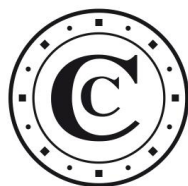


Cour des comptes



LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES CONSOMMATIONS NOCIVES D'ALCOOL

Rapport public thématique

Évaluation d'une politique publique

Sommaire

Délibéré	7
Introduction	9
Chapitre I Une absence de consensus	15
I - Une tradition bien ancrée de production et de consommation.....	15
A - Un secteur économique important	15
B - Un enjeu pour la culture et les modes de vie	17
II - Une consommation qui baisse mais reste supérieure à celle des autres pays comparables	18
A - Une baisse régulière de la consommation moyenne	18
B - Une consommation supérieure à celle des autres pays.....	19
C - Des conduites à risque persistantes	22
III - Une appréciation incomplète des conséquences des consommations nocives d'alcool	27
A - Des effets sanitaires sous-estimés et controversés	28
B - Des effets mieux connus sur la sécurité publique	35
IV - Le difficile équilibre à trouver entre les enjeux économiques, la santé et la sécurité	39
Chapitre II Une action publique qui peine à agir sur les comportements	47
I - Une réglementation de la distribution en décalage par rapport à l'évolution des habitudes de consommation	47
A - Une réglementation qui ne prend pas en compte l'évolution du marché	48
B - Des remises en cause successives de la loi Évin	52
C - Un encadrement des groupes de pression peu contraignant	57
D - Une fiscalité sans objectifs clairs.....	59
II - Des comportements à risque mal contenus par les dispositifs de contrôle et l'arsenal de sanctions	66
A - Un dépistage de l'alcool au volant difficile à mettre en œuvre.....	66
B - Des sanctions nombreuses mais peu dissuasives	70
C - Les difficultés d'une police de l'ivresse publique.....	77
III - Une approche évaluative de l'éducation à la santé et à la sécurité routière insuffisamment développée	78
A - Des actions d'éducation à la santé faiblement évaluées.....	78
B - Une éducation à la sécurité routière peu efficace.....	86
C - Le rôle insuffisant et tardif de la médecine de premier recours	89
D - Un effort de structuration de la prise en charge à l'hôpital, des prises en charge trop dispersées dans le secteur médico-social et associatif.....	91

Chapitre III Des politiques mal coordonnées, reposant sur des bases mal établies	99
I - Des coûts qui restent à préciser	99
A - Des coûts sanitaires élevés	99
B - Des coûts de prévention difficiles à isoler	104
C - Des expériences étrangères probantes.....	106
D - Des coûts économiques et sociaux insuffisamment évalués	107
II - Un effort de formation et de recherche peu soutenu	109
A - Un enseignement sous-calibré.....	109
B - Une recherche à la traîne	110
III - Une coordination inaboutie entre acteurs	114
A - Un pilotage interministériel encore flou	114
B - Un pilotage local partagé entre les préfets et les agences régionales de santé.....	118
Chapitre IV Faire de la lutte contre les consommations nocives d'alcool une priorité de l'action publique	125
I - Élaborer un programme de réduction des consommations nocives d'alcool	127
A - Un programme intégré et régulièrement évalué.....	127
B - Un programme fondé sur les preuves scientifiques.....	129
C - Assurer un pilotage efficace des actions	129
D - Se donner les moyens d'agir.....	130
II - Agir sur tous les leviers d'action.....	131
A - Développer et rendre plus efficaces les actions d'information et de prévention.....	132
B - Renforcer la formation et l'implication des professionnels de santé pour mieux repérer les comportements à risques.....	135
C - Relever les prix pour réduire les consommations nocives	137
D - Mieux encadrer la publicité, l'information sur le produit et le lobbying	143
E - Rénover la législation sur les débits de boissons et se donner les moyens de la faire respecter.....	144
F - Améliorer l'efficacité des mesures en matière de conduite en état alcoolique	145
Conclusion générale	151
Récapitulatif des recommandations	157
Annexes	161
Réponses des administrations et des parties prenantes	221

Les rapports publics de la Cour des comptes consacrés à une évaluation de politique publique

La Cour publie, chaque année, un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Le présent rapport est un rapport public thématique. Il est consacré à l'évaluation d'un dispositif administratif, réalisée selon les méthodes utilisées par la Cour pour ses évaluations de politique publique.

L'évaluation des politiques publiques est une des activités de la Cour. Aux termes de l'article 47-2 de la Constitution, « elle assiste le Parlement et le Gouvernement » notamment « dans l'évaluation des politiques publiques ». Sa contribution à l'évaluation des politiques publiques figure parmi les missions qui lui sont assignées dans le code des juridictions financières (article L. 111-3-1). Celui-ci définit également les modalités selon lesquelles les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat peuvent saisir la Cour d'une demande d'évaluation (article L. 135-2).

Dans ses évaluations, la Cour s'attache principalement à apprécier les résultats de la politique publique examinée au regard à la fois des objectifs poursuivis (efficacité) et des moyens mis en œuvre (efficacité).

Comme pour les contrôles et les enquêtes, les évaluations peuvent être réalisées conjointement par la Cour et les chambres régionales des comptes. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs. Les principales parties prenantes à la politique évaluée sont associées aux travaux d'évaluation. Des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Au sein de la Cour, ces travaux et leurs suites, notamment la préparation des projets de texte destinés à un rapport public, sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles, enquêtes et évaluations que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication d'un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête ou évaluation est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public.

Le contenu des projets de rapport public est défini, et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du premier président, du procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets de rapport public sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent en formation plénière ou ordinaire, sous la présidence du premier président et en présence du procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

*
**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, a adopté le présent rapport d'évaluation intitulé *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*.

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations concernées et aux autres parties prenantes et des réponses adressées en retour à la Cour. Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, Duchadeuil, Piolé, Mme Moati, présidents de chambre, MM. Bayle, Bertrand, Levy, Lefas, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Ganser, Banquey, Mmes Françoise Saliou, Ulmann, MM. Courtois, Maistre, de Gaulle, Uguen, Mme Gadriot-Renard, MM. Mousson, Guérault, Mme Malgorn, MM. Clément, Migus, de Nicolay, Delaporte, de La Guéronnière, Senhaji, Mme Faugère, MM. Lallement, Dubois, Thévenon, Tersen, Fialon, Mme Hamayon, conseillers maîtres, MM. Jouanneau, Sarrazin, Blanchard-Dignac, Corbin de Mangoux, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Lefas, président de la formation interchambres chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;
- en son rapport, M. Paul, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Brunner, conseiller maître, Mmes Lucioli et Hubert, rapporteuses extérieures, M. le professeur Netter, conseiller expert, rapporteurs devant la formation interchambres chargée de le préparer, et de M. Diricq, conseiller maître, contre-rapporteur devant cette même formation ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, Procureur général. Il était accompagné de M. Diringer, avocat général.

M. Filippini, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 7 juin 2016.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 1^{er} avril 2016, par une formation interchambres présidée par M. Lefas, président de chambre maintenu, et composée de M. Guédon, Mme Malgorn, MM. Laboureix, Jamet, Rolland et Mme Latournerie-Willens, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Brunner, conseiller maître, Mmes Hubert et Lucioli, rapporteuses extérieures et le professeur Netter, expert, et, en tant que contre-rapporteur, M. Diricq, conseiller maître.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, le 12 avril 2016, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, rapporteur général du comité, Duchadeuil, Piolé, Mme Moati, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Introduction

La consommation d'alcool est un sujet sensible en France, car l'alcool est associé aux événements festifs, aux modes de vie, à la culture et à la gastronomie. Cet héritage social et culturel, renforcé par les enjeux économiques qui lui sont attachés, induit une tolérance générale vis-à-vis de la consommation d'alcool qui explique, pour une large part, la difficulté à définir et à mettre en œuvre dans la durée une politique intégrée de santé et de sécurité.

Sur les 8,8 millions de consommateurs réguliers d'alcool, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies¹ estime à 3,4 millions le nombre de consommateurs à risque, dont 10 % seulement seraient pris en charge. Selon la seule étude récente disponible en France, publiée en 2013², environ 49 000 décès étaient attribuables à l'alcool en 2009, ce qui en ferait la deuxième cause de mortalité évitable. Une étude publiée en 2015³ notait que l'alcool était la première cause d'hospitalisation (580 000 patients pour un coût estimé à 2,6 Md€) et que la consommation excessive d'alcool était associée à une soixantaine de pathologies.

En partant de ce double constat, la Cour a décidé, en application de l'article L. 111-3-1 du code des juridictions financières, de procéder à une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Conduite avec les principales parties prenantes associées au sein d'un comité d'accompagnement, cette évaluation vise à apprécier l'impact de ces politiques sur la société, en présentant les facteurs positifs et négatifs à la lumière d'exemples étrangers pertinents et en tenant

¹ OFDT. Tendances, mars 2015 – voir encadré page suivante.

² GUÉRIN, Sylvie, LAPLANCHE, Agnès, DUNANT, Ariane, HILL, Catherine. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) 16-17-18 mai 2013, Institut national de veille sanitaire (InVS).

³ « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France ». PAILLE, François et REYNAUD, Michel. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire* (BEH) 25-26, 7 juillet 2015, InVS.

compte des points de vue de ces parties prenantes⁴. Elle débouche sur des recommandations qui sont formulées en fonction des marges de progrès identifiées.

La Cour n'a pas retenu l'expression « lutte contre l'alcoolisme » qui lui est apparue réductrice par rapport à l'état des connaissances et des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et lui a préféré celle de « consommations nocives d'alcool », même si le terme de « mésusage de l'alcool », utilisé en addictologie, serait scientifiquement plus pertinent.

Les catégories d'usage de l'alcool

D'après la Société française d'alcoologie, on distingue en France cinq catégories d'usage :

- **le non-usage**, c'est-à-dire l'absence de consommation (2,3 millions de personnes de 11 à 75 ans n'ayant jamais consommé en 2014 d'après l'Office français des drogues et toxicomanies (OFDT)⁵ ;
- **l'usage social ou à faible risque**, (c'est le cas des 8,8 millions de buveurs réguliers dont 4,8 millions de buveurs quotidiens) où la consommation est inférieure aux seuils de 21 verres par semaine ou 3 verres par jour pour les hommes, de 14 verres par semaine ou 2 verres par jour pour les femmes, de moins de 4 verres en une seule occasion et une abstinence complète pour les femmes enceintes ;
- **le « mésusage »** qui se décompose en trois sous-populations de consommateurs réguliers :

1) **l'usage à risque** qui se définit par une consommation supérieure aux seuils susmentionnés et qui entraîne une augmentation des **risques** de développer un cancer, une maladie du foie (cirrhose), des problèmes cardiovasculaires et digestifs, ainsi que des troubles psychiques (dépression, anxiété) : **il caractérise les buveurs réguliers excessifs (BRE) estimés à 3,4 millions de personnes en 2014 ;**

2) **l'usage entraînant l'apparition effective de complications** liées à la consommation d'alcool, qu'elles soient somatiques, psychologiques ou sociales, sans être associé à une dépendance ;

3) **l'usage avec dépendance** qui se caractérise par la perte de contrôle de la consommation et est associé à des complications diverses.

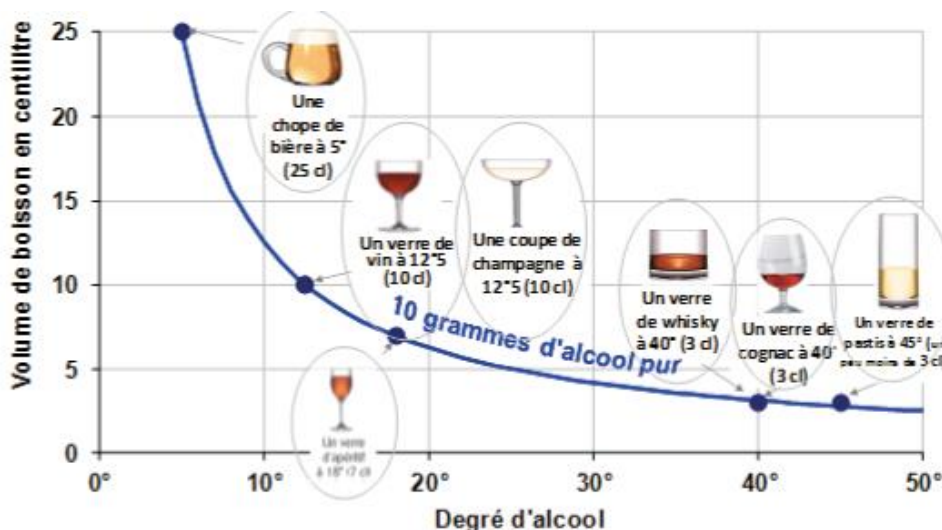
⁴ Voir en annexe n° 1 la composition du comité d'accompagnement et en annexe n° 2 la liste des personnes rencontrées ou auditionnées.

⁵ Baromètre santé 2014.

Parmi les consommations à risque, **la consommation sous forme d'alcoolisation ponctuelle importante (API)**, plus connue dans son expression anglaise « *binge drinking* », est généralement définie par la consommation de cinq verres ou plus pour les hommes et de quatre verres ou plus pour les femmes, soit 50 ou 40 g d'alcool pur sur une durée brève (2 heures ou plus).

Un verre « standard » contient 10 g d'alcool pur, soit une unité d'alcool, ce qui correspond à 2,5 cl de spiritueux, 7 cl d'apéritif, 10 cl de vin ou à 25 cl de bière ou de cidre.

Graphique n° 1 : contenance d'un verre et degré d'alcool



Source : Catherine Hill - *La consommation d'alcool en France. Ses conséquences sur la santé. Taxation et prix* – Institut Gustave Roussy.

À défaut de pouvoir évaluer une politique mise en œuvre et pilotée par un chef de file clairement identifié, la Cour a analysé les actions menées par les différents acteurs en examinant leurs objectifs, les moyens qu'ils y consacrent, les résultats obtenus et leur impact global sur la société. À cette fin, elle s'est référée au cadre d'action défini au niveau international et mis en œuvre dans les pays les plus volontaristes en matière de politique de santé.

L'évaluation conduite par la Cour a consisté à examiner la disponibilité des données, à analyser les différents paramètres qui

caractérisent les consommations nocives d'alcool au regard de l'état des connaissances cliniques et épidémiologiques, à passer en revue les principaux leviers d'action mis en œuvre par les différents acteurs concernés et relevant de la réglementation de la distribution du produit et des déterminants de son prix, de la santé publique, de la sécurité publique, à en documenter les résultats. Elle s'est attachée à ce que tous ses constats soient traçables et vérifiables.

Des effets multiples sur le système nerveux

Les travaux conduits sous l'égide de la société française d'alcoologie mettent fortement l'accent sur les effets multiples de la consommation d'alcool sur les neurones. En effet, contrairement aux autres drogues, l'éthanol n'a pas de récepteurs spécifiques dans le cerveau mais agit sur de nombreuses cibles dont il modifie l'activité. La transmission de plusieurs signaux nerveux excitateurs et inhibiteurs s'en trouve perturbée. L'alcool stimule notamment la libération de dopamine, neuromédiateur du plaisir, impliqué dans la dépendance.

À forte dose, l'alcool entraîne un remodelage des connections entre les neurones qui permet au cerveau de s'adapter à cette consommation, d'en amoindrir les effets et crée un appel à la consommation. Ce phénomène explique le danger que représente l'alcool au cours de l'adolescence. Jusqu'à l'âge de 20 ans, le cerveau continue de se développer. La consommation d'alcool au cours de cette période perturbe le développement normal du cerveau et augmente le risque de dépendance⁶.

Plus de 150 personnes ont été rencontrées en France et à l'étranger. Trois tables rondes régionales ont été organisées sous l'égide des préfets à Nîmes, Arras et Rennes et ont été précédées de rencontres avec les acteurs locaux. Un sondage a été réalisé par l'IFOP auprès de médecins généralistes sur le thème du « repérage précoce et intervention brève »⁷ (ou RPIB) et des enquêtes à fin de parangonnage international ont été conduites dans différents pays européens : Danemark, Norvège, Suède, Royaume-Uni (Angleterre et Écosse) et Italie, ainsi qu'auprès de la

⁶ Source : équipe Inserm ERI 24 Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances (GRAP) dirigée par le Pr. NAASSILA, Mickaël.

⁷ En matière de conduites d'alcoolisation, le RPIB (Repérage précoce et intervention brève) vise à permettre lors d'un entretien de 5 à 10 minutes avec un patient chez qui le médecin a identifié une consommation à risque, une diminution de cette dernière.

Commission européenne, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS Europe) et de l'OCDE.

Le comité d'accompagnement a permis des échanges méthodologiques et de fond très fructueux et une information réciproque aux différents stades de l'instruction, puis à l'issue de la contradiction sur le projet de rapport public avant son adoption définitive. La Cour remercie les membres du comité du temps qu'ils ont bien voulu consacrer à cette évaluation.

Le présent rapport présente d'abord la situation singulière de la consommation d'alcool en France, dont les conséquences ne font pas l'objet de consensus (chapitre I). Il évalue ensuite l'impact des différents leviers d'action sur les comportements : prévention, réglementation de l'accès au produit, de la publicité et du lobbying, action sur les prix et la fiscalité, modalités de prise en charge sanitaires (chapitre II). Il explique la faiblesse des résultats obtenus par une juxtaposition et un défaut de pilotage des politiques menées, qui sont à la fois peu fondées sur des données éprouvées et peu évaluées (chapitre III). Il propose enfin de faire de la lutte contre les consommations nocives d'alcool une priorité de l'action publique (chapitre IV) et formule à cette fin plusieurs recommandations.

Chapitre I

Une absence de consensus

La place très particulière qu'occupe en France l'alcool dans l'histoire, la culture, l'économie et la vie sociale explique une certaine tolérance vis-à-vis de la consommation de boissons alcoolisées, dont les effets négatifs sont largement sous-estimés.

I - Une tradition bien ancrée de production et de consommation

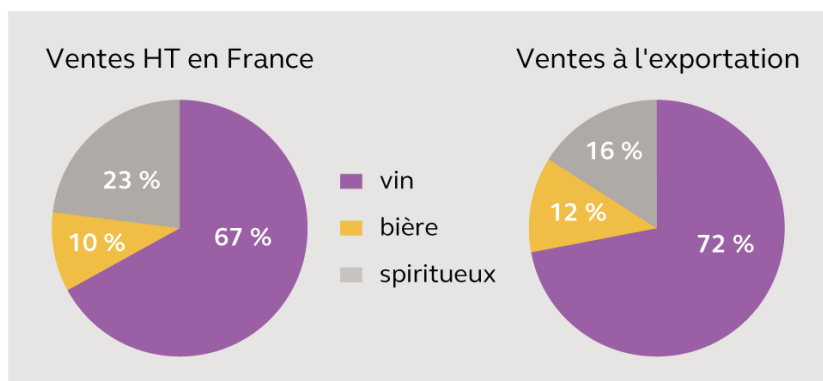
A - Un secteur économique important

Le poids économique du secteur des boissons alcoolisées en France explique l'extrême sensibilité des acteurs envers toute remise en cause, au nom de considérations de santé publique, de la place de l'alcool et du vin en particulier.

Selon les comptes de l'agriculture, le chiffre d'affaires hors taxes de la filière française de l'alcool représentait, en 2013, près de 22 Md€ se répartissant comme suit : 15 Md€ pour la vitiviniculture ; 4,4 Md€ pour les spiritueux (whisky, rhum, etc.) et les eaux de vie naturelles (cognac, armagnac, etc.) ; 2,5 Md€ pour le secteur de la bière.

La production des 68 500 exploitations spécialisées du secteur vitivinicole est valorisée par l'INSEE, en 2013, à 10,63 Md€, représentant le quart de la production végétale et 16 % de la production agricole française. La valeur des exportations atteignait cette même année près de 7,73 Md€, soit 26,6 % des exportations agro-alimentaires.

Graphique n° 2 : répartition des ventes d'alcool sur le marché domestique et à l'exportation



Source : Cour des comptes d'après les données des comptes de l'agriculture.

La filière représente, selon les syndicats professionnels et le ministère de l'agriculture, 250 000 emplois directs, dont 142 000 dans la viticulture et près de 70 000 dans la distribution et la vente du vin (coopératives viticoles, courtage et négoce, grande distribution et cavistes, etc.). Avec les emplois indirects évalués à 300 000 (tonnelage, chaudronnerie, verre, logistique, etc.), le total atteindrait 550 000 emplois. Ces chiffres ne sont cependant pas confirmés par le dernier recensement agricole effectué par le service de la statistique et de la prospective du ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, selon lequel les emplois directs et indirects de la filière viticole sont estimés à 286 000.

La viticulture française bénéficie d'aides européennes à travers les crédits de l'organisation commune des marchés (OCM) qui sont affectés par FranceAgriMer, opérateur du ministère de l'agriculture chargé notamment de gérer les aides au soutien du marché des produits agricoles et de la pêche. Ces crédits ont représenté près de 1,2 Md€ au titre des campagnes 2008 à 2013, dont 111,4 M€ pour les aides à la promotion du vin, soit 9,5 % des actions menées en faveur du secteur vitivinicole.

Pour les seules dépenses de promotion et de communication en faveur des produits agricoles et de la pêche pour les exercices 2010 à 2014, le secteur du vin occupe une place prépondérante avec 58 % des crédits, alors que les vins ne représentent que 24 % de la valeur des exportations de produits alimentaires, selon les comptes de l'agriculture.

La France est le premier exportateur mondial de vin et, selon les années, le premier ou le deuxième producteur avec l'Italie.

Le secteur de la bière a un poids économique moindre. La France a produit, en 2013, 18,3 millions d'hectolitres de bière, soit 5,9 % de la production européenne. Elle est le cinquième producteur européen mais l'avant-dernier (avant l'Italie) en termes de consommation par habitant (30 litres / an). La consommation française en 2013 est de 19,4 millions d'hectolitres et la balance commerciale est déficitaire.

La production française de spiritueux est d'environ 6 millions d'hectolitres en 2012, soit 5 % de la production mondiale. La France est le troisième producteur européen et le neuvième producteur mondial.

Les exportations françaises de vins et de spiritueux représentent, en 2014, 11,22 Md€ dont 7,73 Md€ pour les vins et 3,49 Md€ pour les spiritueux. Les importations s'élèvent à 1,71 Md€, dont 1,09 Md€ de spiritueux et 620 M€ de vins. Le solde commercial est donc largement positif pour ces deux produits et représente en 2015 le deuxième poste excédentaire après l'aéronautique.

B - Un enjeu pour la culture et les modes de vie

En France, le vin et l'alcool en général font partie intégrante de la culture et de l'art de vivre. Leur consommation est associée aux grands événements de la vie, familiale ou professionnelle, comme aux manifestations festives et culturelles. Chacun a en tête cette élégie du vin écrite par Charles Baudelaire : « Quiconque a eu un remords à apaiser, un souvenir à évoquer, une douleur à noyer, un château en Espagne à bâtir, tous enfin vous ont invoqué, dieu mystérieux caché dans les fibres de la vigne »⁸.

La culture de la vigne contribue à l'image internationale de la France, comme en témoigne le récent classement par l'UNESCO des coteaux, maisons et caves de Champagne ou des « climats » de Bourgogne au patrimoine mondial dans la catégorie des « paysages culturels ».

Cette forte sensibilité culturelle du rapport à la consommation d'alcool chez une grande partie des Français, comme les enjeux économiques du secteur, rendent particulièrement délicate la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les consommations nocives d'alcool et contribue à réduire fortement l'influence des mesures répressives ou préventives sur les comportements.

⁸ Baudelaire, Charles. *Les paradis artificiels*. Auguste Poulet-Malassis, essai paru en 1860.

II - Une consommation qui baisse mais reste supérieure à celle des autres pays comparables

La France enregistre, depuis le début des années 1960, une baisse de sa consommation globale liée principalement à des changements d'habitudes, mais l'usage nocif de l'alcool y reste préoccupant pour la santé des publics les plus exposés, comme les jeunes et les femmes enceintes, ainsi que pour la sécurité publique et la vie sociale.

A - Une baisse régulière de la consommation moyenne

En France, la consommation moyenne d'alcool a beaucoup diminué depuis 50 ans, à un rythme régulier de 1,7 % par an depuis 1960. Cette diminution est essentiellement due à la baisse de la consommation de vin, et surtout du vin de table, le phénomène étant pour l'essentiel lié à l'évolution des modes de vie. La part des 15-75 ans consommant de l'alcool quotidiennement est ainsi passée de 24 % en 1992 à moins de 10 % en 2014.

En 2014, la consommation moyenne d'alcool pur par habitant, mesurée à partir des ventes (hors exportation), était stable en France par rapport à 2012 et estimée à 11,98 litres par habitant âgé de 15 ans et plus. Un peu plus de 58 % ont été consommés sous forme de vin, près de 18,8 % sous forme de bière et le solde, soit 23,2 %, en spiritueux. La tendance à la baisse de la consommation de vin est, en partie, compensée par l'augmentation de la consommation de bière⁹. Cette évolution est en soi un acquis de santé publique mais l'objet de l'évaluation de la Cour est d'objectiver les constats sur l'efficacité et l'efficacités des politiques publiques sur les comportements.

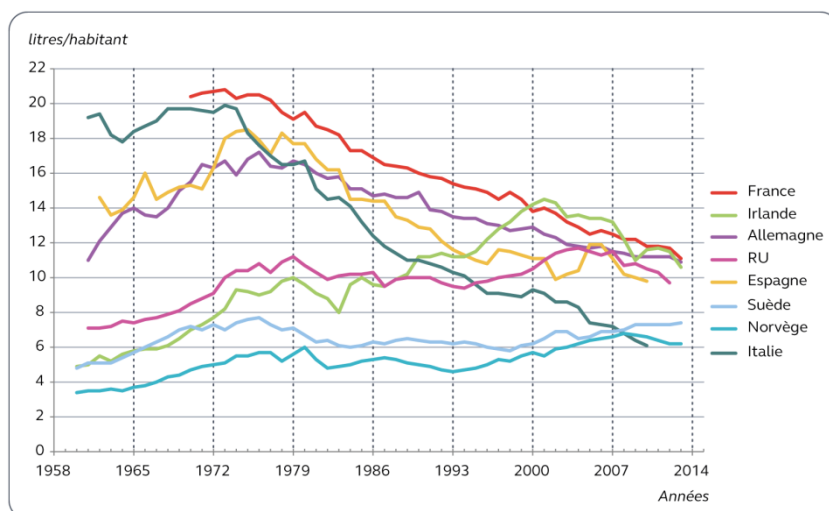
Dans le même temps, on constate une augmentation préoccupante des alcoolisations ponctuelles importantes ou API (+ 2,3 points entre 2005 et 2010) et des ivresses répétées et régulières (+ 1,2 point). Ces tendances, particulièrement marquées chez les femmes, illustrent le rapprochement des comportements entre les sexes, également observé parmi les jeunes.

⁹ Source : Office français des drogues et toxicomanies (OFDT).

B - Une consommation supérieure à celle des autres pays

Les comparaisons internationales menées par l'OCDE font ressortir une homogénéisation progressive des niveaux et des modes de consommation au cours des deux dernières décennies, comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 3 : évolution des consommations d'alcool par habitant dans différents pays de 1960 à 2013



Source : OCDE

La France fait partie des pays qui ont enregistré une réduction régulière de la consommation. Elle est même, après l'Italie, le pays de l'OCDE dont la consommation a le plus baissé entre 1992 et 2013.

Cette évolution, jugée positive par les épidémiologistes, doit cependant être nuancée par le constat que la France occupe le troisième rang des pays membres de l'OCDE les plus consommateurs derrière la Lituanie et l'Estonie – elle occupait le premier rang mondial à la fin du XIX^{ème} siècle¹⁰ – et que sa consommation reste aujourd'hui nettement

¹⁰ Source : DEYROLLE, Emile. *Leçons de choses* (planches sur l'alcoolisme qui font ressortir un écart de 7 litres par an et par habitant entre la France et l'Allemagne contre 0,7 litre en 2014). Michel Lafon, 2014, 192 p.

supérieure à la moyenne des pays européens membres de l'OCDE : de près de 30 % en 2012 (11,7 litres d'alcool par habitant en France, contre 9,1 litres en Europe), et de 25 % en 2013 (11,1 litres d'alcool par habitant en France, contre 8,9 litres en Europe)¹¹. En outre, certaines pratiques, observées habituellement dans les pays anglo-saxons, se sont diffusées dans la population (épisodes de consommations importantes et acceptation sociale plus élevée de l'ivresse publique).

Les comparaisons internationales sont intéressantes pour apprécier la manière dont ont été conduites les politiques de santé publique face à des évolutions de consommation à la hausse ou à la baisse, mais aussi pour mesurer l'efficacité des actions engagées sur les comportements à risque.

L'Australie, dont la consommation a retrouvé en 2012 le niveau de consommation de 1992, soit 9,9 litres après une hausse qui atteint un pic de 10,8 litres en 2006, a été le premier pays membre de l'OCDE à expérimenter en 2011 le prix minimum, tout en réglementant strictement la publicité des boissons alcoolisées.

La Belgique, dont la consommation a baissé sur la même période, passant de 11,7 litres à 9,8 litres, a adopté un plan alcool 2014-2018 qui se fixe pour objectif la diminution de l'usage nocif de l'alcool et qui prévoit l'évaluation de ses résultats en 2019.

La Cour a analysé plus particulièrement les politiques publiques conduites en Norvège, en Suède, en Angleterre et en Écosse qui ont dû faire face à une hausse du niveau moyen de consommation, et en Italie qui a enregistré une tendance inverse¹².

