



PROGRAMME FÉDÉRAL DE RECHERCHE DROGUES

ALCOLAW

La loi de 2009 concernant la vente et le service d'alcool aux jeunes: de l'esprit de la loi à sa mise en application

Contrat - DR/00/071

Coordinateurs et promoteurs :

Dr. Tina Van Havere, HoGent

Pr. Dr. Bénédicte Deforche & Pr. Dr. Freya Vander Laenen, UGent

Pr. Dr. Cécile Mathys & Pr. Dr. André Lemaître, ULiège

Chercheurs et partenaires :

Nicky Dirx & Peer Van der Kreeft, HoGent

Dr. Bart De Clercq, Thomas Buijs, & Dr. Joris Van Damme, UGent

Dr. Sarah van Praet & Adam El Houti, ULiège



Publié en 2017 par la Politique scientifique fédérale belge
Avenue Louise 231
Louizalaan 231
B-1050 Brussels
Belgique
Tel : +32 (0)2 238 34 11 - Fax : +32 (0)2 230 59 12
<http://www.belspo.be>

Personne de contact: Aziz Naji
Tel : +32 (0)2 238 36 46

Ni la Politique scientifique fédérale belge, ni aucune personne agissant au nom de la Politique scientifique fédérale belge ne peuvent être tenus responsables de l'utilisation qui serait faite des informations suivantes. Les auteurs sont les seuls responsables du contenu de ce document. Cette publication ne peut être reproduite, même partiellement, archivée ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (électronique, mécanique, photocopies, enregistrement ou autre sans qu'y figurent les références suivantes :

Van Havere, T., Dirx, N., Vander Laenen, F., De Clercq, B., Buijs, T., Mathys, C., van Praet S., Deforche B., El Houti, A., Van Damme, J., Van der Kreeft, P., & Lemaître A. La loi de 2009 concernant la vente et le service d'alcool aux jeunes : de l'esprit de la loi à sa mise en application. Summary. Bruxelles : Politique scientifique fédérale belge 2017 – 38p. (BRAIN-be – Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks)

Table des matières

ALCOLAW LA LOI DE 2009 CONCERNANT LA VENTE ET LE SERVICE D’ALCOOL AUX JEUNES: DE L’ESPRIT DE LA LOI A SE MISE EN APPLICATION	1
TABLE DES MATIERES	3
INTRODUCTION	4
CHAPITRE 1 : ANALYSE DE LA LITTÉRATURE SUR L’ÂGE MINIMUM LEGAL POUR LA CONSOMMATION D’ALCOOL	5
<i>Introduction</i>	5
1.1 <i>Efficacité de l’âge minimum légal pour la consommation (AMLC) d’alcool</i>	6
1.2 <i>États-Unis, Canada et Nouvelle Zélande</i>	7
1.2.1 <i>Effet de l’AMLC sur la consommation d’alcool</i>	7
1.2.2 <i>Effet de l’AMLC sur les accidents liés à l’alcool</i>	8
1.2.3 <i>Effet de l’AMLC sur les problèmes sociaux et de santé</i>	9
1.3 <i>Conclusion</i>	10
CHAPITRE 2 : MODELE LOGIQUE DE CONSOMMATION D’ALCOOL CHEZ LES ADOLESCENTS	11
FIGURE 1 : modèle causal de consommation d’alcool chez les mineurs, basé sur Birckmayer et al. (2008)	12
2.1 <i>Conclusion</i>	13
CHAPITRE 3 : TENDANCES DANS LA CONSOMMATION D’ALCOOL	13
CHAPITRE 4 : TENDANCES DES RESULTATS LIES A L’ALCOOL EN MATIERE DE SANTE	15
4.1 <i>Évaluation de la législation de l’AMLC : disponibilité des données et recommandations</i>	16
CHAPITRE 5 : ÉTUDE SUR LA CONNAISSANCE ET L’APPLICATION DE LA LEGISLATION DE 2009 PAR LES JEUNES ET LES VENDEURS	17
5.1 <i>Enquête auprès des jeunes : discussion</i>	18
5.2 <i>Interviews de vendeurs : discussion</i>	20
CHAPITRE 6 : ÉTUDE DE FAISABILITE QUANT A L’ACHAT TEST (TECHNIQUE DU CLIENT MYSTERE)	23
6.1 <i>Résultats</i>	23
6.1.1 <i>Objectifs bien définis</i>	24
6.1.2 <i>Clarification de la loi</i>	24
6.1.3 <i>Un protocole bien élaboré</i>	24
6.1.4 <i>Accompagner le jeune</i>	25
6.1.5 <i>Âge de référence</i>	25
CHAPITRE 7 : UNE PERSPECTIVE PRATIQUE REPOSANT SUR LA LEGISLATION DE 2009 DES ACTEURS DE LA PREVENTION ET DES PROMOTEURS DE LA SANTE	25
7.1 <i>Les normes sociétales et de sécurité</i>	25
7.2 <i>Distinction selon le type d’alcool et l’âge limite: la théorie du fruit défendu</i>	26
7.3 <i>Les parents : partenaires cruciaux dans la gestion de la consommation d’alcool chez les jeunes grâce à la surveillance parentale</i>	26
7.4 <i>Âge minimum légal pour la consommation d’alcool</i>	27
7.5 <i>Disponibilité</i>	28
7.6 <i>Prise de conscience et prévention</i>	28
7.7 <i>Marketing et promotion</i>	29
7.8 <i>Conclusion</i>	30
CHAPITRE 8 : FOCALISATION SUR LE RESPECT DE LA LOI	30
8.1 <i>Conclusion</i>	30

Introduction

La consommation d’alcool est un sujet largement débattu dans le domaine de la santé à travers le monde. Retarder le début de la consommation devrait être un point clé de la prévention (WHO, 2014). Bien qu’il existe des réglementations d’âge pour la consommation d’alcool dans l’ensemble des pays européens, la consommation d’alcool chez les jeunes de 15 et 16 ans est courante (Mulder & De Greeff, 2013). En Belgique, où la limite d’âge pour la consommation d’alcool est 16 ans, il est largement reconnu que la majorité des moins de 16 ans ont déjà bu de l’alcool (Melis, Rosiers, & Geirnaert, 2014). En effet, une étude récente sur la consommation d’alcool chez les adolescents en Europe (Steketee, Jonkman, Berten, & Vettenburg, 2013) a révélé, à partir d’un échantillon de 33 566 étudiants issus de 25 pays différents (de 11 à 18 ans, moyenne d’âge = 13,90), que le taux de prévalence global de consommation chez les jeunes est de 60,1% pour la bière, le vin et les boissons alcoolisées et de 34,2% pour les spiritueux. Des données similaires ont été mises en évidence en Belgique par l’étude du CRIOC (Centre de Recherche et d’Information des, 2010) incluant un panel de 2519 jeunes (de 10 à 17 ans) puisque 65% d’entre eux avaient déjà bu de l’alcool au moins une fois et 28% d’entre eux buvaient au moins un verre d’alcool chaque semaine.

De nombreux facteurs peuvent contribuer à expliquer ces chiffres élevés de consommation d’alcool chez les mineurs, mais nous pouvons facilement supposer que l’accès à l’alcool joue un rôle important (Gosselt, van Hoof, de Jong, & Prinsen, 2007). La disponibilité peut être influencée par les politiques nationales qui régissent l’offre et la disponibilité de l’alcool (Babor et al., 2010). Une des mesures de santé établie par les gouvernements pour en réduire l’accès consiste à instaurer un âge minimum légal de consommation (Achterberg, 2011). Cette mesure se révélant efficace ailleurs, la Belgique a adopté la législation en 2009. Cependant, cette politique relative à la consommation d’alcool repose sur une volonté des détaillants de refuser de vendre de l’alcool aux clients mineurs. Pour ce faire, il est indispensable qu’ils aient connaissance de la nouvelle législation. Une étude du CRIOC (Centre de Recherche et d’Information des, 2010), testant 160 vendeurs et magasins en utilisant la technique du client mystère, a montré que les jeunes mineurs ont réussi à se procurer de l’alcool dans 8 cas sur 10. La raison de cette non-conformité à la loi a été suggérée mais pas clairement étudiée (par exemple, raisons motivationnelles, psychologiques, économiques et éducatives) (Centre de Recherche et d’Information des, 2010; Kuendig et al., 2008). Finalement, les restrictions légales sans applications aux différents niveaux (fédéral, régional et local) ne sont pas suffisantes (Gosselt et al., 2007) ; il serait donc nécessaire que les différents niveaux (fédéral, régional et local) prêtent attention à l’application de cette réglementation. L’effet de la réglementation est considéré comme double : il influence la disponibilité directe de l’alcool et influe sur les normes sociétales, attitudes et croyances dans la société (Mulder & De Greeff, 2013).

Jusqu’à présent, la loi belge réglementant l’alcool de 2009 n’a pas été évaluée. Par conséquent, le but de ce projet se concentre sur six points.

P1. Une analyse critique des indicateurs pertinents de la nouvelle loi de 2009 sur la limite d’âge de consommation qui influence le comportement des jeunes. Vues sur la mise en vigueur de la loi.

P2. Une évaluation empirique de l’impact de la loi de 2009 sur la disponibilité et la consommation d’alcool.

P3. Une évaluation de la connaissance de la législation en vigueur par les vendeurs et les jeunes.

P4. Une étude de faisabilité sur l’achat d’alcool (technique du client mystère).

P5. Une mise en perspective de la législation de 2009 basée sur les pratiques des agents de prévention et des représentants de la santé.

P6. Conclusions générales et recommandations politiques.

Chapitre 1 : analyse de la littérature sur l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool

Introduction

Selon les dernières données disponibles, l'Organisation Mondiale de la Santé classe la consommation abusive d'alcool parmi les cinq principaux facteurs de risques de maladie, d'invalidité et de décès en 2012 (Centre de Recherche et d'Information des, 2010; WHO, 2014). À l'échelle mondiale, environ 5,9% des décès sont attribuables à la consommation d'alcool ; ce qui en fait un problème de santé mondial plus important que le HIV/sida et la violence. Ce résultat est d'autant plus significatif si l'on tient compte du fait que la moitié de la population mondiale ne consomme pas d'alcool (Anderson, Møller, & Galea, 2012). En outre, l'alcool est lié à plus de 200 troubles médicaux aigus et chroniques (Room, Babor, & Rehm, 2005), ce qui représente environ 5,1% de l'ensemble des maladies et blessures à l'échelle mondiale. Dans le cas précis de la Belgique, l'OMS a estimé qu'en 2010, 5,8% de la population souffrait d'un trouble lié à la consommation d'alcool (WHO, 2014). Outre les problèmes de santé physique et mentale, la consommation précoce d'alcool est très souvent associée à des conséquences socio-économiques négatives ainsi qu'à de potentiels dommages causés à l'entourage, comme les parents ou amis, voire, en cas d'accident, à des inconnus. Pour la société dans son ensemble, la charge globale de maladies et de traumatismes liés à l'usage abusif d'alcool est importante compte tenu de l'impact significatif qu'il a sur les coûts sociaux et économiques (WHO, 2014). En Belgique, une étude récente de 2012 a investigué le coût social de l'usage légal ou illégal de drogue, en ce compris d'alcool (Lievens et al., 2016). En mesurant les coûts directs (hospitaliers), indirects (perte de productivité) et intangibles (coût de bien-être extra-financiers) liés à la consommation de substances, les auteurs ont calculé que le coût social global de la consommation de drogues représentait 1,19% du PIB de la Belgique. Les résultats ont également mis en avant que 45% du fardeau économique global de l'usage légal et illicite de drogues, soit environ 2,1 milliards d'euros, étaient causés par les effets de la consommation d'alcool (Lievens et al., 2016).

Dans le cadre de la consommation d'alcool, la recherche épidémiologique a accordé une attention particulière à la consommation abusive d'alcool chez les jeunes. En Belgique, la consommation d'alcool par les adolescents est courante. Une récente enquête a montré que 41,4% des 12-14 ans avaient consommé de l'alcool à un moment dans leur vie, un pourcentage qui est passé à 89,8% chez les 17-18 ans (Melis et al., 2014). Dans le cadre de la santé publique, la consommation d'alcool par les jeunes adolescents devrait être une préoccupation majeure pour de multiples raisons. Tout au long de l'adolescence, des changements structurels et développementaux importants entraînent des modifications intenses au niveau du cerveau ; une évolution qui se poursuivra jusqu'à 25 ans environ (Giedd, 2004). Il a été démontré que l'alcool agit comme neurotoxine tout au long de l'adolescence ; suggérant qu'une forte consommation d'alcool peut avoir des effets à long terme sur la structure et la fonction cérébrale, affectant ainsi le développement de l'adolescent et sa santé future (Tapert & Schweinsburg, 2005). Plus spécifiquement, l'association entre la consommation précoce d'alcool et la consommation problématique ultérieure a fait l'objet de recherches approfondies, montrant que la consommation précoce d'alcool augmente considérablement la probabilité de consommation excessive d'alcool et de développement d'alcoolémie dans la vie future (Hingson, Heeren, & Winter,

2006; Hingson & Zha, 2009; Pitkänen, Lyyra, & Pulkkinen, 2005). De plus, la probabilité de développer un trouble lié à la consommation d'alcool est réduite de 14% pour chaque année où l'initiation à l'alcool est retardée (Grant et Dawson, 1997). En outre, l'âge d'initiation à l'alcool a également été associé à un risque accru de blessures intentionnelles et non intentionnelles que les personnes consommant de l'alcool s'auto-infligent ou infligent à des tiers (Hingson et Zha, 2009, Swahn, Bossarte et Sullivent, 2008). Par ailleurs, un vaste corpus de recherche a examiné les conséquences sociales, sanitaires et économiques de la consommation d'alcool chez les mineurs. Les résultats ont montré que la consommation des mineurs est un facteur important dans les blessures et les décès intentionnels et non intentionnels (Conseil national de recherche de l'Institut de médecine, 2004), les activités sexuelles non protégées (Champion et coll., 2004), les problèmes de santé mentale, les comportements délinquants (Miller, Levy, Spicer et Taylor, 2006) et la baisse du rendement scolaire (Dee et Evans, 2003).

Afin de réduire les effets néfastes engendrés par l'alcool sur la santé de la population, une stratégie utilisée par de nombreux gouvernements consiste à restreindre l'accès à l'alcool pour les adolescents en imposant une loi sur l'âge minimum légal pour la consommation. En décembre 2009, le gouvernement belge a modifié la législation existante, interdisant aux adolescents de moins de 18 ans l'accès aux boissons alcoolisées distillées et aux moins de 16 ans l'accès à toute boisson alcoolisée (distillée ou fermentée) ; cette réglementation comprend à la fois l'interdiction pour les jeunes d'en posséder mais également pour les détaillants, les bars ou encore les restaurants de leur en vendre (BS 31 décembre 2009). En tant que telle, l'efficacité de la législation dépend de plusieurs facteurs, en ce compris la volonté de tous de s'y conformer.

