuan, Z. (2005). Effects of cautionary messages and vulnerability factors on viewers' perceptions of alcohol advertisements. *J Stud Alcohol* 66 648-657.

Putnam, S.L., Rockett, I.R.H. and Campbell, M.K. (1993) Methodological issues in community-based alcohol related injury prevention projects: Attribution of project effects. In T.K. Greenfield and R. Zimmermann, (Eds.). *Experiences with community action projects: New research in the prevention of alcohol and other drug problems*. Rockville, MD: Centre for Substance Abuse Prevention.

Ragnarsdottir, T., Kjartansdottir, A. and Davidsdottir, S. (2002) Effect of extended alcohol serving hours in Reykjavik, Iceland. In: Room, R., ed. *The Effects of Nordic Alcohol Policies*, pp. 145– 154. NAD Publication 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Ramstedt M. (2002) The repeal of medium strength beer in grocery stores in Sweden: the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. In: Room R. (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: Analyses of Changes in Control Systems* Publication No. 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Rehm J, Gutjahr E, Gmel G. (2001). Alcohol and all-cause mortality: a pooled analysis. *Contemporary Drug Problems*; 28: 337-361.

Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, Frick U. (2003a).The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*; 9: 147-156.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos CT, Jernigan D. (2003b). Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*; 9: 157-164.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. (2004). Alcohol. In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, Peterson PL, *et al.* (1995). Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *Int J Addict* 30(4):427-443.

Richmond, R., Heather, N., Wodak, A., Kehoe, L. and Webster, I. (1995) Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking, *Addiction*, 90, 119-32.

Roberts DF, Henriksen L, Christensen PG. (1999). Substance use in popular movies and music. Washington, DC: Office of National Drug Control Policy.

Roberts, C., Blakey, V., and Tudor-Smith, C. (1999). Impact of "alcopops" on regular drinking by young people in Wales. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6(1), 7-15.

Robinson TN, Chen HL, Killen JD. (1998). Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. *Pediatrics* 102:e54-9.

Romanus, G. (2000). Alcopops in Sweden: A supply side initiative. *Addiction*, 95(Supplement 4), S609-S619.

Romelsjo, A. (1987) Decline in alcohol-related inpatient care and mortality in Stockholm County, *British Journal of Addiction*, 82, 653-663.

Rospenda, K.M.; Richman, J.A.; Wislar, J.S.; And Flaherty, J.A. (2000). Chronicity of sexual harassment and generalized work-place abuse: Effect on drinking outcomes. *Addiction* 95(12):1805–1820.

Ross, H.L. (1984). *Deterring the Drinking Driver: Legal Policy and Social Control*, 2nd edn. Lexington, MA: Lexington Books.

Ross, H.L. (1992) *Confronting Drunk Driving: Social Policy for Saving Lives*. New Haven, CT: Yale University Press.

Rossow I. (1996) Alcohol related violence: The impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction* 91, 1651-1661.

Ruhm, C.J. (1996) Alcohol policies and highway vehicle fatalities. *Journal of Health Economics* 15, 435-454.

Russ N.W. and Geller E.S. (1987) Training bar personnel to prevent drunken driving: A field evaluation. *American Journal of Public Health* 77, 952-954.

Rydon, P., Stockwell, T., Lang, E. and Beel, A. (1996). Pseudo-drunk-patron evaluation of bar-staff compliance with Western Australian liquor law. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20, 31-34.

Saffer, H. (1991). Alcohol advertising bans and alcohol abuse: An international perspective. *J Health Econ* 10(1):65–79.

Saffer, H. (1993). Alcohol advertising bans and alcohol abuse: Reply. *J Health Econ* 12(2):229–234.

Saffer, H. (1995). Alcohol advertising and alcohol consumption: Econometric studies. In: Martin, S.E., and Mail, P., eds. *Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. NIAAA Research Monograph No. 28. NIH Pub. No. 95-3743. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 83–99.

Saffer H. (1996). Studying the effects of alcohol advertising on consumption. *Alcohol Health Res World*. 20(4):266–72.

Saffer, H. (1997). Alcohol advertising and motor vehicle fatalities. *Rev Econ Stat* 79(3):431–442.

Saffer H. (2000). *Alcohol Consumption and Alcohol Advertising Bans*. Working Paper 7758, National Bureau of Economic Research; Cambridge, MA.

Saffer, H. (2001). Substance abuse control and crime: Evidence from the National Survey of Drug Abuse. In: Grossman, M., and Hsieh C.R., eds. *Economic Analysis of Substance Use and Abuse: The Experience of Developed Countries and Lessons for Developing Countries*. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar pp. 291–307.

Saffer, H. (2002) Alcohol advertising and youth. *Journal of Studies of Alcohol Supply*, 14 173-181.

Saffer, H. and Chaloupka, F. (1989). Breath testing and highway fatality rates. *Applied Economics*, 21, 901-912.

Saffer H, Dave D. (2002). Alcohol Consumption and Alcohol Advertising Bans. *Applied Economics*, 34: 1325-1334.

Saffer, H. and Dave, D. (2003). NBER working paper series alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents Working Paper 9676 <http://www.nber.org/papers/w9676>.

Saffer, H. and Dave, D. (2004) Alcohol Consumption and Alcohol Advertising Bans. *Applied Economics*, 34, 1325-1334.

Saffer, H. and Grossman, M. (1987a) Beer taxes, the legal drinking age, and youth motor vehicle fatalities. *Journal of Legal Studies*, 16, 351-374.

Saffer, H. and Grossman, M. (1987b) Drinking age laws and highway mortality rates: cause and effect. *Economic Inquiry* 25, 403-417.

Saltz R.F. (1987) The roles of bars and restaurants in preventing alcohol-impaired driving: An evaluation of server intervention. *Evaluation and the Health Professions* 10, 5-27.

Saltz, R.F. and Stanghetta P. (1997) A community-wide Responsible Beverage Service program in three communities: early findings. *Addiction*, 92, S237-S249.

Sarkar S; Andreas M; de Faria F (2005) Who uses safe ride programs: an examination of the dynamics of individuals who use a safe ride program instead of driving home while drunk. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005;31(2):305-25.

Saunders B, Yap E. (1991). Do our guardians need guarding? An examination of the Australian system of self-regulation of alcohol advertising. *Drug Alcohol Rev.* 10:15–7.

Schechter E. (1986) Alcohol rationing and control systems in Greenland. *Contemporary Drug Problems* 13, 587-620.

Schinke, S. P., Tepavac, L. and Cole, K. C. (2000) Preventing substance use among Native American youth: three-year results. *Addictive Behaviours*, 25, 387–397.

School Health, Education Unit. (2003). UK young people and alcohol – attitudes to drinking 1983–2001. *UK Trends: Young People's Health Related Behavior.* 1:2–8.

Schweinhart LJ, Barnes HV, Wiekart DP. (1993). *Significant Benefits: The High/Scope Perry Pre-School Study Through Age 27*. Monograph of the High Scope Educational Research Foundation No. 10. Ypsilanti, MI: High Scope Press.

Scribner, R.A., MacKinnon, D.P. and Dwyer, J.H. (1994). Alcohol Outlet Density and Motor Vehicle Crashes in Los Angeles County Cities. *Journal of Studies on Alcohol.* 55 (4), 447-53.

Seeman, M., and Anderson, C.S. (1983). Alienation and alcohol: The role of work, mastery, and community in drinking behavior. *American Sociological Review* 48(1):60–77.

Seeman, M.; Seeman, A.Z.; And Budros, A. (1988). Powerlessness, work, and community: A longitudinal study of alienation and alcohol use. *Journal of Health and Social Behavior* 29(3):185–198.

Selvanathan, E. (1989). Advertising and Alcohol Demand in the UK: Further Results, *International Journal of Advertising*, 8, 181-188.

Serketich WJ, Dumas JE. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a metaanalysis. *Behavior Therapy* 27:171–186.

Sheehan M, Schonfeld C, Ballard R, Schofield F, Najman J, Siskind V. (1996). A three-year outcome evaluation of a theory based drink driving education program. *J Drug Educ* 26:295–312.

Sherman, L.W. (1992) Attacking crime: Police and crime control. In *Modern policing*, eds M. Tonry and N. Morris, Chicago: University of Chicago Press.

Shope J.T., Copeland L.A., Maharg R., Dielman T.E. (1996a) Effectiveness of a high school alcohol misuse prevention program. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 20, 791-798.

Shope J.T., Copeland L.A., Marcoux B.C., and Kamp M.E. (1996b) Effectiveness of a school-based substance abuse prevention program. *Journal of Drug Education* 26, 323-337.

Shope J.T., Dielman T.E., Butchart A.T., Campanelli P.C., and Kloska D.D. (1992) An elementary school-based alcohol misuse program: a follow-up evaluation. *Journal of Studies on Alcohol* 53, 106-121.

Shope JT, Elliott MR, Raghunathan TE, Waller PF. (2001). Long-term follow-up of a high school alcohol misuse prevention program's effect on students' subsequent driving. *Alcohol Clin Exp Res* 25:403–10.

Shults R.A., Elder R.W., Sleet D.A., Nicholas J.L., Alao M.O., Carande-Kulis V.G., Zaza S., Sosin D.M., Thompson R.S., and the Task Force on Community Preventive Services (2001) Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine* 21, 66-88.

Single E. and McKenzie D. (1992) The epidemiology of impaired driving stemming from licensed establishments. Presented at 18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Toronto, June 1-5.

Slater M, Rouner D, Domenech-Rodriguez M, *et al.* Adolescent responses to TV beer ads and sports content/context: gender and ethnic differences. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 1997;74:108– 22.

Slater M, Rouner D, Murphy K, *et al.* (1996). Adolescent male reactions to TV beer ads: the effects of sports content and programming context. *J Stud Alcohol* 57:425–33.

Slater M.D., Rouner D., Murphy K., Beauvais F., VanLeuven J., and Domenech-Rodriguez M.M. (1996) Adolescents counterarguing of TV beer advertisements: Evidence for effectiveness of alcohol education and critical viewing discussions. *Journal of Drug Education* 26, 143-158.

Sloan F.A., Reilly B.A., and Schenzler C.M. (1994a) Tort liability versus other approaches for deterring careless driving. *International Review of Law and Economics* 14, 53-71.

Sloan F.A., Reilly B.A., and Schenzler C. (1994b) Effects of prices, civil and criminal sanctions and law enforcement on alcohol-related mortality. *Journal of Studies on Alcohol* 55, 454-465.

Sloan, F.A., Stout, E.M., Whetten-Goldstein, K., and Liang, L. (2000) *Drinkers, Drivers and Bartenders: Balancing Private Choices and Public Accountability*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.

Sloan, F.A.; Reilly, B.A.; and Schenzler, C. (1995). Effects of tort liability and insurance on heavy drinking and drinking and driving. *J Law Econ* 38(1): 49–77.

Smart, R. and Cutler R. (1976). The Alcohol Advertising Ban in British Columbia: Problems and Effects on Beverage Consumption, *British Journal of Addiction*, 71, 13-21.

Smart, R.G. and Mann, R.E. (1990) Are increased levels of treatment and Alcoholics Anonymous membership large enough to create the recent reauditions in liver cirrhosis? *British Journal of Addiction* 85, 1385-1387.

Smart, R.G. and Mann, R.E. (1993) Recent liver cirrhosis declines: estimates of the impact of alcohol abuse treatment and Alcoholics Anonymous. *Addiction* 88 193-198.

Smart, R.G. and Mann, R.E. (2000) The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction* 95, 37-52.

Smart, R.G., Mann, R.E. and Anglin, L. (1989) Decrease in alcohol problems and increased Alcoholics Anonymous membership. *British Journal of Addiction* 54, 507-513.

Smart, R.G. (1988): Does alcohol advertising affect overall consumption? A review of empirical Studies. *Journal of Studies on Alcohol* 49: 314-323.

Snow R.W. and Landrum J.W. (1986) Drinking locations and frequency of drunkenness among Mississippi DUI offenders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 12, 389-402.

Snyder LB, Hamilton M, Fleming-Milici F, *et al.* (2002). The effect of alcohol advertising on youth 15–26 years old. *Alcohol Clin Exp Res* 26(6):900– 6.

Spickard, W.A., And Tucker, P.J. (1984). An approach to alcoholism in a university medical center complex. *Journal of the American Medical Association* 252:1894–1897.

Spirito, A., Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Sindelar, H., Rohsenow, D.J., Lewander W., Myers, M. (2004) A randomised clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics*, 145,396-402.

Spoth R., *et al.* (2001) Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 69:627-42.

Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L. and Shin, C. (2001a) Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviours*, 16, 129–134.

Spoth, R. L., Redmond, C. and Shin, C. (2001b) Randomized trial of brief family interventions for general populations adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1–15.

Spoth, R., C. Redmond, *et al.* (2004) Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: school-level growth curve analyses 6 years following baseline. *J Consult. Clin. Psychol.*, 72(3): 535-42.

Stacy AW, Zogg JB, Unger JB, Dent CW. (2004). Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *Am J Health Behav.*28:498–509.

Stevenson, R.J., Lind, B. and Weatherburn, D. (1999) Relationship between alcohol sales and assault in New South Wales, Australia. *Addiction* 94:397-410.

Stewart K. (1997) Environmentally oriented alcohol prevention policies for young adults. In: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention, Secretary's Youth Substance Abuse Prevention Initiative: Resource papers. Pre-publication documents, pp. 107–157. Rockville, MD: Author.

Stickwell, T. and Single, E. (1997). Standard unit labelling of alcohol containers. In Plant, M., E. Single and T. Stickwell (Eds). *Alcohol: Minimizing the harm. What works.* London: Free Association Books.

Stockwell T. (2001) Editor's introduction to prevention of alcohol problems. In: Heather N., Peters T.J., and Stockwell T. (eds.) *Handbook of Alcohol Dependence and Alcohol-Related Problems*, pp. 680-683. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Stockwell T., Somerford P., and Lang E. (1992) The relationship between license type and alcohol-related problems attributed to licensed premises in Perth, Western Australia. *Journal of Studies on Alcohol* 53, 495-498.

Stockwell, T. and Gruenewald, P. (2001) Controls on the availability of alcohol. In Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems.* Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Stockwell, T. (1997) Regulation of the licensed drinking environment: A major opportunity for crime prevention. In *Policing for prevention: Reducing crime, public intoxication and injury*, ed. R. Homel, Monsey NY: Criminal Justice Press.

Stockwell, T. (2001) Responsible alcohol service: Lessons from evaluations of server training and policing initiatives. *Drug and Alcohol Review*, 20, 257-265.

Stockwell, T., Chikritzhs, T., Hendrie, D., Fordham, R., Ying, F., Phillips, M. *et al.* (2001) The public health and safety benefits of the NT's Living With Alcohol program. *Drug and Alcohol Review*, 20, 167–180.

Stockwell, T., Lang, E. and Rydon, P. (1993) High risk drinking settings: the association of serving and promotional practices with harmful drinking. *Addiction*, 88, 1519– 1526.

Stouthard ME, Essink-Bot ML, Bonsel GL, on behalf of the Dutch Disability Weights Group. (2000). Disability Weights for diseases: a modified protocol and results for a Western European region. *European Journal of Public Health*; 10: 24-30.

Strategy Unit (2003). Strategy Unit Alcohol Harm Reduction project. Interim Analytical Report. UK Government: Strategy Unit.

Strickland DE, Finn TA, Lambert MD. (1982). A content analysis of beverage alcohol advertising: I. Magazine advertising. *J Stud Alcohol* 43:655–82.

Strickland DE. (1982). Alcohol advertising: content and controversy. *J Advertising*. 1:223–36. .

Strickland, D.E. (1983). Advertising exposure, alcohol consumption and misuse of alcohol. In: Grant, M.; Plant, M.; and Williams, A., eds. *Economics and Alcohol: Consumption and Control*. New York, NY: Gardner Press, pp. 201–222.

Strickland, D.E. (1982). Alcohol advertising: Orientations and influence. *J Advertising* 1:307–319.

Strunge, H. (1998). Danish experiences of national campaigns on alcohol 1990-1996. *Drugs: Education Prevention and Policy* 5 73-79.

Sumnall HR; Tyler E; Wagstaff GF; Cole JC (2004) A behavioural economic analysis of alcohol, amphetamine, cocaine and ecstasy purchases by polysubstance misusers *Drug Alcohol Depend* 76(1):93-9.

Swire, P.P (1997) Markets, Self-Regulation, and Government Enforcement. In *Privacy And Self-Regulation In The Information Age (NTIA 1997)*.

Available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Tan Torres T, Baltussen RM, Adam T *et al.* (2003). *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva: World Health Organization.

Tapert SF; Cheung EH; Brown GG; Frank LR; Paulus MP; Schweinsburg AD; Meloy MJ; Brown SA (2003). Neural response to alcohol stimuli in adolescents with alcohol use disorder. *Arch Gen Psychiatry* Jul;60(7):727-35.

Tay R (2005a) Drink driving enforcement and publicity campaigns: are the policy recommendations sensitive to model specification? *Accid Anal Prev* 2005 Mar;37(2):259-66.

Tay R (2005b) The effectiveness of enforcement and publicity campaigns on serious crashes involving young male drivers: Are drink driving and speeding similar? *Accid Anal Prev* 2005 Sep;37(5):922-9.

Thompson KM (2005). Addicted media: substances on screen *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* Jul;14(3):473-89, ix.

Thompson KM, Yokota F. (2001). Depiction of alcohol tobacco and other substances in G-rated animated feature films. *Pediatrics* 107:1369– 73.

Thomsen SR; Rekve D; Lindsay GB (2004). Using "Bud World Party" attendance to predict adolescent alcohol use and beliefs about drinking. *J Drug Educ* 34(2):179-95.

Thomsen, S.R. and Rekve, D. (2004). Television and drinking expectancies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 21 17-28.

Tigerstedt C. (2000) Discipline and public health. In Sulkunen P., Sutton C., Tigerstedt C., and Warpenius K. (eds.) *Broken Spirits: Power and Ideas in Nordic Alcohol Control*, pp. 93-112. NAD Publication No. 39. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Timmerman M, Geller E, Glindemann K, Fournier A. (2003) Do the designated drivers of college students stay sober? *J Safety Res* 34:127–33.

Tippetts AS; Voas RB; Fell JC; Nichols JL (2005) A meta-analysis of .08 BAC laws in 19 jurisdictions in the United States. *Accid Anal Prev* 2005 Jan;37(1):149-61.

Tobler N.S. (1992) Prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases* 11, 1-28.

Tomsen S. (1997). A top night out: social protest, masculinity and the culture of drinking violence. *British Journal of Criminology* 37, 990-1002.

Toomey T.L., Wagenaar A.C., Gehan J.P., Kilian G., Murray D.M., and Perry C.L. (2001) Project ARM: Alcohol risk management to prevent sales to underage and intoxicated patrons. *Health Education and Behavior* 28, 186-99.

Treno, A.J., Grube, J.W. and Martin, S.E. (2003). Alcohol Availability as a Predictor of Youth Drinking and Driving: A Hierarchical Analysis of Survey and Archival Data. *Alcohol, Clinical Experimental Research*. 27 (5): 835-40.

Trollidal, B. and Ponicki, W. (2005). Alcohol price elasticities in control and license states in the United States, 1982-99. *Addiction*.

Tucker LA. (1985). Television's role regarding alcohol use among teenagers. *Adolescence* 20: 593– 8.

Turrisi, R. *et al.* (2001) Examination of the short-term efficiency of a parent intervention to reduce college student drinking tendencies. *Psychology of Addictive Behaviours*, 15:366-372.

US Department of Health and Human Services (USDHHS) (1997) *Ninth Special Report to the US Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services*, no. 97– 4017. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health (NIH), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Valli, R. (1998) Forandringar i ungdomarnas alkoholvanor nar mellanolet slappes fritt: Fallet Jakobstad (Changes in young people's alcohol consumption with improved availability of medium strength beer: The case of Pietarsaari) *Nordisk Alkohol- and Narkotikatidskrift* 15:168-175.

Van Den Bluck, J and Beullens, K. (2005) television and music video exposure and adolescent alcohol use while going out. *Alcohol and Alcoholism* 2005 40(3):249-253.

Villaveces A; Cummings P; Koepsell TD; Rivara FP; Lumley T; Moffat J (2003). Association of alcohol-related laws with deaths due to motor vehicle and motorcycle crashes in the United States, 1980-1997. *Am J Epidemiol* Jan 15;157(2):131-40.

Voas RB; Tippetts AS; Fell JC (2003) Assessing the effectiveness of minimum legal drinking age and zero tolerance laws in the United States. *Accid Anal Prev* 2003 Jul;35(4):579-87.

Voas, R.B. and Tippetts, A.S. (1999) Relationship of alcohol safety laws to drinking drivers in fatal crashes. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration.

Voas, R.B. (1986). Evaluation of jail as a penalty for drunken driving. *Alcohol, Drugs and Driving: Abstracts and Reviews*, 2(2),47-70.

Voas, R.B. (1997): Drinking and driving prevention in the community: program planning and implementation. *Addiction* 92 (Supplement 2): S201–S219.

Voas, R.B. and Hause, J.M. (1987). Deterring the drinking driver: the Stockton experience. *Accident Analysis and Prevention*, 19(2),81-90.

Voas, R.B. and Tippetts, A.S. (1990). Evaluation of treatment and monitoring programs for drunken drivers. *Journal of Traffic Medicine*, 18, 15-26.

Voas, R.B., Marques, P.R., Tippetts, A.S. and Beirness, D.J. (1999). The Alberta Interlock Program: the evaluation of a province-wide program. *Addiction*, 94,1857-1867.

Wagenaar A.C. and Holder H.D. (1991) Effects of alcoholic beverage server liability on traffic crash injuries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15, 942-947.

Wagenaar A.C. and Toomey T.L. (2000) Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems* 27, 681-733.

Wagenaar AC; Toomey TL; Erickson DJ (2005). Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial *Addiction*, 100 , 335–345.

Wagenaar, A. C. and Holder, H. D. (1996) The scientific process works: seven replications now show significant wine sales increases after privatization, *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 575–576.

Wagenaar, A.C. and Holder, H.D. (1995) Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: Results from five U.S. states. *Journal of Studies on Alcohol* 56:566-572.

Wagenaar, A.C. and Maybee, R.G. (1986) Legal minimum drinking age in Texas: Effects of an increase from 18 to 19. *Journal of Safety Research* 17:165-178.

Wagenaar, A.C. and Murray, D.M. and Toomey, T.L. (2000): Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction* 95 (2): 209–217.

Wagenaar, A.C. and Murray, D.M. and Wolfson, M. and Forster, J.L. and Finnengan, J.R. (1994): Community Mobilizing for Change on Alcohol: design of a randomized community trial. *Journal of Community Psychology (CSAP Special Issue)*: 79–101.

Wagenaar, A.C. and Wolfson, M. (1994) Enforcement of the legal minimum drinking age in the United States. *Journal of Public Health Policy* 15:37-53.

Wagenaar, A.C. and Wolfson, M. (1995) Deterring sales and provision of alcohol to minors: A study of enforcement in 295 counties in four states. *Public Health Reports* 110:419-427.

Wagenaar, A.C. (1981) Effects of the raised legal drinking age on motor vehicle accidents in Michigan. *HSRI Research Review* 11(4):1-8.

Wagenaar, A.C. (1986) Preventing highway crashes by raising the legal minimum age for drinking: The Michigan experience 6 years later. *Journal of Safety Research* 17:101-109.

Wagenaar, A.C. and Holder, H.D. (1991). Change from Public to Private Sale of Wine: Results from Natural Experiments in Iowa and West Virginia. *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (2):162-173.

Walters, E.D. and Treno, A.J. and Grube, J.W. (2001): Alcohol advertising and youth: A focus-group analysis of what young people find appealing in alcohol advertising. *Contemporary Drug Problems* 28: 695-718.

Wallack, L. and Grube, J.W. and Madden, P.A. and Breed, W. (1990): Portrayals of alcohol on prime-time television. *Journal of Studies on Alcohol* 51: 428-437.

Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D. and Themba, M. (1993). *Media advocacy and public health – power for prevention*. Newbury Park, CA: Sage.

Wallin E., Hjalmarsson K., Lindewald B., and Andréasson S. (1999). Effects of RBS Training: A Focus Group Study. Paper presented at the 25th annual meeting of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Montreal, Canada.

Wallin E; Norstrom T; Andreasson S (2003) Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence *J Stud Alcohol* 2003 Mar;64(2):270-7.

Wallin, E. and Andréasson, S. (2005). Effects of a community action program on problems related to alcohol consumption at licensed premises In Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, and Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: Wiley.

Wallin, E., Norstrom, T. and Andreasson, S. (2003) Alcohol Prevention Targeting Licensed Premises: A Study of Effects on Violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 271-277.

Wallin, E., Norström, T. and Andréasson, S. (2003) Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 270-277.

Walsh G.W., Bondy S.J., and Rehm J. (1998) Review of Canadian low-risk drinking guidelines and their effectiveness. *Canadian Journal of Public Health* 89, 241-247.

Walsh, D.C.; Hingson, R.W.; Merrigan, D.M.; *et al.* (1992). A randomized trial of alternative treatments for problem-drinking employees: Study design, major findings, and lessons for worksite research. *Journal of Employee Assistance Research* 1:112–147.

Walsh, D.C.; Hingson, R.W.; Merrigan, D.M.; *et al.* (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *New England Journal of Medicine* 325:775–782.

Warburton A.L. and Shepherd J.P. (2000) Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomized controlled trial. *Injury Prevention* 6, 36–40.

Webb, J.A. and Baer, P.E. and Getz, J.G. and McKelvey, R.S. (1996): Do fifth graders' attitudes and intentions toward alcohol predict seventh-grade use? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35: 1611-1617.

Weitzman ER; Chen YY (2005) Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings. *J Epidemiol Community Health* 2005 Apr;59(4):303-9.

Weitzman, E.R., Folkman, A., Folkman, K.L. and Wechsler, H. (2003). Relationship of Alcohol Outlet Density to Heavy and Frequent Drinking and Drinking-related Problems among College Students at Eight Universities. *Health and Place*, 9 (1): 1-6.

Wells S., Graham K., and West P. (1998) “The good, the bad, and the ugly”: Responses by security staff to aggressive incidents in public drinking settings. *Journal of Drug Issues* 28, 817-836.

Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R. and Williams, M. (1995). Final results from a meta- analysis of remedial interventions with DUI offenders. *Addiction*, 90(7),907-926.

Werck, C.E. (2003) One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Educ. Res.*, 18: 74-87.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. and Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.

Wilk, A. I., Jensen, N. M. and Havighurst, T. C. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers, *Journal of General Internal Medicine*, 12, 274-283.

Wilkins TT. (2000). The “Stay Alive From Education” (SAFE) program: description and preliminary pilot testing. *J Alcohol Drug Educ* 45:1–11.

Williams C.L., Perry C.L., Dudovitz B., Veblen-Mortenson S., Anstine P.S., Komro K.A., and Toomey T.L. (1995) A home-based prevention program for sixth-grade alcohol use: Results from Project Northland. *Journal of Primary Prevention* 16, 125-147.

Williams, A.F., Ferguson, S.A., and Cammisa, M.X. (2000) Self-Reported Drinking and Driving Practices and Attitudes in Four Countries and Perceptions of Enforcement. Arlington, VA: Insurance Institute for Highway Safety.

Willis C, Lybrand S, Bellamy N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.

Wilson, R., And Dufour, M., Eds. (2000). *Epidemiology of Alcohol Problems in Small Geographic Areas*. NIAAA Research Monograph No. 36. NIH Pub. No. 00–4357. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Wingood GM, DiClemente RJ, Bernhardt JM, *et al.* (2003). A prospective study of exposure to rap music videos and African American female adolescents' health. *Am J Public Health* 98:437– 9.

Wutzke, S., Conigrave, K., Saunders, J. and Hall, W. (2002) The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up, *Addiction*, 97, 665-675.

Wyllie A, Holibar F, Casswell S, Fuamatu N, Aioluputea K, Moewaka Barnes H, *et al.* (1997). A qualitative investigation of responses to televised alcohol advertisements. *Contemporary Drug Problems*. 24: 103–32.

Wyllie A, Zhang JF, Casswell S. (1998a). Responses to televised alcohol advertisements associated with drinking behaviour of 10-17-year-olds. *Addiction*. 93(3):361–71.

Wyllie, A.; Zhang, J.F.; and Casswell, S. (1998b) Positive responses to televised beer advertisements associated with drinking and problems reported by 18- to 29-year-olds. *Addiction* 93(5):749–760.

Wyllie A., Waa A. and Zhang J.F. (1996) *Alcohol and Moderation Advertising Expenditure and Exposure: 1996*. Auckland, New Zealand: University of Auckland.

Young, D. (1993). Alcohol Advertising Bans and Alcohol Abuse: Comment, *Journal of Health Economics*, 12, 213-228.

Zhu, L., Gorman, D.M. and Horel, S. (2004). Alcohol outlet density and violence: a geospatial analysis. *Alcohol and Alcoholism* 39 369-375.

Zobeck, T.S. and Williams, G.D. (1994). *Evaluation Synthesis of the Impacts of DWI Laws and Enforcement Methods: Final Report*. Contract No. ADM-281-89-0002. Rockville, MD: Office of Policy Analysis, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Zwerling, C. and Jones, M.P. (1999) Evaluation of the effectiveness of low blood alcohol concentration laws for younger drivers. *American Journal of Preventive Medicine* 16 (Suppl. 1), 76-80.

Chapitre 8 – Les politiques de l'alcool aux niveaux européen et mondial

Les contraintes légales les plus fortes touchant la politique de l'alcool viennent des **traités commerciaux internationaux** : Accord Général sur les Tarifs douaniers et le Commerce (AGTC), le « GATT » concernant les marchandises et Accord Général sur le Commerce et les Services les services (AGCS), le « GATS ». Les litiges commerciaux passés montrent que l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), en charge de faire respecter les traités, peut donner la priorité à la santé sur le commerce dans quelques circonstances (interdiction des importations d'amiante, par exemple) mais les politiques de restriction commerciale doivent passer une série de contrôles sévères pour être acceptées.

Cependant, le plus grand impact sur la réalité des politiques de l'alcool est venu des **réglementations commerciales de l'Union Européenne**. La plupart des litiges concernant l'alcool proviennent de la règle dite du « traitement national » sur la question de la taxation, règle qui interdit aux Etats de faire des discriminations - directes ou indirectes - en faveur des produits nationaux contre ceux provenant d'un autre pays de l'Union. Aucune exception ne peut être faite à ce principe, même avec des arguments tenant à la santé publique, ce qui entraîne que certains pays sont confrontés à des restrictions dans la définition de leur politique fiscale. Dans le sens opposé, la **Cour de justice des communautés européennes**, qui prend une importance grandissante, a conforté sans ambiguïté la possibilité d'interdictions publicitaires pour les boissons alcooliques en Catalogne et en France, reconnaissant « qu'il est indéniable que la publicité est un encouragement à la consommation ».

L'harmonisation des droits d'accises est un objectif à long terme de l'Union Européenne pour réduire les distorsions du marché, où de grandes différences dans les taux de taxation entre pays voisins conduisent à des achats transfrontaliers importants. Ce phénomène conduit à des pertes de revenus pour les gouvernements des pays taxant fortement l'alcool et crée des pressions économiques pour qu'ils baissent leurs taux de taxation, comme cela est arrivé dans plusieurs pays nordiques. La production de boissons alcooliques sous forme de vins reçoit une aide de 1,5 milliards d'euros par an par le biais de la **Politique Agricole Commune**. L'importance économique et politique de ces subventions, dans le contexte des problèmes actuels de la viticulture, freine les avancées favorables à la santé publique.

L'organisme international qui s'est révélé le plus actif sur la question de l'alcool est l'**Organisation Mondiale de la Santé**, dont le Bureau européen a pris plusieurs initiatives pour réduire les dommages liés à l'alcool dans ses 52 états membres. Il s'agit de la publication du Cadre pour la politique de l'alcool de la région Europe (Framework for Alcohol Policy in the European region), de la Charte européenne sur l'alcool et de l'organisation de deux conférences ministérielles qui ont confirmé la nécessité que la politique de prévention du risque alcool (et la politique de santé publique plus généralement) soit développée indépendamment des intérêts économiques et commerciaux.

Bien que l'Union Européenne ne puisse pas voter de loi ayant comme objectif la protection de la santé humaine (les Etats membres n'ont pas conféré ce pouvoir aux institutions européennes), certaines politiques traitant du marché interne peuvent intégrer des questions de santé, comme l'article sur la publicité de la **Directive « Télévision sans Frontières »**. Autrement, l'action de l'Union Européenne ne peut se faire que par des incitations, sous la forme de

résolutions et de recommandations demandant aux Etats membres d'agir dans une certaine direction, mais sans pouvoir les contraindre à le faire.

LOI COMMERCIALE INTERNATIONALE ET ALCOOL

Pourquoi une politique sur l'alcool nécessite-elle une loi commerciale ?

Comme c'est le cas pour toute autre marchandise économique, les politiques relatives à l'alcool doivent correspondre aux obligations légales établies par les Etats envers les uns et les autres au sein d'un ensemble de traités internationaux élaborés depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale. Par ces engagements, les Etats sont contraints à refréner l'envie d'adopter des politiques protectionnistes. Néanmoins, la signification de ces engagements pour les politiques en matière de santé publique présente en général deux interprétations. Ainsi certains commentateurs – en particulier ceux issus du domaine social et de la santé – ont exprimé des inquiétudes quant à la manière dont les règles commerciales (notamment à un niveau mondial) peuvent entraver les politiques sociales et celles en matière de santé, pour ensuite les inscrire dans un système commercial dont les objectifs prendraient le pas sur la santé. D'autres commentateurs – principalement des secteurs économiques, gouvernementaux et commerciaux – ont rétorqué avec certitude que les gouvernements peuvent sans danger poursuivre des objectifs relatifs à la santé à partir du moment où, lors de cette entreprise, ils sont respectueux des lois. Cependant, la réalité est assurément plus compliquée que l'une ou l'autre interprétation. Comme le fait remarquer un document de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre d'une simple disposition, les règles sont si complexes que les Etats « devraient se montrer sceptiques face aux déclarations simplistes concernant [les règles] » (Fidler et Drager 2003 :10).

La manière la plus simple de prendre conscience des impacts sur la santé qu'ont les deux niveaux d'accords commerciaux (européen et mondial) est de travailler à partir du plus haut niveau, autrement dit à partir de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC ; voir encadré 8.1). Ceci comprend un panel d'engagements établi à partir de plusieurs traités, notamment l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) relatif aux marchandises et l'Accord général sur le commerce des services (GATS) relatif aux services (voir encadré 8.2). Le GATS, tout particulièrement, a soulevé nombre de polémiques par son objectif potentiel, puisque sa manière de définir les 'services' inclut la plupart des activités humaines. Par exemple, bien que l'alcool soit un bien et soit couvert par le GATT, les politiques relatives à l'alcool pourraient être bien plus touchées par les engagements de services traitant de la production, de la vente en gros, de la distribution, de la vente au détail et de la publicité pour l'alcool.

Pour des substances psychoactives légales telles que l'alcool, certains spécialistes affirment que les objectifs de l'OMC sont en contradiction avec ceux de la santé publique – « la promesse de la libéralisation sous l'OMC est de réduire les coûts, d'augmenter les choix et de développer l'accès aux biens de consommation dans ses 143 pays membres. Il reste que, dans différentes mesures, certains membres appliquent également des politiques visant à réduire le choix, à limiter l'accessibilité et à augmenter le prix de l'alcool, en vue de réduire la consommation – notamment chez les jeunes » (Gould et Schacter 2002). En pratique, cela pourrait être interprété comme le fait que les monopoles de l'alcool, certaines structures fiscales, les interdictions publicitaires et les contrôles des importations s'opposent aux lois du commerce international. Même d'un point de vue optimiste ' *le meilleur résultat que l'on peut espérer lorsqu'une régulation est le sujet d'une plainte de commerce, est qu'elle ne sera pas rendue inefficace* ' (Gould 2005:360).

Défendre la santé

Tout ceci se vérifie jusqu'à un certain point. En effet, cela dépend presque entièrement de l'interprétation d'une des parties des traités – l'article XX du GATT et l'article XIV du GATS. Ils déclarent que rien dans l'un ou l'autre accord « *ne sera interprété comme empêchant l'adoption ou l'application par toute partie contractante des mesures... nécessaires à la protection... de la santé,* » sous réserve que ces

ENCADRE 8.1 – L'ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE (OMC)

- **Historique** : Les principaux accords internationaux d'aujourd'hui remontent à l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), qui représentait l'une des Institutions de Bretton Woods mises en place dans le but d'aider l'économie mondiale à se redresser après la Deuxième Guerre mondiale. Depuis lors, les pays ont progressivement conclu des accords de plus grande envergure ayant pour objectif une nouvelle libéralisation du commerce international et une augmentation des niveaux de vie, en contrecarrant la tendance des Etats à instaurer des entraves au commerce afin de protéger des intérêts personnels nationaux.
- **Procédure** : Lors de chaque cycle commercial, les Etats membres font des offres (pour libéraliser leurs marchés nationaux) et des demandes (en demandant aux autres pays de libéraliser dans certains secteurs) jusqu'à ce que l'accord puisse être accepté par tous. D'un point de vue européen, il est important de noter que la Commission européenne négocie au nom de tous les Etats membres – autrement dit, peu importe les ambivalences existant au sein de l'Union européenne (UE), il en découle une unique position à la table des négociations de l'OMC (Alavaikko 2002).
- **Le Cycle d'Uruguay** : La procédure des différents cycles a été officialisée à la fin du huitième cycle (connu sous le nom de 'cycle Uruguay') en 1995 avec la création de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) afin de coordonner les cycles de négociations – ce qui a permis d'élargir la portée de la libéralisation de manière considérable et par conséquent de toucher à de nouvelles sphères comme la propriété intellectuelle (l'accord sur les ADPIC) et les services (l'Accord général sur le commerce des services – GATS).
- **Règlement des différends** : Le cycle d'Uruguay conférait également de nouveaux pouvoirs afin de régler les différends commerciaux entre pays, autorisant l'OMC à appliquer des sanctions de rétorsion contre le pays fautif. Tout d'abord, l'affaire passe devant un groupe spécial nommé par le directeur général de l'OMC, ensuite l'une ou l'autre partie peut pourvoir en cassation devant l'organe d'appel de l'OMC. La procédure est très longue et à chaque étape, l'OMC n'intervient que si les pays ne peuvent convenir d'un accord entre eux. Considérant également les revues des politiques commerciales entreprises par le secrétariat de l'OMC – qui « soulèvent des questions sur les politiques commerciales des Etats membres et exercent une pression pour homogénéiser ces politiques » – ceci donne à l'OMC un pouvoir important quant au maintien de l'ordre dont les pays doivent faire preuve conformément à leurs engagements.

mesures ne constituent pas une « *restriction déguisée au commerce* » ou une « *discrimination injustifiable* ». Il relève du pays défendant une politique en matière de santé de montrer qu'il n'existe pas de solutions moins restrictives pour le commerce ayant le même effet, et que la politique est utilisée à bon escient – bien que le principe d'un objectif comme la vie des personnes ne soit pas mis en doute (OMC Comité du Commerce et de l'Environnement 2002).

Ainsi, là où une mesure s'avère être d'une importance capitale pour un objectif tel que la santé, elle sera maintenue par l'OMC même si elle nuit gravement au commerce (Oms et OMC 2002 ; OMC Comité du Commerce et de l'Environnement 2002). Cependant, là où cette mesure est inutile, toutes les conditions du 'test de nécessité' représentent des 'questions de fond et des sujets difficiles' – ce qui signifierait qu'en pratique la défense ne suffit pas à protéger les politiques en matière de santé (Fidler et Drager 2003).

Etant donné cette ambiguïté, les anciennes affaires sont essentielles car elles nous indiquent jusqu'où il est possible de défendre les politiques en matière de santé à l'OMC. Peu de ces affaires sont directement liées à l'alcool et la plupart de celles qui sont traitées concernent les systèmes fiscaux apparemment conçus pour encourager la production locale de boissons alcooliques¹. Trois autres affaires traitées par le GATT ancêtre de l'OMC, concernaient les États-Unis et le Canada. Vers la fin des années 80 et au début des années 90, les deux pays se plaignaient de leur établissement d'un prix minimal, de leur fiscalité et des principes de commercialisation. Mais une fois encore, quand bien même il serait possible de discuter de la relation de certaines des politiques avec la santé publique, le groupe spécial du GATT n'eut à décider entre le commerce et les intérêts en matière de santé dans aucune des affaires, (documents L/6304, DS17/R, et DS23/R ; voir aussi Ferris, Room et Giesbrecht 1993, Vingilis, Lote et Seeley 1998 ; Room et West 1998).

¹ Par exemple, au Chili, les taxes sont montées en flèche pour les teneurs en alcool de 35% (degré du pisco chilien) et de 40% (degré des alcools étrangers). Dans le cas du Chili ainsi que dans les cas identiques du Japon et de la Corée, l'OMC a interdit les politiques fiscales, bien qu'aucuns de ces affaires n'aient été défendues nettement sur base de l'Article XX.

D'autres secteurs de la santé publique offrent une idée plus détaillée quant à savoir si la défense de la santé sera suffisante pour protéger les politiques discriminatoires sur l'alcool, telles que l'affaire Thaïlande – Cigarettes en 1990 (DS10/R). Ici, une interdiction sur les importations de tabac a été annulée sur la base de l'accès aux marchés après que le gouvernement thaïlandais n'a pu montrer que les lois étaient nécessaires à la protection de la santé publique. L'Oms était pourtant intervenue au sein du groupe spécial pour faire remarquer que « les multinationales productrices de tabac avaient systématiquement contourné les restrictions nationales quant à la publicité par des publicités indirectes et un certain nombre d'autres techniques » (cité dans Howse 2004). Toutefois, le raisonnement du groupe spécial a explicitement permis à d'autres politiques anti-tabac moins restrictives pour le commerce d'atteindre les mêmes objectifs, y compris une interdiction publicitaire, des règles d'étiquetage, des interdictions d'additifs nocifs et un monopole de vente au détail des tabacs. D'après ces décisions et avec le soutien interne, le parlement thaïlandais a adopté deux lois contre le tabagisme en 1992 qui ont inversé la tendance à la hausse du tabagisme (Bettcher et Shapiro 2001 ; Oms et OMC 2002 : 77).

Encadré 8.2 – Principes du commerce international	
<i>Principes</i>	<i>Définitions</i>
<p>La nation la plus favorisée</p> <p>GATT Article I GATS Article II</p>	<p>Le meilleur traitement dont bénéficie un négociant étranger doit être appliqué aux autres sans exception, ce qui en réalité permet à tous les pays de l'OMC de jouir de manière équitable du concept de 'nation la plus favorisée'.</p> <p>Il s'applique à tous les membres de l'OMC et pour tout excepté (i) les accords régionaux de libre-échange (ii) afin de fournir un accès préférentiel aux pays en voie de développement ; (iii) en fonction de produits dont l'échange n'a pas été juste ; et (iv) pour certains services.</p>
<p>Traitement national</p> <p>GATT Article III GATS Article XVII</p>	<p>Le meilleur traitement pour les négociants <i>nationaux</i> doit être appliqué aux partenaires du traité. Ce phénomène est parfois appelé 'la règle d'or des lois du commerce international' en ce qu'il assure une égalité <i>matérielle</i> du traitement – cela signifie parfois que l'égalité formelle ne suffit pas.</p> <p>Selon le GATT, il s'applique uniquement lorsqu'un produit s'est implanté sur le marché ; ceci permet un traitement différentiel avant la pénétration du marché (e.g. des tarifs). En conséquence, son pouvoir signifie que article fait partie de la 'liste positive' que les pays peuvent choisir de signer dans chaque secteur (les exemptions étant énumérées dans les programmes des pays).</p>
<p>Accès aux Marchés</p> <p>GATT Article XI GATS Article XVI</p>	<p>En règle générale, l'accès aux marchés signifie simplement que l'on s'engage à ouvrir un marché dans un secteur particulier. Tout comme pour l'engagement en matière de traitement national, les gouvernements décident d'offrir l'accès aux marchés dans différents secteurs et peuvent déterminer de toute restriction dans chaque domaine.</p> <p>En ce qui concerne les biens, l'accès aux marchés fait plutôt référence aux quotas d'importation et par conséquent, il représente une réduction/abolition d'une limitation en nombre. Cependant, dans le GATS, l'accès aux marchés se définit comme l'absence de limitations des (i) nombres de fournisseurs ; de la (ii) valeur des transactions ; de la (iii) production ; de (iv) l'emploi ; des (v) entités légales ; et de la (vi) participation de capitaux étrangers. Dans tous les cas, les limitations en nombre (y compris les interdictions, perçues comme une 'limitation de zéro') et les 'critères de nécessité économique' deviennent tous deux illégaux lorsque les engagements sont pris.</p>
<p>Monopoles</p> <p>GATT Article VIII GATS Article XVI</p>	<p>Les monopoles doivent être soigneusement élaborés afin de limiter la désorganisation commerciale qu'ils engendrent. Cela veut surtout dire que leur commerce doit se faire conformément aux considérations commerciales, qu'ils ne doivent privilégier aucun bien touchant les négociants privés et qu'ils doivent limiter les 'majorations' sur les importations.</p> <p>A noter également, si les monopoles ne respectent manifestement pas les engagements en matière d'accès aux marchés, ceci doit figurer par écrit en exemption dans le programme du pays (le cas échéant).</p>

Ceci confirme les allégations faites dans la discussion ci-dessus – le simple fonctionnement d'une politique en matière de santé ne suffit pas à sa défense ; cette politique doit également fonctionner de manière à déranger le moins possible le commerce. Par exemple, les frais d'opérations de change et les timbres-taxes contrôlés au niveau local peuvent avoir un 'respect garanti des lois et des règlements' contre la contrebande de cigarettes conformément à l'article XX. Mais la République dominicaine n'est pas parvenue à expliquer pourquoi d'autres mesures découlant du GATT ne pouvaient pas avoir la même efficacité (DS302/5, nov. 2004). L'affaire la plus récente est celle du groupe spécial d'appel de l'OMC qui a décidé que la défense de la 'moralité publique' prévue par l'article XX ne constituait pas un motif suffisant pour justifier des lois sur les jeux de hasard à distance, une fois encore sur la base du fait que les lois n'étaient pas appliquées de la même manière pour les entreprises étrangères et nationales (DS285, en 2005). Et alors que certaines organisations non gouvernementales (ONG) ont soutenu que cette décision aurait de graves conséquences sur les politiques sur les jeux de hasard aux Etats-Unis, le gouvernement américain lui-même a déclaré que c'était une victoire car il serait aisément capable d'adapter ses lois pour se conformer à la décision².