La Norvège et la Suède affichent des niveaux de consommation d'alcool parmi les plus faibles de l'OCDE (respectivement de 6,2 litres d'alcool pur par an en Norvège en 2012, et de 7,4 litres d'alcool pur par an en Suède en 2013). Elles doivent ces résultats à une politique publique très construite qui va du contrôle de la vente, spécificité des pays nordiques, à un ensemble de mesures draconiennes en matière d'alcool (fermeture dès 20 heures le samedi, pas de ventes le matin pour les spiritueux, limite d'âge portée à 20 ans pour les boissons affichant une teneur en alcool supérieure à 22 degrés, portiques de détection « alco-gates » à l'arrivée des ferries, peines lourdes automatiques pouvant aller jusqu'à la prison ferme pour les conducteurs contrôlés avec des taux supérieurs à 1,2 g/l) en passant par des outils de suivi épidémiologiques performants. Le cas de la Suède est particulièrement digne d'être étudié pour sa capacité d'anticipation. Ce

¹¹ OCDE. Lutter contre la consommation nocive d'alcool, mai 2015, chapitre II et actualisation des chiffres 2013.

¹² Cf. annexe n° 3.

pays a ainsi eu le souci de maîtriser les conséquences possibles de l'entrée dans l'Union européenne sur les achats d'alcool ou celles de l'arrivée de l'internet. Il a également recherché à l'égard des contrevenants des peines de substitution à la prison telles que l'obligation d'équiper son véhicule d'un éthylotest anti-démarrage.

Au Royaume-Uni où la consommation est passée de 11,7 litres en 2004 à 9,7 litres en 2012, le Premier ministre a fait adopter par le Gouvernement, en 2012, une stratégie de lutte contre les consommations « irresponsables » d'alcool. L'action publique a entendu s'inscrire dans une démarche fondée sur les preuves scientifiques. Les données épidémiologiques sont ainsi nombreuses au niveau national, avec un ciblage particulier sur les inégalités sociales en matière d'alcool (mesurées en fonction des taux de décès par catégorie socio-professionnelle). Les droits d'accises sont deux fois supérieurs à ceux observés en France (35,4 € contre 16,9 € par litre d'alcool pur en moyenne) et les recettes fiscales sur l'alcool rapportent 14,4 Md€ contre seulement 4 Md€ hors TVA pour la France. En Écosse, l'interdiction des rabais depuis 2010 a permis une réduction de la consommation de l'ordre de 2,6 %.

La comparaison entre la France et l'Italie est plus intéressante encore, compte tenu de leur culture latine commune et des enjeux économiques de production et d'exportation de vin. L'Italie, en effet, a connu dans la population générale la plus forte baisse structurelle de consommation d'alcool depuis 40 ans, consommation qui a été ramenée autour de 6 litres d'alcool pur par an et par habitant.

Diverses raisons peuvent être invoquées à l'appui de cette performance remarquable du point de vue épidémiologique qui se mesure par le creusement des écarts de consommation moyenne avec la France (0,5 litre en 1975, 3 litres en 2000, 5,8 litres en 2014). La principale tient à la modification des comportements sociaux (urbanisation et entrée massive des femmes dans le monde du travail, plus tardives qu'en France) qui a entraîné mécaniquement une baisse de la consommation de vin de table. On note cependant une politique très déterminée qui a notamment consisté à fixer dans une loi-cadre de 2001 des objectifs forts de réduction de la consommation (de - 20 % de la prévalence des buveurs réguliers et de - 30 % des buveurs entre les repas). De même, la loi a interdit la consommation de tous types d'alcool sur le lieu de travail et a mis en place des outils de suivi annuels dont les résultats sont transmis au Parlement. Les travaux d'une conférence de consensus d'experts ont débouché sur une baisse des repères de consommation à deux unités d'alcool pour les hommes et à une unité pour les femmes. En revanche, l'Italie ne cherche pas à renchérir le prix pour réduire la consommation d'alcool, le vin bénéficiant d'accises à taux zéro.

C - Des conduites à risque persistantes

La baisse globale de la consommation d'alcool ne saurait occulter le sujet plus particulier des conduites à risque chez les femmes enceintes, les jeunes et les personnes en situation de précarité sociale.

1 - Une consommation dangereuse pour les femmes enceintes

La consommation d'alcool reste significative en France parmi les femmes enceintes, alors même que ce comportement est porteur de risques spécifiques pendant la grossesse. Une étude française récente¹³ fait état d'une consommation pendant la grossesse déclarée par 23 % des femmes et d'une consommation de trois verres ou plus en une même occasion par 2 % des femmes. Parmi les femmes qui consommaient de l'alcool avant la grossesse, 40 % n'ont pas totalement arrêté de boire à l'annonce du diagnostic¹⁴.

La prévalence de syndromes et d'autres troubles causés par l'alcoolisation fœtale à la naissance est difficile à évaluer. Elle est probablement sous-estimée¹⁵ et représente la première cause de retard mental non génétique évitable. L'académie nationale de médecine estime que le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) concerne au moins 1 % des naissances (1‰ pour les formes graves de SAF complet), soit environ 8 000 nouveau-nés par an, ce qui signifie que près de 500 000 Français souffrent à des degrés divers de séquelles d'alcoolisation fœtale. Elle considère que la France accuse un retard important, notamment par rapport aux pays anglo-saxons, dans l'information, la prévention et la prise en charge de ces troubles¹⁶.

¹³ SAUREL CUBIZOLLES, Marie Josèphe, PRUNET, Caroline, BLONDEL, Béatrice. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010, *BEH n° 16-17-18*, InVS, mai 2013 ; cf. également annexe n° 8.

¹⁴ BECK, François, RICHARD, Jean-Baptiste, DUMAS, Agnès, SIMMAT-DURAND, Laurence, VANDENTORREN, Stéphanie. Enquête nationale sur la consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes, *La Santé en action*, mars 2013, n° 423, p. 5-7.

¹⁵ Cf. annexe n° 8.

¹⁶ Cf. <http://www.academie-medecine.fr/alcoolisation-foetale-de-nouveaux-outils-efficaces> - communiqué de presse du 24 mars 2016.

2 - Des consommations en augmentation chez les jeunes

L'augmentation de la consommation chez les jeunes s'observe dans la plupart des pays européens avec une initiation précoce et la diffusion des pratiques d'alcoolisation aiguë¹⁷. Les enquêtes ESPAD réalisées en France sur la consommation des jeunes, en 2003 et en 2011, la plaçaient au 9^{ème} rang des 33 pays européens examinés.

Pour les jeunes de 16 ans, la France se situe parmi les pays les plus affectés par les alcoolisations aiguës, 40 à 49 % d'entre eux ayant connu une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois, en position moins préoccupante que le Royaume-Uni mais moins favorable que l'Italie et l'Espagne, producteurs de vin, ou qu'une partie des pays d'Europe centrale.

La première expérimentation de l'alcool concernait ainsi 59 % des élèves de 6^{ème} et 83 % des élèves de 3^{ème} dans les enquêtes ESPAD et HBSC pour la France publiées en 2013¹⁸. Ces données doivent cependant être nuancées en raison d'un léger recul des pratiques d'alcoolisation parmi les plus jeunes, observé dans la dernière enquête HBSC 2014 dont les résultats sont parus en décembre 2015¹⁹ : l'expérimentation touche 49,4 % des élèves de 6^{ème} et 79,9 % des élèves de 3^{ème}, et le pourcentage des enfants déclarant avoir déjà été ivres se contracte de 5,8 % à 5 % parmi ceux âgés de 11 ans.

Les 18-25 ans se distinguent de façon croissante depuis 2005 des personnes plus âgées, puisqu'on observe dans cette tranche d'âge une stabilisation de la consommation quotidienne d'alcool à des niveaux faibles, associée à une augmentation préoccupante des API et des

¹⁷ On peut mentionner quatre enquêtes publiées en 2015, dont deux sont internationales :
- le Baromètre santé dont les derniers résultats concernant la consommation d'alcool ;
- Enquête sur la santé et la consommation, lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), menée tous les trois ans par l'OFDT, dans le cadre de la journée défense et citoyenneté ;
- *European School Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), menée tous les quatre ans en milieu scolaire en France et dans la plupart des États membres de l'Union européenne ;
- *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), enquête auprès des collégiens, réalisée tous les quatre ans, sous l'égide de l'OMS Europe.

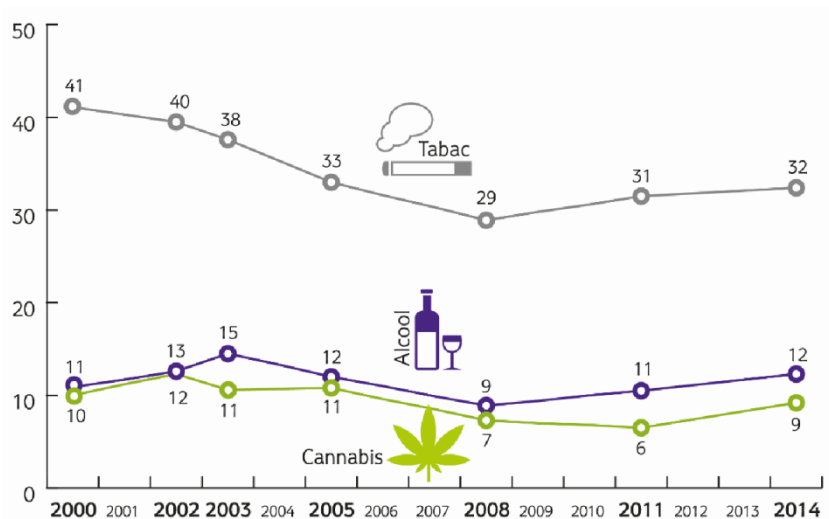
¹⁸ SPILKA, Stanislas, Le NÉZET, Olivier, GODEAU, Emmanuelle, BECK, François. La consommation d'alcool parmi les collégiens en 2010 et les lycéens en 2011 en France, *BEH 16-17-18*, mai 2013, InVS.

¹⁹ OFDT. Tendances n° 106, décembre 2015.

épisodes d'ivresse. En 2014, les API dans le mois concernaient près d'un tiers des jeunes dès la fin de l'adolescence et la moitié des étudiants. 46 % des jeunes avaient eu au moins une ivresse dans l'année, 29 % des ivresses répétées (contre 24 % en 2010). Les augmentations étaient particulièrement marquées chez les jeunes femmes étudiantes (21 % d'API mensuelles en 2014 contre 17 % en 2010).

Une part importante des jeunes consomme selon un rythme hebdomadaire, avec une hiérarchisation des boissons consommées qui diffère selon le sexe : parmi les jeunes hommes, en 2010, la bière est la boisson la plus consommée, par 39,3 % des 18-25 ans, suivie des alcools forts (29,5 %), du vin (22,4 %) et des autres alcools (9,7 %). Parmi les jeunes femmes, le vin est la boisson la plus courante (14,3 %), suivie des alcools forts (11,1 %), de la bière (9,8 %) et des autres alcools (7,2 %).

Graphique n° 4 : évolution 2000-2014 des niveaux d'usage régulier des principaux produits actifs à 17 ans, en métropole (en %)



Source : OFDT, enquêtes ESCAPAD

La consommation des jeunes est également marquée par une association croissante, observée entre 2011 et 2014, avec le tabac²⁰ et, dans une moindre mesure, avec le cannabis. Des études épidémiologiques montrent que les jeunes adultes sujets à des ivresses répétées ne savent pas qu'ils courent des risques accrus de dépendance à l'égard de l'alcool à un âge plus avancé de leur vie et s'exposent à des pathologies chroniques responsables d'une mort prématurée²¹.

3 - L'influence des facteurs socio-économiques

La France n'a pas la tradition des pays anglo-saxons de croisement des données de santé et des données socio-économiques, voire ethniques. L'accès des chercheurs aux données de santé est très strictement réglementé. L'article 193 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ouvre cependant de nouvelles possibilités d'accès à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation à des fins d'intérêt public.

Au Royaume-Uni, qui dispose de statistiques très diversifiées, les inégalités socio-économiques en matière de consommations nocives d'alcool sont bien documentées, notamment au travers des taux de décès par catégorie socio-professionnelle : les taux standardisés varient ainsi chez les hommes de 7,3 à 29,5 pour 100 000 entre la catégorie socio-professionnelle la plus haute et la catégorie socio-professionnelle la plus basse. On constate aussi que le différentiel entre les sexes est d'autant plus important que la catégorie socio-professionnelle est moins élevée. Un autre indicateur utilisé pour évaluer les coûts, les « années potentielles de vie active perdues » (*potential years of working life lost* - PYWLL), met en évidence de fortes inégalités par catégorie socio-professionnelle.

En France, peu d'études ont été conduites sur l'origine sociale et les revenus des consommateurs à risque²². Parmi les enquêtes disponibles, une enquête menée en 2001²³ sur des patients vus un jour donné, en

²⁰ OFDT. Tendances ; Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014, mai 2015.

²¹ DAEPPEN, JB. et ADAM, A. L'alcoolisation aiguë des jeunes aux urgences prédit-elle une future dépendance à l'alcool ? *Alcoologie et addictologie*, numéro 37, 2015.

²² BECK, François, RICHARD, Jean-Baptiste. *Épidémiologie de l'alcoolisation*. EMC - *Endocrinologie-Nutrition* 2013 ; 10(1):1-9 [Article 10-384-B-10].

²³ MOUQUET, MC, VILLET, H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *Études et Résultats*. 2002

médecine de ville ou à l'hôpital, montre que les personnes sans emploi hospitalisées ont 2,4 fois plus de risques d'être en situation d'alcoolisation excessive que ceux qui ont un emploi et 2,7 fois plus de risques d'être dépendantes à l'alcool. Une étude plus récente sur le recours aux soins des sans domicile fixe explore leurs consommations d'alcool²⁴.

Une étude de l'IRDES²⁵ exploitant des données déclaratives montre que les hommes sont 2,6 fois plus concernés par le risque d'alcoolisation excessive que les femmes. Elle montre aussi que le risque chronique augmente chez les chômeurs alors qu'il a tendance à diminuer parmi les inactifs retraités, qu'il culmine aux âges intermédiaires et atteint les hommes employés de commerce ou agriculteurs alors que le risque ponctuel touche particulièrement les cadres et professions intellectuelles et les professions intermédiaires. Elle confirme, pour l'essentiel, l'augmentation des pratiques d'alcoolisation massive parmi les étudiants et surtout les étudiantes.

Sur le lien entre alcool et genre, si les écarts restent très importants, on constate en France, comme dans d'autres pays européens, un relatif rapprochement de la consommation d'alcool des femmes de celle des hommes à mesure que la catégorie d'emploi s'élève²⁶.

Les jeunes de 17 ans sortis précocement du système scolaire ou ayant un parcours scolaire chaotique se trouvant dans des filières courtes ou professionnelles ont près de deux fois plus de risques de consommer de l'alcool régulièrement que les jeunes scolarisés en filière classique²⁷.

²⁴ La consommation d'alcool en France en 2014, *Évolutions* n° 32, Avril 2015. Le recours aux soins des sans domicile fixe, DREES, *Études et résultats*, numéro 0933, septembre 2015.

²⁵ COM-RUELLE, Laure et CÉLANT, Nicolas. IRDES, Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France de 2002 à 2010, *BEH 16-17-18*, mai 2013, InVS. Le test AUDIT-C, mis au point par l'OMS et adapté pour la France, est un outil de repérage et de mesure de la consommation à risque.

²⁶ BECK, F., De PERETTI, G, LEGLEYE, S. L'alcool donne-t-il un genre ? *Trav Genre Soc* 2006 et BECK, F, LEGLEYE, S, MAILLOCHON, F, De PERETTI, G. *Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes*. Regards sur la parité, Édition 2008. Paris, La Documentation française ; 2008.

²⁷ LEGLEYE, S, BECK, F, SPILKA, S, Le NEZET, O. *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. Paris, ODFT, 2007.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'OFDT ont exploré les inégalités régionales en 2005, dans un travail commun réalisé à partir du Baromètre santé et de l'enquête ESCAPAD²⁸. Cette étude met en évidence plusieurs éléments inégalement corrélés au contexte socio-économique, à savoir les consommations déclarées, les taux de décès imputables à l'alcool et les conséquences sanitaires et sociales de l'abus d'alcool²⁹.

Enfin, la population sous main de justice est touchée par les problèmes de consommation excessive et de dépendance : 31 % des détenus ont un historique de consommation excessive, 9,4 % présentent une dépendance³⁰. Ces résultats sont comparables à d'autres pays, dans lesquels les établissements pénitentiaires font souvent l'objet de programmes spécifiques pour l'alcool, à l'instar du Royaume-Uni.

Pour intéressantes qu'elles soient, ces études ne permettent pas d'appréhender de manière satisfaisante la question de la consommation des publics en situation de précarité ni d'élaborer des stratégies ciblées.

III - Une appréciation incomplète des conséquences des consommations nocives d'alcool

Les consommations nocives d'alcool ont des effets négatifs non seulement sur la santé, mais aussi pour la sécurité publique et la vie sociale. Mais ces effets ne sont encore que partiellement évalués, faute de données suffisantes.

²⁸ Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Études santé territoires. Éditions INPES, 2005.

²⁹ Alcool et santé, Actualité et dossier en santé publique, Haut Comité de la santé publique, mars 2015.

³⁰ État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger, InVS, juin 2014. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, Tome 1. La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables, p. 251-290. La Documentation française, janvier 2014, 480 p., disponible sur www.ccomptes.fr

A - Des effets sanitaires sous-estimés et controversés

Il est établi dans la littérature académique, même si les données chiffrées de morbi-mortalité sont peu nombreuses, que la consommation nocive d'alcool est responsable de conséquences sanitaires, aussi bien à court qu'à moyen et long terme, dont il importe de rendre compte. La frontière entre une consommation à faible risque et une consommation dangereuse est cependant difficile à établir, et l'idée qu'il existe une consommation exempte de tout risque est de plus en plus remise en question, ce qui relativise les messages sanitaires sur les repères de consommation.

1 - Des données de mortalité lacunaires

Les estimations de la mortalité attribuable à l'alcool dans la littérature académique internationale reposent sur le calcul des « fractions attribuables ». On les obtient à partir du « risque attribuable », c'est-à-dire de la proportion de cas de la maladie qu'on peut attribuer au facteur de risque parmi les sujets exposés à ce facteur.

L'alcool a une part de responsabilité dans plus de 200 pathologies de la classification internationale des maladies (CIM-10). L'OMS estime qu'il est responsable de 3,3 millions de décès chaque année. En Europe, où la consommation est la plus élevée, l'alcool est la troisième cause de mortalité évitable (13,3 % des décès), après le tabac et l'hypertension.

Trois causes de mortalité sont plus particulièrement liées à l'alcool : la cirrhose alcoolique, le cancer des voies aérodigestives, et les maladies mentales liées à l'alcool. L'évolution dans le temps de la mortalité liée à ces trois pathologies permet d'objectiver l'effet positif de la diminution de la consommation d'alcool dans la population. D'autres causes lui sont aussi pour partie attribuables. Il s'agit en particulier des décès par maladies cardio-vasculaires, d'autres cancers (colon, sein, rectum et foie notamment), des pathologies digestives autres que celles précitées et du diabète de type 2.

À la différence des pays anglo-saxons, notamment le Royaume-Uni, les données de mortalité liées à l'alcool ont fait, en France, l'objet de peu d'analyses : seules deux études ont été publiées, l'une réalisée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, l'autre, plus récente et déjà citée, à l'initiative de l'Institut national du cancer (INCa), par des chercheurs affiliés à l'Institut Gustave Roussy.

L'estimation de la mortalité attribuable à l'alcool dans les publications scientifiques

Un certain nombre de pays, dont le Royaume-Uni, réalisent des estimations des fractions attribuables révisées à intervalles réguliers sur la base de l'actualisation des connaissances. La responsabilité de l'alcool dans le développement de nombreuses pathologies, en particulier les cancers, y compris pour des consommations faibles, a ainsi mieux été documentée au cours de la période récente, amenant à une réévaluation à la hausse des fractions attribuables. *A contrario*, dans quelques pathologies seulement (diabète de type 2, cardiopathie ischémique chez les femmes essentiellement), il semble exister un effet protecteur pour des faibles doses de consommation.

Les décès dus à l'alcool sont pour l'essentiel des décès de cause cardiovasculaire, des pathologies digestives et hépatiques, les cancers et des causes traumatiques. Les fractions attribuables sont par définition de 100 % pour les pathologies entièrement attribuables à l'alcool (encéphalopathies de Wernicke, polynévrites alcooliques, troubles mentaux liés à l'alcool, dégénérescences du système nerveux dues à l'alcool, gastrites alcooliques). Pour les autres pathologies, partiellement liées à l'alcool, les fractions attribuables plus élevées sont mises en évidence pour les cirrhoses.

Les différences méthodologiques entre les études, que ce soit dans le temps ou d'un pays à l'autre, portent notamment sur l'estimation de la consommation. Elles expliquent en partie les différences de résultats entre les études françaises et les études anglaises. Les classifications des causes de décès peuvent également varier d'un pays à l'autre, de même que le rattachement à l'alcool d'une partie des morts violentes.

L'étude du CépiDc³¹, établie à partir de données anciennes (2006), fait une large place aux difficultés méthodologiques et aux variations des estimations de la mortalité attribuable en fonction des données choisies pour estimer la consommation, de l'ajustement ou non de ces dernières données, ou encore du délai choisi entre la consommation et l'apparition des pathologies. Elle recense 20 235 décès attribuables à l'alcool parmi les 15 à 75 ans, et 33 000 sans cette limite d'âge³².

³¹ Cf. REY, Grégoire, BONIOL, Mathieu & JOUGLA, Eric. *Addiction*, « Estimation du nombre de décès attribuables à l'alcool : enjeux méthodologiques et illustration avec des données pour la France en 2006 », 2010, 105, 1018–1029.

³² Parmi les difficultés les plus citées sont soulignés : les problèmes de définition des « abstinents » ; l'évaluation des quantités de consommation utilisées (soit par auto-déclaration et donc sous-estimation, soit par les ventes d'alcool) ; les délais entre la consommation d'alcool et l'apparition des pathologies ; enfin la prise en compte de facteurs de confusion.

Alcool et cancer

Dès 2007, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a publié une estimation globale de la morbidité et de la mortalité par cancer.

On considère actuellement que près de 80 % des cancers de l'œsophage, 80 % des cancers du pharynx, 65 % des cancers de la cavité buccale, 25 % des cancers du foie, 20 % des cancers du côlon-rectum et 17 % des cancers du sein sont dus à la consommation d'alcool en France.

Les effets de l'alcool sont renforcés quand ils sont associés à ceux du tabac : leurs actions conjointes augmentent considérablement les risques de cancer des voies aérodigestives supérieures. On estime par exemple que le risque de développer un cancer de la cavité buccale peut être multiplié par 45 chez les grands consommateurs de tabac et d'alcool.

Selon l'étude menée pour l'Institut national du cancer (INCa)³³, réalisée sur des données de consommation et de mortalité de 2009, la mortalité annuelle attribuable à l'alcool est de 36 500 décès chez les hommes (13 % de la mortalité totale) et de 12 500 chez les femmes (5 % de la mortalité totale), soit 49 000 décès au total. Ceci inclut 15 000 décès par cancer, 12 000 par maladie cardiovasculaire, 8 000 par maladie digestive, 8 000 par cause externe et 3 000 par maladies mentales et troubles du comportement. Les fractions des décès attribuables à l'alcool sont de 22 % dans la population des 15-34 ans, de 18 % dans la population des 35-64 ans et de 7 % dans celle des 65 ans et plus. Parce qu'il est nocif, même à la dose relativement modérée de 13 grammes par jour, l'alcool est responsable d'une fraction importante de la mortalité prématurée.

Les discordances relevées entre les études, leur espacement dans le temps et les difficultés méthodologiques constatées ne permettent pas à l'heure actuelle un suivi épidémiologique rigoureux de la mortalité liée à l'alcool. Une réflexion sur la faisabilité de ce suivi doit cependant être engagée par l'Agence nationale de santé publique, en liaison avec l'INCa.

³³ GUÉRIN, Sylvie, LAPLANCHE, Agnès, DUNANT, Ariane, HILL, Catherine. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* 16-17-18, mai 2013, InVS.

2 - Des données de morbidité encore plus limitées

Pour la morbidité liée à l'alcool, il est seulement possible de déterminer le nombre de personnes prises en charge par le système de santé pour une pathologie dont l'alcool est, en tout ou en partie, responsable. Les données sont donc, selon toute vraisemblance, largement sous-estimées. Elles se limitent, en outre, aux données hospitalières des séjours et excluent les consultations, les passages aux urgences et la médecine de ville.

Récemment, une étude a été réalisée sur les séjours hospitaliers dans des établissements de court séjour (médecine chirurgie obstétrique – MCO) et de rééducation (soins de suite et de réadaptation – SSR) ainsi que sur les séjours hospitaliers et les actes ambulatoires en psychiatrie en lien avec l'alcool³⁴. Elle confirme la place importante occupée par les pathologies liées à l'alcool dans la prise en charge sanitaire, qui représentent l'un des premiers motifs d'hospitalisation en France.

En 2012, plus de 580 000 séjours ont été dus à l'alcool dans des services de court séjour (MCO), soit 2,2 % du total des séjours et séances. En psychiatrie, plus de 2,7 millions de journées en sont la cause, représentant 10,4 % du total des journées et 3,7 % des actes ambulatoires. En soins de suite et de rééducation (SSR), plus de deux millions de journées liées à l'alcoolisation excessive ont été recensées, soit 5,6 % de l'activité totale. Cette étude ne prend pas en compte les troubles liés à l'alcool dans les services d'urgence³⁵ et les consultations hospitalières MCO ou SSR, ni dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ambulatoires ou avec hébergement, ni en médecine de ville.

Dans les CSAPA, les fiches individuelles ne permettent pas de disposer de renseignements sur l'existence de pathologies. Pour les soins ambulatoires et notamment la médecine de ville, les données ne rendent pas compte des pathologies, si ce n'est très incomplètement par le biais des affections de longue durée (ALD). À partir de celles-ci, sur la base des fractions attribuables à l'alcool, la morbidité devrait pouvoir être estimée mais n'a fait l'objet à ce jour d'aucune étude de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui semble ne pas considérer ce sujet comme suffisamment prioritaire.

³⁴ PAILLE, François et REYNAUD, Michel. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France, *BEH* 25-26, InVS, Juillet 2015.

³⁵ Cf. annexe n° 9.

3 - La controverse sur les repères de consommation

Les repères de consommation cristallisent les débats, l'enjeu étant de savoir s'il existe un seuil au-delà duquel la consommation est nocive, si même le risque existe dès le premier verre et, si oui, quelles en sont les raisons médicales.

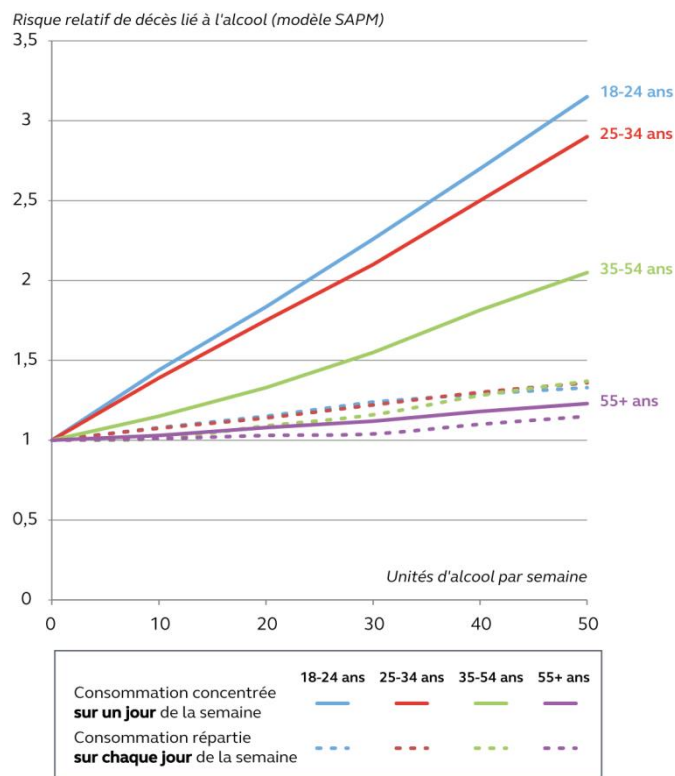
En 1980, un comité d'experts de l'OMS avait recommandé de ne pas consommer par jour plus de 2 unités d'alcool (10 g d'alcool pur) pour les femmes, 3 unités d'alcool pour les hommes, 4 unités d'alcool pour les consommations occasionnelles et 0 unité d'alcool, dans le cadre de situations à risque (grossesse, prise de médicaments), et de s'abstenir au moins un jour par semaine dans toutes les autres situations. Ces recommandations sont fréquemment citées, alors que le message ultérieurement promu par l'OMS était beaucoup plus conforme à l'évolution des connaissances sur les risques liés à de faibles consommations, ce qui l'avait amenée à promouvoir le message suivant : « *less is better* » (« moins vaut mieux »).

Ces dernières années, le constat que les risques de cancer apparaissaient pour des niveaux de consommation inférieurs aux repères a conduit de nombreux pays à réviser leurs recommandations : Australie (2009), Canada (2011), Grande-Bretagne (2016). En Italie, depuis 2013, le repère pour le risque alcool est fixé à 2 unités pour les hommes et à 1 unité pour les femmes et les personnes de plus de 65 ans. La consommation d'alcool, au moins une fois dans l'année, pour les moins de 18 ans, et l'API même pour un seul épisode dans l'année, sont considérés comme des facteurs de risque.

Ainsi, la dernière recommandation du *Chief Medical Officer* du Royaume-Uni de 2016 fait le point de façon rigoureuse, à partir de la littérature académique internationale, y compris des travaux canadiens et australiens, sur le risque même faible de mortalité résultant de pathologies liées à l'alcool en distinguant consommation journalière et hebdomadaire.

Il en résulte que le risque apparaît à partir d'une consommation hebdomadaire même faible, surtout pour les jeunes.

Graphique n° 5 : évaluation du risque relatif de décès dû à l'alcool en fonction du niveau moyen de consommation en unités d'alcool par semaine au Royaume-Uni (hommes)



Source : *Alcohol guidelines Review. Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers. Janvier 2016*

Le risque est moindre pour les femmes, mais augmente plus rapidement avec la consommation.