1.1 Efficacité de l'âge minimum légal pour la consommation (AMLC) d'alcool

Afin d'obtenir une estimation valable de l'effet de la législation sur l'AMLC, les habitudes de consommation d'alcool des adolescents soumis à la loi devraient être comparées aux habitudes de consommation des adolescents qui n'y ont pas été soumis. Afin d'obtenir des résultats valides, il est très important que le groupe test et le groupe contrôle soient similaires dans tous les aspects autres que leur soumission à la loi. Pour ce faire et au fil des ans, les chercheurs ont appliqué deux modèles de recherche principaux (Carpenter et Dobkin, 2011b). Une première approche, appelée approche par panel, consiste à étudier les habitudes de consommation avant et après une modification réglementaire ou entre des zones similaires ayant des législations AMLC différentes. En Belgique, l'âge minimum a été modifié en 2009. Les jeunes âgés de 15 à 18 ans avant la modification de la loi ont donc grandi dans des circonstances différentes de ceux âgés de 15 à 18 ans après 2009 – une fois la loi AMLC en vigueur. Un deuxième modèle de recherche s'applique à une période donnée lorsqu'un âge minimum est en place. Puisque l'AMLC fonctionne comme seuil, cette conception compare les personnes qui se situent juste en dessous de l'âge limite avec celles qui se situent juste au dessus. Il est supposé que les groupes sont similaires, à l'exception de leur soumission à l'AMLC. Une augmentation disproportionnée de la consommation d'alcool ou des résultats liés à l'alcool indiquerait que la législation AMLC est efficace dans la réduction de consommation d'alcool chez les mineurs. Ce modèle, aussi appelé méthode de régression par discontinuité, a été appliqué pour la première fois par Thistlethwaite et Campbell (1960) comme alternative à l'expérience ex-post-facto. Comparée à l'approche par panel, une conception de régression par discontinuité a moins de limitations mettant en péril la validité.

1.2 États-Unis, Canada et Nouvelle Zélande

Un important corpus de recherches sur l'efficacité de l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool s'est constitué au fil des dernières années. La grande majorité des recherches ont été menées aux États-Unis depuis que leur AMLC a été modifié. La loi nationale sur l'âge minimum de consommation a été mise en application en 1984. Via cette loi, le gouvernement fédéral a cherché à harmoniser la législation de tous les États sur l'AMLC et l'a fixé à 21 ans. En 1988, tous les États avaient adopté cette nouvelle réglementation. Au Canada, des changements récents ont également conduits des chercheurs à analyser les conséquences de l'adaptation de l'AMLC. Au Canada, l'âge minimum légal pour consommer est fixé à 19 ans sur l'ensemble du territoire et dans toutes les provinces excepté l'Alberta, le Manitoba et le Québec où l'AMLC est à 18 ans (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2015). Mis à part les États-Unis et le Canada, les recherches les plus pertinentes sur l'AMLC proviennent de Nouvelle-Zélande. La Nouvelle-Zélande a abaissé, en 1999, son âge minimum légal pour la consommation d'alcool de 20 à 18 ans. La recherche peut être classée en trois grandes catégories : les effets sur la consommation d'alcool, les accidents de la route liés à l'alcool et d'autres problèmes relevant du social ou de la santé.

1.2.1 Effet de l'AMLC sur la consommation d'alcool

Les premières études ont conclu que les AMLC sont inversement liés à la consommation d'alcool (Hingson et al., 1983, O'Malley & Wagenaar, 1991). O'Malley et Wagenaar (1991) ont étudié la relation entre l'âge minimum et la consommation d'alcool auto-révélee et ils ont constaté que les jeunes du secondaire consommaient plus d'alcool dans les États où l'AMLC était inférieur. Même en prenant en compte les variables sociodémographiques et autres, un AMLC plus élevé s'avère être un prédicteur significatif d'une consommation d'alcool moindre. Cette étude suggère que les effets ont eu un impact à long terme, conduisant à une moindre consommation d'alcool même au-delà de l'âge limite ; ce qui a été confirmé par plusieurs études (Krauss, Cavazos-Rehg, Agrawal, Bierut et Gruzca, 2015; Bierut et Gruzca, 2009, Plunk, Cavazaos-Rehg, Bierut et Gruzca, 2013).

Dans une analyse à grande échelle des effets de l'AMLC sur la consommation d'alcool aux États-Unis, Wagenaar et Toomey (2002) ont analysé toutes les études publiées sur l'AMLC en 1960 et 1999. Ils ont identifié 33 études qualitatives investiguant le lien entre l'AMLC et la consommation d'alcool. Parmi ces études, seulement 33% avaient constaté une relation inversement significative entre l'AMLC et la consommation d'alcool, alors qu'une seule étude avait constaté une relation positive (Hingson et al., 1983). D'autres études réalisées à cette période n'avaient constaté aucune relation significative entre l'AMLC et la consommation d'alcool (Rooney & Schwartz, 1977) ou avaient même remis en question l'efficacité réelle de l'AMLC (Grabowski & Morrissey, 2001).

En réponse à ces résultats mitigés, Carpenter et Dobkin (2011b) ont introduit l'approche de régression par discontinuité afin de déterminer l'effet de l'AMLC. Leur étude a mis en exergue qu'une augmentation de l'AMLC de 18 à 21 ans réduit significativement la fréquence de consommation et de consommation excessive d'alcool. Ces résultats ont été confirmés par plusieurs études (Gruenewald, 2011, Subbaraman & Kerr, 2013).

Tout comme celles menées aux États-Unis, les premières recherches menées au Canada ont utilisé une approche par panel afin d'étudier l'influence de l'AMLC sur la consommation d'alcool (Smart & Finley, 1976, Vingilis & Smart, 1981). Les résultats globaux ont confirmé une relation inversement proportionnelle entre l'AMLC et la consommation d'alcool.

En Nouvelle-Zélande, plusieurs études ont examiné les conséquences négatives d’un AMLC inférieur sur la consommation d’alcool (Boes & Stillman, 2013). À l’inverse des recherches menées aux États-Unis, Boes et Stillman (2013) n’ont établi aucun lien entre l’introduction d’un AMLC et une augmentation de la consommation moyenne d’alcool ou des ivresses chez les 15-17 ou 18-19 ans. Par contre, Huckle, You et Casswell (2011) n’ont constaté qu’une modeste augmentation de la consommation d’alcool chez les 18-19 ans mais, une augmentation beaucoup plus marquée chez les 16-17 ans.

1.2.2 Effet de l’AMLC sur les accidents liés à l’alcool

Les premières recherches (O’Malley et Wagenaar, 1991) ont montré que l’âge minimum légal de consommation réduisait les accidents de la circulation et que l’effet sur les accidents de la route persistait longtemps après que l’âge minimum ait été atteint. Les autres recherches ont confirmé ces résultats en montrant que la mise en œuvre d’un AMLC de 21 ans dans l’ensemble des États-Unis a réduit le taux de prévalence de conduite sous influence d’alcool (Klepp, Schmid et Murray, 1996, Saffer et Grossman, 1987). Voas, Tippetts et Fell ont trouvé des résultats similaires pour l’ensemble des 50 États entre 1982 et 1997, observant qu’en moyenne, après avoir vérifié les données relatives à l’exposition à la conduite, à la consommation de bière et aux autres changements légaux pertinents, le taux d’accidents mortels impliquant de jeunes conducteurs sous influence d’alcool était inférieur à 19% dans les États où l’AMLC était plus élevé (Voas, Tippetts & Fell, 1999).

Dans leur étude de la littérature entre 1960 et 2000, Wagenaar et Toomey (2002) ont identifié 57 études, dont 65% ont rapporté des effets significatifs ; 98% d’entre elles ont constaté une relation inversement proportionnelle et seulement 2% ont tiré des conclusions contraires. De la même manière, pour leur passage en revue systématique, Shults et al. (2001) ont identifié 33 études répondant à leurs critères de qualification et ont constaté qu’une modification de l’AMLC à 21 ans entraîne une diminution de 10 à 16% des accidents de la route liés à l’alcool. Les effets étaient cohérents entre les périodes de suivi.

Des études plus récentes confirment les premiers résultats et réaffirment l’effet considérable d’une réduction de l’AMLC sur le nombre de décès liés à la consommation d’alcool chez les mineurs (Fell, Fisher, Voas, Blackman et Tippetts, 2008, Ponicki, Gruenewald et LaScala, 2007; Tippetts, & Fell, 2003, Voas, Tippetts, Romano, Fisher et Kelley-Baker, 2007). Une étude a eu un impact particulièrement important : il s’agit de celle de Fell et al. (2008), qui examinait la relation entre l’AMLC à 21 ans et le ratio de conducteurs de moins de 21 ans buvant ou ne buvant pas d’alcool. Malgré le contrôle de nombreuses variables, il a été constaté que l’AMLC était associé à une baisse de 16% du rapport entre les conducteurs qui buvaient et ceux qui ne buvaient pas d’alcool. En comparaison, la législation sur le contrôle de l’alcoolémie n’a été associée qu’à une baisse de 5%.

Les recherches canadiennes sur les effets de la modification de l’AMLC sur les accidents de la route liés à l’alcool (Bako, Mackenzie et Smith, 1976, Vingilis et Smart, 1981, Warren, Simpson, Page-Valin et Collard, 1977) ont eu des résultats moins probants. Une étude menée en 2001 a toutefois constaté une réduction des accidents mortels liés à l’alcool, en lien avec l’augmentation de l’AMLC (Hedlund, Ulmer et Preusser, 2001). Des recherches menées par Callaghan et ses collègues (utilisant l’approche de la régression par discontinuité) ont révélé qu’entre 2000 et 2012, au Québec, les conducteurs ayant tout juste atteint l’âge minimum, font face à une augmentation soudaine et significative : environ 6% supplémentaires de collisions entre véhicules et 11,1% supplémentaires de collisions entre véhicules motorisés la nuit (Callaghan, Sanches, Gatley et Stockwell, 2014).

En accord avec ces résultats, une étude en Nouvelle-Zélande de Kypri et al. (2006) a constaté que le taux d'accidents de la route liés à l'alcool chez les hommes de 18 à 19 ans a augmenté de 12% suite à la modification de la loi de l'AMLC en 1999. Pour les femmes, l'étude a même constaté une augmentation de 51%. En outre, l'étude a également constaté une augmentation de 14% du taux d'accidents chez les hommes âgés de 15 à 17 ans, ce qui montre que le changement de l'AMLC n'a pas seulement affecté les personnes proches de l'âge minimum légal mais également des conducteurs significativement plus jeunes. Une étude récente menée par Huckle et Parker (2014) a réévalué les données entre 1994 et 2010 avec pour objectif de déterminer si l'effet de l'AMLC sur les accidents de la route liés à l'alcool persiste à long terme. Avant le changement de loi, les conducteurs âgés de 18 à 19 ans couraient le même risque d'être impliqués dans des accidents de la route liés à l'alcool que les 20-24 ans. Directement après le changement de loi, les 18-19 ans ont vu leur nombre augmenter de 15%. À long terme, Huckle et Parker ont constaté que les 18-19 ans avaient 21% de chances de plus d'être impliqués dans un accident de voiture lié à l'alcool, concluant ainsi que l'effet de l'AMLC persiste à long terme.

1.2.3 Effet de l'AMLC sur les problèmes sociaux et de santé

Des recherches limitées portant sur d'autres problèmes sociaux et de santé sont également disponibles. Dans leur analyse systématique, Wagenaar et Toomey (2002) ont trouvé 24 études publiées qui mesuraient les effets de la modification de l'AMLC concernant ces indicateurs. Dans l'ensemble, quelques preuves de la relation inversement proportionnelle entre AMLC et problèmes sociaux ou de santé ont été obtenues, comprenant 35% d'études de qualité concluant à un lien significatif. Ces preuves ne se sont toutefois pas révélées aussi fiables que celles concernant le lien entre consommation d'alcool et accidents de la route. Plus récemment, Carpenter et Dobkin (2009) se sont penchés sur le lien de cause à effet entre l'AMLC et le suicide, les homicides, et autres causes extérieures de décès en utilisant un modèle de régression par discontinuité. Leur étude a conclu à une augmentation de 10% des décès dus à des causes extérieures chez les jeunes venant juste d'atteindre l'âge minimum légal, ainsi qu'une augmentation notable des suicides, mais pas de changement dans le taux d'homicides.

Des recherches approfondies confirment l'association entre la consommation d'alcool et le suicide (Brent, 1995, Hufford, 2001, Shaffer, Garland, Gould, Fisher et Trautman, 1988). Selon les estimations, parmi les adolescents qui se sont suicidés, 33 à 66% ont un taux d'alcoolémie accru (BAC) (Brent, 1995). Dans une étude plus récente, Miler, Teti, Lawrence et Weiss (2010) ont examiné les tentatives de suicide impliquant ou n'impliquant pas d'alcool dans 20 États américains en 1997. Ils ont observé une forte augmentation des tentatives de suicide par intoxication entre 20 et 21 ans, suggérant que l'AMLC fonctionne comme facteur de protection. Utilisant un modèle de régression par discontinuité, Carpenter et Dobkin (2009) ont constaté des discontinuités notables dans les suicides liés à l'alcool, confirmant une augmentation de 16% du taux de suicide à l'âge minimum.

Des recherches menées par Callaghan et ses collègues ont révélé un impact de l'AMLC sur la mortalité globale au Canada entre 1980 et 2009. Les résultats démontrent que dans les provinces imposant un AMLC à 18 ans, les jeunes hommes, légèrement plus âgés que l'âge minimum, présentaient une augmentation significative de la mortalité de 14,2%, toutes causes confondues. En observant plus spécifiquement la mortalité due aux collisions de véhicules moteurs, l'étude a constaté une augmentation de 12,7% juste après que l'âge minimum a été atteint. Les provinces réglant l'AMLC à 19 ans présentent des résultats similaires bien que l'impact ait été nettement

plus faible : la mortalité masculine, toutes causes confondues, a augmentée à 7,2%. Ils ont également constaté une augmentation de la mortalité parmi les femmes consommatrices d'alcool, mais ces variations n'étaient pas statistiquement significatives (Callaghan et al. 2014).

Callaghan et ses collègues ont d'abord appliqué l'approche de régression par discontinuité à tous les patients hospitalisés au Canada entre 1997 et 2007. Les résultats ont montré que comparativement au taux d'hospitalisation de référence avant l'adoption d'un âge minimum, les admissions, pour troubles liés à l'alcool, d'hommes (+17,3%) et des femmes (+21,1%) atteignant tout juste l'âge minimum augmentaient significativement, notamment pour les faits de suicide (+9,6% hommes et femmes confondus). Ils ont également constaté une augmentation significative de blessures variées chez les hommes. (Callaghan, Sanches et Gatley, 2013). Une étude de suivi a renforcé ces résultats en examinant non seulement les dossiers des patients hospitalisés (ce qui ne représente qu'une partie de la morbidité globale liée à l'alcool) mais aussi les dossiers d'entrée aux urgences. L'étude s'est concentrée sur l'Ontario, l'État le plus peuplé du Canada, et s'est basée sur les données de fréquentation des services hospitaliers d'urgence et d'entrée des patients hospitalisés. Les résultats montrent des augmentations significatives dans les entrées de patients ayant tout juste atteint l'âge minimum, les cas de suicide atteignant même le taux record de 51,8% dans certains hôpitaux. Ces résultats viennent confirmer les résultats de Carpenter et Dobkin (2011a), seule étude américaine investiguant le lien entre l'AMLC et la morbidité. Dans leur étude, Carpenter et Dobkin ont constaté que les admissions aux urgences ont augmenté de 69,4 par 10 000 habitants et les admissions en hospitalisation ont augmenté de 9,2 par 10 000 habitants à l'âge minimum, sur base annuelle. Ces taux reflètent surtout une augmentation de blessures accidentelles masculines, d'overdose d'alcool, ou de blessures infligées par autrui.