C'est en 2001 que la première mesure politique basée sur l'article XX a été intégralement défendue avec succès à l'OMC. Il s'agissait de l'affaire CE – Amiante (DS135). La CE a en effet maintenu l'interdiction appliquée par la France d'importer de l'amiante contre les protestations du Canada. Elle était soutenue par le groupe spécial de l'OMC et les organes d'appel qui tous deux estimaient la mesure justifiée car nécessaire à la protection de la santé. De plus, l'organe d'appel (plus ancien) a également déclaré que les effets sur la santé pouvaient déterminer si un produit était 'similaire' à un autre s'il touche à leur rapport compétitif sur le marché (OMC Comité du Commerce et de l'Environnement 2002 ; Slotboom 2003). Si l'on considère ces deux cas, ils montrent que l'OMC – dans certaines conditions – est prête à donner la priorité à la santé et non aux intérêts commerciaux. Cependant, il demeure d'autres préoccupations concernant l'alcool et les lois de l'OMC ; ce chapitre y reviendra par la suite, après avoir examiné la manière dont l'alcool est affecté par la loi commerciale au niveau Européen.

LE COMMERCE DE L'ALCOOL ET LE MARCHÉ INTERIEUR EUROPEEN

Bien que les accords mondiaux obligatoires de l'OMC soient potentiellement importants pour les politiques en matière de santé, en pratique, la conséquence de loin la plus importante découle de la loi commerciale de l'UE (voir encadré 8.3 et figure 8.1)³ En 1986, les Etats membres de la CE signaient l'Acte unique européen : il les engageait à terminer la mise en place d'un marché commun unique en Europe d'ici 1993. Ce marché intérieur se voulait un endroit 'sans frontières intérieures' dans lequel les biens, les personnes, les services et les capitaux pourraient se déplacer librement, favorisant ainsi la concurrence et les décisions de consommation (voir aussi COM (1999) 624). En partie, cela s'explique par la définition commune d'une boisson alcoolisée, pour des raisons de politiques de taxes (92/83/EC), qui comprend un volume minimum de 0.5% d'alcool pour la bière, 1.2% pour le vin et les

² En plus des documents relatifs aux affaires mentionnés, voir également Bridges Trade Digest, 17 nov. 2004 et 13 avril 2005, disponible sur www.ictsd.org/weekly/archive.htm et le communiqué de Public Citizen <http://www.citizen.org/pressroom/release.cfm?ID=1915>.

³ Bien qu'ils ne soient pas membres de l'UE, l'Islande et la Norvège (avec le Lichtenstein) font partie de l'Espace économique européen (EEE). Cela leur permet de participer au Marché intérieur. Ils n'ont par contre pas de voix dans le processus décisionnel. Ces trois pays ainsi que la Suisse sont également membres de l'Association européenne de Libre-Echange (AELE) qui dirige les négociations commerciales au nom de ses membres.

produits intermédiaires, et 22% pour les spiritueux (il y a aussi des seuils pour des niveaux de taxes moindres pour les boissons aux contenances alcooliques plus basses, c'est à dire 2.8 % pour la bière, et 8.5 % pour le vin et produits intermédiaires) .

Cependant, de toute évidence ce marché n'est pas encore terminé et l'approfondissement ainsi que l'élargissement de ce marché font partie des discussions en cours, comme dans la proposition de Directive sur les Services⁴. Tout comme au niveau mondial, une question se pose alors : jusqu'à quel point peut-on maintenir des politiques en matière de santé si elles établissent une discrimination contre les intérêts commerciaux des autres pays ? Par contre contrairement au niveau mondial, pas un seul article ne fournit une défense capitale pour les politiques relatives à la santé. Il est donc essentiel d'examiner les règles commerciales européennes engagement par engagement.

ENCADRE 8.3 – L'UNION EUROPEENNE (UE)

- **Historique** : l'UE est le résultat d'une succession de traités conclus entre des Etats européens de plus en plus nombreux, remontant à la création de la Communauté européenne du Charbon et de l'Acier en 1951. Le dernier en date est le Traité de Nice conclu en 2000. Il a permis l'intégration de 10 nouveaux Etats membres en grande partie de l'Europe de l'est.
- **Pouvoirs** : Dans ces traités, les Etats membres ont conféré un statut légal à la Communauté européenne et des pouvoirs à l'UE lui permettant de créer des lois obligatoires – mais seulement dans certains domaines. Tout acte doit respecter ce cadre légal (parfois connu sous le nom de principe *d'attribution*) et doit s'acquitter de deux examens supplémentaires afin d'éviter un acte *ultra vires* (au-delà de ses compétences) :
 - **Subsidiarité** – l'UE intervient seulement si, et dans la mesure où, les objectifs ne peuvent pas être atteints (que ce soit dû à l'ampleur ou aux conséquences) de manière suffisante mais peuvent l'être mieux au niveau de l'Union qu' au niveau local ou national.
 - **Proportionnalité** – toute mesure doit être 'proportionnée' à ces objectifs, c'est-à-dire s'assurer que les moyens utilisés conviennent et qu'ils n'excèdent pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs.
- **Actes non prévus par la loi** : Si ces examens ne sont pas remplis, l'UE peut parfois adopter des positions non obligatoires appelées 'directives non obligatoires'. Elles se présentent souvent sous forme de *Recommandations* invitant les Etats membres à agir d'une certaine manière ou bien elles expriment des *Opinions* pouvant ouvrir la voie à des lois futures.

⁴ Les services sont actuellement protégés tout comme des biens (articles 49, 46), mais la directive-cadre sur les Services (COM(2004) 2) aurait pour objectif d'aller plus loin afin de faire tomber de nombreuses barrières existantes et laisser place au libre-échange. Cependant, jusqu'ici, surmonter les importantes différences entre les Etats membres concernant cette politique s'est avéré être une tâche difficile

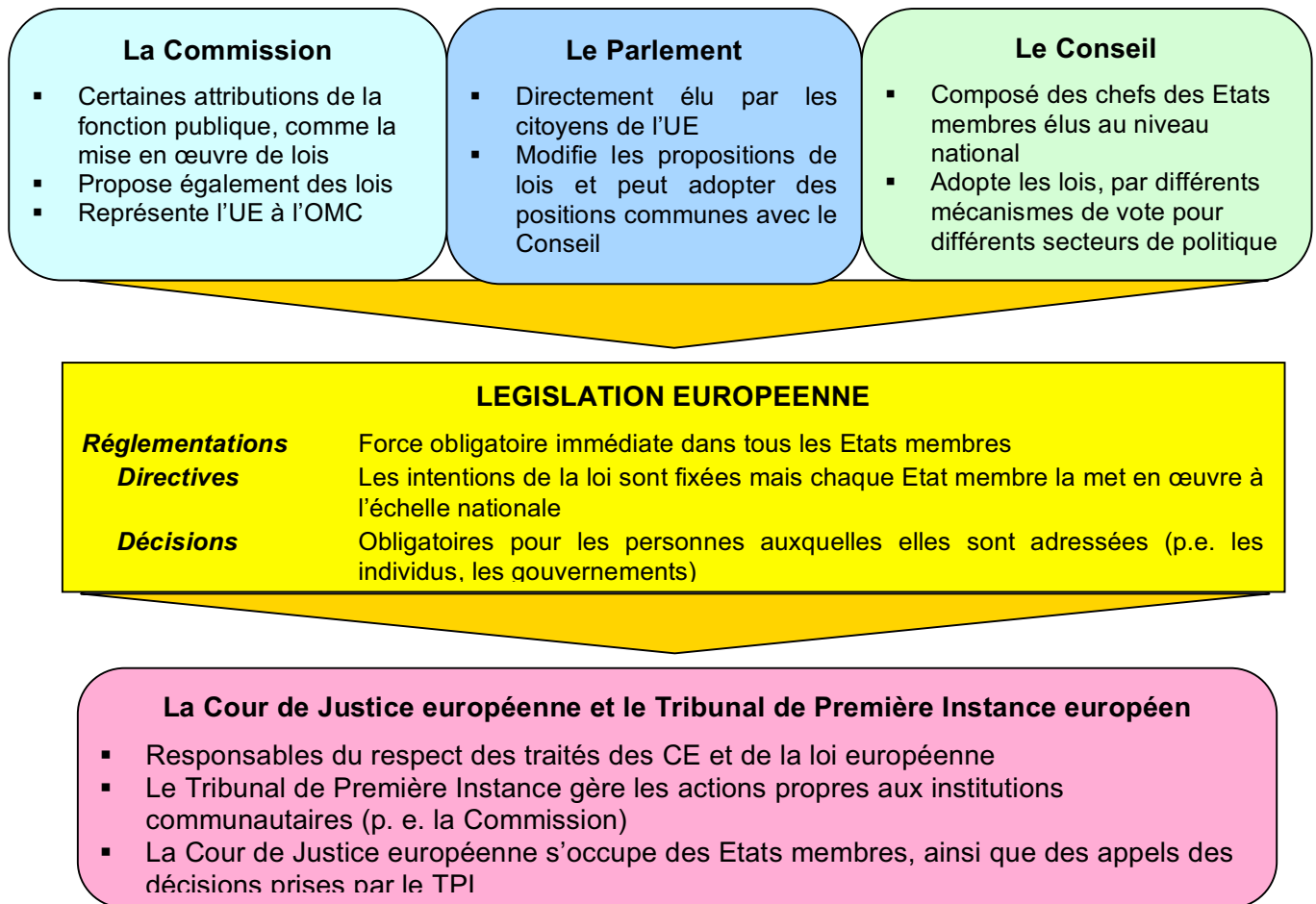


Schéma 8.1 Les grandes institutions de l'UE

Politique de prix et politique fiscale

La majorité des affaires liées à l'alcool proviennent de la règle de 'traitement national' (article 90 ex 95) qui n'accepte aucune exception pour des raisons relatives à la santé publique. Autrement dit, il est interdit pour les Etats de privilégier les produits nationaux aux dépens de ceux qui proviennent d'autre part dans l'UE – ce qui signifiait tout simplement, il y a quelque temps, que les taxes françaises et italiennes favorisant le cognac plutôt que le whisky étaient illégales (C- 168/78 ; C-169/78 & C-216/81).

Les choses se compliquent lorsque le doute s'installe sur le caractère 'similaire' ou non des boissons ou sur le fait que différents types de boissons restent toutefois des produits concurrents. Il est très clair pour les tribunaux que les vins aux fruits et les vins de raisin sont similaires, mais cela est moins évident pour le champagne et les vins aux fruits⁵. Par contre il n'a pas été trouvé de similarité entre le whisky et les vins de fruits, à cause de plusieurs critères objectifs (p.e. les matières premières, les procédés de production, la teneur en alcool) et de la question de savoir s'ils « peuvent répondre aux mêmes besoins du point de vue des consommateurs » [C-243/84 ; « Johnny Walker »].

⁵ C'est une cour nationale qui a dû décider de l'affaire du champagne ; voir C-106/84 ; C-386/93 à C-377/93.

Quant à savoir si deux produits se trouvent en concurrence ou non, l'affaire la plus connue est sans doute l'examen fait sur du vin et de la bière au Royaume-Uni dans les années 80. Dans ce cas, le tribunal a statué que « *la politique fiscale d'un Etat membre ne devrait pas jouer en faveur des industries nationales concurrentes en empêchant les consommateurs de choisir quelque chose d'autre* » et être disproportionnée à tous points de vue. Pareillement, la 'consommation culturelle' d'une boisson en particulier – dans ce cas, boire de l'aquavit danois pendant les repas – n'entraîne pas en compte par rapport aux *possibilités* de concurrence de cette boisson avec d'autres [C-171/78 & C-68/79]⁶. Et même pour les boissons en concurrence, l'affaire Johnny Walker a prouvé qu'il n'y avait aucun effet protectionniste « *si une production nationale de boissons alcooliques en grande quantité rentre dans chacune des catégories de taxes correspondantes.* »⁷

Prises dans leur ensemble, ces affaires semblent indiquer que les Etats membres jouissent bien d'une souplesse en imposant des taxes relatives sur les boissons, mais pas jusqu'au point d'octroyer une taxe plus importante aux boissons produites seulement à l'étranger. Ainsi alors qu'il est tout à fait autorisé de plus taxer la bière que le vin, un pays producteur de bière imposant une taxe plus élevée sur le vin que sur la bière, devra se montrer prudent face à la jurisprudence correspondante lorsqu'il fixera ses taux d'imposition (Elinder *et al.* 2003). D'autre part, on peut s'attendre à un jugement supplémentaire quant aux critères valables pour la taxation avec une cause en instance : en Suède, la Commission soutient qu'il est discriminatoire d'imposer une taxe plus élevée sur vin que sur la bière d'une teneur en alcool identique (voir IP/04/1280).

Une conclusion analogue a été tirée quant à la légalité des accords en matière de fixation de prix minimaux : ils peuvent en effet être déclarés illégaux quand ils stoppent la concurrence étrangère à bas prix (comme ce fut le cas pour le gin aux Pays-Bas dans les années 70 ; C-82/77). De plus, quelques débats ont eu lieu (surtout au Royaume-Uni) quant à savoir si oui ou non les prix minimaux enfreignent la législation européenne – selon l'avis juridique, il semblerait que les accords volontaires industriels puissent être illégaux, mais que les repères légaux soient permis. Toutefois, des éclaircissements supplémentaires à ce sujet ont été demandés (Baylis 2005 ; House of Commons Home Affairs Committee 2005).

⁶ Ce point a été éclairci lorsqu'une TVA plus importante a été confirmée sur le vin en Belgique ; à cause de l'écart de prix avant-impôts élevé entre la bière et les vins bon marché, il n'y eut aucune incidence pratique sur la taxe.

⁷ Prenons l'exemple pertinent d'une affaire plus récente concernant la France : elle révèle que la législation européenne « n'interdit pas les taxes sur les produits nationaux relevant de la fiscalité intérieure supérieures à celles imposées sur les produits importés » [C-86/78].

Les monopoles de l'alcool

Les efforts de l'UE pour réconcilier les monopoles et la non-discrimination remontent au Traité de Rome, même dans les années 70, la Cour de Justice européenne (CJE) avait montré que si les monopoles sont légitimes (p.e. affaire 91/78), les droits exclusifs sur l'importation ne le sont pas ('Manghera', C-59/75). Les monopoles de l'alcool n'étaient pas au programme lors des négociations d'adhésion de l'Espace économique européen (EEE), bien que l'accord éventuel de 1994 comprît une note dans laquelle les pays soulignaient l'importance de leurs systèmes de monopole. Mais cela constituait des avis plutôt qu'un accord juridique et peu après, un tribunal européen interdisit les droits sur l'importation du monopole finlandais dans une affaire décisive (voir encadré 8.4 ; Österberg 1993 ; Lubkin 1996 ; Holder *et al.* 1998 ; Alavaikko et Österberg 2000).

Par conséquent, en Finlande, en Norvège et en Suède, nombre de monopoles de l'alcool sont tombés, ne laissant plus que les monopoles de vente au détail à emporter. Alors que la Commission acceptait cette décision, il a fallu trois affaires supplémentaires pour montrer que les monopoles étaient autorisés du moment où ils remplissaient toutes les exigences du traité « exception faite, cependant, des restrictions commerciales propres à l'existence des monopoles en question » (voir encadré 8.4).

Les pratiques des monopoles ont été incontestées pendant plusieurs années, bien que les détails techniques du monopole Suédois étaient parfois questionnés par la Commission (Cf. Kühlnhorn and Trolldall 2000), et une décision prise par l'AELE contre le monopole norvégien sur les alcopops, à la suite de ces décisions.⁸ Toutefois, en 2004, la Commission a entamé une procédure contre la Suède, déclarant qu'interdire le recours pour les consommateurs à des intermédiaires privés pour l'importation d'alcool constitue un

ENCADRE 8.4 : LES GRANDES AFFAIRES DE MONOPOLES

Les différentes histoires de ces récentes affaires montrent nettement les conditions nécessaires au maintien des monopoles de l'alcool :

- **Restamark** (E-194) – l'entreprise finlandaise 'Restamark' a tenté d'importer des boissons alcooliques malgré l'interdiction de la loi finlandaise. Le tribunal de l'Association européenne de Libre-échange (AELE) déclara que le monopole d'importation violait l'accord de l'EEE, une décision qui a aidé les importations, les exportations et les monopoles nordiques de vente en gros à se débloquer.
- **Wilhelmsom** (E-6/96) – Le commerçant norvégien Tore Wilhelmson a fait appel au tribunal de l'AELE après que le monopole de l'Etat lui a confisqué sa licence lui permettant de vendre de la bière. Le tribunal de l'AELE a soutenu le monopole de détail.
- **Gunderson** (E-1/97) – Toujours en Norvège, Fritjof Gunderson a demandé au tribunal de l'AELE la permission de vendre du vin dans son magasin étant donné qu'il pouvait déjà vendre de la bière. Encore une fois, le tribunal de l'AELE a suivi la politique norvégienne.
- **Franzén** (C-189/95) – dans la seule affaire jugée selon la loi de l'UE (plutôt que celle de la CEE), Harry Franzén a délibérément enfreint le monopole de détail suédois en vendant du vin dans son magasin. La CJE a statué que le monopole n'était pas discriminatoire et par conséquent légal selon les engagements de la CE. Elle a également décidé que les restrictions commerciales pouvaient être maintenues si elles étaient 'propres à l'existence du monopole en question'.

⁸ Le résultat de cette affaire fut l'interdiction d'une restriction sur les alcopops (d'origine étrangère) vendus dans des magasins indépendants du monopole, alors que la bière (d'origine nationale) d'une teneur en alcool identique se vend dans les épiceries (E-9/00).

obstacle disproportionné par rapport à la libre circulation des biens. La Suède soutient cependant que cela représente une composante non discriminatoire du monopole de l'alcool. Actuellement, nous ne savons pas si le tribunal acceptera les allégations de la Commission affirmant que cette restriction n'est pas propre au monopole et que la santé publique peut être protégée par des mesures commerciales moins restrictives.

Protection de la santé et publicité

Pour plusieurs obligations conventionnelles européennes, les restrictions du libre-échange peuvent être défendues pour des raisons de santé publique de la même manière que les articles de l'OMC mentionnés ci-dessus. Cela comprend des restrictions quantitatives (article 30, et qui a été interprété de façon générale cf. C-8/74), le droit d'établissement (article 46) et les services (article 55).⁹ Par contre, tout comme nous l'avons vu auparavant, ces restrictions doivent être définies de manière à constituer des réponses proportionnées ; c'est-à-dire qu'elles n'excèdent pas ce qui est nécessaire pour atteindre leurs objectifs.

Ceci est notamment d'importance pour ce qui est des réglementations en matière de publicité, qui manifestement réduisent la capacité des entreprises étrangères à pénétrer un marché avec succès par rapport à des entreprises traditionnelles, ce qui

pouvait conduire parfois à un effet protectionniste. Néanmoins, même s'il a été accepté que les restrictions en matière de publicité peuvent porter préjudice au commerce, il n'y eut qu'un seul cas dans lequel l'interdiction d'une publicité a été annulée par les tribunaux. Il s'agissait d'une interdiction concernant certaines publicités pour des boissons, dont le caractère discriminatoire était tout à fait évident (C-152/78, en parallèle avec C-168/78). Mais même dans ce cas, le tribunal a reconnu qu'il « est en effet indéniable que la publicité agit comme une incitation à la consommation » (un verdict qui s'est répété dans chacune des affaires plus récentes).

Il n'est arrivé qu'une seule fois que le tribunal ne confirme pas totalement la légalité d'une restriction de la publicité : il s'agissait d'un débat concernant une interdiction totale des publicités sur l'alcool en Suède. Par contre comme avant, les questions de droit précédentes avaient été confirmées.

Toutefois, le problème de la proportionnalité de l'interdiction a été discuté au tribunal national suédois – et c'est le tribunal qui a interdit ladite

ENCADRE 8.5: LA LOI EVIN

L'interdiction en France de la publicité sur les alcools dans les programmes 'binationaux'¹ a été confirmée par la Cour de Justice européenne en 2004. Le tribunal a déclaré :

- « Il appartient aux Etats membres de décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique et de la manière dont ce niveau doit être atteint »
- La loi « [réduit] les occasions dans lesquelles les téléspectateurs pourraient être incités à consommer des boissons alcooliques »
- « Les lois françaises quant à la publicités sur les alcools sont propres à remplir leur objectif de protection de la santé publique »

Les lois « n'excèdent pas ce qui est nécessaire pour atteindre ledit objectif »

¹ Les programmes binationaux sont des programmes transmis dans deux pays seulement

Source : C-262/02 et C-429/02

⁹ Ces articles font référence à la version revue du Traité CE, consultable sur http://europa.eu.int/abc/treaties_en.htm.

politique (affaire Gourmet Foods, C-405/98).¹⁰

Par contre pour les trois autres affaires, les tribunaux se sont montrés en faveur des interdictions de la publicité et ce sans équivoque. La première affaire fut une interdiction confirmée en Catalogne: elle concernait la publicité des boissons contenant plus de 23% d'alcool en volume absolu dans les lieux publics. L'explication était la suivante : « *en principe, dans une campagne contre l'alcoolisme, ce critère [23%] n'est pas ouvertement excessif* » (C-190 et C-176/90). La deuxième affaire est récente et célèbre : il s'agit de la confirmation d'une interdiction française de publicités sur l'alcool dans les 'programmes binationaux' (Loi Evin ; voir encadré 7.5 ci-dessus). Enfin, l'affaire la plus récente concerne une décision du tribunal de l'AELE : il a confirmé l'argumentation précédente mais a laissé la question des restrictions de publicités sans répondre aux détails techniques (E-4/04).

Bien qu'il y ait toutefois une affaire en instance,¹¹ l'avis principal des tribunaux est clair : il est possible que les restrictions publicitaires enfreignent les engagements commerciaux, toutefois comme la publicité agit comme une incitation à la consommation, (si elles sont proportionnées) elles sont justifiées parce qu'elles ont pour but de protéger la santé publique.

Loi commerciale : conclusions

En conclusion, il serait faux de dire que l'OMC ou les tribunaux européens ne se soucient pas du tout des problèmes de santé lorsqu'il s'agit d'alcool. Cependant, le manque de représentants de la santé publique lors des négociations commerciales (ROOM et West 1998 : 85) devrait pousser à surveiller un certain nombre de risques, particulièrement à l'OMC :

- *Omniprésence du commerce* : Au sein de l'OMC, les dispositions les plus rigoureuses sont signées de mains volontaires. Il est ensuite difficile de les revoir à cause du coût des paiements compensatoires des négociations dus aux autres pays (Sinclair et Grieshaber-Otto 2002). C'est ce qui arrive dans un contexte de pression continue exercée par des secteurs économique et commercial. Le but est de prendre des engagements supplémentaires et également de faire pression sur d'autres pays pour qu'ils en prennent (Gould 2004). Il est inquiétant, aussi, que les panels de l'OMC peuvent interpréter les accords plus librement qu'ils ne se doivent- même les Etats Unis se sont engagés sur les questions du jeu, bien au delà de ce qu'ils ne souhaitaient (voir Wallach 2005).¹² De plus, le processus continu de négociation peut mener a de nouveaux accords commerciaux, amenant de nouvelles d'implications pour les politiques en matière de santé publique, tel que les accords 'd' expropriation d'investissement' au sein du North American Free Trade Association (NAFTA; Gould 2005).

¹⁰ Le Tribunal de commerce suédois a finalement décidé que les bienfaits pour la santé publique de l'interdiction d'un media imprimé n'étaient pas proportionnés par rapport aux restrictions commerciales ; par conséquent le gouvernement suédois est actuellement en train d'élaborer un nouveau projet de loi à l'instar de l'interdiction finlandaise des publicités sur les alcools contenant plus de 23% d'alcool en vol. (Ulstein 2003). Il est à noter également que certains aspects de cette situation n'ont pas été favorables à cette affaire : par exemple les 'publicités rédactionnelles' qui ont tendance à préférer les produits nationaux et la multiplication des publicités en ligne.

¹¹ A cette occasion, la Norvège a demandé l'avis de l'AELE au sujet de la proportionnalité d'une interdiction de la publicité dans une publication pour un vin de spécialité ; E-4/04.

¹² Le panel a conclu : 'les Etats Unis ont peut être, par mégarde, accepté certains engagements sur le jeu et le pari. Cependant, ce n'est pas au Panel d'essayer de deviner les intentions des Etats Unis au moment ou cet engagement fut accepté. En outre, notre rôle est d'interpréter et d'appliquer le GATS en lumière des faits présentés devant nous. Le verdict du panel fut mis en appel. Voir Bridges Trade Digest, 17 Nov 2004 et 13 Apr 2005 disponible ici : www.ictsd.org/weekly/archive.htm.

Etant donné ces considérations, certains membres de l'OMC (y compris la Bulgarie, la Pologne, la Slovénie, la Suisse, mais non l'Union Européenne),¹³ ont déjà tentés d'exempter les restrictions sur l'alcool des engagements du GATS. D'une manière semblable, les parties concernées par la santé publique devraient donc tenter de collaborer avec les représentants nationaux et internationaux de commerce, afin que soit respectés- pour les générations futures- les enjeux en matière de santé publique, dans les engagements commerciaux de l'OMC.

- Réglementation nationale : cette disposition du GATS (Article VI) engage les Etats à entreprendre des négociations visant à garantir que les normes techniques, les normes de sélection et les conditions requises pour la délivrance d'un permis ne sont « *pas plus contraignantes que nécessaire pour garantir la qualité du service* » (Honeck 2004). Actuellement, une négociation est en cours quant à l'adaptation de cet engagement général en une réglementation clairement définie (Mamdouh 2004).

On craint toutefois que cette réglementation devienne un 'test de nécessité' pour les politiques non discriminatoires (Sinclair 2000), qui voudrait dire qu'en grande partie, les politiques nationales seraient potentiellement dépendantes des décisions du panel de l'OMS (Wallach 2005). Par ailleurs, le groupe de travail de l'OMC a observé à ce propos qu'un test de nécessité doit « *[montrer] de façon crédible qu'il peut être appliqué sans mettre en péril l'autonomie réglementaire légitime* » (Mattoo 2004). Mais certains commentateurs ont quand même conseillé de garder un œil sur cette disposition prenant en considération les politiques en matière de santé (Fidler et Grager 2003 ; Gould 2005).

- Protection de la santé : l'article XIV du GATS n'a jamais été testé et certaines indications semblent indiquer que de futurs défis pourraient être lancés par rapport aux normes d'étiquetage (violations des droits conférés à une marque), aux règles de divulgation des ingrédients (violation des secrets de fabrication) ; aux monopoles locaux et aux interdictions de publicités (privilégiant les producteurs nationaux) (Callard, Chitanhondh et Weissman 2001 ; Grieshaber-Otto et Schacter 2002 ; Secrétariat de la Communauté du Pacifique 2005). De même, il a été suggéré que d'autres engagements commerciaux – comme les Obstacles techniques au Commerce (voir OMC et OMS 2002) ou les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle qui touchent au Commerce (qui d'ailleurs n'ont pas de protection de la santé) – pourraient lancer des défis en matière de restrictions sur les restrictions des ingrédients ou des mises en garde relatives à la santé (Secrétariat de la Communauté du Pacifique 2005). Dans ce contexte, des recherches prouvant l'efficacité des possibilités d'action (y compris des associations de différentes politiques) peuvent très bien jouer un rôle important dans les prochaines affaires de l'OMC.

Dans ce contexte, certains commentateurs ont déclaré que l'alcool ne devrait pas être considéré comme une marchandise ordinaire et que les politiques de contrôle de l'alcool devraient prendre le pas sur les négociations commerciales (Grieshaber-Otto et Schacter, Sinclair 2000 ; Jernigan *et al.* 2000). Cependant, d'autres ont affirmé qu'une telle approche servirait à protéger des politiques de contrôle discriminatoires qui pourraient solliciter des mesures de rétorsion (Chaloupka et Laixuthai 1996), faisant ainsi de l'alcool un produit de marchandage potentiel lors des négociations commerciales (Grieshaber-Otto et Schacter 2002). En outre, la volonté politique de réaliser cela n'est peut-être pas au rendez-vous dans une OMC qui « *titube déjà*

¹³ Before the accession of the new Member States in May 2004, Poland and Slovenia were represented separately from the EU at the WTO, and hence have made different commitments in certain areas.

sous le poids du programme commercial actuel » (Bettcher et Shapiro 2001 : 67). Néanmoins, l'Assemblée du World Medical Association (l'Association Médicale Mondiale) a récemment recommandé que 'les mesures agissant sur la provision, la distribution, la vente, la publicité, la promotion ou l'investissement des boissons alcoolisées soient exclues des accords commerciaux internationaux' (World Medical Association 2005) alors que les ministres de la Santé de la Région du Pacifique ont accepté d'envisager la suppression du tabac et de l'alcool dans le Pacific Island Countries Trade Agreement (PICTA – Accord commercial entre les pays des îles du Pacifique) en 2005.

Indépendamment de ce débat, il semble primordial d'améliorer la coordination entre les personnes établissant des politiques dans le commerce et celles des secteurs de la santé afin d'atténuer les tensions entre secteurs. Un document de 2005 présenté devant le Comité exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé émettait les mêmes remarques, affirmant qu'il fallait que les personnes établissant les politiques en matière de santé soient plus attentives aux besoins commerciaux et qu'elles devraient également aider les négociateurs commerciaux à mieux prendre conscience des besoins en matière de santé (OMC 2005). Ce document faisait également remarquer que tout ceci « *demande des recherches méticuleuses sur les implications potentielles des accords commerciaux en matière de santé et celles de la libéralisation commerciale dans les secteurs liés à la santé dans le domaine des performances dans ce secteur et des résultats pour la santé.* » La première moitié de ce chapitre explique que ces actions sanitaires générales concernent tout autant le domaine des politiques sur l'alcool que les discussions relatives aux systèmes de santé.

L'ALCOOL : MARCHANDISE ECONOMIQUE

Les politiques internationales sur l'alcool en tant que marchandise économique peuvent avoir d'importantes répercussions sur les politiques en matière de santé sur l'alcool. La Banque mondiale en est un bon exemple (elle est l'organe qui prête de l'argent et fournit une assistance technique aux pays à faible et moyen revenu afin de réduire la pauvreté). En 2000, la Banque reconnaissait que les investissements dans les boissons alcooliques étaient un sujet délicat. Elle a autorisé tous ses employés à être « extrêmement sélectifs » et donc à n'opter que pour les seuls projets d'aide ayant « *d'importantes conséquences sur le développement en accord avec les questions relatives à la santé publique et les préoccupations relatives aux politiques sociales* » (Groupe de la Banque mondiale 2000).¹⁴

D'une envergure plus importante dans un contexte Européen, est la position stratégique de la santé au sein du processus de décisions économiques en Europe. Lorsqu'elles décident d'actions visant à améliorer le bon fonctionnement du marché intérieur européen, les institutions européennes peuvent intégrer des problèmes relatifs à la santé dans une législation ayant force d'obligation – et elles sont en réalité obligées de garantir « un niveau élevé de protection de la santé » (voir encadré 8.6).

L'union Européenne ne possédant aucun moyen légal pour passer des lois orientées spécifiquement vers la santé, la seule manière d'imposer des réformes législatives en matière de santé au niveau Européen est dans le contexte des réformes du marché interne (Cf. le consortium ASPECT 2004, pour le cas de la législation sur la publicité concernant le tabac.

¹⁴ Le Groupe a également publié un rapport sur les inégalités des sexes face à la consommation d'alcool et aux dommages en Amérique latine et dans les Caraïbes (Pyne, Cleason et Correia 2002).

Encadré 8.6 L'UE et son engagement légal en faveur de la santé	
<i>Sujet et articles dans le Traité actuel</i>	<i>Description</i>
Action de la CE <i>Article 3</i>	« L'action de la Communauté comporte...une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé »
Lois sur le marché intérieur <i>Article 95 (3)</i>	« La Commission dans ses propositions... en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base un niveau de protection élevé en tenant compte notamment de toute nouvelle législation basée sur des faits scientifiques. » Dans le cadre de leurs compétences respectives, le Parlement européen et le Conseil s'efforcent également d'atteindre cet objectif.
La santé publique dans la CE <i>Article 152</i>	« Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. » « L'action de la Communauté, qui complètent les politiques nationales, portent sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine.
Autres mentions <i>Articles 153, 175, 137</i>	Protection des consommateurs : « Afin de promouvoir les intérêts des consommateurs et d'assurer un niveau élevé de protection des consommateurs, la Communauté contribue à la protection de la santé, de la sécurité et des intérêts économiques des consommateurs » Santé et environnement : « La politique de la Communauté dans le domaine de l'environnement contribue à la poursuite de... la protection de la santé des personnes... » Sécurité des travailleurs : « La Communauté soutient et complète l'action des Etats membres dans... l'amélioration, en particulier, du milieu de travail pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs »
Défense de la santé	Disponible pour justifier de l'application de politiques contraires aux obligations sur les restrictions quantitatives, libre circulation des travailleurs (article 39(3)), droit d'établissement (article 46).

Cette partie examine en détail quatre secteurs de politiques européennes traitant des aspects commerciaux de l'alcool et propose un résumé de leurs majeures implications dans les politiques en matière de santé publique.

Taxes européennes sur l'alcool

La normalisation des taux d'accises est un objectif que l'UE veut atteindre depuis longtemps, (voir COM (72) 225 au début des années 70) principalement parce que l'association d'un marché unique et d'importantes différences entre les taux d'accises conduit à de sérieuses distorsions du marché et des pertes dans les recettes fiscales (voir chapitre 3). Dans les années 80, l'harmonisation fiscale est redevenue une priorité avec l'extension du marché intérieur dans l'Acte unique européen et un certain nombre de propositions visant à atteindre des taux cibles et harmonisés a été fait.

Toutefois, puisqu'une politique fiscale requiert un accord unanime, la politique fiscale européenne sur l'alcool mise en place en 1992 était loin d'une harmonisation parfaite. La première des deux directives – appelée la directive concernant

l'harmonisation des structures des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques (92/83/EEC) – détaillait la méthode de calcul des accises, les définitions de critères de différents produits et certaines des dérogations (exceptions). Les taux d'accises en tant que tels sont détaillés dans la directive concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées (92/84/EEC). Ils ne représentent cependant que des taux minimaux, les taux cibles ne constituent qu'une note (non obligatoire) dans les procès-verbaux. Le vin n'a fait l'objet d'aucune taxe, ce qui exemptait ce type de boissons de toute harmonisation.

Il est possible d'interpréter cela comme une tentative de laisser le marché diriger l'harmonisation fiscale, les particuliers ramènent alors personnellement de l'alcool de l'étranger afin d'éviter les droits de douane nationaux (Holder *et al.* 1998). En effet, les grands écarts des taux d'imposition entre pays voisins mènent à beaucoup d'achats transfrontaliers et à des pertes de recettes pour les gouvernements taxant fortement l'alcool (voir chapitre 3). Ils exercent également une pression quant à la réduction des taux de taxation. Ces dix dernières années, on a pu observer ce genre de réactions en cascade pour certains points : par exemple le relâchement des restrictions sur l'importation et les taxes différentielles entre le Danemark et l'Allemagne, ont déclenché une baisse au Danemark et ensuite en Suède, et une récente baisse des droits de douane au Danemark et en Finlande après l'adhésion de l'Estonie à l'UE. Les transferts privés pourraient également augmenter dans un futur proche : prenons l'exemple de la Grande Bretagne qui est sollicitée par la Commission par l'intermédiaire de la CJE pour des sanctions abusives à l'égard de la contrebande de petite échelle, par des individus utilisant de petits véhicules pour le transport des biens. Considérons également les dérogations finlandaises, suédoises et danoises, qui ont pris fin récemment, et qui auparavant autorisaient des limitations de transferts privés au sein de l'UE.¹⁵

Ces augmentations probables de transferts privés surviennent au même moment qu'un débat lancé par la Commission sur les taux d'accises sur l'alcool. Un des objectifs du débat est de trouver une manière de réduire les distorsions concurrentielles ou au moins d'augmenter les taux minimaux conformément à l'inflation (24%) de façon à ce qu'ils ne deviennent pas inutiles (COM (2004) 223). Cependant, les Etats membres de l'UE sont toujours loin d'un accord unanime à ce sujet. En effet, nombre de pays producteurs de vin estiment que la taxe zéro sur le vin est essentielle au bon fonctionnement de la Politique agricole commune (PAC), surtout lorsque l'on considère les problèmes endémiques que connaît le secteur du vin en Europe ces dernières années (voir ci dessous). Au contraire, les pays ayant des impôts élevés pensent que n'importe quelle décision – même augmenter les taux d'accises minimaux – devraient dépendre de l'introduction de droits positifs sur le vin. Etant donné les difficultés que représente l'application simultanée de l'un et l'autre point de vue, il semble peu probable que ce problème de longue date soit résolu dans le débat actuel.

A part ce problème relativement ancien concernant les politiques en matière de santé publique, un nouveau problème risque de se poser, émanant d'une proposition de la Commission datant de 2004, qui semble indiquer une plus forte libéralisation des transferts intra EU ce qui accroîtrait l'ampleur des achats transfrontaliers (COM (2004) 227). La directive permettrait aux consommateurs achetant à distance de façon non commerciale – par internet par exemple – de payer une taxe du produit du pays d'origine, même s'ils ne lui font pas passer la frontière. Elle propose également que la charge de la preuve sur les limites 'indicatives' passe de l'individu (montrer que les biens sont destinés à un usage privé) à l'Etat (montrer que les biens sont destinés à un usage commercial). Les groupes industriels ont

¹⁵ La Norvège a pu conserver ses contrôles à la frontière puisqu'elle ne fait pas partie de l'UE.

déclaré que cela conduirait à un 'trafic d'intermédiaires' : par exemple, une personne achète pour beaucoup d'autres dans un but non commercial. Le respect de la clause commerciale sera par conséquent très difficile à surveiller. De manière plus importante encore, dans ce contexte, serait une augmentation probable de l'échelle du commerce transfrontalier, ce qui, par conséquent réduirait le contrôle qu'exercent les Etats membres sur leur politiques fiscales en matière d'alcool. Et ceci, malgré le fait que le tabac soit exonéré de la Directive dans le sens où « s'il est appliquée à ces produits, le principe ci dessus contre dirait *inter alia* la politique en matière de santé préconisée dans l'Article 152 du Traité en particulier (COM (2004) 227). »

Néanmoins, la proposition de la Commission était soutenue par le 'Européen Economic and Social Council' (Conseil Economique et Social Européen) ainsi que le Parlement Européen, celui-ci notant qu' « il est évident que les amendements formulés agiront principalement sur les boissons alcoolisées. Bien qu'aucune évaluation de l'impact de cette libéralisation sur les enjeux économiques n'ait été menée, la Commission ne s'attend pas à une augmentation explosive du type de transaction concernée ». Cependant, cette proposition est loin d'être un fait accompli au moment où nous rédigeons ce rapport (Novembre 2005)- la Commission a actuellement rejetée les amendements du Parlement Européen concernant la nature de ' l'usage personnel' et le Conseil doit encore faire connaître sa position quant à cet avant projet.

Etiquetage et packaging

Les vins et les spiritueux échangés au sein de l'Union Européenne doivent être conformes à un certain nombre de régulations techniques, concernant à la fois leurs étiquette et leur packaging d'une manière générale. Bien que celles-ci soient basées sur des questions commerciales, et des préoccupations des consommateurs plutôt que sur des soucis de santé, il convient de noter que ce corps législatif (BODY OF LEGISLATION) peut être utile dans le cadre d'une future approche en matière de recommandations pour la santé (Cf. les chapitres 7 et 10).

La régularisation des conventions d'étiquetage est mise en place principalement dans le but de protéger les droits que possèdent les producteurs d'utiliser certains noms pour décrire leur produits ; ceci est aussi lié à l'accord TRIPS de L'OMS (Voir ci dessus). La législation clé, en ce qui concerne les spiritueux, est une Régulation datant de 1989 sur la définition et la présentation des spiritueux (EEC 1576/89), qui souligne les conditions nécessaires pour qu'une boisson soit décrite en tant que 'whisky', 'rhum' etc. Cette régulation comprend un *minimum* de taux d'alcool pour chaque boisson, en général fixé à 37.5% d'alcool (l'on note par ailleurs certaines variations ; par exemple le whisky doit contenir 40 % d'alcool ou plus), ainsi qu'une précision quant à la taille de ce taux sur l'étiquette. La législation pour le vin est d'autant plus compliquée et polémique, la Régulation 753/2002 étant sujette à des pressions considérables de la part des Etats-Unis au sujet de la protection des indicateurs géographiques, résultant de la plus récente Regulation 316/2004. Les étiquettes des vins doivent comporter certaines informations obligatoires (qui doivent être visibles sans tourner la bouteille) comme le volume d'alcool (la taille de la police étant elle aussi spécifiée, ce qui est aussi le cas pour les spiritueux), pays d'origine (pour les imports), lot de production, ainsi que d'autres détails.

D'une manière générale, toutes les boissons comprenant plus de 1.2 % de volume d'alcool doivent figurer le taux d'alcool sur leur étiquette (Directive 2000/13/EC Article 3.10). Les amendements de cette même directive stipulent aussi que tous les produits contenant des allergènes doivent le préciser sur l'étiquette (Directive 2003/89/EC). De plus, depuis Novembre 2004 les vins et spiritueux doivent comprendre la mention 'contient des sulphites'. La Directive 2005/26/EC autorise de

la recherche plus poussée afin de voir d'autres ingrédients devraient être considérés comme allergéniques. D'autres conditions liées à l'indication des ingrédients est peut être imminente, à la suite d'une recommandation de "Evaluation of EU Labelling Legislation" suggérant que la possibilité du listage d'ingrédients sur les boissons alcoolisées devrait être considérée. Cette recommandation est basée sur une importante convergence des parties prenantes que cela est désirable, et DG SANCO compte proposer des mesures législatives en réponse à cette étude en 2006.

Au delà de l'étiquetage, la loi Européenne précise la taille commune pour les boissons alcoolisées 'pré-packagées', qui doit être approuvée pour le commerce à l'intérieur de l'Union Européenne par tous les pays (Directive 75/106/EEC). Les tailles spécifiées sont les seules autorisées pour les vins et le spiritueux, mais les états membres peuvent utiliser d'autres tailles au sein de leurs marchés internes pour la bière.¹⁶ À l'origine, l'harmonisation était motivée par la protection des consommateurs, mais une loi récente sur le prix unitaire, la publicité trompeuse et les conventions d'étiquetage font qu'elle est désormais obsolète. Néanmoins, une proposition de la commission pour remplacer cette législation (COM (2004) 708 final) suggère de maintenir les tailles fixes pour les vins et les spiritueux, afin de venir en aide au plus petits producteurs, étant donné le pouvoir des gros acheteurs et la conjoncture actuelle.¹⁷ La commission a proposé de ne garder ces tailles fixes pour une durée de vingt ans, afin de permettre aux plus petits producteurs de s'adapter, après quoi le marché des vins et spiritueux pourrait revenir à la taille libre.