S'agissant des repères de consommation en vigueur en France, la Cour a déjà relevé le caractère ambigu des messages des pouvoirs publics, qu'il s'agisse de la notion de consommation « modérée » ou de la référence aux normes du comité d'experts OMS, également reprises par l'Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé (INPES) à partir de 2004³⁶.

³⁶ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2003*, Tome 1. La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme, p. 415-452, janvier 2004, 722 p. *Rapport public annuel 2007*, Tome 2. La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme, p. 225-247, janvier 2007, 343 p. La Documentation française. Disponibles sur www.ccomptes.fr

L'INCa et l'INPES ont appelé, en 2011, à la révision des repères français, à partir d'une synthèse de littérature académique sur les liens entre consommation d'alcool et cancer.

La Haute autorité de santé (HAS) a publié, en 2014, un outil de repérage des consommations à risque pour l'alcool, le tabac et les drogues à destination des professionnels de santé. Il ne s'agit en aucune façon de dire qu'en dessous de ces repères, la consommation serait normale, recommandée ou exempte de risque, mais d'identifier les seuils nécessitant une intervention médicale. C'est pourquoi la HAS a été récemment conduite à relever des procédés tendancieux des producteurs³⁷.

Les repères d'alcool en matière de conduite d'un véhicule peuvent également prêter à confusion dans l'esprit du public, car ils ne correspondent pas au « mésusage » au sens de la santé publique. Ainsi, la quantité d'alcool permettant de rester en dessous de 0,5 g/l est souvent présentée comme étant de 3 verres standards au cours d'un repas, sans tenir compte de facteurs tels que la sensibilité individuelle, le poids, la fatigue ou l'absorption de médicaments. Pour les conducteurs novices, un seul verre peut désormais être à l'origine d'une alcoolémie supérieure au seuil légal de 0,2 g/l depuis le 1^{er} juillet 2015.

Enfin, le fait qu'une consommation modérée d'alcool ait pu être présentée comme protectrice sur le plan cardio-vasculaire a ajouté à la confusion. Si, dans certaines études, le risque relatif de décès par cardiopathie semble inférieur chez les buveurs à faible consommation par rapport aux non-buveurs, cela ne peut conduire à considérer que l'alcool soit, d'une manière générale, protecteur pour la santé. De plus, les études³⁸ demeurent contradictoires, et des critiques sur la méthodologie des publications à l'appui de cette thèse ont été soulevées (temps d'observation, effets à long terme peu documentés).

³⁷ Dans un communiqué commun du 8 décembre 2015, la MILDECA et la HAS, qui a l'intention de donner des suites judiciaires au détournement de ses travaux, ont souligné que la « campagne publicitaire orchestrée par Vin et Société et relayée dans un grand nombre de médias grand public, transforme des repères de consommation à risque nécessitant une prise en charge médicale en "repères pour une consommation acceptable d'alcool" ».

³⁸ CRAIG S SCOTT & al. All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analysis of up to 10 population based cohort. *British Medical Journal*, 2015-350 : h384. BABOR T et al. Alcohol : no ordinary commodity. *Research and public policy*, Oxford University Press, 2010, chapitre 4.

Au total, la question des repères à partir desquels la consommation d'alcool serait nocive reste sujette à controverse, et les messages contradictoires émis par les pouvoirs publics ne contribuent pas à une communication lisible vis-à-vis des professionnels ou du grand public. La réflexion récemment engagée entre l'Institut national du cancer (INCa), l'INPES, la direction générale de la santé (DGS), la mission interministérielle de lutte contre les drogues et pratiques addictives (MILDECA) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) devrait permettre de clarifier ces messages, mais ses conclusions ne sont pas attendues avant 2017. En attendant, l'INPES a suspendu toute communication sur les repères, ceux-ci n'étant utilisés que dans les recommandations destinées aux professionnels de santé et pour les outils d'aide en ligne tels que l'alcoomètre.

B - Des effets mieux connus sur la sécurité publique

Les statistiques du ministère de l'intérieur montrent que l'abus d'alcool se traduit par des actes de violence, en particulier intrafamiliale, des incivilités et des actes criminels ou délictueux, tout en aggravant fortement l'insécurité routière.

1 - Un bilan contrasté des données de sécurité publique

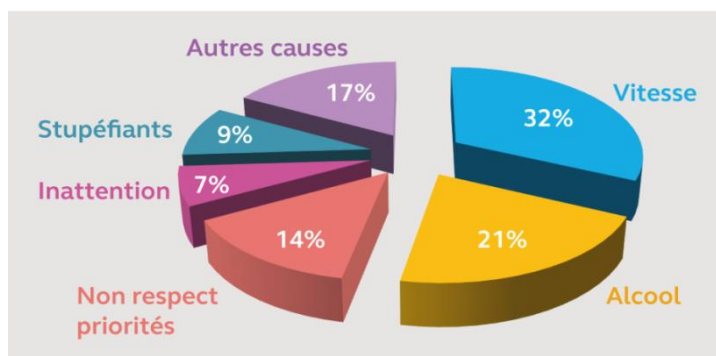
Si en matière de sécurité routière, les acteurs publics sont parvenus à constituer, à partir des données statistiques, un véritable outil au service de la lutte contre l'alcool au volant, ce n'est pas le cas pour les faits de délinquance et de violence dont l'alcool est souvent l'origine.

a) Des données précises en matière de sécurité routière

Les données de l'observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) proviennent principalement de trois sources : le fichier des bulletins d'analyse des accidents corporels ; les études détaillées d'accidents réalisées par l'Institut français des sciences et des technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux et par le Centre européen d'études de sécurité et d'analyse des risques ; enfin, le registre du Rhône, qui met en application les principes de l'épidémiologie.

Outre le suivi des « Accidents, Tués, Blessés » communiqués par les forces de l'ordre à l'ONISR du département où s'est produit l'accident, des statistiques sur l'activité de contrôle de la sécurité routière sont établies selon un rythme hebdomadaire et mensuel. Les infractions liées à l'alcool, à la vitesse, à l'usage des stupéfiants sont recensées dans une autre application dénommée C.V.A. (Contrôle Vitesse Alcoolémie).

Graphique n° 6 : principales causes des accidents mortels en France en 2015



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ONISR

b) Une connaissance moindre de la délinquance liée à l'alcool

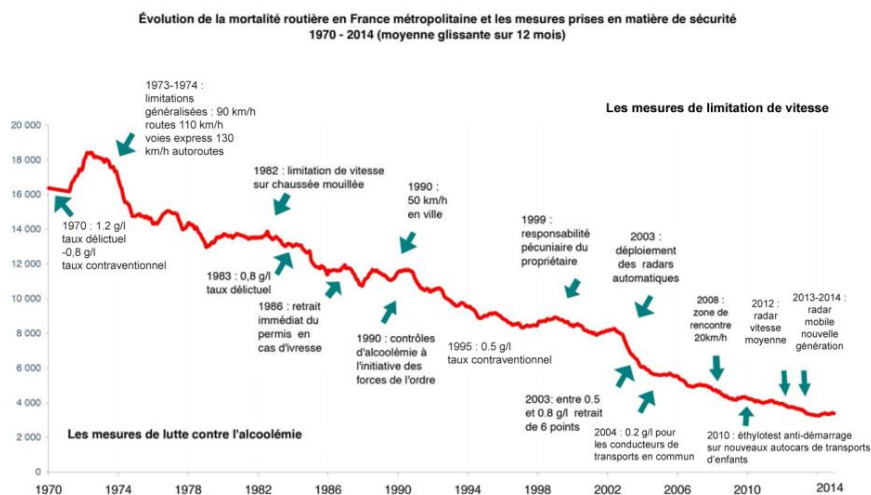
Les statistiques policières sur la mesure de la délinquance sont aujourd'hui principalement issues de l'état 4001, formulaire administratif qui recense certaines infractions constatées et élucidées par les services de police et de gendarmerie. Créé en 1972, cet état mensuel comporte 107 index, dont un seul (l'index 59) est relatif aux débits de boissons et infractions à la réglementation sur l'alcool et le tabac. Il n'intègre cependant aucun indicateur retraçant la délinquance propre à l'abus d'alcool, alors que celle-ci est très fréquemment relevée.

Conscients de ces limites, les pouvoirs publics ont adopté, en septembre 2012, une nouvelle présentation des infractions constatées sous la forme de 14 agrégats. Plusieurs d'entre eux sont nouveaux : l'un est propre aux violences intrafamiliales, notamment conjugales, un autre est consacré à la délinquance routière et un troisième dénommé « comportements portant atteinte à la tranquillité publique » recense les infractions ou incivilités qui, sans être forcément graves, nuisent au quotidien des habitants. Cependant, il manque toujours un instrument de mesure de l'impact de l'alcool sur les faits de violence.

2 - Les conséquences de la conduite en état alcoolique

La loi du 1^{er} octobre 1970 a rendu obligatoire le contrôle de l'alcoolémie après un accident ou la constatation d'une infraction. Le seuil était alors fixé à 0,8 g/l pour la contravention et à 1,2 g/l pour le délit. Il a été abaissé en 1995 à 0,5 g/l pour les contraventions. L'alcool est la deuxième cause d'accidents mortels après la vitesse : il est responsable de 25 à 30 % en moyenne des accidents mortels et de 50 % environ des délits routiers.

Graphique n° 7 : évolution de la mortalité routière et des mesures de sécurité routière depuis 1970



Source : Délégation à la sécurité et à la circulation routière

Comme le montre le graphique ci-dessus, trois périodes peuvent être distinguées. À partir des années 1960, le nombre de personnes tuées sur les routes augmente de manière continue pour culminer à plus de 18 000 décès en 1972. Il recule ensuite de manière continue à un taux supérieur à 2 % par an pour atteindre 4 275 en 2008. De 2008 à 2012 il se contracte moins vite pour se situer en 2010 sous le seuil des 4 000 morts. Cependant dans la période récente, la mortalité routière est repartie à la hausse (+ 3,5 % entre 2013 et 2014, soit 116 décès et 2 441 blessés de plus). En 2015, le nombre de tués pour cause d'alcoolémie a atteint 1 039. Le bilan est plus inquiétant encore dans les départements d'outre-mer avec 173 tués de plus en 2014 par rapport à 2013, soit une hausse de 9,5 %.

Par ailleurs, il a été constaté que des mesures telles que le retrait immédiat de permis en cas d'ivresse ou la mise en place de contrôle d'alcoolémie ont eu un effet positif sur la réduction de l'accidentalité. On note également que le déploiement des radars automatiques a été, de toutes les mesures destinées à lutter contre les excès de vitesse, la plus efficace, mais cette mesure n'est malheureusement guère transposable à la lutte contre l'alcoolémie au volant, sauf sous forme d'une multiplication des contrôles routiers.

3 - Le lien entre alcool et violence

L'appréhension du rôle de l'alcool est plus diffuse dans les cas d'atteinte aux personnes. En effet, l'alcool n'est pas un élément constitutif de l'infraction mais une cause ou une circonstance de sa commission. En outre, dans nombre de cas, les causes peuvent s'avérer multiples (par exemple, poly-consommation d'alcool et de stupéfiants). En l'absence d'infraction, la consommation d'alcool en tant que telle ne peut être évaluée par les forces de l'ordre, hormis lors des opérations de sécurité routière. Pour autant, celles-ci indiquent de manière empirique que près de 70 % des violences et agressions seraient consécutives à un abus d'alcool. Une étude réalisée, en 2013, par les directions générales de la police nationale et de la gendarmerie nationale, à partir d'un échantillon de 146 morts violentes au sein du couple, montre que la présence d'alcool dans le sang a été constatée dans plus de 30 % des affaires. Cette étude relève par ailleurs une alcoolisation des victimes à hauteur de 23,3 %, avec une proportion de 17,8 % des affaires pour lesquelles l'alcoolisation des deux membres du couple est avérée.

La corrélation entre alcool et actes de violence (violences intrafamiliales, délits sexuels, mauvais traitements à enfants, délinquance des mineurs) n'est pas précisément documentée, et les recherches cliniques et épidémiologiques sur ce thème sont rares.

Afin d'y remédier, la MILDECA a demandé à une équipe de recherche de l'université de Grenoble de réaliser une étude permettant d'éclairer les liens entre alcool, stupéfiants et violences dans les procédures judiciaires. Les résultats de cette étude sont attendus dans le courant de l'année 2016.

Les enquêtes « cadre de vie et sécurité » (CVS), réalisées conjointement par l'Insee et l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), apportent aussi des éléments d'analyse probants sur le rôle de l'alcool et des drogues dans les violences. Celle portant sur la période 2010-2012 a ainsi établi que 19 % des personnes de

14 ans et plus considèrent que les violences physiques qu'elles ont subies, au cours des deux années précédentes, sont le fait d'une personne sous l'emprise de l'alcool au moment des faits. Cette part est estimée à un peu plus de 11 % pour les insultes.

IV - Le difficile équilibre à trouver entre les enjeux économiques, la santé et la sécurité

Alors que les effets négatifs des consommations nocives d'alcool sont réels quoiqu'encore largement sous-estimés aujourd'hui, il n'existe pas de consensus sur la nécessité de développer une politique publique spécifique en matière d'alcool. La filière de production met en avant son rôle dans l'économie et dans la vie en société, et les autorités sanitaires les risques liés aux consommations nocives. Communiqués de presse, recours devant les deux ordres de juridiction, campagnes de communication se répondent au gré de l'actualité. Ce fort clivage est globalement réducteur. Il néglige l'impact économique de la morbidité et laisse irrésolues quelques contradictions substantielles.

1 - Des filières influentes

Le secteur des boissons alcoolisées s'appuie sur des groupes d'intérêt très présents auprès des institutions européennes et nationales.

a) Des relais nombreux

Au niveau européen, la présence des groupes d'intérêt de l'alcool au sein des institutions européennes est bien établie, et leur influence sur la législation européenne est grande. Ainsi, selon *Eurocare*³⁹, plus de 360 amendements parlementaires ont été déposés au début de 2015 à leur instigation lors de la discussion d'un plan européen d'encadrement des effets néfastes de l'alcool.

³⁹ La « *European Alcohol Policy Alliance* », ou *Eurocare*, regroupe plusieurs associations non gouvernementales intervenant dans le domaine de l'alcool.

Au niveau national, les associations de producteurs constituent des groupes organisés, qui s'adressent à la fois aux différentes administrations centrales et aux parlementaires.

Trois groupes de producteurs peuvent être distingués : les représentants de la filière viticole, les brasseurs et les producteurs de spiritueux.

La filière viticole est représentée par l'association « Vin et Société », appuyée par deux associations d'élus issus notamment des 80 départements producteurs : le Groupe d'études de la vigne et du vin du Sénat et l'Association nationale des élus de la vigne et du vin. En 2004, la création d'un conseil de modération de prévention (CMP) donnait aux producteurs un droit de regard sur les campagnes contre l'alcoolisme. Ceux-ci regrettent que ce conseil ait été supprimé depuis.

Les producteurs interviennent également, notamment pour s'opposer à la réglementation de la publicité, via l'association « Entreprise et prévention », créée en 1990 et rebaptisée en 2015 « Avec modération ! », qui réunit les principaux producteurs français (Pernod Ricard, LVMH, BSN) soucieux de mettre en avant les consommations responsables.

Pour ce qui est des autres producteurs, outre leurs fédérations professionnelles et les coopérateurs, de nombreuses structures associatives ou professionnelles mènent des actions de lobbying en faveur de certaines boissons alcoolisées, comme l'association « Brasseurs de France » pour la bière.

Les courtiers sont regroupés dans la Fédération nationale des courtiers en vins et spiritueux de France, les négociants sont représentés par l'UMvin, les cafés et restaurants par l'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie (UMIH) et le Syndicat national des hôteliers restaurateurs cafetiers traiteurs (SYNHORCAT). Les commerçants distributeurs sont regroupés en plusieurs fédérations professionnelles parmi lesquelles la Fédération nationale des cavistes professionnels (2 500 cavistes) et les professionnels de la publicité.

La Fédération des exportateurs de vins et spiritueux de France compte 550 membres, à l'origine de 85 % des exportations françaises. Il existe également une Organisation internationale de la vigne et du vin.

b) Des stratégies d'influence

Cette influence s'exerce par des messages simples constamment répétés. Le premier message est culturel, le vin faisant désormais partie du patrimoine culturel et gastronomique de la France, reconnu en droit français et par l'UNESCO. Le deuxième est économique, insistant sur le rôle essentiel pour la France de la filière vitivinicole en termes d'emploi, de valeur ajoutée et d'exportation. Le troisième vise à dénoncer la législation relative à la publicité en faveur des boissons alcooliques comme l'une des plus restrictives au monde, ce qui pénalise la filière viticole française face à des concurrents en croissance (Espagne, Italie).

Mais c'est surtout par les messages publicitaires que l'influence du secteur auprès du public s'exerce. En 2015, les 721 annonceurs de boissons alcoolisées ont dépensé plus de 280 M€ pour la publicité : la bière arrive en tête, suivi du vin et des whiskys, les champagnes et mousseux fermant la marche. La presse écrite bénéficie du budget le plus important (78,9 M€), loin devant la radio (24,7 M€). La publicité à l'international (2^{ème} budget avec 69 M€) est en léger recul. Internet est en pleine expansion (+ 45,2 %) soit 177,5 M€ en 2014.

2 - Des acteurs publics en position de faiblesse

À la différence de nombre de ses partenaires européens, la France n'a pas choisi de mettre en œuvre un programme de lutte contre les consommations nocives d'alcool, mais a privilégié une approche globale de lutte contre les drogues et pratiques addictives.

Les plans alcool à l'étranger

Au Royaume-Uni, le plan en cours (*Alcohol strategy 2012*) énonce des axes d'action prioritaires déclinés en actions nationales et locales. La stratégie norvégienne fait l'objet d'un Livre blanc. La Suède rassemble, depuis 2001, les mesures relatives à l'alcool dans des plans nationaux, le dernier en date (2006-2010) étant intégré à un plan global addictions, mais permettant d'individualiser des mesures spécifiques. L'Italie s'est également dotée d'un plan alcool depuis 2007, le 3^{ème} (2015-2018) débutant actuellement.

Dès lors, le manque d'objectifs et d'indicateurs précis et leur dispersion ont jusqu'à présent privé les acteurs de santé d'une « feuille de route » intégrée qui engagerait les pouvoirs publics.

Ainsi, au cours des dernières années, différents objectifs ont été déclinés, dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dans les plans cancers, ou encore dans les plans de santé en faveur des jeunes ou des femmes enceintes, en dernier lieu dans les trois plans successifs de lutte contre les addictions. L'impact de ces plans, se chevauchant souvent dans le temps, parfois non reconduits, rarement accompagnés d'objectifs quantifiés, généralement sans modalités d'évaluation prévues au départ, est, pour ces raisons, difficile à apprécier, notamment pour ce qui est de leurs effets sur la consommation ou les dommages liés à l'alcool.

L'alcool dans les plans successifs de santé publique

La loi de santé publique de 2004 fixait l'objectif de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %, et de « réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance ». Le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool » 2004-2008 est élaboré en même temps.

Le plan périnatalité 2005-2008 comporte des objectifs en lien avec l'alcool pendant la grossesse. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2010 crée les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour regrouper les structures de prise en charge. Le plan « Santé des jeunes » 16-25 ans de 2008 prévoit notamment de développer les consultations jeunes consommateurs au sein des CSAPA.

Les plans cancer successifs ont inclus des objectifs relatifs à la consommation d'alcool. Le premier (2003-2007) contient des avertissements sanitaires et des actions de formation et d'information grand public. Dans le second plan (2009-2013) deux actions portent sur les avertissements des emballages et le renforcement de l'aide aux personnes en difficulté. Le troisième (2014-2019) comporte un objectif de diminution des cancers liée à l'alcool (objectif 11).

Enfin, le récent plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017) comporte plusieurs mesures centrées sur l'alcool : mobilisation des pairs parmi les jeunes, intégration de l'alcool dans les plans de contrôle des préfets de département ; actions à destination des établissements d'enseignement supérieur pour mieux accompagner les organisateurs des soirées étudiantes ; renforcement des actions destinées à prévenir l'alcoolisation des mineurs sous main de justice ; renforcement de la prévention collective, notamment au travers de la médecine du travail ; mesures de prévention vis-à-vis des femmes enceintes. Il prévoit également de favoriser la recherche, notamment sur les API et les nouvelles stratégies. Ce plan stratégique est décliné en deux plans d'actions 2013-2015 et 2016-2017 comportant plus de 130 actions pour lesquelles la MILDECA est pilote, co-pilote ou partenaire, le suivi reposant notamment sur un « comité permanent » réunissant toutes les administrations concernées.

Si ces plans ont permis de renforcer l'action publique de lutte contre les consommations nocives d'alcool, leur dispersion a nui à la cohésion de la stratégie de santé publique, en faveur de laquelle les arbitrages sont souvent défavorables.

3 - Un consensus qui reste à établir pour construire une politique

Un certain nombre de sujets relatifs aux consommations nocives d'alcool font dans notre pays l'objet de controverses qui nuisent à l'action publique et à l'infléchissement des comportements.

Le bilan économique global des consommations nocives d'alcool n'est pas posé de manière sereine, les uns cherchant à montrer que les recettes fiscales liées à l'alcool excèdent les coûts de prise en charge par l'assurance maladie, les autres soulignant qu'il faut tenir compte des pertes de productivité de l'économie, des dépenses de prévention et de santé, des pertes de qualité de vie pour les malades et leur entourage, des coûts d'intervention des forces de sécurité et autres.

Les affrontements sont récurrents entre l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)⁴⁰ ou la Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique (CAMERUP) et l'association « Avec modération ! » qui réunit les principaux producteurs d'alcool. Il en est de même, en matière de sécurité routière, entre la ligue contre la violence routière, qui met prioritairement l'accent sur les dangers de la vitesse, et 40 millions d'automobilistes, qui met en avant les dangers de la conduite en état alcoolique.

La mesure de la modération en matière de consommation d'alcool est un objet de dissensus. Alors que le secteur de production estime que les repères de consommation usuels (2 verres standards par jour pour les femmes, 3 pour les hommes et 4 en une seule occasion, et abstinence complète pour les femmes enceintes) peuvent être considérés comme des niveaux acceptables de consommation, des études⁴¹ ont montré que le risque existait aussi dans l'hypothèse d'une consommation régulière et non

⁴⁰ L'ANPAA est une association loi de 1901, reconnue d'utilité publique et agréée d'éducation populaire, implantée sur l'ensemble du territoire national, avec ses 100 comités territoriaux et ses 22 comités régionaux.

⁴¹ Les recommandations les plus récentes sur ce sujet émanent du Royaume-Uni : sur la base d'une revue de la littérature publiée depuis 1995, des recommandations en vigueur en Australie et au Canada, le ministère de la santé conclut au fait qu'il y a des preuves plus solides qu'auparavant sur le risque accru de cancers en lien avec une consommation, même faible, d'alcool. *Alcohol guidelines Review. Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers*. Janvier 2016.

excessive, même s'il dépend en partie de facteurs individuels de vulnérabilité, liés au métabolisme de chacun. La volonté de mieux connaître la prévalence de ces risques tarde à s'imposer, et les conséquences sanitaires des consommations nocives sont largement sous-estimées.

Les champs d'investigation, les orientations et les résultats de la recherche clinique et épidémiologique font polémique, chaque camp cherchant à en tirer des conséquences opposées. Facteur supplémentaire de complexité, les producteurs eux-mêmes contribuent au financement de la recherche et des publications sur les effets de l'alcool au travers de l'Institut de recherche scientifique sur les boissons (IREB) puis de la Fondation pour la recherche en alcoologie, créée en 2015 et abritée à la Fondation de France⁴².

Le caractère héréditaire de la dépendance fait également débat. Des travaux de recherche se sont intéressés au rôle possible des facteurs génétiques dans la vulnérabilité à la dépendance. Des facteurs génétiques exposant au risque de développer une dépendance ont pu être mis en évidence dans le cadre d'études conduites sur des familles. De même, des facteurs génétiques peuvent être responsables, en partie, de variations individuelles dans le métabolisme de l'alcool. Toutefois, à ce jour, aucun gène de prédisposition à l'addiction n'a été identifié, cette transmission étant complexe et multigénique. Les recherches actuelles portent sur des phénotypes (expressions des caractéristiques visibles d'un individu) plus précis ainsi que sur les interactions gène environnement.

On retient aujourd'hui de travaux récents que l'exposition à l'alcool à un stade précoce du développement - pendant l'adolescence, la préadolescence, voire *in utero* - augmente le risque de devenir dépendant et que les facteurs sociaux, familiaux ou encore la facilité à consommer jouent un rôle important. Une étude récente démontre que faire goûter de l'alcool à un enfant facilite l'initiation de la consommation à l'adolescence et l'entrée dans un comportement d'alcoolisation ponctuelle importante (API)⁴³.

Le rôle social de l'alcool est également ambigu : alors qu'il participe sans conteste à la convivialité et à un certain art de vivre à la française, il est aussi source de violence et de délinquance, y compris sur les routes ou envers les personnes fragiles, les femmes ou les enfants.

⁴² L'IREB, en voie de dissolution, était financé par Bacardi Martini France, Brasseries Kronenbourg, HEINEKEN France, Rémy Cointreau, Pernod Ricard.

⁴³ Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. Chapitre 15, données génétiques sur la dépendance et la vulnérabilité. Expertise collective, Inserm, 2003.

Enfin, si la baisse de la consommation globale constitue un élément très positif, constaté aussi dans d'autres pays, elle peut conduire à accréditer l'idée que les pouvoirs publics pourraient n'agir que sur les publics les plus à risques. Or les résultats obtenus par les pays les plus avancés en matière de santé publique, comme les observations des organisations internationales (OMS, OCDE) sur la France conduisent à ne pas limiter l'intervention publique à ces seuls publics. Une action forte en direction de la population générale est nécessaire, non seulement parce qu'elle n'est pas exempte de risques mais aussi parce que l'action de santé publique sera plus efficace sur une population large de buveurs modérés.

CONCLUSION

Alors qu'une étude estime à 49 000 les morts attribuables annuellement à l'alcool et que l'OFDT évalue à 3,4 millions les consommateurs à risque, notre pays présente une situation préoccupante. Il est maintenant établi que le risque de cancer existe, y compris dans le cas d'une consommation modérée et régulière, ce qui signifie qu'en termes de santé publique on ne saurait se limiter à prendre en compte les femmes enceintes, les jeunes et les alcoolo-dépendants. Les 8,8 millions de buveurs réguliers qui absorbent 75 % de la quantité d'alcool consommée doivent être sensibilisés aux conséquences de leurs habitudes de consommation. La part exacte de l'alcool dans la morbi-mortalité spécifique doit à cet égard être mieux documentée qu'elle ne l'est actuellement, notamment pour ce type de consommation.

Par ailleurs, compte tenu de l'absence d'approche consensuelle entre les acteurs de la santé, de la sécurité publique, de la justice, de l'économie et les représentants des citoyens et de la société civile, il revient aux pouvoirs publics d'afficher des objectifs clairs et partagés par toutes les administrations concernées, sur la base d'une culture scientifique commune qui soit documentée de façon indépendante des groupes d'intérêts. Telle a bien été l'approche adoptée par plusieurs pays étrangers, qui ont su définir, à partir de données appropriées, des programmes spécifiques d'action, les mettre en œuvre dans la durée et les évaluer périodiquement. Ces programmes, visant à la fois les consommateurs réguliers et les groupes les plus à risque, ont permis par exemple en Suède d'anticiper et de maîtriser les conséquences sur la consommation de l'ouverture au marché européen en 1995 et de l'irruption de l'internet au tournant de l'an 2000.

Chapitre II

Une action publique qui peine à agir sur les comportements

L'évaluation menée par la Cour a consisté à examiner les objectifs et résultats dans la durée des différentes composantes de l'action publique et leur contribution à l'inflexion des comportements en matière de consommations nocives d'alcool.

Sont successivement analysées la réglementation de la distribution qui tarde à s'adapter à l'évolution des habitudes de consommation, la fiscalité, qui a une finalité ni économique ni comportementale, la chaîne de contrôle et de sanction qui est très complexe et a un rendement décroissant, la prévention qui n'est encadrée par aucun outil de mesure de son efficacité et les prises en charge sanitaires qui sont tardives et coûteuses pour la sécurité sociale.

I - Une réglementation de la distribution en décalage par rapport à l'évolution des habitudes de consommation

L'achat de boissons alcoolisées est facilité en France par un réseau de distribution très large, régi par des règles qui ne sont plus adaptées aux évolutions des modes de commercialisation et d'achat, une réglementation de la publicité en trompe-l'œil, un encadrement peu contraignant des groupes de pression et une fiscalité sans objectifs clairs.

A - Une réglementation qui ne prend pas en compte l'évolution du marché

La distribution des boissons alcoolisées se répartit selon l'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie (UMIH) en trois marchés : la vente à emporter (grande distribution, supérettes, épiceries de nuit) qui représente 60 % des ventes, la vente à consommer sur place (hôtels, cafés, restaurants et discothèques) qui en représente 30 % et la vente temporaire ou marché « alternatif » (collectivités et associations, transports, traiteurs, etc.). Le guide des débits de boissons élaboré par le ministère de l'intérieur reconnaît un régime moins restrictif pour la vente à emporter, pourtant devenue majoritaire en termes de parts de marché, par rapport à celui de la vente à consommer sur place.

Ce nouveau positionnement de la vente à emporter est lié au fait que les supermarchés constituent, pour l'essentiel des quantités vendues, le moyen le plus aisé de se procurer de l'alcool, notamment pour les mineurs, les contrôles étant souvent réduits et les prix pratiqués largement inférieurs à ceux des débits de boissons à consommer sur place. De plus, les professionnels estiment que les licences temporaires, délivrées par les maires, sont dix fois plus nombreuses que les licences permanentes (400 000 contre 40 000).

L'accès aux boissons alcoolisées est favorisé aujourd'hui par la multiplication des débits de boissons à emporter ou temporaires, que la réglementation ne parvient plus à maîtriser.