En Nouvelle Zélande, des changements significatifs en matière d'alcool ont été observés : Everitt et Jones (2002) ont étudié l'intoxication des patients au service des urgences de l'hôpital d'Auckland. L'étude a révélé une augmentation de l'intoxication des patients à l'entrée des urgences de 50% pour les jeunes âgés entre 18 et 19 ans ainsi qu'une augmentation, cependant moins conséquente, chez les 15-17 ans. Conover et Scrimgeour (2013) ont élargi cette étude en incluant toutes les hospitalisations dans les hôpitaux publics entre 1993 et 2006. Utilisant à la fois une méthode des doubles différences et une approche de régression par discontinuité, ils ont constaté une augmentation substantielle d'hospitalisations liées à l'alcool parmi les nouveaux consommateurs (24,6% pour les hommes contre 22% pour les femmes).

1.3 Conclusion

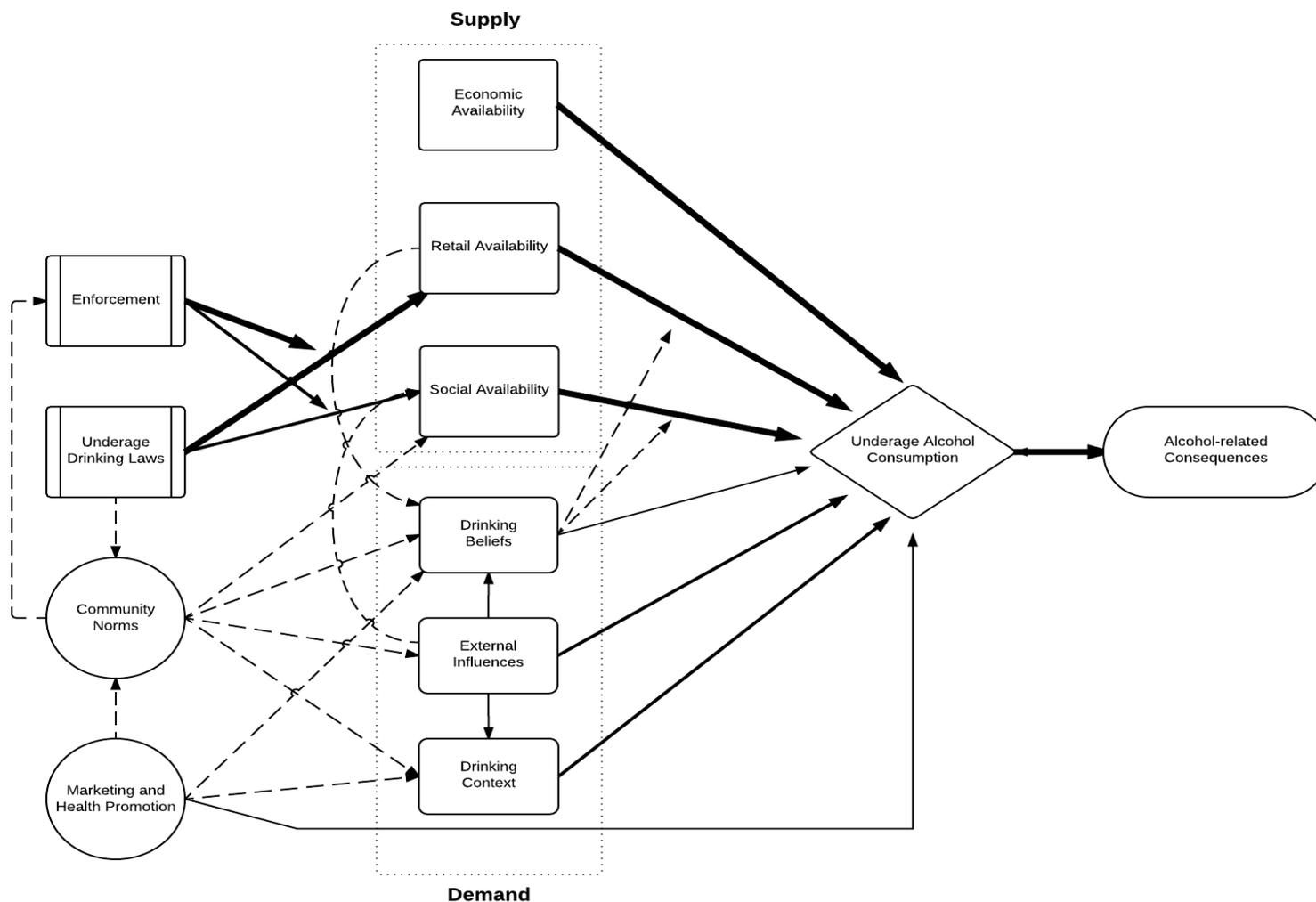
La recherche – que ce soit pour la majorité des études menées aux États-Unis, au Canada ou en Nouvelle Zélande – prouve l'impact bénéfique d'une législation sur l'âge minimum légal de consommation d'alcool sur la santé publique. De très nombreuses études ont démontré qu'un âge minimum de consommation entraîne une réduction des accidents de la route liés à l'alcool, ainsi que du taux de mortalités et de morbidité chez les jeunes. Cependant, les études sur la consommation d'alcool au sein de groupes de jeunes montrent des résultats plus mitigés : une large majorité ne trouvent pas d'effets significatifs, tandis que d'autres soulèvent simplement un effet minime. Cependant, la majorité des résultats montrent qu'un AMLC plus élevé est associé à une plus faible consommation d'alcool.

Chapitre 2 : Modèle logique de consommation d’alcool chez les adolescents

Afin de fournir une analyse approfondie des effets de l’adoption de la loi réglementant l’AMLC en Belgique sur la santé publique, un modèle logique de la consommation d’alcool chez les mineurs a été mis en place par Brickmayer, Boothroyd, Fischer et Holder (2008) cf. figure 1. Les variables intermédiaires représentées sur la figure 1 ont été identifiées comme étant empiriquement associées à la consommation d’alcool chez les mineurs et à ses conséquences, ainsi qu’à d’autres variables intermédiaires qui, même en l’absence de résultat d’études empiriques, présentent une justification théorique d’inclusion dans le modèle.

À la base de ce modèle, se trouve la dynamique économique de l’offre et de la demande : le désir de l’alcool crée la demande, ce qui stimule l’offre par attente du profit. À leur tour, les fournisseurs tentent de stimuler la demande pour augmenter leurs profits. Les variables intermédiaires identifiées entre l’offre et la demande sont : les croyances liées à l’alcool, le contexte de consommation, les influences externes, la disponibilité, le marketing, les normes communautaires, la législation et la mise en application de la législation. Afin de fournir un examen utile des répercussions sur la santé publique d’une modification de la loi sur l’âge minimum, il est impératif de comprendre les subtilités d’interactions entre l’offre, la demande et les autres variables qui mènent à un comportement de consommation spécifique. Les croyances liées à l’alcool revêtent l’aspect le plus fondamental lié à la demande d’alcool et se réfèrent aux attitudes et attentes ainsi qu’à la disponibilité subjective et aux croyances normatives de l’alcool. La disponibilité de l’alcool, soit le prix, la disponibilité sociale et la disponibilité au détail est la composante clé représentant l’offre dans le modèle. Sans une certaine forme de disponibilité de l’alcool, il ne peut y avoir de consommation et, de ce fait, de conséquences sur la santé. Le profit étant le principal moteur justifiant la disponibilité au détaillant, les tentatives d’augmentation de la demande se font par le biais du marketing, qu’il faut donc inclure dans le modèle. Le contexte de consommation d’alcool fait référence à l’endroit où est consommé l’alcool mais également aux personnes avec qui il est consommé ; critère qui s’avère pertinent pour les décideurs afin de développer des politiques adaptées. Les influences externes font référence à toutes les influences liées à la famille, à l’école et aux pairs qui peuvent également avoir un impact sur la consommation d’alcool. D’autre part, les normes communautaires se réfèrent aux valeurs et normes historiques relevant de l’acceptabilité de la consommation d’alcool par la société. Ces normes peuvent être, à leur tour, dirigées par des lois, politiques ou règlement qui vont impacter la disponibilité, la publicité ou directement la consommation d’alcool et donc ses conséquences sur la santé. Une grande partie de l’effet potentiel que peut avoir l’AMLC est directement influencé par l’application même de l’AMLC.

FIGURE 1 : modèle causal de consommation d'alcool chez les mineurs, basé sur Birckmayer et al. (2008)



2.1 Conclusion

Dans ce chapitre, un modèle logique est introduit afin de mieux comprendre le comportement de consommation des mineurs. Le modèle est basé sur l’interaction entre l’offre et la demande et servira de base à une évaluation valide et significative. Les variables intermédiaires représentées dans la figure 1 ont été identifiées comme étant empiriquement associées à la consommation d’alcool chez les mineurs et à ses conséquences ainsi qu’à d’autres variables intermédiaires qui, même en l’absence de résultat d’études empiriques, présentent une justification théorique d’inclusion dans le modèle.

Les variables intermédiaires identifiées entre l’offre et la demande sont : les croyances liées à l’alcool, le contexte de consommation, les influences externes, la disponibilité, le marketing, les normes communautaires, la législation et la mise en application de la législation.

Chapitre 3 : Tendances dans la consommation d’alcool

Les analyses effectuées dans ce chapitre ont été établies afin de mesurer quatre questions de recherche. Premièrement, la proportion d’abstinents à vie, de consommateurs hebdomadaires et de buveurs excessifs a été examinée afin de voir si elle a évolué différemment entre les adolescents de moins de 16 ans et ceux plus âgés, au niveau national et régional. Deuxièmement, l’évolution de la consommation au cours de la vie et hebdomadaire de spiritueux chez les adolescents de 18 ans et plus a été analysée au niveau national et régional. Une troisième recherche a élargi la perspective en étudiant les tendances de consommation d’alcool au cours de la vie et hebdomadaire ainsi que les cas d’ivresse au cours de la vie chez les adolescents âgés de 11 à 15 ans dans 30 pays. L’objectif étant d’analyser l’impact de l’âge minimum légal de consommation d’alcool ainsi que l’accessibilité de l’alcool et un éventail plus large de politiques sur les résultats obtenus. La quatrième question de recherche a été étudiée au niveau national et international et portait sur le rôle du statut socio-économique sur les différents résultats mesurés.

Au niveau flamand et belge, des diminutions statistiquement significatives ont été constatées pour toutes les mesures de résultats, indiquant que la consommation globale d’alcool chez les adolescents flamands et belges a diminué au cours de la période 2002-2014. De plus, il a été démontré que, conformément à la littérature existante, l’âge et le sexe sont des prédicteurs hautement significatifs des différents résultats, une consommation plus élevée étant liée à un âge plus élevé et à un sexe masculin. En ce qui concerne les questions de recherche 1 et 2, les analyses statistiques, au niveau flamand et belge, ont montré des interactions significatives entre l’âge et le temps. Ceci signifie qu’au cours de la période de recherche, les habitudes de consommation des différents groupes d’âge (moins de 16 ans pour les boissons fermentées, moins de 18 ans pour les boissons distillées) ont évoluées différemment dans le sens où la fréquence de consommation a diminué pour ceux n’ayant pas atteint la limite d’âge. Cela pourrait indiquer un effet de la loi sur l’âge minimum légal de consommation bien que cela puisse également être imputé à d’autres événements (par exemple la crise financière de 2008) ou à des tendances différenciées sans rapport avec l’intervention politique (par exemple l’augmentation des prix de l’alcool).

Au niveau international, des relations similaires ont été observées entre la consommation d’alcool, l’âge et le sexe dans les groupes d’âge 11-15 ans. De plus, la tendance actuelle, observée en Belgique, a également été observée dans l’échantillon international, indiquant que globalement, la consommation d’alcool a diminué au cours de la période 2002-2014. Par conséquent, **il n’y a aucune preuve de l’impact de la législation belge de l’âge minimum légal de consommation d’alcool chez**

les adolescents. D'un autre côté, il est **impossible de dire quelle aurait été la tendance de consommation d'alcool chez les adolescents si la législation de 2009 sur l'âge minimum légal de consommation d'alcool n'avait pas été adoptée.** En outre, nous avons complété la recherche sur la législation belge visant à définir un âge minimum légal de consommation d'alcool par une **analyse supplémentaire des politiques internationale sur ce « qui fonctionne »** pour réduire la consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 16 ans. Concernant l'effet des politiques liées à l'alcool, des résultats mitigés sont mis en avant. L'âge minimal légal de consommation d'alcool a été jugé non significatif par rapport à la consommation hebdomadaire et au cours d'une vie mais positivement significatif concernant l'ivresse au cours de la vie; ce qui indique que les pays où l'âge minimum légal de consommation d'alcool est plus élevé ont une plus forte proportion de cas d'ivresse tout au long de la vie. Il est important de noter que la causalité inversée pourrait ici jouer un rôle, c'est-à-dire que les pays qui ont une proportion plus élevée de situations d'ivresse au cours d'une vie instaurent des âges minimums légaux de consommation d'alcool plus élevés.

Lors de l'évaluation d'un éventail plus large de politique limitant la consommation d'alcool, une relation significative a pu être établie entre l'adoption de politiques plus strictes et une probabilité moindre de consommation hebdomadaire d'alcool. Un écueil important de cette recherche réside toutefois dans l'impossibilité d'inclure les politiques de mises en application dans l'approche de régression par discontinuité. Par exemple, les baisses les plus spectaculaires parmi tous les résultats récoltés sont observées dans les pays anglo-saxons. Ces pays, en particulier le Royaume-Uni, ont considérablement accru leurs efforts quant à l'application de la loi pendant la période de récolte. Malheureusement, ces informations n'étaient pas systématiquement disponibles pour l'ensemble de l'échantillon international.

Additionné aux politiques de disponibilité, l'effet des restrictions quant aux commercialisations et changements dans l'accessibilité ont également été mesurés. Les restrictions actuelles quant à la commercialisation sont considérées comme n'ayant pas d'impact sur les résultats récoltés. D'autre part, les changements d'accessibilité étaient très significatifs, l'accessibilité étant liée aux risques d'une consommation plus élevée d'alcool : lorsque l'alcool coûte moins cher, les adolescents ont tendance à boire davantage. De plus, les résultats montrent également que la combinaison des mesures politiques (indice total de la politique représente la moyenne de l'indice de disponibilité, de l'indice d'accessibilité et de l'indice de restriction en matière commerciale) peut réduire la consommation d'alcool tant hebdomadaire que régulière.