Autres législations sur le marché intérieur

La plus importante partie de la législation du marché intérieur concernant l'alcool s'inscrit dans la politique audiovisuelle. Dans le cas présent, la directive 'Télévision Sans Frontières' (directive TSF) contient une disposition spécifique sur les publicités pour l'alcool (voir encadré 7.10) et une demande plus générale, à savoir que les mineurs ne devraient pas voir des programmes susceptibles de nuire à leur bon développement sur le plan moral, mental ou physique. Cette disposition relative à l'alcool fut insérée au moment de l'introduction de la liberté de circulation des émissions, de manière à ce que le principe du pays d'origine (le fait qu'un programme légal dans le pays d'origine où il est diffusé puisse être diffusé partout dans l'UE) et le « niveau élevé de protection de la santé » puissent coexister. Des discussions actuelles concernant la révision du cadre législatif pour les services audiovisuels prennent en considération les nouveaux médias ainsi que la publicité qualifiée comme 'below the line'¹⁸ (Comme le souligne le Chapitre 7), et on trouve des suggestions que le 'placement de produit' sera peut être légalisé pour certains types de programmes (voir l'article paru dans 'The Economist' « Lights, Cameras, Brands » 27 Octobre 2005).

¹⁶ Par exemple, tous les spiritueux doivent être vendus dans un récipient de taille 20-30-40-50-200-350-500-700-1000-1500-2000-2500-3000-4500ml. Les tailles 100-1125-5000-10000ml sont aussi autorisées pour le commerce uniquement. Pour plus de détails concernant les tailles des vins et spiritueux : http://europa.eu.int/eur-lex/en/consleg/main/1975/en_1975L0106_index.html; pour plus d'indications sur les nouvelles propositions concernant ces tailles, voir COM (2004) 708 final.

¹⁷ Voir aussi le rapport : "Pack sizes in the EU: Report on the extended impact assessment of sectors asking for fixed sizes"

http://europa.eu.int/comm/enterprise/prepack/packsizes/packsizes_en.htm.

¹⁸ La publicité qualifiée de 'below the line' désignant la partie du budget de communication qui ne concerne pas la publicité pure (qualifiée de above the line), principalement les dépenses de promotion des ventes.

Bien qu'elles en soient à un stade moins avancé que le règlement sur les allégations de la santé, le projet de réglementation sur les allégations de santé de la Commission (COM (2003) 424) est un exemple actuel de cette idée : il vise à mieux informer les consommateurs et à faciliter l'harmonisation du marché intérieur. Conforme à l'article 95, le projet de réglementation n'autoriserait les allégations de santé que si le produit contribue vraiment à un régime sain – et donc il exclurait toute boisson alcoolique de plus 1,2% d'alcool par volume. Au moment où ledit rapport est écrit (novembre 2005), cette proposition a été rejetée par le Parlement Européen, bien que le Conseil ait annoncé, a nouveau, sa détermination d'inclure cet article dans la version finale de cette partie de la législation.

D'autres discussions en cours concernent l'étiquetage des ingrédients pour les boissons alcoolisées (voir ci dessus) et l'avant projet de réglementation de la promotion et des ventes. D'autre part, actuellement (novembre 2005) avec le dernier projet en date de réglementation de la promotion et des ventes, les boissons alcooliques ne feraient plus partie de la ligne de mire de la législation. Toutefois, les Etats membres ayant rejeté ce projet fin 2004, le futur de toute la législation est incertain.

ENCADRE 8.7 : LA DIRECTIVE 'TELEVISION SANS FRONTIERES' (TSF)

L'article 15 de la directive TSF exige des Etats membres, *comme strict minimum*, la garantie absolue que les publicités pour l'alcool :

- « ne prennent pas particulièrement les mineurs pour cible » (surtout lorsque les mineurs sont en train de boire) ;
- n'associent pas la consommation à la conduite ou à l'« augmentation des performances physiques » (sport exclus) ;
- ne suggèrent pas que l'alcool « contribue à la réussite sociale ou sexuelle » ;
- « ne déclarent pas que l'alcool a des vertus thérapeutiques ou est un stimulant, un sédatif ou un moyen de résoudre des problèmes personnels » ;
- « n'encouragent pas une consommation d'alcool démesurée ou ne présentent pas l'abstinence ou la modération sous un mauvais jour » ;
- « ne mettent pas l'accent sur une forte teneur en alcool » comme point positif ».

Source : 9/552/EEC, modifié par 97/36/EC

La Politique agricole commune

En 2002, l'Union européenne a dépensé €1,5 milliard pour les Quinze, apportant son soutien à la production de vin par la Politique Agricole Commune (PAC) – ce qui équivaut à 30 fois la totalité du budget annuel pour la santé. A l'origine, la PAC a été créée dans les années 60 pour assurer un niveau de vie correct aux agriculteurs et pour garantir la survie des petites fermes, bien que, puisque le caractère de l'accord a évolué, les objectifs aient évolué vers des préoccupations d'ordre social et environnemental. Depuis l'élargissement de l'UE en 2004, six des nouveaux Etats membres ont aussi commencé à recevoir des fonds pour restructurer les vignobles, bien que les €20 millions ne soient qu'une infime partie des €450 millions au total du budget de restructuration.¹⁹ Comme il est expliqué dans le chapitre 3, la production de vin représente une part considérable de bon nombre d'économies régionales de

¹⁹ Les pays receveurs (en ordre décroissant) sont la Hongrie, la Slovénie, la Slovaquie, Chypre, la République tchèque et Malte. Ils perçoivent une relative petite somme d'argent du budget principalement parce que la surface totale de vignobles concernés est nettement inférieure ; voir IP/04/1193.

l'Europe du sud et il semblerait que la valeur de la production de vin dans certaines régions dépasse les 20% de la valeur totale de la production agricole (Österberg et Karlsson 2002).

Depuis les années 70, le vin connaît certains problèmes à cause de la PAC : une production de plus en plus importante (et plus tard une demande en baisse) causant d'importants excédents de vin. Par conséquent, les politiques sur le vin se sont manifestées par des interdictions quant aux plantations de vignes et aux mesures de distillation, avec pour résultat une baisse de la production de vin dont la moyenne d'environ 210 millions d'hectolitres est passée à 180 millions d'hectolitres depuis le début des années 80.²⁰ Dernièrement, dans le « Programme 2000 » figuraient des propositions incitant à une production de qualité plutôt qu'à une production de vins de table et, pour une durée courte, a co-financé certaines campagnes de vente promotionnelles, notamment la publicité pour « *les bienfaits pour la santé d'une consommation modérée de vin* » (Réglementations 2702/1999 et 2826/2000) (voir aussi Lock et McKee 2005:20). Cependant, après 2002, les Régulations de la Commission concernant les règles pour l'application des Régulations du Conseil (EC) No 2826/2000 sur l'information et les promotions des produits agricoles sur le marché intérieur ne comprennent désormais plus de message sur les effets bénéfiques du vin sur la santé (Cf. par exemple Régulation de la Commission 1071/2005).

Pourtant, une concurrence internationale plus grande (y compris des baisses des subsides à l'exportation et des tarifs à cause du GATS), ajoutée à une monnaie forte et dernièrement à des rendements élevés ont conduit à un excédent européen de 35.5 millions d'hectolitres en 1999-2000 (Elinder et al. 2003 ; Furlani *et al.* 2003), par rapport à un excédent mondial estimé à 57 millions d'hectolitres pour 2004 (World Drinks Report, 28 avril 2005).²¹ La Commission a accepté comme une intervention d'urgence de payer €145 millions pour remédier à la crise de distillation dont ont été victimes la France et l'Espagne, en échange de l'arrachage des vignes et de limitations des plantations (Bloomberg 29/4/05). Ceci peut être considérée en tant que suppression du marché de l'alcool, étant donné que l'alcool issu de cette crise de distillation peut être utilisé comme carburant. Les subventions de la PAC (y compris la subvention indirecte de la crise de distillation) ont sans doute contribué à altérer le marché du vin, bien qu'il soit difficile de quantifier ces effets (Furlani et al 2003).

En outre, la Commission a admis que toutes les dernières mesures décidées dans la PAC concernant le vin n'avaient pas eu l'effet escompté. Elle prévoit d'ailleurs de lancer une nouvelle stratégie au printemps 2006 pour essayer de rétablir l'équilibre structurel (Just Drinks 15/3/05).

Les articles 152 et 153 ne sont pas mentionnés dans la PAC (voir encadré 8.9). Ils mettent l'accent sur le rôle de la Communauté, dans l'intégralité de son travail, à instaurer un niveau élevé de protection de la santé (voir aussi Lock et McKee 2005). Ceci est particulièrement frappant étant donné que le déséquilibre présent dans le secteur du vin a entravé les négociations sur l'harmonisation des taxes, certains soutenant que la réforme du vin de la PAC est essentielle si l'on veut avancer sur la question des taxes (Elinder *et al.* 2003). Cependant, de la même manière que pour

²⁰ Statistiques Officielles de la Commission Européenne : http://europa.eu.int/comm/agriculture/markets/wine/facts/index_en.htm.

²¹ Les négociations actuelles de l'OMC peuvent également être pertinentes : propositions de réductions des niveaux autorisés d'aide faussant le commerce et éventuellement des plafonds par rapport aux aides relatives aux tarifs et à la production dans le domaine des aliments et des boissons (Aroq Ltd. 2004).

les feuilles de tabac – les subsides de la PAC avaient été décrits par la Cour des Comptes européenne comme « abus des fonds publics » - l'importance économique et politique des subsides fait qu'il est difficile d'évoluer du point de vue de la santé publique (Hämäläinen, Koivusalo et Ollila 2004).

LES POLITIQUES SUR L'ALCOOL AU-DELA DES FRONTIERES

Agir au niveau international offre également aux pays la possibilité d'agir ensemble pour réduire les dommages liés à l'alcool. Une action comme celle-ci s'est mise en place parallèlement aux débats à vocation commerciale pendant le 20^e siècle. Un de ces plus vieux accords est une déclaration clé de l'Organisation internationale du Travail (OIT) datant de 1949 et qui interdit le versement des salaires « *sous forme de spiritueux* » ou dans des brasseries (sauf pour les employés de brasseries). Depuis lors, l'OIT s'efforce de réduire l'abus d'alcool sur le lieu de travail dans le monde entier. Elle a d'ailleurs publié un Recueil de Directives pratiques en 1995 sur la prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail (OIT 1996).

Un accord bien plus général, mais touchant tout de même au domaine de l'alcool, a été élaboré par le Conseil de l'Europe en 1953. Il s'agit de la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales. Cette Convention – distincte des institutions européennes, mais comptant tous les Etats membres de l'UE parmi ses 46 membres – est régie par la Cour européenne des Droits de l'Homme, bien que les procès n'aient que peu d'incidence sur les politiques relatives à l'alcool. Toutefois, les autorités de Valence ont récemment perdu un procès pour ne pas avoir garanti le droit au respect du domicile, dans ce cas à cause de nuisances sonores provenant de bars et clubs locaux (application 4143/02).

L'Organisation mondiale de la Santé

C'est sans surprise que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient la première place au palmarès des organismes internationaux les plus actifs par rapport à l'alcool. En effet, son organe directeur, l'Assemblée mondiale de la santé, a adopté plus de 10 résolutions liées à l'alcool. En 1979, l'Assemblée a d'ailleurs remarqué que « *les problèmes liés à la consommation, et en particulier à la consommation excessive, d'alcool figurent au nombre des principaux problèmes de santé publique mondiaux.* »

En 2005, 25 ans plus tard, l'Assemblée manifestait le même désir en affirmant que « l'usage nocif de l'alcool compte parmi les principales causes sous-jacentes de maladie, de traumatisme, de violence – en particulier de violence familiale contre les

ENCADRE 8.8 : « LES EFFETS D'UNE CONSOMMATION NOCIVE D'ALCOOL SUR LA SANTE PUBLIQUE »

La Résolution 58.26, adoptée par l'Assemblée de l'OMS en mai 2005, demandait à l'OMS de :

- Renforcer la compétence du secrétariat de l'OMS pour soutenir les Etats et appuyer le bon fonctionnement des politiques
- Etablir des recommandations pour des politiques et des interventions efficaces
- Fournir un bilan à l'Assemblée de 2007 des stratégies visant à réduire les dommages liés à l'alcool, notamment une estimation globale des problèmes de santé publique liés à l'alcool
- Renforcer les systèmes d'information régionaux et mondiaux
- Favoriser des politiques efficaces dans les milieux de soins
- Collaborer avec les gouvernements, les professionnels de la santé, les ONG, et autres
- S'entretenir avec les représentants industriels
- Etablir un rapport pour l'Assemblée de 2007 des progrès de cette résolution

femmes et les enfants -, d'incapacité, de problèmes sociaux et de décès prématurés, est associé à des problèmes de santé mentale, a de graves conséquences sur le bien-être des individus, des familles, des communautés et de la société en général et contribue aux inégalités sociales et sanitaires » (voir encadré 8.8).

L'OMS a également négocié le tout premier traité sur la santé dans le monde. Il s'agit de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT OMS). Elle est entrée en vigueur le 28 février 2005. Les 192 Etats membres de l'OMS ont tous accepté la CCLAT en 2003. Toutefois, la Convention cadre ne s'applique qu'aux pays l'ayant ratifiée – début novembre 2005, on comptait l'Union Européenne au complet et 19 Etats Membres individuels, mais les Etats sont libres de se joindre à la convention plus tard.²² Les parties adhérant à la CCLAT s'engagent à instaurer des normes minimales de lutte anti-tabac, notamment des interdictions complètes de toute publicité à l'égard du tabac ; avertissements sanitaires sur l'emballage recouvrant au moins 30% de la face principale des produits ; protection des citoyens contre la fumée du tabac dans les lieux de travail, dans les transports en commun et les lieux publics fermés ; et une harmonisation des taxes sur le tabac.

A partir de l'expérience de la convention cadre sur le contrôle du tabac, Room (2006) a noté les justifications suivantes pour un accord international à effet juridique : (i) protéger les consommateurs des méfaits de l'alcool ; (ii) l'étendu des méfaits ; (iii) les méfaits substantiels dans la plupart des régions du monde ; (iv) les méfaits de l'alcool au delà des frontières ; (v) les difficultés à s'engager dans chaque pays individuellement à résoudre les problèmes liés à l'alcool ; (vi) le manque d'une convention ou accord international existant.

Room suggère aussi qu'il serait techniquement possible de traiter de la question de l'alcool à travers un accord international, en l'ajoutant à la liste des substances incluses dans l'une des trois Conventions qui existent déjà, traitant du contrôle des drogues. Par exemple, il note qu'une 'substance psychotrope' pourrait être incluse dans la Convention de 1971 « Si l'Organisation Mondiale de la Santé estime que la substance a la capacité d'engendrer un état de dépendance, et de stimulation du système nerveux central, ou de dépression, résultant d'hallucinations ou de perturbation des fonctions motrices, ou de la pensée, ou de la perception ou l'humeur, et qu'il y a de raisons suffisantes d'estimer que cette substance risque d'être abusée, au point de devenir un problème social ou de santé publique, qui justifierai de placer la substance sous contrôle international' (Nations Unies 1976). Il note aussi que même si ceux travaillant sur la Convention de 1971 n'avaient pas l'intention d'inclure l'alcool, il se qualifie certainement en accord avec le Programme II de la Convention 'les substances comportant la propension à être abusées constituent un risque important en matière de santé publique, et qui présentent peu d'usage thérapeutiques'

Puisqu'il semblerait que le fait d'ajouter l'alcool à la Convention de 1971, ne recevrait aucun appui politique, une autre solution serait de considérer la Convention Cadre des Politiques sur l'Alcool (Framework Convention on Alcohol Policy) , semblable à la FCTC. Il a été suggéré qu'une telle convention se doit d'être établie sur le fait que l'alcool- qui engendre des problèmes en matière de santé ainsi que sociaux- n'est pas une 'commodité ordinaire', et donc ne peut être considéré au même titre que le pain ou le jus d'orange sur le marché. Il est aussi suggéré qu'une telle convention pourrait, par la suite, identifier d'autres domaines nécessitant une action collective (comme les restrictions de marketing, ainsi que le commerce illicite de l'alcool) puis encourager les pays à mettre en œuvre des politiques efficaces au sein de leurs frontières nationales (Anderson 2004). Ce processus devrait permettre de : mobiliser

²² <http://www.who.int/tobacco/framework/>, 7 novembre 2005

le soutien technique et financier, au niveau national et global pour des politiques sur l'alcool ; renforcer la législation ainsi que l'action au niveau national, et mobiliser les ONG ainsi que la société civile afin de soutenir les politiques sur l'alcool.

L'Organisation mondiale de la Santé en Europe

Le bureau régional de l'Europe de l'OMS (OMS-EURO) a entrepris différentes initiatives visant à réduire les dommages liés à l'alcool dans ses Etats membres, au nombre de 52, y compris tous les Etats de l'UE. Toutefois, bien que la coopération soit moins structurée en ce qui concerne l'alcool que pour d'autres problèmes tels l'obésité ou la santé mentale, la Commission européenne entretient des relations bilatérales de longue date avec l'OMS-EURO.

En 1991, la première Stratégie mondiale en vue de la Santé pour Tous comprenait une stratégie visant à réduire la « consommation [d'alcool] nocive pour la santé », et plus particulièrement « à réduire la consommation d'alcool de 25% en portant une attention particulière la consommation nocive » (Harkin, Anderson et Lehto 1995 ; Solco *et al.* 2003). En 1992, les Etats membres de l'OMS-EURO adoptaient un Plan d'Action européen contre l'Alcoolisme (PAEA) pour la période 1993-2000 (OMS 1992). Ce plan visait à réduire la consommation globale mais également à employer des mesures afin de combattre les pratiques de consommation à haut-risque. Par la suite, une conférence ministérielle de l'OMS fut tenue à Paris, trois ans plus tard, en 1995. La Charte européenne sur la Consommation d'Alcool fut acceptée à cette conférence, énonçant les cinq principes éthiques soulignant les politiques sur l'alcool (voir encadré 8.9; OMS 1995).

En 1998, l'OMS-EURO a fait le point sur le PAEA et a observé que plus de la moitié des pays avait mis au point un plan d'action contre l'alcoolisme et possédait un organe de coordination responsable de la mise en application (voir OMS-EURO 1999 ; Rehn, Room et Edwards 2001). De tous les pays possédant des données au moment de l'étude, 11 ont connu une baisse de la consommation par personne et 3 (Italie, Pologne, Espagne) étaient parvenus à la baisse de 25% préconisée par la Stratégie européenne en vue de la Santé pour Tous. Cependant, 11 pays ont connu une augmentation de la consommation depuis 1992. Par ailleurs, il était estimé que les producteurs d'alcool et le tourisme d'accueil ne jouaient pas un rôle suffisant dans la prévention des dommages liés à l'alcool.

La version originale de la Stratégie en vue de la Santé pour Tous et le PAEA ont tous les deux été mis à jour. Ainsi la

ENCADRE 8.9 : LA CHARTE EUROPEENNE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Adoptée en 1995 à la Conférence ministérielle de l'Oms, la Charte favorise cinq principes éthiques :

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 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 nocive ou dangereuse et les membres de son entourage ont **droit à un traitement et à des soins accessibles**.

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.

nouvelle Stratégie de 2000 vise à ce que « d'ici 2015, les effets néfastes sur la santé de la consommation de substances toxicomano-gènes comme le tabac, l'alcool et les drogues psychoactives devraient avoir considérablement diminué dans tous les Etats membres ». Le nouveau PAEA 2000-2005 quant à lui a été adopté par l'OMS-EURO une année plus tard en 1999 (OMS 2000). Il met l'accent sur la planification et la surveillance au niveau national.

Une deuxième conférence ministérielle de l'OMS s'est déroulée à Stockholm en 2001, soulevant notamment la question des jeunes et de l'alcool. La Déclaration de Stockholm qui en est ressortie a non seulement confirmé les principes de son aînée, la Charte européenne sur la consommation d'alcool, mais elle s'est également fixée un certain nombre d'objectifs, notamment :

Réduire le nombre de buveurs, le pourcentage de consommation à haut-risque, les pressions exercées par l'extérieur (y compris la commercialisation) et les dommages liés à l'alcool (surtout chez les jeunes) ;

- Retarder l'âge où les jeunes commencent à boire ; et
- Proposer plus de solutions à la consommation d'alcool, encourager l'engagement des jeunes dans la politique en matière de santé (y compris les politiques sur l'alcool) et plus d'éducation.
- De plus, elle a confirmé la nécessité de faire évoluer la santé publique et les politiques sur l'alcool indépendamment des intérêts commerciaux ou économiques.

Certaines actions dans plusieurs domaines connexes font aussi référence à l'alcool, notamment la conférence ministérielle de l'OMS sur la Santé mentale en 2005. Les Etats membres devaient s'occuper des causes des désordres d'une consommation d'alcool nocive et soutenir les ONG œuvrant dans ce domaine. De même, le projet Stratégie européenne en vue du Développement et de la Santé des Enfants et des Adolescents (fév. 2005) fait référence à l'alcool à la fois dans le contexte des dommages et celui des enfants à naître. Il s'agit de réduire l'exposition des enfants de la seconde enfance à des pratiques à risque comme la consommation d'alcool et favoriser la prévention des pratiques à risque par rapport à l'alcool chez les adolescents. Les discussions du Comité régional à propos de la prochaine stratégie concernant les maladies non transmissibles ont également mis en avant le fait que les membres étaient « conscients que les maladies non transmissibles les plus importantes sont liées à des facteurs à risques ordinaires et évitables comme le tabac, l'alcool, le surpoids et l'inactivité physique » (EUR/RC54/REC/1).

Au cours de cette récente période, un rôle central du Bureau Régional Européen de l'OMS, (parfois en conjonction avec le siège de l'OMS) fut d'établir la base scientifique des politiques sur l'alcool. On compte, parmi les travaux les plus importants des trente dernières années, trois ouvrages financés en partie par l'OMS Europe, qui constituent un effort collaboratif visant à faire le bilan et la synthèse des connaissances (Bruun et al 1975; Edwards et al 1994; Babor et al 2003). S'ajoutent à cela, une vaste série de documents recouvrant les aspects techniques particuliers de l'alcool et des politiques de l'alcool. (Walsh 1982; Grant 1985; Partanen and Montonen 1988; Plant 1989; Anderson 1991; Anderson 1993; Hannibal *et al.* 1994; Harkin, Anderson, and Lehto 1995; Anderson and Lehto 1995; Anderson 1995; Heather 1995; Ritson 1995; Anderson and Lopez 1995; Lehto 1995a; Lehto 1995b; Anderson 1996; Henderson, Hutcheson, and Davies 1996; Montonen 1996; Harkin, Anderson, and Goos 1997; Rehn, Room, and Edwards 2001; Klingemann and Gmel 2001; WHO-EURO 2005).

Encadré 8.10 : Convention Cadre pour les Politiques sur l'Alcool au sein de la Région Européenne	
Stratégies et plans d'action	Il y a un réel besoin pour un plan d'action au niveau approprié, ainsi qu'une stratégie nationale en matière d'alcool, avec la capacité d'appliquer ces mesures, d'en contrôler les effets et de poursuivre ce plan. Les communautés locales, secteurs de communautés multiples, les restrictions sur les taxes/ l'offre, les programmes destinés au parents, la mise en vigueur des sanctions concernant l'alcool au volant, les interventions précoces et les interventions dans le milieu du travail doivent être pris en considération au cœur d'une telle stratégie.
Les situations sans alcool	Un certain nombre de groupes et de situations devraient tenter d'être 'sans alcool' y compris les jeunes, l'environnement des jeunes, la prévention routière, le cadre du travail, le milieu professionnel, ainsi que la grossesse.
Les directives et recommandations quant à la consommation d'alcool	Beaucoup rencontrent des difficultés lorsqu'ils tentent d'interpréter ces recommandations qui peuvent parfois prêter à confusion, et être interprétées en tant que 'minimum de consommation'. L'OMS persiste dans son message 'Moins, c'est mieux'. Des directives individuelles pour les buveurs à risques se doivent d'être livrées dans un cadre médical.
La Prévention des problèmes liés à l'alcool	Une journée nationale événementielle permettant de transmettre des informations, et de prendre conscience de la prévention des problèmes liés à l'alcool ; un tel événement serait peut être un moyen efficace d'encourager d'autres politiques.
Les besoins en matière de recherche(s) scientifiques	Bien qu'il existe suffisamment de recherches, de données et d'informations pour mettre en œuvre des politiques sur l'alcool, il demeure cependant de combler certaines lacunes dans les domaines suivants : (i) les études d'épidémiologie menées à travers de différentes sociétés, (ii) mesurer la consommation non reportée d'alcool, (iii) les effets des interventions de politiques sur l'alcool sur les groupes cibles, dans un contexte plus global de différentes sociétés, (iv) la performance et rentabilité. De plus un Groupe d'Experts sur les Politiques sur l'Alcool devrait être établi.
Contrôle et Surveillance	Bien que Le Bureau Régional de l'Europe de l'OMS continue de recueillir et d'analyser les données, il y a cependant un besoin de mesures harmonisées de consommation et de risque au sein d'un même système de contrôle. Ceci doit viser à inclure certaines mesures de problèmes sociaux rencontrés non seulement par celui qui boit, mais aussi par son entourage. Le Système Européen d'Informations sur l'Alcool devrait se développer afin d'inclure des informations sur la législation et les pratiques de commercialisation, et ceci afin de répondre à ces autres besoins.
La formation et le renforcement des capacités	Ceci est un aspect important dans la démarche qui vise à construire une approche multi-sectorielle pour combattre les méfaits de l'alcool, et le Bureau Régional de l'Europe de l'OMS continuera d'assister les états membres dans ce domaine. Les Accords Collaboratifs bis annuels - étant un tremplin permettant de soutenir les actions (sub) régionales- pourraient être un outil clé pour les mettre en œuvre.
'Advocacy', création de réseaux et développement de politiques	Souvent, les partisans de la santé publique ne sont pas efficaces dans la livraison de messages auprès du grand public. Le Bureau Régional de l'Europe de l'OMS tentera d'améliorer cette communication à travers des activités de formation et de création de réseaux. L'on attend que les partenaires, renforcent les capacités pour le futur au niveau national alors que le Bureau Régional de l'OMS Europe créera une Coalition Européenne sur le Développement des Politiques d'Alcool, formée par les états membres ainsi que des organisations et institutions internationales.

Dans la lignée du deuxième PAEA se terminant en 2005, Le Comité Régional de WHO EURO a récemment endossé une nouvelle Convention Cadre sur la Politique d'Alcool. Les principes clés de la PAEA sont maintenus- y compris l'importance des obligations des Etats membres envers leurs citoyens, le principe précautionnaire et le besoin de formuler des approches en matière de santé publique en suivant les intérêts de santé publique – mais met également l'accent sur l'importance de direction stratégique et des différentes options et approches en matière de politique, ainsi que les collaborations internationales.²³

Aussi, La Résolution endossant la Convention Cadre en Septembre 2005 (EUR/RC55/R1) :

- *Pousse les Etats Membres à* : reformuler les politiques nationales et les plans d'actions, ainsi que de renforcer les collaborations internationales ;
- *Pousse les Organisations Européennes et les Organisations Non gouvernementales* : à travailler en collaboration avec les Etats membres et le Bureau Régional Européen de l'OMS, afin de maximiser l'impact de la convention cadre ;
- *A requis auprès du Directeur Régional* : de mobiliser les ressources ainsi que les autres organisations internationales afin de soutenir la convention cadre ; d'assister les états membres dans leurs efforts, ; de réviser et d'améliorer le Système Européen d'Informations sur l'Alcool; d'organiser un rapport concernant la position, le progrès et l'avancement tous les trois ans.

Le rapport tri annuel sera accompagné d'un forum autour des politiques sur l'alcool au sein de la région afin de débattre des résultats du rapport. Cela permettra de délibérer quant aux affaires cruciales et percutantes ainsi que de prendre en compte les questions trans-frontalières et celles étant hors de portée des états membres

L'Union européenne et la politique sur l'alcool

Sauf quelques exceptions, l'UE ne peut pas adopter de lois seulement pour veiller à la protection de la santé. En effet, les Etats membres n'ont pas conféré ce pouvoir aux institutions européennes (voir aussi encadré 7.3).²⁴ Par conséquent, la majorité de l'action européenne par rapport à l'alcool se manifeste par des directives non impératives, sous forme de résolutions et des recommandations non obligatoires, invitant expressément les Etats membres à adopter une certaine attitude, ce qui est d'ailleurs valable pour les fonctions de recherches et d'information. Toutefois, pour un produit comme l'alcool qui touche à la santé et qui est commercialisé, l'objectif primordial est alors d'intégrer les problèmes relatifs à la santé publique dans des actions afin d'améliorer le marché unique (voir ci dessus).

L'idée d'une action non prévue par la loi en matière de santé publique est ancrée dans le second Programme communautaire public 2003-2008, qui demande la mise en œuvre de stratégies et de mesures concernant les facteurs influant sur la santé s'attachant aux modes de vie, notamment l'alcool (1786/2002/EC). Il se pourrait cependant qu'il y ait du changement : la Commission a proposé que les voies de financement relatives à la protection et à la santé des consommateurs fusionnent d'ici 2007, bien que les Perspectives financières (dont ceci fait partie) pour 2007-

²³ La Convention Cadre et les documents accompagnants seront disponibles ici : http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC55/20050920_1.

²⁴ Ces exceptions concernent les produits de sang, les organes et ce qui touche aux domaines vétérinaire et phytosanitaire.

2013 n'aient pas encore été confirmées (juin 2005) par le Conseil et le Parlement (COM (2005)115). En tous cas, la Commission déclare que les deux programmes ont passé le test de subsidiarité grâce au 'caractère transnational' de ces facteurs influant sur la santé, le Conseil, quant à lui, a également mis l'accent sur le besoin de réduire les écarts en matière de santé entre les Etats membres (COM (2000) 285, 2000/C 218/03).

Comme c'est le cas pour l'Organisation Mondiale de la Santé, l'alcool est parfois mentionné dans le contexte plus large, tels que la Consultation sur la Stratégie Européenne en matière de santé mentale . (COM (2005) 484). Ces propositions visent à créer un cadre de coopération afin permettre une approche plus cohérente, et ouvrir le débat pour les parties prenantes ainsi que la société civile ; cela permettrait de se focaliser sur des efforts préventifs, la qualité de vie, et la création d'un système d'information. Cette consultation prendra fin en Mai 2006, date après laquelle la Commission analysera les réponses, et, en tenant compte des résultats, proposera une stratégie fin 2006²⁵

C'est le Conseil qui, en 1986, a parlé pour la première fois de l'alcool comme d'un problème de société et de santé publique (Journal officiel C 184/02). Et progressivement, pendant les 10 années qui ont suivi, cette considération s'est vue justifiée par différents travaux dans des domaines connexes, comme la sécurité routière, la directive 'Télévision Sans Frontières' (voir ci-dessous) et le programme L'Europe contre le Cancer. Suite au traité de Maastricht, les programmes de promotion de la santé dans le domaine de l'alcool ont reçu €1,5 million, bien que depuis la plupart des efforts de la Direction générale (DG) V (et aussi la Direction générale pour la Protection et la Santé des Consommateurs (DG SANCO)) aient été concentrés sur la création d'une conscience européenne, la multiplication de groupes d'intérêt et la garantie d'un niveau élevé des compétences pratiques.

Les politiques de l'UE en matière de sécurité routière étaient bien souvent en rapport avec les accidents de la route liés à la consommation d'alcool, notamment, en janvier 2001, la 'Recommandation de la Commission sur le taux d'alcoolémie maximal autorisé (TA) pour les conducteurs de véhicules à moteur (2001/115/EC).²⁶ Les Etats membres ont dû adopter un TA de 0,05%, et un TA de 0,02% pour les jeunes conducteurs, les deux-roues, les chauffeurs de poids lourds ou de produits dangereux. Ils ont également dû accepter les contrôles inopinés d'alcoolémie de façon à ce que tout le monde soit en moyenne testé tous les trois ans. Depuis lors, le programme d'action européen pour la sécurité routière a soutenu l'adhésion à la recommandation (COM (2003) 311), bien que la Commission ait statué qu'elle proposerait une directive si les progrès étaient insuffisants, l'objectif étant une baisse de 50% des accidents mortels d'ici 2010 (2004/345/EC). D'autre part, récemment plusieurs autres avancées s'intéresse au problème de l'alcool au volant : harmoniser les sanctions et échanger les meilleures pratiques (COM (2001) 370 ; 2004/345/EC).

Multiplier les actions

La politique sur l'alcool a pris une envergure hautement politique ces dernières années, en partie à cause de la montée soudaine des alcopops à partir de 1995. Un groupe de travail sur les alcopops a été mis en place afin d'aborder le problème à l'échelle européenne. L'association de ce groupe à la Conférence ministérielle de Stockholm (voir ci-dessus), à une déclaration du Parlement européen et à plusieurs

²⁵ http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm.

²⁶ La note de service explicative de la recommandation fait remarquer que, bien que l'idéal pour la Commission serait de proposer une directive visant à harmoniser les limitations du TA, celle-ci se rend compte qu'il y a des objectifs de longue date à atteindre en matière de subsidiarité pour qu'un tel progrès soit possible (la tentative précédente datant de 1988).

projets de résolutions, a conduit à une résolution plus importante du Conseil, le 5 juin 2001, sur le problème européen de la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents (2001/458/EC). Cette résolution préconisait une éducation multisectorielle et une application plus forte des lois sur l'alcool chez les mineurs, mais elle demandait également aux producteurs d'alcool de ne pas prendre les jeunes pour cible dans leurs publicités. Cette idée de voir les producteurs comme des partenaires volontaires pour une solution va dans le même sens que la Conférence ministérielle, c'est-à-dire que les politiques en matière de santé devraient être mises en œuvre indépendamment des intérêts commerciaux ou économiques (Sutton et Nylander 1999).

Le jour de la résolution sur la consommation d'alcool chez les jeunes, le Conseil a invité la Commission à élaborer une stratégie sur les dommages liés à l'alcool en Europe courant 2005. Le Conseil a réitéré son invitation en juin 2004 lorsqu'il a adopté une conclusion de suivi sur l'Alcool et les Jeunes et qu'il a souligné que, dans la stratégie, une attention toute particulière devrait être portée sur les jeunes.²⁷ La stratégie est en cours de création et on peut s'attendre à ce qu'elle soit publiée courant 2006.

Afin de se tenir au courant des travaux entrepris quant aux problèmes liés à l'alcool, pour 2004-2006, la Commission cofinance un Réseau des Politiques sur l'Alcool dont les représentants seront présents dans chaque Etat membre, chaque pays candidat à l'adhésion, la Norvège et la Suisse.²⁸ Cette action est coordonnée par Eurocare²⁹, une alliance Européenne d'organisations non gouvernementales, formée en 1990, et concernée par les politiques de prévention du risque alcool dans les Etats membres.

CONCLUSION

Il est de plus en plus important pour la politique en matière de santé publique relative à l'alcool de prendre en compte les dimensions européenne et mondiale de l'élaboration des politiques. D'ailleurs, les personnes élaborant des politiques en matière de santé sur un plan national devraient tenir compte de trois points clé. Premièrement, les politiques sur l'alcool sont soumises aux lois commerciales européennes et internationales, ce qui signifie que des politiques comme les monopoles de l'alcool ou certains régimes fiscaux peuvent être déclarées illégales. Cependant, il est injuste de dire que les aspects liés à la santé ne sont pas pris en compte dans ce procédé, étant donné le nombre d'affaires internationales et notamment européennes donnant la priorité à la santé par rapport aux intérêts commerciaux. Toutefois, les personnes élaborant des politiques en matière de santé devraient veiller à ce que ces politiques n'imposent que des contraintes minimales au commerce. Elles devraient également surveiller les risques propres au processus de libéralisation du commerce, surtout à l'échelle mondiale.

Deuxièmement, les préoccupations en matière de santé publique peuvent être négligées quand les politiques considèrent l'alcool comme une marchandise économique, malgré l'impact considérable sur la santé de bon nombre de ces actions. Cependant, étant donné que l'Union européenne s'est engagée légalement à tenir compte de la santé dans toutes ses actions, il est possible de remédier à ce problème à l'échelle européenne.

²⁷ http://ue.eu.int/ueDocs.cms_Data/docs/pressData/en/Isa/80729.pdf

²⁸ <http://eurocare.org/btg/index.html>

²⁹ <http://www.eurocare.org>.

Enfin, la scène internationale offre des possibilités tout comme elle suppose des risques pour les politiques en matière de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que l'Union Européenne ont fait preuve d'une contribution substantielle quant à la prise de conscience ainsi que l'action a l'égard de l'alcool au cours des dernières années. Avec assez de conviction et d'engagement, il n'y a aucun doute que les efforts internationaux peuvent se redoubler, afin de réduire les méfaits de l'alcool dans le futur.

REFERENCES

Alavaikko, M. and Österberg, E. (2000). "The Influence of Economic Interests on Alcohol Control Policy: a Case Study From Finland." *Addiction*, 95(Supplement 4): S565-S579.

Anderson, P. (1991). *The Management of Drinking Problems*. WHO Regional Publications, European series No. 32. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

Anderson, P. (1993). *Alcohol and Community - 16 case studies*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

Anderson, P. (1995). *Young people and alcohol, drugs and tobacco*. WHO Regional Publications. European Series No 66. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Anderson, P. (1996). *Alcohol and primary health care*. WHO Regional Publications. European Series No 64. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Anderson P. (2004). State of the world's alcohol policy. *Addiction* 99: 1367-1369.

Anderson, P. and Lehto, J. (1995). *Evaluation and monitoring of action on alcohol*. WHO Regional Publications, European Series, No. 59. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Anderson, P. and Lopez, A. (1995). *Report of a WHO working Group, on Alcohol and Health - Implications for Public Health Policy, held in Oslo, 9-13 October 1995*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Aroq Ltd. (2004). *WTO and its affect on the global drinks industry: management briefing*. Seneca House, Buntsford Park Road, Bromsgrove, Worcestershire, B60 3DX United Kingdom: Just Drinks.com and Aroq Limited.

[The] ASPECT Consortium (2004). *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. European Commission.
europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_exs_en.pdf

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., and Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Oxford: Oxford UP.

[La] Banque mondiale [World Bank Group] (2000). *World Bank Group note on alcohol beverages*.
<http://www.miga.org/screens/policies/arp/arp.pdf>

Baylis, C. (2005). *How low can you go? [Legal summary on minimum pricing]*.
http://test.blplaw.com/news/pdf_files/ClassaskalawyerFeb2005.pdf#search='baylis%20minimum%20pricing'

Bettcher, D. and Shapiro, I. (2001). "Tobacco Control in an Era of Trade Liberalization." *Tobacco Control*, 10: 68-70.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, Klaus, Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O-J., Sulkunen, P., and Österberg, E. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*, Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Callard, C., Chitanondh, H., and Weissman, R. (2001). "Why Trade and Investment Liberalization May Threaten Tobacco Control Efforts." *Tobacco Control*, 10: 68-70.

Chaloupka, F. J. and Laixuthai, A. (1996). *U.S. Trade Policy and Cigarette Smoking in Asia*. NBER Working Papers 5543. National Bureau of Economic Research.
<http://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/5543.html>

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, Klaus, Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., and Skog, O-J. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford: Oxford UP.

Elinder, L. S., Joossens, L., Raw, M., Andréasson, S., and Lang, T. (2003). *Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy: developments and recommendations for change in four sectors (fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco)*. Sweden: National Institute for Public Health. http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/eu_inlaga.pdf

Ferris, J., Room, R., and Giesbrecht, N. (1993). "Public Health Interests in Trade Agreements in Alcoholic Beverages in North America." *Alcohol Health and Research World*, 17: 235-41.

Fidler, D. P. and Drager, N. (2003). Trade in Health Related Services and GATS: legal review of the General Agreement on Trade in Services (GATS) from a health policy perspective. *Globalization, Trade and Health Working Papers Series*. Geneva: WHO

Furlani, A. and colleagues (2003). *Ex-post evaluation of the Common Market Organisation for wine*. Tender AGRI / EVALUATION / 2002 / 6. Prepared for European Commission - DG Agriculture. http://europa.eu.int/comm/agriculture/eval/reports/wine/index_en.htm

Gould, E. (2004). "Negotiating Under the Influence." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 21(English Supplement): 111-17.

Gould, E. (2005). "Trade Treaties and Alcohol Advertising Policy." *Journal of Public Health Policy*, 26: 359-76.

Gould, E. and Schacter, N. (2002). "Trade Liberalization and Its Impact on Alcohol Policy." *SAIS Review*, XXII(1 (Winter-Spring)): 119-39.

Grant, M. (1985). *Alcohol Policies*. WHO Regional Publications, European series No. 18. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

Grieshaber-Otto, J. and Schacter, N. (2002). "The GATS: Impacts of the International 'Services' Treaty on Health Based Alcohol Regulation." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 19: 50-68. www.stakes.fi/nat/nat01/nr.3/english/gats.htm

Grieshaber-Otto, J., Sinclair, S., and Schacter, N. (2000). "Impacts of International Trade, Services, and Investment Treaties on Alcohol Regulation." *Addiction*, 95(Supplement 4): 491-504.

Hannibal, J. U., van Iwaarden, M. J., Gefou-Madianou, D., Moskalewicz, J., Riston, B., and Rud, M. (1994). *Alcohol and the Community*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

Harkin, A-M., Anderson, P., and Goos, C. (1997). *Smoking, Drinking and Drug Taking in the European Region*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Harkin, A-M., Anderson, P., and Lehto, J. (1995). *Alcohol in Europe – a health perspective*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Hämäläinen, R-M., Koivusalo, M., and Ollila, E. (2004). *EU policies and health*. Themes 1/2004. Helsinki, Finland: National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

Heather, N. (1995). *Treatment approaches to alcohol*. WHO Regional Publications. European Series No 65. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Henderson, M., Hutcheson, G., and Davies, J. (1996). *Alcohol and the workplace*. WHO Regional Publications. European Series No 67. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Holder, H. D., Kühlhorn, E., Nordlund, S., Österberg, E., Romelsjö, A., and Ugland, T. 1998. *European Integration and Nordic Alcohol Policies: Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997*, Aldershot: Ashgate.

Honeck, D. (2004). "The GATS and 'Necessity'."
http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/workshop_march04_e/workshop_programme_march04_e.htm

House of Commons Home Affairs Committee (2005). *Anti-Social Behaviour*. Fifth Report of Session 2004-5. London: The Stationery Office.

Howse, R. (2004). "The WHO/WTO Study on Trade and Public Health: a Critical Assessment." *Risk Analysis*, 24(2): 501-7.

Jernigan, D., Monteiro, M., Room, R., and Saxena, S. (2000). "Towards a Global Alcohol Policy: Alcohol, Public Health and the Role of WHO." *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4): 491-99.

Klingemann, H. and Gmel, G. (2001). *Alcohol and Its Social Consequences - the Forgotten Dimension*, Dordrecht, Netherlands: Klumer Academic Publishers on behalf of WHO-EURO.

Kühlhorn, E. and B. Trollidall (2000). "The Process of Change During Sweden's Integration into the European Union." Pp.43-61 in *Sweden and the European Union*, Edited by H. D. Holder. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Lehto, J. (1995a). *Approaches to alcohol control policy*. WHO Regional Publications. European Series No 60. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Lehto, J. (1995b). *The economics of alcohol policy*. WHO Regional Publications, European Series, No. 61. WHO-EURO.

Lock, K. and McKee, M. (2005). "Commentary: Will Europe's Agricultural Policy Damage Progress on Cardiovascular Disease?" *British Medical Journal*, 331: 188-89.
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/331/7510/188>

Lubkin, G. P. (1996). Is Europe's glass half-full or half-empty? The taxation of alcohol and the development of a European identity. *Jean Monnet Working Papers*.
<http://www.jeanmonnetprogram.org/papers/96/9607ind.html>

Mamdouh, H. (2004). "The GATS and Domestic Regulation."
http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/workshop_march04_e/workshop_programme_march04_e.htm

Mattoo, A. (2004). "Domestic Regulation and Trade in Services: Designing GATS Rules."
http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/workshop_march04_e/workshop_programme_march04_e.htm

Montonen, M. (1996). *Alcohol and the media*. WHO Regional Publications. European Series No 62. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Nations Unies [United Nations] (1976) *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances Done at Vienna on 21 February 1971*. New York: United Nations. The Convention's text is at <http://www.incb.org/e/conv/1971/>

OIT [ILO] (1996). *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace: an ILO code of practice*. Geneva: International Labour Office.