1 - Un régime de quotas devenu inopérant

La règle dite « des quotas » définie à l'article L. 3352-1 du code de la santé publique interdit l'installation d'un débit de boissons dans les communes où le total des établissements dépasse la proportion d'un débit pour 450 habitants. Le préfet peut par ailleurs créer, par voie d'arrêté, des zones protégées où aucun nouveau débit de boissons à consommer sur place ne doit être implanté.

Ces règles ne s'appliquent cependant ni aux transferts ni aux ventes à emporter ou sur internet. Les détenteurs de licences à emporter peuvent ainsi s'installer indifféremment en tout lieu de la commune et en nombre illimité.

La loi du 29 décembre 2010 de finances rectificative pour 2010 a supprimé l'obligation de déclaration fiscale à laquelle étaient jusqu'alors soumis les débits de boissons. Le principe de double déclaration administrative et fiscale avait permis jusqu'alors à la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) de renseigner une base de données sur le nombre de licences en circulation. Depuis 2011, il n'est plus réalisé de suivi centralisé.

Il revient désormais aux communes d'enregistrer les déclarations administratives des établissements vendant des boissons alcooliques (art. L. 3332-3 à L. 3332-4-1 du code de la santé publique) et toute modification intervenue dans leur situation (mutation, translation, transfert), mais peu d'entre elles ont été en mesure de poursuivre les recensements sur leurs territoires.

L'ordonnance du 17 décembre 2015 portant simplification de certains régimes d'autorisation préalable et de déclaration des entreprises et des professionnels a simplifié les règles de délivrance des licences. Il n'en existe plus que deux catégories : les licences 3 (licence restreinte) et 4 (grande licence). Selon l'UMIH, cet assouplissement aura pour effet d'élargir encore les ventes d'alcool par les débits de boissons temporaires.

Cet ensemble d'assouplissements a rendu la règle des quotas quasiment impossible à faire respecter. Les données sollicitées auprès des préfetures par le ministère de l'intérieur montrent que seules 34 préfetures sur 101 ont été en mesure de dénombrer les licences en circulation dans leur département.

2 - Un système de formation inadapté

Si la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a introduit une obligation de formation pour la vente de boissons alcooliques à emporter, elle vise les seuls candidats à la vente de boissons alcooliques entre 22 heures et 8 heures du matin : un commerçant vendant de l'alcool à emporter entre 8 heures et 22 heures échappe donc à cette obligation. De plus, cette formation⁴⁴ est constituée d'enseignements d'une durée de sept heures, bien moins importante que pour celle des exploitants des débits de boissons à consommer sur place (20 heures).

⁴⁴ Dispositions du II de l'article R. 3332-7 du code de la santé publique.

Les débits de boissons temporaires ne sont soumis à aucune obligation de formation. Leur méconnaissance de la législation conduit pourtant à de nombreux excès, souvent dénoncés localement, comme les alcoolisations ponctuelles importantes.

Qualifiée « *d'autorisation d'ouverture* », la formation dispensée aux candidats à une licence (vente à emporter ou à consommer sur place) constitue en fait une simple attestation de présence et non une attestation d'aptitude : les organismes chargés de les délivrer ne disposent d'aucun moyen de disqualifier les candidats n'ayant manifestement pas acquis les notions de base.

3 - Des contrôles insuffisamment ciblés et mal acceptés

Le positionnement des maires est délicat, partagés qu'ils sont entre l'attractivité de leur commune, l'aménagement d'espaces conviviaux pour leurs concitoyens et le devoir d'assurer le bon ordre, la tranquillité, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques. S'agissant des autorisations délivrées à des buvettes pour des événements festifs, sportifs, associatifs ou commerciaux, le maire ne peut en délivrer que cinq par an et par association, mais le suivi de ce décompte est rarement effectué et les contrôles restent très limités.

a) Des contrôles qui portent surtout sur les ventes sur place

Les contrôles de la gendarmerie nationale sont passés, selon les données de la direction générale (DGGN), de 1 028 en 2009 à 704 en 2015, soit une baisse de 31,5 %. Selon les informations recueillies auprès d'un échantillon de 51 directions départementales de la sécurité publique, les contrôles effectués auprès des débits de boissons ont au contraire doublé entre 2009 et 2014, passant de 4 000 environ en 2009 à environ 8 000 en 2014. Mais, bien que les contrôles sur les établissements de vente à emporter aient enregistré une croissance plus forte que pour les établissements de vente à consommer sur place, ceux-ci restent limités au regard de leur nombre.

Graphique n° 8 : répartition des contrôles de débits de boissons sur place et à emporter en zone police nationale



Source : Cour des comptes d'après les données recueillies auprès de 51 directions départementales de la sécurité publique (DDSP)

Les forces de l'ordre se heurtent, dans l'exercice de leurs contrôles, à de nombreuses difficultés, dont la principale tient à l'acceptabilité sociale de leur intervention. Elles sont démunies pour faire face avec retenue à un grand nombre de personnes alcoolisées sur un espace restreint où les débits de boissons sont soumis à des heures de fermeture différentes, notamment lors de soirées étudiantes.

En outre, intervenant essentiellement la nuit, les contrôles nécessitent l'emploi de personnels décalés en horaires et affectés ordinairement à d'autres missions. Le défaut de coordination entre préfectures, services de police, municipalités et tribunaux constitue un frein supplémentaire. Ces personnels doivent également avoir été formés à l'extrême diversité des textes applicables aux débits de boissons. Les forces de l'ordre éprouvent par ailleurs de réelles difficultés à constater les infractions et à prouver la responsabilité des débitants de boissons, en dehors des cas de flagrant délit.

b) Des contrôles encore insuffisants sur les ventes aux mineurs

L'accès des jeunes aux boissons alcoolisées est aujourd'hui largement facilité, que ce soit par les prix de la grande distribution ou par l'amplitude horaire des ventes, souvent mal respectée par les petits commerces, et notamment les épiceries de nuit.

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, la vente d'alcool aux mineurs est interdite, ainsi que les offres à titre gratuit de boissons alcoolisées dans les débits de boissons, les commerces ou lieux publics.

L'OFDT a publié en septembre 2013, quatre ans après l'adoption de la loi HPST, un rapport⁴⁵ montrant que l'application de la loi restait très imparfaite. Seuls 60 % des débitants s'y conforment en refusant systématiquement la vente d'alcool aux mineurs. L'OFDT montre, à partir d'éléments d'analyse qualitatifs, l'existence de stratégies de contournement de la loi leur permettant de passer outre l'interdiction de vente. Selon des données déclaratives de 2012, les trois quarts des dirigeants et la moitié des employés indiquaient que leur établissement n'avait pas été contrôlé pour la vente d'alcool aux mineurs au cours des cinq dernières années. Cette proportion reste importante, même si elle a diminué depuis 2005 (84 % des responsables et 69 % du personnel déclaraient n'avoir été l'objet d'aucun contrôle).

L'article 12 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit un durcissement de la réglementation : sanctions contre l'incitation à « consommer de l'alcool de manière excessive » lors d'un bizutage ; interdiction de la vente de jeux ou objets qui font la promotion de la consommation excessive d'alcool ; obligation d'inclure un volet « jeunes et consommation excessive d'alcool » dans les campagnes d'information et surtout obligation pour la personne qui délivre des boissons alcooliques d'exiger une preuve de majorité.

B - Des remises en cause successives de la loi Évin

La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (dite « loi Évin ») a longtemps constitué au plan international le modèle de référence en matière de restrictions à la publicité en faveur des boissons alcooliques. Les modifications successives en ont amoindri l'efficacité.

1 - De faibles contraintes européennes

Au-delà des orientations fixées dans la stratégie de lutte contre les dommages liés à l'alcool (2006-2012) ou le plan d'action sur les jeunes (2014-2016), l'Union européenne n'a pas adopté de texte général et les États membres demeurent souverains en ce qui concerne leur politique de santé publique.

⁴⁵ DIAZ GOMEZ, Cristina, LERMENIER, Aurélie et MILHET, Maitena. *Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs*, Saint-Denis, OFDT, 2013.

Deux textes font néanmoins référence : une recommandation 2001/458/CE du Conseil, du 5 juin 2001, relative à la consommation d'alcool chez les jeunes et encadrant la promotion, la commercialisation et la vente des produits alcoolisés et une directive 2007/65/CE du Parlement européen et du Conseil du 11 décembre 2007 qui définit des règles en matière de publicité à la télévision pour les boissons alcoolisées.

Une enquête de l'OMS Europe menée en 2012 sur l'alcool et la santé montre que des restrictions nationales juridiquement contraignantes en matière de publicité pour les boissons alcoolisées et de placement des produits existent respectivement dans 89 % et 68 % des États membres.

La rigueur de la réglementation varie entre les États membres, allant de l'interdiction totale (Finlande) à des restrictions sur le contenu et le volume de publicité, en fonction des types de boissons et de médias. En général, les publicités à la télévision et à la radio sont plus strictement réglementées que celles diffusées dans les nouveaux médias.

2 - Une loi de référence constamment attaquée

La France s'était dotée, en 1991, d'un texte cité en exemple en Europe, en raison des limitations claires apportées aux ventes aux mineurs et à la publicité sur l'alcool. Elle établissait, pour la première fois, l'interdiction de vente de toute boisson alcoolique aux moins de 16 ans dans les commerces de vente à emporter et encadrait, sans l'interdire, la publicité des boissons alcooliques. Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, avait souligné que de telles restrictions reposaient sur un impératif de protection de la santé publique, principe de valeur constitutionnelle.

La publicité est, en effet, un facteur explicatif de l'initiation à la consommation d'alcool chez les jeunes non-buveurs, puis de l'augmentation des quantités consommées. Des études ont souligné l'importance de la publicité dans la formation des attitudes de la jeunesse, de leur perception et de leur comportement liés à l'usage de l'alcool. (Grube and Waters 2005). Or, cette loi n'a cessé depuis sa promulgation d'être remise en cause. Dès 1999, le rapport Berger⁴⁶ soulignait l'affaiblissement de certaines de ses dispositions par des textes ultérieurs et mettait notamment en évidence la puissance des publicitaires.

⁴⁶ La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation, sous la présidence de Guy Berger, Conseil national de l'Évaluation, Commissariat général du Plan Octobre 1999.

L'autorisation donnée aux groupements sportifs de vendre de l'alcool a été introduite en 1999⁴⁷. Le durcissement des conditions de vente introduit dans la loi HPST du 21 juillet 2009 a été accompagné par un encadrement de la publicité en faveur de l'alcool sur internet. La loi précise en effet que cette publicité est autorisée « sous réserve qu'elle ne soit pas intrusive, exclut toute publicité en faveur des produits alcooliques sur les sites destinés à la jeunesse, dédiés au sport et/ou à l'activité physique ». Comme pour tous les autres supports autorisés, elle prévoit l'obligation de l'accompagner d'un message sanitaire « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » dont le contenu doit être encadré. Malgré ces limitations, le développement de la publicité sur internet a contribué à l'augmentation de la consommation des jeunes, selon plusieurs études⁴⁸.

Un nouvel assouplissement de la loi Évin au nom de la défense des terroirs et de l'œnotourisme a été introduit par l'article 13 de la loi de modernisation de notre système de santé⁴⁹. Le Parlement et le Gouvernement n'ont pas été sensibles aux vives réactions qu'avait suscitées la première présentation de l'amendement dans le projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques que le Conseil constitutionnel avait finalement considéré comme un cavalier législatif. Ces réactions publiques émanaient de la présidente de la MILDECA, du directeur général de l'INPES, de la présidente de l'INCa et de l'ensemble des sociétés savantes qui avaient estimé que « rien dans le texte de l'amendement ouvrant ces exceptions n'exclut les contenus incitatifs à la consommation et les supports destinés à la jeunesse ».

Le débat rebondit dans le domaine du sport professionnel, puisque le rapport remis le 19 avril 2016 au secrétaire d'État aux sports propose un assouplissement de la loi Évin en faveur des enceintes sportives.

⁴⁷ Autorisation qui est donnée par le maire et non par le préfet, ce qui facilite son obtention et limite son contrôle.

⁴⁸ L'impact de la publicité sur la consommation des jeunes est largement documenté, notamment dans l'expertise collective réalisée par l'Inserm et publiée en décembre 2013 « Conduites addictives chez les adolescents, Usages, prévention et accompagnement ».

⁴⁹ L'article est ainsi rédigé : « Art. L. 3323-3-1. – Ne sont pas considérés comme une publicité ou une propagande, au sens du présent chapitre, les contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références relatifs à une région de production, à une toponymie, à une référence ou à une indication géographique, à un terroir, à un itinéraire, à une zone de production, au savoir-faire, à l'histoire ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée au titre de l'article L. 665-6 du code rural et de la pêche maritime. »

3 - Des règles contournées par les marques

Malgré l'existence d'un cadre législatif strict, les marques d'alcool mettent en œuvre des campagnes publicitaires pour promouvoir leurs produits et utilisent des messages et supports de communication variés. Le contenu des publicités joue sur plusieurs représentations positives à destination des publics visés visant à influencer la consommation.

Les marques d'alcool mobilisent tous les supports, qu'ils soient traditionnels (affichages de rue, publicités dans la presse, etc.), originaux (emballage attractif, placements de produits, présentoirs dans les hypermarchés, promotions, etc.) ou numériques (internet, réseaux sociaux, etc.).

Au cinéma, alors que la publicité pour l'alcool est interdite depuis la loi Évin, comme la publicité à la télévision pour les boissons comprenant plus de 1,2 degré d'alcool, les marques d'alcool restent très présentes dans le contenu des œuvres. De même, la publicité en faveur de l'alcool est limitée à la presse à destination des adultes, mais celle-ci peut toucher un public jeune, comme, par exemple, les magazines de musique ou de cinéma.

Les marques se servent de plus en plus des nouveaux médias pour développer leur publicité : sur les réseaux sociaux ou via des bandeaux publicitaires sur des sites majoritairement fréquentés par des jeunes, aucune limitation particulière n'étant imposée par la loi. Elles cherchent à s'adapter aux différents publics-cibles, notamment en fonction de l'âge et du sexe. C'est pourquoi elles adoptent un « marketing du genre » proche de celui des fabricants de tabac. Les leviers de communication sont alors divers : le paquetage, la typographie, les codes couleur, la recette, la contenance et surtout le ton du message.

Les jeunes, qui représentent les consommateurs réguliers de demain, constituent une cible volatile dont les cycles d'adhésion sont courts. Les opérations de marketing qui leur sont destinées doivent donc être souvent renouvelées et adaptées en permanence aux nouveaux modes de communication.

Si la loi interdit à une marque d'alcool de parrainer directement un établissement d'enseignement supérieur, leur publicité n'en est pas moins présente sur les lieux de rassemblements festifs organisés par des grandes écoles. Certaines marques fournissent aux bureaux des élèves de l'alcool à des prix défiant toute concurrence, ainsi qu'une aide matérielle pour organiser des soirées. Ce phénomène est davantage encadré depuis l'interdiction, par la loi HPST du 21 juillet 2009, de l'offre de boissons alcooliques à titre gratuit à volonté ainsi que leur vente à titre principal contre une somme forfaitaire. Les marques parrainent également les grands événements publics musicaux, via des stands, la fourniture de produits dérivés assurant un rappel visuel subtil des marques sans affichage direct, ou en créant des « marques et plateformes alibis ».

Les contournements de la loi portent sur les supports utilisés et le contenu des messages publicitaires.

S'agissant des supports, les messages électroniques (courriels, messages instantanés sur les réseaux sociaux et SMS) ne sont pas considérés comme entrant dans la catégorie des messages de l'article L. 3323-2 du code de la santé publique. Ils devraient y être intégrés, sous réserve de respecter les règles de la publicité définies dans la loi du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique (LCEN). Cette même loi interdit la publicité pour l'alcool sur les sites sportifs ou destinés à la jeunesse, mais l'édition numérique destinée à la jeunesse n'est pas clairement définie en droit. Par exemple, Facebook est censée s'adresser aux adultes, au motif que la plupart des utilisateurs ont plus de 18 ans, alors que beaucoup d'utilisateurs sont mineurs (en 2014, 18 % des utilisateurs avaient moins de 18 ans et 32 % entre 18 et 25 ans). De même, des messages publicitaires de marques d'alcool sont diffusés sur des radios qui rassemblent un public jeune.

S'agissant des contenus, communiquer sur l'origine géographique et le passé de la marque est un moyen pour les industriels de contourner la loi Évin en jouant sur la symbolique de la provenance.

Une étude de l'INPES de 2015 montre que les Français ont le sentiment d'omniprésence de la publicité et de ses dangers pour les jeunes. Seule une minorité de Français est capable de citer les supports sur lesquels la publicité est autorisée. Six Français sur dix pensent qu'il faudrait que les mesures actuelles soient plus restrictives.

Enfin, dans le cadre de son « observatoire jeunes et alcool » sur les stratégies visant à promouvoir la consommation d'alcool sur internet, l'association Avenir Santé a relevé, en 2014, une augmentation du nombre de publicités pour l'alcool à destination des jeunes sur les sites qu'elle surveille (divertissements, musiques, sorties).

4 - Des sanctions judiciaires qui se développent

Pour lutter contre ces divers contournements, l'interprétation des textes par les tribunaux est relativement stricte et plusieurs publicités pour l'alcool ont été sanctionnées pour leur caractère incitatif, ou pour avoir procédé à une mise en scène du produit. L'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPAA) a, pour sa part, initié une vingtaine d'actions judiciaires contre des publicités qu'elle estimait contraires à la loi et qui, pour plusieurs d'entre elles, ont été déclarées non conformes.

S'agissant des nouveaux médias, la Cour de cassation, dans un arrêt du 3 juillet 2013, s'est ainsi prononcée contre la propagation des messages propres aux réseaux sociaux pour la publicité de boissons alcoolisées. Elle a ainsi estimé qu'un message publicitaire « relayé par l'intervention d'un internaute à l'intention de son réseau d'amis ne lui fait pas perdre son caractère publicitaire ».

C - Un encadrement des groupes de pression peu contraignant

Les actions de lobby ne font pas l'objet d'un encadrement suffisant en France.

Au niveau européen, le Parlement fut la première institution, en 1995, à imposer la création d'un registre des groupes d'intérêts. Il consistait en une liste des représentants bénéficiant de badges d'accès aux bâtiments du Parlement qui étaient tenus de signer un code de conduite. Ce n'est qu'en 2008 que la Commission a mis en place son système d'enregistrement facultatif des représentants et a adopté un code de bonne conduite. En 2011, les deux registres ont été fusionnés.

Depuis le 1^{er} décembre 2014, les représentants des groupes d'intérêts doivent s'enregistrer au registre s'ils souhaitent rencontrer les commissaires, les membres de leurs cabinets ou les responsables des directions générales. En janvier 2015, le registre a été mis à jour et enrichi. Les lobbies doivent désormais fournir un montant global de leur chiffre d'affaires annuel. En octobre 2015, le registre comptait 8 374 inscrits.

Une étape supplémentaire consisterait à rendre le registre de transparence progressivement obligatoire pour toute activité de lobby avec les institutions européennes. Un accord interinstitutionnel du 15 avril 2014 prévoit que la Commission présente une proposition d'ici fin 2016 afin de rendre le registre obligatoire.

En France, l'Assemblée nationale s'est dotée en 2009 d'un registre concernant l'activité des « représentants d'intérêts » dans son règlement intérieur. L'inscription est facultative mais donne droit à des modalités d'accueil facilitées. Le dispositif a été renforcé en 2013 avec l'obligation de remplir un formulaire au moment de l'inscription valant souscription à un code de bonne conduite. Le lobbyiste se voit ainsi astreint à une triple obligation de transparence, de publicité et de déontologie. Le registre comptait, en novembre 2015, 244 inscrits, dont cinq marques d'alcool⁵⁰.

Au Sénat, des principes similaires ont été mis en place dès 2009. L'inscription à un registre rendu public y est toutefois obligatoire. Les représentants enregistrés doivent déclarer les invitations à des déplacements à l'étranger qu'ils adressent aux sénateurs, à leurs collaborateurs ainsi qu'aux fonctionnaires du Sénat. Le registre comptait, en novembre 2015, 126 inscrits dont quatre marques d'alcool⁵¹.

Enfin, l'article 26 de la loi de modernisation de notre système de santé a imposé, pour les industriels du tabac, l'obligation d'adresser chaque année au ministre de la santé un rapport « détaillant l'ensemble des dépenses liées à des activités d'influence ou de représentations d'intérêts ». Les dépenses concernées comprennent les rémunérations et achats de prestations ainsi que les avantages supérieurs à 10 € accordés aux membres du gouvernement et des cabinets ministériels, aux parlementaires et autres dépositaires de l'autorité publique ainsi que les experts placés auprès d'eux. De telles dispositions n'existent pas pour les producteurs, importateurs et distributeurs de boissons alcoolisées.

Le projet de loi relatif à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique dit « Sapin 2 » prévoit par ailleurs de centraliser les registres obligatoires auprès de la Haute autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP), et d'encadrer strictement, voire d'interdire, les cadeaux en nature. De plus, tout chiffre utilisé pour appuyer les arguments des lobbies devrait être justifié et contrôlé, sous peine d'amende.

⁵⁰ Pernod Ricard, Heineken, la Fédération française des spiritueux, la Fédération des exportateurs de vins et spiritueux de France (FEVS) et l'Union des Maisons et Marques de Vin (UMVIN).

⁵¹ Pernod Ricard, FEVS, Fédération des vins et d'apéritif (FFVA), Vignerons indépendants.

D - Une fiscalité sans objectifs clairs

La fiscalité propre aux boissons alcooliques repose en France sur les droits d'accises, dont le régime est très encadré par l'Union européenne, et sur des cotisations spécifiques à certaines boissons. Elle ne vise ni des objectifs de rendement, le vin, boisson la plus consommée, étant très peu taxé, ni des finalités de santé publique.

La France n'a pas tranché la question de savoir si l'objectif poursuivi était de diminuer la consommation moyenne de la population générale (diminution de 20 % dans le plan gouvernemental 2004-2008) ou d'agir principalement sur les buveurs réguliers excessifs ou les plus exposés (comme les jeunes ou les femmes enceintes, dans le plan 2013-2017). Dans le premier cas, la fiscalité constituerait un instrument efficace, car elle vise tous les consommateurs. Dans le second, le prix minimum peut être considéré comme préférable.

1 - Un cadre européen contraignant

Le régime fiscal des boissons alcoolisées est défini par des directives européennes qui ont été inspirées par des préoccupations liées à la politique agricole commune.

La diversité des régimes a conduit les institutions européennes à œuvrer pour les rapprocher. Ce n'est qu'en 1992 qu'une directive 92/83/CEE du 19 octobre 1992 a défini les produits soumis à accises et les modes de prélèvement des droits. Elle a été complétée par la directive 92/84/CEE du même jour qui fixe des taux minimaux. Une directive 92/12/CEE, modifiée par la directive 2008/118/CE du Conseil de 2008, fixe les bases du régime de la détention, de la circulation et des contrôles des produits soumis à accises. L'objectif est de consolider le marché intérieur par une harmonisation des taux pour la suppression des frontières fiscales au 1^{er} janvier 1993.

Les taux minimaux s'appliquent, sauf aux vins tranquilles (non effervescents) ou aux vins mousseux considérés comme des produits protégés par la politique agricole commune. Les accises sur le vin sont calculées sur les seules quantités (hectolitres), indépendamment du degré d'alcool, alors que les autres produits (bières et spiritueux) sont taxés au degré/hecto. Pour les autres boissons alcooliques, les taux minimaux sont peu élevés, sauf pour les spiritueux : 1,87 € par degré pour la bière, 45 € par hectolitre pour les produits intermédiaires et 550 € par hectolitre d'alcool pur pour les spiritueux. Les États membres ont en général fixé des taux supérieurs.

Une consultation sur la « révision de la législation en vigueur sur la structure des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques » a été lancée en août 2015 dans le cadre de l'évaluation de la directive 92/83/CEE, sans qu'une réelle volonté de réforme se soit jusqu'à présent manifestée dans les enceintes européennes. Les taux nationaux restent en effet très différents d'un État membre à l'autre. Ainsi en 2015, ils varient pour les vins tranquilles de 0 € (Italie, Espagne) à 351 € / hecto au Royaume-Uni et jusqu'à 616 € pour les vins supérieurs à 15° en Irlande, la France se situant dans la catégorie des pays qui imposent très peu le vin (France 3,75 €).

Tableau n° 1 : dispersion des accises au sein de l'Union européenne

2013	Accise minimum constatée dans les 27 États membres	Accise maximum constatée dans les 27 États membres
Vins tranquilles	0 €/hl	370 €/hl
Bières	2,46 €/hl/°alcool	29,9 €/hl/°alcool
Spiritueux	562 €/hl/°alcool pur	5 918 € hl/°alcool pur

Source : Sénat et Commission européenne

Ces distorsions fiscales peuvent entraîner des effets notables, même si elles restent marginales au regard des agrégats nationaux, sur les comportements de certains consommateurs, comme les frontaliers et les touristes. La fraude n'est pas précisément évaluée, mais les contrôles effectués par les services de la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) sur la circulation des alcools, au sein et hors de l'Union européenne, reflètent ce phénomène. En 2014, 2 179 infractions ont ainsi été constatées, près de 4 000 hl d'alcool ont été saisis, près de 33 M€ de redressement et 3 M€ de pénalités ont été prononcés, mais le taux de recouvrement n'atteignait que 22 %.

L'absence de règle commune de taxation en fonction du contenu en alcool pur constitue par ailleurs un obstacle pour un usage de la fiscalité à des fins de santé publique.

2 - Une fiscalité française peu orientée vers des objectifs de santé publique

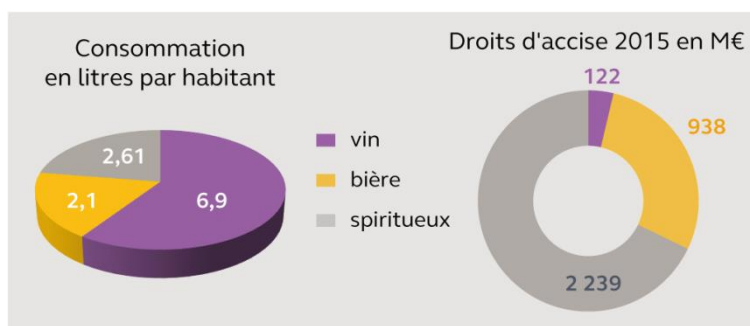
La France ne fait qu'un usage limité de l'instrument fiscal pour lutter contre les consommations nocives d'alcool.

a) Une fiscalité favorable à la production nationale

Les droits indirects sur les boissons alcoolisées comprennent la TVA à 20 % et les droits d'accise. Il s'y ajoute des cotisations de sécurité sociale sur les boissons titrant plus de 18° d'alcool et sur les « premix »⁵².

Il n'existe aucune relation entre la consommation, les chiffres d'affaires réalisés et le niveau de taxation par catégorie de boissons. Ainsi, le vin représente 58 % de la consommation, 71 % du chiffre d'affaires hors exportation et seulement 3,6 % des droits d'accise.

Graphique n° 9 : consommation par habitant et droits d'accise perçus



Source : Cour des comptes, à partir des données de l'OFDT, de l'INSEE et de la direction générale des douanes et des droits indirects

Bien que ses taux et son rendement se soient accrus dans le temps, la fiscalité indirecte a longtemps été considérée non comme un outil de politique de santé, mais comme un moyen de contrôler la production et la distribution de l'alcool et de procurer des ressources budgétaires, sans trop pénaliser le secteur vitivinicole.

⁵² Boissons issues du mélange d'une boisson alcoolisée et d'une boisson non-alcoolisée, un soda le plus souvent.

Plusieurs boissons alcoolisées bénéficient en France d'un régime fiscal favorable.

Les vins (notamment les vins tranquilles) sont faiblement taxés, dans des conditions cependant moins favorables qu'en Espagne et en Italie, autres grands producteurs, qui l'exonèrent totalement de droits d'accises, ou qu'en Allemagne ou en Suisse, qui sont de petits producteurs. Ils sont par ailleurs exonérés de toute cotisation sociale, à la différence des produits intermédiaires et des spiritueux. En Corse, les vins produits et consommés sur l'île sont exonérés de droits d'accise et de TVA.

Les rhums produits dans les départements d'outre-mer (DOM) bénéficient également d'un taux égal à la moitié de celui des autres spiritueux (865,81 € en 2015 par hectolitre d'alcool pur, contre 1 730,64 € pour les autres spiritueux). Ce régime privilégié résulte de coûts de production supérieurs à ceux des autres pays producteurs et des enjeux sur l'emploi et la cohésion sociale dans les DOM. On peut noter qu'en 2014, le taux a même été réduit de près de 7 % par rapport à 2013 (où il avait été augmenté de 3,2 %), alors qu'il augmentait pour les autres alcools forts de 1,76 %, pour compenser le dé plafonnement de la cotisation sociale exigé entretemps par la Commission européenne.

Les bières des « petites brasseries », qui produisent moins de 200 000 hl par an, sont deux fois moins taxées que les autres, dans un but de protection de la filière de production.

Enfin, le régime des bouilleurs de cru en voie d'extinction accorde aux bénéficiaires qui ne peuvent prétendre à la détaxe totale des dix premiers litres distillés, un taux réduit de 50 %, proche de celui du rhum des DOM (865,33 € par hl par an en 2015) dans la limite de dix litres par an.

b) Un niveau de taxes indépendant de la teneur en alcool des produits

En France, les taux des différentes accises ne sont pas strictement proportionnels à la teneur en alcool des différentes boissons alcoolisées, sauf exception pour les alcools forts et pour les « premix », tous deux assez fortement taxés. Conformément aux règles communautaires, le vin et les produits intermédiaires⁵³ sont taxés à l'hectolitre quel que soit leur degré d'alcool, la bière est taxée au degré / hecto, seuls les spiritueux sont taxés à l'hectolitre d'alcool pur (hlap).

⁵³ Boissons entre 1,2° et 22°, hors vins et bières (vins de liqueurs comme les vins doux naturels, vermouths, pineau, porto, etc.).