La quatrième question de recherche portait sur le rôle du statut socio-économique dans la consommation d'alcool chez les adolescents. Au niveau belge, trois variables ont été testées (richesse familiale, richesse familiale perçue et classe sociale professionnelle). Les adolescents déclarant un statut social professionnel plus élevé pour leurs parents présentaient une consommation d'alcool plus importante mais des cas d'ivresse plus rare au cours de leur vie. Tandis que des résultats insignifiants étaient présentés pour les autres variables. De plus, aucune des interactions avec le temps ou l'âge n'était significative, ce qui indique que l'impact du statut social professionnel des parents n'a pas changé avec le temps et qu'il n'est pas influencé par les profils d'âge. La variable richesse de la famille s'est avérée être l'indicateur SSE le plus stable en ce sens qu'il était positivement lié à tous les résultats et que son effet de taille était élevé. Une richesse familiale plus importante était donc corrélée à une consommation d'alcool plus élevée chez les adolescents. De plus, une tendance temporelle significative a été observée dans la consommation hebdomadaire d'alcool, montrant que l'impact de la richesse familiale augmentait avec le temps, ce qui indique les

différences socio-économiques dans la consommation hebdomadaire d'alcool augmentent avec le temps (i.e. à savoir une différence de consommation hebdomadaire entre adolescents). On a constaté que la richesse familiale ressentie était négativement corrélée à la consommation d'alcool et de spiritueux tout au long de la vie et positivement corrélée à la consommation hebdomadaire d'alcool et de spiritueux, tout en n'étant pas un facteur prédictif d'alcoolisme. De plus, aucune interaction significative n'a été trouvée entre la richesse familiale ressentie et le temps et l'âge ; ce qui indique que les différences socio-économiques subjectives dans les cas d'ivresse demeurent stables au fil du temps et entre les différents groupes d'âge. Au niveau international, deux variables (richesse familiale et richesse familiale ressentie) ont été testées pour établir l'impact du statut socio-économique. Aucune tendance temporelle significative n'a été détectée pour les différences socio-économiques dans la consommation d'alcool tout au long de la vie et hebdomadaire. Cependant, des interactions statistiques significatives ont été trouvées entre les mesures du SSE et le temps en relation à l'ivresse au cours de la vie, indiquant que l'impact de la richesse familiale et de la richesse familiale perçue augmentent au fil du temps. En ce qui concerne la politique liée à la consommation d'alcool, l'interaction entre cette variable et la richesse familiale est significative concernant l'ivresse occasionnelle et la consommation hebdomadaire d'alcool, dans le sens où les mesures politiques les plus strictes atténuent partiellement l'effet du statut socioéconomique. Cette constatation montre que les politiques en matière d'alcool contribuent à réduire les inégalités socio-économiques, c'est-à-dire, à réduire la consommation d'alcool de manière plus importante dans les groupes présentant un statut socio-économique plus élevé et caractérisés par des niveaux relativement élevés de consommation d'alcool.

Chapitre 4 : Tendances des résultats liés à l'alcool en matière de santé

L'impact de la consommation d'alcool sur les résultats sanitaires et autres résultats sociaux ne peut être surestimé. La consommation d'alcool a longtemps été identifiée comme un facteur de risque global important dans les maladies chroniques et blessures (OMS, 2014b). La Belgique ne fait pas exception en la matière ; les estimations les plus récentes montrent qu'en 2010, 5,8% de la population souffrait d'un trouble de consommation d'alcool (OMS, 2014a). En mesurant les coûts directs (hospitaliers par exemple) et indirects (perte de productivité) liés à la consommation d'alcool, une étude récente a calculé que le coût social global de la consommation de substance représentait 1,19% du PIB belge (Lievens et al., 2016). Les résultats ont également montré que 45%, soit environ 2,1 milliards d'euros, du fardeau économique global de la consommation légale et illégale de drogues étaient causés par les effets de la consommation d'alcool. Jusqu'à présent, l'alcool a été identifié comme un élément causal pour plus de 60 conditions médicales différentes (Rehm et al., 2010). De plus, il est probable que les méfaits liés à l'alcool soient encore sous-estimés alors que les avantages potentiels sont surestimés (Stockwell et Zhao, 2016). Généralement, les états attribuables à la consommation d'alcool sont répartis en six catégories : cancers, maladies cardiovasculaires, maladies gastro-intestinales, maladies infectieuses, troubles neuropsychiatriques, blessures et autres (pour un aperçu complet des conditions, voir table 45 en annexe).

L'objectif de la présente étude est d'examiner si l'adoption d'une norme législative d'âge minimum légal de consommation d'alcool en Belgique en 2009 a eu un impact sur la santé. Compte tenu du fait que ce changement est assez récent, il est clair que la recherche actuelle doit se limiter à l'impact direct à court terme sur les adolescents puisque tout changement potentiel à long terme des conditions chronique chez les adultes ne deviendra tangible que dans les années à venir. En tant que telle, cette étude se concentre sur l'impact de l'âge minimum légal de consommation sur les

blessures et les troubles neuropsychiatriques liés à la consommation d’alcool chez les adolescents. Les blessures peuvent être intentionnelles ou non. Le suicide, l’homicide et la violence sont causalement liés à une consommation importante (Cherpitel et al., 2012, Cremonte et Cherpitel, 2014, Macdonald, Erickson, Wells, Hathaway et Pakula, 2008). D’autre part, presque toutes les catégories de blessures non intentionnelles sont fortement liées à la consommation d’alcool en raison de l’effet de la concentration d’alcool dans le sang sur les capacités psychomotrices des consommateurs (Taylor, Rehm, Patra, Popova et Baliunas, 2007). Dans la catégorie des troubles neuropsychiatriques, les troubles de l’abus d’alcool sont le principal diagnostic d’intérêt pour cette étude.

L’analyse statistique de l’impact de l’âge minimum sur l’incidence des maladies chroniques dans les groupes d’âges étudiés est impossible à ce stade, pour la raison évidente que la modification de la loi a été effectuée trop récemment pour observer un tel effet sur la population adulte. En tant que telles, les analyses actuelles visent à explorer si l’âge minimum tel que modifié par la loi a eu un impact sur la santé de la population adolescente belge, plus spécifiquement, s’il y a eu un effet sur les conditions neuropsychiatriques et aiguës. Afin d’évaluer si la santé des adolescents belges a été impactée par le changement législatif, des données ont été collectées sur la fréquentation des services hospitaliers entre 2002 et 2013, liées aux codes diagnostiques présentés dans la section 1 de ce chapitre. Le Service Public Fédéral Belge de Santé (SFP) dispose actuellement de deux principaux systèmes d’enregistrement administratifs mesurant la fréquence du recours aux soins de santé en milieu hospitalier. Le premier est appelé «Résumé Hospitalier Minimal» [RHM]. La base de données contient des données hospitalières, y compris des données médicales, infirmières et administratives (SPF Santé, 2016a). Le deuxième système d’enregistrement s’appelle «Résumé Psychiatrique Minimum» [RPM] et contient des données sur l’utilisation des soins de santé dans les hôpitaux psychiatriques. Ce système de données comprend les troubles mentaux liés à l’alcool basés sur le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition » (DSM-IV), qui est pertinent pour les analyses actuelles (SFP Santé, 2016b).

En général, **les résultats de l’analyse statistique n’ont pas prouvé l’impact de la modification législative de l’âge minimum légal de consommation de 2009 sur les résultats liés à la santé** (états neuropsychiatriques et aigus). La tendance à la baisse observée dans la consommation d’alcool chez les adolescents n’a pas été observée dans les résultats liés à la santé. Au lieu de cela, des tendances temporelles divergentes ont vu le jour en fonction des résultats liés à la santé. On pourrait s’attendre à une absence de tendances temporelles chez les buveurs problématiques puisqu’il s’agit d’un autre groupe cible que celui que vise l’âge minimum légal de consommation de 2009. Comme prévu, les troubles neuropsychiatriques et aigus présentaient des profils différents chez les hommes et les femmes ainsi que chez les adolescents jeunes ou plus âgés. En effet, les hommes et les répondants plus âgés présentent des fréquences plus élevées (sauf pour les blessures accidentelles). En outre, les résultats liés à la santé ont montré une prévalence croissante, décroissante ou stable au fil du temps mais aucune inversion de tendance significative indiquant que l’âge minimum légal de consommation en Belgique n’avait pas d’impact sur les résultats relevant de la santé n’a été observée après 2009.

4.1 Évaluation de la législation de l’AMLC : disponibilité des données et recommandations

Pour établir les effets de la modification de l’âge minimum légal de consommation d’alcool sur la consommation d’alcool chez les adolescents, des données ont été collectées à partir d’enquêtes et

de sources politiques. En Belgique, il existe trois grandes enquêtes qui intègrent des questions sur la consommation d’alcool et s’adressent spécifiquement aux enfants en âge scolaire : le réseau Health Behaviour in School-aged Children (HBSC, OMS), VAD-leerlingenbevraging (VADLLB) en Flandres et and Vlaspad à la VUB (qui fait partie de l’European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)). Bien que d’autres sources existent, telles que l’enquête belge sur la santé et l’étude internationale de délinquance auto-révélee, il existe des différences d’objectifs, de méthodologies et de portées de l’étude. Ainsi, la combinaison des trois études pré mentionnées est, à notre avis, la meilleure approche car toutes les trois ont une portée similaire, sont représentatives et emploient des questionnaires similaires. Malgré tous nos efforts, nous n’avons pu recueillir que des données de HBSC et de VADLLB. Comme cela a été mentionné tout au long du rapport, les questionnaires des différentes études étaient significativement différents dans le passé (surtout en 2001/2002, au début de la période de recherche actuelle) mais convergent de manière significative au fil des années. À ce stade, toutes les études intégraient au moins une question sur l’âge d’initiation à la consommation, la fréquence de consommation, la quantité de boisson et les ivresses, qui sont les exigences minimales pour enquêter avec précision sur le « comportement de consommation ».

Les informations nécessaires pour inclure des mesures de politique nationale dans la recherche internationale sur la consommation d’alcool sont actuellement collectées soit par GISAH, Eurostat ou EUCAM. Cependant, nous avons constaté que l’OMS est très réticente à la diffusion des informations relatives au GISAH, si ce n’est celles qui sont disponibles sur leur site Web (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah/en/). Cela a rendu la recherche actuelle beaucoup plus difficile car nous avons dû recourir à des rapports antérieurs, qui sont souvent incomplets ou ont un niveau de détail inférieur à celui requis pour l’étude. Nous ignorons si certaines dispositions peuvent être prises à cet effet pour les recherches futures.

Pour établir les effets de la modification de l’âge minimum légal de consommation d’alcool sur la santé des adolescents, des données ont été collectées à la fois au niveau belge, par le biais du le SPF Santé (<https://www.health.belgium.be/fr>) et au niveau européen, à travers la base de données de l’UE sur les blessures (https://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/idb_en). Les données au niveau belge ont été jugées de haute qualité et suffisantes pour assurer un suivi basique d’analyse statistique. L’ajout d’informations plus détaillées sur le statut socio-économique ou d’autres influences externes pertinentes pourrait être cependant utile pour fournir une analyse plus approfondie. La base de données de l’UE sur les blessures a également fourni de précieuses données, mais celles-ci ont été rendues inutilisables car la Belgique ne fournit pas de données à Eurosafe, le réseau organisant la base de données (<http://www.eurosafe.eu.com/home>).

Enfin, nous avons décidé, suite aux recherches approfondies avec la Police Fédérale et le Ministère de la Justice, que les données sur la criminalité juvénile recueillies par les deux autorités n’étaient pas suffisamment détaillées pour analyser l’impact de la législation sur les infractions pénales. Le protocole mis en place suite à une infraction ne permettant pas de mesurer le taux de consommation d’alcool.

Chapitre 5 : Étude sur la connaissance et l’application de la législation de 2009 par les jeunes et les vendeurs

L’objectif principal de cette partie de l’étude est d’examiner et de tester la connaissance de la loi de 2009 par les jeunes et différents groupes de vendeurs. L’enquête auprès des jeunes utilise une méthodologie quantitative (n=1154) et évalue les taux de prévalence et l’index de gravité de l’usage

d’alcool par les jeunes. Cela permet d’identifier des profils de consommation d’alcool (incluant l’âge, le sexe, l’origine culturelle, le type d’école ou encore la communauté linguistique). Ces profils sont confrontés à la connaissance de la loi et aux attitudes parentales pour examiner si ces dernières influencent leurs habitudes de consommation.

L’objectif secondaire est d’évaluer l’expérience de la vente d’alcool à des clients mineurs d’âge pour les vendeurs et la relation de ces derniers avec les agents d’application, et d’identifier les mesures que les vendeurs ont déjà mises en œuvre pour respecter les limites d’âge légales pour la vente d’alcool (trucs et astuces pour respecter la loi et difficultés à la respecter) (Gosselt, Van Hoof, & De Jong, 2012). Des interviews ont été menées pour étudier les expériences des vendeurs.

5.1 Enquête auprès des jeunes : discussion

Tout au long de ces résultats, **l’âge** se présente comme une variable déterminante : les jeunes plus âgés (de plus de 16 ans) consomment plus d’alcool et sont l’objet d’une moins grande supervision parentale, un terme entendu comme le contrôle et l’attitude envers l’alcool à la maison. Par exemple, dans cette étude, deux profils (plus âgés), identifiés comme étant de grands consommateurs ont attiré notre attention. Ces jeunes risquent-ils de développer une trajectoire alcoolique ou bien ce comportement correspond-il à des pratiques de consommation régulière de grandes quantités d’alcool lors de soirées (« binge drinking ») ? En ce sens, cette consommation pourrait être problématique, mais limitée à l’adolescence (Moffitt 1983).

Par ailleurs, les jeunes plus âgés semblent mieux connaître la loi sur la consommation d’alcool (autant dans les vignettes illustrant des situations autorisées que non-autorisées), en comparaison des plus jeunes (moins de 16 ans). Cependant, l’âge semble être un facteur significatif uniquement lorsque les jeunes considèrent les normes légales en fonction de leurs propres normes de consommation de boissons alcoolisées. Ces résultats mettent en évidence l’importance des valeurs personnelles dans l’application de la loi. C’est-à-dire que même si les jeunes ont plus ou moins correctement évalué les aspects légaux de la consommation d’alcool (connaissance passive de la loi), nous observons des contrastes entre la perspective légale et leur propre perspective ou valeurs (application de la loi). Dans le cas de consommation d’alcool autorisée, la perspective légale rencontre les valeurs des jeunes, et les résultats sont conformes : les jeunes connaissaient assez bien la loi, l’appliquait dans leur vie quotidienne et semblaient approuver ces normes en fonction de leurs propres valeurs. Toutefois lorsque la loi n’autorisait pas la situation présentée dans les vignettes utilisées, cette interdiction ne semblait pas suffisante pour que cette norme légale soit intégrée dans le système des normes informelles et individuelles. La conclusion est donc que, quand une norme légale confirme ou suit les valeurs internes des jeunes, l’application suit la norme légale. Dès lors, la connaissance passive de la loi ne semble pas jouer de rôle majeur dans l’intégration des normes légales au sein d’un système individuel normatif. Aussi, l’application de la loi (telle qu’examinée dans ce dispositif) semble être plus associée à l’usage personnel d’alcool qu’à la connaissance (compréhension passive) de cette loi, et ce spécifiquement parmi nos profils problématiques de consommateurs.

Dès lors, la perception des jeunes est un facteur plus important que la connaissance (passive) de la loi, et se différencie selon les profils de consommation. En outre, le type d’alcool identifié dans les vignettes semble important à examiner. En effet, les résultats montrent peu de différences concernant la perception des jeunes, pour des profils de 16 ans et plus, lorsque les vignettes mettent en scène l’achat de bière pour des jeunes de 15 ans (illégal) ou pour des jeunes de 17 ans (légal) ; ces

situations étant jugées comme étant autorisées. Pour la vignette illustrant l'achat de vodka (illégal), les résultats sont directement liés aux profils : les grands consommateurs (« stressés » et « explosifs ») sont les seuls groupes de jeunes qui estiment que l'achat de vodka est autorisé. Aussi, que la situation présentée soit légale ou non, l'acceptation de la situation suit la réalité des jeunes. Par exemple, si un jeune a 16 ans et peut acheter de la bière, il approuve les vignettes mettant en scène d'autres jeunes dans des situations similaires, avec consommation de bière même si l'âge des protagonistes mis en scène est inférieur à 16 ans. Selon le même raisonnement, si un jeune consomme des spiritueux et présente le profil d'un grand consommateur, il approuvera la vignette mettant en scène de la vodka, même si l'âge illustré est inférieur à 18 ans.