OMC et OMS [WHO and WTO] (2002). *WTO agreements and public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat*. WTO Secretariat.

OMC Comité du Commerce et de l'Environnement [WTO Committee on Trade and Environment] (2002). *GATT/WTO dispute settlement practice relating to GATT article XX, paragraphs (b), (d) and (g): a note by the Secretariat*. WT/CTE/W/203.

OMS-EURO [WHO-EURO] (1999). *European alcohol action plan 2000-5*. Copenhagen: European Office of the World Health Organization.

OMS-EURO [WHO-EURO] (2005). *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1992). *European Alcohol Action Plan 1992-1999*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (1995). *European Charter on Alcohol*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2000). *European Alcohol Action Plan 2000-2005*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organisation mondiale de la Santé [World Health Organization] (2005). *International trade and health: report by the Secretariat*. EB116/4. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB116/B116_4-en.pdf

Organisation mondiale de la Santé [The World Medical Association] (2005). *Statement on reducing the global impact of alcohol on health and society*. 56th WMA general assembly, Santiago, Chile 15 October 2005. <http://www.wma.net/e/policy/a22.htm>

Österberg, E. (1993). "Implications for Monopolies of the European Integration." *Contemporary Drug Problems*, 20: 203-27.

Österberg, E. and T. Karlsson (2002). "Alcohol Policies at the European Union Level." *Alcohol policies in EU Member States and Norway: a collection of country reports*, Edited by E. Österberg and T. Karlsson. Helsinki: STAKES.

Partanen, J. and Montonen, M. (1988). *Alcohol and the mass media*. EURO Reports and Studies 108. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Plant, M. (1989). *Alcohol-related problems in high risk groups*. EURO Reports and Studies 109. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Pyne, H. H., Claeson, M., and Correia (2002). *Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol related problems in Latin America and the Caribbean*. The World Bank. <http://wbIn0018.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid/146220DF3DD411E885256C7D006D733E?Opendocument>

Rehn, N., Room, R., and Edwards, G. (2001). *Alcohol in the European Region - Consumption, Harm and Policies*, Copenhagen: WHO Europe.

Ritson, B. (1995). *Community and municipal action on alcohol*. WHO Regional Publications. European Series No 63. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Room, R. (2006). International control of alcohol: Alternative paths forward. *Drug and Alcohol Review*. In press.

Room, R. and West, P. (1998). "Alcohol and the US-Canada Border: Trade Disputes and Border Traffic Problems." *Journal of Public Health Policy*, 19: 68-87.

Secretariat of the Pacific Community (2005). *Tobacco and alcohol in the Pacific Island Countries Trade Agreement: impacts on population health*. Noumea, New Caledonia: Secretariat of the Pacific Community.

Sinclair, S. (2000). *GATS: How the World Trade Organization's new "services" negotiations threaten democracy*. Canadian Center for Policy Alternatives

Sinclair, S. and Grieshaber-Otto, J. (2002). *Facing the facts: a guide to the GATS debate*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives

Slotboom, M. M. (2003). "Do Public Health Measures Receive Similar Treatment in EC and WTO Law?" *Journal of World Trade*, 37(3): 553-96.

Solco, IVO, Alcohol Concern, and SIA (2003). *Alcohol and the workplace: a European comparative study on preventive and supportive measures for problem drinkers in their working environment*. European Commission, DG Employment & Social Affairs.

Sutton, C. and Nylander, J. (1999). "Alcohol Policy Strategies and Public Health Policy at an EU-Level. The Case of Alcopops." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 16 (English supplement): 74-91.

Vingilis, E., Lote, R., and Seeley, J. (1998). "Are Trade Agreements and Economic Cooperatives Compatible With Alcohol Control Policies and Injury Prevention?" *Contemporary Drug Problems*, 25(Fall): 579-620.

Wallach, L. (2005). "Testimony of Lori Wallach, Public Citizen's Global Trade Watch. European Union Parliament, Committee on International Trade Hearing on the 'Doha Development Agenda,' 11 October 2005." www.ifg.org/analysis/wto/Wallach&GATS.pdf

Walsh, D. (1982). *Alcohol-related medico social problems and their prevention*. Public Health in Europe reports 17. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.



Chapitre 9 – Les politiques de l'alcool des Etats membres de l'Union Européenne

Tous les pays de l'Union Européenne disposent d'un certain nombre de lois et de pratiques administratives spécifiques aux boissons alcooliques, souvent pour des raisons de santé publique. En dépit de cela, près de la moitié des pays européens n'ont pas encore de **plan d'action ou d'organisme coordonnateur sur la question de l'alcool**. Cependant, la plupart des pays ont mis en place des programmes d'actions dans un domaine ou l'autre de la question, les plus habituels étant des **programmes d'information en milieu scolaire**. Tous les pays ont également mis en place des actions de **prévention au cours de la conduite automobile** et tous, à l'exception du Royaume-Uni, de l'Irlande et du Luxembourg, ont placé le taux légal maximum autorisé pour les conducteurs au niveau recommandé par la Commission Européenne (0,5 g/l). Cependant, beaucoup de conducteurs européens pensent qu'il existe un risque minime d'être contrôlé - un tiers d'entre eux pensant qu'ils ne seront jamais soumis à l'éthylomètre, mais cet «espoir» est plus faible dans les pays où sont pratiqués des contrôles aléatoires d'alcoolémie.

Les ventes de boissons alcooliques sont soumises à des restrictions dans la plupart des pays de l'UE, dans quelques cas par le biais de monopoles de vente au détail, mais le plus souvent par un système de licences, et les lieux où l'alcool peut être vendu sont le plus souvent limités. Plus d'un tiers des pays (et quelques régions des pays européens à organisation fédérale) limitent également les heures de vente et les restrictions sur les jours de vente ou la densité des lieux de vente à emporter existent dans un petit nombre de pays. Tous les pays interdisent **la vente d'alcool à consommer sur place aux jeunes** en dessous d'un certain âge, mais 4 pays n'ont aucune réglementation sur la vente aux jeunes dans les boutiques de vente à emporter. L'âge limite de vente varie aussi à travers l'Europe, elle est plutôt autour de 18 ans dans l'Europe du Nord et de 16 au Sud.

La promotion de l'alcool est contrôlée de façon plus ou moins sévère selon la nature de l'activité commerciale. Les publicités pour les bières à la télévision sont soumises à des réglementations (qui vont au-delà des règles sur le contenu des messages) dans plus de la moitié des pays européens avec des interdictions totales dans 5 pays ; toujours pour la télévision, la publicité pour les spiritueux est interdite dans 14 pays. La publicité par affichage et dans la presse écrite est soumise à moins de contrainte, un pays sur trois (principalement dans les 10 nouveaux pays européens) ne fixant aucune limite. **La sponsoring par les activités sportives** est l'activité commerciale la moins contrôlée : sept pays seulement imposent une restriction ou une autre.

La **taxation** des boissons alcooliques est une autre caractéristique retrouvée dans les pays européens, mais les niveaux de taxation sont très variables. Nous pouvons le voir en particulier pour le vin qui n'est pas taxé dans presque la moitié des pays, alors qu'un pays sur cinq a un taux de taxation supérieur à 1000 euros PPP (unité ajustée avec le pouvoir d'achat dans chaque pays). En général, le taux moyen de cette taxation est plus élevé en Europe du Nord et plus faible dans les pays du sud, du centre et de l'est. Quatre pays ont également introduit depuis 2004 une **taxe ciblée sur les alcopops** qui apparaît avoir réduit leur consommation.

Si on combine les différents domaines de politique de prévention de l'alcool en une **échelle d'évaluation unique**, le score varie de 5,5 en Grèce à 17,7 en Norvège sur un total maximum de 20, la moyenne est de 10,8. Les politiques les moins strictes se retrouvent dans les pays du sud, du centre et de l'est et les

plus sévères dans ceux du nord mais les scores ne décroissent pas tous régulièrement du nord au sud, comme on peut le voir par le score élevé de la France (13). Ce tableau des politiques de l'alcool est très différent de celui qu'on pouvait observer 50 ans auparavant, avec des niveaux d'intervention beaucoup plus proches les uns des autres, ce qui est dû principalement à une augmentation du niveau de contrôle dans de nombreux pays, en particulier dans le domaine de la sécurité routière où tous les pays ont un taux légal maximum autorisé. Les contrôles de la commercialisation, comme l'instauration d'âges minimum pour l'achat, et l'organisation des institutions publiques en charge des politiques de prévention sont également beaucoup plus communes en 2005 que dans les années 1950.

POLITIQUES EN MATIÈRE D'ALCOOL ET CONTEXTE SOCIAL

Dans le chapitre 8 nous avons déjà montré que les politiques en matière d'alcool doivent être considérées dans un cadre international. De même, au niveau national le paysage sociopolitique a une influence sur les stratégies adoptées concernant l'alcool, et inversement. De façon plus générale, il s'agit notamment de mouvements qui marquent aussi bien la culture moderne du moment que la culture d'une époque (comme l'émergence du souci de respectabilité au XVIII^e siècle). L'analyse de ces phénomènes a été faite dans la mesure du possible et figure dans d'autres chapitres de ce rapport (cf. chapitres 2 et 4). Afin de comparer les politiques sur l'alcool en Europe nous commencerons donc par examiner l'aspect le plus limité, à savoir la perception qu'en a la population.

Les attitudes du grand public

La façon dont la population perçoit les actions et les responsabilités concernant l'alcool est de toute évidence un élément important dans le processus de décision concernant les stratégies réglementaires, les décideurs jouant un double rôle en contribuant à la perception publique de ces réglementations non seulement en tant que décideur mais aussi par leurs réactions (cf. Simpura *et al.* 1999 concernant une analyse des différentes attitudes parmi l'élite sociale). Malheureusement, les études comparatives qui ont été entreprises au niveau européen concernant les attitudes du grand public sont réduites à deux domaines, à savoir d'une part l'alcool au volant, et d'autre part si la population est d'accord sur le fait que *“la responsabilité de minimiser la consommation d'alcool au sein de la population incombe au gouvernement.”*

Pour ce qui est de ce dernier sujet les Italiens, les Suédois, les Polonais et les habitants des pays baltes (et dans une mesure moindre les Français), contrairement aux Allemands et Finlandais, s'accordent à dire que cette responsabilité incombe au gouvernement (Hemström, Leifman, & Ramstedt 2001; Reitan 2003). Au Royaume-Uni l'opinion est divisée à ce sujet. Par contre un autre sondage a révélé que les Britanniques croient fermement qu'il appartient au gouvernement de réduire la *“consommation excessive d'alcool”* (enquête réalisée par NOP Market Solutions 2000 pour le Institute of Alcohol Studies). Toutefois, cette méthode globale n'a utilisé qu'une question pouvant avoir plusieurs significations, et la fiabilité des résultats pour l'Europe occidentale issus de l'étude ECAS a aussi été mise en question (cf. chapitre 4).

Les réglementations contre l'alcool au volant constituent le domaine le plus fiable si l'on veut faire des comparaisons, plusieurs vastes projets en partie subventionnés par la Commission européenne ayant examiné un certain nombre de risques routiers (Sartre 1995; Sartre 1998; Sardi & Evers 2004). L'enquête la plus approfondie a révélé qu'une écrasante majorité d'automobilistes (82 %) dans l'UE considère que la consommation d'alcool devrait être totalement interdite pour les nouveaux

conducteurs, une opinion qui a gagné de plus de 10 % depuis le milieu des années 1990.

Un nombre moins important d'automobilistes en UE15 (40 %) ont répondu que l'alcool au volant devrait être totalement interdit pour tous, à noter toutefois que les sept pays de l'UE10 couverts dans l'enquête étaient pour cette mesure générale, avec une position nettement majoritaire dans les pays où une telle interdiction a déjà cours comme la République tchèque, la Hongrie et la Slovaquie. La recommandation de la Commission européenne de fixer le taux légal d'alcoolémie maximum à 0,5 g/l (cf. chapitre 8) est également perçue comme une bonne mesure, la population dans les pays appliquant ce taux étant plus favorable à cette mesure, bien que dans les pays appliquant une limite légale maximum de 0,8g/l trois quarts de la population se prononcent aussi en faveur de la limite recommandée. Il n'y a qu'à Chypre (où la consommation d'alcool est plus courante ; cf. chapitre 6) et dans les pays ayant déjà adopté une limite inférieure à 0,5g/l que seulement la moitié ou moins de la population est en faveur de cette mesure.

A part ces comparaisons générales, un petit nombre d'enquêtes ont examiné certains pays individuellement ou des petits groupes de pays. Il convient toutefois de rappeler que ces enquêtes sont souvent difficiles à interpréter et présentent parfois des faiblesses du point de vue des méthodes utilisées (cf. analyse de l'examen d'études précédent par Crawford en 1987). Encore plus problématique, les résultats de sondages et les enquêtes sur les attitudes du grand public dépendent de la façon dont la question est formulée, et les sondages montrent parfois de fortes fluctuations de l'opinion publique sur un laps de temps relativement court. Par exemple, une enquête conduite par l'institut national de santé publique en Suède a révélé que seulement 36 % des personnes interrogées pensaient que la vente en épicerie de bière forte, de vin et de spiritueux devrait être interdite, toutefois ce pourcentage doubla, passant à 72 %, lorsqu'il a été dit aux personnes interrogées qu'on s'attendait à une escalade de la violence due à l'alcool et à une augmentation de la consommation d'alcool chez les adolescents (cité dans l'étude Mäkelä *et al.* 1999). Ceci dit, on constate certaines similarités au sein de l'Europe dans les attitudes du grand public, en particulier en ce qui concerne les restrictions frappant la publicité pour l'alcool et les mesures visant les jeunes.

Le contrôle de la publicité pour l'alcool est une mesure grandement populaire en Europe, deux tiers au moins des personnes interrogées en Irlande, en Lettonie et en Estonie se prononçant en faveur de restrictions partielles sous une forme ou une autre, contre une petite majorité en Pologne. Une enquête auprès d'un panel restreint de jeunes en Angleterre indique une tendance à soutenir ce type de mesure (Baltic Data House 2001; Reitan 2003; Strategic Task Force on Alcohol 2004; Hanekom 2004).¹ En 2000, la mesure la plus stricte, à savoir l'interdiction totale de la publicité pour l'alcool, était approuvée par un peu plus de 4 habitants sur 10 à Rotterdam, contre 2 sur 10 au Royaume-Uni (Pendleton, Smith, et Roberts 1990; Bongers 1998; NOP Market Solutions 2000).

De plus fortes restrictions visant les jeunes sont aussi considérées comme une bonne chose par un grand nombre, y compris l'imposition d'un âge minimum légal pour l'achat d'alcool fixé au moins à 18 ans (Rotterdam ; Royaume-Uni), l'interdiction de la présence d'enfants dans les pubs après 19 heures (Irlande), et des mesures plus strictes pour garantir le respect de l'âge légal pour l'achat d'alcool (Royaume-Uni ; cf. Pendleton, Smith, et Roberts 1990; Lancaster et Dudleston 2002; et plus récemment l'actualité en ligne BBC News Online 2004). Aucune mesure

¹ En Lituanie les personnes interrogées n'étaient pas vraiment d'accord avec les restrictions publicitaires, mais certains doutes subsistent quant à la fiabilité de ces données compte tenu du nombre considérable de personnes ayant répondu "je ne sais pas" (Reitan 2003).

réglementaire spécifique n'a été indiquée lors de la comparaison entre les pays baltes et la Pologne, toutefois la "consommation d'alcool chez les enfants et les jeunes" est considérée par la population comme le plus grave problème que cause l'alcool (entre 67 et 81 % des personnes interrogées le considèrent comme très grave), ce qui indique qu'une politique ciblée en réaction à ce problème serait soutenue par l'opinion publique (Reitan 2003). De même, lors d'une enquête en Ecosse 94 % de l'échantillon de la population interrogé ont répondu que la consommation d'alcool chez les jeunes en dessous de l'âge minimum légal pose un problème. Opinion partagée par des jeunes interrogés n'ayant pas eux-mêmes atteint l'âge légal (Kara & Hutton 2003).

Les résultats d'enquête concernant d'autres domaines sont plus mitigés. A la fin du XX^e siècle une plus grande accessibilité à l'alcool (comme la possibilité d'acheter de l'alcool dans des magasins autres que ceux d'Etat) était manifestement souhaitée en Finlande, en Norvège et en Suède, bien que cette idée ait légèrement régressé ces dernières années (Olsson, Nordlund, & Järvinen 2000). Par contre, en Pologne et dans les pays baltes, l'opinion publique est grandement favorable à la vente au détail de boissons alcoolisées sous monopole, et un référendum à Tallinn, capitale estonienne, a révélé que les habitants étaient pour l'interdiction de vendre de l'alcool entre 11 heures du soir et 8 heures du matin.² D'autres opinions en faveur de la réduction du nombre de magasins vendant de l'alcool sont manifestes en Lettonie (cf. également Koroleva 2005), contrairement à la Lituanie et aux Pays-Bas (et peut-être au Danemark, compte tenu du haut degré de satisfaction générale concernant le nombre existant de restaurants et de cafés ; Elmeland & Villumsen 2005), alors que ce type de mesure divise l'opinion publique en Pologne et en Estonie. Dans la plupart des études consacrées aux politiques en matière d'alcool, les gros buveurs constituent le groupe le plus susceptible de se prononcer contre quelque réglementation sur l'alcool (Hemström, Leifman, et Ramstedt 2001; Hemström 2002; Reitan 2003; Strategic Task Force on Alcohol 2004; BBC News Online 2004).

Conclusion, à ce jour peu de recherches ont été faites concernant les attitudes du grand public face aux politiques sur l'alcool en Europe. Il est concevable que des restrictions visant les jeunes et l'alcool ainsi que la publicité pour l'alcool reçoivent une plus vaste approbation que d'autres types de mesures. Toutefois des recherches plus approfondies sont nécessaires dans ce domaine avant de pouvoir se prononcer en toute confiance. Nous ne disposons de données fiables que pour l'alcool au volant, qui montrent qu'en Union européenne une majorité d'automobilistes sont pour l'interdiction totale de l'alcool au volant pour les nouveaux conducteurs.

LES POLITIQUES SUR L'ALCOOL DANS LES PAYS D'EUROPE

D'autre part, les réglementations adoptées dans un pays constituent aussi un baromètre de l'attitude publique face à l'alcool, et fort heureusement nous disposons là de bien meilleures données que des sondages d'opinion. Données qui permettent une comparaison pointue des réglementations dans un certain nombre de domaines clés, ainsi que plusieurs comparaisons du niveau de contrôle exercé au niveau national et européen (cf. figure 9.1 donnant des paramètres de comparaison).

Ces données sont issues du rapport sur la situation mondiale concernant les politiques en matière d'alcool (OMS 2004), avec mises à jour fournies par les membres du réseau sur la politique en matière d'alcool cofinancé par la Commission européenne.³ Toutefois, dans certains pays la décision concernant ces mesures est

² Informations issues d'Estonie au titre de membre du réseau sur la politique en matière d'alcool.

³ Données reçues de l'APN (Alcohol Policy Network - réseau sur la politique en matière d'alcool) entre novembre 2004 et février 2005, et mises à la disposition du public sur le site

prise au niveau régional et non national, comme par exemple en Espagne qui n'a pas un âge minimum légal unique pour l'achat d'alcool. Dans ces pays à pouvoir décentralisé (Autriche, Espagne et Suisse en particulier), les mesures régionales les moins strictes sont ici considérées comme représentant la situation nationale, cette option semblant plus appropriée pour exprimer la réaction de la population. Ceci dit, lorsqu'une réglementation plus stricte est plus fortement présente, mention en est faite dans notre analyse.

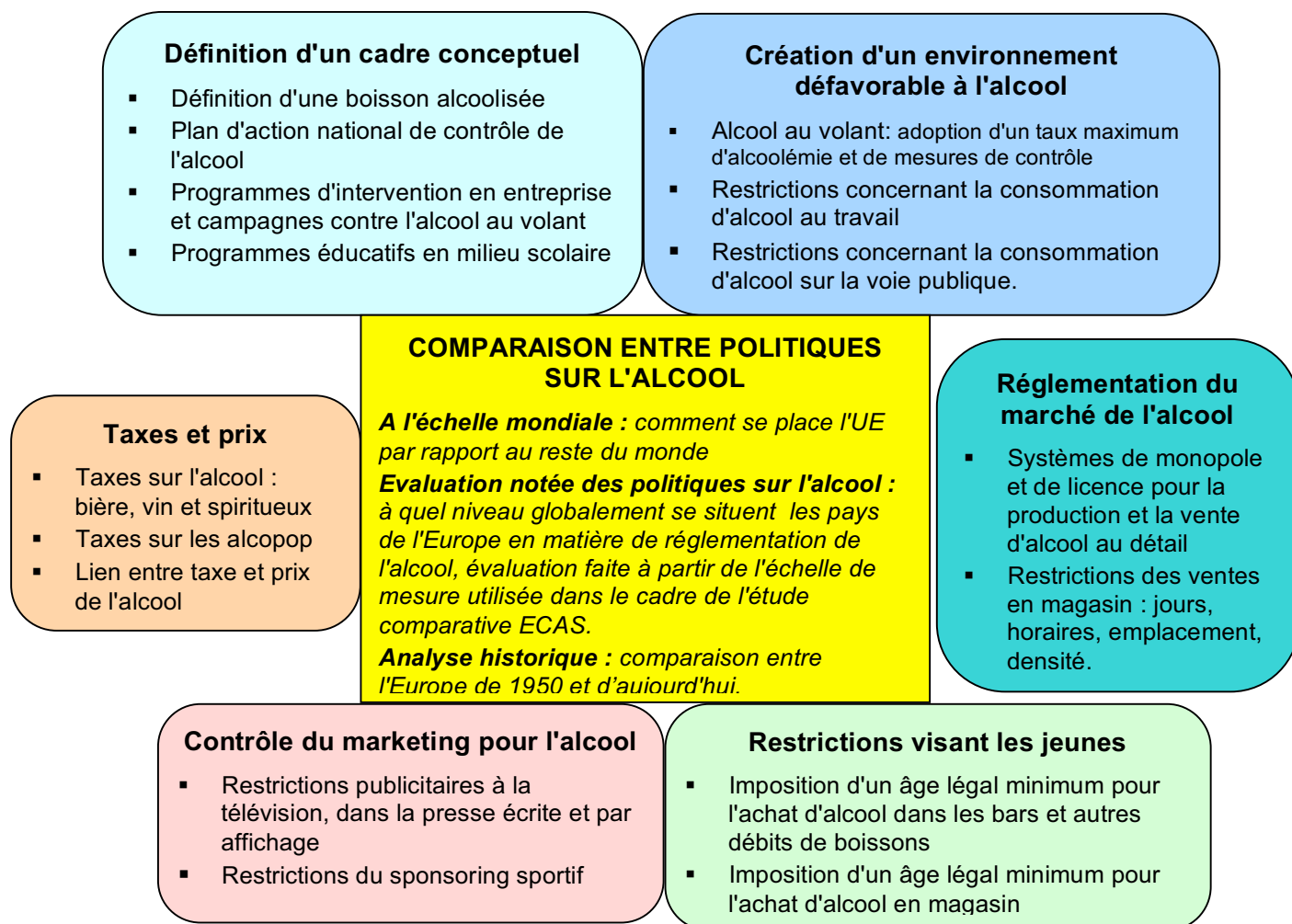


Figure 9.1 Exemple de comparaison entre politiques sur l'alcool suivant les paramètres utilisés dans ce chapitre.

<http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html> ; informations également vérifiées et le cas échéant complétées à l'aide de la Base de données relatives à la lutte contre l'alcool de l'OMS-Europe (<http://data.euro.who.int/alcohol/>). En cas de données contraires, mention en est faite dans le texte principal lorsque ces données sont susceptibles de modifier les conclusions faites.

Définition d'un cadre conceptuel

Avant de réglementer la consommation de l'alcool au niveau national, il convient de définir ce qu'est une boisson alcoolisée. Bien que des définitions aient été adoptées au niveau international pour la classification des boissons dans le cadre de leur commerce (cf. chapitre 1), la plupart des pays vont toutefois plus loin lorsqu'il s'agit de leurs propres réglementations légales. De façon générale, les pays d'Europe se trouvent dans la zone ayant une définition "basse", dans la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), selon laquelle pour être considéré comme une "boisson non alcoolisée" un breuvage doit titrer 2 degrés ou moins. Toutefois, plusieurs pays (tous les pays d'Europe du Nord) ont adopté des définitions avec un degré d'alcool légèrement supérieur, entre 2 et 3 degrés d'alcool, alors que la Roumanie et la Slovaquie ont pris des définitions totalement différentes. Dans ce contexte, la position de la Hongrie diffère totalement, mettant la barre à 5 degrés d'alcool (la plupart des bières ont un degré d'alcool inférieur à cela). Seuls deux autres pays dans le monde ont adopté un titrage nettement supérieur à celui de la Hongrie. En comparaison, la définition appliquée pour les taxes sur l'alcool en UE est d'au moins 0,5 degré (pour la bière) ou 1,2 degré d'alcool (pour les autres boissons).⁴

Une politique sur l'alcool offre un cadre structuré utile aux lois spécifiques examinées ci-après. Dans un peu plus de la moitié des pays de l'UE, ce cadre stratégique comprend un plan d'action et/ou un organisme coordinateur, mais dans certains autres pays éparpillés en Europe les politiques sur l'alcool impliquent l'intervention de différents services publics non spécialisés. Le rapport sur la situation mondiale concernant les politiques en matière d'alcool nous donne, par pays, l'opinion de la source d'information concernant les programmes de sensibilisation aux problèmes causés par l'alcool dans le pays concerné, ce qui constitue une indication valable sur l'ampleur des activités entreprises par le gouvernement, mais ne donne qu'une mesure subjective. Ceci dit, il semble que par rapport aux Etats membres de l'UE10, ceux de l'UE15 emploient des campagnes de lutte contre l'alcool au travail et contre l'alcool au volant de meilleure qualité conceptuelle. D'un autre côté, seulement deux pays, à savoir la Grèce et le Portugal, ne disposent pas de programmes éducatifs en milieu scolaire "de conception moyennement bonne", ce qui laisse à penser que l'UE10 utilise des campagnes de sensibilisation bien conçues dans certains domaines, avec toutefois des points faibles dans d'autres.

Encadré 9.2 : Définition d'un cadre conceptuel

- La plupart des pays considèrent qu'une boisson est alcoolisée à partir de 2 degrés d'alcool
- Un peu moins de la moitié des pays ne disposent pas de plan d'action ou d'organisme coordinateur
- Presque tous les pays utilisent des programmes éducatifs en milieu scolaire "de conception moyennement bonne".programmes

⁴ De nombreux pays ont aussi adopté des définitions concernant les boissons "légèrement alcoolisées" (en particulier pour la bière) soumises à des restrictions moindres. Par exemple la vente de bière titrant moins de 4,2 degrés est autorisée dans les trains en République tchèque. Du point de vue fiscal, en UE la limite maximum du degré volumétrique en alcool des boissons considérées comme légèrement alcoolisées est de 2,8 pour la bière et de 8,5 pour le vin et produits intermédiaires. La directive 92/83/CE précise le degré volumétrique en alcool des boissons alcoolisées et "légèrement alcoolisées".

Création d'un environnement défavorable à l'alcool : mesures contre l'alcool au travail et contre l'alcool au volant

Les restrictions concernant la consommation d'alcool dans certaines situations constituent la forme la plus courante de mesure contre l'alcool, et sont souvent adoptées à l'instigation d'organismes dont les attributions ne se limitent pas à la réglementation de l'alcool. La lutte contre l'alcool au volant, mesure très courante, en est un exemple typique, les assurances et les autorités responsables de la sécurité routière ayant identifié l'alcool comme un facteur de risque majeur, causant des dégâts et des morts sur la route. Conformément à la recommandation de la Commission européenne, abordée au chapitre 8, la plupart des pays de l'UE15 ont adopté un taux maximum légal d'alcoolémie qui n'excède pas 0,5 g/l, bien qu'au Royaume-Uni, en Irlande et au Luxembourg le taux maximum soit supérieur à la limite recommandée. Dans les pays de l'UE10 les taux maximum autorisés ont même tendance à être inférieurs à la limite recommandée, avec trois pays (la République tchèque, la Hongrie et la République slovaque, ainsi que la Roumanie) interdisant totalement l'alcool au volant, et trois autres pays imposant des taux maximum d'alcoolémie plus bas que la majorité des pays de l'UE15. Hors de l'Union européenne, la tendance au sein de la communauté internationale va pour la tolérance zéro, bien qu'il y ait également un bon nombre de pays qui ont adopté un taux maximum supérieur à la recommandation européenne, quelques pays seulement imposant des mesures intermédiaires. En Europe, certains pays imposent plusieurs taux maximum d'alcoolémie, par exemple l'Espagne impose une limite plus basse aux nouveaux conducteurs et aux chauffeurs professionnels, à savoir 0,3g/l.

Comme précisé au chapitre 7, l'efficacité de mesures contre l'alcool au volant dépend de leur effective mise en pratique, en particulier à l'aide de contrôles alcootests au hasard. Le projet SARTRE, en partie financé par la Commission européenne, donne des informations concernant l'idée qu'ont les automobilistes des risques qu'ils ont d'être soumis à un alcootest (Christ 1998; Sardi et Evers 2004). Dans 21 pays de l'UE (plus en Suisse), près de 30 % des automobilistes pensent qu'ils ne seront jamais soumis à un alcootest, et 45 % pensent que cela ne leur arrivera que rarement. Ce qui vient légèrement confirmer les données concernant les automobilistes ayant subi un alcootest, plus de 70% ayant répondu n'avoir subi aucun alcootest au cours des trois dernières années.

Bien que les risques perçus de contrôle et le nombre de contrôles effectivement subis soient moindres dans certains pays comparés à d'autres, aucun schéma géographique ne peut être rattaché à ces tendances. Par exemple parmi les automobilistes les Italiens, les Espagnols et les Grecs considèrent qu'ils ont peu de

risques d'être contrôlés de même que les Britanniques, les Polonais et les Suédois, contrairement aux Français, aux Portugais et aux Slovènes qui estiment qu'ils risquent beaucoup plus d'être contrôlés. Contrairement à l'analyse de l'OMS concernant les perceptions de la population par pays collectées auprès de sources d'information nationales, il n'existe en Europe aucune corrélation entre le taux maximum légal d'alcoolémie et la perception générale des

Encadré 9.3 : Création d'un environnement défavorable à l'alcool

- En UE seulement 3 pays imposent un taux maximum d'alcoolémie légal supérieur à 0,5 g/l.
- Les trois quarts des automobilistes pensent qu'ils risquent peu ou encore absolument pas d'être soumis à l'alcootest. La perception des risques d'être contrôlé est plus forte dans les pays qui organisent des contrôles par alcootest.

mesures de contrôle. Ceci dit, une stratégie d'intervention reposant sur des contrôles alcootest au hasard (cf. chapitre 7) a considérablement modifié l'opinion et l'expérience des automobilistes en ce qui concerne ce type de contrôle. Dans le cadre du projet SARTRE dans les six pays où les contrôles par alcootest au hasard n'étaient pas autorisés (Allemagne, Irlande, Italie, Pologne, Royaume-Uni et Suisse⁵), 86 % des automobilistes n'avaient pas subi d'alcootest au cours des trois dernières années, contre 65 % dans d'autres pays. L'effet sur l'opinion publique était encore plus fort dans les pays pratiquant des contrôles par alcootest au hasard, seulement 22 % des automobilistes pensaient qu'ils ne seraient jamais contrôlés, alors que dans les six pays qui n'avaient pas recours à ce type de contrôle 46 %, soit plus du double, partageaient cette opinion.

Le lieu de travail fait aussi souvent l'objet de mesures restrictives, vraisemblablement à cause de la baisse de productivité et des risques accrus d'accidents en cas de consommation d'alcool. Au sein de l'UE10, ces restrictions se présentent pratiquement toujours sous la forme d'une totale interdiction de consommer de l'alcool au travail, alors qu'en UE15 la préférence va à l'adhésion d'un code de conduite volontaire ou à des mesures locales. Malgré l'absence totale de contrôle en Grèce (ainsi qu'en Suisse), l'adhésion volontaire à un code de conduite condamnant l'alcool au travail a tendance à être plus commune en UE que partout ailleurs dans le monde, bien que comme pour les mesures contre l'alcool au volant il n'est généralement pas question d'interdiction totale. De même, la consommation d'alcool est souvent interdite dans les établissements scolaires, de santé et de l'Administration, tendance qui se manifeste pratiquement de la même façon dans toute l'Europe.

Finalement, des restrictions sont souvent imposées concernant la consommation d'alcool sur la voie publique, comme dans les parcs et dans la rue. Ces mesures ne visent pas à réduire la consommation nocive d'alcool, mais plutôt à éviter les troubles de l'ordre public, les nuisances et la conduite antisociale. Ainsi, des mesures légales sont prises à cet effet dans des pays où l'attitude antisociale génère une grande inquiétude générale, principalement dans les pays d'Europe de l'Est et du Nord (ex. Belgique, Lettonie). Ailleurs, les positions sont plus ou moins similaires, c'est-à-dire une absence totale de restrictions ou une décentralisation, les mesures étant alors décrétées localement ce qui permet de les adapter précisément à la situation. Pour ce qui est des restrictions au travail, les pays de l'UE globalement ont plus tendance que le reste du monde à prendre des mesures, sans toutefois interdire totalement la consommation d'alcool dans les lieux publics (mesure adoptée en Europe uniquement par la Lettonie).

Réglementation du marché de l'alcool

La vente d'alcool sous monopole d'Etat n'est pas chose courante en UE, notamment en raison des affaires portées devant la Cour de justice européenne au cours des 15 dernières années, examinées au chapitre 8 (Österberg & Karlsson 2002), et qui ont incité certains pays souhaitant entrer dans l'Union européenne à privatiser ce commerce avant même que leur possible adhésion soit discutée, comme l'a fait la Turquie en 2003. Seul les quatre pays d'Europe du Nord ont conservé le système de monopole pour la vente d'alcool, adapté toutefois aux exigences de l'UE et de l'AELE/EFTA, alors que la majorité des pays ont recours au système de vente autorisée sous licence. Une minorité de pays n'exige même pas ce type d'autorisation pour la vente d'alcool. Ces pays sont pour la plupart concentrés dans

⁵ Le 1er janvier 2005, la Suisse a instauré des contrôles par alcootest (ainsi qu'un taux maximum autorisé d'alcoolémie de 0,5 g/l et des sanctions "en cascade". Cf. le bulletin d'information de l'ETSC (Conseil européen pour la sécurité des transports) du mois de décembre 2004 (www.etsc.be).

la région Europe centrale-Europe de l'Est (Autriche, Belgique, République tchèque, Allemagne, République slovaque, Slovénie, Suisse, auxquels s'ajoute l'Espagne).

Les restrictions concernant la vente d'alcool sous licence en magasin suivent aussi un net schéma géographique (malheureusement aucune donnée n'existent permettant une comparaison avec les ventes en débits de boissons). La stratégie la plus couramment utilisée consiste à contrôler l'emplacement d'établissements commercialisant de l'alcool (par exemple, interdiction dans un périmètre de 500 m autour d'un établissement scolaire), mesure pratiquée dans la plupart des pays. Onze des pays étudiés imposent des horaires pour la vente d'alcool (à l'exclusion de la bière en Lettonie), alors que six pays limitent les jours de vente et cinq ont une réglementation concernant la concentration en nombre d'établissements commercialisant de l'alcool (les chiffres pour l'UE sont respectivement de neuf, trois et quatre pays).⁶

Là encore on constate un regroupement dans la tendance à une absence totale de restrictions dans ce domaine, concentrée sur un groupe de pays d'Europe centrale et de l'Est (Allemagne, Autriche, Luxembourg, République tchèque et Slovaquie), auxquels viennent s'ajouter quelques-uns d'Europe du Sud (Grèce, Italie, Portugal, ainsi que l'Espagne pour certaines régions). Par contre, il existe toutes sortes de restrictions (parfois pour toutes les boissons alcoolisées) en Suède, en Finlande et en Norvège. Ceci dit, il ne faut pas voir là une division simplement culturelle ou géographique. Par exemple la France réglemente la concentration en nombre d'établissements vendant de l'alcool ainsi que leur installation par périmètre, mesures inexistantes au Danemark et en Islande, alors qu'en Espagne la vente d'alcool sous licence est strictement réglementée dans certaines régions.

Parmi les 14 pays pour lesquels nous disposons d'informations concernant la rigueur de mise en application de ces restrictions, seulement deux (la Hongrie et la Roumanie) rapportent de rares mesures d'application, voire inexistantes. Bien qu'il convienne de faire preuve de circonspection quant aux opinions communiquées au niveau pays, ces informations indiquent que l'Europe tend à prendre davantage de mesures pour l'application des réglementations que d'autres régions du monde, à l'exception de l'Amérique du Nord.

Restrictions sur la vente d'alcool aux mineurs

En plus des restrictions générales concernant la disponibilité de l'alcool, tous les pays examinés ont décidé d'imposer un âge légal minimum pour l'achat d'alcool, cf. tableau 9.1. Deux tendances divisent nettement l'Europe en ce qui concerne ce type de politique sur l'alcool, à savoir la région couvrant les pays nordiques, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Irlande et les pays de l'UE10 ont adopté un âge légal minimum de 18 ans pour l'achat de bière dans les bars et autres débits de boissons, alors que le reste de l'UE15 a fixé cette limite à 16 ans. Les pays faisant partiellement exception étant Malte (16 ans), la

Encadré 9.3 : Les jeunes et l'alcool

- Tous les pays imposent un âge minimum légal (entre 16 et 20 ans) pour la consommation d'alcool dans les bars et autres débits de boissons
- L'âge minimum légal est souvent plus bas dans le sud que dans le nord de l'Europe.
- Quatre pays n'imposent aucune restriction concernant la vente

⁶ Le Licensing Act 2003, loi britannique, est entré en vigueur en Angleterre et au Pays de Galles fin 2005 ; la situation au 1er janvier 2005 a été prise en comparaison, bien que les modifications légales doivent être prises en considération.

Grèce (17 ans), trois quarts des régions en Espagne (18 ans) et l'Islande (20 ans). Cf. figures 9.2 et 9.3. L'écart est encore plus grand en ce qui concerne les ventes en magasin, certains pays d'Europe du Sud et centrale n'imposant aucun âge minimum légal, alors que dans les pays du Nord il a été ramené à 18 et 20 ans. La situation en ce qui concerne la vente de spiritueux est quelque peu différente de celle de la bière ou du vin (aussi bien pour les ventes "magasin" que les ventes "en salle"), ces boissons fortes donnant lieu à des mesures plus strictes dans certains pays d'Europe centrale, seuls les pays du sud de l'Europe imposant un âge limite moindre.

Il est également manifeste que quand il s'agit des jeunes les points de vue diffèrent selon les pays en termes de types de boissons alcoolisées et de points de vente. De toute évidence, la plupart des pays traitent les spiritueux plus sérieusement que la bière ou le vin, à l'exception de l'UE10 où tous les types de boissons sont traités de la même façon. De même, dans un certain nombre de pays la réglementation concernant les ventes "magasin" sont plus souples que les ventes "en salle". Tendances qui se manifeste soit par un âge minimum légal plus bas pour l'achat d'alcool en magasin (Danemark) ou simplement la suppression de toute restriction d'âge (Belgique, Grèce, Luxembourg, Malte), alors que la Suède a au contraire augmenté cet âge minimum en le passant de 18 à 20 ans. Par rapport au reste du monde (bière uniquement, ventes "magasin" et "en salle"), les Etats membres de l'UE ont plus tendance à imposer un âge minimum légal pour l'achat d'alcool. Ceci dit, les pays qui ont adopté un âge minimum légal ont choisi un âge plus élevé que l'âge minimum légal moyen en UE ; 16 ans en tant qu'âge minimum légal pour l'achat d'alcool, en particulier, est pratiquement unique à l'UE.

Table 9.1 Age minimum légal pour l'achat d'alcool en Europe

	Age minimum légal				Age minimum légal				
	Ventes "Magasin"		Ventes "en salle"		Ventes "Magasin"		Ventes "en salle"		
<i>B = Bière</i>									
<i>V = Vin</i>	<i>B et V</i>	<i>S</i>	<i>B et V</i>	<i>S</i>	<i>B et V</i>	<i>S</i>	<i>B et V</i>	<i>S</i>	<i>S</i>
<i>S = Spiritueux</i>	<i>B et V</i>	<i>S</i>	<i>B et V</i>	<i>S</i>	<i>B et V</i>	<i>S</i>	<i>B et V</i>	<i>S</i>	<i>S</i>
Allemagne	16	18	16	18	Lituanie	18	18	18	18
Autriche	16	16-18	16	16-18	Luxembourg	16	16	Aucun	Aucun
Belgique	16	18	Aucun	18	Malte	16	16	Aucun	Aucun
Bulgarie	18	18	18	18	Norvège	18	20	18	20
Danemark	18	18	16	16	Pays-Bas	16	18	16	18
Espagne	16-18*	16-18*	16-18*	16-18*	Pologne	18	18	18	18
Estonie	18	18	18	18	Portugal	16	16	16	16
Finlande	18	18	18	20	Rép. slovaque	18	18	18	18
France	16	18	16	16	Rép. tchèque	18	18	18	18
Grèce	17	17	Aucun	Aucun	Roumanie	18	18	18	18
Hongrie	18	18	18	18	Royaume-Uni	18	18	18	18
Irlande	18	18	18	18	Slovénie	18	18	18	18
Islande	20	20	20	20	Suède	18	18	20	20
Italie	16	16	16	16	Suisse	16	18	16	18
Lettonie	18	18	18	18	Turquie	18	18	18	18

* L'âge minimum légal en Espagne est de 18 ans, excepté dans 4 régions. Source : Rapport sur la situation mondiale concernant les politiques en matière d'alcool (OMS 2004) et mises à jour fournies par les membres du réseau sur la politique en matière d'alcool cofinancé par la Commission européenne.

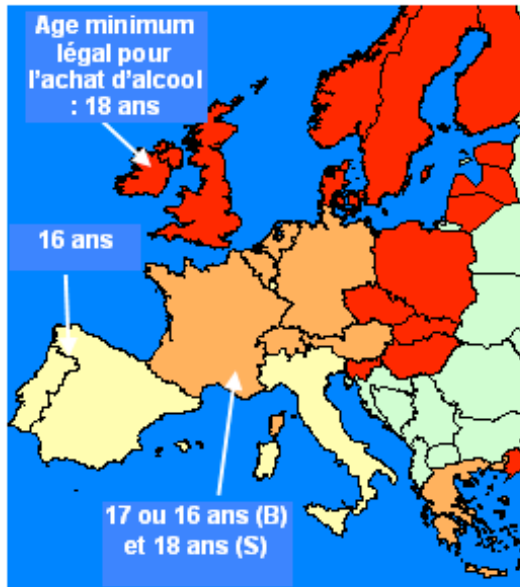


Figure 9.2 Age minimum légal pour l'achat d'alcool dans les **bars**
Source : OMS 2004 + APN

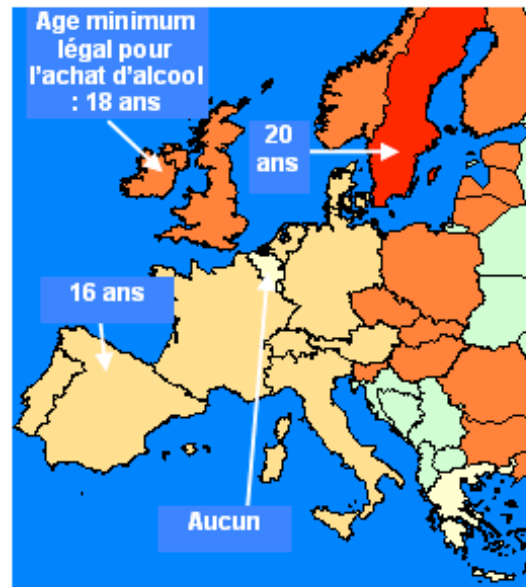


Figure 9.3 Age minimum légal pour l'achat de bière en **magasin**
Source : OMS 2004 + APN

Alors que l'âge minimum légal pour l'achat d'alcool s'est avéré être une politique efficace (cf. chapitre 7), l'ampleur des mesures prises pour le faire respecter semblent grandement varier en Europe si l'on considère le rapport ténu qui existe entre perception générale de l'accessibilité à l'alcool et âge minimum légal d'achat.⁷

La bière est considérée comme la boisson alcoolisée la plus accessible, et plus de 90 % des collégiens interrogés en Europe centrale et de l'Est (ainsi qu'en Italie, en Grèce et en Bulgarie) et plus de 80 % dans d'autres pays (France et Turquie exceptées) pensent qu'il est facile de s'en procurer. Par contre, ils considèrent qu'il leur est beaucoup moins facile d'acheter des spiritueux, bien que dans certains pays plus de 80 % des collégiens interrogés pensent qu'il est facile de s'en procurer (ex. Italie, République tchèque), seuls les pays nordiques et baltes (plus la Turquie) ont enregistré des chiffres Considérablement plus bas.