Ce régime fiscal hétérogène ne permet pas de taxer les boissons alcooliques en fonction de leur teneur en alcool, ce qui serait logique dans une optique de santé publique. Une exception notable à ce régime fiscal est cependant apparue en 1996 avec la mise en place d'une taxe sur les premix, particulièrement nocifs puisque le goût de l'alcool est masqué par d'autres produits comme le sucre, les sodas ou les jus de fruits. Son taux est réellement dissuasif : fixé dès 1997 à 1,5 franc par décilitre, il atteint aujourd'hui 11 € par décilitre d'alcool pur et a rapporté en 2014 près de 1,4 M€. Mais cette taxe ne s'applique plus aux premix à base de vin.

Enfin, il faut relever que le taux de TVA normal de 20 % fait l'objet de dérogations : les boissons alcoolisées à consommer sur place sont en effet taxées à 10 % en Corse et à 8,5 % (taux normal de TVA) dans les DOM.

c) Des hausses limitées des tarifs et des droits perçus depuis une vingtaine d'années

En dehors de ceux applicables à la bière et aux spiritueux, les tarifs des droits sur le vin ont peu augmenté sur le long terme (+ 1,5 % entre 1982 et 2002, + 7,6 % entre 2002 et 2013, avec une indexation depuis 2009). Ils ont même baissé pour les produits intermédiaires, passant de 223,51 €/hl à 180 €/hl en 2012, avant d'augmenter légèrement ensuite à 187,66 €/hl en 2015).

Sous réserve des mesures ponctuelles adoptées en loi de finances, les droits sur les alcools et les boissons alcooliques sont relevés chaque année depuis 2009 à concurrence du taux de croissance de l'indice INSEE des prix à la consommation (hors tabacs) constaté l'avant-dernière année.

Deux mesures fiscales ont été prises récemment pour lutter contre les consommations nocives d'alcool : une augmentation en 2012 de 9,6 % du tarif des droits perçus sur les spiritueux (hors rhum des DOM), les cotisations sociales sur les alcools forts s'appliquant à partir de 18° au lieu de 25° avec un tarif au volume d'alcool pur au lieu du seul volume de boisson antérieurement ; une augmentation en 2013 de 162 % du tarif sur les bières, qui a eu un effet sur la consommation.

Le poids des taxes est ainsi très différent d'un produit à l'autre, comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 10 : poids des taxes par boisson

Source : Cour des comptes d'après les données DGDDI

Les cotisations de sécurité sociale mises en place par la loi du 19 janvier 1983 (article L. 245-8 du code de la sécurité sociale) sur les alcools supérieurs à 25 degrés, ramenés depuis à 18 degrés⁵⁴, ont pour leur part quasiment doublé entre 2000 et 2014, passant de 376 M€ en 2000 à 726,9 M€ en 2014.

3 - Des recettes pour partie affectées à la protection sociale agricole

L'ensemble des ressources fiscales et des cotisations sociales sur les boissons alcoolisées représentent, avec la TVA, au total environ 6,6 Md€ qui sont affectées, pour l'essentiel, à la protection sociale.

L'affectation de la fiscalité indirecte au régime social agricole a été envisagée dès 1945, mais ce n'est que vingt ans plus tard que les accises ont été affectées au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), alors en difficultés financières. Dans les années 1990, les droits d'accise ont été progressivement orientés vers le financement des différentes caisses du régime général de la sécurité sociale : CNAM en 1993, fonds de solidarité vieillesse (FSV) en 1994, fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) en 1999.

⁵⁴ Par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

En 2004-2005, les droits sont revenus au budget général, avant d'être à nouveau affectés en 2006-2008 aux organismes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations. À compter de 2009, ils bénéficient essentiellement au régime vieillesse des non-salariés affiliés à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Jusqu'en 2012, une partie des recettes brutes de la TVA perçue par les producteurs de boissons alcoolisées était reversée aux régimes de sécurité sociale (2,1 Md€ en 2011) pour financer la réforme des heures supplémentaires. Depuis 2013, ces recettes reviennent au budget général.

Les droits de consommation sur les boissons intermédiaires (76 M€ en 2014) et les bières (950 M€), ainsi que les droits de circulation sur les vins (122 M€) sont affectés au régime vieillesse des non-salariés agricoles. Les droits de consommation sur les spiritueux (2,2 Md€ en 2014) sont répartis entre les branches maladie et vieillesse (respectivement pour 57,8 % et 42,2 %) de la CCMSA.

En complément des droits d'accise, l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale institue une cotisation spécifique affectée à la CCMSA sur les alcools supérieurs à 18° (726,9 M€ en 2014) « en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé », et l'article 1613 *bis* du code général des impôts introduit une cotisation sur les premix affectée à la CNAMTS (11 € par dl d'alcool pur en 2015) qui a rapporté 1 M€ environ en 2014.

II - Des comportements à risque mal contenus par les dispositifs de contrôle et l'arsenal de sanctions

Le constat concerne notamment la conduite en état alcoolique et l'ivresse publique manifeste.

A - Un dépistage de l'alcool au volant difficile à mettre en œuvre

1 - Un volume de dépistages en baisse

Alors qu'en 2014, les forces de sécurité (police et gendarmerie) ont déclaré 10,8 millions d'opérations de contrôles d'alcoolémie, le taux d'alcoolémie positive reste sensiblement le même, malgré l'accroissement significatif des opérations de dépistage menées à partir de la fin des années 1990.

Depuis la généralisation des radars automatiques, la probabilité d'être contrôlé pour excès de vitesse en France est de plusieurs fois par an, alors que la probabilité d'être contrôlé pour alcoolémie est d'une fois tous les cinq ans, procurant un certain sentiment d'impunité chez les usagers. Ceci est notamment dû à la lourdeur des procédures, conjuguée à la diminution des effectifs et à la redéfinition des priorités d'emploi des forces de sécurité (lutte contre les cambriolages, plan Vigipirate, contrôle des personnes en situation irrégulière).

En dépit de la circulaire du 16 avril 2010⁵⁵ établie à l'issue du Comité interministériel de la sécurité routière (CISR) fixant l'objectif d'une augmentation significative de la probabilité des contrôles d'alcoolémie, la pluralité et l'augmentation des missions de la sécurité publique (toutes prioritaires), ainsi que la stagnation, voire la régression, des effectifs opérationnels disponibles limitent les possibilités d'engagement des forces de sécurité en matière d'alcoolisme « routier ». Le volume des actions de dépistage semble avoir atteint un plafond difficilement franchissable, et le pourcentage horaire consacré à la sécurité routière est en baisse, pour la sécurité publique, de près de 18 % entre 2009 et 2014.

⁵⁵ Circulaire du 16 avril 2010 relative au renforcement de la politique locale et nationale de sécurité routière en 2010.

Les données recueillies sont confirmées par celles de la délégation à la sécurité et à la circulation routières : le volume des dépistages d'alcoolémie pratiqués par l'ensemble des forces de sécurité (police et gendarmerie nationales, préfecture de police de Paris) enregistre une baisse de 7 % entre 2009 et 2013, tandis que le nombre de fonctionnaires mobilisés pour pratiquer ces contrôles diminue de 15 % sur la même période.

2 - Des contrôles limités par des règles de compétence

Au-delà des alcoolémies contraventionnelles (entre 0,5 g/l de sang et 0,8 g/l de sang), la conduite en état d'alcoolisation constitue un délit, qu'au sein de la police nationale et de la gendarmerie nationale seuls les officiers de police judiciaire (OPJ) et les agents de police judiciaire (APJ) sont habilités à constater. OPJ et APJ peuvent effectuer des contrôles d'alcoolémie de leur propre initiative alors que les agents de police judiciaire adjoints (APJA) ne peuvent agir que sur consigne d'un OPJ.

Ainsi, au cours d'un contrôle, s'il y a suspicion d'alcoolémie, l'APJA est contraint de se rapprocher d'un OPJ pour que l'ordre lui soit donné de procéder au dépistage. Cette obligation neutralise largement les possibilités de dépistage.

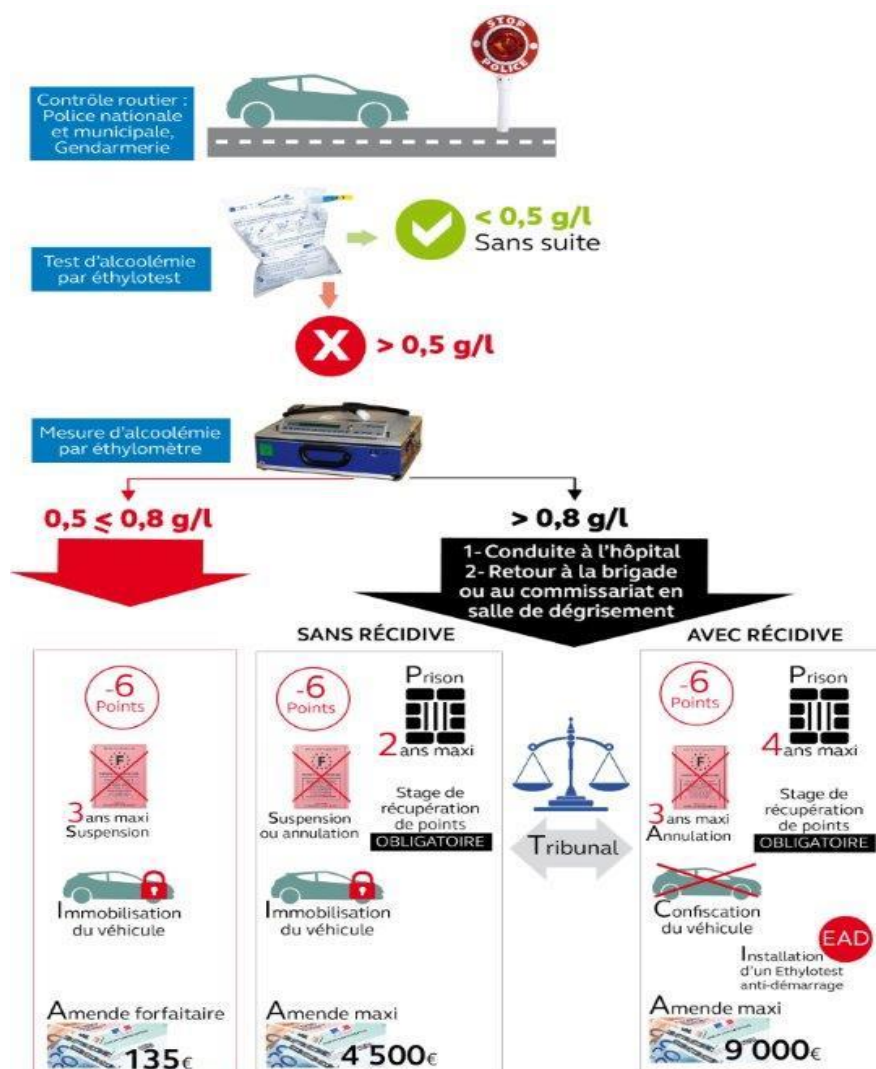
Les agents de la police municipale, disposant du statut d'agents de police judiciaire adjoints, peuvent également soumettre à un contrôle d'alcoolémie l'auteur d'un accident ou de certaines infractions qu'ils ont le droit de constater, mais ne peuvent pas procéder à des dépistages préventifs et systématiques⁵⁶. Ainsi, alors que dans tous les cas d'excès de vitesse dépassant les limites autorisées de 30 ou 50 km/h, les agents de police municipale peuvent procéder à la rétention immédiate du permis de conduire, ils n'en ont pas le pouvoir lorsqu'ils constatent, à la suite d'un dépistage d'alcoolémie, une présomption de conduite en état d'ivresse. Ils doivent alors en référer à l'officier de police judiciaire territorialement compétent de la police ou de la gendarmerie nationales, selon la procédure prévue à l'article L. 234-4 du code de la route.

⁵⁶ Lorsque le dépistage est positif, l'agent de police municipale peut présenter le mis en cause à un OPJ de la police ou de la gendarmerie nationales. Le policier municipal rédige alors un rapport de mise à disposition, mais c'est l'officier de police judiciaire (fonctionnaire de police ou gendarme) qui rédige les procès-verbaux de saisine et de notification du taux d'alcoolémie.

3 - La lourdeur de la procédure de dépistage

La lourdeur de la procédure de dépistage, telle qu'elle ressort du schéma suivant, explique pour une large part les limites de l'efficacité des contrôles.

Schéma n° 1 : la procédure de dépistage et les sanctions de l'alcoolémie



Source : Cour des comptes d'après les données de la DSCR

Plusieurs sources de difficultés apparaissent dans la procédure :

- la première est l'établissement de la preuve de l'alcoolémie qui, en application des articles L. 234-4 et L. 234-5 du code de la route, est effectuée, soit au moyen d'analyses et d'exams médicaux, cliniques et biologiques⁵⁷, soit au moyen d'un éthylomètre homologué permettant de déterminer la concentration d'alcool par l'analyse de l'air expiré ; or, cet appareil à infrarouges n'est pas toujours disponible sur le lieu de contrôle ;
- lorsque les vérifications sont faites au moyen d'un éthylomètre, « un second contrôle peut être immédiatement effectué, après vérification de son bon fonctionnement ; ce contrôle est de droit lorsqu'il est demandé par l'intéressé » (article L. 234-5 du code de la route). En pratique, le délai entre deux souffles est de 30 minutes. Par ailleurs, les spécifications techniques des appareils (technologie infra-rouge) exigent une période de chauffe d'environ 20 minutes ; c'est pourquoi cette procédure est jugée beaucoup trop longue par les forces de sécurité ;
- ensuite, les prises de sang, qui sont effectuées si la personne est décédée, blessée ou dans l'incapacité de souffler dans l'éthylomètre ou encore en cas de refus de se soumettre au dépistage, sont réservées aux médecins, internes ou étudiants en médecine, alors que les personnels infirmiers seraient qualifiés pour réaliser ce type d'intervention. Un assouplissement du code de la santé publique sur ce point serait bienvenu, d'autant que certains médecins se montrent réticents à pratiquer ces prélèvements qu'ils jugent mal rémunérés ;
- enfin, les déplacements entre l'hôpital et le commissariat ou la brigade pour obtenir le certificat de non-hospitalisation du contrevenant sont chronophages.

⁵⁷ Cas où le conducteur refuse de subir le test de dépistage ou bien se trouve dans l'incapacité de souffler (personnes trop alcoolisées, blessées ou tuées dans les accidents de la route).

La mise en évidence difficile d'une imprégnation alcoolique

La nécessité de produire une preuve utilisable par la justice impose une interception des usagers qui doivent souffler dans un éthylotest, ce qui limite le nombre de contrôles. Les techniques actuellement disponibles ne permettent pas d'envisager un accroissement important du nombre de contrôles.

Les modalités du contrôle ont été élaborées en fonction du métabolisme de l'alcool, qui peut varier fortement d'un individu à l'autre, notamment selon le poids et le sexe, et selon que l'alcool est consommé à jeun ou non.

La concentration d'alcool, c'est-à-dire d'éthanol, augmente rapidement après la consommation pour atteindre son maximum entre 30 et 45 minutes si la personne était à jeun, 60 à 90 minutes si ce n'était pas le cas pour diminuer ensuite progressivement.

La lourdeur de la procédure actuelle de dépistage ne permet donc pas d'organiser des contrôles systématiques d'alcoolémie à grande échelle, les effectifs se trouvant rapidement débordés dès les premières infractions. Elle est, en outre, aggravée par la faible acceptabilité du dispositif par les usagers, comme en attestent les attitudes d'outrage ou de refus d'obtempérer et le nombre croissant des récidives. L'indisponibilité fréquente des appareils de dépistage (mauvaise répartition géographique, longueur des opérations de maintenance, inadéquation aux sacoches des motards, etc.) constitue un frein supplémentaire à l'efficacité des opérations de dépistage.

B - Des sanctions nombreuses mais peu dissuasives

Avant 1970, les juges ne disposaient d'aucun critère pour définir la conduite en état d'alcoolisation. La loi du 9 juillet 1970 a défini des sanctions applicables en fonction de seuils fondés sur le taux d'alcool dans le sang (entre 0,8 g/l et 1,2 g/l pour une contravention, au-delà de 1,2 g/l pour un délit). Le décret du 11 juillet 2003 prévoit le retrait de 6 points du permis de conduire si le taux d'alcoolémie est compris entre 0,5 et 0,8 g/l de sang. Le 1^{er} juillet 2015, après le constat d'un retour à la hausse du nombre de tués sur les routes, la tolérance zéro a été imposée pour les conducteurs ayant moins de 3 ans de permis (période probatoire) avec l'abaissement du seuil d'alcoolémie à 0,2 g/l de sang (au lieu de 0,5 g/l auparavant).

En 2013, les délits routiers représentaient 40 % de l'activité judiciaire, dont 50 % sont imputables à la conduite en état d'alcoolisation. La part des infractions liées à l'alcool dans l'activité judiciaire est donc considérable.

Si le volume des sanctions judiciaires et administratives encourues en matière d'alcool au volant est important, il ne semble pas avoir l'effet dissuasif que l'on pourrait en attendre.

1 - Le bilan encourageant des procédures rapides

Pour faire face à l'augmentation du contentieux judiciaire de la délinquance routière, le législateur a introduit de nouvelles procédures rapides avec la composition pénale⁵⁸ en 1999, l'ordonnance pénale délictuelle en 2002, et la comparution sur reconnaissance de culpabilité en 2004. Ces procédures visent à apporter une réponse pénale plus systématique à la délinquance routière, en limitant les classements sans suite qui créent un sentiment d'impunité et en respectant un délai de traitement judiciaire raisonnable pour l'auteur des faits et la victime.

Les peines associées aux procédures rapides sont le plus souvent constituées d'amendes. Leur part dans l'ensemble des procédures pour conduite sous l'emprise d'un état alcoolique (alcoolémie > 0,8 g/l de sang) a ainsi crû de 24 % en 2003 à 58 % en 2013. Ce phénomène a été accentué par les condamnations prononcées par le juge de proximité⁵⁹ pour des conduites en état alcoolique (0,5 g/l à 0,8 g/l). Selon les données de la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG), en 2013, les 135 654 condamnations pour conduite en état alcoolique (alcoolémie > 0,8 g/l de sang) se répartissaient de la manière suivante : 19 % de compositions pénales, 43 % d'ordonnances pénales, 38 % en jugements de tribunaux comportant 15 % de comparution sur reconnaissance de culpabilité.

Les résultats obtenus après la mise en œuvre des procédures rapides apparaissent encourageants mais perfectibles. Si les délais moyens ont été raccourcis, de l'ordre de cinq mois en 2013, pour une

⁵⁸ La loi du 23 juin 1999, en instaurant la composition pénale, a entendu donner un cadre juridique précis aux alternatives aux poursuites. Applicable aux délits liés à la conduite sous l'empire d'un état alcoolique, elle ne fait pas obstacle à l'application du dispositif du permis à points.

⁵⁹ Le juge de proximité est compétent pour statuer sur les quatre premières classes de contravention, et pour valider les compositions pénales.

procédure rapide, et de six mois pour un passage devant le tribunal, on observe toutefois des écarts importants d'un TGI à l'autre. De plus, les efforts entrepris en faveur d'une réponse pénale systématique ne sont pas parvenus à réduire le nombre des délits pour conduite en état d'alcoolisation, qui progressent de 50 % entre 2009 et 2013.

2 - Des difficultés dans la mise en œuvre des sanctions

La suspension du permis de conduire est décidée par le préfet ou l'autorité judiciaire, et la loi prévoit une annulation automatique du permis de conduire en cas de récidive légale.

L'individualisation de la peine a pour effet que d'un tribunal à l'autre, le même taux d'alcoolémie entraîne une suspension de permis plus ou moins longue. D'autres difficultés tiennent à la procédure. En effet, le représentant de l'État dans le département peut, dans les 72 heures de la rétention du permis, prononcer sa suspension pour une durée de six mois maximum et dans ce cas le véhicule peut être immobilisé. À défaut, le permis de conduire est restitué à l'intéressé.

Lorsque l'automobiliste refuse de se soumettre au test de dépistage, les forces de l'ordre n'ont d'autre choix que de recourir au prélèvement sanguin pour établir la preuve de l'alcoolémie. Comme ce type de situation se produit souvent durant les week-ends et jours fériés, périodes durant lesquelles les résultats d'analyses sont, en général, obtenus au-delà des 72 heures légales, les forces de l'ordre se trouvent dans l'obligation de restituer le permis de conduire aux contrevenants. Une prolongation du délai de rétention du permis de conduire éviterait cet inconvénient.

Par ailleurs, la confiscation du véhicule est un dispositif faiblement utilisé. Il est autorisé par la loi du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure dite « LOPPSI 2 »⁶⁰ comme peine complémentaire obligatoire, en cas de récidive de conduite sous l'empire d'un état alcoolique ($\geq 0,4$ mg/l d'air expiré, soit 0,8 g/l de sang).

La confiscation ne peut être prononcée que si le conducteur est le propriétaire du véhicule. Le nombre de décisions augmente depuis la loi LOPPSI 2 mais reste limité en matière de conduite en état alcoolique, du fait de la complexité de la procédure, des délais et des frais de justice qui en résultent.

⁶⁰ Art. 131-21 du code pénal relatif à la confiscation et art. L. 234-16, III du code de la route.

Les mesures de composition pénale ou d'ordonnance pénale, qui peuvent consister en une obligation de stage de sensibilisation à la sécurité routière, à la charge financière du condamné (de l'ordre de 250 € généralement), peuvent malgré tout avoir un intérêt pédagogique. Le tribunal peut également prononcer un emprisonnement assorti de sursis avec mise à l'épreuve et imposer une obligation de soins sans en préciser le contenu. Le médecin qui mettra en œuvre l'obligation de soins appréciera lui-même la situation et prescrira le traitement qui lui semblera adapté. Aucune évaluation de l'efficacité du dispositif n'a cependant été engagée à ce jour.

3 - Des peines inégalement appliquées

Les enquêtes d'opinion de la direction de la sécurité et de la circulation routière font ressortir un sentiment dominant de manque de sévérité des sanctions, en particulier pour la conduite en état alcoolique⁶¹. Cette situation contraste avec celle observée dans d'autres pays, notamment les pays nordiques.

L'exemple de la Norvège

La Norvège a été le premier pays à introduire, en 1936, un seuil d'alcoolémie de 0,5 g/l et à l'abaisser à 0,2 g/l en 2001. Pour les conducteurs professionnels, la consommation est interdite pendant les heures de travail et huit heures avant. Des équivalences aux taux d'alcoolémie ont été introduites pour d'autres substances (essentiellement drogues illicites et benzodiazépines) afin d'harmoniser les sanctions. Celles-ci sont graduées pour des taux compris entre 0,5 g/l et 1,2 g/l et vont d'une amende au retrait de permis et/ou à des peines de prison ou alternatives. Ces dernières sont automatiques pour des taux supérieurs à 1,2 g/l (avec parfois la possibilité de peines alternatives). Les sanctions pécuniaires sont proportionnelles au salaire.

L'application de ces règles sévères repose sur des contrôles aléatoires fréquents et une police dédiée (« *Traffic police* »). Le dépistage s'appuie essentiellement sur des éthylotests, mais les tests salivaires commencent à être utilisés. Cette politique porte ses fruits puisqu'on ne déplore que 148 morts sur les routes en 2014.

⁶¹ Enquête effectuée du 17 au 24 avril 2014 en face à face auprès d'un échantillon de 1 051 personnes : « Les deux infractions nécessitant majoritairement plus de fermeté aux yeux des Français sont la conduite sous l'effet de stupéfiants ou de psychotropes (65 % d'opinions 'pas assez sévères', + 10 pts) ainsi que la conduite en état alcoolique (60 %, + 9 pts, rejoignant le score d'octobre 2005) ».

Les peines maximales encourues en France sont pourtant lourdes : au-delà de 0,8 g/l de sang, deux ans d'emprisonnement, 4 500 € d'amende, suspension du permis de conduire, et, en cas de récidive, annulation automatique du permis, quatre ans de prison et 9 000 € d'amende. Ces niveaux ne sont cependant jamais appliqués, le montant moyen des amendes étant de l'ordre de 330 €. Les amendes forfaitaires majorées sont prononcées en moyenne dans 40 % des dépistages positifs sur la période 2010-2012.

De telles sanctions apparaissent ainsi bien moins dissuasives que les peines d'emprisonnement avec sursis, assorties d'une inscription au casier judiciaire, qui prévalaient avant l'adoption des procédures rapides.

L'article 226-6-1 du code pénal réprime plus lourdement les homicides ou les blessures involontaires provoquées par un conducteur non maître de la vitesse de son véhicule. En cas d'homicide involontaire, les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 € d'amende lorsque le conducteur est sous l'emprise d'un état alcoolique, et à dix ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende lorsqu'existent des circonstances aggravantes.

Dans les faits, pour les auteurs d'accidents mortels avec circonstances aggravantes avérées, les peines d'emprisonnement ferme sont rares (moins de 10 % des cas) et, quand elles sont prononcées, restent très éloignées des peines maximales : la durée moyenne d'emprisonnement était de 15,6 mois en 2013 (contre sept ans maximum). De plus, un pourcentage encore important d'auteurs d'accident mortel sous l'empire d'un état alcoolique échappe aux poursuites judiciaires. Sur la période 2012-2014, dans 37 % des cas en moyenne, l'auteur de l'accident n'était juridiquement pas passible de poursuites, compte tenu notamment des circonstances de l'accident ou du dépassement des délais de prescription.

Une étude réalisée en 2014 par la sous-direction de la statistique et des études du ministère de la justice montre que parmi les 200 000 personnes condamnées pour infraction routière en 2004, 43 % ont récidivé depuis lors pour le même type d'infraction (sept fois sur dix). Or, la majorité de ces personnes (53 %) avaient été jugées pour conduite en état alcoolique. La valeur pédagogique de la sanction n'a manifestement pas porté ses fruits.

Quant aux conditions de recouvrement des amendes, les rares données disponibles sur les titres de créances pris en charge par les comptables supérieurs du Trésor au titres des amendes prononcées par les juridictions ou majorées à la suite du non-paiement de l'amende

forfaitaire, montrent que sur la période 2010-2012 les infractions de conduite en état alcoolique comptent pour environ 83 % des montants pris en charge au titre des infractions liées à l'alcool. Elles représentent une recette annuelle d'environ 45 M€ et le taux de recouvrement atteint 69 % pour les délits (> 0,8 g/l).

4 - La solution prometteuse de l'éthylotest anti-démarrage

L'éthylotest anti-démarrage (EAD) est un instrument électronique homologué⁶² de mesure de l'alcool dans l'air expiré, couplé au système de démarrage du véhicule. Son principe est de n'autoriser le démarrage du véhicule dans lequel il est installé qu'à la condition que la quantité d'alcool mesurée dans l'haleine du conducteur soit inférieure au seuil légal de 0,25 mg/l (soit 0,5 g/l de sang). Depuis le 1^{er} janvier 2012, il est obligatoire pour les véhicules de transport en commun d'enfants et, depuis le 1^{er} septembre 2015, pour tous les véhicules de transport en commun de personnes.

L'obligation d'équiper un véhicule d'un EAD intervient également dans le cadre d'une peine complémentaire ou d'une composition pénale, à la suite d'une condamnation par un tribunal correctionnel pour « conduite sous l'empire d'un état alcoolique » caractérisée par un taux d'alcool dans l'air expiré supérieur à 0,4 mg/l (ou 0,8g/l de sang), « conduite en état d'ivresse manifeste », et « homicide ou blessures involontaires par conducteur sous l'empire d'un état alcoolique ». La condamnation (peine de prison, amende, retrait de permis, confiscation du véhicule, etc.) peut être prononcée pour une période minimale de six mois et maximale de trois ans. Elle peut être assortie de l'obligation de suivre un stage de sensibilisation à la sécurité routière et de faire installer à ses frais un éthylotest anti-démarrage par un professionnel agréé.

Depuis de nombreuses années le dispositif est employé avec un succès reconnu aux États-Unis (depuis 1985), au Canada ou dans les pays scandinaves. Les évaluations menées aux États-Unis et au Canada ont montré une diminution de 40 à 95 % du taux de récurrence d'alcoolisation au volant à la suite de l'installation d'un EAD⁶³.

⁶² Par l'Union technique de l'automobile, du motocycle et du cycle (UTAC), par arrêté du 13 juillet 2012.

⁶³ Les qualités reconnues de ce dispositif ont conduit des chercheurs australiens à mener des travaux relatifs à son extension aux auteurs de violences intrafamiliales.

Cependant, on observe une extrême réticence des magistrats à prononcer une telle sanction en raison du faible nombre de garages homologués. L'installation de l'EAD doit, en effet, être effectuée dans un centre agréé par la préfecture du lieu d'implantation du centre, par un installateur agréé « Transport en commun » ou agréé « LOPPSI 2 ». Or nombre de préfectures font état de la difficulté à mettre en place un réseau de centres installateurs agréés : en 2015, on en recensait 35 sur tout le territoire (56 envisagés au premier trimestre 2016), contre 400 pour les autocars. Les garagistes répugnent à se porter candidats en raison des investissements importants demandés, et surtout parce qu'ils jugent le marché potentiel limité au regard du coût d'installation, aujourd'hui de l'ordre de 1 500 € TTC, trop élevé pour les personnes condamnées.

Les ministères de l'intérieur et de la justice ne sont jamais parvenus à s'accorder sur la prise en charge du dispositif de suivi des données d'enregistrement des éthylo-tests anti-démarrage (EAD). Ce dispositif de suivi comprend, outre une vérification technique mensuelle, un relevé d'enregistrement des données permettant de détecter d'éventuels relevés d'alcoolémie délictuelle ou des manœuvres tendant à les dissimuler. En cas d'utilisation frauduleuse de l'EAD, l'autorité judiciaire serait amenée à poursuivre et, le cas échéant, à revenir à la peine initiale.

Or la LOPPSI 2 reste muette sur les modalités d'accompagnement et de contrôle des conducteurs soumis à un EAD, ce qui a fortement incité l'autorité judiciaire à délaisser le dispositif.