Les résultats de notre échantillon ont également révélé que l'environnement familial est un lieu propice pour goûter de l'alcool et y avoir accès. Cela est particulièrement marqué pour le profil comprenant de jeunes adolescents (entre 15 et 16 ans) qui consomment peu d'alcool de façon générale. Il est aussi relevé que le contrôle et la supervision parentale semblent être associés à une consommation d'alcool plus faible, mais aussi que cette supervision et ce contrôle parental ont tendance à diminuer avec l'âge. De plus, les attitudes et règles spécifiques vis-à-vis de l'alcool à la maison semblent en relation avec des profils abstinents de consommation d'alcool. Finalement, nous observons que les parents adoptent un style parental plus autoritaire pour les filles et un style plus permissif pour les garçons.

Concernant les deux grands profils de consommateurs, moins de règles sont identifiées en matière d'alcool au sein de la famille. Ces jeunes sont également soumis à moins de contrôle, règles et interdictions de la part des parents tout contexte confondu. Nous avons toutefois observé une différence entre le profil rapportant une consommation d'alcool perçue comme régulant un stress ; relevant un contrôle parental plus important – selon les adolescents sondés – de leurs activités, en comparaison du profil présentant une consommation explosive d'alcool.

Quand on combine cette comparaison des attitudes parentales avec les caractéristiques des profils, l'analyse réalisée semble indiquer que les règles par rapport à l'alcool sont davantage présentes et acceptables lorsque les adolescents sont plus jeunes, ces derniers étant largement représentés parmi le profil abstinente. En outre, la supervision parentale exercée, tout domaine confondu, sur les activités des enfants semblerait protéger les jeunes d'une alcoolisation problématique – pour autant que cette variable soit perçue et rapportée telle quelle par les jeunes.

En conclusion, cette analyse minutieuse des profils croisée avec l'étude des attitudes parentales semble indiquer que les règles parentales par rapport à l'alcool exercent plus d'influence sur de plus jeunes adolescents (entre 15 et 16 ans) parmi lesquels ont été identifiés de nombreux abstinents, mais ces règles ne sont plus suffisamment présentes lorsque ces adolescents deviennent plus âgés. Il convient toutefois d'interpréter ces données avec précaution, car nous n'avons pas récolté de données longitudinales nécessaires pour confirmer ce constat. En effet, Van der Vorst et al. (2006) et Koning et ses collègues (Koning, Eijnden, Engels, Verdurmen, & Vollebergh, 2010) ont auparavant observé que des attitudes parentales plus sévères préservent les jeunes d'un début précoce quant à la consommation d'alcool. Le contrôle parental semble donc important pour limiter les habitudes de consommation, même chez des adolescents plus âgés. Dans le même temps, une tension semble apparaître entre cet objectif et la période d'adolescence durant laquelle l'acquisition de l'autonomie est une étape importante dans le développement personnel du jeune (Cuin, 2011). Cette recherche d'autonomie peut pousser les jeunes à prendre de la distance par rapport aux normes parentales.

Dans une autre recherche, il a aussi été attesté que les parents prennent des mesures moins restrictives, laissant l'enfant voler de ses propres ailes en grandissant (Zehe & Colder, 2014). En effet, Handren et ses collègues ont montré que les parents sont plus protecteurs envers des adolescents de 13 à 16 ans qu'envers des adolescents de 17-18 ans qui s'appuient plus sur des perceptions personnelles concernant ce qui est acceptable ou non (Handren, Donaldson, & Crano, 2016).

5.2 Interviews de vendeurs : discussion

La connaissance de la loi signifie bien plus que simplement répondre (correctement) à des questions. La logique de la loi est rarement maîtrisée – même si ses fondements sont bien connus – par les vendeurs qui la plupart du temps ne la comprennent pas vraiment. La lecture attentive des interviews montre clairement qu'une écrasante majorité des vendeurs ont des valeurs internes qui les poussent à condamner certains modes de consommation d'alcool par des jeunes, mais pas toujours selon les mêmes modalités que celles présentes dans la loi. Cet ensemble de valeurs internes, qui semblaient être largement partagées, considère aussi le fait de boire de la bière (et à Liège, le blanc cerise / blanc coca / blanc passion et parfois le pékèt) comme une pratique culturelle et sociale entourée de normes.

Selon certains des interviewés, les adolescents devraient apprendre comment boire, tester leurs limites, et apprendre quelle quantité boire dans quel environnement social. Cela signifie, selon les avis récoltés, que les jeunes devraient commencer par des boissons moins alcoolisées, typiquement de la bière « Pils/Pilsner » - et si besoin est, recourir à une boisson plus sucrée, car ce goût pour le sucre est plus marqué chez les jeunes. Que ce processus soit accompagné par des adultes est présenté comme indispensable afin de gérer les conséquences et les risques liés à la consommation d'alcool. D'où la démarche de condamner plus spécifiquement la consommation de spiritueux chez les jeunes. En se basant sur leurs valeurs, qu'ils estiment largement partagées, les vendeurs sont plutôt favorables à une loi prohibitive, même s'ils mettent en garde par rapport à l'effet « fruit défendu », qui repose sur le pourcentage d'alcool. Aussi, bien que la loi actuelle ne soit pas basée sur des pourcentages, la plupart des vendeurs pensent que la législation actuelle pourrait être maintenue. Ils valorisent l'accès progressif correspondant aux valeurs morales qui ont été soulevées.

Cependant, en ce qui concerne la loi et ses dispositions, la grande majorité des vendeurs ne comprennent pas la raison sous-jacente à la distinction basée sur le processus de fabrication. L'exemple le plus cité concerne les bières fortes qui peuvent être vendues ou offertes, alors que ce n'est pas le cas des doses allégées ou des « alcopops » servant à la préparation des cocktails. L'incompréhension des motifs du législateur provoque des remarques cyniques et rend la loi difficilement applicable pour les vendeurs. Selon les personnes interrogées, non seulement le respect de la loi pourrait être amélioré en utilisant un pourcentage comme élément de discrimination ; mais elle est aussi présentée comme un moyen de faciliter l'application de la loi.

Un autre élément problématique concerne la responsabilité des vendeurs. En effet, dans certaines circonstances (par exemple dans des locaux commerciaux surchargés de monde ou lorsque des clients font des commandes groupées), les vendeurs trouvent contestable d'endosser l'entière responsabilité, car bien qu'ils essaient d'être minutieux, des problèmes peuvent se présenter. Aussi, les vendeurs remettent en question leur capacité à respecter la loi tout au long des interviews et rencontres. Les jeunes vendeurs éprouvent particulièrement de difficultés à respecter la loi, par exemple quand l'âge doit être vérifié. Ils ne se sentent pas à l'aise dans l'exercice de cette tâche et semblent également plus vulnérables à des comportements d'insistance et de négociation de la part

de clients perçus comme jeune. Autant le débat sur la capacité des vendeurs à se conformer à la loi que les difficultés spécifiques éprouvées par les plus jeunes vendeurs corroborent les découvertes de Gosselt, Van Hoof & De Jong (2012).

Il apparaît que les vendeurs rencontrés ont pris des initiatives pour respecter la loi. Premièrement, certains lieux intègrent la loi de 2009 dans leur règlement intérieur et leur politique interne. Selon les vendeurs, être encouragés à respecter la loi via des rappels, des encouragements personnels et une communication en interne sur le sujet, les rend plus conscients des normes et plus confiants lors de la vérification de l'âge. Certains vendeurs font en effet de nombreux efforts, même si certains contextes rendent le contrôle plus difficile, comme la présence d'un self-scan. Deuxièmement, un système de bracelets permettrait d'opérer la vérification directement à l'entrée du lieu plutôt que lors de la commande. Toutefois, cette technique n'est pas infaillible et ne fonctionne pas dans des endroits où il n'y a pas d'entrée 'fermée'. Une troisième stratégie présentée comme beaucoup plus efficace est de bannir l'alcool (distillé) ou d'interdire purement et simplement l'entrée aux mineurs d'âge. La plupart des vendeurs se disent insatisfaits d'avoir une clientèle très jeune dans leur établissement, car celle-ci ne peut pas acheter de boissons chères et donc consomme avant de sortir ou sur le parking.

La question majeure qui demeure parmi les vendeurs rencontrés est de savoir si la vente d'alcool à des mineurs d'âge peut être considérée comme une « pratique déviante » ou plutôt culturelle. En ce sens, l'étude d'un « comportement obéissant » complète la compréhension des interactions qui existent entre les valeurs internes qui interfèrent avec l'application de la loi. Levin-Rozalis (2007) remarque que l'obéissance ou la désobéissance sont toutes deux des actes sociaux influencés par des représentations sociales du groupe social auquel appartiennent les vendeurs. Gosselt, Van Hoof et De Jong (2012), en analysant plus particulièrement l'application de la limite d'âge aux Pays-Bas, démontrent que le respect des limites d'âge pour la vente d'alcool dépend de la connaissance de la loi, mais aussi de la capacité et de la motivation à s'y conformer. En lien, et comme soulevé par la littérature, l'influence du contexte de la vente participe à la capacité et la motivation à se conformer à la loi, tels que l'affluence des clients dans le magasin / bar et les caractéristiques tant du vendeur que de l'acheteur (Britt, Toomey, Dunsmuir, & Wagenaar, 2006; Gosselt et al., 2012). Bien que la connaissance de la loi soit somme toute satisfaisante au sein de l'échantillon rencontré, comme Gosselt, Van Hoof & De Jong (2012) l'ont déjà observé, cette connaissance n'est pas suffisante : avoir la volonté et être motivé à se conformer à la loi est tout aussi crucial. Les chercheurs ont identifié trois facteurs que l'on retrouve également dans cette recherche : premièrement, les normes et valeurs individuelles influencent la façon dont le vendeur va faire respecter la loi. Aussi, la motivation individuelle est plus importante que les règles en vigueur du commerce. Deuxièmement, la conscience d'un cadre juridique est importante. Troisièmement, la perception d'un contrôle, aussi bien interne qu'externe, de l'application de la loi influence son respect. Dans nos résultats, nous observons un lien entre le premier et le deuxième facteur. Effectivement, une motivation individuelle et une prise de conscience de la loi sont présentes chez les vendeurs. Pourtant, il apparaît que leurs motivations personnelles (par exemple, dans la façon de limiter la consommation excessive d'alcool pour diminuer les problèmes dans leurs bars) les contraignent à remettre en question la loi plutôt que de s'y conformer pleinement.

Ces différents constats peuvent s'expliquer par l'entremise des techniques de neutralisation (Sykes & Matza, 1957) qui font que les vendeurs n'appliquent ou n'appliqueraient pas la loi. Les techniques de neutralisation sont ancrées dans les « système de croyances et attitudes » (Sykes & Matza, 1957)

et sont des processus internes par lesquels une personne ayant un comportement déviant neutralise sa culpabilité. Ces techniques de neutralisation sont reconnues comme pouvant participer à expliquer le comportement déviant, même s’il existe un débat selon qu’elles interviennent avant ou après la commission du comportement déviant (Maruna & Copes, 2005).

Même si le problème est complexe et les réalités observées dans notre études très diverses, il est possible de dégager cinq techniques de base de neutralisation. En premier lieu, nous observons un système de déni de responsabilité (Maruna & Copes, 2005; Sykes & Matza, 1957). En effet, pour de nombreux vendeurs, l’application de la loi est hors de leur portée. Les circonstances rencontrées, dans des bars ou clubs bondés ou des festivals, rendent impossible, selon leurs dires, la vérification des personnes qui vont consommer des boissons alcoolisées ou même simplement qui vont consommer. Pour les vendeurs les plus jeunes, le faible écart d’âge entre eux et le client, ainsi que l’impression d’un manque d’autorité, amoindrit leur responsabilité. Pour renforcer l’apprentissage de la consommation d’alcool et éviter les excès les vendeurs évoquent plusieurs axes à partir desquels travailler : l’environnement, leur propre éducation, celle de leurs enfants et les observations concernant une « culture des sorties et de la bière » en Belgique. Comme le montre la littérature sur la criminalité des entreprises (Benson, 1985a; Lascoumes & Nagels, 2015), la place dans la hiérarchie est parfois utilisée pour nier (une partie de) la responsabilité: les propriétaires et les managers seraient connus pour insister davantage sur le profit que sur l’application de la loi concernant l’âge légal de la consommation d’alcool. Par ailleurs, les vendeurs chapeautés par une direction qui insiste avec emphase et à plusieurs reprises sur le respect de la loi, disent être plus enclins à contrôler l’âge de leurs clients.

Le déni des effets nuisibles se réfère au débat qui veut que les atteintes (à long terme) de la consommation d’alcool des mineurs ne leur sont pas imputables ou soit minimisé (Maruna & Copes, 2005; Sykes & Matza, 1957). En effet, la plupart des vendeurs essaient de maîtriser la consommation d’alcool chez tout un chacun. Ils s’assurent ainsi que chaque personne rejoint son domicile en sécurité ou que personne ne tombe malade (pour éviter de nettoyer). C’est ainsi que s’est établi un dialogue entre les vendeurs sur la prévention active des dégâts. Ils expliquent aussi souvent ne pas vendre à des personnes très jeunes, bien que nous ayons relevé que ce qui est perçu comme « très jeune » varie si on se réfère aux conséquences sur le développement cérébral.

Lorsque les plus jeunes commandent des boissons alcoolisées ou élaborent des plans et stratégies pour obtenir une bière ou un verre, le déni de la victime (Maruna & Copes, 2005; Sykes & Matza, 1957) peut être évoqué, en soutenant l’idée qu’ils participent directement à l’action répréhensible. Toutefois, un faible et surprenant pourcentage de vendeurs font reposer cette responsabilité sur les jeunes (et s’ils le font, ils font aussi le plus souvent référence aux parents). Le discours suit plutôt une logique de prise de conscience des effets négatifs, principalement à cause des excès et, surtout, insiste sur les effets positifs d’une consommation modérée dans un contexte social.

La condamnation de ceux qui condamnent (Maruna & Copes, 2005; Sykes & Matza, 1957) est aussi une technique observée chez nos répondants. En effet, les discours entendus dénoncent une hypocrisie de la part du législateur, car les vendeurs ne comprennent souvent pas la motivation d’établir une distinction entre la bière et les boissons mixtes, même s’ils approuvent le fait de servir de l’alcool de façon graduelle. Des soupçons de lobby important de la part de l’industrie de la bière, et la formulation d’une loi qui est jugée par certains comme impossible à mettre en pratique, incitant les vendeurs à prendre leur distance par rapport à la loi. D’autres normes ont, selon eux, une plus

grande priorité (à savoir limiter les excès). Comme l’ont observé d’autres auteurs (Benson, 1985b; Lascoumes, 1985; Willott, Griffin, & Torrance, 2001) à propos des déviations organisationnelles, les agents de contrôle sont présentés comme étant problématiques. Ainsi, des exemples sont cités qui évoquent une mise en vigueur de la loi qui n’est pas correcte ou juste ou encore des récits sur des contrôleurs qui hésitent quant à l’interprétation de la loi ou qui utilisent des procédures interdites.

La dernière technique de neutralisation consiste à faire appel à des loyautés supérieures aux normes légales. Le maintien de l’emploi et du travail dans la déviance organisationnelle (Lascoumes & Nagels, 2015; Willott et al., 2001) joue un rôle essentiel. Toutefois bien plus qu’une simple référence à l’emploi, c’est l’appartenance à une culture belge et à l’intégration des jeunes dans les normes sociales « de sortie » qui est rapportée, où l’alcool semble omniprésent (tel que boire pour passer un bon moment avec les amis et la famille).