Volume du marketing pour l'alcool

Compte tenu des différents médias utilisés pour les activités promotionnelles pour l'alcool, décision a été prise d'analyser trois des canaux médiatiques les plus importants, à savoir la télévision nationale, la presse écrite et l'affichage, ainsi que les restrictions qui frappent le sponsoring d'événements sportifs. Pour chacun de ces domaines, les sources d'information par pays ont précisé si ces activités faisaient l'objet :

⁷ L'"accessibilité perçue" est évaluée d'après les réponses d'élèves de 15-16 ans collectées dans le cadre de l'enquête ESPAD 2003 (cf. chapitre 4).

- de *codes volontaires* (y compris la régionalisation concernant les réglementations) ; ou
- de *restrictions légales partielles* (horaires, type d'émission ou de magazine, imposition d'un seuil de saturation, ou emplacement d'affichage, mais *ne* couvrant pas les restrictions du contenu comme celles édictées par la Directive européenne "Télévision sans frontières" (TVWF) ; cf. chapitre 8) ; ou
- d'une *totale interdiction publicitaire*.

Compte tenu que la définition donnée aux "restrictions partielles" n'inclut pas les restrictions du contenu, et que tous les Etats membres de l'UE sont légalement obligés d'imposer des restrictions concernant le contenu publicitaire conformément à la directive TVWF, il convient de rappeler que le présent examen concerne uniquement les restrictions visant le *volume et l'emplacement* des messages publicitaires, plutôt que leur contenu.

Encadré 9.5 : Réglementation du volume du marketing pour l'alcool

- La publicité à la télévision fait l'objet de réglementations légales dans plus de la moitié de l'Europe, cinq pays l'interdisant totalement.
- Un pays sur trois (principalement en UE10) n'exerce aucun contrôle sur la publicité dans la presse écrite ou par affichage.
- Seulement sept pays imposent des restrictions légales concernant le sponsoring sportif.

La publicité pour l'alcool à la télévision est régie par la loi dans un peu plus de la moitié des pays de l'Europe, bien que faisant l'objet d'une interdiction totale dans seulement cinq pays (dont seules la France et la Suède font partie l'UE).⁸ Les codes déontologiques reposant sur une adhésion volontaire sont relativement courants en UE15, mais n'ont pas cours en UE10 où la plupart des pays n'exercent aucun contrôle. Tout comme avec l'âge minimum légal imposé pour l'achat d'alcool, les Etats Membres de l'UE, en particulier en UE10, exercent un contrôle plus strict sur la publicité pour les spiritueux que pour le vin et la bière. A tel point que les Etats membres ont plus tendance à interdire complètement la publicité pour les spiritueux plutôt que d'opter pour des restrictions partielles. Toutefois les pays ayant adopté des restrictions partielles, des codes volontaires ou aucune restriction, ensemble, sont plus nombreux que ceux qui imposent une interdiction totale. La différence faite entre les types de boisson est aussi plus flagrante que dans le reste du monde. Ce qui signifie que les pays hors de l'UE ont plus tendance que les Etats membres à interdire totalement la publicité pour la bière à la télévision et moins pour les spiritueux.

Le fait de contrôler l'affichage publicitaire et la publicité dans la presse écrite est nettement moins commun que les restrictions concernant la télévision, avec un Etat membre sur trois n'exerçant aucun contrôle du tout. La plupart des pays qui offrent un environnement publicitaire totalement libre se trouvent en Europe de l'Est (UE10, Bulgarie et Roumanie). Là encore, les Etats de l'UE15 optent souvent pour des codes volontaires, à l'exception de la Grèce, du Luxembourg et du Portugal qui ne font même pas appel à ce type de mesure. Sur la scène internationale l'option des codes volontaires est trois fois moins pratiquée qu'en UE, bien que les interdictions complètes et une totale déréglementation soient plus fréquentes. L'adoption de

⁸ Le Danemark interdit toute publicité pour l'alcool sur l'une de ses chaînes nationales, mais n'exerce aucune réglementation concernant ce type de publicité sur les chaînes privées à diffusion nationale.

mesures plus strictes pour les spiritueux est moins fréquente que le contrôle publicitaire à la télévision, bien que de telles mesures existent dans cinq pays pour ce qui est de la publicité dans la presse écrite et dans quatre pays pour l'affichage publicitaire. Chose remarquable, seule la Norvège interdit toute publicité pour l'alcool dans la presse écrite, alors que trois autres pays exercent une interdiction totale concernant la publicité pour les spiritueux (Finlande, Pologne et Slovénie).

Le sponsoring donne aux producteurs et aux distributeurs de boissons alcoolisées un autre moyen de créer un lien entre marques d'alcool et styles de vie attrayants (cf. chapitre 7). Les mesures restrictives concernant le sponsoring ont toutefois tendance à être moins répandues que les restrictions de la publicité à la télévision, sept pays seulement imposant des restrictions légales au sponsoring sportif et cinq autres ayant opté pour des codes volontaires. Les lois réglementant le sponsoring événementiel ciblant les jeunes constituent une mesure encore moins courante, employée seulement dans six pays (Finlande, France, Norvège, Pologne, Lettonie et Suisse). Dans ces deux domaines, l'UE comparée au reste du monde a plus tendance à imposer des mesures, mais moins à adopter des lois restrictives, en particulier l'interdiction totale.

TAXES ET PRIX

Il est difficile de comparer les taxes sur l'alcool entre pays, en raison de la complexité des modes de calcul sur lesquelles elles reposent, tout comme il est difficile de comparer les valeurs monétaires entre contextes différents. Afin d'éviter ces problèmes, trois méthodes ont été utilisées :

1. Des taux en euros ont été calculés pour un degré d'alcool "standard" par type de boisson.⁹ Les niveaux de taxation représentés correspondent à un volume alcoolique donné plutôt qu'à la boisson même (c.-à-d. par hectolitre d'alcool pur, ou hlap, et non par bouteille de vin par exemple), ce qui permet une comparaison entre taxes sur l'alcool.
2. Ces chiffres ont alors été convertis en parité de pouvoir d'achat (PPA) afin de prendre en compte les écarts de prix entre pays, permettant ainsi une meilleure comparaison de l'impact des taxes sur l'alcool au niveau de la population dans chaque pays.¹⁰
3. Enfin, dans un rapport l'OMS a demandé aux représentants des pays, dans le monde entier, de lui communiquer les taxes sur l'alcool sous forme de pourcentage du prix de vente en magasin. Ces données sont moins fiables et ne couvrent qu'entre 14 et 19 pays de l'UE (selon les boissons). Cependant, elles permettent de comparer l'UE par rapport au reste du monde sur ce point.

Comparaison des taux de taxe en Europe

Si l'on examine la situation concernant la **bière** en utilisant la première méthode, on s'aperçoit que le taux de taxe varie considérablement au sein de l'UE (de 181 € en Espagne à 1 987 € en Irlande), et est encore plus lourd dans certains autres pays étudiés (4 335 € en Norvège). L'amplitude des écarts n'est réduite que légèrement après correction par rapport au pouvoir d'achat, les taxes dans la plupart des pays se situant entre 150 et 700 €, un groupe de sept pays imposant des taxes beaucoup

⁹ Données du CEPS (confédération des producteurs de spiritueux), en date du 1er février 2005.

¹⁰ La PPA (parité de pouvoir d'achat) permet de ramener les dépenses à l'échelle des prix dans différents pays, de façon à ce que la quantité achetée soit la même pour chaque pays. Les valeurs obtenues correspondent donc au pouvoir d'achat corrigé en euros, ou "PPA€".

fortes à savoir 1 250 € et plus. Après conversion en parité de pouvoir d'achat, on trouve les taxes les plus basses en Europe du Sud, en Roumanie et dans certaines régions de l'Europe centrale (ex. en Allemagne) où elles sont inférieures à 400 € PPA par hectolitre d'alcool pur (hlap). Dans d'autres régions de l'UE10 et d'Europe centrale les chiffres se situent entre 400 et 1 000 € PPA, la Pologne et les pays baltes exerçant des taux plus forts (entre 1 000 et 1 500 € PPA), alors que le nord de l'Europe, le Royaume-Uni et l'Irlande enregistrent les taux les plus élevés (plus de 1 500 € PPA). Par rapport au reste du monde (comparaison faite suivant la troisième méthode, à partir des données de l'OMS), les taux de taxe sont plus bas en Europe. Selon le classement de l'OMS, un pays de l'UE sur trois entre dans la catégorie à "faible taxation" (taxes représentant moins de 10 % du prix de vente) contre seulement un pays sur cinq dans le reste du monde, et seulement un pays sur quatorze en UE est classé à "forte taxation" contre un pays sur 4 dans le reste du monde.

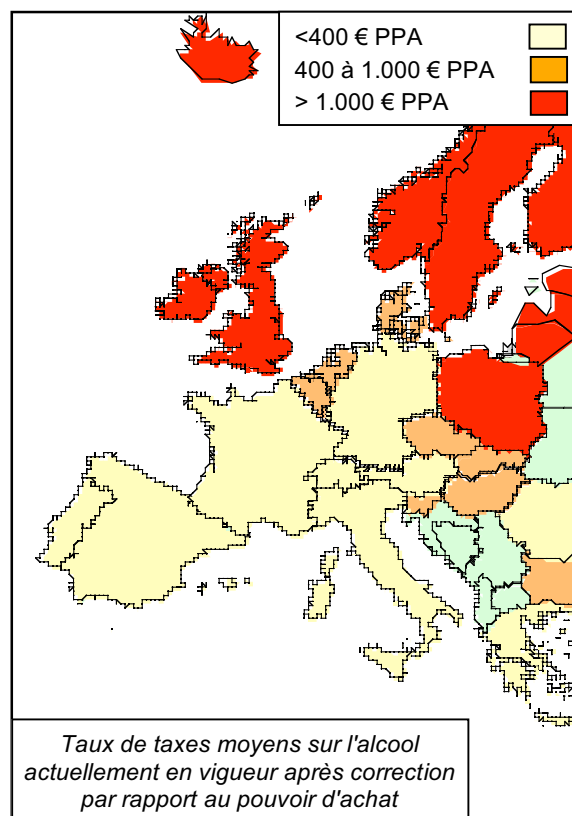


Figure 9.5 Taux de taxes moyens sur l'alcool actuellement en vigueur après correction par rapport au pouvoir d'achat

En ce qui concerne le **vin**, la situation est très différente, la moyenne avoisinant 800 € comme pour la bière. Toutefois, la moitié des pays européens n'imposent aucune taxe sur le vin. De plus l'écart dans le taux de taxe est énorme entre les pays taxant le vin, la Hongrie et la France taxant moins de 60 € PPA contre 1 000 € PPA pour 20 % des autres pays. La tendance qui en ressort est claire : aucun pays au sud de la Pologne n'impose de fortes taxes sur le vin (Allemagne et Autriche y compris) alors que les plus forts taux de taxe sont imposés en Europe du Nord, au Royaume-Uni, en Irlande et dans les pays baltes. Il n'est donc guère surprenant de constater que l'Europe, par rapport au reste du monde, taxe plus légèrement le vin avec 57 % des pays européens étant classés à "faible taxation" (contre 21 % pour le reste du monde) et seulement 11 % classés à "forte taxation" (contre 33 % pour le reste du monde). Chose encore plus étonnante, le très faible taux PPA en Hongrie correspond en fait au plus fort pourcentage du prix de vente, ce qui s'explique simplement par le prix très bas du vin dans ce pays.

Par rapport à la bière et au vin, les **spiritueux** sont beaucoup plus lourdement taxés : les taux moyens en € et en PPA€ se situent aux environs de 2 000, soit à peu près deux fois et demie ceux pour les autres boissons alcoolisées. Le taux PPA le *plus bas* (650 PPA€ à Chypre) pour les alcools forts reste néanmoins plus élevé que les taux de taxe sur le vin et la bière appliqués dans deux tiers des pays, alors que le taux le plus fort (6 400 PPA€ en Islande) est 50 % plus élevé que le plus fort taux pour les autres boissons alcoolisées.

On voit effectivement que chaque pays de l'UE impose de plus fortes taxes sur les spiritueux que sur la bière et/ou le vin, ce qui ramène la moyenne des taxes en UE au même niveau que le pourcentage de taxes (par rapport au prix de vente) au niveau mondial. Bien que la fourchette des taux de taxe soit beaucoup moins large

pour les spiritueux, les chiffres les plus bas se retrouvent toutefois dans les mêmes pays que pour la bière, à savoir dans les pays de l'Europe du Sud (Chypre, Grèce, Italie, Malte, Portugal), dans certains pays du sud de l'UE10 (Bulgarie, Roumanie, Slovénie) et d'Europe centrale (Allemagne, Autriche, Luxembourg).

"Taux de taxe moyen" et prix de vente au consommateur

L'incidence des différences dans la taxation de l'alcool varie selon l'importance qu'a chaque type de boisson alcoolisée au niveau pays. Par exemple, un faible taux de taxe sur les spiritueux a sur le plan pratique de plus grandes incidences lorsque les spiritueux sont plus présents que les autres boissons alcoolisées. Ainsi, si l'on examine le taux moyen de taxe sur l'alcool actuellement en vigueur dans chaque pays de l'UE (figure 9.5),¹¹ on constate que le nord de l'Europe, les pays baltes, le Royaume-Uni, l'Irlande et la Pologne exercent les taux les plus forts. Inversement, on trouve les taux les plus bas en Europe du sud et dans certaines régions de l'Europe centrale, et des taux intermédiaires dans le reste de l'Europe centrale et en Europe de l'Est.

Il faut toutefois se rappeler que les taxes spécifiques à l'alcool ne déterminent pas automatiquement le prix de vente au consommateur dans chaque pays. Car certains pays ont un système fiscal comprenant également une taxe générale (TVA) applicable aux boissons alcoolisées et qui peut aller aussi bas que 7,6 % et aussi haut que 25 % dans les pays étudiés. Fort heureusement pour notre analyse, la TVA au sein de l'UE est comprise dans une fourchette plus étroite (entre 15 et 25 %) et une certaine "corrélation" existe entre taxes sur l'alcool et TVA, le Portugal et le Luxembourg ayant même réduit leur taux de TVA sur le vin par rapport aux autres boissons alcoolisées, ainsi que leur taux de taxe sur l'alcool.

De plus, un grand nombre de facteurs, d'une part culturels et d'autre part liés au marché, peuvent intervenir dans cet écart entre taux de taxe et prix au consommateur. Même si l'on prend le prix de la bière et d'une boisson au cola (données OMS 2004), on s'aperçoit qu'il n'y aucun rapprochement possible entre taxe sur l'alcool et degré d'alcool comparé aux boissons non alcoolisées. Si l'on compare le prix de l'alcool à celui des autres denrées,¹² comme dans la figure 9.6, on constate qu'un *faible* taux de taxe peut coexister avec un prix d'alcool à la vente aussi bien élevé que bas, alors qu'un taux de taxe *élevé* aboutit généralement à un prix au consommateur élevé.

De façon générale le prix de l'alcool est plus élevé dans les pays d'Europe de l'Est (à l'exception de la Slovénie), même dans ceux imposant des taux de taxe relativement bas (comme en Bulgarie et en Roumanie). Si l'on prend 100 pour exprimer une valeur pratiquement équivalente entre prix de l'alcool et d'autres denrées de consommation courante, on constate que la plupart des pays d'Europe du sud et centrale se situent en dessous de 90 alors que pratiquement tous les pays de l'Europe de l'Est se situent entre 130 et 190. Au sein de l'UE15, seuls la Finlande, l'Irlande et le Royaume-Uni ont des prix de vente de ce niveau (la Suède étant légèrement plus bas). Ces prix reflètent uniquement les ventes en magasin, et il ne

¹¹ Le taux de taxe moyen corrigé est le taux en vigueur global pour les boissons alcoolisées, corrigé par rapport au pouvoir d'achat dans les différents pays (c.-à-d. le taux de taxe en € PPA multiplié par la part de la consommation d'alcool spécifique à la boisson considérée). Les pays où la consommation d'alcool est en grande partie non taxée (ex. le vin en Italie) ont donc un taux de taxe extrêmement bas.

¹² Les données sur les indices des prix à la consommation (IPC) sont extraites de la base de données Eurostat NewCRONOS, et sont provisoires pour 2003. Les IPC pour l'alcool montrent les écarts dans les prix de l'alcool à la vente au détail (ventes "magasin") en UE25. Ces chiffres ont ensuite été comparés avec les IPC pour des denrées de consommation courante afin de montrer la différence de prix avec les boissons alcoolisées.

faut pas oublier que le volume des ventes consommées sur place (ex. dans les bars, restaurants, etc.) a également une incidence sur le prix que le consommateur paie dans chaque pays. Ce qui signifie, par exemple, que le prix au consommateur au Royaume-Uni et en Irlande, où la consommation d'alcool se fait en grande partie dans des débits de boissons, aura tendance à être plus élevé qu'en Italie (cf. chapitre 4).

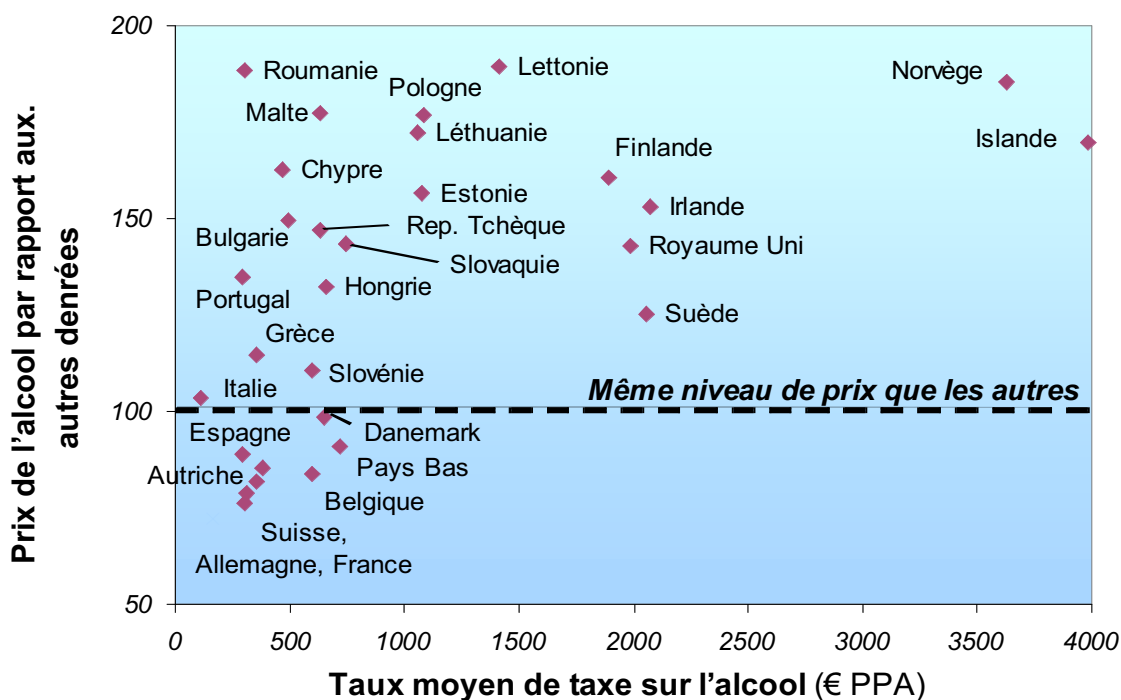


Figure 9.6 Taxes sur l'alcool et prix de vente de l'alcool par rapport aux autres denrées de consommation courante. Les valeurs résultent des calculs effectués par les auteurs à partir de données publiques (cf. notes de bas de page 11 et 12 pour de plus amples informations).

Taxes spécifiques : le cas des alcopop

Certaines taxes ont été créées en France, en Suisse, en Allemagne et au Danemark pour lutter contre la consommation croissante d'alcopop chez les jeunes (cf. chapitre 4).

Par exemple, en février 2004 la Suisse a révisé cette taxe qui est maintenant équivalente à trois fois celle sur les spiritueux, et depuis juillet 2004 l'Allemagne impose une taxe supplémentaire de 0,83 € par bouteille de 275 ml. La définition donnée aux "alcopop" est aussi souvent basée sur la contenance en sucre. En Suisse, cette contenance est fixée à 50 grammes par litre, ce qui a donné lieu à la production de versions "allégées en sucre" pour échapper à cette taxe. Aucune étude théorique n'a été entreprise pour évaluer ces taxes en particulier (cf. toutefois chapitre 7 concernant l'impact des mesures fiscales et tarifaires dans d'autres contextes). Ceci dit, les chiffres officiels montrent que l'instauration de la nouvelle taxe a entraîné une brusque chute dans l'importation d'alcopop en Suisse (cf. figure 9.7).

L'examen le plus approfondi concernant la taxation des alcopop a été fait par le gouvernement allemand, qui a récemment procédé à une enquête au sujet de la taxe qui avait été introduite l'année précédente (Bundesministerium der Finanzen [ministère des Finances] 2005). Cette enquête réalisée auprès des 12-17 ans, a révélé que la consommation d'alcopop à base d'alcool fort a chuté de moitié entre 2004 et 2005 (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] 2005), sans avoir créé d'effet de substitution sensible (bien qu'il y ait eu une légère augmentation de la consommation d'alcopop à base de bière). Les chiffres officiels des volumes de vente d'alcopop à base d'alcool fort montrent également une chute de 75 % après l'instauration de la taxe.

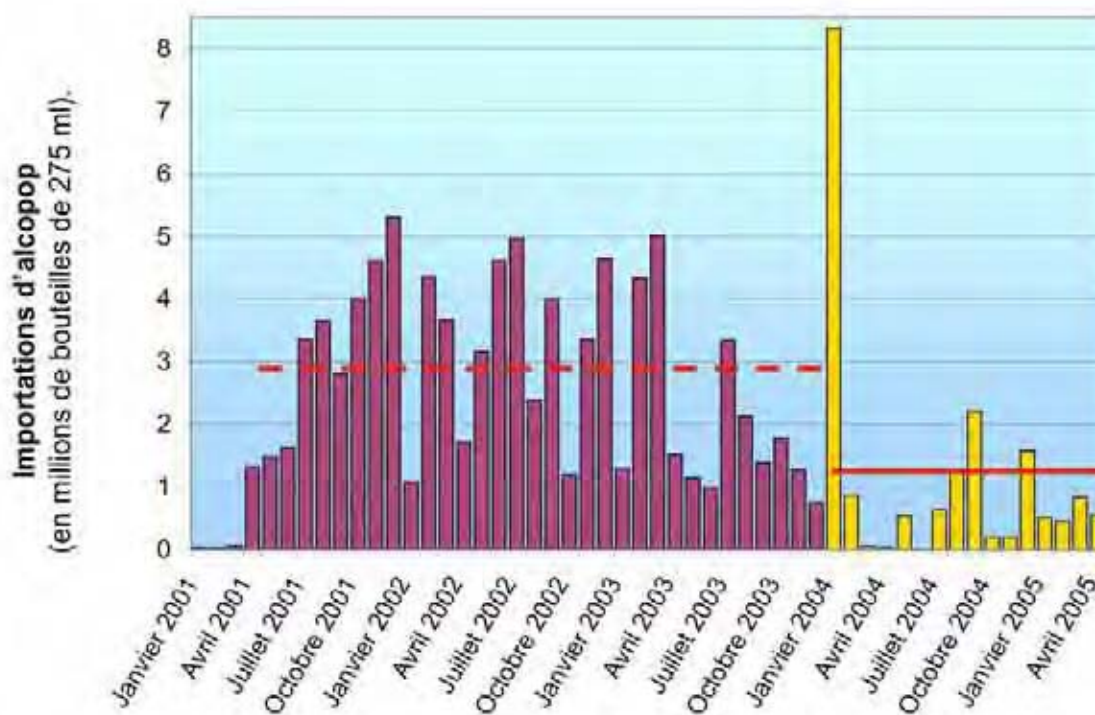


Figure 9.7 Taxe sur les alcopop en Suisse

Chiffres officiels (Eidgenössische Alkoholverwaltung [organe de contrôle de l'alcool en Suisse] pour 2005). En janvier 2004, les distributeurs ont importé de grandes quantités afin d'augmenter leur stock en prévision de la taxe à l'importation qui devait être mise en vigueur en février. Même si l'on intègre ce stock aux boissons soumises à la taxe, la moyenne d'avril 2001 à décembre 2003 (ligne rouge pointillée) correspond à plus du double de la moyenne des importations depuis cette date (ligne rouge continue).

Selon les résultats de l'enquête, cette chute dans la consommation est principalement due à la taxe. En particulier, 70 % des adolescents interrogés ont déclaré acheter moins d'alcopop, un grand nombre (63 %) évoquant comme raison que ces boissons étaient devenues trop chères (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] 2005). Une plus forte sensibilisation des jeunes concernant l'alcool ainsi que la prise de mesures plus strictes concernant le respect de la réglementation les concernant peuvent aussi y avoir contribué. Les cabinets spécialisés dans les études de marché attribuent aussi la baisse de consommation d'alcopop aux taxes en Allemagne et en Suisse. Le rapport ACNielsen indique qu'«une augmentation massive du prix des boissons alcoolisées aromatisées (en Suisse) visant à prévenir une consommation risquée d'alcool chez les jeunes a causé une brusque chute des ventes» (Rapport de sondage international sur les boissons, 26 mai 2005). De même, la BSI, corporation allemande des producteurs et

Encadré 9.6 : Taxes et prix

- Les taux de taxe varient considérablement en Europe, en particulier en ce qui concerne le vin, qui n'est pas assujéti aux taxes dans près de la moitié des pays.
- Les taxes corrigées par rapport au pouvoir d'achat sont plus fortes en Europe du Nord et plus faibles dans le sud de l'Europe et certaines régions d'Europe centrale.
- Quatre pays ont adopté des taxes spéciales pour les alcopop, qui semblent avoir freiné la consommation de ces boissons.

importateurs de spiritueux, a conclu que la chute des ventes d'alcopop à base d'alcool fort était *“directement due à la nouvelle taxe sur ces produits”* (Rapport de sondage international sur les boissons, 23 juin 2005).

Une taxe sur les alcopop existe également en France depuis 1999 (et a été majorée en 2005), mais bien qu'une réduction de la consommation d'alcopop en résultant ait été rapportée aucune enquête approfondie n'a été entreprise. Le Danemark a instauré une taxe sur les alcopop en juin 2005, et suite aux résultats de l'enquête officielle sur la taxe allemande, les Pays-Bas et la Suède envisagent d'adopter une taxe similaire.

COMPARAISON ENTRE PAYS

Les politiques en matière d'alcool : l'Europe et les autres pays du monde

Par rapport au reste du monde, les pays d'Europe ont moins tendance à adopter certaines politiques, en particulier la réglementation du marché de l'alcool ou les mesures fiscales.

En examinant la figure 9.8 on voit clairement que moins de pays dans l'UE imposent (i) de fortes taxes sur le vin et la bière (exprimées en pourcentage du prix), (ii) des restrictions sur les jours et horaires de vente en magasin concernant la bière, (iii) un âge minimum légal de 18 ans pour l'achat de bière, ou (iv) un système de monopole ou de licence pour la vente de la bière. Par contre, les pays de l'UE ont plus tendance à exercer des restrictions sur la publicité pour l'alcool dans la presse écrite, et à imposer aux automobilistes un taux maximum d'alcoolémie légale égal ou inférieur à 0,5g/l.

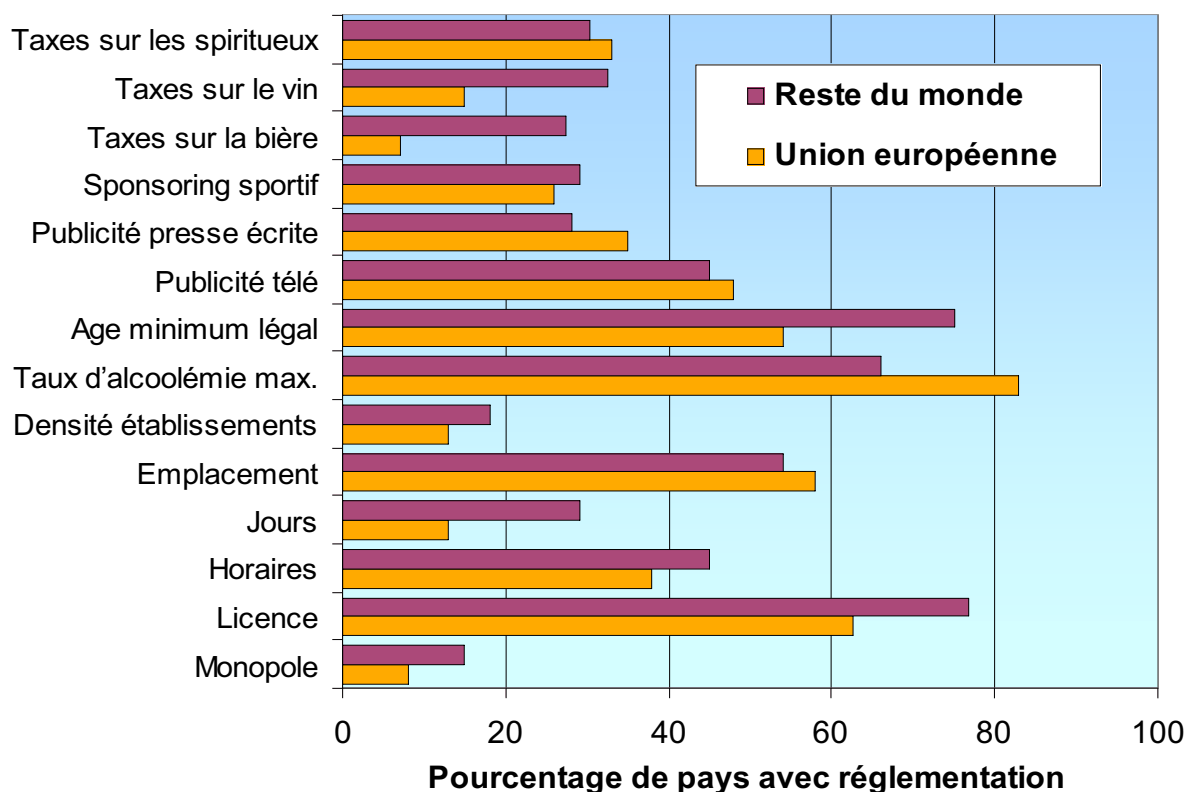


Figure 9.8 Réglementations de l'alcool employées en UE par rapport au reste du monde

Source : Rapport sur la situation mondiale concernant les politiques en matière d'alcool (OMS 2004), avec mises à jour fournies par les membres du réseau sur la politique en matière d'alcool. **Taxes** (% dans la catégorie à forte taxation OMS) [$> 30\%$ du prix de vente au consommateur pour la bière et le vin, $> 50\%$ pour les spiritueux] ; **Sponsoring sportifs / publicités** (% usant de restrictions légales concernant les publicités pour la bière et le sponsoring d'événements sportifs) ; **Age minimum légal** (% imposant un âge minimum de 18 ans ou plus pour l'achat de bière dans un bar ou autre débit de boissons) ; **Taux maximum légal d'alcoolémie** (% imposant un taux maximum d'alcoolémie $\leq 0,5g/l$) ; **Densité d'établissements, emplacement, jours et horaires** (% usant de restrictions pour les ventes magasin quel que soit le type de boisson) ; **Licence/Monopole** (% utilisant le système de monopole ou de licence pour la vente de bière).

Un grand nombre de domaines réglementés n'ont toutefois pas pu être inclus dans des graphiques comme la figure 9.8 à cause d'une autre tendance générale, à savoir les pays de l'UE tendent plus que le reste du monde à adopter des stratégies dans chaque domaine, mais toutefois moins sévères. Par exemple, les pays de l'UE tendent *plus* à imposer un âge minimum légal pour l'achat d'alcool mais tendent *moins* à fixer cet âge à 18 ans (en fait l'âge minimum légal de 16 ans est pratiquement unique à l'Europe).

De même, les pays de l'UE sont plus enclins à réglementer le sponsoring sportif mais les restrictions font souvent appel à une adhésion volontaire alors que les dispositions légales à cette encontre sont moins courantes.

Echelle de mesure des politiques sur l'alcool en Europe

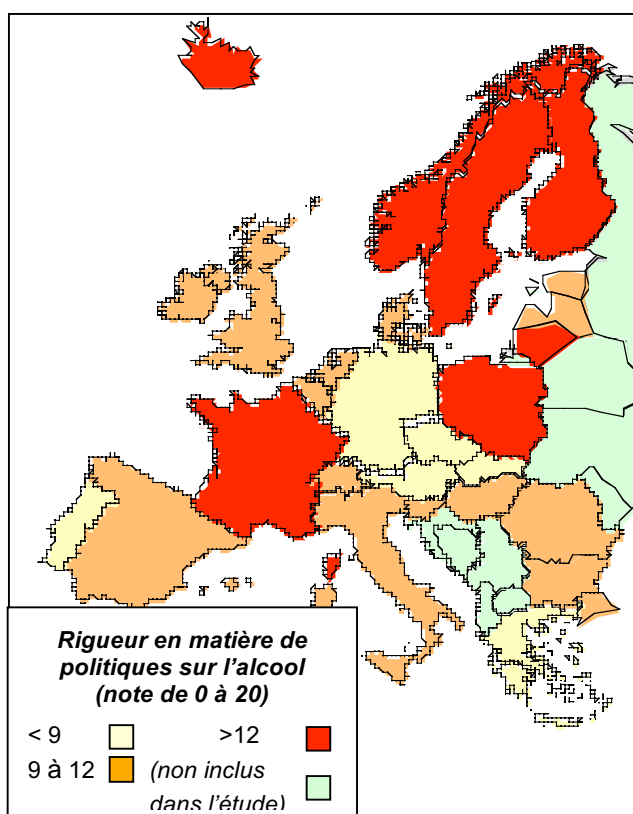


Figure 9.9 Rigueur en matière de politiques sur l'alcool dans les pays d'Europe.

Des valeurs estimées ont été attribuées (correspondant à la note moyenne en UE) dans un domaine de réglementation respectivement pour la République slovaque et la Turquie. Source : calculs effectués par les auteurs basés sur l'échelle de mesure fournie par l'enquête ECAS (Karlsson & Österberg 2001), et des données extraites du rapport sur la situation mondiale concernant les politiques en matière d'alcool (OMS 2004), avec mises à jour par les membres du réseau sur la politique en matière d'alcool (cf. chapitre 1).

l'UE), cf. Figure 9.9. Les notes les plus basses (inférieures à 8) se trouvent en

Prendre du recul pour évaluer les politiques sur l'alcool en examinant la situation globale est plus difficile qu'il ne paraît, car il n'existe aucun moyen "objectif" de convertir une stratégie en une seule unité de mesure.

Tout mode utilisé pour regrouper les politiques est forcément sélectif et omet également des éléments lorsque des données valables ne sont pas disponibles (ex. ampleur des mesures prises pour la mise en application des réglementations). Il a donc été décidé d'utiliser l'échelle de mesure qu'a fournie l'enquête ECAS, grand projet subventionné par la Commission européenne (Karlsson & Österberg 2001), et qui repose sur deux principes (Davies & Walsh 1983; Österberg & Karlsson 2002).¹³ Ce qui permet non seulement d'éviter la création d'une nouvelle échelle pouvant donner lieu à contestation, mais de plus nous pouvons ainsi comparer les politiques actuelles avec celles d'il y a plus d'un demi-siècle.

Si l'on se base sur cette échelle de valeur, allant de 0 (aucune restriction) à 20 (restrictions dans tous les domaines), la note attribuée pour les pays d'Europe varie entre 5,5 (Grèce) et 17,7 (Norvège), soit une moyenne de 10,5 (10,1 pour

¹³ Compte tenu des différences de disponibilité concernant les données, l'échelle de mesure en fait diffère légèrement de celle de l'enquête ECAS, bien que le mode de pondération soit identique. Les principales différences sont les suivantes : (i) pour chaque domaine, les réglementations pour chaque type de boisson comptent pour 1/3 du total des points disponibles (ex. la vente de spiritueux sous licence compte pour 1/3 des points) ; (ii) les contrôles exercés sur la production et les ventes en gros sont remplacés par des données correspondantes mais ayant trait à la production seule ; (iii) le point attribuable à l'origine à chaque réglementation "points de vente/jours/horaires" et "autres restrictions" pour d'une part les ventes "magasin" et d'autre part pour les ventes "en salle" a été remplacé par un point pour chaque restriction concernant la vente d'alcool, les jours, les horaires et la densité des points de vente pour les ventes "magasin" uniquement ; (iv) les restrictions frappant la publicité pour l'alcool ont été divisées en deux avec un point attribué pour les réglementations de la publicité à la télévision et 1/2 point d'une part pour les restrictions concernant l'affichage et d'autre part pour celles concernant la publicité dans la presse écrite ; (v) le point attribuable à des "programmes ou agence d'intervention nationale basée sur l'éducation" a été remplacé par 1/2 point attribué respectivement aux programmes éducatifs de conception moyennement bonne et aux campagnes médiatiques. La plupart des pays enregistrent des notes relativement proches, bien qu'on constate un écart de deux points ou plus en ce qui concerne la Belgique (plus bas), le Danemark (plus haut), l'Italie (plus bas), et le Royaume-Uni (plus bas).

Europe du Sud (Portugal, Grèce, Malte) plus un petit groupe de pays en Europe centrale et de l'Est (Autriche, République tchèque, Allemagne, Luxembourg). Bien que les notes supérieures à 15 se retrouvent dans les pays d'Europe du Nord, les notes concernant les réglementations ne diminuent pas simplement du Nord au Sud, car comme on peut le voir la France a une note élevée par rapport à celle plutôt basse du Royaume-Uni.¹⁴ On constate également des variations au sein de l'UE10, où certains pays (comme la Pologne et la Lituanie) imposent des réglementations strictes alors que d'autres (République tchèque en particulier) sont beaucoup moins rigoureux.

Si l'on compare ces données aux taux de taxes moyens sur l'alcool (cf. figure 9.5), on constate que la plupart des pays qui enregistrent des notes élevées en terme de rigueur réglementaire exercent également des taux de taxe élevés. Il existe toutefois des exceptions dans les deux sens, à savoir la France bien qu'elle ait une note élevée sur le plan des réglementations a un taux de taxe bas, contrairement au Royaume-Uni (et l'Irlande dans une mesure légèrement moindre) qui taxe lourdement l'alcool et a une note basse en réglementations.

Les tendances en matière de politiques sur l'alcool

L'analyse chronologique des données de l'enquête ECAS, pour l'UE15 et la Norvège et couvrant la période de 1950 à 2005 (résultats présentés ci-avant sur la même échelle de mesure) révèle clairement la nature mouvante des politiques en matière d'alcool en Europe.¹⁵ Malheureusement les données nécessaires concernant l'historique pour certains pays de l'UE10 non couverts par l'étude ECAS ne sont pas disponibles. Cependant, une étude comparative précédente ayant utilisé une autre échelle de mesure a rapporté que le niveau de réglementation en Pologne s'est assoupli entre 1981 et 1991 (Contel 1993).

Il existe toutefois des sources permettant d'obtenir l'historique des récentes tendances en matière de réglementation au sein de l'UE10. La plus importante mesure qui ait été prise dans les pays d'ex-Union soviétique ou ayant signé le Pacte de Varsovie¹⁶ a été la campagne anti-alcool menée par Gorbatchev dans les années 1980 avec de sévères restrictions sur la disponibilité de l'alcool (Room 2001; Swiatkiewicz & Moskalewicz 2003). En dehors des effets manifestes sur la santé publique (cf. chapitre 6), l'écart entre l'offre et la demande concernant l'alcool a eu un certain nombre de conséquences secondaires négatives marquées, dont notamment le rationnement et l'essor du marché noir. Bien que cette politique ait été abandonnée en 1989, il a été suggéré que les effets peuvent être encore perçus sous forme de rancœur latente contre une des dernières interventions du pouvoir central de la bureaucratie (Room 2001). Toutefois, cette idée ne semble pas être partagée par tous, seulement une minorité parmi les groupes appartenant à l'élite, dans les pays au bord de la mer Baltique, ayant mentionné la campagne de Gorbatchev lors de discussions à la fin des années 90 concernant ce à quoi une politique sur l'alcool devrait ressembler (Simpura *et al.* 1999).

¹⁴ Le Royaume-Uni enregistre une note plus basse que dans l'enquête ECAS d'origine, en raison de certaines corrections faites concernant les données et de réajustements concernant la réglementation des ventes.

¹⁵ Compte tenu des modifications apportées à l'échelle de mesure des réglementations fournie par l'enquête ECAS, dues à la disponibilité des données, les chiffres obtenus pour 2005 sont plus bas que ceux de 2000 sur le plan des contrôles de la distribution et du marketing. Ceci dit, les notes actualisées ne changent rien à la présente analyse et sont incluses dans les graphiques juste pour éviter tout écart entre les graphes présentés dans ce chapitre susceptible de créer une confusion.

¹⁶ Tous les pays de l'UE10, à l'exception de Chypre, Malte et de la Slovénie, plus les autres pays couverts dans l'étude à savoir la Bulgarie et la Roumanie.

Enquête ECAS : les tendances en matière de réglementations dans les pays étudiés

Juste après la seconde guerre mondiale, l'Europe occidentale présentait de forts contrastes en terme de politique sur l'alcool. La Norvège, la Suède et la Finlande exerçant un contrôle strict sur les ventes d'alcool via, entre autres moyens, un système de monopole et/ou de rationnement, alors que pratiquement aucune réglementation n'existait dans le Sud de l'Europe, ou celles qui existaient étaient à visée commerciale plutôt que sanitaire (ailleurs qu'en Italie). Sur le graphe comparatif des politiques sur l'alcool, les pays entre ces deux extrêmes utilisaient principalement des restrictions de vente sous forme de licence. Il existait toutefois un écart considérable entre le quatrième pays le plus strict (le Royaume-Uni avec une note de 8) et le troisième (Finlande avec une note de 17 ; cf. figure 9.10).

A la fin du dernier siècle on a assisté à certaine harmonisation. Presque tous les pays ont resserré leurs réglementations sur l'alcool avec pour motifs des préoccupations sanitaires ou sociales, ces changements étant plus marqués en France et en Espagne. La Finlande constitue la seule exception (l'étude ECAS montre que la Norvège et la Suède ont légèrement relâché leurs mesures), ayant abandonné en grande partie son système de monopole et assoupli certaines autres restrictions. En fait, d'autres pays ont aussi évité de prendre des mesures dans ces domaines (la note moyenne concernant les contrôles exercés sur la production et la distribution a en fait chuté entre 1950 et 2005, et les données limitées indiquent également un recul des taux de taxe depuis les années 1970 [Österberg 2005]), avec en contrepartie une tendance à adopter des réglementations luttant contre l'alcool au volant et des restrictions publicitaires ainsi que l'instauration d'organismes pour des interventions de type préventif ou éducatif. Ce phénomène de convergence n'est donc pas seulement lié à la note globale par pays en terme de réglementation mais aussi à des changements dans les préférences, délaissant le contrôle de "l'offre" pour s'orienter vers une gestion de la "demande" (cf. figure 9.11).

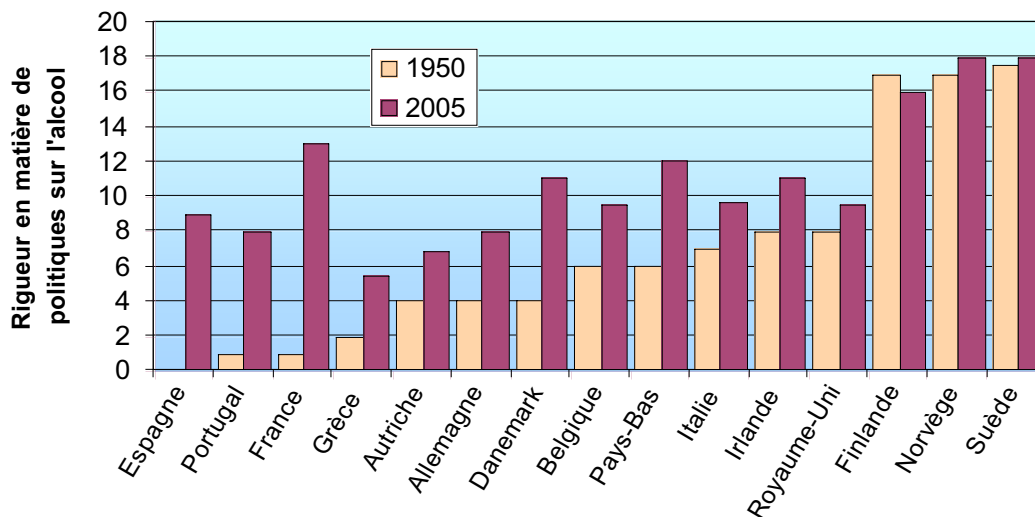


Figure 9.10 Changements dans la rigueur en matière de politiques sur l'alcool (basés sur l'enquête ECAS). **Source** : calculs effectués par les auteurs basés sur l'échelle de mesure fournie par l'enquête ECAS (Karlsson & Österberg 2001), et des données extraites du rapport sur la situation mondiale concernant les politiques en matière d'alcool (OMS 2004), avec mises à jour par les membres du réseau sur la politique en matière d'alcool (cf. chapitre 1).