Une expérience menée en Haute-Savoie permet d'enregistrer des résultats concluants, comme on en observe à l'étranger. Entre 2004 et 2011, 400 personnes condamnées pour délit alcoolique (plus de 0,8 g/l de sang) ont ainsi accepté d'installer un de ces dispositifs (loués au prix de 1 300 € pour six mois), tout en suivant un accompagnement psychologique, voire médical, pour les conducteurs dépendants, pour une période de six mois à trois ans. La récidive a chuté des trois quarts par rapport au groupe témoin.

Ces résultats incitent la DSCR à généraliser le recours à « l'EAD médico-administratif » dès qu'il aura été testé dans trois départements.

C - Les difficultés d'une police de l'ivresse publique

L'ivresse publique et manifeste (IPM) est une infraction qui vise à réprimer l'état d'ébriété sur la voie publique. Elle a deux objectifs : prévenir les atteintes à l'ordre public et protéger la personne. En cas d'IPM, deux types de mesures peuvent intervenir : une sanction pénale sous la forme d'une amende maximum de 150 € (classe 2) et une mesure de rétention⁶⁴ en « chambre de sûreté jusqu'à ce que l'intéressé ait recouvré la raison » (article L. 3341-1 du code de la santé publique). Elle accompagne le plus souvent d'autres infractions, généralement retenues au stade des poursuites, dont elle constitue une circonstance aggravante.

La principale difficulté à laquelle sont confrontées les forces de sécurité réside dans les agressions verbales, outrages et autres actes de rébellion des personnes placées en cellule de sûreté ou salle de dégrisement. Par ailleurs, les cellules sont en nombre parfois insuffisant et souvent mal adaptées. Le rapport conjoint des inspections générales de l'administration, des affaires sociales, des services judiciaires et de la gendarmerie nationale sur la procédure d'IPM⁶⁵ dénombreait, en 2008, environ 70 000 cas d'ivresse publique et manifeste (IPM) par an. Les données recueillies auprès d'un échantillon de 53 directions départementales de la sécurité publique montrent une baisse d'environ 10 % pour la période 2009-2014, sans que l'on dispose des chiffres équivalents en zone de gendarmerie.

Ce dispositif est coûteux en personnel, car les forces de l'ordre sont tenues de transporter les personnes en ivresse publique manifeste à l'hôpital qui peut être éloigné et imposer des délais d'attente importants en raison de la surcharge des services des urgences⁶⁶.

Les frais de consultation médicale font, par ailleurs, l'objet d'une prise en charge dispersée. Ils ne peuvent être perçus au titre des frais de justice dès lors que le placement en salle de dégrisement ou en chambre de sûreté est considéré comme une mesure de police administrative⁶⁷, et sont donc imputés indifféremment sur les lignes de fonctionnement des préfetures, des directions départementales de la sécurité publique, des

⁶⁴ Le placement en chambre de sûreté (ou salle de dégrisement) ne constitue pas une mesure d'emprisonnement, mais une mesure de rétention administrative : le placement a lieu dans le commissariat de police le plus proche, sous la responsabilité de l'officier de police, et non dans une maison d'arrêt.

⁶⁵ Rapport d'évaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste, IGA-IGAS-IGSJ-IGN, février 2008.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ M. MICKAEL, D. CC, décision n° 2012-253 QPC du 8 juin 2012.

régions de gendarmerie, des mairies, des parquets ou encore perçues auprès des contrevenants⁶⁸.

Au terme de la période de dégrisement d'une durée moyenne de six heures, il est procédé à l'audition du contrevenant, souvent sans domicile fixe. Le recouvrement des frais prévus par les textes n'est pas envisageable, seul un rappel à la loi est possible mais peu de contrevenants se rendent à la convocation du parquet.

Enfin, les dispositifs de sensibilisation, mis en place dans le domaine de la sécurité routière, particulièrement en cas de récidive, comme l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation ou de citoyenneté ou l'injonction thérapeutique, ne sont pas applicables aux IPM. Aucune mesure d'accompagnement ou de sensibilisation n'est ainsi prévue pour orienter la personne dégrisée vers une démarche de soins.

III - Une approche évaluative de l'éducation à la santé et à la sécurité routière insuffisamment développée

La prise de conscience des conséquences dommageables des consommations nocives d'alcool passe par un ensemble d'actions d'éducation à la santé et d'actions de prévention en matière de sécurité routière. Encore faut-il vérifier les résultats obtenus.

A - Des actions d'éducation à la santé faiblement évaluées

Si les actions de prévention relèvent, à titre principal, de l'INPES, d'autres acteurs sont également concernés, en particulier ceux intervenant dans des milieux spécifiques, à savoir la santé scolaire et la santé au travail, mais aussi les associations.

⁶⁸ Cf. note de la direction centrale de la sécurité publique concernant la prise en charge des frais médicaux des ivresses publiques manifestes - 19 et 22 avril 2013.

1 - Les efforts notables d'adaptation de l'INPES

L'INPES⁶⁹ est le principal opérateur de l'État dans le domaine de l'expertise et du conseil en matière de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.

La communication publique sur l'alcool n'est pas aisée en raison de la dimension culturelle du produit, différence majeure avec les produits illicites ou même le tabac. La tâche de l'INPES n'est donc pas facile d'autant que les objectifs, les cibles, la tonalité et le contenu des messages sont validés par le Service d'information du gouvernement et le cabinet du ministre de la santé. Plusieurs campagnes ont ainsi été annulées, parfois juste avant leur diffusion.

Depuis les années 2000, les campagnes préparées par l'INPES ont ciblé de plus en plus les « buveurs réguliers excessifs » (principalement des hommes de plus de 40 ans), les femmes enceintes ou les jeunes. Les plus récentes ont accordé une plus grande place à l'ambivalence plaisir/risques et de nouvelles approches concernant les jeunes ont été expérimentées.

Depuis 2013, la communication valorise les stratégies de responsabilisation, imitant en cela le Québec ou, plus largement, les pays anglo-saxons⁷⁰. À la fin 2013, la ligne téléphonique Alcool Info service a été complétée par le site « Alcool Info Service »⁷¹.

L'INPES a surtout consenti un effort notable pour affiner les évaluations des effets des campagnes et réorienter au besoin les messages (études de prétest, études post-test, études avant/après). Pour aller plus loin, il conviendrait de mettre en place un suivi de cohorte afin d'observer l'évolution des comportements à court, moyen et long termes, à l'instar de ce qui se met en place pour le tabac.

⁶⁹ Ses missions sont fixées par l'article L. 1417-1 du code de la santé publique.

⁷⁰ Cette approche s'est développée aux États-Unis et au Canada dans les années 1960 et 1970, puis au Royaume-Uni. Au Québec, souvent cité en exemple, elle a conduit à la création de centres locaux de service communautaire, associant dans un même lieu des prestations de soins, de prévention et de services sociaux, et dans une même démarche participative la communauté à l'amélioration de sa santé.

⁷¹ Le nouveau site Alcool Info Service, dont la gestion éditoriale est confiée par convention au GIP Adalis, vise à renforcer la présence sur internet afin de devenir le site généraliste référent sur la question de l'alcool. Il a été totalement refondu. Il a permis, grâce notamment au « chat » et autres interfaces web, d'augmenter significativement le nombre de demandes d'aide auxquelles Adalis a répondu en 2014 (près de 20 000 appels, 500 000 visiteurs). Il ne propose cependant pas, pour le moment, de service d'accompagnement des appelants vers une diminution de leur consommation d'alcool, comme c'est le cas de Tabac info service pour les fumeurs.

Cet effort d'adaptation est d'autant plus significatif que le budget consacré par l'établissement public aux campagnes dédiées à l'alcool s'est contracté, passant de plus de 11 M€ en 2005 à moins de 5 M€ en 2014⁷². Les crédits consacrés aux campagnes ont ainsi été divisés par quatre sur la période, l'assurance maladie ramenant sa contribution de 69 M€ en 2010 à 45,4 M€ en 2014.

Au total, l'action de l'INPES reste insuffisamment soutenue, et les procédures de validation des campagnes n'en garantissent pas suffisamment l'indépendance et l'efficacité.

2 - Une action en milieu scolaire foisonnante d'où l'évaluation est absente

Les missions des personnels des services de santé scolaire comprennent notamment la participation à la politique de prévention sanitaire ainsi que l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves.

L'éducation à la santé a fait son entrée dans le « socle commun de connaissances et de compétences » institué par la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005. En 2011, ont été définis pour le projet éducatif de chaque école ou établissement des domaines prioritaires incluant des orientations de « politique éducative de santé » parmi lesquelles la prévention des conduites addictives.

Le parcours éducatif de santé des élèves instauré par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République inclut les conduites addictives. Dans les académies, un comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté est chargé de mettre en œuvre des actions dans les établissements d'enseignement et de conclure des conventions avec les agences régionales de santé. L'alcool est aussi l'une des thématiques abordées dans le cadre des attestations scolaires de sécurité routière (ASSR).

⁷² Par comparaison, près de 11 M€ ont été consacrés au tabac en 2014 (en diminution cependant par rapport aux 13,4 M€ de 2013), sans doute sous l'impulsion du PNRT.

Une précédente évaluation de la Cour constatait que la multiplication des tâches des professionnels de la médecine scolaire s'était opérée sans que des priorités aient été réellement définies⁷³. Ce constat reste d'actualité et explique la difficulté pour les professionnels de la santé scolaire de mener des actions préventives sur les addictions.

Des efforts récents sont toutefois à souligner. Une convention cadre a été signée en 2015 entre le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et l'INPES afin de renforcer l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cette collaboration s'est traduite par l'élaboration d'un programme annuel d'actions communes (PAC).

La direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) collabore avec la MILDECA et l'OFDT et apporte son soutien aux enquêtes ESPAD et HBSC.

Il est cependant impossible d'identifier les ressources consacrées à la prévention des addictions en milieu scolaire, qu'il s'agisse des emplois ou des crédits, car elles sont intégrées aux enseignements et au fonctionnement des établissements. Seuls sont connus les crédits alloués au ministère de l'éducation nationale par la MILDECA (39 000 € par an).

Des actions préventives sont par ailleurs menées dans les établissements scolaires par les représentants des forces de l'ordre (référents scolaires, formateurs anti-drogue, policiers formateurs anti-drogue et formateurs relais anti-drogue de la police et de la gendarmerie, ou formateurs en éducation routière). Seules les interventions des policiers formateurs anti-drogue font l'objet d'un suivi périodique.

Les données qualitatives, collectées par les directions départementales de la sécurité publique sur les interventions réalisées par les policiers formateurs anti-drogue, montrent que la problématique « alcool » est toujours évoquée de manière connexe à un thème majeur (sécurité routière, violences à l'école, harcèlement). La fraction de l'intervention consacrée à l'alcool n'est cependant pas mesurée, ce qui ne permet pas d'évaluer les effets des messages de prévention.

Au total, une vision globale des actions mises en place en milieu scolaire fait défaut, les synergies entre personnels de santé et personnel enseignant tardent à se concrétiser, et l'efficacité des partenariats avec les agences régionales de santé (ARS) et les autres acteurs locaux (notamment les interventions assurées par des représentants des forces de l'ordre) n'est pas évaluée.

⁷³ Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire. *Rapport d'évaluation demandé par le président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques*, septembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr

3 - Des services de santé universitaire inégalement investis

Les missions des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé⁷⁴ mettent en œuvre des actions qui concernent les addictions, en particulier des programmes de prévention et d'éducation à la santé et des études et recherches sur la santé des étudiants. Le principal outil de programmation est le « plan national de vie étudiante » qui comporte un volet de prévention des conduites addictives et met l'accent sur les pratiques festives.

Les moyens dont dispose le ministère sont difficiles à identifier. Les budgets alloués aux universités ne sont plus fléchés depuis 2008, sans que l'on dispose du montant alloué à des actions dans le domaine de l'alcool. Les seuls crédits identifiés correspondent à un financement annuel de la MILDECA (de l'ordre de 150 000 €), sur appel à projets, pour développer des actions d'information et de prévention relatives aux conduites addictives (13 projets en 2014, 15 projets en 2015).

Le dernier bilan d'activité des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé porte sur l'année 2011-2012, durant laquelle 41 des 55 services ont réalisé 90 actions de prévention sur la thématique des conduites addictives.

Des préconisations sont adressées chaque année aux présidents d'université, notamment sur le bizutage et les événements festifs. Le dispositif « Étudiants Relais Santé », mis en place avec le soutien de la MILDECA, par une quinzaine d'universités, s'inscrit dans cette démarche, en promouvant une approche par les pairs qui fera bientôt l'objet d'une évaluation. La charte nationale des événements festifs, réalisée à l'initiative de la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, de la MILDECA et de la conférence des grandes écoles, a servi de support à la formation des étudiants relais.

Même si ces efforts pour mieux documenter les problèmes d'addiction en milieu étudiant et apporter des réponses pertinentes sont significatifs, les moyens restent faibles et largement tributaires des priorités des universités.

⁷⁴ Décret du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

4 - Une lente prise de conscience de leur responsabilité par les employeurs

Les conduites addictives en matière d'alcool, associées fréquemment avec d'autres substances, touchent tous les secteurs professionnels et leurs effets négatifs sur la performance de l'organisme employeur sont peu connus.

Les études disponibles sur la consommation en milieu professionnel

Une récente revue de la littérature publiée par l'OFDT⁷⁵ apporte un éclairage sur les consommations, les facteurs organisationnels et les cultures d'entreprise susceptibles de favoriser ces consommations en général, avec quelques points spécifiques pour l'alcool. Trois secteurs professionnels apparaissent les premiers concernés selon le niveau de prévalence pour les différentes substances, qu'elles soient licites ou illicites : la construction ; les arts, les spectacles et les services récréatifs ; l'hébergement et la restauration.

Selon les données du Baromètre santé de l'INPES 2011, en dehors des occasions telles que les « pots » et les repas, 18,9 % des hommes et 10,3 % des femmes, soit 16,4 % des actifs occupés, qui ont un usage d'alcool au moins occasionnel, ont consommé de l'alcool durant leur temps de travail, au moins une fois dans l'année ; 40 % ont consommé entre collègues de l'alcool à la sortie du travail (43 % des hommes et 32,6 % des femmes).

Plus récemment, le Baromètre santé de 2014 a apporté des informations sur les importantes disparités suivant les professions, classées en six catégories. Parmi les hommes, en moyenne les groupes les plus consommateurs sont les employés et les ouvriers, alors que les cadres et les agriculteurs sont les moins consommateurs. La catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise et celle des professions intermédiaires se situent entre ces deux groupes. Chez les femmes, la différenciation est moins grande : si les femmes agricultrices restent les moins consommatrices, les femmes cadres et les femmes employées sont classées comme les plus consommatrices.

⁷⁵ PALLE, Christophe. Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel, rédigée à partir de la revue de littérature réalisée par BRIAND-MADRID, Laelia (OFDT), PALLE, Christophe (OFDT) et RICHARD, Jean-Baptiste (Inpes). OFDT, octobre 2015.

Parmi les substances en cause, l'alcool est celle qui provoque le plus de problèmes dans l'entreprise selon un récent sondage organisé par la MILDECA auprès des employeurs et des représentants du personnel⁷⁶.

Le code du travail dispose, en son article R. 4228-20, « qu'aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail ». Depuis l'introduction de cette très ancienne disposition, en 1917, les obligations des employeurs en matière de protection de la santé mentale et physique des salariés ont été renforcées, en dernier lieu par le décret du 1^{er} juillet 2014. L'employeur doit prendre des mesures de prévention des risques liés à la consommation de boissons alcoolisées sur le lieu de travail et les manquements à ces obligations sont sanctionnés au plan civil et au plan pénal. Ces mesures, qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation, voire d'une interdiction, de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché, le Conseil d'État proscrivant toute interdiction générale, puisque la loi ne l'a pas prévu.

Si la loi interdit de licencier un salarié au seul motif qu'il est alcoolodépendant⁷⁷, l'employeur est en droit de sanctionner tout salarié qui ne respecterait pas les dispositions du règlement intérieur en matière d'introduction et de consommation d'alcool au sein de l'entreprise.

C'est dans ce contexte, et pour limiter les risques juridiques, que les employeurs ont cherché à sensibiliser les salariés aux problèmes liés à l'alcool : encadrement des événements conviviaux en incitant à l'offre de boissons non alcoolisées et à la modération, information sur les risques liés à une consommation excessive d'alcool et développement de l'utilisation des éthylotests. Des mesures plus coercitives, telles que les contrôles d'alcoolémie, se sont également diffusées, tout en étant strictement encadrées par la jurisprudence⁷⁸ afin de garantir les droits des personnes et les libertés individuelles.

Les plans « santé au travail » antérieurs ne prévoyaient pas d'actions nationales spécifiques sur les addictions, certaines directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ayant cependant engagé des actions régionales en lien avec d'autres partenaires. Un certain nombre de

⁷⁶ Impact de la consommation des substances psychoactives sur le travail : le regard des dirigeants, des responsables RH et des représentants du personnel, OFDT, 2015.

⁷⁷ L'article L. 1132-1 du code du travail prévoit que l'état de santé d'un salarié ne peut être pris en considération pour justifier un licenciement ou une sanction.

⁷⁸ Le contrôle d'alcoolémie par éthylotest doit être prévu par le règlement intérieur, limité aux salariés dont le travail est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger (exécution de certains travaux) et doit être assorti pour le salarié de garanties lui permettant de contester sa validité.

mesures ont été préconisées dans le rapport « Conduites addictives et milieu professionnel », établi dans le cadre du plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, mais on ne dispose pas d'informations sur leur mise en pratique. Dans le troisième plan Santé au travail 2015-2020, dont la préparation a associé le secrétariat général des ministères sociaux, la direction générale de la santé et la MILDECA, la prévention des pratiques addictives en milieu professionnel est mieux prise en compte, y compris dans le cadre de la fonction publique, tandis qu'une journée nationale de prévention des conduites addictives en milieu professionnel a été organisée en 2015. Récemment, les médecins inspecteurs du travail ont incité les médecins du travail à suivre des formations organisées en coopération avec la MILDECA et avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Un plan de formation au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) des personnels médicaux et infirmiers du travail, financé par la MILDECA, commence ainsi à se déployer depuis la fin de l'année 2015.

Au plan collectif⁷⁹, les médecins du travail ont un rôle exclusivement préventif et peuvent intervenir par différentes actions de communication et d'information. Faute de temps ou parce qu'ils exercent dans des services interentreprises, ils sont souvent réticents à développer de telles actions.

Au plan individuel, le médecin peut intervenir en consultation, tant en prévention primaire (information) que secondaire (dépistage des consommations à risques, intervention brève et orientation). Il ne peut cependant traiter la question du dépistage de la consommation d'alcool ou de drogues illicites que dans le respect du secret médical et au regard de l'aptitude de son patient à exercer son métier.

En l'absence de données nationales sur les pratiques des médecins du travail en matière de conduites addictives, l'essentiel des indications disponibles repose sur un travail de recherche réalisé en Île-de-France en 2011⁸⁰. Selon cette étude, si l'interrogation des salariés est quasi systématique sur le tabac, la documentation des consommations d'alcool est plus occasionnelle et la connaissance du RPIB se diffuse lentement

⁷⁹ La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a renforcé les missions et les ressources des services de santé au travail en matière de lutte contre la consommation d'alcool.

⁸⁰ Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés. Prise en compte des pratiques addictives par les médecins du travail, étude réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), et la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF), 2011.

parmi les médecins du travail, seulement 8 % d'entre eux se déclarent formés à cette pratique. Dans le cadre du troisième plan Santé au travail, le rapport annuel des médecins du travail devrait intégrer des données sur les conduites addictives, qui donneront lieu à une exploitation nationale.

En définitive, les missions du médecin du travail laissent une large place à des pratiques individuelles hétérogènes. La rareté des données sur les problèmes rencontrés dans les différents cas de consommation nocive d'alcool, ainsi que sur les pratiques et sur les accidents du travail liés à l'alcool⁸¹, constitue un obstacle au développement d'une stratégie efficace en milieu de travail, y compris en milieu hospitalier⁸².

B - Une éducation à la sécurité routière peu efficace

L'efficacité des actions de prévention routière se mesure à l'inflexion des comportements. Peu d'éléments permettent de conclure en ce sens.

1 - Une faible place réservée aux évaluations des actions

Les actions de prévention en matière de sécurité routière sont désormais réparties principalement entre des campagnes de communication nationales menées par la délégation à la sécurité et à la circulation routières et les actions déployées à travers les plans départementaux d'action de sécurité routière (PDASR).

Pour mesurer l'efficacité de l'action des forces de sécurité contre l'insécurité routière figure dans chacun des projets annuels de performances des programmes 152 - *Gendarmerie nationale* et 176 - *Police nationale* un indicateur de l'efficacité des contrôles d'alcoolémie (évolution du nombre d'infractions d'alcoolémie entre l'année A et l'année A-1 / évolution du nombre d'accidents corporels dus à l'alcool entre l'année A et l'année A-1). En 2014, il atteignait 1,15 pour la Gendarmerie nationale et 0,96 pour la Police nationale, et la prévision actualisée 2015 pour les deux programmes était supérieure à 1.

⁸¹ En matière d'accidents du travail, les seules estimations disponibles datent de 2003, Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance, expertise collective, Inserm. Il est prévu que la MILDECA exploite en 2016-2017 la cohorte Constances de l'Inserm pour évaluer le risque d'accidents du travail en lien avec les substances psychoactives.

⁸² Le ministère du travail ne dispose pas de système d'information permettant de consolider les actions de sensibilisation et d'information sur la prévention des risques liés à la consommation excessive d'alcool en milieu de travail.

Le budget global des actions de prévention de la sécurité routière est en baisse de 24 % sur la période 2009-2014 ; la part réservée aux actions de prévention dans le cadre des plans départementaux d'action de sécurité routière baisse trois fois plus que celle des campagnes de communication nationale. Or, il est reconnu unanimement que l'efficacité des actions préventives tient à leur caractère durable, ce qui suppose une stabilité des moyens qui leur sont alloués.

La délégation à la sécurité et à la circulation routières (DSCR) réalise des campagnes de communication et d'information dont les thèmes et les publics cibles sont définis en s'appuyant sur les décisions du comité interministériel de la sécurité routière et sur les études d'accidentologie conduites par l'observatoire national interministériel de sécurité routière.

On constate une tendance, sur la période observée, à accorder la priorité aux campagnes de communication nationales. Or, à la différence des campagnes de l'INPES, celles-ci ne font l'objet d'aucune évaluation susceptible de s'appuyer sur des données objectives mais sur de simples sondages. De plus, la part de financement consacrée par la DCSR à l'évaluation et au support de ces campagnes de communication reste marginale, comparée au budget global consacré à la communication nationale.

2 - Un suivi des actions des partenaires largement formel

Les sociétés d'assurances et les sociétés concessionnaires d'autoroutes sont des partenaires de l'État en matière de sécurité routière et de lutte contre la conduite en état alcoolique.

Depuis 1994, des conventions quinquennales sont signées entre l'État et les fédérations professionnelles de l'assurance. Les sociétés d'assurances se sont engagées à affecter 0,5 % du montant des cotisations de responsabilité automobile perçues⁸³, soit 37 M€ environ par an, au financement d'actions de prévention visant à améliorer la sécurité routière.

⁸³ Il s'agit de primes d'assurance automobile responsabilité civile obligatoires.

La convention a été signée le 18 février 2010 pour une période de cinq ans entre l'État⁸⁴, la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA). Elle s'articule autour de trois objectifs majeurs : la prévention aux différentes étapes de la vie, la lutte contre la prise d'alcool et de produits stupéfiants, la sécurité des deux-roues.

Cette convention confiait le suivi des actions mises en œuvre à un comité mixte partenarial, présidé par le délégué interministériel à la sécurité routière, chargé d'établir un suivi régulier des actions. Dans les faits ce comité n'a réalisé qu'un suivi formel des actions engagées. La nouvelle convention en préparation pour la période 2016-2021 offre au délégué à la sécurité et à la circulation routières l'opportunité de renforcer le suivi et l'orientation des actions de prévention des assureurs.

La communication des sociétés d'autoroutes est plus orientée vers les risques liés à la somnolence au volant, à l'hypovigilance et à l'usage du téléphone en conduisant, qu'à ceux de l'alcool au volant, alors qu'une étude réalisée par l'Association des sociétés françaises d'autoroutes (ASFA) pour l'année 2013 présente l'alcool, la drogue et les médicaments comme le second facteur d'accidents mortels sur le réseau autoroutier.

3 - Le faible développement des dispositifs d'auto-dépistage

Il reste difficile de diffuser chez les automobilistes une représentation commune et précise des quantités d'alcool en jeu. Les dispositifs d'auto-dépistage revêtent de ce fait une importance particulière.

L'éthylotest a été rendu obligatoire dans tous les véhicules terrestres à moteur par un décret du 28 février 2012 (article R. 243-6 et R. 233-1 du code de la route). Moins d'un an après son adoption, le décret a été modifié. Tout en maintenant l'obligation, le décret du 28 février 2013 supprime la sanction qui devait s'appliquer en cas de défaut de possession d'un éthylotest non usagé et non périmé, ce qui revient à supprimer l'obligation correspondante. La raison de cette suppression invoquée par la DSCR est que la sanction encourue pouvait constituer un frein à l'auto-évaluation volontaire de l'alcoolémie par les conducteurs, incités à le conserver non utilisé plutôt qu'à en faire usage en cas de doute.

⁸⁴ Premier ministre, ministère de l'écologie, de l'énergie et du développement durable, secrétariat d'État chargé des transports.

Les établissements nocturnes (débits de boissons dont la fermeture intervient entre 2 heures et 7 heures) ont, depuis la loi du 14 mars 2011⁸⁵, l'obligation de mettre à la disposition de leur clientèle des moyens de dépistage de leur imprégnation alcoolique. Or, si la plupart des établissements concernés respectent cette disposition, dans les faits, très peu de clients recourent à ce dépistage.

Au total, les actions de prévention en matière de sécurité routière ont un effet trop peu important sur les comportements à risque.

C - Le rôle insuffisant et tardif de la médecine de premier recours

En matière de repérage et de prise en charge des problèmes de consommation excessive d'alcool, le rôle de la médecine de ville, qu'il s'agisse de médecine générale ou de certaines spécialités (gastro-entérologie, cardiologie), reste mineur. Si l'on dispose de peu de données sur les pratiques, les quelques enquêtes disponibles soulignent le faible niveau d'engagement des généralistes en matière de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB).

Ainsi, selon le baromètre santé sur les médecins généralistes 2009 réalisé par l'INPES⁸⁶, 23 % seulement des médecins abordent au moins une fois le thème de la consommation d'alcool avec leurs patients (contre 63,2 % pour le tabac) ; 72,7 % des médecins le font cependant s'ils considèrent que leur patient encourt un risque. Ces données sont confirmées par les résultats du sondage réalisé par l'IFOP pour les besoins de l'évaluation conduite par la Cour (cf. annexe n° 6).

⁸⁵ L'arrêté du 24 août 2011 pris en application de l'article L. 3341-4 du code de la santé publique prévoit en son article 1^{er} : « sont mis à disposition du public, dans les débits autorisés à fermer entre deux heures et sept heures, les dispositifs chimiques ou électroniques certifiés permettant le dépistage de l'imprégnation alcoolique (...) ».

⁸⁶ Plusieurs publications notent la difficulté des généralistes à aborder cette question. On peut citer à cet égard une étude réalisée en 2005 par l'OFDT.

Les principaux enseignements du sondage de l'IFOP

Le sondage effectué pour la Cour auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes relève tout d'abord la faible diffusion du RPIB : deux tiers des personnes interrogées ne connaissent pas le dispositif. Est essentiellement en cause l'absence de formation au cours du cursus suivi par le professionnel de santé, qu'il s'agisse de formation initiale ou continue : 62 % des généralistes n'ont pas suivi de formation spécifique en addictologie.

Faisant écho au manque de connaissances générales sur le sujet, la pratique du RPIB en matière de consommations nocives d'alcool s'avère marginale, 2 % seulement des personnes interrogées déclarant se servir de cet outil de manière formalisée.

Pour autant, plus de la moitié des médecins généralistes renseignent la consommation d'alcool de leur patientèle de manière informelle. La plupart d'entre eux sont volontaires pour la prise en charge de cas de consommation excessive d'alcool et déclarent assurer une prise en charge addictologique simple. Dans le cas où une prise en charge spécialisée au-delà de la consultation est nécessaire, ils se tournent le plus souvent vers un service hospitalier d'addictologie.

L'intérêt est plus important parmi les jeunes praticiens et les médecins exerçant en maison de santé. Plus de la moitié des médecins (55 %) ont du mal à parler de l'alcool quand le sujet n'est pas l'objet de la consultation. La majorité s'accorde cependant sur la nécessité d'un investissement plus conséquent des généralistes dans la détection et la prise en charge précoce des personnes ayant une consommation excessive d'alcool.

Le développement du rôle des médecins généralistes se heurte à des difficultés communément rencontrées en matière de prévention et de dépistage : formation insuffisante, pratique axée sur les actes, représentation des consommations d'alcool à l'origine d'une réticence plus grande à évoquer la consommation d'alcool que la prévalence tabagique.

Le premier plan cancer 2003-2007 prévoyait l'introduction d'une démarche minimale de conseil concernant le tabac et l'alcool dans la consultation de prévention prévue par la loi de santé publique de 2004, mais l'évaluation de cette mesure a montré sa faible mise en application⁸⁷. Dans le cadre du programme national de réduction du tabagisme (PNRT), il est prévu que la réduction du tabagisme soit

⁸⁷ Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du plan cancer 2003-2007. Rapport final, janvier 2009.

introduite dans les objectifs de santé publique pour la partie forfaitaire de la rémunération des médecins traitants. Si cette mesure est mise en place, un élargissement à l'alcool ne devrait pas poser de problème.

Enfin, en termes de premier recours, le rôle d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux est pratiquement inexistant, contrairement à ce que l'on observe dans les pays anglo-saxons⁸⁸. Cette question se pose d'une manière générale pour la prise en charge des malades chroniques, souvent consommatrice de temps. La mise en place du dispositif ASALEE « Action de santé libérale en équipe »⁸⁹ constitue, à cet égard, une avancée dont l'évaluation est positive et qui pourrait être étendue à d'autres problématiques que les maladies chroniques.