Enfin, outre ces deux éléments, c’est le respect de la loi ou le manque d’application de la loi qui est perçu comme le plus problématique par les vendeurs. Certains vendeurs ont l’impression que la loi n’est pas accompagnée de contrôles, ou du moins que certains types de vendeurs ne sont pas (assez) contrôlés. Ils évoquent souvent le manque d’application de la loi par la concurrence pour justifier la problématique du contexte réel d’application, particulièrement dans un contexte où l’alcool est très accessible, tant en termes de prix qu’en termes de disponibilité directe, à toute heure de la journée. Le recours à la technique du client mystère, inconnu de la plupart des établissements exceptés les magasins, pourrait aider à susciter une prise de conscience. Si les résultats de ces contrôles étaient rendus publics, cela pourrait renforcer l’impression que certains types de vendeurs transgressent continuellement la loi. Cette perception serait la raison principale évoquée du manque de motivation à appliquer la loi de façon stricte – et limite la discussion au « c’est les autres » qui englobe certains night shops et franchises locales de supermarchés comme enfreignant systématiquement la loi.

Chapitre 6: Étude de faisabilité quant à l’achat test (technique du client mystère)

Dans ce module de recherche, une étude de faisabilité sur les achats test a été réalisée sur la base des méthodes de VAD et STAP et d’autres modèles internationaux de recherche sur le respect des limites d’âge légal de la législation de 2009 ciblant les jeunes en-dessous de 16 et 18 ans (Gosselt et al., 2007).

6.1 Résultats

L’étude de faisabilité indique que l’achat test est une méthode de grande valeur qui permet d’atteindre divers objectifs. La procédure est largement utilisée à des fins de recherche pour étudier les résultats des interventions. La recherche qui porte sur les achats test est utile pour identifier les besoins des vendeurs et pour les inciter au respect de la loi.

La méthode peut aussi être employée dans des stratégies de prévention. Dans ce contexte, les acheteurs mystères peuvent aider à sensibiliser quant au service et à la vente d’alcool aux acheteurs mineurs d’âge. Des études récentes montrent que les évaluations menées pour contrôler le respect des limites d’âge légales, combinées à une stratégie de prévention diversifiée, constitue la méthode la plus efficace pour diminuer les tentatives d’achat par les mineurs d’âge (Mulder & de Greeff, 2013b). Cette stratégie diversifiée peut comprendre la formation des membres du personnel, l’utilisation de lettres de feedback, une communication efficace et des partenariats entre toutes les parties concernées.

De plus, cela peut aussi bien initier un dialogue ouvert que servir de point de départ pour proposer de nouvelles campagnes ou stratégies de prévention ou encore une nouvelle politique constructive en matière d’alcool. L’achat test n’a pas pour ambition de pointer les jeunes du doigt. L’objectif est plutôt de prévenir la consommation d’alcool dans une communauté locale.

Finalement, la pratique des achats tests est, jusqu’à présent, perçue comme la meilleure stratégie de contrôle (Gosselt et al., 2007). Si elle est appliquée de façon régulière, elle peut considérablement réduire le non-respect de la loi. C’est en outre un gain de temps pour les agents de contrôle.

6.1.1 Objectifs bien définis

La méthode de l’achat test à titre préventif doit être différenciée de la technique du client mystère utilisé à des fins d’application de la loi. Les deux méthodes doivent être coordonnées par des instances différentes. Pour éviter les soupçons des vendeurs à l’égard des agents de prévention, il est important de les informer clairement des objectifs. Toutes les parties concernées doivent être conscientes des différents objectifs.

6.1.2 Clarification de la loi

Jusqu’à présent, il n’y a pas de base légale pour utiliser les achats tests en vue de mener des stratégies d’application de la loi, et les compétences juridiques dans le domaine restent floues. C’est pourquoi la clarification des conditions, sanctions et responsabilités légales est cruciale (Mulder & de Greeff, 2013 ; Willner et al., 2000). La loi de 2009 précise qu’il est interdit de vendre, servir ou offrir de l’alcool à des personnes de moins de 16 ans. Les liqueurs ne peuvent être vendues, servies ou offertes à des personnes de moins de 18 ans. L’identification de l’âge peut être demandée à quiconque désire acheter de l’alcool ou de la liqueur. Pourtant, la législation ne clarifie pas ce qui peut être sanctionné. Par exemple, dans le cas où l’achat test réalisé dans un supermarché constate un non-respect des normes, rien n’indique si le directeur du magasin ou le caissier est poursuivi dans le cas d’une tentative d’achat fructueuse.

Qui plus est, nous recommandons de créer une base légale permettant d’engager une procédure pénale après la réussite d’un achat test. Le fait d’inclure l’acheteur test comme témoin dans un jugement est une question à envisager. Pour imposer une sanction, il faut démontrer une faute évidente commise par le vendeur. Après chaque achat test suivi d’une vente, il est préférable que le volontaire (acheteur test) fasse une déclaration de témoin. Les superviseurs anonymes qui accompagnent l’acheteur test dans les établissements peuvent aussi fournir la preuve d’une vente.

Nous recommandons vivement de clarifier les spécifications légales de la législation de 2009, par exemple à propos, entre autre, de qui est responsable, quelles sont les obligations des vendeurs, quel mandat possède chaque partie concernée, quel genre de sanctions peuvent être données.

Le cas de la loterie nationale peut être un exemple inspirant, car la législation est similaire à celle de 2009 sur l’alcool.

6.1.3 Un protocole bien élaboré

Comme le révèle l’étude de la littérature, l’application des achats test doit être mûrement réfléchie. Le protocole doit être conçu et détaillé de façon consciencieuse, en tenant compte de tout ce que cela implique.

Pour obtenir plus d’information, une liste de vérification constitue l’un des aspects les plus importants du protocole et celle-ci doit être complétée directement après l’achat test, hors de

l'établissement visé. Cette liste de contrôle inclut le sexe et l'âge (estimé) de l'acheteur test et du vendeur, la présence ou l'absence d'autres clients, le jour de la semaine, la présence de signaux d'alerte contre la vente à un mineur d'âge, les alentours de l'établissement, la maintenance et le type d'établissement (sur ou hors site) (Gosselt et al., 2007). Quand l'âge de l'acheteur n'est pas indéniablement en-dessous de la limite d'âge, il est difficile de rassembler des preuves. C'est pourquoi les agents de contrôle doivent décrire en détail l'apparence de l'acheteur test avant ou juste après que l'achat test ait eu lieu. Par ailleurs, le vendeur ne peut être forcé à la vente, par exemple par insistance de la part de l'acheteur test.

6.1.4 Accompagner le jeune

Avant d'envoyer un acheteur test dans un établissement, il serait recommandé de procéder à une évaluation des risques que présentent les lieux qui vont être visités. À ce propos, la littérature indique que les acheteurs test devraient être accompagnés de deux superviseurs afin d'éviter tout débordement. Cette supervision peut aussi être faite par les parents des acheteurs tests. En relation avec cette mesure de précaution, les acheteurs test doivent être mis au courant que la procédure d'achat test peut être interrompue à tout moment.

6.1.5 Âge de référence

Pour améliorer le respect de la loi et simplifier l'identification de l'âge, nous recommandons l'utilisation d'un âge de référence qui soit approximativement cinq ans supérieur aux limites d'âge légales. Les vendeurs seraient ainsi obligés de demander l'identité à quiconque paraît plus jeune que cet âge de référence, ce qui augmente la marge des vendeurs pour estimer l'âge légal de leurs clients.

Chapitre 7 : Une perspective pratique reposant sur la législation de 2009 des acteurs de la prévention et des promoteurs de la santé

Nous avons voulu examiner la façon dont les professionnels soumis au changement de loi en matière d'alcool considèrent l'influence de ce cadre légal sur leur travail. Dans cette partie de la recherche, la Technique du Groupe Nominal (TGN) a été mise au point pour prendre en considération les vues et opinions des professionnels de la prévention et promoteurs de la santé et acteurs clés concernant la loi de 2009. Nous avons employé cette technique pour générer des idées, identifier et classer des problèmes ou questions selon leur importance (Vander Laenen, 2009). La question centrale de ces TGN était : Dans votre profession, quels avantages et inconvénients de la législation actuelle belge sur l'alcool percevez-vous ?

Les résultats peuvent être rassemblés par thème:

7.1 Les normes sociétales et de sécurité

Comme le montrent les données de prévalence, la consommation d'alcool fait partie de la vie quotidienne, alors que la législation belge sur l'alcool se limite à réguler la consommation d'alcool des adolescents. En général, les différents groupes TGN pensent que le cadre légal est insuffisant pour changer les standards moraux envers l'alcool. Dans notre société, les cafés et la bière font partie de la vie quotidienne, et consommer de l'alcool est lié à toutes sortes d'occasions. La majorité des participants pensent que la consommation d'alcool est un problème sociétal plutôt qu'un sujet typiquement juvénile comme l'insinue la législation. S'attaquer à ce problème demande plus qu'une législation. Bien qu'elle conscientise, la loi est plus stricte que les attitudes sociétales.

La loi est considérée comme « pro forma » parce qu’elle ne s’applique presque pas. Les participants mettent en évidence la difficulté d’appliquer la loi. De façon générale, un des inconvénients de la loi de 2009 est son manque de clarté. Les participants disent que ce manque de clarté rend la loi difficilement applicable et que les vendeurs ne sont pas bien soutenus pour assurer sa mise en vigueur. Néanmoins, hormis les travailleurs flamands de la prévention et les médecins généralistes francophones, la majorité pense que c’est un avantage que les vendeurs soient légalement responsables plutôt que les consommateurs. De leur côté, les travailleurs flamands de la prévention et les médecins généralistes francophones, serait plutôt en faveur de sanctionner autant le consommateur que le vendeur. Jusqu’ici, aucune étude n’a porté sur l’effet de la sanction sur la consommation d’alcool des mineurs.

Le groupe des médecins généralistes francophones déclare que les contrôles d’identification devraient être obligatoires et menés de façon systématique. Il y a un accord dans tous les groupes TGN sur la nécessité de plus de contrôles systématiques par les agents de contrôle, ce qui est également soutenu par la littérature. Wagenaar (2005) a étudié l’effet des contrôles de police, dans et en dehors des établissements de vente d’alcool, sur le taux de conformité à la loi. Les résultats ont montré que les contrôles ont un effet dissuasif, mais uniquement dans les établissements contrôlés par la police. En général, la vente d’alcool aux mineurs d’âge se réduit entièrement dans un délai de 3 mois sur le site et on observe une réduction de 17 % à 8,2 % hors site. Les résultats suggèrent donc que la pratique courante d’un contrôle par an n’est pas suffisante pour permettre une diminution significative de la vente d’alcool aux jeunes (Wagenaar, Toomey, & Erickson, 2005).

7.2 Distinction selon le type d’alcool et l’âge limite: la théorie du fruit défendu

La plupart des participants francophones et flamands, à l’exception des acteurs de prévention flamands, avancent qu’interdire l’alcool jusqu’à un certain âge renforce l’aspect attractif de la boisson. Un discours similaire est relevé chez tous les participants TGN qui pensent que les deux limites d’âge prévues dans la loi favorisent le côté attrayant de la boisson. Les participants francophones appellent cela le mécanisme du « fruit défendu », qui veut que l’interdit crée l’envie.

Par ailleurs, les participants TGN estiment qu’une zone d’ombre subsiste pour les vendeurs et les acheteurs en ce qui concerne la distinction entre l’âge et les différents types d’alcool. D’une part, différencier les types d’alcool donne l’impression, erronée, que la bière ou le vin sont des alcools sans danger et ne présentent plus aucun risque à partir d’un certain âge. D’autre part, une distinction est faite entre la bière ou le vin et la liqueur, cette dernière ne pouvant être achetée qu’à partir de 18 ans. Or, cela rend la boisson plus attrayante, car elle est destinée aux adultes. Pour les médecins généralistes francophones, cette distinction est absurde et rend la loi difficile à appliquer ; pour l’ensemble des participants, flamands et francophones, cela constitue également l’inconvénient majeur de cette loi.

7.3 Les parents : partenaires cruciaux dans la gestion de la consommation d’alcool chez les jeunes grâce à la surveillance parentale

L’ensemble des participants des huit TGN pensent qu’il est nécessaire de lancer un dialogue ouvert et constructif sur la question de la consommation d’alcool avec, d’une part, les mineurs d’âge et adolescents acheteurs, et d’autre part, les parents. Les jeunes ne sont pas toujours conscients des risques et effets dommageables de la consommation d’alcool. Par ailleurs, le manque de connaissance de la loi, particulièrement chez les parents, débouche sur une confusion à la prise correcte de décisions, comme le rapporte les participants pendant les TGN. Dans son étude, Jackson

(2002) rapporte le rôle essentiel des parents dans la prévention de consommations de substances, car cela est étroitement lié aux pratiques et styles parentaux (Jackson, 2002).

Les groupes TGN francophones et flamands accordent une grande importance à l'approche éducative. Selon les groupes TGN, l'objectif principal de la loi serait de porter une attention particulière aux changements d'attitude envers l'alcool. Comme l'a mentionné un participant, il est primordial qu'un changement de mentalité intervienne, mais pour y parvenir, l'implication de tous les acteurs est nécessaire : les parents, les vendeurs, les fabricants, les distributeurs, les spécialistes du marketing et les décideurs politiques. Il est préférable de constituer un cadre de référence qui responsabilisera le jeune, plutôt que reporter le problème sur le comportement par rapport à l'alcool. Les parents jouent un rôle important dans ce cas. Il y a lieu de comprendre les motivations à consommer de l'alcool plutôt que de se concentrer uniquement sur l'application de la loi. En effet, la consommation d'alcool peut s'avérer problématique sans la supervision d'adultes.

Les participants francophones pensent qu'il y a, dans le contexte de la famille, des possibilités éducatives pour apprendre à régler de façon progressive les problèmes d'alcool. Une alternative à la pratique habituelle d'intégrer l'alcool en toute circonstance serait de réserver la bière et le vin à certaines occasions. Certains des participants francophones mettent en avant que la législation ne laisse pas l'opportunité aux parents de guider leur enfants vers une consommation responsable avant l'âge légal, puisque la vente d'alcool aux mineurs d'âge est interdite et peut être pénalisée. Les conseillers scolaires et médecins généralistes francophones pensent qu'il s'agit d'un inconvénient de la loi actuelle. Les participants au groupe francophone de généralistes et d'acteurs de la prévention des drogues estiment que la loi ne devrait pas intervenir dans les affaires familiales, car la législation elle-même ne prévoit aucune supervision des premières consommations. Quant aux participants TGN, ils pensent qu'il peut être utile d'initier l'enfant à l'alcool lors de repas ou événements familiaux de manière à éviter un usage problématique de l'alcool dans le futur.

Kaynak et al. (2017) ont mené une revue de littérature sur la relation entre la mise à disposition d'alcool par les parents et la consommation d'alcool de leurs enfants mineurs d'âge et les problèmes qui y sont liés. Les auteurs montrent que la mise à disposition d'alcool par les parents et le contexte de consommation (proposer un verre, autoriser et superviser la consommation d'alcool du jeune, organiser un événement ou fournir de l'alcool) augmentait l'usage d'alcool et parfois les problèmes liés à la boisson. Ils ont conclu que la mise à disposition d'alcool de la part des parents produit l'effet inverse à celui escompté. En effet, cette pratique mène à des comportements (par ex. les habitudes de consommation) normatifs (le comportement est approuvé par ses parents (Jackson, 2002) plus rapide que sans cet approvisionnement en boisson.