Un rapport fourni par l'OMS-Europe pour la conférence des ministres à Stockholm en 2001 couvre aussi une partie de la période la plus récente (Rehn, Room, et Edwards 2001), et indique que la publicité et les activités promotionnelles sur les lieux de vente constituent les domaines ayant davantage fait l'objet de changements sur la période allant de 1994/1995 à 1998/1999, avec généralement pour les deux une tendance à adopter des mesures plus strictes (9 pays sur 16 pour la publicité, 11 pays sur 13 pour les activités promotionnelles sur les lieux de vente). Les réglementations contre l'alcool au volant ont également été resserrées, en particulier en ce qui concerne le taux maximum d'alcoolémie autorisé (révisé à la baisse dans 9 pays et à la hausse uniquement en Bulgarie) mais aussi avec l'adoption de contrôles par alcootest au hasard (dans 5 pays). On constate un relâchement dans les réglementations uniquement dans le domaine de la disponibilité de l'alcool, le système de monopole ayant été remplacé par celui de vente sous licence dans cinq pays, alors que ce dernier type de réglementation a été assoupli dans cinq autres pays (bien que dans quatre autres cas les restrictions concernant la vente sous licence ont été resserrées). Ces données concordent avec celles de l'enquête ECAS, qui montrent un resserrement des restrictions ciblées, notamment concernant la publicité, en même temps qu'un relâchement du contrôle de la disponibilité de l'alcool.

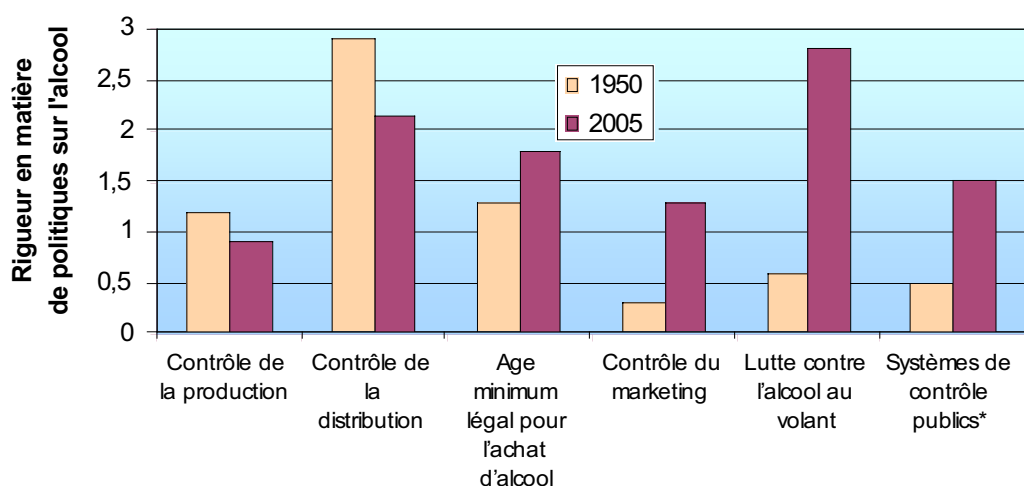


Figure 9.11 Changements dans la rigueur de certaines politiques sur l'alcool (basés sur l'enquête ECAS). * structure ou organisme chargé de la mise en application des réglementations. **Source** : calculs effectués par les auteurs basés sur l'échelle de mesure fournie par l'enquête ECAS (Karlsson & Österberg 2001), et des données extraites du rapport sur la situation mondiale concernant les politiques en matière d'alcool (OMS 2004), avec mises à jour par les membres du réseau sur la politique en matière d'alcool (cf. chapitre 1).

CONCLUSION

Il existe de remarquables similarités entre les pays d'Europe en matière de politique sur l'alcool, ainsi qu'un certain nombre de différences constantes. Par exemple, alors que tous les pays d'Europe ont adopté une série de mesures concernant l'alcool, on constate parfois un manque de coordination dû à l'absence d'une stratégie globale offrant un cadre structuré dans lequel ces mesures pourraient s'inscrire. La relative similarité entre pays se retrouve notamment dans l'imposition d'un taux d'alcoolémie

maximum pour les automobilistes, de systèmes de vente d'alcool sous licence, d'un âge minimum légal pour l'achat d'alcool dans les bars et autres débits de boissons, dans les interventions sous forme de programmes éducatifs en milieu scolaire. Par contre, il existe de grandes différences dans la rigueur des mesures prises pour garantir le respect de la réglementation contre l'alcool au volant (un grand nombre d'automobilistes dans plusieurs pays considérant qu'ils ne subiront jamais d'alcootest), ainsi que dans l'âge minimum légal pour l'achat d'alcool (en particulier en magasin), les restrictions concernant la disponibilité de l'alcool et les publicités pour l'alcool. Surtout, on constate d'énormes écarts dans les taux de taxe en Europe, les pays d'Europe du Sud et certains d'Europe centrale et de l'Est enregistrant les taux les plus bas. Ceci dit, il convient de remarquer que la rigueur des politiques sur l'alcool ne présente pas une nette amplitude décroissante Nord-Sud, la France enregistrant une note élevée alors que l'Irlande et le Royaume-Uni ont des notes plutôt basses.

L'analyse comparative des politiques sur l'alcool entre pays met inévitablement en évidence certaines différences en matière d'interventions d'envergure nationale, à savoir les types de réglementations plus couramment utilisés en dehors qu'au sein de l'Europe, ainsi que ceux qui étaient plus souvent employés dans le passé par rapport à aujourd'hui. Le contrôle de la disponibilité de l'alcool a reculé au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, certains affirment que ce phénomène est dû au consumérisme croissant (Lund, Alavaikko, & Österberg 2000). Bien que les politiques aient changé, les données dont nous disposons concernant l'opinion publique ne confirment pas cette théorie (Österberg & Karlsson 2002). Les niveaux de taxation de l'alcool par rapport au prix de vente au consommateur sont également plus faibles en Europe que partout ailleurs dans le monde, élément qui doit aussi être remis dans le contexte des réglementations du marché intérieur examiné au chapitre 8. Et bien que l'adoption de mesures efficaces pour lutter contre les méfaits de l'alcool (cf. chapitre 7) est fortement répandue en UE aujourd'hui, il subsiste encore de nombreuses situations où il est de toute évidence encore possible de diminuer ces conséquences négatives en généralisant la mise en pratique de stratégies en vigueur dans la majorité des Etats membres de l'UE (les recommandations faites au chapitre 10 tiennent compte de ce fait).

Il est toutefois également important de souligner la tendance positive globale en Europe en ce qui concerne les politiques sur l'alcool. Les mesures de lutte contre l'alcool au volant sont aujourd'hui chose courante, alors qu'elles étaient relativement rares il y a 50 ans. Dans une moindre mesure, un certain nombre de réglementations se sont fortement propagées au sein de l'Europe, y compris le contrôle du marketing pour l'alcool, l'imposition d'un âge minimum légal pour l'achat d'alcool, les systèmes de contrôle publics assurant la mise en application des mesures. Toutes ces interventions pouvant en partie être liées aux attitudes du grand public face aux réglementations sur l'alcool, bien que des recherches complémentaires dans ce domaine soient nécessaires. Globalement, les Etats membres de l'UE ont aujourd'hui des positions plus proches en terme de politique sur l'alcool qu'il y a un demi-siècle, phénomène parallèle à une certaine homogénéisation des niveaux de consommation d'alcool, examinée au chapitre 4. C'est donc dans le contexte de cette tendance à progresser qu'il faut considérer les écarts qui existent et les aborder sous un jour positif.

REFERENCES

Baltic Data House (2001). *Economic research about the influence of taxes imposed on alcohol and influence of price policy on alcohol consumption; research about accidents caused by alcohol intoxication*. Riga, LV: Market and Social Research Group, Baltic Data House, Baltic Institute of Social Sciences.

BBC News Online (2004). *Public backs alcohol crackdown [posted 8th September]*. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/3634322.stm>

Bongers, I. M. B. (1998). "Social Climate on Alcohol in Rotterdam: Public Opinion on Drinking Behaviour and Alcohol Control Measures." *Alcohol and Alcoholism*, 32(2): 141-50.

Bundesministerium der Finanzen [Federal Ministry of Finance] (2005). *Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Alkopopsteuergesetzes auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen unter 18 Jahren sowie die Marktentwicklung von Alkopops und vergleichbaren Getränken [Federal Government report on the effect of the alcopops tax on the consumption of alcohol in young people under the age of 18, as well as market trends in alcopops and comparable beverages]*. <http://www.bmgs.bund.de/downloads/alkopopsteuerbericht.pdf>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2005). *Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops (Alkopops-Studie) [Developments in young people's consumption of alcohol, in particular on alcopops (Alcopops study)]*. Köln, Deutschland: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Federal centre for health education]. http://www.bmgs.bund.de/downloads/bzgakurzbericht_alkopops.pdf

Christ, R. (1998). "Drinking and Drink Driving." *The attitude and behaviour of European car drivers to road safety: Sartre reports - Part 1 - Report on principal results*, Edited by J-P. Cauzard and R. Wittink. project on Social Attitudes to Road Traffic Risk in Europe.

Contel, M. (1993). "L'Approccio Istituzionale e Normativo [Institutional and Normative Approach]." *Alcool: consumi e politiche [Alcohol: consumption and policy]*, Rome: Permanent Observatory on Youth and Alcohol.

Crawford, A. (1987). "Attitudes About Alcohol: a General Review." *Drug and Alcohol Dependence*, 19: 279-311.

Davies, P. and Walsh, D. 1983. *Alcohol Problems and Alcohol Control in Europe*, New York: Gardner Press.

Eidgenössische Alkoholverwaltung [Swiss Alcohol Board] (2005). *Einfuhr von Premix und Alcopops umgerechnet in Flaschen zu 275 ml und einen Alkoholgehalt von 5,6 % Vol [Imports of premix drinks and alcopops assuming bottles of 275ml and an alcoholic strength of 5.6% ABV]*. http://www.eav.admin.ch/d/n_alcopo2.htm

Elmeland, K. and Villumsen, S. (2005). "Opinions on Alcohol Policy in Denmark." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]*

Hanekom, L. (2004). *Alcohol consultation with young people in England*. Turning Point, the Hungerford and Comic Relief. http://www.turning-point.co.uk/NR/rdonlyres/C5A18354-7FD3-4613-8832-A9C36D74FF28/0/YPAalcohol_consultation_reportdoc.pdf

Hemström, Ö. (2002). "Attitudes to Alcohol Policy in Six EU Countries." *Contemporary Drug Problems*, 29: 605-18.

Hemström, Ö., H. Leifman, and M. Ramstedt (2001). "The ECAS-Survey on Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Kara, D. and Hutton, L. (2003). *Omnibus Survey: testing public opinion on licensing laws and alcohol consumption*. Scottish Opinion Ltd on behalf of Scottish Executive Social Research. <http://www.scotland.gov.uk/library5/justice/ostp.pdf>

Karlsson, T. and Österberg, E. (2001). "A Scale of Formal Alcohol Control Policy in 15 European Countries." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 117-31.

Koroleva, I. (2005). "Alcohol Consumption and Problems in Latvia: Survey Results on Alcohol Use." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]*

Lancaster, B. and Dudleston, A. (2002). *Attitudes towards alcohol: views of the general public, problem drinkers, alcohol service users and their families and friends*. <http://www.scotland.gov.uk/cru/kd01/red/atav.pdf>

Lund, I., M. Alavaikko, and E. Österberg (2000). "Deregulating or Re-Regulating the Alcohol Market?" Pp.201-22 in *Broken Spirits. Power and Ideas in Nordic Alcohol Control*, Edited by P. Sulkunen, C. Sutton, C. Tigerstedt, and K. Warpenius. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Mäkelä, P., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., and Simpura, J. (1999). *Drinking habits in the Nordic countries*. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research.

NOP Market Solutions (2000). *Research carried out for the Institute of Alcohol Studies on alcohol [details available from IAS on request]*. NOP/420230. Institute of Alcohol Studies.

Olsson, B., S. Nordlund, and S. Järvinen (2000). "Media Representations and Public Opinion." Pp.223-24- in *Broken spirits: powers and ideas in Nordic alcohol control*, Edited by P. Sulkunen, C. Sutton, C. Tigerstedt, and K. Warpenius. Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).

OMS [WHO] (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

Österberg, E. (2005). "Taxes and Border Trade." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]*

Österberg, E. and Karlsson, T. (2002). *Alcohol Policies in EU Member States and Norway: a Collection of Country Reports*, Helsinki: STAKES.

Pendleton, L. L., Smith, C., and Roberts, J. L. (1990). "Public Opinion on Alcohol Policies." *British Journal of Addiction*, 85(1): 125-30.

Rehn, N., Room, R., and Edwards, G. 2001. *Alcohol in the European Region - Consumption, Harm and Policies*, Copenhagen: WHO Europe.

Reitan, T. C. (2003). "Democracy in a Bottle: Attitudes Towards Alcohol Regulation in the Post-Communist Baltic Sea Region." *Journal of Baltic Studies*, 34(2): 131-58.

Room, R. (2001). "New Findings in Alcohol Epidemiology." Pp.35-42 in *Alcohol in the European region - consumption, harm and policies*, Edited by N. Rehn, R. Room, and G. Edwards. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sardi, G. M. and C. Evers (2004). "Drinking and Driving." *European drivers and road risk: part 1 - reports on principal analyses*, Edited by Sartre. Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité INRETS.

Sartre (1995). *Social attitudes to traffic risk in Europe*. Orleans, France: Paradigme. <http://sartre.inrets.fr/>

Sartre (1998). *The attitude and behaviour of European car drivers to road safety*. <http://sartre.inrets.fr/>

Simpura, J., Tigerstedt, C., Hanhinen, S., Lagerspetz, M., Leifman, H., Moskalewicz, J., and Torronen, J. (1999). "Alcohol Misuse As a Health and Social Issue in the Baltic Sea Region: A Summary of Findings From the Baltica Study." *Alcohol and Alcoholism*, 34(6): 805-23.

Strategic Task Force on Alcohol (2004). *Strategic Task Force on Alcohol: second report*. Health Promotion Unit, Department of Health and Children, Ireland. www.healthpromotion.ie

Swiatkiewicz, G. and J. Moskalewicz (2003). "Poland." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clío.

Chapitre 10 : Conclusions et recommandations

INTRODUCTION

L'Union européenne ne dispose pas encore d'une directive ou d'une stratégie concernant une politique globale sur l'alcool. Les actions entreprises actuellement au niveau de l'Union européenne sont faites sur la base de deux propositions du Conseil adoptées en juin 2001, à savoir les recommandations du Conseil sur l'alcool et les jeunes, en particulier les enfants et les adolescents¹ et, d'autre part, les conclusions du Conseil concernant l'adoption d'une stratégie communautaire visant à lutter contre les méfaits de l'alcool,² le Conseil au mois de juin 2004 ayant réitéré sa demande concernant l'élaboration d'une politique globale sur l'alcool.³

En ce qui concerne l'alcool, il convient de considérer les aspects communautaires et transnationaux. Les stratégies de l'Union européenne agissent sur la production, les activités mercatiques et publicitaires, le commerce, la consommation de l'alcool et luttent contre les conséquences négatives de l'alcool. L'Union européenne accorde des subventions aux producteurs de vin, la directive "Télévision sans frontières" régleme la publicité à la télévision, les directives sur les produits à la consommation traite de l'étiquetage et des plaintes des consommateurs, les textes régissant le marché unique et les taxes ont une influence sur la structure des prix et, de ce fait, des répercussions sur la consommation, et les directives ayant trait à la sécurité des transports influencent le taux d'alcoolémie maximum légal imposé aux automobilistes.

Pour certains Etats membres l'adoption d'une stratégie structurée efficace en matière d'alcool peut s'avérer difficile, par exemple, à cause de différences dans les taxes sur les boissons alcoolisées, de changements dans le mode de consommation chez les jeunes, ou encore d'activités mercatiques et publicitaires "sans frontière". Ainsi, l'adoption d'une stratégie conjointe au niveau de l'Union européenne offrirait le cadre voulu pour aider les Etats membres, y compris les régions et les municipalités, à renforcer et à mettre en pratique leurs propres politiques.

Ce dernier chapitre fournit un certain nombre de conclusions et de recommandations en vue de l'élaboration et de la mise en application d'une stratégie sur l'alcool au niveau de l'Europe, des Etats membres, des régions et des municipalités. Ces conclusions et recommandations sont fondées sur les chapitres précédents, ainsi que sur les principes adoptés par l'Organisation Mondiale de la Santé dans sa politique-cadre de la Santé pour tous,⁴ et ont pour principal objet de soutenir le but visé dans les propositions de la Commission européenne, à savoir l'adoption d'une stratégie globale afin de lutter contre les méfaits de l'alcool sur le plan sanitaire et social, et ainsi contribuer à augmenter la productivité et à faire de l'Union européenne une économie viable conformément aux objectifs de la stratégie de Lisbonne.⁵

¹ http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/l_161/l_16120010616en00380041.pdf

² http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf

³ http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf

⁴ Organisation Mondiale de la Santé (1998). Santé 21 – Politique de l'OMS-Europe la Santé pour tous.

⁵ Stratégie de Lisbonne : http://europa.eu.int/comm/lisbon_strategy/index_en.html

CONCLUSIONS

Quinze conclusions sont présentées sur le plan de la santé publique. Elles mettent l'accent sur le fait qu'une politique sur l'alcool ne doit pas forcément avoir d'incidence sur le rôle économique de l'alcool en Europe. Elles prennent en compte également l'importance de l'alcool en tant que fardeau économique qui pèse sur la société en Europe et fait obstacle aux objectifs de la stratégie de Lisbonne. A cela, s'ajoutent les similarités et les différences dans la consommation d'alcool au sein de l'Europe, l'importance de l'alcool en tant que déterminant de la santé, infligeant ses méfaits également aux autres et à l'origine d'inégalités sur le plan de la santé, les responsabilités et les avantages pour les gouvernements de mettre en oeuvre une politique sur l'alcool, et les différences stratégiques au sein de l'Europe pouvant compromettre certaines politique nationales.

L'alcool dans l'économie européenne

L'Europe joue un rôle pivot dans le **marché mondial de l'alcool**, fournissant un quart de la production mondiale d'alcool et plus de la moitié de la production mondiale de vin. **Le rôle pivot de l'Europe est encore plus fort pour ce qui est du commerce** de l'alcool, l'Union européenne étant impliquée dans 70 % des exportations et un peu moins de la moitié des importations, la majorité des échanges commerciaux se faisant au sein même de l'Union européenne.

Conclusion 1	Référence (ch : pp) ⁶
Le commerce de l'alcool contribue pour 9 milliards d'euros au bénéfice de la balance commerciale de l'Union européenne et ce commerce n'est pas nécessairement touché par les politiques européennes et nationales visant à réduire les dommages liés à la consommation d'alcool.	3 : 50-55

Les taxes et droits sur l'alcool pour l'ancienne UE15 se montaient à 25 milliards d'euros en 2001, taxes à la vente et autres taxes intervenant dans la chaîne logistique non comprises, bien qu'1,5 milliard d'euros soit reversé à la chaîne logistique dans le cadre de la Politique agricole commune. Compte tenu de la relative rigidité de la demande concernant l'alcool, les taux moyens de taxation constituent une base plus sûre que le niveau de consommation dans un pays pour le calcul prévisionnel des **recettes fiscales**.

Conclusion 2	Référence (ch : pp) ⁶
Les taxes provenant de l'alcool forment une part importante des revenus des gouvernements (25 milliards d'euros en 2001 dans l'Europe des 15) ; leur montant dépend plus du taux moyen de taxation que du niveau général de la consommation d'alcool.	3 : 58-59

L'alcool est également associé à un **certain nombre d'emplois**, dont selon les estimations plus de 750.000 dans la production de boissons alcoolisées (de vin principalement). L'alcool génère également d'autres emplois le long de la chaîne logistique, par exemple dans les cafés ou les magasins. Toutefois, la taille des

⁶ ch = chapitre ; pp = pages

industries liées à l'alcool n'est pas forcément un bon indicateur pour mesurer l'impact économique des politiques sur l'alcool. Par exemple, les tendances dans la consommation d'alcool ne montrent pas de nette corrélation avec les tendances en nombre d'emplois dans les secteurs associés à l'alcool, comme l'hôtellerie et la restauration, ce qui semble suggérer que les changements dans les habitudes de consommation ont un effet relativement faible. On pourrait également s'attendre, en cas de réduction des dépenses liées à l'alcool, à ce que les consommateurs réorientent leurs dépenses, l'impact économique dépendant de la nature exacte de ces nouvelles dépenses. Les preuves dont nous disposons actuellement concernant les secteurs liés à l'alcool et autres suggèrent qu'une baisse de la consommation d'alcool n'entraîne pas forcément la suppression d'emplois dans l'économie globale.

Conclusion 3	Référence (ch : pp) ⁶
La diminution de la consommation n'entraînera pas nécessairement une perte d'emplois dans l'économie générale et peut même ne pas entraîner de grand changement dans l'emploi de certains secteurs liés à l'alcool comme la restauration et les débits de boissons.	3: 60-61

Le coût social de l'alcool

Les maladies, les blessures et les actes de violence imputables à l'alcool constituent un **fardeau économique pour la société** dans les secteurs de la santé et de la protection sociale, de l'emploi et de la juridiction pénale, les coûts tangibles se chiffrant au total à 125 milliards d'euros (entre 79 et 220 milliards) pour 2003, soit 1,3% du PIB, dont 59 milliards d'euros sont dus à la **perte de production** (absentéisme, chômage et décès prématurés). Ce qui peut entraver les efforts visant à faire de l'Europe une économie plus compétitive, conformément aux objectifs de la stratégie de Lisbonne.

Conclusion 4	Référence (ch : pp) ⁶
Le coût direct de l'alcool pour l'Union européenne a été estimé à 125 milliards d'euros en 2003 y compris 60 milliards d'euros de perte de productivité du fait de l'absentéisme, du chômage et des années de travail perdues par les décès prématurés.	3 : 64-75 6 : 211-220

Les **coûts intangibles** correspondent à la valeur que la population donne à la douleur, à la souffrance et aux décès dus aux méfaits de l'alcool sur la société et la santé et des délits qui y sont liés. Coûts évalués pour 2003 à 270 milliards d'euros, estimation selon d'autres méthodes d'évaluation chiffrée entre 150 et 760 milliards d'euros.

Conclusion 5	Référence (ch : pp) ⁶
Le coût indirect de l'alcool (qui tient compte de la valeur accordée à la souffrance et à la vie humaine) a été estimé à 270 milliards d'euros en 2003 pour l'Union européenne.	3 : 70-73 6 : 211-220

La consommation d'alcool en Europe

Bien que la consommation d'alcool varie selon les pays, on constate certaines convergences au sein de l'Europe, à savoir dans la quantité consommée, les habitudes et modes de consommation, et les préférences pour certaines boissons (tendances parfois répandues dans toute l'UE, parfois limitées à certaines régions). La consommation d'alcool sous certains aspects présente des tendances qui suivent un schéma Nord-Sud, dont une tendance plus forte à la forte consommation épisodique d'alcool dans les pays du nord de l'Europe et à la consommation d'alcool aux repas dans ceux du sud, bien que ces tendances soient aujourd'hui moins manifestes et masquent des exceptions toujours plus nombreuses concernant ce schéma global. Les années 90 ont vu dans la plupart des pays une escalade de la forte consommation épisodique d'alcool chez les jeunes, filles et garçons, suivie depuis par des tendances mitigées, comblant plus ou moins l'écart pour ce qui est de ce mode de consommation entre les pays nouveaux adhérents de l'UE10 et les Etats membres de l'ancienne UE15.

Conclusion 6	Référence (ch : pp) ⁶
Même si les différences entre les pays pour le niveau et les modes de consommation sont encore évidentes, elles sont plus faibles que 40 années auparavant et les modes de cette consommation sont beaucoup plus semblables à travers l'Europe qu'on ne le croit habituellement. La recherche de l'ivresse par les adolescents s'est accrue dans la plupart des pays dans les années 90 mais cette modification fut suivie par une diminution de cette tendance dans les années récentes.	4 : 89-92 4 : 118-121

Bien que les tendances à se soûler et les conséquences en résultant varient au sein de l'Europe, les problèmes liés à l'ivresse (comme les blessures intentionnelles et non intentionnelles) sont également nombreux en Europe du Sud. Certaines de ces différences telles qu'elles sont perçues trouvent leurs origines dans l'opinion publique. Certains Européens étant plus convaincus que d'autres qu'il existe un rapport de cause à effet entre consommation d'alcool et blessures résultant d'actes de violence, bien qu'il ne semble pas y avoir de tendance schématique nette au sein de l'Europe. En réalité, des changements dans la consommation d'alcool, par exemple, ont de fortes répercussions en Europe sur le taux d'homicides chez les hommes, quelles que soient les régions. Selon les estimations, la part des homicides imputables à l'alcool est assez similaire en Europe du Sud (61 % de tous les homicides) et en Europe du Nord (50 % de tous les homicides).

Conclusion 7	Référence (ch : pp) ⁶
L'ivresse est une cause importante de blessures - en particulier à la suite de violences - à travers toute l'Europe, y compris en Europe du sud.	6 : 211-221 6 : 227-231

Hippocrate, il y a 2 500 ans, conseillait à tout arrivant dans une nouvelle grande ville de se renseigner pour savoir si cet endroit était salubre ou non, considération faite de la situation géographique et de l'attitude des habitants ("ont-ils tendance à boire trop ou non"). Conseil encore valable aujourd'hui. Bien que l'on constate une certaine

convergence dans les attitudes face à l'alcool et dans les modes de consommation, un citoyen européen risque plus de rencontrer des problèmes attribuables à l'alcool **s'il vit dans** un pays, une région, une ville ou commune où l'on consomme de façon générale plus d'alcool qu'ailleurs ou de manière plus nocive.

Conclusion 8	Référence (ch : pp) ⁶
Le lieu de résidence en Europe est un déterminant majeur des dommages créés par la consommation d'alcool.	6: 228-233

Alcool et santé

L'alcool est un **déterminant de la santé**, à l'origine de pas moins de 60 maladies et troubles pathologiques. En Union européenne, l'alcool est responsable à hauteur de 7,4 % des années perdues ajustées sur l'incapacité et en raison de décès prématurés. Ce qui le classe au troisième rang en tant que facteur de risque de décès et d'incapacité, juste derrière l'hypertension et le tabac, et frappe davantage les 15-29 ans étant à l'origine de 25 % des décès chez les hommes de ce groupe d'âge. La quantité d'alcool bue aussi bien globalement qu'à chaque consommation constitue un déterminant majeur en terme de conséquences négatives sanitaires et sociales. En Europe, cinquante-cinq millions d'adultes tendent à boire de façon qui peut s'avérer dangereuse, et quelque 100 millions d'Européens s'adonnent à des beuveries au moins une fois par mois. Ceci dit, l'alcool à petite dose a une action cardioprotectrice, et procurerait un sursis à 160 000 personnes âgées, chiffre vraisemblablement surestimé.

Conclusion 9	Référence (ch : pp) ⁶
L'alcool est un déterminant de santé responsable de 7,4 % de toutes les maladies et décès prématurés dans l'Union européenne.	5 : 163-177 6 : 221-237

L'alcool pèse particulièrement lourd en terme de méfaits infligés **aux autres personnes que le buveur**. Au nombre de ces conséquences négatives figurent la violence, les crimes et les délits, les blessures, et les effets nocifs sur le développement du fœtus.

Conclusion 10	Référence (ch : pp) ⁶
L'alcool est une cause de dommages à l'entourage du buveur , en particulier pour 60 000 enfants naissant avec un poids inférieur à la normale, pour 5 à 9 millions d'enfants vivants dans des familles touchées par l'alcool et pour 10 000 personnes, autres que le conducteur, décédées dans un accident de la circulation dans l'Union européenne chaque année.	5 : 148-154 6 : 221-226

L'alcool est une des causes **d'inégalités sur le plan de la santé** aussi bien entre les différents États membres qu'au sein de chaque pays. La charge de morbidité due à l'alcool est plus lourde dans certains des nouveaux États membres, et l'alcool de par ses effets nocifs est un des facteurs à l'origine de l'écart d'espérance de vie qui

existe entre les pays de l'ancienne UE15 et de la nouvelle UE10. En Angleterre, les hommes entre 25 et 69 ans appartenant au groupe socio-économique le plus défavorisé ont 15 fois plus de risques de mourir d'une cause liée à l'alcool que ceux de profession libérale plus aisés.

Conclusion 11	Référence (ch : pp) ⁶
L'alcool est une cause d'inégalité de santé à la fois entre les pays membres et à l'intérieur des pays causant en moyenne 90 morts supplémentaires pour 100 000 hommes et 60 morts supplémentaires pour 100 000 femmes dans les pays ayant intégré récemment l'Union, par rapport aux pays de l'Europe des 15.	6 : 238-242

L'alcool et les politiques gouvernementales

Les gouvernements ont la **responsabilité** d'agir en adoptant une politique sur l'alcool et en utilisant des moyens d'intervention comme les taxes, l'offre de services, la réglementation et la diffusion d'informations, et en retour en tirent des **bienfaits**, dont la réduction des coûts liés à l'alcool et une augmentation des recettes fiscales.

Conclusion 12	Référence (ch : pp) ⁶
Les gouvernements ont la responsabilité d'intervenir sur le marché et tirent bénéfice en le faisant. Par exemple, il est estimé qu'une augmentation du prix de l'alcool de 10 % dans tous les pays de l'Europe des 15 doit apporter approximativement 13 milliards d'euros de supplément de taxes la première année.	7 : 258-287

Les mesures qui s'avèrent les plus efficaces pour diminuer les méfaits de l'alcool sont la réglementation du marché de l'alcool, y compris les mesures tarifaires et fiscales, la réglementation de la disponibilité de l'alcool et des messages commerciaux et publicitaires. La prévention sous forme de programmes éducatifs ne s'avère pas être une intervention véritablement efficace, selon les données examinées issues de sources bien informées, et ne saurait se substituer à une réglementation du marché de l'alcool.

Conclusion 13	Référence (ch : pp) ⁶
Les interventions d'éducation à la santé qui montrent seulement une petite efficacité pour réduire les dommages créés par l'alcool ne peuvent pas remplacer les mesures qui régulent le marché de l'alcool ; celles-ci ont le plus grand impact pour réduire les dommages, en particulier parmi les buveurs à risque et les jeunes.	7 : 272-281 7 : 281-313

L'alcool et la politique européenne

Bien qu'au cours des cinquante dernières années on a assisté en Europe à une convergence en terme de politiques sur l'alcool, des différences considérables subsistent sur le plan de la taxation de l'alcool qui donnent lieu à des achats transfrontaliers et entravent dans de nombreux pays la mise en application de stratégies efficaces.

Conclusion 14	Référence (ch : pp) ⁶
Les différences persistantes dans les politiques de l'alcool en Europe, comme le niveau de taxation des boissons alcooliques, gêne la mise en œuvre de pratiques efficaces de prévention du risque alcool dans certains pays.	8 : 378-389

Malgré les différences stratégiques entre les Etats membres, la Cour de justice européenne a prononcé des jugements toujours plus en faveur de politiques sur l'alcool fondées sur **la santé publique**. On citera par exemple le cas du gouvernement français traduit devant la Cour de justice européenne concernant la loi Evin, interdisant les panneaux publicitaires pour l'alcool pouvant être visibles durant la retransmission télévisée de rencontres sportives entre deux nations, enfreignant le droit de fournir des services publicitaires et la liberté des services de diffusion télévisée. Le tribunal s'est prononcé en faveur de la loi Evin, concluant que : la publicité de façon indéniable encourage la consommation, que la réglementation française sur la publicité à la télévision offre des mesures appropriées pour atteindre le but visé, à savoir protéger la santé publique, et qu'elles ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre ce but.

Conclusion 15	Référence (ch : pp) ⁶
Les différentes politiques entre les Etats membres sont parfois considérées comme légitimes pour protéger la santé publique ainsi que la Cour européenne l'a statuée en 2004 en faveur de la loi française sur la publicité des boissons alcooliques.	8: 380-382

RECOMMANDATIONS

Dans cette section, 18 recommandations générales sont faites visant à étayer une politique sur l'alcool, propositions fondées sur l'analyse de chacun des chapitres précédents et sur les principes de la politique-cadre de la Santé pour tous de l'Organisation Mondiale de la Santé.⁷ Ces recommandations couvrent quatre sujets, à savoir : (i) la définition d'une boisson alcoolisée ; (ii) la création d'une base de données factuelles ; (iii) la préparation et la mise en oeuvre des stratégies et plans d'action, et leur financement ; et (iv) l'évaluation de l'impact de stratégies dans d'autres domaines et soutien transnational renforcé. Ces recommandations générales sont suivies de 34 conseils spécifiques aux stratégies en matière d'alcool divisées en six catégories, abordées au chapitre 7, à savoir (v) les politiques de lutte contre l'alcool au volant ; (vi) les politiques de sensibilisation et basées sur l'éducation, la communication et la formation ; (vii) les politiques de diffusion d'information aux consommateurs ; (viii) les politiques de réglementation du marché de l'alcool ; (ix) les politiques de lutte contre les méfaits de l'alcool sur les lieux de consommation et leurs environs ; et (x) les politiques basées sur des interventions axées sur l'individu.

Recommandations générales

I. Définition des boissons alcooliques

Bien que l'UE ait adopté une définition concernant l'alcool à des fins fiscales (0,5 degré minimum pour la bière et 1,2 degré d'alcool pour les autres boissons), il existe de considérables différences entre les pays pour ce qui est de la définition d'une boisson alcoolisée dans le cadre de stratégies publiques sur l'alcool (cf. chapitre 9). Différences issues d'une part de la difficulté à classer dans une catégorie bien définie un grand nombre de boissons récentes constituées de mélanges (cf. chapitres 3, 4 et 7), et d'autre part des variantes dans la définition de boissons "légèrement alcoolisées" soumises à des restrictions moindres (par exemple, la vente de bière titrant moins de 4,2 degrés est autorisée dans les trains en République tchèque).

Définition des boissons alcooliques	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
I.1. Les politiques publiques doivent définir les boissons alcooliques d'une façon uniforme à travers l'Union européenne. Un point de départ pourrait être de considérer les boissons soumises à taxation du fait de leur contenu en alcool (degré d'alcool minimum de 0,5 %).	(I) Institutions européennes	9: 408

II. Création d'une base scientifique à la politique de l'alcool

Recherche Il est impératif de disposer d'une ferme base de données issues de recherches pour pouvoir concevoir des stratégies sur l'alcool et des interventions. Ce rapport met en lumière certains faits, notamment que les pays de l'Europe du Sud et de l'Est, par rapport à d'autres pays du monde, n'ont pas entrepris autant de recherches, ayant notamment donné lieu à publication, sur l'alcool et les politiques

⁷ Organisation Mondiale de la Santé (1998). Santé 21 – Politique de l'OMS-Europe la Santé pour tous.

sur l'alcool. Il devrait être fait appel au monde scientifique afin d'élaborer des stratégies sur l'alcool reposant sur une base ferme, adéquate du point de vue social et réalisable. La recherche est d'autant valable que le cadre de décision ou de choix des questions traitées reflète inévitablement les jugements et les choix qu'il faut faire entre différentes priorités. La communauté scientifique se doit de rester fidèle aux résultats des recherches entreprises, résultats qui parfois peuvent infirmer certaines stratégies ou programmes en place. Il est donc utile de conserver une certaine distance entre la communauté scientifique au service de la santé publique et, d'une part, les gouvernements, et, d'autre part, l'industrie des boissons alcoolisées.

Ceci dit, il doit exister un moyen de mieux aligner besoins de recherche pour l'élaboration d'une politique sur l'alcool, tels que perçus par les décideurs et les responsables de la planification, et définition des priorités en terme de travaux de recherche déterminés par la communauté scientifique. Pour être véritablement utiles, les résultats des recherches doivent être communiqués de façon simple et présentés de manière à mettre en évidence leur rapport avec les problèmes actuels. Ces contributions constantes ne peuvent avoir lieu que dans le cadre d'un programme de recherche à long terme subventionné avec des fonds publics et conçu pour utiliser les services de membres de la communauté scientifique dans chaque pays pour la collecte, l'évaluation et l'interprétation de données adéquates nécessaires à l'élaboration d'une politique sur l'alcool. Des tels travaux de recherche et de développement ne peuvent être mis en oeuvre sans les moyens nécessaires. Pour élaborer une politique sur l'alcool efficace, il est indispensable de disposer de personnel compétent et bien informé travaillant dans un cadre adéquat. Les travaux de recherche requièrent donc d'investir à la fois sur le plan institutionnel et des ressources humaines. La responsabilité de traduire les résultats des recherches scientifiques en termes de stratégie efficace est répartie entre de nombreux et divers organes gouvernementaux et groupements d'intérêt public. De plus, il est nécessaire de mettre en place des systèmes assurant automatiquement la prise en compte sur le plan pratique, dans les stratégies et programmes, des nouvelles données factuelles résultant de recherche. Le fait de disposer et de faire usage de toutes les données factuelles existantes permettant de définir les démarches stratégiques efficaces et inefficaces peut permettre d'améliorer la santé publique de façon considérable.

Recommandations pour la recherche	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
II.1. Des structures européennes doivent être créées et financées pour entreprendre des recherches en alcoologie en partenariat à travers l'Europe.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	Rapport complet
II.2. Des structures européennes doivent être créées et financées pour analyser et faire connaître tous les résultats importants de la recherche en alcoologie à travers des manuels et des banques de données. Les résultats doivent être traduits dans une politique de prévention facile à comprendre grâce à des outils pratiques et des recommandations.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	Rapport complet
II.3. Des programmes de recherches en alcoologie doivent être établis et financés par les pouvoirs publics sur le long terme.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	Rapport complet
II.4. La recherche en alcoologie doit être développée à travers des programmes de développement.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	Rapport complet

Les systèmes d'information jouent un rôle majeur dans la diffusion des données. Le traitement des données est un concept plus vaste que l'information. Il comprend le fait d'identifier et d'interpréter des informations, issues d'un ensemble de sources officielles et non officielles, essentielles à la prise de décisions. Le traitement des données doit couvrir : les tendances actuelles et futures et les performances des systèmes (ex. niveaux, tendances et inégalités concernant la consommation d'alcool et ses conséquences négatives), les facteurs de risques concernant les méfaits de l'alcool, les groupes vulnérables, les difficultés pour les organes ou institutions à mettre en application la politique sur l'alcool, la gouvernance, les facteurs contextuels importants et les acteurs majeurs (contexte politique, économique et institutionnel), le rôle et les motifs des différents acteurs, les préférences des consommateurs, les opportunités et les contraintes concernant les changements, et les incidents et réformes dans d'autres secteurs ayant des répercussions sur les politiques sur l'alcool. Ces informations devraient être mises sous format électronique pour diffusion médiatique et être régulièrement publiées dans un format standard, de façon à favoriser un débat avisé et ouvert entre responsables politiques, au sein de corps professionnels et du public concernant les résultats et les déterminants, et à aider dans la définition des priorités pour les interventions et investissements à venir.

Recommandations pour l'information	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
II.5. Un centre européen de surveillance sur l'alcool (CESA) comprenant des correspondants nationaux doit être établi et financé.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	Rapport complet
II.6. Il faut insister auprès du groupe de travail compétent de l'Union européenne sur l'importance d'inclure les indicateurs de la consommation d'alcool, des dommages, des politiques et de l'effet des programmes de prévention dans la «liste courte des indicateurs de santé de la communauté européenne».	(I) Institutions européennes	Rapport complet
II.7. Des programmes de surveillance de la question alcool doivent être établis de telle façon que les données soient analysables et comparables à travers l'Europe.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	Rapport complet
II.8. Une base de données européenne sur les lois et réglementation et sur les programmes efficaces de prévention doivent être établis et alimentés au niveau de l'Europe, des Etats membres, des régions et des municipalités.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions (III) Municipalités	9 : 407-427

ENCADRE 10.1 - AMELIORER LES INFORMATIONS ET LA RECHERCHE CONCERNANT L'ALCOOL

A de nombreuses reprises dans ce rapport, nous nous sommes heurtés à un manque de données pour établir des comparaisons et tirer de solides conclusions. Bien qu'un nombre de recommandations détaillées concernant des recherches nécessaires vont au-delà du sujet de ce rapport (cf. plutôt l'enquête ECAS II), les auteurs du présent document ont été frappés par les principales lacunes qui existent dans les domaines suivants et qui doivent être comblées :

Obtenir des données comparables

19. Compte tenu des gros problèmes existants concernant la comparabilité et la solidité de certaines données, l'établissement d'un observatoire européen de l'alcool (cf. recommandation II.5) permettrait aux Etats membres et autres de connaître les meilleures pratiques. Ce centre devrait regrouper des experts dans l'interprétation et les contextes des problèmes liés à la consommation d'alcool et leurs variations au sein de l'Europe. Il pourrait également servir de centre de ressources.
20. Cette infrastructure devrait fournir un ensemble de définitions à la fois flexibles et normalisées concernant les données sur l'alcool, qui devraient couvrir à la fois la consommation d'alcool (ex. avec des limites précises entre forte consommation épisodique d'alcool et alcoolisme épisodique) et les conséquences négatives de l'alcool (ex. définition d'un "décès imputable à l'alcool au volant").

Evaluations économiques

21. Estimation des coûts sociaux et externes de l'alcool devrait être faite dans tous les Etats membres suivant une méthode uniforme.
22. Bien que le projet CHOICE de l'OMS constitue un premier pas important sur le plan de l'analyse "coûts-bénéfices" des politiques sur l'alcool, des recherches complémentaires sont nécessaires au niveau de l'Europe afin d'évaluer les coûts et bénéfices des différentes stratégies possibles, ainsi que les répercussions économiques des politiques ayant été récemment adoptées.
23. Une évaluation robuste et transparente des données économiques devrait également être entreprise concernant (i) le nombre d'emplois associés à l'alcool, (ii) la réorientation des dépenses des ménages en cas de diminution des dépenses en alcool, ainsi que les effets de changements dans la consommation d'alcool sur (iii) les secteurs économiques étroitement liés à l'alcool, et (iv) sur l'économie globale.

La consommation d'alcool

24. Il est nécessaire de conduire des séries d'enquêtes comparatives, en particulier dans les pays de l'UE10, concernant l'abstention, la forte consommation d'alcool notamment épisodique (alcoolisme épisodique), l'ébriété, les contextes dans lesquels l'alcool est consommé (aux repas, dans des lieux publics), l'alcoolodépendance et la consommation d'alcool non déclarée (contrebande, achats transfrontaliers). Bien que ces domaines (consommation non déclarée exceptée) aient été mentionnés dans le projet ECHI (European Community Health Indicators - Indicateurs de santé publique de la Communauté européenne),¹ ils n'ont pas été inclus dans la courte liste des indicateurs de santé et constituent uniquement des domaines dans lesquels de futures recherches peuvent être faites. Leur importance devrait donc être signalée au groupe de travail de l'UE concernant les déterminants de la santé.
25. La mesure de la forte consommation épisodique d'alcool et de l'ivresse (notamment leur effet médiateur sur les conséquences) doit faire l'objet de recherches complémentaires afin de déterminer leur caractère interculturel, et de plus pour fournir de robustes informations sur le "comportement ivre" au sein de l'Europe. Les responsables politiques devraient également examiner et décider si le terme "forte consommation épisodique d'alcool" est un terme suffisamment explicite pour le substituer dans les débats publics à celui "d'alcoolisme épisodique" stigmatisant.
26. Des enquêtes plus pointues concernant l'alcool et les jeunes permettraient de comprendre les tendances actuelles, et devraient notamment comprendre des recherches sur les motifs amenant à la consommation d'alcool (et leur rapport avec les conséquences) et les déterminants "plus larges" concernant la consommation d'alcool chez les jeunes.