D - Un effort de structuration de la prise en charge à l'hôpital, des prises en charge trop dispersées dans le secteur médico-social et associatif

Les prises en charge spécialisées se répartissent entre le secteur médical (MCO, SSR, psychiatrie) et le secteur médico-social et associatif.

1 - Une prise en charge hospitalière désormais bien structurée

La place et le rôle des établissements de santé en matière d'addictologie ont été redéfinis en 2000 afin de prendre en compte l'ensemble des produits. La création des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) date de la même période.

⁸⁸ Au Royaume-Uni, le rôle central des infirmières, que ce soit en médecine ambulatoire auprès des généralistes (« *general practitioners* ») ou à l'hôpital (les « *alcohol liaison nurses* ») permet de démultiplier les occasions d'intervenir en matière de repérage, d'intervention précoce et d'orientation.

⁸⁹ Le dispositif représente la seule expérimentation de coopération entre professionnels de santé portant sur les soins de premiers recours. Les infirmières se voient confier par les médecins la gestion informatique de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique, selon un protocole bien défini. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE, Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 136 - novembre 2008.

En 2007, a été définie l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans ses différents volets : sanitaire, médico-social, professionnels de ville et réseaux de santé, avec la volonté de les articuler avec d'autres disciplines concernées (psychiatrie, oncologie, périnatalité). De là datent la mise en place des filières hospitalières en addictologie et l'organisation du dispositif hospitalier en trois niveaux, permettant des prises en charge allant des plus simples aux plus complexes⁹⁰.

Les structures de niveau 1 correspondant aux réponses de proximité et à la mise en place des équipes de liaison et de soins en addictologie ont connu la plus forte progression (+ 40 % sur la période 2007-2012). Le nombre d'ELSA est ainsi passé de 225 à 314 sur la période, et le nombre de consultations hospitalières d'addictologie de 225 à 314⁹¹.

Pour les établissements relevant du niveau 2, l'objectif était de disposer d'un niveau de recours pour 500 000 habitants, soit environ 120 établissements sur l'ensemble du territoire. Cet objectif était quasiment atteint à la fin de 2012, avec 111 établissements regroupant l'ensemble des structures directement ou indirectement (par convention), ce qui peut cependant masquer des disparités régionales.

Pour le niveau 3 de recours régional, qui dispose, en plus des prestations et des composantes de niveau 1 et 2, de professionnels chargés de l'enseignement, de la formation et de la recherche en addictologie, la situation est plus hétérogène : 14 régions disposent d'au moins un établissement avec une unité d'enseignement et de recherche en addictologie (UERA), 20 régions⁹² ont ouvert un poste de praticien hospitalier pour les addictions sans substance, mais dix seulement déclarent des postes universitaires à temps plein et une activité de formation en addictologie pour les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Selon la DGOS, le pôle de rattachement de l'addictologie est la médecine pour les deux tiers des établissements, la psychiatrie pour un quart et est inconnu dans le reste des situations.

⁹⁰ Le niveau I assure les réponses de proximité, y compris les sevrages simples. Le niveau II propose des prises en charge spécialisées et accueille les patients posant des problèmes particuliers. Le niveau III ou centre d'addictologie universitaire régional implanté dans les CHU, constitue en plus un lieu régional de ressources, de formation et de recherche.

⁹¹ Leurs missions et leur composition sont définies par la circulaire DHOS/O2-DGS/SD 6B n° 2000-460 du 8 septembre 2000. Elles sont chargées de former et d'assister les équipes soignantes, d'élaborer des protocoles, d'intervenir auprès des personnes ayant des conduites addictives (aux urgences, en hospitalisation, en consultation), de développer les liens à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, de mener des actions de prévention et de sensibilisation au sein de l'établissement et de participer au recueil d'informations et à la mise en place d'indicateurs d'évaluation.

⁹² Selon le découpage territorial antérieur au 1^{er} janvier 2016.

Dans le secteur de la psychiatrie, les pathologies liées à l'alcool sont des comorbidités pour lesquelles on comptabilise 2,7 millions de journées et près de 700 000 actes, pour 140 000 patients. L'estimation des coûts spécifiques liés à l'addictologie n'est cependant pas individualisable au sein de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) des établissements.

Dans les établissements SSR, l'activité est portée par 85 établissements portant la mention « affections liées aux conduites addictives » dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle. Un obstacle à la prise en charge dans les SSR spécialisés semble être l'exclusion par bon nombre de mutuelles de ce motif d'admission, ce qui paraît regrettable.

L'accroissement de l'offre en addictologie et sa structuration au cours des dix dernières années, notamment dans le cadre du plan 2007-2011, sont incontestables. Les données sur le nombre de consultations et de séjours et, dans une certaine mesure, sur les coûts hospitaliers existent, mais ne permettent pas d'isoler l'activité liée à l'alcool. De plus, en l'absence d'études sur le devenir des patients, les taux de rechute, les réadmissions et les parcours de soins, il reste très difficile d'évaluer l'efficacité du dispositif.

La prise en charge des personnes sous main de justice

L'organisation de la prise en charge des addictions des personnes en détention reposait jusque récemment sur une diversité d'intervenants : les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Il en résultait des difficultés de coordination et de pilotage et des pratiques hétérogènes.

Depuis 2010, un effort de coordination a été engagé (avec la désignation d'un professionnel pour assurer la coordination dans chaque établissement et le repérage addiction lors de la visite médicale d'entrée). Cette organisation est en train de se structurer mais reste variable d'un établissement pénitentiaire à l'autre. Des financements spécifiques sont attribués aux UCSA pour des vacations spécialisées et pour faire intervenir des équipes de liaison et de soins en addictologie.

Pour les personnes encore sous main de justice mais non hébergées, ainsi que pour les personnes libérées, l'absence de données sur le suivi après la sortie constitue, comme pour d'autres pathologies soignées à la faveur de la détention, un obstacle majeur à l'appréciation de l'impact à long terme des prises en charge⁹³.

⁹³ Cf. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, Tome 1. La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables, p. 251-290. La Documentation française, janvier 2014, 480 p., disponible sur www.ccomptes.fr

2 - Des dispositifs médico-sociaux trop dispersés

Depuis 2007, tous les établissements médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'addiction, qu'il s'agisse d'alcool, de drogues illicites ou d'addictions sans substances, ont pris la dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)⁹⁴. Ces centres peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, par conventionnement du ministère de la santé. La plupart ont une activité ambulatoire, mais un certain nombre proposent aussi un hébergement.

Les CSAPA bénéficient d'un financement de l'assurance maladie (par l'ONDAM spécifique médico-social) pour leurs missions obligatoires (de prise en charge) et sont soumis aux obligations de la loi de 2002 sur les structures médico-sociales. L'enquête réalisée par l'OFDT sur ces centres⁹⁵ montre qu'en 2010, 133 000 personnes y ont été accueillies en ambulatoire pour un problème de consommation d'alcool, et 104 000 ont consulté pour un problème de consommation de substances illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage.

Plus de la moitié des CSAPA alcool, soit 53 % des structures, sont gérés par des associations, principalement l'ANPAA, les autres relevant quasiment tous d'un établissement hospitalier. La part des patients orientés suite à une obligation de soins est en forte progression entre 2005 et 2010, ce qui pourrait être lié aux contrôles de sécurité routière.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD)⁹⁶ concernent, pour l'essentiel, les consommateurs de produits illicites, souvent associés à l'alcool⁹⁷ (25 % des patients dans les centres avec hébergement).

⁹⁴ Les CSAPA résultent de la fusion entre les centres de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

⁹⁵ OFDT. Drogues et addictions, données essentielles, 2013 et PALLE, Christophe et RATTANATRAY, Malisa. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010, situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010, OFDT, juin 2013. Sur un total de 419 CSAPA, 348 centres en ambulatoire ont participé à cette enquête.

⁹⁶ Créés en 2005 dans le contexte de l'exposition des usagers de drogue aux infections par le VIH et les virus des hépatites, à l'époque financés par l'État, ils avaient pour mission de développer l'approche de « réduction des risques » vis-à-vis de ces publics.

⁹⁷ C'est le cas pour 66 % des usagers de CAARUD en 2012 selon l'enquête de l'OFDT : Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012.

Ce dispositif a été évalué dans un rapport de l'IGAS⁹⁸, dont la tonalité générale est plutôt positive tant en ce qui concerne la mise en œuvre de la réforme de 2002⁹⁹ que la réorganisation de l'offre en addictologie dans le cadre du plan addictions 2007-2011. L'IGAS souligne cependant la difficulté à évaluer plus finement son efficacité en raison des carences du système d'information et appelle à une clarification des informations épidémiologiques. Elle note également la très grande disparité des pratiques et l'ambiguïté de la mission de prévention des CSAPA, qui est facultative et n'est pas valorisée, tout en étant parfois financée dans le champ de l'ONDAM médico-social.

Cette évaluation met également en évidence la difficulté à établir un maillage territorial, en particulier avec l'offre de soins médicale : les publics reçus (précarité, modes de vie en rupture) sont souvent difficiles à prendre en charge dans le système de soins, et les complémentarités ne sont pas faciles à établir entre le sanitaire et la médico-social. Parmi les nombreuses conventions passées avec les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les établissements de santé, certaines sont inactives ou sont restées sans application, faute de modalités de coopération concrètes. Enfin, l'IGAS observe que le suivi des parcours des patients n'est pas possible, faute de lien entre les systèmes d'information.

Fondées en 2004 pour aborder surtout la consommation de cannabis, les consultations jeunes consommateurs (CJC) avaient pour objectif de développer une prise en charge mieux adaptée à cette population. Plus de dix ans après leur création, elles peinent à toucher leur public.

Alors que l'OFDT évalue à 350 000 le nombre de patients potentiels des CJC en 2014, le nombre de patients vus au moins une fois pendant une période donnée, en général un an, ne dépasse pas 30 000 et a même tendance à baisser par rapport à la consultation moyenne observée depuis dix ans. La majorité des CJC réalise moins de dix consultations par mois. Parmi les principaux freins on relève « l'absence d'une demande propre émanant des mineurs ou le défaut d'identification des CJC comme lieu de consultation dédié aux jeunes ». Les orientations vers les CJC par la justice sont majoritaires (40 % au total et 54 % pour les 18-25 ans), concernent essentiellement le cannabis, et se limitent souvent à une intervention ponctuelle. Le rattachement de la majorité des structures (54 %) à des CSAPA semble nuire à leur attractivité en raison des connotations négatives qui sont attachées à leur public.

⁹⁸ Évaluation du dispositif de prise en charge des conduites addictives, IGAS, Février 2014.

⁹⁹ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Une piste d'amélioration de l'attractivité des CJC pourrait consister à organiser des consultations avancées dans des lieux fréquentés par les jeunes.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011 s'était fixé l'objectif de tripler le nombre de consommateurs accueillis dans les points de consultation. Pour essayer d'atteindre cet objectif, la MILDECA s'efforce désormais de « valoriser et renforcer les CJC », (action n° 22). Elle a chargé l'INPES de réaliser des campagnes de communication visant à faire connaître les CJC auprès du grand public. Une première a été menée au début de 2015. Avec la DGS et la Fédération addiction, des actions d'animation régionale du dispositif ont été mises en œuvre. Il est encore trop tôt pour évaluer les effets de ces mesures et leur impact sur l'image et l'utilisation des CJC.

3 - Un tissu associatif sans obligation d'évaluation des actions engagées

Parallèlement aux prises en charge sanitaires et médico-sociales, l'aide par les pairs s'est développée en France au travers de nombreuses associations, dont les plus connues sont les Alcooliques Anonymes, La Croix-Bleue ou Vie Libre¹⁰⁰. Elles reposent sur le bénévolat et agissent notamment par le biais de groupes de parole. Elles jouent incontestablement un rôle complémentaire à celui des institutions mais leur rôle est très dépendant du tissu local. Cependant, l'impact de leurs actions n'est pas suffisamment évalué.

¹⁰⁰ La Croix Bleue, Alcool Assistance, Vie Libre, Les Amis de la Santé et Alcool écoute, joie et santé se sont réunies au sein d'une Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique (CAMERUP) afin d'organiser leur représentativité au plan européen, national et local.

CONCLUSION

Si des avancées notables ont été obtenues, par exemple en matière de sécurité routière, de limitation de la publicité avec la loi Évin de 1991 ou de prise en charge addictologique, en revanche, la lutte contre les usages nocifs d'alcool n'a pas fait l'objet d'une politique affirmée, cohérente et continue des pouvoirs publics, et la mise en œuvre des leviers d'action existant en France ne produit pas de résultats suffisamment probants sur les comportements des consommateurs à risques.

Ainsi, la réglementation de la distribution n'est plus adaptée à la l'évolution des habitudes de consommation et à la vente à emporter, rendant le produit très accessible aux mineurs, notamment. Les limitations apportées par la loi Évin à la publicité ont été largement assouplies, alors même que la publicité numérique restait sans contrôle. La fiscalité a une finalité essentiellement économique et n'est pas utilisée à des fins comportementales, le vin étant par ailleurs très faiblement taxé par rapport aux autres boissons. En matière de conduite en état d'alcoolisation, la complexité de la chaîne de contrôle et de sanction limite considérablement son efficacité et ne parvient pas à modifier les comportements des conducteurs. Le dispositif de prévention, notamment en milieu scolaire, mobilise beaucoup de moyens mais n'est pas suffisamment évalué. Enfin les prises en charge sanitaires interviennent tardivement, faute de détection à temps des consommateurs à risques, ce qui nuit à leur continuité, à leur cohérence et donc à leur qualité. En particulier, la médecine de premier recours, dont l'efficacité est reconnue au plan international en matière de prévention et de détection des consommateurs à risque, ne joue pas le rôle essentiel qui lui revient, comme le sondage effectué par l'IFOP pour la Cour le démontre.

Or, d'autres pays, y compris parmi les producteurs de vin les plus puissants, ont obtenu des résultats significatifs en mobilisant tous les leviers d'action disponibles, notamment la recherche, la prévention, les prix et la fiscalité, l'effectivité des contrôles et des sanctions, les limitations de la publicité et de l'accès au produit ainsi que des prises en charge sanitaires adaptées.

C'est pourquoi il convient de mettre en œuvre l'ensemble de ces leviers, si nécessaire en les adaptant, en priorisant les plus efficaces et en recherchant une meilleure synergie entre eux, tout en confortant leur mise en œuvre par des objectifs clairs et une gouvernance appropriée au niveau national et local.

Chapitre III

Des politiques mal coordonnées, reposant sur des bases mal établies

Les interventions publiques en France ne sont pas construites à partir de données solides et enrichies par la recherche scientifique et clinique, que les anglo-saxons appellent « *evidence based* ». Les enjeux en termes de coûts sanitaires, économiques et sociaux restent mal connus. Il n'existe pas par ailleurs une politique mais des actions juxtaposées de lutte contre les consommations nocives d'alcool dont les résultats sont globalement décevants et mal évalués, faute d'une coordination permettant de surmonter leurs contradictions.

I - Des coûts qui restent à préciser

À la différence de pays de niveau économique comparable, les coûts sanitaires et sociaux de l'alcool en France sont mal mesurés et sans doute sous-estimés.

A - Des coûts sanitaires élevés

L'estimation des coûts des pathologies liées à l'alcool se heurte aux mêmes difficultés méthodologiques que pour la connaissance des données de mortalité et de morbidité :

- les dépenses de soins de ville en lien avec l'alcool ne sont pas identifiables : une approximation se fonde sur les patients en affection de longue durée (ALD) pour les pathologies entièrement attribuables à l'alcool, mais en sous-estime largement les coûts ;
- les dépenses hospitalières sont davantage repérables, mais aucun recensement systématique n'est organisé et les estimations sont également incomplètes ;
- enfin, les dépenses médico-sociales sont difficilement identifiables par produit, car la prise en charge addictologique y est globale.

La principale difficulté tient à ce que les méthodes d'évaluation des coûts des pathologies doivent pouvoir se fonder sur la connaissance des fractions attribuables à l'alcool¹⁰¹ selon la méthode élaborée par l'OMS en 2000¹⁰². C'est le cas notamment de certains cancers autres que ceux des voies aériennes digestives supérieures, des pathologies cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou du cancer du sein.

La CNAMTS a fourni à la Cour, en 2012 et, plus récemment, en 2015, une estimation *a minima* des dépenses de soins liées au tabac (12 Md€ en 2012)¹⁰³. Elle récuse une telle approche pour l'alcool au motif que la littérature académique n'a pas isolé de manière probante les fractions attribuables à l'alcool dans les autres pathologies (cancers, hypertension artérielle, etc.). Elle s'est dès lors limitée à recenser les dépenses relatives aux soins concernant 80 870 patients en ALD en 2012 pour trois pathologies entièrement attribuables à l'alcool (ALD 30 pour le code de la classification internationale des maladies liées à l'alcool). Elle aboutit à des dépenses d'assurance maladie supérieures à 1 Md€ en 2012, montant qui comprend les soins qui ont ou non un lien avec l'ALD.

¹⁰¹ La proportion (ou fraction) de cas attribuables à un facteur mesure l'impact d'un facteur de risque dans la population. La plupart des maladies étant plurifactorielles, cette fraction évalue la proportion du nombre de cas d'une maladie expliquée par l'exposition à ce facteur dans une population.

¹⁰² International Guide for monitoring alcohol consumption and related harm, OMS, 2000.

¹⁰³ Le champ des dépenses prises en compte correspond aux dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) rattachables individuellement à un assuré et celles relatives aux prestations en espèce versées au titre de la maternité et de l'invalidité. Cette méthode exclut cependant les dépenses de l'ONDAM non individualisables (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, Fonds d'actions conventionnelles, Fonds d'intervention régional, etc.), les dépenses relatives à l'hospitalisation à domicile (HAD), en unité de soins de longue durée (USLD) et celles du secteur médico-social. De plus, elle ne prend en compte que quatre pathologies pour lesquelles la CNAMTS considère la fraction attribuable au tabac comme indiscutable.

Tableau n° 2 : dépenses d'assurance maladie liées à l'alcool en 2012 selon la CNAMTS

Type de dépenses	Montant en M€
Secteur hospitalier	627,5
Prestations en espèces	143,5
Soins de ville (hors espèces)	248,3
Total	1 019,3

Source : CNAMTS. Ces données concernent 80 870 patients, dont 39 130 atteints de cirrhose alcoolique et polyneuropathie alcoolique, 43 510 de troubles mentaux dus à l'alcool, 100 de pancréatite chronique alcoolique, syndrome d'alcoolisation fœtale et intoxication par l'alcool.

La Cour s'est néanmoins efforcée de réunir les éléments disponibles tant pour les hospitalisations que pour les prises en charge ambulatoires, comme précisé ci-après.

1 - Des coûts d'hospitalisation importants, qui restent sous-estimés

L'étude la plus récente, précitée¹⁰⁴, s'efforce de chiffrer les coûts afférents aux séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), mais exclut les consultations et les passages aux urgences. Pour les structures autorisées en SSR, le système d'information et les pratiques de codage constituent une limite à un chiffrage fiable et exhaustif. Pour la psychiatrie les coûts sont encore plus difficiles à estimer, car le diagnostic principal renseigné est généralement psychiatrique et les comorbidités sont peu explicitées.

Dans cette étude, le coût des séjours hospitaliers liés à l'alcool a pu être estimé :

- en MCO, pour 2012 à 1,22 Md€ (sur 55,4 Md€ au total), en incluant les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- en psychiatrie à 0,98 Md€ (sur 9,4 Md€ au total) ;
- en SSR à 0,44 Md€ (sur 7,9 Md€ au total).

¹⁰⁴ PAILLE, François et REYNAUD, Michel. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France, *BEH* 25-26, InVS, Juillet 2015.

Ce total de 2,64 Md€ pour l'alcool représente environ 3,6 % de l'ONDAM hospitalier total (74,34 Md€) pour l'année considérée. L'analyse de l'activité hospitalière effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour la Cour sur 2014 aboutit, pour les seuls établissements MCO, à des dépenses d'assurance maladie estimées à 1,6 Md€ (1,7 Md€ en base de remboursement¹⁰⁵), en augmentation par rapport à l'étude sur les données 2012.

2 - Des coûts en soins ambulatoires peu connus

Les coûts des soins ambulatoires identifiables se répartissent entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social par le biais des prises en charge en CSAPA ambulatoire. La part des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) est marginale pour les prises en charge liées à l'alcool seul. L'individualisation des activités consacrées à l'alcool est pratiquement impossible dans les deux cas. Enfin, on ne dispose d'aucune donnée sur la médecine de ville, à l'exception des dépenses des patients en affection de longue durée (ALD) pour trois pathologies entièrement attribuables à l'alcool.

Les coûts liés aux consultations hospitalières concernent essentiellement les consultations d'addictologie et ne prennent pas en compte les autres consultations hospitalières dans lesquelles une consommation excessive d'alcool peut également être traitée.

Toutes les régions sont désormais dotées de consultations d'addictologie hospitalière « multi-produits », même si la très grande majorité d'entre elles (83 %) comporte une indication « alcool ». Il n'est pas possible d'isoler les crédits propres à l'alcool. Les crédits affectés aux équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) proviennent, depuis 2012, du fonds d'intervention régional (FIR) et s'élevaient en 2012 à 47,3 M€.

Les dépenses liées aux CSAPA se retrouvent pour l'essentiel dans l'ONDAM médico-social dont la part dans le financement des CSAPA est passée de 84,8 % en 2005 à 91,7 % en 2010. L'IGAS souligne la difficulté d'isoler les financements des CSAPA et des CAARUD au sein de l'ONDAM médico-social par rapport à d'autres structures, notamment les appartements de coordination thérapeutique (ACT), « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés », et certaines actions expérimentales

¹⁰⁵ La différence étant due aux dépenses non remboursées par l'assurance maladie : part complémentaire, forfait journalier.

de caractère médical et social. Le montant du sous-ONDAM affecté à ces structures s'élevait, en 2013, à 481 M€, soit un doublement par rapport à 2006 (262 M€). Le chiffre donné par la CNAMTS est de 334 M€ pour 2013.

En médecine de ville enfin, l'absence de repérage des patients ne permet pas de suivre les données de morbidité liée à l'alcool ni le coût des soins y afférents. Dès lors, les seules données disponibles portent sur les patients en ALD pour des pathologies entièrement attribuables à l'alcool.

L'INCa a commandé une étude scientifique visant à déterminer les fractions attribuables à l'alcool au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)¹⁰⁶, avec la collaboration de l'InVS et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Ces travaux, dont les résultats sont attendus pour 2017, devraient permettre d'améliorer les connaissances épidémiologiques, aujourd'hui encore très limitées, de mieux chiffrer les coûts des pathologies liées à l'alcool et de clarifier les messages destinés au grand public. Ils devraient également fournir la base méthodologique afin d'assurer une comparabilité dans le temps des indicateurs.

Un travail important de suivi épidémiologique et d'identification des fractions attribuables à l'alcool, à l'instar de ce qui a été fait au Royaume-Uni par le *National Health Service* (NHS), est devenu prioritaire.

¹⁰⁶ Ce centre a été créé en 1965, sur initiative de la France, par une résolution de la 18^{ème} Assemblée mondiale de la Santé, comme une extension de l'Organisation mondiale de la Santé ; basé à Lyon, il a pour mission de promouvoir la collaboration internationale dans la recherche sur le cancer.

B - Des coûts de prévention difficiles à isoler

Comme la Cour l'a souligné à plusieurs reprises¹⁰⁷, les dépenses de prévention sont dispersées entre de nombreux acteurs : structures interministérielles (MILDECA, sécurité routière), directions d'administration centrale (DGS, DGCS), agences sanitaires (INCa, INPES, InVS), Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), services déconcentrés et décentralisés (ARS, collectivités locales), associations subventionnées et, le plus souvent, bénéficiaires de dépenses fiscales liées à la reconnaissance d'utilité publique ou à la reconnaissance d'intérêt général. De ce fait, les informations disponibles sur les crédits engagés sont le plus souvent manquantes ou parcellaires.

L'INPES prend en charge l'essentiel des dépenses de prévention en finançant des campagnes de communication, la ligne Alcool Info service, ainsi que des appels à projets par région ou par thématique spécifique. La baisse est particulièrement sensible depuis cinq ans, du fait de la contraction des budgets alloués à l'INPES. De plus, la thématique « alcool » est incluse, depuis 2012, dans celle plus large des « addictions avec ou sans substances » (hors tabac), réduisant encore le budget affecté à ces actions.

Dans le cadre du plan de mobilisation nationale contre le cancer, l'INPES a financé de manière ponctuelle, de 2003 à 2005, des actions régionales d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, avec un ciblage sur l'alcool ou sur le tabac et l'alcool, pour un montant proche de 2,7 M€.

L'INCa n'est pas en mesure d'isoler dans ses dépenses la part consacrée à l'alcool, cette thématique ne faisant pas l'objet d'un code budgétaire particulier. Les dépenses attribuées par l'INCa aux projets prenant en compte l'alcool hors projets de recherche ont varié selon les plans cancers, de l'ordre de 550 000 € en 2011 à 200 000 € en 2014, ces montants intégrant cependant un soutien à des projets de soins.

La MILDECA alloue chaque année des dotations issues des crédits votés en loi de finances (9 M€ en 2015) à ses chefs de projet chargés

¹⁰⁷ Cour des Comptes, *La prévention sanitaire*, communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011, 137 p. et *Les politiques de lutte contre le tabagisme*, rapport d'évaluation pour le Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, décembre 2012, 332 p., disponibles sur www.ccomptes.fr

d'assurer la déclinaison locale des actions de prévention spécifiées dans le plan d'action gouvernemental de lutte contre les drogues et conduites addictives 2013-2017. Elle verse aussi des subventions à des ministères ou organismes publics partenaires dans le champ de la prévention. Il n'a pas été possible de repérer les dépenses en lien avec l'alcool, l'affectation des crédits se faisant par domaine et non par produit, si ce n'est pour des subventions spécifiques (ainsi la MILDECA subventionne l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie à hauteur de 1,5 M€ par an¹⁰⁸).

La direction générale de la santé verse des subventions aux associations nationales de prévention, participe au financement de l'INPES, et lance des appels à projets nationaux sur des thématiques ciblées. Elle soutient l'ANPAA à hauteur de 540 000 € pour ses actions de terrain et pour son action européenne. Elle apporte son soutien également à des associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool, notamment la Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique (CAMERUP) qui coordonne cinq associations ou réseaux d'associations actives dans l'accompagnement des personnes ayant des problèmes d'alcool¹⁰⁹, et Avenir santé qui est active dans l'observation des pratiques publicitaires de la filière alcool sur internet. Le montant total de ces subventions atteint près de 0,9 M€ en 2015, en baisse de 5 % sur 2014. Les projets régionaux de santé mis en place par les ARS ont bénéficié, en 2014, d'une enveloppe de près de 15 M€ sur le fonds d'intervention régionale (FIR) pour des actions relatives aux pratiques addictives (tous produits confondus).

La CNAMTS, pour sa part, assure, via le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), le financement des deux tiers du budget de l'INPES (44,6 M€ dont 41,1 M€ pour le seul régime général en 2015) et soutient depuis 2006 six associations de prévention à hauteur de 1,7 M€ en 2014, dont 1,2 en faveur de l'ANPAA.

Au total, l'absence de lisibilité sur les montants investis dans la prévention ainsi que leur variabilité d'une année à l'autre constituent autant d'obstacles à une politique structurée de prévention, à son suivi et à son évaluation.

¹⁰⁸ En 2014.

¹⁰⁹ Ce sont Alcool assistance, Alcool écoute, joie et santé, les Amis de la santé, la Croix Bleue et Vie Libre.

C - Des expériences étrangères probantes

Les pays étudiés par la Cour (Italie, Norvège, Royaume-Uni, Suède) ont commencé par mettre au point des outils de suivi performants des données relatives aux consommations nocives d'alcool et se sont attachés souvent à en évaluer les coûts pour la collectivité. Les recueils de données sont souvent plus réguliers et mieux centralisés qu'en France.

Ainsi au Royaume-Uni, l'ONS (*Office for national statistics*) établit les données épidémiologiques au niveau national à partir d'un panel d'indicateurs, en proposant un focus particulier sur les inégalités sociales en matière d'alcool.

En Suède, une enquête mensuelle est conduite sur un échantillon de 1 500 personnes représentatives de la population. Depuis le lancement du programme 2011-2015 de lutte contre les addictions, la collecte de données en routine repose sur des coordinateurs régionaux au niveau des comtés (régions), suivant un dispositif de remontée des données au niveau central à partir de 140 indicateurs, les résultats finaux étant ensuite accessibles sur le site internet du programme.

La stratégie de certains pays s'est également appuyée sur une évaluation monétaire des coûts sociaux (directs et indirects) dus à l'alcool. Ainsi, au Royaume-Uni, l'estimation des coûts de l'alcool pour le *National Health Service* (NHS) repose sur une adaptation de la méthode des fractions attribuables de l'OMS, réactualisée en 2008, puis en 2013. Elle permet d'évaluer les coûts liés aux admissions à l'hôpital et aux décès en milieu hospitalier et en ambulatoire.

Les coûts de l'alcool au Royaume-Uni

Les coûts annuels liés à l'alcool pour les années 2009-2010 sont estimés à près de 21 Md£. Ils regroupent les dépenses du NHS (3,5 Md£ par an), les délits liés à l'alcool (11 Md£) et les pertes de productivité (7,3 Md£). Pour ces dernières sont pris en compte les arrêts maladie, le chômage et la cessation anticipée d'activité pour cause d'inaptitude au travail, ainsi que les décès prématurés dans la tranche d'âge en état de travailler. Ils n'incluent pas, en revanche, les coûts indirects liés aux dommages sociaux causés aux familles.

Malgré les limites de la méthode, sa constance dans le temps permet de suivre l'évolution des dépenses. Sur cette base, le ministère britannique de la santé estimait les coûts de l'alcool pour le NHS à 3,7 Md£ par an en 2006-2007 et à 4,8 Md£ par an depuis 2010. Le coût social total a été estimé à 29 Md£ par an.

