

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

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

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

#### Références

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

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

Bernard Laumon (bernard.laumon@inrets.fr)<sup>1</sup>, Blandine Gadegbeku<sup>1</sup>, Jean-Louis Martin<sup>1</sup>, Marie-Berthe Biecheler<sup>1</sup> et le Groupe SAM<sup>2</sup>

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

### Résumé / Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Mots clés / Key words

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

## Introduction

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

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

## Méthode

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

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

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

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

## Résultats

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En d'autres termes :

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

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

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

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

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

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

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

## Discussion

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

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

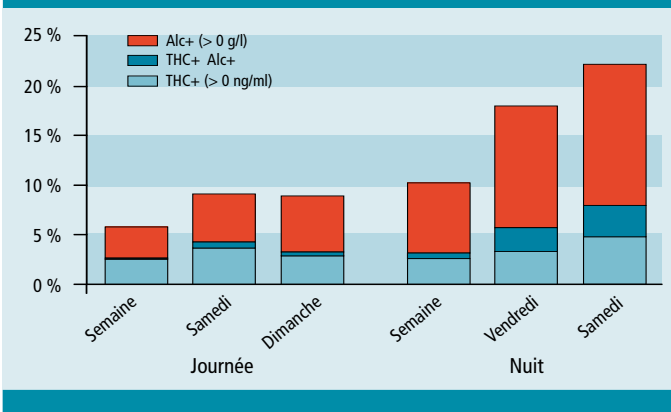
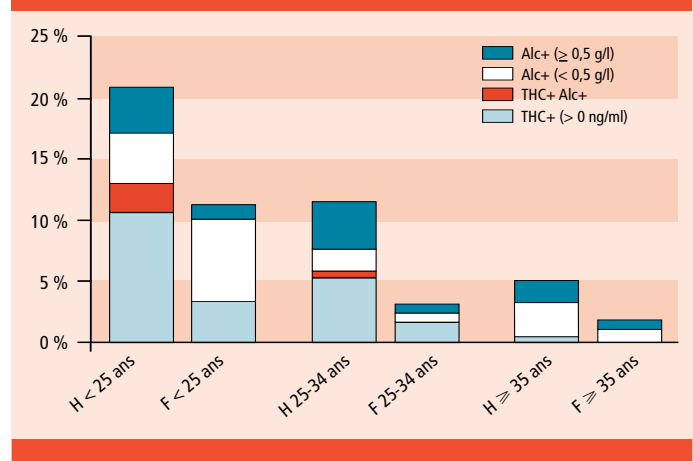


Figure 2 Prévalence estimée de la conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis selon le sexe et l'âge, France, 2001-2003 / Figure 2 Estimated prevalence of driving under the influence of alcohol and/or cannabis according to sex and age, France, 2001-2003



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

## Conclusion

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

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

## Références

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marie Choquet ([choquet@cochin.inserm.fr](mailto:choquet@cochin.inserm.fr))

Inserm U 669, Paris

## Résumé / Abstract

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

## Alcohol consumption among young people in France and in Europe

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

## Mots clés / Key words

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

## Introduction

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

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

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

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