¹ Cf. les points 2.3.5, 2.3.17, 3.1.2, 3.2.2 de la longue liste d'origine du projet ECHI (fév. 2004). Voir http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/longlist_en.pdf

**ENCADRE 10.1 - AMELIORER LES INFORMATIONS ET LA RECHERCHE CONCERNANT L'ALCOOL
(SUITE)**

Les conséquences négatives sociales

9. Il est de toute évidence nécessaire d'entreprendre des recherches complémentaires concernant pratiquement tous les aspects des conséquences négatives sociales de l'alcool, y compris sur le plan familial, du travail, des comportements sexuels, de la criminalité, et les méfaits de l'alcool moins graves mais plus courants.
10. Les nouveaux travaux de recherche devraient être concentrés, en particulier, sur les méfaits de l'alcool infligés à d'autres personnes que le buveur, ainsi qu'en ce qui concerne :
 - la criminalité : des méthodes permettant d'une part des analyses de groupe et d'autre part des analyses d'études de sujets sont nécessaires pour comparer la criminalité en Europe imputable à l'alcool. ii.
 - l'alcool au travail : il est nécessaire de déterminer s'il est possible de rattacher les questions concernant l'alcool au travail dans le cadre des enquêtes déjà réalisées ayant trait au travail et aux emplois.
11. Une attention particulière doit être également accordée aux méthodes de recherche utilisées concernant les conséquences sociales de l'alcool, et notamment à la validité des systèmes de mesure utilisés dans les sondages. De plus, des travaux supplémentaires doivent être entrepris concernant l'attribution des problèmes à l'alcool, avec notamment les variations à ce niveau selon les pays en Europe. Par exemple, on pourrait lors de sondages poser des questions concernant des problèmes qui n'impliquent pas l'alcool avant d'aborder ceux l'impliquant, permettant ainsi de mettre en évidence les taux de risque et les variations dans l'attribution des problèmes à l'alcool.

Les conséquences négatives sanitaires

12. Alors que l'étude GBD (Global Burden of Disease - poids global de la maladie) réalisée par l'OMS constitue un grand progrès par rapport aux enquêtes précédentes, il serait utile qu'à l'avenir ces enquêtes incluent en plus :
 - l'examen d'un scénario contrefactuel (c.-à-d. comparant le poids global de la maladie par rapport à un taux léger de consommation [ou "à moindre risque"]).
 - fournir un système permettant d'évaluer les répercussions de changements dans les taux et modes de consommation et leur intégration dans l'analyse des "coûts-bénéfices".
13. Les institutions européennes devraient également considérer le fait de subventionner une analyse approfondie du rôle de l'alcool dans les inégalités sur le plan de la santé entre UE10 et UE15.

Les politiques sur l'alcool

14. Des études comparatives conjointes devraient être entreprises afin de déterminer l'impact des différentes stratégies possibles en Europe concernant l'alcool. Il convient également de faire des recherches concernant les répercussions que des changements stratégiques ont dans les Etats membres.
15. Un compte rendu des informations et données sur les programmes généraux de réduction des risques (plutôt que ceux spécifiques à l'alcool) devra être entrepris afin d'avoir un impact sur les modes ainsi que les méfaits de la consommation d'alcool.
16. Des analyses doivent être réalisées en ce qui concerne l'élasticité-prix et l'élasticité-revenus concernant les boissons alcoolisées dans chaque Etat membre, y compris le phénomène d'élasticité croisée de la demande, l'impact de changements dans le taux de taxe selon les différents groupes d'âge et socio-économiques, ainsi qu'une estimation des recettes générées suivant divers régimes fiscaux concernant l'alcool.
17. Il est nécessaire d'analyser l'impact des écarts dans la taxation des boissons alcoolisées et du relâchement des restrictions concernant les achats transfrontaliers autorisés par personne.
18. Les attitudes du grand public dans les pays de l'Europe doivent également donner lieu à des enquêtes, afin de déterminer les différences qui existent entre divers groupes à l'échelle nationale et internationale dans l'Union européenne. Ces travaux de recherche devraient permettre d'éclairer les responsables politiques (en faisant appel si besoin à des

III. Préparation et mise en place de stratégies et de plans

Une politique sur l'alcool est formée de stratégies et de plans d'action élaborés à l'échelle européenne, nationale, régionale et municipale. Au niveau européen, la Commission européenne prépare actuellement une stratégie complète visant à aider les Etats membres à lutter contre les conséquences négatives sanitaires et sociales de l'alcool, favorisant ainsi une plus forte productivité et une croissance économique durable pour l'Union européenne, conformément aux objectifs de la stratégie de Lisbonne. L'Organisation mondiale de la Santé offre également aux Etats membres de l'Union européenne une politique-cadre pour l'entreprise d'actions.⁸

A l'échelle nationale, la responsabilité incombe en fin de compte aux gouvernements pour ce qui est de définir et de garantir une politique claire en matière d'alcool sur le plan national et régional au sein d'un pays. De nombreuses et différentes autorités interviennent dans la formulation et la mise en oeuvre d'une politique sur l'alcool, dont le ministère de la Santé, des Transports et le fisc. Les gouvernements doivent instaurer un organe coordinateur efficace et permanent, comme un comité national sur l'alcool comprenant notamment de hauts fonctionnaires de nombreux ministères et des responsables représentant d'autres partenaires, permettant d'adopter une démarche cohérente en matière de politique sur l'alcool et de fixer des objectifs équilibrant aspects politiques et techniques.

La définition de buts permet de fixer des objectifs plus précis, de mesurer les progrès effectués et d'encourager de nombreux partenaires à soutenir activement l'élaboration de politiques sur l'alcool. Pour définir ces buts, il est nécessaire d'évaluer la situation actuelle, ce qui permettra d'identifier les priorités, d'axer les débats sur les buts qui étaient visés et les motifs, de définir si oui ou non les actions entreprises ont été concluantes, et pourquoi. Il s'agit d'un puissant outil de communication, qui extirpe l'élaboration de stratégie de la sphère de la bureaucratie pour en faire un sujet public bien compris. La définition de buts permet à tous les partenaires de bien comprendre l'ampleur de la stratégie et renforce la prise de responsabilité sur le plan de la santé, tout en incitant à l'action.

L'obligation de rendre des comptes concernant l'impact des politiques et des programmes en matière d'alcool sur la santé publique incombe à l'ensemble des secteurs de la société, ainsi qu'aux responsables politiques qui créent ces stratégies, leur allouent des ressources et proposent des textes législatifs. Des moyens comme des audits des politiques sur l'alcool, le règlement de litiges concernant des dégâts sanitaires et la mise à la disposition du public de rapports concernant des évaluations des effets des politiques, peuvent garantir la responsabilisation collective des secteurs public et privé concernant l'impact sur la santé des politiques et interventions adoptées concernant l'alcool. Cette responsabilisation peut être obtenue par le biais de systèmes de coordination, de suivi et d'évaluation des progrès concernant la mise en application des politiques sur l'alcool et par le biais de procédures de soumission de rapports aux organes élus, et leur diffusion médiatique.

Une des méthodes pour financer des programmes visant à lutter contre les méfaits de l'alcool consiste à instaurer une taxe spécifique sur l'alcool. Ainsi, une part des recettes fiscales liées à l'alcool serait allouée à une activité spécifique, comme des mesures de mise en application d'une politique sur l'alcool ou des soins médicaux.

Dans de nombreux cas, la responsabilité des politiques sur l'alcool et des programmes y afférents est confiée à des circonscriptions territoriales au sein de pays, notamment aux autorités locales et municipales. Dans un tel cadre d'action, il

⁸ http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC55/20050920_1

est essentiel que des textes législatifs au niveau national ou régional ne restreignent pas mais plutôt favorisent la capacité d'agir des autorités locales et municipales.

Recommandations pour les stratégies et les plans d'actions	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
III.1. Les structures européennes de contrôle de la politique de l'alcool doivent être renforcées au sein de la Commission Européenne avec un personnel adéquat et des ressources financières suffisantes pour surveiller le développement des politiques européennes et l'implantation de la stratégie de la Commission sur l'alcool.	(I) Institutions européennes	8: 395-397
III.2. Des agences interministérielles de coordination et de contrôle des politiques de l'alcool doivent être établies ou renforcés et financés de manière convenable à tous les niveaux d'action.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions (III) Municipalités	9: 408
III.3. Des plans d'action sur l'alcool avec des objectifs, des stratégies et des cibles claires doivent être formulés et mis en place.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions (III) Municipalités	9: 408
III.4. Un système de subvention doit être mis en place pour les organisations, les programmes et les ressources humaines impliquées dans la réduction des dommages dus à la consommation d'alcool. Des analyses doivent être entreprises sur la possibilité et l'intérêt d'attribuer à cet objectif une proportion du revenu fiscal de l'alcool.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions (III) Municipalités	9: 408
III.5. Le soutien des mesures de prévention du risque alcool doit être encouragé dans la société civile et auprès des responsables politiques grâce à des campagnes de prise de conscience et des initiatives innovantes.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 274
III.6. Des rapports réguliers sur l'alcool doivent être préparés et rendus accessibles à un large public.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions (III) Municipalités	Rapport complet

IV. Autres pratiques et actions et collaboration internationale

La consommation d'alcool, les conséquences négatives d'une politique sur l'alcool et la stratégie elle-même sont influencées en grande partie par les **autres secteurs et Directions générales** responsables d'autres domaines, et notamment par le droit du commerce tel que défini par l'Union européenne (UE). Lorsqu'un produit comme l'alcool donne lieu à la fois au commerce et à des préoccupations sanitaires, il est alors important de reconnaître les obligations du Traité suivant lequel "un haut niveau de protection sociale en matière de santé doit être garanti par la définition et la mise en oeuvre de toutes les stratégies et activités de la Communauté." Ce qui signifie que les directives issues des autres Directions générales et les actions visant à améliorer le marché unique pourraient beaucoup plus prendre en compte les problèmes de santé.

Le droit du commerce international et européen peut entraver les politiques sur l'alcool, malgré l'existence de certaines exemptions autorisées répondant à certaines préoccupations sanitaires. C'est d'autant plus vrai lorsque le droit traite l'alcool comme une denrée ayant un rôle économique, sans prendre en considération les graves conséquences sanitaires d'un grand nombre de ces textes législatifs. Etant donné que l'Union européenne s'est légalement engagée à considérer la santé dans toutes ses activités, il est possible de combler cette lacune au niveau européen. **Les gouvernements** devraient chercher à savoir si les stratégies sur l'alcool donnent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont appliquées au niveau local et municipal, si le respect de lois de différents pays en matière d'alcool doit être soutenu (comité), et s'il convient d'entreprendre une action conjointe au niveau européen et international.

Recommandations pour l'évaluation de l'impact et l'action collective	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
IV.1. Les responsables des politiques de santé doivent surveiller les risques consécutifs au processus de libéralisation du commerce, ils doivent s'assurer que les soucis sanitaires sont pris en compte dans les négociations commerciales au niveau mondial et européen.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	8: 372-389
IV.2. Des études d'analyse et de faisabilité doivent être entreprises pour déterminer quand l'action collective de la politique de l'alcool est plus appropriée, à la fois au niveau européen et au niveau mondial, et comment des partenariats entre régions peuvent être renforcés pour favoriser la prévention du risque alcool.	((I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	8: 376-393
IV.3. Des ressources supplémentaires doivent être fournies pour entreprendre des évaluations approfondies de l'impact des politiques des communautés européennes (en particulier la politique agricole), sur les dommages et les coûts liés à la consommation d'alcool.	(I) Institutions européennes	8: 376-391

Politique sur l'alcool : recommandations spécifiques

Dans le chapitre 1 il est suggéré que le principal objectif des politiques sur l'alcool est de servir les intérêts de la santé publique et du bien-être social en agissant sur les déterminants sociaux de santé, comme les habitudes en terme de consommation d'alcool, les lieux de consommation et les soins proposés aux personnes ayant des problèmes liés à l'alcool. Nous disposons d'un grand nombre de preuves permettant de différencier les stratégies et programmes qui sont efficaces de ceux qui ne le sont pas visant à protéger les jeunes ou les personnes autres que les buveurs et à lutter contre les méfaits de l'alcool chez les adultes. Bien que les publications et ouvrages ayant trait au contrôle de l'efficacité de politiques sur l'alcool soient en grande partie issus de pays non européen, les preuves solides fournies sont régulièrement confirmées par des données factuelles chronologiques et couvrant divers pays, circonscriptions, et cultures.

Les mesures qui s'avèrent les plus efficaces pour diminuer les méfaits de l'alcool sont : (i) les politiques de lutte contre l'alcool au volant ; (ii) les mesures tarifaires et fiscales ; (iii) le contrôle de la disponibilité de l'alcool, avec notamment l'imposition d'un âge minimum légal pour l'achat d'alcool ; (iv) les restrictions sur les messages commerciaux et publicitaires ; (v) les réglementations concernant les lieux de consommation d'alcool (vi) de brèves interventions dans le cadre de soins de santé primaires et, en cas d'accidents, assurées par les services des urgences.

Les programmes et les politiques basés sur l'éducation, comme les programmes de prévention en milieu scolaire ou ceux invitant à la désignation de "capitaines de soirée", sont les moins efficaces. D'autre part, les campagnes médiatiques constituent un bon outil pour sensibiliser davantage le public aux problèmes que cause l'alcool et pour préparer le terrain en vue d'interventions précises.

De plus, manifestement la mise en application des mesures et l'adoption de démarches intégrales sont essentielles. Par exemple, la responsabilisation du personnel de service dans les débits de boissons donne de bien meilleurs résultats lorsque le respect de la réglementation est activement contrôlé et lorsqu'elle est soutenue par des programmes de prévention au niveau local. Ces politiques devraient être également soutenues par une sensibilisation accrue et la diffusion d'informations concernant les risques liés à la consommation de boissons alcoolisées, et des campagnes publiques concernant la mise en application des mesures stratégiques adoptées.

Les organisations non gouvernementales sont des partenaires essentiels à tout niveau en matière de politiques sur l'alcool. En tant que composant indispensable de la société civile moderne, elles sensibilisent le public au sujet de certains problèmes et préoccupations, encourageant le changement et établissant un dialogue concernant les stratégies. En particulier celles qui ont trait aux droits familiaux, civils, culturels, économiques, politiques et sociaux, et notamment qui s'intéressent aux droits des enfants et des jeunes. Leur participation en matière de politiques sur l'alcool devrait être renforcée et inclure : (i) le suivi de la mise en application effective des lois, codes et pratiques en vigueur dans les secteurs public et privé, (ii) l'interprétation des données factuelles en termes compréhensibles de politiques et pratiques visant à lutter contre les méfaits de l'alcool, (iii) la protection et la représentation de la société civile en ce qui concerne la mise en application de ces stratégies et pratiques, et enfin (iv) la collecte et la diffusion d'informations et de savoir en vue de mobiliser la société civile pour soutenir la mise en oeuvre d'une politique fondée sur la connaissance.

L'industrie des boissons alcoolisées et les autres industries qui y sont liées ont un rôle particulier à jouer dans la mise en application des mesures et programmes

ayant trait à l'alcool. Elles pourraient notamment : (i) assurer la formation du personnel de service et contrôler tous les acteurs dans la chaîne logistique de l'alcool ayant trait à la vente, afin d'assurer le respect de la loi et de diminuer les risques concernant les conséquences négatives liées à l'ivresse, aux modes de consommation nocifs et à la conduite sous l'influence de l'alcool ; (ii) garantir que le processus mercatique complet (développement produit, définition du prix, segmentation du marché et ciblage, campagnes publicitaires et promotionnelles, et mise en place physique de la distribution) ne vise en aucun cas directement à séduire les mineurs ; (iii) procéder à des estimations de l'impact de leurs activités sur la santé publique et l'environnement social ; et (iv) diffuser des messages et des rapports au public concernant les moyens utilisés pour mettre en oeuvre les mesures susmentionnées.

V. Réduire la conduite automobile après consommation d'alcool

L'Union européenne s'est fixé pour objectif de diminuer de moitié le nombre de morts sur la route entre 2000 et 2010 grâce à l'harmonisation des sanctions et la promotion de nouvelles technologies permettant d'améliorer la sécurité routière. Au nombre des stratégies particulièrement efficaces pour lutter contre l'alcool au volant figurent notamment la baisse du taux maximum légal d'alcoolémie, les contrôles par alcootests (au hasard) illimités, la suspension du permis de conduire et, pour les jeunes conducteurs, l'imposition d'une limite légale d'alcoolémie plus basse et de mesures restrictives concernant le permis de conduire. Alors que l'alcolock peut constituer une mesure préventive, son usage appliqué aux contrevenants ne donne des résultats qu'aussi longtemps que l'appareil reste fixé au véhicule. Aucune preuve n'existe concernant la réelle efficacité des programmes de prévention routière en milieu scolaire ou encourageant la désignation de capitaines de soirée. Le public doit être informé des lois contre l'alcool au volant si l'on veut qu'elles soient efficaces. Si le public n'est pas au courant d'un changement ou de renforcement dans l'application d'une loi, il est peu probable qu'il modifie ses habitudes concernant l'alcool au volant. Les mesures luttant contre l'alcool au volant gagnent en efficacité lorsqu'elles sont intégrées à des programmes de prévention au niveau local.

Recommandations de sécurité routière	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
V.1. Un taux légal d'alcoolémie de 0,5 g/l devrait être introduit à travers toute l'Europe ; les pays ayant un taux légal inférieur ne devraient pas l'augmenter.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 263
V.2. Un taux légal d'alcoolémie de 0,2 g/l devrait être introduit pour les nouveaux conducteurs, les conducteurs des services publics et les chauffeurs de poids lourds ; les pays ayant déjà un taux inférieur ne devraient pas l'augmenter.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 267
V.3. Des dépistages du taux d'alcoolémie utilisant des analyseurs d'haleine devraient être mis en place à travers l'Europe.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 264

V.4. Des condamnations communes suffisamment claires et d'application rapide avec des peines graduées selon le niveau d'alcoolémie devraient être implantées à travers toute l'Europe.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 264-266
V.5. La rééducation du conducteur, des programmes de réhabilitation et de traitement s'ajoutant aux peines et basées sur des recommandations et des protocoles validés devraient être implantés à travers toute l'Europe.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 264-266
V.6. Des actions visant à réduire la conduite automobile après consommation d'alcool devraient être soutenues par une grande campagne au niveau européen.	(I) Institutions européennes	7: 272
V.7. Les campagnes existantes du type «conducteur désigné» devraient être évaluées pour leur impact à réduire les accidents liés à l'alcool et les accidents mortels avant que soient financées et mises en place de nouvelles campagnes.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 268-270
V.8. Des formations efficaces et appropriées pour les personnels de la restauration et les serveurs d'alcool devraient être mises en place pour réduire le risque de l'alcool au volant.	(III) Municipalités	7: 267-271
V.9. Des programmes globaux d'éducation et de mobilisation communautaires incluant des planifications urbaines et des initiatives de transports publics devraient être mis en place pour réduire les problèmes de l'alcool au volant.	(III) Municipalités	7: 270

VI. Encourager l'éducation, la communication, la formation et la prise de conscience

L'efficacité des communiqués d'intérêt public, des campagnes d'information au public, en particulier celles invitant à une consommation modérée et donc à moindre risque, reste à démontrer, bien qu'il soit important d'utiliser les médias comme tremplin pour encourager le public à soutenir les changements concernant les réglementations. Malgré quelques résultats positifs obtenus avec certains programmes de prévention en milieu scolaire, des examens systématiques et des méta-analyses révèlent que la majorité des programmes bien évalués sont sans effet même à court terme. Nous avons une grande expérience en ce qui peut être considéré comme les meilleures pratiques en terme de programmes de prévention en milieu scolaire, toutefois sans aucune preuve convaincante quant à leur véritable efficacité. Ce qui ne veut pas dire qu'il faille abandonner tout programme éducatif car la population toute entière doit être informée au sujet de l'alcool et de ses méfaits. Il ne faut toutefois pas considérer la prévention en milieu scolaire comme LA solution pour réduire ces méfaits, cette mesure ne pouvant se substituer à d'autres plus efficaces.

Recommandations pour l'éducation et la prise de conscience	Acteur compétent	Référence (ch : pp) ⁶
VI.1. Les programmes d'éducation ne doivent pas être implantés isolément ou avec l'espoir de réduire par cette seule action les dommages liés à l'alcool, mais plutôt pour renforcer la prise de conscience des problèmes créés par l'alcool et pour préparer le terrain à des interventions spécifiques et à des mesures de contrôle.	(II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 275-281
VI.2. Des subventions doivent être accordées pour évaluer la conception et l'impact des programmes individuels qui montrent des promesses d'efficacité.	(II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 275-282
VI.3. De grands programmes d'éducation commençant dans la petite enfance devraient être mis en place pour informer les jeunes des conséquences de la consommation d'alcool sur la santé, la famille et la société et sur l'existence de mesures efficaces pour prévenir ou diminuer les dommages.	(II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 275-281
VI.4. Les programmes d'éducation importés d'un pays ou d'une culture particulière devraient être évalués sur chaque nouveau site d'expérimentation avant d'être mis en place à grande échelle.	(II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 275-281
VI.5. Des campagnes médiatiques doivent être utilisées pour informer les citoyens et pour augmenter leur prise de conscience sur la mise en place des mesures de contrôle de l'alcool.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 273-274

VII. Étiquetage

Bien que nous ne disposions que de peu de preuves concernant l'impact que peuvent avoir des messages préventifs sur les étiquettes de produits alcoolisés en terme de réduction des méfaits de l'alcool, les consommateurs européens devraient régulièrement recevoir des informations exactes et cohérentes concernant les effets nocifs de l'alcool afin de leur permettre de faire des choix avisés. Le conditionnement et les étiquettes produits ne doivent pas induire le consommateur en erreur, et ne pas viser directement à séduire les enfants et les adolescents.

Recommandations sur l'étiquetage	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
VII.1. Les contenants de boissons alcooliques doivent porter des messages rédigés par les institutions sanitaires et décrivant les effets nocifs de l'alcool pendant la conduite automobile ou la manipulation de machines, durant la grossesse et d'autres messages appropriés.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 274-276
VII.2. L'emballage et l'étiquetage des boissons alcooliques ne doivent pas promouvoir un produit alcoolique de manière à créer une impression erronée à propos de leurs caractéristiques ou de leurs effets sur la santé ou pour favoriser directement ou indirectement à la consommation par les mineurs.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 274-276

VIII. Les politiques qui réglementent le marché de l'alcool

Les mesures tarifaires et fiscales Les taxes sur l'alcool constituent une stratégie efficace pour lutter contre les méfaits de l'alcool, en particulier ceux infligés aux autres personnes que le buveur, avec un impact plus prononcé chez les jeunes et les gros buveurs. Les taxes sur l'alcool sont une source de revenus pour les gouvernements, et compte tenu de la relative inélasticité de la demande concernant l'alcool, ces recettes sont généralement plus étroitement liées aux taux de taxe qu'aux taux de consommation. Actuellement, un grand nombre de pays sont loin d'appliquer le niveau de taxation permettant de générer des recettes fiscales maximum.

Il existe d'énormes écarts dans les taux de taxe sur l'alcool entre pays, même après correction du pouvoir d'achat, et la moitié des pays européens n'imposent aucune taxe sur le vin. L'harmonisation des droits et taxes est un des buts que l'Union européenne vise depuis longtemps, principalement pour supprimer les fortes distorsions commerciales et les manques à gagner du point de vue fiscal que cause la coexistence d'un marché commun et de régimes fiscaux extrêmement variés. En outre, il est nécessaire de procéder régulièrement à des réajustements compte tenu de l'inflation (24 %), évitant ainsi que les taxes ne deviennent dérisoires.

Les conséquences de ce manque d'uniformité fiscale sont aggravées par une tendance croissante à relâcher les restrictions concernant les achats transfrontaliers et à autoriser de grande quantité d'alcool par personne.

Recommandations pour la taxation, les achats transfrontaliers et la contrebande	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
VIII.1. Les taux minimum de taxation des boissons alcooliques doivent être augmentées régulièrement proportionnellement à l'inflation. Ils doivent être au moins proportionnels au contenu en alcool des boissons et ils devraient au moins couvrir les coûts des dommages créés par la consommation de l'alcool tels qu'ils seront déterminés par une méthode standardisée et acceptée par tous.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 281-286
VIII.2. Les Etats membres doivent pouvoir utiliser avec flexibilité la taxation pour s'attaquer aux problèmes particuliers qui peuvent venir de boissons spécifiques comme celles qui sont particulièrement consommées par les jeunes.	(II) Etats membres et régions	9: 386-388
VIII.3. La traçabilité des boissons alcooliques doit être assurée pour déterminer leurs origines et leurs mouvements commerciaux afin d'estimer l'importance de la contrebande de l'alcool aux frontières de l'Union et à l'intérieur.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	3: 52-53
VIII.4. Les Etats membres doivent avoir la possibilité de limiter les achats transfrontaliers des particuliers afin de diminuer l'impact de ces achats sur chaque politique fiscale.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	3: 53-54

Restrictions sur la disponibilité de l'alcool L'efficacité des politiques assurant le contrôle de la disponibilité physique de l'alcool est bien établie (révision à la hausse de l'âge minimum légal pour l'achat d'alcool et restrictions des jours et horaires de vente). Il est prouvé que le fait de prolonger les horaires de vente d'alcool tend à générer une escalade de la violence. La responsabilité des stratégies basées sur le contrôle de la disponibilité de l'alcool est généralement décentralisée et confiée aux municipalités. Toutefois, leur efficacité n'est assurée que si les textes législatifs au niveau national et régional n'entravent pas mais au contraire favorisent la mise en oeuvre de ces mesures, et si des dispositions adéquates sont prises concernant leur effective mise en application.

Recommandations concernant l'âge minimum d'achat et la disponibilité de l'alcool	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
VIII.5. Un système minimum de licence pour la vente des boissons alcooliques doit être implanté à travers l'Europe en respectant les systèmes existants lorsqu'ils sont plus sévères.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 288

VIII.6. La vente de boissons alcooliques doit être interdite au dessous d'un certain âge fixé à 18 ans ou à l'âge légal des lois nationales ou locales en vigueur s'il est inférieur. Ces réglementations doivent être appliquées avec sévérité.	(II) Etats membres et régions	7: 287-288
VIII.7. Les règles administratives qui déterminent les points de vente d'alcool, leur nombre et densité, leur emplacement, leurs jours et heures d'ouverture ne devraient pas être. Les pays qui n'ont pas de réglementation ou qui appliquent des règles peu sévères devraient analyser l'effet que provoquerait l'introduction ou le renforcement de ces contrôles.	(II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 289-293
VIII.8. Une série de peines progressivement de plus en plus sévères contre les vendeurs et les distributeurs ne respectant pas les réglementations, comme par exemple le retrait de la licence ou la fermeture définitive des établissements, doit être mise en place pour assurer le respect des mesures adéquates.	(III) Municipalités	7: 312-315

Le contrôle de la publicité, des activités promotionnelles et du sponsoring ayant trait à l'alcool

Preuve a été faite que les nouveaux produits conçus par l'industrie des boissons alcoolisées séduisent les jeunes en dessous de l'âge minimum légal concernant l'alcool, qui immédiatement réagissent en les consommant. Les offres promotionnelles à prix réduit encouragent la forte consommation d'alcool épisodique, et la mise en place de publicités dans les magasins est associée à une tendance prévisible à se mettre à boire chez les jeunes. Il a été démontré que des publicités pour l'alcool ciblent les jeunes en dessous de l'âge minimum légal, et il a été établi que l'exposition à des émissions télévisées, à des vidéos de musique et à des événements parrainés comportant des messages publicitaires pour l'alcool permet de prédire quand les jeunes commenceront à boire et quand ils augmenteront leur consommation d'alcool. Des enquêtes consommateurs ont montré que les publicités pour l'alcool engendrent des attentes et des attitudes positives face à l'alcool. Des études de ce type ont également démontré que les publicités pour le tabac augmentent le nombre de nouveaux fumeurs chez les jeunes, et que l'exposition des enfants à des publicités pour des produits alimentaires influence leurs choix alimentaires, et des preuves croissantes indiquent que l'exposition à des publicités pour l'alcool augmente le nombre de nouveaux consommateurs d'alcool chez les adolescents. Malgré les problèmes que posent les enquêtes auprès de la population, certaines études économétriques nous donnent toutes sortes de preuves établissant un rapprochement entre volume publicitaire et d'une part attitude face à l'alcool et d'autre part conséquences de la consommation d'alcool, ce qui n'est pas le cas d'autres études. Etant donné que la publicité a un impact, en particulier pour ce qui est d'encourager les jeunes à considérer de façon plus positive le fait de boire de l'alcool, des restrictions sur le contenu publicitaire devraient permettre de diminuer les conséquences négatives de l'alcool, bien que cela n'ait pas fait l'objet d'une évaluation spécifique. Jusqu'à présent, l'autoréglementation des messages commerciaux et publicitaires par l'industrie des boissons alcoolisées n'est guère concluante.

Recommandations pour les communications commerciales	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
VIII.9. Une plate-forme commune pour réglementer les communications commerciales doit être implantée en Europe, bâtie sur les réglementations existantes dans les Etats membres. Elle doit envisager de programmer d'interdire progressivement la publicité à la télévision et au cinéma et la sponsoring des activités sportives ainsi que de limiter les messages et les images aux seules caractéristiques du produit.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 300-308
VIII.10. L'article 15 de la directive Télévision Sans Frontière doit être renforcé aussi bien en ce qui concerne le contenu que le volume des publicités et une analyse de l'adhésion à cette mesure à travers les Etats membres doit être faite.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 296-299 8: 388-389
VIII.11. Quand une autorégulation par les professionnels de la production ou de la commercialisation des boissons est en place, elle doit être surveillée et jugée par un organisme de contrôle indépendant de ces professionnels.	(I) Institutions européennes (II) Etats membres et régions	7: 308-311

IX Réduire les dommages sur les lieux de la consommation et alentour

Les stratégies reposant sur le contrôle des lieux de consommation peuvent aider à lutter contre les conséquences négatives de l'alcool. Elles visent principalement les bars, cafés et restaurants, et leur efficacité dépend de l'adoption de mesures appropriées concernant leur effective mise en pratique. De telles mesures gagnent en efficacité lorsqu'elles sont soutenues par des programmes de prévention au niveau local, y compris municipal.

Recommandations pour agir sur le cadre de la consommation	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
IX.1. L'urbanisation, les stratégies communautaires, les réglementations et restrictions sur les licences, les politiques de transport et le management des contextes de consommation doivent être utilisés pour réduire les risques résultant des ivresses, en particulier pour les résidents.	(III) Municipalités	7: 312-321
IX.2. Des formations appropriées et efficaces doivent être mises en place pour les professionnels de la restauration et tous ceux qui servent de l'alcool pour réduire les conséquences néfastes de l'ivresse et des modes de consommation dangereux.	Industrie des boissons alcoolisées	7: 312-316

IX.3. Une réglementation adaptée doit être prise et l'application des lois sur la vente d'alcool doit être assurée en particulier dans les lieux où existent les risques les plus élevés.	(III) Municipalités	7: 314-316
IX.4. Une bonne mobilisation des communautés et des associations avec des projets réunissant les différents intervenants doit être facilitée pour créer des environnements plus sûrs et pour réduire les dommages liés à la consommation.	(III) Municipalités	7: 318-320

X. Interventions sur la consommation à risque, la consommation nocive et l'alcoolodépendance

Un grand nombre de preuves viennent confirmer que de brefs conseils, dispensés dans certaines circonstances, permettent de lutter contre la consommation nocive d'alcool de façon efficace et rentable. Cette mesure constitue non seulement un excellent moyen d'action à partir de ressources limitées, mais aussi mis en pratique à grande échelle peut permettre de réduire les méfaits de l'alcool chez un grand nombre d'individus. Il a également été établi qu'il est possible d'amener le personnel de santé, dans le cadre de soins de santé primaires, à détecter de façon précoce les problèmes liés à l'alcool et à dispenser de brefs conseils.

Recommandations pour les interventions	Acteur compétant	Référence (ch : pp) ⁶
X.1. Des recommandations scientifiquement évaluées concernant les interventions brèves sur les consommations à risque et nocive doivent être développées et mises en place dans différents lieux pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins.	(II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 322-326
X.2. La formation et le soutien aux programmes d'interventions brèves sur les consommations à risque et nocive doivent être développées dans différents lieux pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins	(II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 322-326
X.3. Des ressources doivent être données pour assurer l'offre et l'accessibilité des actions de dépistage et de soins sur les consommations à risque et nocive et sur l'alcoolodépendance.	(II) Etats membres et régions (III) Municipalités	7: 322-326

Annexe 1 – Glossaire

Termes ayant trait aux politiques sur l'alcool et à la santé publique

Abstinence : privation volontaire de boissons alcoolisées par principe ou pour d'autres raisons. Les personnes qui pratiquent l'abstinence sont appelées "abstinents", "non buveurs", ou "abstinents complets". Le terme "abstinents actuels", souvent utilisé dans les sondages, est habituellement défini comme une personne qui n'a pas bu d'alcool dans les 12 mois qui précèdent. Cette définition ne correspond pas forcément à celle qu'un abstinents (ou non buveur) interrogé donnerait. ("abstinence" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Abus - excès : termes couramment utilisés mais pouvant avoir plusieurs sens. Le terme de dépendance est maintenant plus utilisé le cas échéant. (En anglais le terme "abuse" est parfois utilisé pour marquer fondamentalement la désapprobation concernant la prise de toute substance psychoactive, en particulier de drogues illicites. Compte tenu de son ambiguïté, ce terme ne figure pas à la classification ICD-10 [excepté pour ce qui est des substances ne produisant aucun effet de dépendance. Cf. ci-après]). Consommation nocive et consommation dangereuse sont des termes équivalents. ("abuse" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Accès à l'alcool : les possibilités de se procurer de l'alcool. L'accès à l'alcool varie au sein de l'Union européenne, allant d'aucun accès (prohibition de l'alcool) à la vente libre en magasins, en passant par des systèmes de rationnement et de vente sous monopole d'Etat. La vente en magasin étant éventuellement contrôlée par le biais de restrictions en termes de concentration du nombre d'établissements commercialisant de l'alcool ou par l'imposition de jours et d'horaires de vente, et d'un âge minimum légal pour l'achat d'alcool. (Hvalkof & Anderson 1995)

Acquis communautaire : expression qui recouvre "l'Union telle qu'elle est" ou, en d'autres termes, les droits et les obligations que partagent l'ensemble des pays de l'Union Européenne. L'acquis communautaire comprend la législation et les traités européens, les déclarations et les résolutions, les accords internationaux dans les matières communautaires et la jurisprudence de la Cour de justice. (Commission européenne 2005)

Action communautaire : dans le présent contexte, une action visant à réduire les méfaits de l'alcool reposant sur une démarche double, à savoir influençant sur le plan de la santé non seulement le comportement individuel mais aussi l'environnement général. (*ndt. les termes action locale et municipale sont également employés dans ce sens dans la version française de ce rapport*). (Hvalkof & Anderson 1995)

Action communautaire en faveur de la santé : efforts collectifs au sein d'une communauté visant à mieux contrôler les déterminants de la santé, et ainsi à améliorer la santé publique. ("Community action for health" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Action intersectorielle : action conjuguée du secteur de la santé et des autres secteurs concernés, visant à un but commun, les activités dans les différents secteurs étant étroitement coordonnées. ("intersectoral action" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Action multisectorielle : sur le plan pratique ce terme est synonyme d'actions intersectorielles. Il met toutefois l'accent sur le fait que ce type d'intervention fait intervenir plusieurs secteurs sur le plan action et responsabilité. ("multisectoral action" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

AELE : sigle qui désigne l'**Association européenne de libre échange**, organisation fondée en 1960 dans le but de promouvoir le libre commerce des biens parmi ses États membres. À l'origine, l'AELE comptait sept membres : l'Autriche, le Danemark, la Norvège, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. La Finlande les a rejoint en 1961, suivie par l'Islande en 1970 et le Liechtenstein en 1991. En 1973, le Royaume-Uni et le Danemark ont quitté l'AELE pour adhérer à la CEE (voir ci-dessous). Le Portugal a fait de même en 1986, et l'Autriche, la Finlande et la Suède en 1995. Aujourd'hui, les membres de l'AELE sont l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse. (Commission européenne 2005)

Age minimum légal : âge minimum imposé par loi pour l'achat d'alcool. (Hvalkof & Anderson 1995)

Age minimum légal pour l'achat d'alcool : âge minimum imposé par la loi concernant le droit d'acheter des boissons alcoolisées. Selon les pays, cet âge minimum varie entre 16 et 21 ans. Certains pays imposent un âge minimum différent selon les types de boissons alcoolisées ou encore les circonstances. (Babor *et al.* 2003).

Alcool : en chimie nom générique d'une classe de composés organiques résultant du remplacement par le radical hydroxyle -OH d'un ou plusieurs atomes d'hydrogène d'un hydrocarbure. L'éthanol (C₂H₅OH, alcool éthylique) est un de ses composés et la substance la plus psychoactive présente dans les boissons alcoolisées. L'alcool est également un terme courant utilisé pour désigner de façon générale les boissons alcoolisées. ("alcohol" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Alcool au volant : terme généralement utilisé pour le délit que constitue le fait de conduire avec un taux d'alcool dans le sang qui excède la limite autorisée. ("Drinking-driving" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Alcool pur : Éthanol pur, ne contenant pas plus de 1 % d'eau. *Voir aussi* : alcool. (Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Alcoolisme : terme utilisé depuis longtemps et dont la signification varie. Il se réfère généralement à une consommation chronique ou périodique d'alcool qui se caractérise par une incapacité à contrôler la consommation d'alcool, de fréquentes périodes d'intoxication, et le fait d'avoir à l'esprit le besoin d'avoir et de boire de l'alcool malgré ses effets nocifs. L'inexactitude de ce terme a amené un comité d'experts* de l'Organisation Mondiale de la Santé à le rejeter, lui préférant une formule plus précise à savoir le terme de syndrome de dépendance à l'alcool (en anglais *alcohol dependence syndrome*) considéré comme un des nombreux problèmes attribuables à l'alcool. Il ne figure pas en tant qu'identité diagnostique dans l'ICD-10 (ndt. référence étant faite à la version anglaise de l'ICD-10). (*voir* : syndrome de dépendance à l'alcool). * Troubles liés à la consommation d'alcool. Rapport du comité d'experts de l'OMS. Genève. Organisation Mondiale de la Santé, 1980 (WHO Technical Report Series, n° 650). ("alcoholism" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Alcopop : boisson gazeuse à base d'alcool contenant des colorants artificiels, sucrées et vendues en bouteilles de 300ml. Ces boissons sont désignées également

par des termes plus officiels comme "premix", "boissons alcoolisées aromatisées" et boissons "design" (en anglais "designer drinks"). (Babor *et al.* 2003).

Amélioration de la santé : le processus d'améliorer constamment et progressivement l'état de santé d'une population. ("health development" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Analyse de l'impact sur la santé : évaluation de l'ensemble des effets, directs et indirects, d'une stratégie, d'un programme, d'un service ou d'une institution sur la santé publique et, sur les progrès d'ordre socio-économique et sanitaire. ("health impact assessment" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Analyse des tendances chronologiques : méthode statistique permettant de tirer des conclusions de deux séries de mesures répétées sur une période donnée concernant un même groupe d'individus ou une association. Alors que l'accent est mis sur le fait d'établir des rapports de cause à effet, l'objectif principal est de faire un rapprochement entre un changement dans une série et un changement dans une autre (après avoir contrôlé d'autres variables). (Dernier 2001; modifié)

Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALYs) : système de mesure reposant sur plusieurs éléments, à savoir les années de vie perdues par décès prématuré et par incapacité. (Dernier 2001; modifié)

Autoréglementation : dans le présent contexte, un mécanisme par lequel une entité, habituellement l'industrie des boissons alcoolisées, établit un code déontologique concernant le contenu et l'emplacement des messages publicitaires. (Hvalkof & Anderson 1995)

Bienfait public : effet bénéfique résultant d'un acte reposant spécifiquement ou axé sur la promotion du bien-être d'une population ou d'une communauté. (Hvalkof & Anderson 1995)

Bienfaits pour la santé : amélioration constatée de l'état de santé chez une personne ou une population, y compris en termes de longévité et de qualité de vie. ("health gain" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Boire en société : (1) au sens littéral, le fait de consommer de l'alcool en compagnie d'autres personnes, en opposition au fait de boire seul. (2) Expression souvent utilisée dans un sens large pour désigner des habitudes de consommation qui ne constituent pas un problème d'alcool. (3) Dans son sens plus courant, boire en société exprime une consommation de boissons alcoolisées conforme aux habitudes collectives sociales, faite essentiellement en compagnie d'autres personnes, et uniquement lors d'occasions et de manières socialement acceptables. Le fait de "boire en société" n'est pas forcément synonyme de consommation modérée. Dans certains pays d'Amérique du Sud, par exemple, le fait de boire (souvent jusqu'à l'ivresse) à des "fiesta" est un comportement acceptable. ("social drinking" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Boisson alcoolisée : liquide qui se boit et contenant de l'alcool (éthanol). ("alcoholic beverage" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Brève intervention : stratégie médicale consistant à offrir une assistance thérapeutique de courte durée (entre 5 et 30 minutes) visant à aider les usagers de substances psychoactives à ralentir ou à arrêter leur consommation, ou encore (moins fréquent) à but psychosocial afin de les aider à mieux gérer les problèmes

qu'ils ont dans la vie. Ce type d'intervention fait appel, en particulier, aux médecins généralistes et autres membres du personnel de santé dans le cadre de soins primaires. ("brief intervention" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

But : point visé que l'on se propose d'atteindre. Dans le domaine de la santé, l'OMS avait fixé dans les politiques de la Santé pour tous le but suivant pour 2000 : "dans chaque pays la population dans son ensemble devrait avoir au minimum un état de santé lui permettant de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale dans le pays où elle vit". ("goal" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

CE : sigle désignant soit la "Communauté européenne" soit la "Commission européenne". (Commission européenne 2005)

Classification internationale des maladies et des problèmes de santé (ICD) : système regroupant et répertoriant, avec définition et publication de rapports, les maladies et les problèmes de santé qui y sont liés identifiés par les systèmes de santé dans le monde entier. Elle est régulièrement révisée et périodiquement publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé. (Babor *et al.* 2003).

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) : système regroupant et répertoriant les différentes sortes d'incapacités telles qu'identifiées par les systèmes de santé dans le monde entier. (Babor *et al.* 2003).

Code publicitaire : autoréglementation reposant sur l'adoption de normes publicitaires par l'industrie des boissons alcoolisées ou autre, comprenant généralement des directives concernant le contenu des publicités pour l'alcool et les segments de population qui y sont exposés. (Babor *et al.* 2003).

Commission européenne : il s'agit de l'institution politiquement indépendante qui représente et défend les intérêts de l'Union européenne dans son ensemble. Elle propose des textes législatifs, des politiques et des programmes d'action, et elle est responsable de la mise en œuvre des décisions du Parlement et du Conseil. (Commission européenne 2005)

Communauté européenne : terme aujourd'hui utilisé à la place de "Communauté économique européenne" (CEE - voir plus haut). (Commission européenne 2005)

Compétence personnelle en matière de santé : la capacité d'une personne à agir sur les déterminants de la santé. ("health competence" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Compétences : "Pouvoirs et responsabilités". Terme souvent utilisé dans les débats politiques sur les pouvoirs et les responsabilités qui devraient être attribués aux institutions européennes et ceux qui devraient être laissés aux autorités nationales, régionales et locales. (Commission européenne 2005)

Compétences fondamentales : aptitudes personnelles, sociales, facultés intellectuelles et physiques qui permettent à une personne de contrôler et de diriger sa vie, et de développer sa capacité à vivre dans son environnement et à l'adapter. ("lifskills" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Conseil de l'Europe : il ne s'agit pas d'une institution de l'Union Européenne, mais d'une organisation intergouvernementale située à Strasbourg, qui vise (notamment) à protéger les droits de l'homme, à promouvoir la diversité culturelle européenne et à

combattre des fléaux sociaux tels que la xénophobie et l'intolérance. Le Conseil de l'Europe a vu le jour en 1949 et l'un de ses premiers succès a été la rédaction de la Convention européenne des droits de l'homme. Afin de permettre aux citoyens de faire valoir les droits que leur reconnaît cette Convention, il a créé la Cour européenne des droits de l'homme. (Commission européenne 2005)

Conseil de l'Union européenne : connue précédemment sous le nom de Conseil des ministres, cette institution réunit des ministres nationaux de tous les pays de l'Union. Le Conseil se réunit régulièrement pour prendre des décisions sur des points précis et promulguer des lois européennes. (Commission européenne 2005)

Conseil européen : ce terme désigne la réunion des chefs d'État ou de gouvernement (c'est-à-dire les présidents et/ou les premiers ministres) de tous les États membres de l'Union européenne, ainsi que du président de la Commission européenne. Le Conseil européen se réunit, en principe, quatre fois par an pour définir les orientations politiques générales de l'Union et pour évaluer ses progrès. Il s'agit de l'instance politique suprême de l'Union européenne, raison pour laquelle les réunions du Conseil européen sont souvent appelées "sommets". (Commission européenne 2005)

Consommation d'alcool non enregistrée : Quantité consommée non incluse dans les statistiques officielles concernant la consommation d'alcool. (Hvalkof & Anderson 1995)

Consommation dangereuse : l'habitude de prendre une substance toxique qui risque de nuire à la santé. Certains limitent ses conséquences au plan physique et mental (comme dans la consommation nocive), d'autres y rattachent des conséquences sur le plan social. Contrairement à la "consommation nocive", la consommation dangereuse se réfère à des habitudes de consommation qui ont une influence sur la santé publique malgré l'absence de troubles ou de problèmes manifestes chez la personne qui consomme cette substance. Ce terme est actuellement utilisé par l'OMS mais ne figure pas en tant qu'identité diagnostique dans l'ICD-10 (référence étant faite à la version anglaise de l'ICD-10). ("hazardous use" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Consommation excessive d'alcool : est un terme qui n'est pas préféré actuellement et qui décrit une habitude de boire en excès par rapport à une norme de consommation modérée ou acceptable. Le terme consommation dangereuse, plus ou synonyme, lui est aujourd'hui préféré. ("excessive drinking" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005.)