7.4 Âge minimum légal pour la consommation d'alcool

La littérature révèle que, bien que la consommation d'alcool ait des effets en général, autant pour les adultes que les jeunes personnes, les adolescents courent un risque plus spécifique. Les adolescents sont plus vulnérables que les adultes (Anderson & Baumberg, 2006). Mis à part le fait qu'ils soient plus petits en taille, ce qui a pour effet de produire un pourcentage plus élevé d'alcool dans le corps, cela augmente le risque à court terme d'intoxication et d'évanouissements, de comportements sexuel non protégés, de suicides, de dépression, d'absences scolaires, de bagarres, de vandalisme et de problèmes relationnels. De plus, les adolescents, souvent sans expérience, manquent de repère sur la quantité d'alcool à consommer (Anderson & Baumberg, 2006). De plus, le développement du cerveau à l'adolescence n'est pas encore complètement abouti, ce qui rend les jeunes plus

vulnérables aux lésions cérébrales comme des troubles de l’apprentissage et des problèmes de mémoire.

Selon les participants francophones, la loi doit établir une distinction entre la quantité d’alcool consommée et le contexte (festivités, occasions spéciales, ...) ou une différence dans la législation selon le pourcentage d’alcool dans le produit fini. De façon générale, les participants TGN francophones, les services spécialisés dans le domaine des drogues et les acteurs de la prévention pour la jeunesse prônent une progressivité de la limite d’âge de façon à permettre aux jeunes d’expérimenter l’alcool de façon graduelle. Aussi, au lieu de modifier l’âge légal, ces participants laisseraient des seuils progressifs, même si cela doit se réfléchir sur une autre base.

Les acteurs scolaires, de la prévention et les médecins généralistes flamands estiment qu’aucune distinction ne devrait être faite entre les différents types d’alcool, puisque l’alcool est nocif, même en petite quantité. Ces groupes soutiennent l’idée d’élever l’âge limite à 18 ans pour tous les types d’alcool. Différents groupes TGN flamands établissent en plus un parallèle avec le fait de fumer. La réglementation relative à l’interdiction de fumer dans les lieux publics a provoqué un changement de mentalité dans la société et peut être une source d’inspiration en matière d’alcool quant au défi de changer les comportements.

7.5 Disponibilité

Le groupe de médecins généralistes francophone estime que l’augmentation du prix des boissons alcoolisées pourrait constituer une solution. Les études montrent que la hausse des prix a un effet significatif sur la consommation d’alcool et ses effets nocifs. La consommation a tendance à diminuer, particulièrement dans les groupes de jeunes adolescents et de grands buveurs, et réduit les risques liés à l’alcool. De plus, l’augmentation du prix des boissons réduit les consommations excessives, par exemple le « binge-drinking » (OMS, 2014b).

L’alcool est en accès libre dans de nombreux endroits, mais plus spécifiquement dans les stations-service et les night shops. Il y a un consensus entre les groupes TGN des acteurs scolaires, les travailleurs flamands spécialisés dans la prévention et les médecins généralistes francophones concernant la limitation de boissons alcoolisées dans ces établissements, car les participants à l’étude mettent en avant la facilité avec laquelle un mineur d’âge peut s’acheter une bouteille de liqueur. Les participants pensent que cet accès illimité constitue un véritable problème. Cela renvoie au débat précédent sur les risques d’une consommation non supervisée par un adulte.

7.6 Prise de conscience et prévention

Les différents participants TGN sont d’accord pour dire qu’il est utile d’éveiller la prise de conscience chez les jeunes, les parents et les autres citoyens en plus des interventions permettant un changement de comportement. Cette prise de conscience par rapport aux effets nuisibles de la consommation d’alcool peut être assurée en informant les jeunes au sujet de thèmes liés à la santé, par exemple via une campagne médiatique (De Ruyver et al., 2009). Informer les jeunes n’implique pas automatiquement un changement de comportement. Une bonne diffusion de l’information est nécessaire pour assurer une modification des comportements, mais cela semble ne pas être suffisant. Toutefois, il existe d’autres aspects importants tels que le développement personnel et les compétences communicationnelles, comme l’affirmation de soi, la gestion des conflits et du stress, la résolution des problèmes et une estime de soi positive (VAD, 2009). La littérature scientifique sur la prévention montre que les approches moralisatrices, plus spécifiquement envers des jeunes ayant

déjà consommé de l’alcool, qui pointent les avantages et inconvénients de la consommation d’alcool a peu d’effets voire même contreproductifs. (Vander Laenen, 2008; Werch & Owen, 2002).

Cependant, selon plusieurs participants, cette stratégie de communication moralisatrice est souvent employée face à la consommation d’alcool, avec pour conséquence que les jeunes se moquent de ce type de messages paternalistes. La littérature montre que les programmes de prévention les plus efficaces repose sur de la participation active et interactive. Ces programmes sont de loin les plus efficaces pour réduire la consommation de substances que les programmes didactiques orientés, inspirés de lectures ou documentaires (Botvin & Griffin, 2003; Kumpfer & Alder, 2003 in De Ruyver et al., 2009). Quand il est question de stratégies de communication des risques, la plupart des participants flamands déclarent qu’il serait préférable de fournir un message neutre basé sur les recherches scientifiques menées sur le sujet.

À cet égard, la législation sur la consommation de l’alcool a un double effet contradictoire. D’une part, la loi est confuse, plus particulièrement la distinction faite entre les âges et les différents types d’alcool. D’un autre côté, la loi permet de recourir à un cadre de référence prévu à cet effet. Elle fournit des directives permettant de débattre librement sur le thème de la consommation d’alcool. La loi présente une analyse plus large sur la consommation d’alcool non maîtrisée. Les attitudes sociétales deviennent alors le sujet de débat, et de ce fait conscientisent plus largement. Cependant, les médecins généralistes flamands mentionnent le peu d’ouverture à la discussion de la consommation d’alcool avec leurs jeunes patients, hormis la possibilité de signaler que la prise d’alcool est déconseillée avec certains médicaments. Selon eux, il y a peu très peu d’appui public pour discuter de la question de la consommation d’alcool et des problèmes qui y sont liés. De plus, ces derniers déclarent aussi manquer de confiance pour développer une discussion avec les jeunes sur ce sujet (Vanmeerbeek et al., 2015).

Dans les TGN flamands, une attention particulière est portée à la prévention en milieu scolaire. Actuellement, les écoles primaires sont de plus en plus sensibles aux messages de prévention, ce qui, selon les participants, permet de cerner la perception des enjeux liés à l’alcool. Les programmes de prévention à l’école, qui peuvent être donné en classe, sont parmi ceux les plus utilisés en Europe. Le programme Unplugged (Kreeft et al., 2009) est le plus couramment utilisé et il semble jusqu’à présent être le plus efficace (Agabio et al., 2015). Les participants soutiennent le fait que la prévention liée à l’alcool fasse partie intégrante des programmes scolaires. Toutefois, bien que les programmes scolaires de prévention touche un public assez large, la littérature montre que l’impact est moindre si ceux-ci ne s’accompagnent d’autres interventions comme le développement de compétences tel qu’exposé précédemment (De Ruyver et al., 2009; Vander Laenen, 2008). Ces programmes d’enseignement permettent d’acquérir des connaissances et savoirs mais n’ont que peu d’effets sur le comportement de consommation (Shope, Copeland, Maharg, & Dielman, 1996; Shope, Dielman, Butchart, Campanelli, & Kloska, 1992).

Les différents groupes TGN pensent qu’il est nécessaire de mobiliser les fonds et ressources pour mettre en œuvre des stratégies prévention. L’investissement dans les ressources structurelles s’avère être plus utiles que la mise sur pied de projets ad hoc. Pour éviter d’administrer aux individus des soins ou traitements, l’accent doit être mis sur la prévention (Vander Laenen, 2012).

7.7 Marketing et promotion

Plusieurs participants manifeste leur étonnement quant au fait que la promotion, la publicité et le marketing liés à l’alcool soient encore permis. Alors qu’il est impensable de faire la publicité de

l’héroïne ou la cocaïne, par exemple, il est autorisé pour les fabricants d’alcool de sponsoriser des événements sportifs et d’associer boissons alcooliques au plaisir et à un environnement agréable et relaxant. Une étude récente a montré que les enfants formaient des associations d’idées entre alcool et fêtes avant même d’y avoir touché (Van Der Vorst et al., 2013). Le marketing, la publicité ainsi que le sponsoring de l’alcool des marques d’alcool ne sont pas encore régis par la loi. Ce manque de régulation permet aux spécialistes du marketing de développer des stratégies adressées aux jeunes. Quand il est question de modifier les attitudes et les comportements sociétaux vis-à-vis de l’alcool, cela revient à nager à contre-courant.

7.8 Conclusion

De façon générale, les avantages et inconvénients cités entre les différents groupes TGN sont plus ou moins semblables. Pourtant, le cadre de référence normatif diffère entre les groupes de parole flamands et francophones, ce qui peut expliquer la diversité des solutions et recommandations qui ont été citées.

Les participants flamands semblent davantage porter leur attention sur les avantages et inconvénients de la loi sur l’alcool au niveau micro et méso. L’analyse se base davantage sur une approche individuelle que sociétale. Les avantages et inconvénients qui influencent principalement la vie quotidienne des jeunes consommateurs dans le contexte des pairs, de la famille et de l’école sont pris en considération. L’accent est mis sur l’employabilité de la loi telle quelle. Ils souhaitent suivre la loi au pied de la lettre, loi placée au centre des préoccupations. Les participants flamands sont donc en faveur d’un rehaussement de la limite d’âge. Ils adoptent une approche pragmatique et protectrice et attendent beaucoup de la législation pour modifier les mentalités sociétales envers l’alcool.

Les groupes francophones préfèrent plutôt se conformer à l’esprit de la loi. Il s’agit d’une analyse macro de la loi. Par conséquent, les mécanismes sociaux exerçant une influence sur ou causés par la législation sont pris en compte. Selon leurs dires, la loi devrait avoir pour principale fonction de servir la société. La loi ne doit donc pas être perçue comme un concept hiérarchique à laquelle il s’agit d’obéir stricto sensu mais plutôt comme le produit d’une société dont la fonction permettrait de donner certaines lignes directrices. Les réflexions des groupes TGN francophones ne résident pas dans le report de l’âge limite ni même dans le changement des normes sociétales, l’analyse porte plutôt sur le soutien des jeunes pour arriver à une modification comportementale au travers des pratiques éducatives. De cette façon, les jeunes peuvent devenir des consommateurs responsables au sein d’une société où la consommation d’alcool est perçue comme une norme sociale.

Chapitre 8 : Focalisation sur le respect de la loi

Sans le respect de la loi à différents niveaux (fédéral, régional et local), les limites d’âge prévues ne sont pas suffisantes (Gosselt et al., 2007) et ainsi, les différents niveaux (fédéral, régional et local) devraient être attentifs à son application. L’objectif de ce travail réalisé à petite échelle était de collecter de nouvelles données auprès d’acteurs concernés (N=16) impliqués dans l’application de la loi à différents niveaux : fédéral, régional et local.

8.1 Conclusion

Tous les participants indiquent que la loi n’est pas suffisamment claire pour les vendeurs et autres parties concernées. Plus encore, les barrières existantes rendent l’application de la loi difficile. Pour

presque tous les répondants, il sera plus facile d’appliquer la loi le jour où les individus montreront spontanément leur carte d’identité.

Nous pouvons conclure que ce petit groupe de répondant sont en faveur d’un contrôle et d’achat test (évaluation mystère) plus accrus. Bien que déjà mise en place et associée à des difficultés de mise en œuvre, la majorité souligne qu’il s’agit d’un moyen pertinent pour assurer l’application de la loi.

Au niveau local, le respect de la loi devrait aller de pair avec la prévention. Au niveau des communautés locales, certains exemples sont déjà en place où différents acteurs collaborent à ce projet. Certains répondants souhaiteraient plus de conformité et de limites de la part de l’autorité locale quant à l’octroi de licences de vente d’alcool.

Certaines réflexions sur les sanctions et amendes ont été exprimées. Certains répondants mettent en avant que les amendes devraient également concerner les acheteurs mineurs d’âge. D’autres pensent que c’est plus efficace et éthique de s’adresser aux vendeurs.

Selon différents acteurs, une des difficultés liées au respect de la loi est le manque de supervision des parents et leur ignorance quant à la façon d’agir à la consommation d’alcool de leurs enfants.

En outre, certains acteurs pensent qu’il est préférable de restreindre la commercialisation et la disponibilité d’alcool et hausser les prix.

- Agabio, R., Trincas, G., Floris, F., Mura, G., Sancassiani, F., & Angermeyer, M. C. (2015). A Systematic Review of School-Based Alcohol and other Drug Prevention Programs. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 11(Suppl 1 M6), 102-112. doi:10.2174/1745017901511010102
- Anderson, P., Møller, L., & Galea, G. (2012). Alcohol in the European Union. Retrieved from Geneva, Switzerland:
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., & Graham, K. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy* (2nd ed.): Oxford and London: Oxford University Press.
- Bako, G., Mackenzie, W. C., & Smith, E. S. (1976). The effect of legislated lowering of the drinking age on fatal highway accidents among young drivers in Alberta, 1970-1972. *Can J Public Health*, 67(2), 161-163.
- Benson, M. (1985a). Denying the guilty mind: Accounting for involvement in a white-collar crime. *Criminology*, 23(4), 583-607. doi:10.1111/j.1745-9125.1985.tb00365.x
- Benson, M. L. (1985b). Denying the guilty Mind: Accounting for Involvement in a White-Collar Crime. *Criminology*, 23(4), 583-607. doi:10.1111/j.1745-9125.1985.tb00365.x
- Birckmayer, J., Boothroyd, R. I., Fisher D. A., & Holder, H. (2008). Prevention of underage drinking: Logic model documentation. Pacific Institute for Research and Evaluation (PIRE). Calverton, MD.
- Boes, S., & Stillman, S. (2013). Does changing the legal drinking age influence youth behaviour? . IZA Discussion Paper No. 7522. IZA, Bonn.
- Brent, D. A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life Threat Behav*, 25 Suppl, 52-63.
- Britt, H., Toomey, T. L., Dunsmuir, W., & Wagenaar, A. C. (2006). Propensity for and Correlates of Alcohol Sales to Underage Youth. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 50(2), 25-46.
- Callaghan, R. C., Sanches, M., & Gatley, J. M. (2013). Impacts of the minimum legal drinking age legislation on in-patient morbidity in Canada, 1997-2007: a regression-discontinuity approach. *Addiction*, 108(9), 1590-1600. doi:10.1111/add.12201
- Callaghan, R. C., Sanches, M., Gatley, J. M., & Stockwell, T. (2014). Impacts of drinking-age laws on mortality in Canada, 1980-2009. *Drug Alcohol Depend*, 138, 137-145. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.02.019
- Canadian Center on Substance Abuse. (2015). Retrieved from <http://www.ccsa.ca/Eng/topics/alcohol/Pages/Legal-Drinking-Age-for-Alcohol-in-Canada.aspx>
- Carpenter, C., & Dobkin, C. (2009). The Effect of Alcohol Consumption on Mortality: Regression Discontinuity Evidence from the Minimum Drinking Age. *Am Econ J Appl Econ*, 1(1), 164-182.
- Carpenter, C., & Dobkin, C. (2011a). The Effects of the Minimum Legal Drinking Age on Morbidity. National Bureau of Economic Research.
- Carpenter, C., & Dobkin, C. (2011b). The minimum legal drinking age and public health. *J Econ Perspect*, 25(2), 133-156.
- Centre de Recherche et d'Information des, C. (2010). Les jeunes et l'alcool. Retrieved from Bruxelles:

- Champion, H. L. O., Foley, K. L., DuRant, R. H., Hensberry, R., Altman, D., & Wolfson, M. (2004). Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health, 35*(4), 321-328. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.09.023
- Cherpitel, C. J., Ye, Y., Bond, J., Borges, G., Chou, P., Nilsen, P., . . . Xiang, X. (2012). Multi-level analysis of alcohol-related injury and drinking pattern: emergency department data from 19 countries*†. *Addiction, 107*(7), 1263-1272. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03793.x
- Conover, E., & Scrimgeour, D. (2013). Health consequences of easier access to alcohol: New Zealand evidence. *J Health Econ, 32*(3), 570-585. doi:10.1016/j.jhealeco.2013.02.006
- Cremonte, M., & Cherpitel, C. J. (2014). Alcohol intake and risk of injury. *Medicina (B Aires), 74*(4), 287-292.
- Cuin, C.-H. (2011). Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*(2), 71-92.
- Dee, T. S., & Evans, W. N. (2003). Teen drinking and educational attainment: Evidence from two-sample instrumental variables estimates. *Journal of Labor Economics, 21*(1), 178-209. doi:10.1086/344127
- Everitt, R., & Jones, P. (2002). Changing the minimum legal drinking age--its effect on a central city emergency department. *N Z Med J, 115*(1146), 9-11.
- Fell, J. C., Fisher, D. A., Voas, R. B., Blackman, K., & Tippetts, A. S. (2008). The relationship of underage drinking laws to reductions in drinking drivers in fatal crashes in the United States. *Accid Anal Prev, 40*(4), 1430-1440. doi:10.1016/j.aap.2008.03.006
- FPS Health. (2016a). Minimum Hospital Data. Retrieved from <http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/mpg>
- FPS Health. (2016b). Minimum Psychiatric Data. Retrieved from <http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/mpg>
- Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. In R. E. Dahl & L. P. Spear (Eds.), *Adolescent Brain Development: Vulnerabilities and Opportunities* (Vol. 1021, pp. 77-85). New York: New York Acad Sciences.
- Gosselt, J. F., Van Hoof, J. J., & De Jong, M. D. (2012). Why should I comply? Sellers' accounts for (non-)compliance with legal age limits for alcohol sales. *Subst Abuse Treat Prev Policy, 7*, 5. doi:10.1186/1747-597X-7-5
- Gosselt, J. F., van Hoof, J. J., de Jong, M. D., & Prinsen, S. (2007). Mystery shopping and alcohol sales: do supermarkets and liquor stores sell alcohol to underage customers? *J Adolesc Health, 41*(3), 302-308. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.04.007
- Grabowski, D. C., & Morrissey, M. A. (2001). The effect of state regulations on motor vehicle fatalities for younger and older drivers: a review and analysis. *Milbank Q, 79*(4), 517-545, iii-iv.
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse, 9*, 103-110.

Gruenewald, P. J. (2011). Regulating availability: how access to alcohol affects drinking and problems in youth and adults. *Alcohol Res Health*, 34(2), 248-256.

Handren, L. M., Donaldson, C. D., & Crano, W. D. (2016). Adolescent Alcohol Use: Protective and Predictive Parent, Peer, and Self-Related Factors. *Prevention Science*, 17(7), 862-871. doi:10.1007/s11121-016-0695-7

Hedlund, J. H., Ulmer, R. G., & Preusser, D. F. (2001). Determine why there are fewer young alcohol impaired drivers. (DOT HS-809-348.). Washington, DC:.

Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(7), 739-746. doi:10.1001/archpedi.160.7.739

Hingson, R. W., Scotch, N., Mangione, T., Meyers, A., Glantz, L., Heeren, T., . . . Pierce, G. (1983). Impact of legislation raising the legal drinking age in Massachusetts from 18 to 20. *Am J Public Health*, 73(2), 163-170.

Hingson, R. W., & Zha, W. X. (2009). Age of Drinking Onset, Alcohol Use Disorders, Frequent Heavy Drinking, and Unintentionally Injuring Oneself and Others After Drinking. *Pediatrics*, 123(6), 1477-1484. doi:10.1542/peds.2008-2176

Huckle, T., & Parker, K. (2014). Long-term impact on alcohol-involved crashes of lowering the minimum purchase age in New Zealand. *Am J Public Health*, 104(6), 1087-1091. doi:10.2105/ajph.2013.301734

Huckle, T., You, R. Q., & Casswell, S. (2011). Increases in quantities consumed in drinking occasions in New Zealand 1995-2004. *Drug Alcohol Rev*, 30(4), 366-371. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00220.x

Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 797-811. doi:10.1016/s0272-7358(00)00070-2

Institute of Medicine National Research Council. (2004). *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jackson, C. (2002). Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *J Adolesc Health*, 31(5), 425-432.

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 & Theory*, 4(3), 237-244.

Koning, I., Eijnden, R., Engels, R., Verdurmen, J., & A M Vollebergh, W. (2010). Why target early adolescents and parents in alcohol prevention? The mediating effects of self-control, rules and attitudes about alcohol use. *Addiction*, 106, 538-546. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03198.x

Krauss, M. J., Cavazos-Rehg, P. A., Agrawal, A., Bierut, L. J., & Grucza, R. A. (2015). Long-term effects of minimum legal drinking age laws on marijuana and other illicit drug use in adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 173-179. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.01.043

Kreeft, P. V. D., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., . . . The Eu-Dap Study, G. (2009). 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16(2), 167-181. doi:10.1080/09687630701731189

- Kuendig, H., eacute, Plant, M. L., Plant, M. A., Kuntsche, S., Miller, P., & Gmel, G. (2008). Beyond Drinking: Differential Effects of Demographic and Socioeconomic Factors on Alcohol-Related Adverse Consequences across European Countries. *European Addiction Research*, 14(3), 150-160. doi:10.1159/000130419
- Kypri, K., Voas, R. B., Langley, J. D., Stephenson, S. C., Begg, D. J., Tippetts, A. S., & Davie, G. S. (2006). Minimum purchasing age for alcohol and traffic crash injuries among 15- to 19-year-olds in New Zealand. *Am J Public Health*, 96(1), 126-131. doi:10.2105/ajph.2005.073122
- Lascoumes, P. (1985). La Place du penal dans le reglement differentiel des conflits. *L'année sociologique*, 35, 153-165.
- Lascoumes, P., & Nagels, C. (2015). *Sociologie des élites délinquantes: de la criminalité en col blanc à la corruption politique*. Paris: Armand Colin.
- Levin-Rozalis, M. (2007). Playing by the Rules: Social Representations of 'Law' as the Socio-cognitive Mediating Mechanism between Law and Society. *Theory & Psychology*, 17(1), 5-31. doi:10.1177/0959354307073149
- Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., . . . Annemans, L. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium: Maklu.
- Macdonald, S., Erickson, P., Wells, S., Hathaway, A., & Pakula, B. (2008). Predicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients. *Addict Behav*, 33(1), 201-205. doi:10.1016/j.addbeh.2007.07.002
- Maruna, S., & Copes, H. (2005). What Have We Learned from Five Decades of Neutralization Research? *Crime and Justice*, 32, 221-320.
- Melis, S., Rosiers, J., & Geirnaert, M. (2014). *VAD-Leerlingenbevraging in het kader van een drugebeleid op school, syntheserapport schooljaar 2012-2013*. Retrieved from
- Miller, T. R., Levy, D. T., Spicer, R. S., & Taylor, D. M. (2006). Societal costs of underage drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(4), 519-528.
- Miller, T. R., Teti, L. O., Lawrence, B. A., & Weiss, H. B. (2010). Alcohol Involvement in Hospital-Admitted Nonfatal Suicide Acts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 492-499.
- Mulder, J., & De Greeff, J. (2013a). Eyes on Age - A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/eyes_on_ages_report_en.pdf
- Mulder, J., & de Greeff, J. (2013b). Eyes on ages. A research on alcohol age limit policies in European member states. Legislation, enforcement and research. Utrecht: Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP).
- Norberg, K. E., Bierut, L. J., & Gruzca, R. A. (2009). Long-term effects of minimum drinking age laws on past-year alcohol and drug use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 33(12), 2180-2190. doi:10.1111/j.1530-0277.2009.01056.x
- O'Malley, P. M., & Wagenaar, A. C. (1991). Effects of minimum drinking age laws on alcohol use, related behaviors and traffic crash involvement among American youth: 1976-1987. *J Stud Alcohol*, 52(5), 478-491.

- Pitkänen, T., Lyyra, A.-L., & Pulkkinen, L. (2005). Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8–42 for females and males. *Addiction*, 100(5), 652-661. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01053.x
- Plunk, A. D., Cavazaos-Rehg, P., Bierut, L. J., & Grucza, R. A. (2013). The persistent effects of minimum legal drinking age laws on drinking patterns later in life. *Alcohol Clin Exp Res*, 37(3), 463-469. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01945.x
- Ponicki, W. R., Gruenewald, P. J., & LaScala, E. A. (2007). Joint impacts of minimum legal drinking age and beer taxes on US youth traffic fatalities, 1975 to 2001. *Alcohol Clin Exp Res*, 31(5), 804-813. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00363.x
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., . . . Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817-843. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458), 519-530. doi:10.1016/s0140-6736(05)17870-2
- Rooney, J. F., & Schwartz, S. M. (1977). The effect of minimum drinking age laws upon adolescent alcohol use and problems. *Contemp Drug Prob*, 6, 569–583.
- Saffer, H., & Grossman, M. (1987). Beer taxes, the legal drinking age, and youth motor vehicle fatalities. *Journal of Legal Studies*, 16, 351-374.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(6), 675-687. doi:10.1097/00004583-198811000-00001
- Shope, J. T., Copeland, L. A., Maharg, R., & Dielman, T. (1996). Effectiveness of a high school alcohol misuse prevention program. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(5), 791-798.
- Shope, J. T., Dielman, T. E., Butchart, A. T., Campanelli, P. C., & Kloska, D. D. (1992). An elementary school-based alcohol misuse prevention program: a follow-up evaluation. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(2), 106-121.
- Shults, R. A., Elder, R. W., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Alao, M. O., Carande-Kulis, V. G., . . . Thompson, R. S. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *Am J Prev Med*, 21(4 Suppl), 66-88.
- Smart, R. G., & Finley, J. (1976). Changes in drinking age and per capita beer consumption in ten Canadian provinces. *Addict Dis*, 2(3), 393-402.
- Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., & Vettenburg, N. (2013). Alcohol-use Among Adolescents in Europe: Research and Preventive Actions. Retrieved from Utrecht: http://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2013/alcohol_use_among_adolescents_in_europe
- Stockwell, T., & Zhao, J. (2016). Alcohol's contribution to cancer is underestimated for exactly the same reason that its contribution to cardioprotection is overestimated. *Addiction*, n/a-n/a. doi:10.1111/add.13627
- Subbaraman, M. S., & Kerr, W. C. (2013). State panel estimates of the effects of the minimum legal drinking age on alcohol consumption for 1950 to 2002. *Alcohol Clin Exp Res*, 37 Suppl 1, E291-296. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01929.x

- Swahn, M. H., Bossarte, R. M., & Sullivent, E. E. (2008). Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics*, 121(2), 297-305. doi:10.1542/peds.2006-2348
- Sykes, G. M., & Matza, D. (1957). Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency. *American Sociological Review*, 22(6), 664-670. doi:10.2307/2089195
- Tapert, S., & Schweinsburg, A. (2005). The Human Adolescent Brain and Alcohol Use Disorders. In M. Galanter, C. Lowman, G. Boyd, V. Faden, E. Witt, & D. Lagressa (Eds.), *Recent Developments in Alcoholism* (Vol. 17, pp. 177-197): Springer US.
- Taylor, B., Rehm, J., Patra, J., Popova, S., & Baliunas, D. (2007). Alcohol-attributable morbidity and resulting health care costs in Canada in 2002: recommendations for policy and prevention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 36-47.
- Thistlethwaite, D. L., & Campbell, D. T. (1960). Regression-discontinuity analysis - An alternative to the ex-post-facto experiment. *Journal of Educational Psychology*, 51(6), 309-317. doi:10.1037/h0044319
- van der Vorst, H., Engels, R. C., Meeus, W., & Dekovic, M. (2006). The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(12), 1299-1306. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01680.x
- Van Der Vorst, H., Krank, M., Engels, R. C., Pieters, S., Burk, W. J., & Mares, S. H. (2013). The mediating role of alcohol - related memory associations on the relation between perceived parental drinking and the onset of adolescents' alcohol use. *Addiction*, 108(3), 526-533.
- Vander Laenen, F. (2008). Drugpreventie bij kwetsbare groepen?: jongeren met een gedrags-en emotionele stoornis aan het woord: Boom.
- Vander Laenen, F. (2012). Belgische overheidsuitgaven voor drugs. *Verslaving*, 8(3), 13-29.
- Vanmeerbeek, M., Remmen, R., Godderis, L., Van Casteren, V., Lambrechts, M.-C., Mairiaux, P., . . . Dom, G. (2015). "Up To Date" Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATA retriEval. Retrieved from
- Vingilis, E., & Smart, R. G. (1981). Effects of raising the legal drinking age in Ontario. *Br J Addict*, 76(4), 415-424.
- Voas, R. B., Tippetts, A. S., & Fell, J. (1999). The United States Limits Drinking by Youth Under Age 21: Does this Reduce Fatal Crash Involvements? *Annual Proceedings / Association for the Advancement of Automotive Medicine*, 43, 265-278.
- Voas, R. B., Tippetts, A. S., & Fell, J. C. (2003). Assessing the effectiveness of minimum legal drinking age and zero tolerance laws in the United States. *Accid Anal Prev*, 35(4), 579-587.
- Voas, R. B., Tippetts, A. S., Romano, E., Fisher, D. A., & Kelley-Baker, T. (2007). Alcohol involvement in fatal crashes under three crash exposure measures. *Traffic Inj Prev*, 8(2), 107-114. doi:10.1080/15389580601041403
- Wagenaar, A. C., & Toomey, T. L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Suppl*(14), 206-225.

Wagenaar, A. C., Toomey, T. L., & Erickson, D. J. (2005). Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial. *Addiction*, 100(3), 335-345. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.00973.x

Warren, R. A., Simpson, H. M., Page-Valin, L., & Collard, D. (1977). Point Zero Eight and Change in the Drinking Age: One Step Forward and Two Steps Backward? Ottawa, ON.

Werch, C. E., & Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 581-590.

WHO. (2014a). Country profile: Belgium. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bel.pdf?ua=1

WHO. (2014b). Global status report on alcohol and health. Retrieved from Geneva, Switzerland:

Willott, S., Griffin, C., & Torrance, M. (2001). Snakes and Ladders: Upper-Middle Class Male Offenders talk about economic Crime. *Criminology*, 39(2), 441-466. doi:10.1111/j.1745-9125.2001.tb00929.x

Windle, M. (2003). Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Res Health*, 27(1), 79-85.

Zehe, J. M., & Colder, C. R. (2014). A latent growth curve analysis of alcohol-use specific parenting and adolescent alcohol use. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1701-1705. doi:10.1016/j.addbeh.2014.05.003