Consommation modérée d'alcool : le terme "modéré" est imprécis et désigne un taux de consommation implicitement mis en opposition avec une forte consommation d'alcool. Ce terme indique le fait de boire en quantité modérée et ne causant pas de problème. Il est parfois aussi utilisé pour faire la distinction avec une consommation légère. ("moderate drinking" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Consommation nocive : prise d'une substance psychoactive nuisant à la santé. Les dégâts causés peuvent être d'ordre physique (ex. hépatite contractée en partageant une même seringue) ou mental (ex. crises de dépression suivant une forte consommation d'alcool). La consommation nocive d'une substance a généralement, mais pas toujours, des conséquences négatives sur le plan social, conséquences qui seules ne permettent toutefois pas de diagnostiquer une consommation nocive. ("harmful use" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1992)

Consommation par habitant : quantité moyenne d'alcool pur (habituellement estimée en litres) consommée au cours d'une période donnée (ex. un an), obtenue en divisant la quantité totale d'alcool pur consommée durant cette période par le nombre d'habitants dans une population, enfants et abstinents inclus. La consommation *par habitant* adulte (ou consommation par adulte) est la quantité totale d'alcool consommée divisée par le nombre d'adultes, parfois définis comme les personnes de plus de 15 ans. (Babor *et al.* 2003).

Consommation rapportée d'alcool : niveau de consommation à l'échelle nationale issu des chiffres officiels concernant les taxes sur les boissons alcoolisées et des statistiques régulièrement collectées concernant la production, le commerce et la consommation d'alcool. (Hvalkof & Anderson 1995)

Consommation responsable d'alcool : terme employé par certains gouvernement concernant le fait de consommer de l'alcool avec modération, c'est-à-dire de ne pas boire de façon qui puisse nuire à la santé ou avoir d'autres conséquences négatives pour le buveur ou autrui. (Babor *et al.* 2003).

Consommation risquée d'alcool ou d'autre substance toxique : le fait de consommer de l'alcool ou une autre substance toxique de façon contraire aux conseils édictés par la loi ou le corps médical, comme notamment l'automédication. Ce terme est préféré par certains à celui d'abus d'alcool car moins moraliste. ("misuse, drug or alcohol" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Contre-publicité : actions comprenant l'emploi de messages de type publicitaire dénonçant les risques et les conséquences négatives de l'alcool. La contre-publicité est utilisée pour neutraliser l'impact des messages publicitaires pour l'alcool. Elle peut être faite sous forme imprimée ou de communiqués d'intérêt public diffusés sur les ondes ou encore sous forme de messages préventifs sur les étiquettes des produits alcoolisés. (Babor *et al.* 2003).

Contrôle de la production : dans le présent contexte, ce terme désigne les interventions de contrôle ou les réglementations sur la production réelle de boissons alcoolisées. (Hvalkof & Anderson 1995)

Contrôle par alcootests au hasard : procédure de contrôle sur des automobilistes sur la route arrêtés au hasard et qui doivent se soumettre à un alcootest, permettant ainsi de voir ceux qui ont un taux d'alcool dans le sang supérieur à la limite maximum légale, qu'ils manifestent ou non de façon observable une incapacité à conduire. (Hvalkof & Anderson 1995)

Contrôle social informel : contrôle que les membres de la société exercent, à savoir au sein de la famille, entre amis, collègues et autres personnes hors cadre professionnel ou institutionnel, sur le mode de consommation d'alcool ou le comportement face à l'alcool. Il repose souvent sur des valeurs culturelles ou sociétales. (Hvalkof & Anderson 1995)

Conventions internationales sur les substances psychotropes : traités internationaux ayant pour but de limiter la production et le commerce de substances psychotropes. Les traités les plus anciens (Loi générale - Bruxelles 1889-90, et traité de Saint-Germain-en-Laye en 1912) visaient à contrôler le commerce de l'alcool dans les colonies africaines. Le premier des traités concernant les substances faisant actuellement l'objet de restrictions fut la convention de La Haye, qui eut lieu en 1912. Les termes de cette convention associés à ceux des traités ratifiés par la suite ont été regroupés lors de la Convention unique sur les narcotiques (1961 ;

modifiée par le Protocole de 1972). À ces accords s'ajoutent la Convention de 1971 sur les psychotropes et la Convention de 1988 contre le trafic de narcotiques et de substances psychotropes. ("conventions, international drug" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Coût social de l'alcool : ensemble des frais supportés par une société résultant de la consommation, de la production et de la distribution d'alcool et ayant trait notamment aux secteurs de la santé et de protection sociale, aux industries, à la sécurité routière, aux mesures visant à faire respecter les lois, et à la juridiction pénale. (Hvalkof & Anderson 1995)

Critères de Copenhague : en juin 1993, les dirigeants européens réunis à Copenhague ont défini trois critères que les pays candidats (voir ci-dessous) doivent remplir avant de pouvoir adhérer à l'Union européenne. Premièrement, le pays doit disposer d'institutions stables garantissant la démocratie, la primauté du droit, les droits de l'Homme et le respect des minorités. Deuxièmement, il doit être doté d'une économie de marché viable. Troisièmement, il doit reprendre la totalité de l'acquis communautaire (voir ci-dessus) et souscrire aux diverses finalités de l'Union européenne. L'Union se réserve le droit de décider quand un pays candidat remplit les trois critères et quand elle s'estime prête à accepter le nouveau membre. (Commission européenne 2005)

Débits de boissons (titulaires d'une licence pour la vente d'alcool) : établissements ayant obtenu auprès des autorités concernées l'autorisation officielle de vendre des boissons alcoolisées avec consommation sur place. (Babor *et al.* 2003).

Demande élastique par rapport au prix : situation où le pourcentage de changement dans la consommation (ou la quantité demandée) d'alcool excède le pourcentage de changement au niveau du prix. (Babor *et al.* 2003).

Demande élastique par rapport au prix unitaire : situation où le pourcentage de changement au niveau du prix est égal au pourcentage de changement dans la consommation (ou la quantité demandée) d'alcool. (Babor *et al.* 2003).

Demande inélastique par rapport au prix: situation où le pourcentage de changement au niveau du prix excède le pourcentage de changement dans la consommation (ou la quantité demandée) d'alcool. (Babor *et al.* 2003).

Démarche publique : dans le présent contexte, mesures ou stratégies concernant la consommation générale d'alcool et visant à lutter contre les problèmes liés à l'alcool. Une démarche publique a pour but de créer un environnement de soutien dans lequel chacun peut faire le bon choix pour améliorer sa santé, et où il est plus difficile ou plus cher d'opter pour des choix nocifs pour la santé. (Hvalkof & Anderson 1995)

Densité d'établissements commercialisant de l'alcool : Nombre d'établissements vendant de l'alcool ramené par habitant. (Hvalkof & Anderson 1995)

Dépendance : décrit de façon générale, le fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose, ou de ne pouvoir fonctionner ou survivre sans cette personne ou cette chose. Appliqué à l'alcool ou autres substances toxiques, ce terme exprime notamment le besoin de continuer la prise d'une substance toxique pour se sentir bien ou encore pour éviter de se sentir mal. Globalement, ce terme regroupe deux types de dépendances, dépendance physique et psychologique. La dépendance psychologique est un état d'incapacité à contrôler la consommation

d'alcool ou la prise d'une autre substance toxique, alors que la dépendance physiologique ou physique fait référence à la tolérance de l'organisme et à l'état de manque. ("dependence" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1992)

Déterminants de la santé : ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent le niveau de santé publique ou individuelle. Ces facteurs sont nombreux et agissent les uns sur les autres. La promotion de la santé a pour but principal d'encourager et de soutenir des actions visant à agir sur les déterminants de la santé pouvant être modifiés. Pas seulement au niveau personnel, comme le fait de modifier son hygiène et mode de vie, mais aussi des actions concernant d'autres facteurs comme les revenus et la position sociale, le niveau d'instruction, l'attrait de l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé et l'environnement physique. Ces facteurs cumulés créent différentes conditions de vie qui ont une influence sur la santé. Le fait d'améliorer ces modes de vie et ces conditions de vie constitue une étape intermédiaire vers une amélioration de l'état de santé. ("determinants of health" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

DG - Direction générale : le personnel des principales institutions européennes (Commission, Conseil et Parlement) est réparti dans plusieurs départements différents, appelés "directions générales" (DG), qui sont chargés de tâches ou de domaines déterminés. A la tête d'une DG, on trouve un "Directeur général" (parfois abrégé également en "DG") qui en assure la direction sur le plan administratif. (Commission européenne 2005)

Disponibilité de l'alcool : la possibilité de se procurer de l'alcool, souvent considérée sous deux aspects, à savoir la vente en gros et la vente au détail. (Hvalkof & Anderson 1995)

Disponibilité en magasin : dans le contexte du présent rapport, la vente d'alcool au détail dans des magasins. (Hvalkof & Anderson 1995)

Distribution de la population concernant la consommation d'alcool : répartition statistique de la consommation d'alcool au sein d'une population. Les études empiriques montrent la présence de fortes disparités dans la distribution de la consommation d'alcool avec une grande concentration sur les taux de consommation élevés. La distribution est unimodale et ne montre pas de limite nette entre buveurs légers et gros buveurs. (Hvalkof & Anderson 1995)

Ebriété : état d'ivresse de durée plus ou moins longue induit par l'alcool et qui s'accompagne de perturbations des fonctions et réactions psychophysiologiques et psychomotrices. ("alcohol intoxication" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1992)

Education pour la santé : activités organisées offrant un enseignement destiné à favoriser les changements de comportement. ("health education" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Effets proportionnels à la quantité consommée : Dans le présent contexte, le lien entre consommation d'alcool et les conséquences positives et négatives sur le plan humain et de la société, y compris maladies, accidents, violence et mortalité. (Dernier 2001; modifié)

Elasticité-prix : les économistes utilisent le terme d'élasticité pour mesurer le degré de fluctuation d'une variable par rapport à une autre. Dans le cas de l'alcool, elle

permet de mesurer le degré de fluctuation de la demande en cas de changement dans les prix. Elle compare les degrés de fluctuations dans les prix et dans la demande (quantité demandée). Cette variation est exprimée sous forme de taux ou de coefficient. (Babor *et al.* 2003).

Enseignement normatif : conférences données en classe, débats et exercices visant à fournir des informations objectives (souvent obtenues par le biais de sondages dans les écoles) au sujet de l'ampleur de la consommation d'alcool et de l'usage de substances psychoactives parmi les élèves. Le taux de consommation (ou l'ampleur de l'usage pour les drogues) est généralement surestimé par les collégiens. Il est considéré que cet enseignement permet de réduire la pression que les jeunes ressentent à imiter et à se conformer aux normes qu'ils perçoivent. (Babor *et al.* 2003).

Espérance de santé : concept de «l'espérance de santé», ou espérance de vie en bonne santé sans incapacité, maladie ou troubles de santé selon les normes sociales et professionnelles, les perceptions qui en sont faites et englobant également la qualité de la vie. Parmi les indicateurs d'espérance de santé actuellement utilisés, on citera les DFLY (années de vie sans incapacité) et les QALY (années de vie ajustées sur la qualité de vie). Ils expriment principalement la mesure dans laquelle chacun peut espérer vivre sans incapacité, problème de santé et/ou maladie chronique. ("health expectancy" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Étalonnage des performances : cela consiste à évaluer les performances notamment d'un pays, d'une entreprise, d'un secteur, en les comparant à celles d'autres pays, entreprises, secteurs, etc. L'"étalon" est la référence par rapport à laquelle les performances sont évaluées. L'étalonnage est l'une des techniques utilisées dans le "processus de Lisbonne" (voir ci-dessous). (Commission européenne 2005)

État de santé : terme général indiquant la manière d'être du point de vue sanitaire d'une personne, d'un groupe ou d'une population par rapport à certaines conditions définies comme normales. Les indicateurs de santé tels que définis par l'OMS ont été acceptés au niveau international et servent "d'étalon" pour évaluer l'état de santé sous différents aspects. ("health status" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

États membres : les pays qui font partie d'une organisation internationale sont ses "États membres". Ce terme est également utilisé fréquemment pour désigner les gouvernements de ces pays. Depuis le 1er mai 2004, les États membres de l'Union européenne sont l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, Chypre, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République Tchèque, le Royaume-Uni, la Slovaquie, la Slovénie et la Suède. (Commission européenne 2005)

Étude clinique basée sur des contrôles au hasard : étude avec assignation au hasard des traitements et répartition des sujets en un ou plusieurs groupes, et permettant de déterminer celui donnant les meilleurs résultats. L'assignation au hasard permet d'éliminer toute erreur due à un biais statistique, comme notamment l'auto-sélection. (dernier 2001; modifié)

Eurobaromètre : ce service de la Commission, lancé en 1973, mesure et analyse les tendances dans l'opinion publique de tous les États membres et des pays

candidats. Savoir ce que pense le grand public est important pour aider la Commission européenne à élaborer ses propositions de textes législatifs, à prendre des décisions et à évaluer son travail. L'eurobaromètre s'appuie sur des sondages d'opinion et sur des groupes cibles. Ses études donnent lieu à la publication d'une centaine de rapports chaque année. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site de l'eurobaromètre : http://ec.europa.eu/public_opinion/index_fr.htm (Commission européenne 2005)

Exercice d'influence sur la santé publique : actions entreprises notamment par des professionnels de la santé considérés comme des autorités dans leur domaine et pouvant influencer les décisions et les actions de collectivités et des gouvernements qui contrôlent les ressources permettant d'améliorer la santé publique. (Hvalkof & Anderson 1995)

Facteur de risque : position sociale, statut économique ou biologique, comportements ou environnements associés avec ou contribuant à l'apparition d'une maladie précise, de troubles de la santé, ou à des blessures. ("risk factor" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Facteurs confondants (ou modifiants) : dans le présent contexte, d'autres facteurs susceptibles d'influencer le lien de cause à effet entre le facteur de risque, à savoir l'alcool, et la conséquence mesurée, c'est-à-dire l'effet nocif lié à l'alcool. Les facteurs confondants doivent être pris en compte lors de l'analyse du rapprochement établi entre consommation d'alcool et conséquence négative. Par exemple, lors de l'analyse du lien entre consommation d'alcool et incidence du cancer du sein, il convient de vérifier l'indice de masse corporelle. (Dernier 2001; modifié)

Fonction de risque : dans le contexte du présent rapport, le rapprochement établi entre la quantité d'alcool bue et ses diverses conséquences sanitaires et sociales. (Hvalkof & Anderson 1995)

Formation du personnel de service : formation destinée au personnel dans les débits de boissons et visant à lutter contre l'ivresse. (Hvalkof & Anderson 1995)

Forte consommation d'alcool : habitude de boire une quantité excessive d'alcool au-delà de la consommation modérée ou, terme plus équivoque, "normale" en société. La forte consommation d'alcool est souvent exprimée comme excédant une certaine quantité quotidienne (ex. trois verres par jour) ou occasionnelle (ex. cinq verres à l'occasion, par exemple une fois par semaine). ("heavy drinking" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Forte consommation épisodique d'alcool (ou "alcoolisme épisodique") : suivant la définition en anglais fournie par l'OMS "binge drinking" est le fait de boire beaucoup d'alcool durant une occasion à laquelle l'individu participe dans l'intention de boire. Dans les enquêtes sur les populations, cette période de temps est souvent définie comme le fait de boire pendant plus d'un jour à chaque fois. Les termes "bout drinking" ("excès de boisson") et "spree drinking" ("beuverie") sont également utilisés pour exprimer la consommation d'alcool ainsi que "drinking bout" ("soûlerie"). Une personne qui boit beaucoup de façon épisodique ou qui participe à une "beuverie" consomme de l'alcool principalement de cette façon, avec souvent entre deux des périodes d'abstinence". ("binge drinking" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Gouvernement : système qui organise une société et dirige les affaires dans divers secteurs et de partenaires en vue d'atteindre ses buts. ("governance" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Harmonisation : ce terme peut désigner le fait de rapprocher les différentes législations nationales les unes avec les autres, très souvent dans le but de supprimer les barrières nationales qui entravent la libre circulation des travailleurs, des biens, des services et des capitaux. En d'autres termes, l'harmonisation consiste à veiller à ce que, dans les domaines relevant de la compétence de l'Union européenne, les règles établies par les différents pays de l'Union imposent des obligations similaires aux citoyens de ces pays et des obligations minimales dans chaque pays. Le terme "harmonisation" peut également faire référence à la coordination des normes techniques nationales afin que les échanges de marchandises et de services puissent s'effectuer librement dans l'ensemble de l'Union européenne. Contrairement à une idée reçue, l'harmonisation ne signifie pas qu'il faille édicter des normes sur tout, de la courbure des concombres à la couleur des carottes. Dans de nombreux cas, l'harmonisation signifie simplement que les Etats membres reconnaissent mutuellement leurs normes respectives en matière de sécurité des produits. (Commission européenne 2005)

Horaires et jours de vente : Horaires et jours de la semaine où la vente de boissons alcoolisées (en débits de boissons et magasins) est autorisée par la loi. (Babor *et al.* 2003).

Incapacité : dans le domaine de la santé ... toute restriction ou impossibilité (résultant d'un trouble ou dysfonctionnement) d'accomplir certains actes considérés comme pouvant normalement être exécutés par l'homme. ("disability" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Incapacités liées à la consommation d'alcool : tout problème, maladie et autre conséquence sanitaire résultant de la consommation d'alcool, d'intoxication ou de dépendance à l'alcool et diminuant les capacités physiques, sociales ou économiques d'une personne. *Voir également* problème d'alcool - troubles liés à l'alcool. ("alcohol-related disabilities" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Incidence naturelles : enquête au sujet de changements dans un contexte naturel et en rapport avec celui-ci, comme lorsqu'une réglementation est appliquée dans une communauté mais pas dans une autre comparable. Ce terme implique que le chercheur n'a aucune influence sur les changements. (Babor *et al.* 2003).

Indicateurs : variables ayant pour objet de mesurer une évolution (sur le plan de la santé) directement ou indirectement, et d'apprécier l'ampleur des progrès réalisés par rapport aux objectifs et cibles d'un programme. L'OMS dans le cadre de la Santé pour tous utilise des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour les objectifs qu'elle fixe au niveau régional. ("indicators" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Interdiction de vente : loi ou réglementation interdisant la vente d'un type ou de tous types de boissons alcoolisées. (Babor *et al.* 2003).

Interdiction publicitaire : interdiction légale totale ou partielle de la publicité pour les boissons alcoolisées. Des interdictions partielles peuvent viser certaines boissons alcoolisées en particulier, ou un média, ou encore limiter la diffusion de messages publicitaires à certains horaires. (Babor *et al.* 2003).

Intervention précoce : stratégie thérapeutique associant détection précoce de la prise de substances toxiques ou dangereuses et soins. (Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Intoxication : état induit par l'action d'une substance psychoactive et qui s'accompagne de perturbations de la conscience, de l'idéation, de la perception, des capacités de jugement, des émotions ou du comportement, ou d'autres fonctions et réactions psychophysiologiques. Ces perturbations sont directement liées aux effets pharmacologiques aigus de la substance prises et aux réactions acquises, et peuvent être résolues avec le temps parfois complètement, à part lorsque des tissus ont été endommagés ou en cas d'autres complications. Ce terme est plus souvent utilisé pour l'alcool, ses équivalents "ivresse" et "état d'ébriété" sont plus communément employés. L'intoxication produite par l'alcool se manifeste notamment par des rougeurs au visage, des difficultés à parler, des perturbations dans la démarche, un état euphorique, une activité accrue, une volubilité, un comportement turbulent, un ralentissement des capacités à réagir, une perte des capacités de jugement et de la coordination motrice, une insensibilité ou un état de stupeur. Souvent, la prise d'une substance toxique est faite de façon à parvenir à un degré d'intoxication précis. Le comportement correspondant à chaque niveau d'intoxication est fortement influencé par les attentes personnelles et les valeurs culturelles concernant les effets de la substance toxique en question. ("intoxication" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Investissements en matière de santé : ressources réservées à la santé et visant à protéger et à améliorer la santé publique. Ces moyens peuvent être fournis par des agences publiques ou des organisations privées, ainsi que par des personnes seules ou en groupe. Les investissements réalisés dans le cadre de stratégies pour la santé sont faits en considération des déterminants de santé identifiés et afin d'éclairer les autorités sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. ("investment for health" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Libéralisation : terme se rapportant habituellement au relâchement ou à l'élimination des entraves environnementales ou "écologiques" (ex. baisse des taxes ou élimination des restrictions concernant la disponibilité de produits) tout en attendant des individus une attitude plus responsable en termes de choix et de comportement. (Hvalkof & Anderson 1995)

Marketing de l'alcool : ensemble de techniques et de stratégies de promotion pour la vente d'alcool, comme la publicité à la télévision, à la radio, dans les magazines et journaux, la publicité ciblée visant directement certains groupes de consommateurs, le sponsoring sportif et les événements culturels, et augmentant la visibilité de l'alcool par sa présence dans des émissions à la télévision et dans des chansons populaires. (Hvalkof & Anderson 1995)

Marketing social : application au domaine de la santé publique de principes marketing standard utilisés dans le secteur commercial pour "vendre des idées" et visant à modifier les attitudes et les comportements d'un point de vue sanitaire. Le marketing social cherche à influencer les comportements sociaux au sein d'un public cible et de la société en général. (Babor *et al.* 2003).

Médiateur : ce qui produit une médiation, sert d'intermédiaire (ex. l'intoxication) et qui intervient dans le lien de cause à effet entre un facteur de risque (ex. la consommation d'alcool) et un problème de santé (ou social) (ex. blessure dans un

accident). Il est à l'origine de variations dans l'indicateur des troubles, et est influencé par le facteur de risque. (Dernier 2001; modifié)

Méfait de l'alcool : toute conséquence négative résultant de la consommation d'alcool, et que subit le buveur ou toute autre personne. Ce terme est synonyme de "problème d'alcool" et "troubles ou problèmes liés à l'alcool". (Hvalkof & Anderson 1995)

Messages préventifs sur les étiquettes produits : avertissements figurant sur les produits alcoolisés mettant en garde le consommateur contre les effets nocifs de l'alcool sur la santé. (Babor *et al.* 2003).

Mesures écologiques : dans le présente contexte, mesures influençant l'accès physique à l'alcool, y compris l'imposition d'un âge minimum légal, de restrictions sur les horaires ou jours de vente, sur le nombre, le type et l'emplacement des établissements commercialisant de l'alcool. (Hvalkof & Anderson 1995)

Méta-analyse : démarche statistique combinant les résultats d'un groupe d'études indépendantes sur un problème donné, l'ensemble étant analysé pour en tirer une conclusion globale. Elle est particulièrement utile pour fournir des réponses dans un domaine particulier et lorsque quelques études fournissant des preuves relativement solides divergent dans leurs conclusions. (Dernier 2001 ; modifié)

Méthodes économétriques : méthodes statistiques utilisées par les économistes pour faire un rapprochement entre facteurs économiques et consommation d'alcool ou problèmes liés à l'alcool. (Babor *et al.* 2003)

Mobilisation communautaire : le fait de sensibiliser davantage le public à un problème particulier et d'obtenir son soutien pour la prise de mesures de prévention. (*ndt. les termes mobilisation locale et municipale sont également employés dans ce sens dans la version française de ce rapport*). (Babor *et al.* 2003).

Mode de consommation (habitudes de consommation) : ce terme met l'attention sur le nombre de verres consommés à chaque fois qu'une personne a l'occasion de boire, ainsi que sur la fréquence, le moment et le contexte de consommation. (Babor *et al.* 2003).

Monopole de l'alcool : situation d'un marché où la concurrence n'existe pas concernant les ventes d'alcool, le monopole d'Etat éliminant tout but lucratif. (Hvalkof & Anderson 1995)

Mortalité/décès toutes causes confondues : nombre de décès au sein de la population quelles que soient les causes. (Babor *et al.* 2003).

Organisation intergouvernementale : organe établi sur la base d'un accord entre gouvernements. L'OMS, le Conseil de l'Europe, l'OCDE et les agences spécialisées des Nations Unies en sont des exemples. ("intergovernmental organization" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Organisation non gouvernementale : organisation à l'échelle nationale ou internationale, comme des associations de citoyens ou autres, un groupe de fidèles d'une religion ou une fondation, généralement à but non lucratif et qui par leur indépendance et flexibilité créent un équilibre face aux gouvernements. ("nongovernmental organization" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Participation des collectivités : intervention de personnes vivant au sein d'un groupe social organisé et conjuguant leurs efforts pour la planification, la gestion et le contrôle de services de soins primaires, et de l'usage de ressources locales, régionales, nationales ou autres. ("community participation" en anglais. World Health Organization 1998)

Partie prenante : toute personne, entreprise ou organisme pour lequel le développement de la législation et des politiques européennes présente un intérêt ou qui est concerné par ce développement est une "partie prenante". La Commission européenne ne manque jamais de consulter autant de parties prenantes différentes que possible avant de présenter de nouveaux textes législatifs ou de nouvelles politiques. (Commission européenne 2005)

Pays adhérent : pays candidat (voir ci-dessous) qui remplit les critères de Copenhague et pour lequel les négociations d'adhésion à l'Union européenne sont conclues. (Commission européenne 2005)

Pays ayant présenté une demande d'adhésion : il s'agit d'un pays qui a posé sa candidature pour adhérer à l'Union européenne. Une fois sa candidature officiellement acceptée, ce pays devient un pays candidat (voir ci-dessous). (Commission européenne 2005)

Pays candidat : pays dont la candidature à l'Union européenne a été officiellement acceptée. Avant qu'un pays candidat ne puisse adhérer à l'Union européenne, il doit respecter les "critères de Copenhague". (Commission européenne 2005)

Permis de conduire limitatif : permis de conduire imposant certaines restrictions aux nouveaux conducteurs. (Babor *et al.* 2003).

Politique de contrôle de la consommation d'alcool : ensemble de règles, règlements, restrictions ou autres mesures visant à contrôler la production et la vente de boissons alcoolisées, et dont l'administration est souvent confiée à une autorité gouvernementale précise. Stratégie d'intervention par les autorités dans les domaines de la production, du commerce et de l'achat de boissons alcoolisées (réglementation sur l'alcool), référence étant faite en particulier au contrôle des prix et de la disponibilité de l'alcool. (Hvalkof & Anderson 1995)

Politique en matière de santé : ensemble de décisions ou d'engagements concrétisés sous forme d'actions visant à atteindre des buts et cibles spécifiques en vue d'améliorer la santé publique. ("health policy" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Politique en matière de santé publique : stratégie répondant à des préoccupations sanitaires précises et visant à l'égalité sur le plan de la santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. L'action commune permet ... de créer un environnement de soutien dans lequel chacun peut faire le bon choix pour améliorer sa santé... ("health public policy" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Politique sur l'alcool : mesures visant à contrôler les ventes d'alcool ou/et de modifier la demande concernant les boissons alcoolisées au sein d'une population, par le biais d'interventions comme des programmes éducatifs ou de soins, des réglementations et des stratégies visant à réduire la consommation d'alcool et ses méfaits. A l'origine, l'équivalent de ce terme était utilisé dans les pays scandinaves

pour exprimer le besoin de coordonner les efforts du gouvernement sur le plan de la santé publique et/ou de l'ordre public. (Babor *et al.* 2003).

Potentiel santé : état optimal de santé qu'une personne est capable d'atteindre. Le potentiel de santé peut être réalisé pleinement en prenant soin de soi et des autres, grâce à la capacité de prendre des décisions et de contrôler sa propre vie, et en s'assurant que la société offre à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. ("health potential" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Premiers soins : premiers secours aux blessés, généralement donnés par les services d'intervention d'urgence mobiles (contrairement aux soins hospitaliers et soins tertiaires). ("primary care" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Principe du pollueur-payeur : le fait de faire assumer la charge financière concernant les dommages dus à la pollution ainsi que les frais de "nettoyage" au pollueur. Ce principe est régi par la loi dans certains pays. ("polluter pays principle" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Problème d'alcool - troubles liés à l'alcool : troubles tels que définis par l'Organisation Mondiale de la Santé dans son document ICD-10 de classification des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool. Ce terme comprend l'intoxication aiguë (F1x.0), la consommation nocive (F1x.1), le syndrome de dépendance (F1x.2), l'état de manque (F1x.3), l'état de manque avec delirium tremens (F1x.4), les troubles psychotiques (F1x.5) et le syndrome amnésique (F1x.6). ("alcohol use disorders" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1992)

Problème d'alcool : situation où la consommation d'alcool a des conséquences négatives sanitaires ou sociales sur le plan personnel ou collectif. Une personne avec un problème d'alcool est une personne dont la consommation d'alcool cause des problèmes sociaux ou de santé. Certains termes évitent la stigmatisation comme "problèmes liés à la consommation d'alcool" "problème de boisson". ("problem drinking" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Problème lié à l'alcool : toute conséquence négative résultant de la consommation d'alcool. Il convient de remarquer que le terme "lié à l'alcool" n'implique pas forcément que l'alcool est la cause du problème considéré. Ce terme peut être utilisé pour parler d'un individu qui boit ou en référence à la société, et le terme a été choisi par le comité d'experts* de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1979. En 1977, dans un rapport l'OMS a utilisé "incapacité liée à la consommation d'alcool" comme un équivalent au niveau individuel**. Problème d'alcool est souvent utilisé comme synonyme.

* Troubles liés à la consommation d'alcool. Rapport du comité d'experts de l'OMS. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1980 (WHO Technical Report Series, n° 650).

**Edwards G *et al.* Incapacités liées à la consommation d'alcool. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1977 (WHO Technical Report Series, n° 32). ("alcohol-related problem" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Programmes éducatifs en milieu scolaire sur l'alcool : programmes utilisés dans les établissements scolaires afin de faire comprendre aux élèves les dangers liés à l'alcool et en tant que mesure préventive contre la consommation d'alcool chez les jeunes en dessous de l'âge minimum légal. (Babor *et al.* 2003).

Prohibition : réglementation interdisant la culture, la production et/ou la vente (et parfois l'usage ou la consommation) d'une substance psychoactive (cette interdiction ne frappant généralement pas les produits pharmaceutiques). Ce terme est utilisé en particulier pour l'alcool, et notamment en relation avec sa prohibition aux États-Unis (de 1919 à 1933), mesure qui fut également adoptée dans d'autres pays entre les deux guerres. ("prohibition" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Promotion de la santé : processus qui confère aux populations et communautés les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur les déterminants sanitaires en vue d'améliorer leur santé. La notion de promotion de la santé comprend notamment l'amélioration des modes de vie et des actions ayant pour but de modifier des conditions (déterminants) sociales, économiques, environnementales et personnelles de telle manière qu'elles aient un effet positif sur la santé. ("health promotion" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Rationnement : action de limiter la vente d'alcool à une certaine quantité par personne (généralement déterminée par une autorité gouvernementale). Le système Bratt, réglementation utilisée par la Suède pour contrôler la disponibilité de l'alcool entre 1917 et 1955, est un exemple typique de rationnement ayant été utilisé pour décourager une consommation d'alcool risquée. (Babor *et al.* 2003).

Réduction de l'offre : dans le contexte du présent rapport il s'agit des politiques ou des programmes de contrôle visant à diminuer ou à empêcher la production et la distribution d'alcool. (Hvalkof & Anderson 1995)

Réduction des méfaits : appliqué à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives, ce terme désigne les réglementations ou programmes visant directement à diminuer les effets négatifs résultant de la consommation d'alcool ou autre substance toxique. Ce terme est en particulier utilisé dans le cadre de politiques et programmes destinés à lutter contre les conséquences négatives, sans forcément modifier la consommation de la substance à l'origine des problèmes. Par exemple, le fait de proposer des aiguilles ou des seringues stériles pour lutter contre les risques chez les héroïnomanes, ou encore l'installation d'airbag de sécurité dans les voitures en tant que mesure de protection en cas d'accident en particulier résultant de la consommation d'alcool. Ainsi, ce type de stratégie va bien au-delà d'une simple diminution de l'offre et de la demande. ("harm reduction" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Réglementation sur l'alcool : toute mesure gouvernementale concernant l'achat, la production ou le commerce de boissons alcoolisées, pour quelque raison que ce soit. (Babor *et al.* 2003)

Règlements internes : Ensemble de règles et de procédures adoptées par un établissement commercialisant de l'alcool et destinées à guider le personnel, notamment quant à la conduite à adopter face à un client en état d'ébriété et à d'autres problèmes liés à l'alcool. (Babor *et al.* 2003)

Responsabilisation du personnel de service : formation destinée aux gérants et au personnel de service et de vente d'établissements commercialisant de l'alcool en vue d'éviter la vente d'alcool à des clients déjà en état d'ébriété ou n'ayant pas atteint l'âge minimum légal. (Babor *et al.* 2003).

Responsabilisation légale du personnel de service : concept faisant assumer au personnel sur le plan légal les conséquences négatives pouvant résulter du fait de servir de l'alcool. (Hvalkof & Anderson 1995)

Responsabilité : l'aboutissement du processus garantissant que les décisionnaires à tout niveau font véritablement face à leurs obligations, et assurant qu'ils répondent de leurs actions. Le fait de fixer des objectifs et des cibles précis en matière de santé publique et de définir les moyens permettant de suivre l'avancement de ces mesures a favorisé une plus grande responsabilisation par le biais de leur diffusion au public, ou principe de "transparence". ("accountability" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Résultat / conséquence : dans le domaine de la santé, il s'agit de l'impact ou des résultats découlant de mesures ou d'interventions se manifestant par un changement dans l'état de santé ou dans le comportement sanitaire. ("outcome" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Santé : 1. La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. 2. La réduction de la mortalité, de la morbidité et des incapacités dues à des maladies ou à des troubles perceptibles ou observables, et une amélioration ressentie de l'état de santé. La première définition, figurant dans la Constitution de l'OMS, exprime un état idéal qui devrait constituer le but de toute activité dans le domaine de la santé. Elle ne se prête pas toutefois à une mesure objective, et donc au traitement ou à l'évaluation de données pour lesquels une définition plus précise est nécessaire, d'où la seconde définition qui est généralement utilisée à cet effet (ex. dans les statistiques de la santé). ("health" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Santé publique : science et art de prévenir les maladies, de prolonger la vie, de favoriser la santé mentale et physique de façon efficace par le biais d'efforts organisés au niveau de la collectivité. On peut dire que la santé publique correspond aux infrastructures et aux processus utilisés pour comprendre l'état de santé d'une population, le protéger et le soutenir par le biais d'actions organisées sur le plan de la société. (Dernier 2001; modifié)

Secteur de la santé : secteur couvrant les services pour la santé offerts par des organismes publics et privés (y compris la promotion de la santé, la prévention médicale, les diagnostics, les traitements et les soins médicaux), les stratégies et activités des ministères de la Santé et autres autorités responsables de la santé publique, d'organisations non rattachées au gouvernement, de groupes communautaires et de corps professionnels de la santé. ("health sector" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Services de santé : tout service pouvant contribuer à améliorer la santé, le diagnostic, le traitement, la guérison des personnes malades, non nécessairement limité à des interventions médicales ou à des soins. Ce terme désigne également un système organisé regroupant des institutions établies et autres types d'organisations, ayant pour double objectif de répondre sur le plan de la santé aux besoins et aux attentes de la population. ("health service" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Société civile : cette dénomination recouvre toutes sortes d'organisations et d'associations qui ne sont pas rattachées au gouvernement, mais qui représentent des professions, des groupes d'intérêts ou des secteurs de la société. La société civile comprend (entre autres) des syndicats, des associations d'employeurs, des

groupes de pression environnementaux, des groupes représentant les femmes, les agriculteurs, les personnes handicapées, etc. Comme ces associations disposent d'une grande expertise dans certains domaines spécifiques et participent à la mise en oeuvre et au suivi des politiques communautaires, l'Union européenne consulte régulièrement la société civile et souhaite l'impliquer davantage dans l'élaboration des politiques européennes. (Commission européenne 2005)

Soins de santé primaires : soins au coeur d'un système de santé national et qui constituent son but primordial. Principale infrastructure permettant de dispenser des soins médicaux, le champ d'action de ce type de système allant d'activités périphériques aux soins de santé primaires au coeur du système. Ces soins s'inscrivent dans le cadre du développement social et économique d'un pays. (Hvalkof & Anderson 1995)

Stratégie : ensemble d'actions coordonnées à long terme servant de cadre à des activités individuelles et collectives. ("strategy" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Stratégie ciblée (régions/groupes à hauts risques) : terme désignant habituellement des réglementations ou politiques ciblées en réaction à des contextes ou comportements spécifiques dits "à risque". (Hvalkof & Anderson 1995)

Stratégie de Lisbonne : Pour concurrencer d'autres acteurs importants sur la scène mondiale, l'Union européenne a besoin d'une économie moderne et efficace. Réunis à Lisbonne en mars 2000, les dirigeants politiques de l'Union se sont fixé un nouvel objectif : devenir, en l'espace d'une décennie "l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale." Les dirigeants de l'Union européenne se sont également mis d'accord sur une stratégie précise pour atteindre ce but. La "stratégie de Lisbonne" englobe des thèmes aussi divers que la recherche, l'éducation, la formation, l'accès à Internet et le commerce en ligne. Elle inclut également la réforme des systèmes de protection sociale européens, qui doivent être rendus viables, afin que les générations futures puissent également en profiter. Chaque printemps, le Conseil européen se réunit pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie de Lisbonne. (Commission européenne 2005)

Stratégie universelle : stratégie de prévention visant l'ensemble de la population, et non limitée aux personnes ayant tendance à boire beaucoup et de ce fait présentant plus de risques. (Babor *et al.* 2003).

Subsidiarité : selon le "principe de subsidiarité", les décisions de l'Union européenne doivent être prises aussi près que possible du citoyen. Concrètement, l'Union n'agit (sauf pour les domaines de sa compétence exclusive) que lorsque son action est plus efficace qu'une action entreprise au niveau national, régional ou local. (Commission européenne 2005)

Suspension du permis de conduire : en cas de conduite en état d'ivresse le permis peut être suspendu directement sans recours aux procédures judiciaires. (Babor *et al.* 2003).

Système Bratt basé sur le rationnement de l'alcool : système (du nom d'un médecin suédois) de contrôle légal de l'alcool, adopté en Suède en 1917, visant à décourager une consommation excessive d'alcool en rationnant par personne la

quantité d'alcool que la population adulte pouvait acheter. Ce système qui fut aboli en 1955. (Babor *et al.* 2003).

Système de santé : système officiel de protection sociale destiné à une population et dont le financement, la gestion, le champ d'action et la composition sont définis par la loi et des règlements, et offrant des services publics en vue d'améliorer la santé ainsi que des soins, dispensés dans certains cadres précis comme dans des établissements spécialisés, des institutions ayant trait à l'Education, sur le lieu de travail, sur la voie publique, dans les villes et communes, les hôpitaux et cliniques, et qui ont une influence sur l'environnement physique et psychosocial. ("health system" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1998)

Taux d'alcoolémie : taux d'alcool dans le sang. ("BAC/BAL" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Taxes sur l'alcool : contribution incluse dans le prix de vente au consommateur d'une boisson alcoolisée et perçue par une autorité fiscale à un niveau ou un autre. (Babor *et al.* 2003).

Tempérance : terme employé de diverses façons concernant l'alcool et autres substances psychoactives. A l'origine ce terme indiquait le fait de modérer volontairement sa consommation d'alcool (ex. le fait de s'abstenir de boire de l'alcool fort), mais après les années 1840 il a été couramment utilisé pour exprimer le fait de s'engager personnellement à l'abstention totale (sociétés de tempérance contre l'alcoolisme). Après les années 1850, ce terme sous-entendait souvent l'adhésion à des mesures de contrôle à l'échelle locale, nationale ou internationale visant une interdiction totale de la vente de boissons alcoolisées (mouvements prohibitionnistes). ("temperance" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Toxicodépendance : état d'intoxication engendré par la prise répétée d'une ou plusieurs substances toxiques psychoactives. La personne atteinte de toxicodépendance (toxicomane ou toxicodépendant) étant intoxiquée de façon périodique ou chronique, manifestant une compulsion à prendre la ou les substances qu'elle préfère, rencontrant de grandes difficultés à réduire sa prise ou à s'abstenir volontairement, et étant clairement déterminée à se procurer ces substances psychoactives par tous les moyens. ("addiction" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 2005)

Tremplin médiatique : usage stratégique des médias pour pousser une action sociale ou une politique publique. (Hvalkof & Anderson 1995)

Troubles liés aux substances psychoactives : terme générique désignant un état mental, physique et un comportement se manifestant par des signes cliniques et associés à la prise de substances psychoactives. Tels que définis par l'Organisation Mondiale de la Santé dans son document ICD-10 de classification il s'agit des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, correspondant aux codes F10 à F19 (le troisième chiffre indiquant le type de substance concerné). Au nombre des troubles figurent l'intoxication aiguë, la consommation nocive, le syndrome de dépendance, l'état de manque (avec et sans delirium tremens), les troubles psychotiques et le syndrome amnésique. ("disorder, psychoactive substance use" en anglais. Organisation Mondiale de la Santé 1992)

Vente sous licence : système où la vente de boissons alcoolisées est soumise à autorisation par les autorités avec imposition de jours et d'horaires de vente. Dans

certaines pays ce terme désigne deux sortes de réglementation, d'une part de la vente "en salle" et d'autre part de la vente "magasin". (Hvalkof & Anderson 1995)

Verre standard (quantité unitaire standard) : quantité d'alcool unitaire (ex. un verre de vin, une canette de bière, ou une boisson constituée d'un mélange à base d'alcool fort) contenant un volume d'éthanol (en grammes) à peu près équivalente quel que soit le type de boisson. ("standard drink" en anglais - Organisation Mondiale de la Santé 2005)

ZEE : sigle désignant la **zone économique européenne** qui comprend les pays membres de l'Union européenne et tous les pays de l'Association européenne de libre-échange (AELE - voir ci-dessus), à l'exception de la Suisse. Selon l'accord de la ZEE, entré en vigueur le 1er janvier 1994, l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège ont accès au marché intérieur de l'Union européenne, sans toutefois bénéficier de tous les avantages et assumer toutes les responsabilités des membres de l'Union. (Commission européenne 2005)

SOURCES

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Commission européenne (2005) Eurojargon http://europa.eu.int/abc/eurojargon/index_fr.htm

Hvalkof, S. & Anderson, P. (1995). Terminology for alcohol policy. Copenhagen, OMS Bureau régional de l'Europe.

Last, J. (2001). A dictionary of epidemiology. (4e édition) Oxford: Oxford University Press.


Organisation Mondiale de la Santé (1992) - document ICD-10 de classification des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Organisation Mondiale de la Santé (1998). Santé 21 – Santé pour tous au XXI^e siècle. Copenhagen, OMS Bureau régional de l'Europe.

Organisation Mondiale de la Santé (2005) Lexicon of alcohol and drug terms http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

Dans ce glossaire référence est faite à la terminologie anglaise de l'OMS, seul le lexique dans cette langue ayant été accessible lors de la traduction française.

ISBN : 92-79-03285-2

 Imprimé par OIL - Luxembourg