À partir de ces données, ces pays ont pu formaliser leurs politiques publiques de lutte contre les consommations nocives par la mise au point de plans pluriannuels détaillant un ensemble d'actions à partir d'objectifs quantitatifs, dont les retombées sont systématiquement évaluées dans le cadre de livres blancs avant l'adoption du plan suivant¹¹⁰.

D - Des coûts économiques et sociaux insuffisamment évalués

La France est en retard sur ses principaux partenaires européens et internationaux pour évaluer les coûts économiques, sanitaires et sociaux des consommations nocives d'alcool.

Quelques chercheurs se sont cependant attachés, de leur propre initiative ou à la demande d'autorités sanitaires, à transposer des données de la littérature académique pour cerner ces coûts économiques.

En 2003, le professeur Kopp, enseignant-chercheur en économie, évaluait à 5,4 Md€ les dépenses de santé imputables à la consommation d'alcool, à 0,2 M€ les dépenses de prévention et d'administrations, à 4,2 Md€ les recettes fiscales nettes, à 6,2 Md€ les économies sur les retraites non versées dues aux décès prématurés et à + 4,8 Md€ le solde net sur les comptes publics. Le coût social, estimé à 32 Md€, était composé du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées et recettes des taxes prélevées sur l'alcool).

En 2015, le professeur Kopp a, à la demande de l'OFDT et de la DGS, procédé à une nouvelle estimation qui était plus qu'une simple actualisation de son étude de 2003 et qui a abouti à un coût social de 120 Md€¹¹¹. La très forte augmentation des coûts par rapport à 2003 s'explique à la fois par une amélioration des connaissances épidémiologiques, un doublement de la valeur de la vie humaine portée de 1,5 à 3 M€, une baisse du taux d'actualisation de 6 % à 4 % et une estimation de la perte de qualité de vie. Ces deux derniers paramètres expliquent l'essentiel de la hausse des coûts par rapport à 2003.

¹¹⁰ Cf. annexe n° 3.

¹¹¹ KOPP, P., professeur à l'université Paris II Panthéon-Sorbonne. *Le coût social des drogues en France*, OFDT, 2015, Saint-Denis, 75 p. Voir la décomposition des coûts en annexe n° 10.

Dans cette étude, les pertes de production sont calculées à partir des données proposées par l'INCa en suivant la méthode dite du « capital humain » qui consiste à considérer que les pertes de production sont égales à la valeur actualisée des flux de revenus perdus du fait des décès anticipés. Cette approche limitative ne prend pas en compte par exemple le coût de l'absentéisme ni les effets de la consommation d'alcool sur la précarité (bas niveau d'étude, revenu moyen, isolement, troubles mentaux, etc.). La grande différence avec les coûts calculés au Royaume-Uni (29 Md€ par an) tient au périmètre retenu, qui se limite dans ce pays aux dépenses de santé, aux coûts des délits et aux pertes de productivité.

Le poids de l'alcool en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALYs)

Au niveau international, le poids de l'alcool sur la santé de la population est fréquemment présenté sous forme d'années de vie ajustées sur l'incapacité (*Disability Adjusted Life Years ou DALYs*). Cet indicateur correspond à la somme des années de vie potentielles perdues en raison d'une mortalité prématurée et des années de vie productives perdues en raison d'incapacités. L'OMS évalue le poids de l'alcool dans la « charge mondiale de morbidité » (« *global burden of disease* ») à 5,1 %¹¹² en 2012. Il est estimé à 10 % au Royaume-Uni.

Cette notion d'années de vie ajustées sur l'incapacité est cependant peu utilisée par l'appareil statistique français.

Les données relatives au coût des dépenses publiques réunies par l'OFDT proviennent du document de politique transversale *Politique de lutte contre les drogues et la toxicomanie* annexé au projet de loi de finances pour 2013. Elles agrègent des éléments disparates et peu fiables, ne reflètent pas les coûts complets et sont sans doute largement sous-estimées, en l'absence de mesure des coûts attribuables à l'alcool pour les actes de délinquance et de violence (notamment les frais de justice) et, d'une façon générale, par manque de données de comptabilité analytique propres à l'alcool au sein des conduites addictives.

¹¹² La première étude sur la charge mondiale de morbidité a été lancée par l'OMS au début des années 1990.

Les dépenses publiques résultant des consommations nocives d'alcool (évaluation du rapport Kopp sur données 2010)

Coûts des soins :	8 413 M€
Dotations CSAPA :	121 M€
Dotations ELSA :	32 M€
Prévention, recherche et répression :	283 M€
(Pour mémoire : recettes fiscales d'accises :	3 204 M€)

Quels que soient ses biais méthodologiques, l'étude du professeur Kopp met au moins en évidence deux constats pertinents :

- la consommation d'alcool coûte plus à l'État qu'elle ne lui rapporte,
- et surtout, les externalités négatives de cette consommation sur l'économie et les finances publiques méritent d'être plus précisément documentées.

II - Un effort de formation et de recherche peu soutenu

En France, l'enseignement et la recherche dans le domaine de l'alcool n'ont pas constitué de véritables priorités au cours des dernières années.

A - Un enseignement sous-calibré

L'enseignement de l'addictologie à l'alcool dans les formations médicales et paramédicales varie en fonction des régions mais est très insuffisant.

Au cours de la première année commune aux études de santé (PACES), l'enseignement comporte quelques heures de sensibilisation aux pratiques addictives. En deuxième cycle des études de médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie, l'addictologie est présente dans trois unités d'enseignement depuis 2013, le temps qui lui est consacré étant cependant dépendant des choix individuels des enseignants.

En troisième cycle, un module d'addictologie est dispensé aux internes en médecine générale. Le diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) en addictologie est ouvert aux internes de certains DES. Les maquettes des diplômes d'études spécialisées (DES) de neurologie et de psychiatrie comprennent un enseignement de « toxicomanie et dépendances ». La maquette du DES de médecine du travail comprend un enseignement spécifique de toxicologie. Dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales, une formation spécialisée transversale (FST) est à l'étude et pourrait devenir la référence pour la surspécialisation en addictologie.

En dehors de ces formations, une capacité d'addictologie, destinée à des généralistes ou spécialistes déjà en exercice, est délivrée par 21 universités. Enfin, un diplôme interuniversitaire a été mis en place en 2015-2016 entre trois universités et des diplômes universitaires d'addictologie (DU) sont proposés par plusieurs établissements.

En dépit de ces programmes, l'enseignement en addictologie reste portion congrue du fait du faible nombre d'enseignants et d'heures de cours affectés à la discipline. Ainsi, en 2015, seulement 17 universités sur 33 sont dotées d'un enseignement universitaire et d'un niveau 3 en addictologie. Sur ces 17 universités, 11 ont un professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) en addictologie et 6 un PU-PH enseignant l'addictologie en plus de la psychiatrie ou de la thérapeutique.

B - Une recherche à la traîne

En matière de recherche, il convient de distinguer la recherche médicale proprement dite (addictologie, neurosciences, neurobiologie, psychiatrie, hépato-gastro-entérologie, cancérologie, etc.) et les travaux de santé publique (épidémiologie, sciences humaines et sociales ou stratégies de prévention ou de prise en charge).

Les travaux de recherche fondamentale, translationnelle¹¹³ et clinique sur l'alcool sont soutenus par de nombreux établissements (hôpitaux, universités), organismes (Inserm, CNRS, INCa) et Alliances

¹¹³ La recherche translationnelle consiste à transmettre, le plus rapidement possible, les innovations scientifiques vers des adaptations permettant une meilleure prise en charge du patient.

stratégiques de recherche (AVIESAN et ATHENA¹¹⁴), et ont été sélectionnés au terme de plusieurs appels d'offres : PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique), ANR (Agence nationale de la recherche), INCa (Institut national du cancer).

Les projets de recherche en santé concernent aussi bien l'étude des mécanismes fondamentaux de l'addiction (interaction de molécules avec les récepteurs cellulaires responsables des phénomènes d'addiction, étude du mécanisme d'action des hallucinogènes, développement de modèles animaux, imagerie cérébrale, addiction et composantes génétiques, neurobiologie, etc.), l'effet des molécules¹¹⁵, que ses aspects sociétaux et psychologiques (accidentologie liée à la prise de substances psychoactives, pratiques individuelles addictives, processus de poly-consommation, incidences de cancer ou de VIH, etc.).

L'ANR a, depuis 2010, financé 23 projets dans le domaine des addictions pour un montant de 8,7 M€. Le programme spécifique Santé mentale addictions (SAMENTA), en particulier, avait pour but de financer des projets innovants et de la recherche translationnelle. L'INCa a financé, sur la période 2007-2013, 31 projets de recherche en lien avec l'alcool, pour un montant de 10 M€ (dont 2,8 M€ consacrés à la génomique des tumeurs hépatiques dans le cadre du consortium « *International Cancer Genome Consortium* » (ICGC). Pour le PHRC, 5,6 M€ ont été engagés entre 2010 et 2014, et les investissements de l'Inserm pour la recherche sur l'alcoolisme s'élèvent à 10,8 M€¹¹⁶.

Un autre financeur, l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP, GIS Inserm), a également soutenu 11 projets de recherche en santé publique comportant un volet spécifique sur l'alcool sur la période 2005-2013, pour un montant total de 1,5 M€. Il a de plus financé 6 projets dans lesquels les problématiques liées à l'alcool sont présentes mais minoritaires, pour un montant total de 0,9 M€.

¹¹⁴ Alliance pour les sciences de la vie et de la santé et Alliance thématique nationale des sciences humaines et sociales. AVIESAN associe neuf instituts thématiques multi-organismes (ITMO) dont quatre sont directement impliqués dans la recherche sur l'alcoolologie : neurosciences, sciences cognitives, neurologie et psychiatrie, santé publique, physiologie, nutrition, métabolisme et cancer.

¹¹⁵ Cf. annexe n° 7 sur le baclofène.

¹¹⁶ Ce montant correspond à la somme d'une partie des dotations récurrentes de l'Inserm aux équipes et des salaires des personnels impliqués dans les recherches en lien avec l'alcool.

Plus récemment, dans le cadre du plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2015, un volet recherche a été mis en place sous l'égide de la MILDECA et de la direction générale de la recherche et de l'innovation (DGRI). La MILDECA soutient ainsi des projets, sous la rubrique « recherche et observation » à hauteur de 4,2 M€, toutes disciplines confondues, y compris en sciences sociales. Une expertise collective de l'Inserm sur les conduites addictives chez les jeunes, commandée par la MILDECA, a été publiée en 2014¹¹⁷. Il est prévu à terme de formaliser un comité stratégique MILDECA – DGRI en vue de centraliser la programmation et les financements alloués à la recherche sur les addictions.

La DGS et la MILDECA viennent de charger l'Inserm d'une expertise collective sur l'alcool, dont la publication est attendue en 2018. Elles ont aussi confié à une unité Inserm (Groupe de Recherche sur l'Alcool et les Pharmacodépendances) l'animation d'un réseau national des acteurs de la recherche sur l'alcool.

Le programme d'investissements d'avenir (PIA) finance plusieurs projets (i-SHARE, Psy-Coh), un Labex (biopPsy, de l'action « Santé biotechnologies ») et un Equipex (OptoPath) qui ont chacun un volet consacré aux addictions. Ainsi la cohorte i-SHARE de 30 000 étudiants est destinée à explorer la relation entre certains comportements à risque, dont l'exposition à l'alcool et aux drogues, et la survenue de certaines pathologies.

En dépit de ces efforts, les travaux de recherche sont peu nombreux par rapport à ceux menés à l'étranger, y compris en psychiatrie. Une étude bibliométrique réalisée par AVIESAN en juillet 2015 sur les publications médicales, portant essentiellement sur les pathologies liées à l'alcool, la dépendance, l'épidémiologie et les déterminants de santé, montre que la France est classée 10^{ème} sur la période 2010-2014 avec 966 publications sur un total de 28 718, loin derrière les États-Unis (13 827 publications), le Royaume-Uni (2072), l'Australie (1 724) ou l'Allemagne (1 462). En santé publique et en sciences sociales, la visibilité est encore plus modeste. Cela s'explique par le manque de moyens mobilisés pour soutenir des projets, le petit nombre de chercheurs impliqués, et l'absence d'intérêt pour une spécialité hospitalo-universitaire peu prestigieuse.

¹¹⁷ « Conduites addictives chez les adolescents », une expertise collective de l'Inserm, 2014.

L'Inserm assure, pour sa part, près de la moitié de ces publications. Dans le domaine des sciences sociales, la recherche sur les stratégies d'influence et de marketing des producteurs et distributeurs ne s'est pas développée en France, à l'exception des travaux de Karine Gallopel Morvan¹¹⁸.

La recherche aux États-Unis

Le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* est, au sein de l'agence de moyens NIH (*National Institutes of Health*), l'institut national entièrement consacré aux travaux de recherche sur l'alcool. Il couvre l'ensemble du spectre de la recherche dans ce domaine (aspects cliniques, translationnels et fondamentaux, dont génétique et neurobiologie). Les crédits budgétaires qui lui ont été alloués pour l'année 2016 s'élèvent à 467,7 M\$ (417 M€), en hausse de 4,9 % sur 2015. Il finance en particulier des travaux de recherche utilisant l'apport des travaux récents en neurosciences pour comprendre les changements de comportement au cours des traitements de l'addiction à l'alcool¹¹⁹.

L'Union européenne s'est engagée, dès 2001, à soutenir les États membres afin qu'ils travaillent en commun au renforcement de leurs instruments visant à réduire les effets de l'usage nocif de l'alcool sur leurs territoires. Ce soutien porte aussi sur les programmes de recherche financés par la Commission européenne, dans le cadre du 7^{ème} programme de recherche et développement technologique (PCRDT), coordonnés par le *Community Research and Development Information Service* (CORDIS).

¹¹⁸ Professeure des Universités en marketing social à l'École des hautes études en santé publique de Rennes.

¹¹⁹ NASIR, H., NAQVI, M.D., Ph. D., and MORGENSTERN, Jon, Ph.D. *Cognitive Neuroscience Approaches to Understanding behavior Change in Alcohol Use Disorder Treatments Alcohol research*, 2015, 37 (1).

Une faible participation française aux projets européens

Selon le recensement des projets de recherche financés par l'Union européenne réalisé par l'ONG EUROCARE (*The European Alcohol Policy Alliance*), réseau de 57 ONG de santé publique travaillant sur la prévention et la réduction des consommations nocives d'alcool en Europe, la France n'est à l'initiative que d'un seul projet, *Safer Drinking Scenes*, lancé par le « *French Forum for Urban Security* ». Elle prend part aux projets PHEPA (*Primary Health Care European Project on Alcohol*) et RARHA (*Reducing Alcohol Related Harm*) : pour ce dernier, la DGS a été partie prenante, mobilisant elle-même trois partenaires (OFDT, INPES, ANPAA).

L'INPES a représenté la France dans le projet AMPHORA (*Alcohol measures for Public Health Research Alliance*). La participation française reste néanmoins faible en comparaison de l'effort de recherche engagé par d'autres pays, l'Espagne étant par exemple à l'origine de cinq projets et l'Allemagne de trois.

III - Une coordination inaboutie entre acteurs

Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, par nature interministérielles, peinent à trouver un pilote national capable de fédérer leur mise en œuvre. Au plan local, le préfet et le directeur général de l'ARS, censés réaliser cette coordination, sont tributaires de la gouvernance fragile constatée au niveau national.

A - Un pilotage interministériel encore flou

En France, le pilotage de lutte contre les addictions a été confié à la MILDECA, mais la DGS a gardé l'essentiel des initiatives et des moyens.

1 - Le rôle de la MILDECA

Créé en 1982, le Comité interministériel et la mission permanente de lutte contre la toxicomanie laissent place en 1996 à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), placée sous l'autorité du Premier ministre. Devenue en 2014 la MILDECA, pour marquer l'intégration de l'ensemble des substances psychoactives et des conduites addictives dans ses missions, elle a vu son champ d'orientation et ses priorités fluctuer dans le temps, en fonction parfois des alternances politiques, au détriment de la cohérence et de la continuité que mériterait la coordination des politiques en matière d'addictions.

La MILDECA a été chargée d'élaborer et de mettre en œuvre le plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, qui couvre l'ensemble des addictions¹²⁰.

**Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues
et conduites addictives 2013-2017**

Le plan gouvernemental se donne pour priorités de :

- fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ;
- prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux ;
- renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

À cet effet, il comporte cinq axes stratégiques :

- prévenir, prendre en charge et réduire les risques ;
- intensifier la lutte contre les trafics ;
- mieux appliquer la loi ;
- fonder les politiques de lutte contre les drogues et conduites addictives sur la recherche et la formation ;
- renforcer la coordination des actions nationales et internationales.

Si la MILDECA s'est à nouveau impliquée dans les stratégies relatives au tabac et à l'alcool, ses efforts sont encore trop récents pour que leur impact puisse être mesuré. De plus, si la répartition des rôles avec la DGS est clairement formalisée pour le pilotage du programme national de réduction du tabagisme (PNRT), que la Cour avait appelé de ses vœux en conclusion de son évaluation¹²¹ et auquel la MILDECA est étroitement associée sans exercer le rôle principal, ce n'est pas le cas pour l'alcool. Il n'existe en effet pour l'alcool ni « comité national de

¹²⁰ Décret du 11 mars 2014, étendant le champ de compétences de la MILDECA non seulement à l'ensemble des substances psychoactives mais également aux addictions sans produits.

¹²¹ Cf. rapport d'évaluation demandé par le président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. *Les politiques de lutte contre le tabagisme*. La Documentation française, décembre 2012, 332 p., disponible sur www.ccomptes.fr

pilotage »¹²² associant les principaux acteurs publics, ni « comité de coordination »¹²³ associant la communauté scientifique et la société civile.

Le plan d'actions 2013-2015¹²⁴ confie le pilotage tantôt au ministère chargé de la santé, tantôt à la MILDECA, parfois conjointement aux deux. Il apparaît cependant que si la MILDECA a bien la charge des actions de coordination (par exemple l'instauration d'une commission interministérielle de prévention), les actions de prévention et de communication sont surtout pilotées par les ministères concernés : santé, éducation nationale, jeunesse, travail, ville ou justice. Il en va de même pour les actions dans le domaine de l'accompagnement et du soin, à quelques exceptions près.

D'une manière générale, en dépit de l'effet d'affichage du nouveau plan en cours, les moyens de la mission interministérielle ont constamment baissé au cours des dernières années : dans leur rapport consacré au pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie, les corps d'inspection soulignent la diminution des moyens de la mission entre 2008 et 2013 (ramenés de près de 30 M€ à 22 M€, soit une baisse de 36 %, dont 8,9 M€ pour les interventions)¹²⁵. Dans le cadre du plan d'actions 2013-2015 financé à hauteur de 58,8 M€, les crédits d'intervention de la MILDECA sont de 14 M€, soit 7 M€ par an.

Au plan local, depuis le rapport des corps d'inspection, la MILDECA s'est efforcée de mieux structurer son réseau : les directeurs de cabinet des préfets sont systématiquement désignés comme chefs de projet et quatre régions pilotes font l'objet d'un suivi et d'une attention particulière ; des outils globaux d'aide à la décision et au pilotage local ont été définis. Des circulaires parues en 2015 visent à améliorer la coordination avec les acteurs locaux, tant au niveau régional que

¹²² Présidé par le directeur général de la santé. Il comprend la MILDECA, l'INCa, l'INPES, l'assurance maladie, la direction de la sécurité sociale, la direction des ressources humaines et le secrétariat général du ministère.

¹²³ Coprésidé par le DGS et la présidente de la MILDECA, il comprend des représentants de la société civile (associations de lutte contre le tabac, représentants des usagers), des représentants des sociétés savantes, des membres du ministère des finances.

¹²⁴ Le plan 2013-2017 est décliné en deux plans d'actions bisannuels successifs.

¹²⁵ Rapport *Évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie*, Inspection générale des affaires sociales, inspection générale de l'administration et inspection générale des services judiciaires, mars 2014.

départemental et une directive nationale d'orientation des préfetures qui intègre la dimension alcool est en cours de finalisation. Il est cependant trop tôt pour mesurer les apports de ces dispositifs.

Enfin, pour la coordination des actions nationales et internationales, la MILDECA intervient essentiellement sur les drogues illicites, à savoir le groupe Georges Pompidou du Conseil de l'Europe et le groupe horizontal drogue (GHD) du Conseil européen. La DGS assure généralement la présence française dans le domaine de l'alcool, qu'il s'agisse des groupes d'experts tels que le CNAPA¹²⁶ ou de la participation aux travaux menés par la Commission européenne dans le cadre de la stratégie 2006-2012. Quant aux arbitrages rendus par le secrétariat général des affaires européennes (SGAE), dans le domaine de l'alcool, ni la MILDECA ni la DGS ne sont en mesure de peser face aux ministères de l'agriculture et économique et financier. Le SGAE fait cependant valoir que la position française dans les enceintes européennes s'inscrit dans une démarche ambitieuse en matière de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Celle-ci s'est exprimée fermement, lors du Conseil EPSCO (Emploi, Politique sociale, Santé et Consommateurs), dans sa réunion du 7 décembre 2015, en faveur d'une nouvelle stratégie européenne en matière d'alcool, en adéquation avec le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives et le plan d'action européen 2012-2020 de l'OMS.

Ainsi, la politique en matière d'alcool correspond probablement au domaine dans lequel la MILDECA a le plus de difficultés à établir sa légitimité et c'est plutôt la DGS qui assure le pilotage stratégique de la politique et des plans de santé publique relatifs à l'alcool.

2 - Le rôle du comité interministériel de prévention de la délinquance

Dans le domaine de la délinquance et des violences consécutives à des consommations d'alcool il n'existe pas de stratégie nationale mais des plans d'action publique comportant chacun, à des degrés divers, des actions en faveur de la lutte contre les consommations nocives d'alcool.

¹²⁶ Comité de politique et d'actions nationales en matière d'alcool créé par la Commission en 2007.

Le plan national de prévention et de lutte contre la délinquance, élaboré par le Comité interministériel de prévention de la délinquance (CIPD)¹²⁷, aborde les problématiques d'alcool à travers les aspects de la tranquillité publique. En revanche, le programme d'actions prioritaires du plan¹²⁸ n'ébauche pas de mesures en faveur des jeunes exposés à une consommation abusive d'alcool.

Un constat similaire peut être formulé pour le quatrième plan triennal 2014-2016 de lutte contre les violences faites aux femmes : il comporte des mesures protectrices en faveur des victimes mais n'aborde pas la question des causes des violences.

B - Un pilotage local partagé entre les préfets et les agences régionales de santé

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé (ARS) sont compétentes pour définir, à partir du cadre national, leurs priorités stratégiques de santé et les mettre en œuvre dans le ressort de leur circonscription régionale, tandis que le préfet de département est garant de la déclinaison des autres politiques nationales en animant les différentes instances territoriales chargées de leur mise en œuvre. Cette gouvernance duale, conjuguée à la non-concordance des niveaux décisionnels, n'est pas sans inconvénients, d'autant plus que d'autres acteurs locaux comme les municipalités et les conseils départementaux et régionaux interviennent au nom de leurs compétences. Cette situation contribue à accroître le manque de visibilité des politiques locales de lutte contre les consommations nocives d'alcool.

1 - Les ARS, des acteurs régionaux récents dans le domaine sanitaire et médico-social

La stratégie des ARS est définie dans les projets régionaux de santé (PRS). Dans la première vague de ces projets qui couvrait la période 2010-2014, parmi les cinq domaines prioritaires pour la prévention, l'alcool n'était abordé, au sein de la santé mentale, que par le biais des addictions chez les jeunes et avec une grande hétérogénéité d'une région

¹²⁷ Le CIPD créé en 2006 est présidé par le Premier ministre ou par le ministre de l'intérieur par délégation.

¹²⁸ Cet axe a pour cible privilégiée les adolescents et jeunes majeurs exposés à la délinquance.

à l'autre¹²⁹. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens 2010-2013 ne comportaient, quant à eux, aucun indicateur de résultat des politiques menées par les agences en lien avec les addictions, à l'exception de l'ARS Pays de la Loire.

La plupart des ARS ont également défini des actions ciblées sur les enfants et adolescents, par l'information sur les risques liés aux pratiques addictives ainsi que le renforcement des compétences psycho-sociales. Ces actions sont envisagées en partenariat avec le ministère de l'éducation nationale ou les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), ainsi qu'avec les collectivités territoriales dans le cadre de contrats locaux de santé (CLS).

Une attention particulière est portée par plusieurs ARS aux consommations excessives d'alcool parmi les femmes enceintes avec l'objectif de développer et de généraliser l'entretien prénatal précoce. Le repérage des pratiques addictives est également abordé par les ARS dans le cadre d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé.

En matière d'offre de soins médicaux, on retrouve généralement dans les différents schémas d'offre de soins les trois niveaux prévus par le plan 2007-2011 ainsi qu'une offre médico-sociale (CSAPA et CAARUD), souvent en développement.

Les modes de financement de l'ensemble de ces actions sont multiples (ANPAA, IREPS, FIR, MILDECA, etc.) et la coordination avec la MILDECA est souvent sommaire et fragilisée par la rotation rapide des chefs de projet.

L'hétérogénéité des situations est confirmée par les visites effectuées en région dans le cadre de l'enquête de la Cour (cf. annexe n° 4). Le caractère largement autonome de l'action des ARS avec les crédits du fonds d'intervention régional n'a pas contribué à asseoir la légitimité de la MILDECA au niveau régional, comme les corps d'inspection l'ont souligné dans un rapport remis en mars 2014¹³⁰. Son rattachement direct au préfet a été perçu sur le terrain comme un handicap, et ses actions de prévention ont été perçues comme mal coordonnées avec les actions du FIR.

Entre-temps, la MILDECA a engagé plusieurs actions visant à structurer son réseau et à mieux articuler les échelons régional et départemental : meilleur positionnement des chefs de projet, régionalisation des crédits, mise en place d'outils d'aide à la décision et au pilotage, etc.

¹²⁹ Pour les futurs PRS, les instructions aux ARS n'ont pas à ce jour été élaborées.

¹³⁰ Rapport précité *Évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie*.

2 - Une coordination territoriale qui repose sur le préfet dans le domaine de la sécurité routière

Le préfet de département est le garant, au niveau local, de la déclinaison des politiques nationales qui se traduisent dans des plans sectoriels, dont la mise en cohérence avec la lutte contre les consommations nocives d'alcool pourrait être améliorée.

a) Le plan départemental d'action de la sécurité routière

Le préfet a sous son autorité la politique locale de sécurité routière¹³¹. Il préside ainsi « le Conseil départemental de prévention » et élabore avec les différents partenaires locaux (collectivités territoriales, associations, personnalités qualifiées) un document général d'orientations¹³², destiné à mettre en cohérence les actions déclinées dans le plan départemental d'actions de sécurité routière (PDASR).

Ce plan départemental est le seul plan local à faire de la problématique de l'alcool un axe majeur. Grâce à ses dotations budgétaires, il peut en outre disposer d'une forte capacité d'action dans le département, les collectivités territoriales considérant qu'il s'agit avant tout d'une prérogative de l'État. Pour permettre aux préfets de suivre les plans, quatre indicateurs relatifs à l'alcool leur sont adressés, chaque trimestre, par l'observatoire national interministériel de sécurité routière.

Des particuliers peuvent également participer activement à des actions de sensibilisation au sein des associations : le préfet peut ainsi désigner des intervenants départementaux de sécurité routière pour mener des actions en faveur de la prévention.

b) Un partenariat utile mais limité avec les polices municipales

Les polices municipales, lorsqu'elles existent, sont fréquemment associées aux opérations de contrôle routier menées par la police nationale, notamment en matière de dépistage de l'alcoolémie au volant.

¹³¹ À partir de 1982, la sécurité routière est devenue un thème privilégié d'action et de communication pour les préfets dans le contexte de la décentralisation.

¹³² Une circulaire du délégué interministériel à la sécurité routière du 19 octobre 1993 instaure, au sein de chaque département, un « Document Général d'Orientation » (DGO). Il détermine pour cinq ans les enjeux et les orientations de la politique départementale de sécurité routière.

Une telle collaboration a été institutionnalisée par la loi du 15 avril 1999 et le décret du 24 mars 2000¹³³.

Si le partenariat avec les polices municipales a surtout l'avantage de mettre en commun la connaissance de proximité, la collaboration des agents de police municipaux est strictement circonscrite à leur zone de compétence territoriale et à des missions annexes. Elle se heurte aussi à des difficultés techniques : formation, équipements, moyens de communication et cycles horaires respectifs d'intervention entre police municipale et nationale.

Par ailleurs, certains maires répugnent, pour des raisons budgétaires, à solliciter la police municipale quand l'effectif en est réduit, la nuit ou dans des périodes non ouvrées. D'autres maires préfèrent privilégier le rôle de prévention de leur police municipale, mieux perçu des administrés.

En définitive, l'apport de la police municipale aux actions de lutte contre l'insécurité routière, et notamment à celles relevant de l'alcool au volant, reste encore modeste et se heurte à de nombreuses difficultés.

c) Un besoin de coordination locale en matière de prévention de la délinquance

Dans le cadre des orientations définies au niveau national par le comité interministériel de prévention de la délinquance, le préfet de département est chargé de leur mise en œuvre, au sein du conseil départemental de prévention de la délinquance qu'il préside. Le plan départemental de prévention de la délinquance y est élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs locaux œuvrant dans ce domaine. Les communes et intercommunalités déclinent une démarche identique sur leurs territoires respectifs au sein des conseils locaux¹³⁴ ou intercommunaux, qu'ils président.

¹³³ Conformément aux dispositions de l'article L. 2212-6 du code général des collectivités territoriales et du décret du 24 mars 2000, les communes de plus de dix mille habitants disposant d'une police municipale établissent une convention de coordination après avis du procureur de la République. Cette convention précise la nature et le lieu d'intervention des agents de police municipale ainsi que les modalités de coordination avec les forces de sécurité de l'État.

¹³⁴ Obligatoire pour les communes de plus de 10 000 habitants.

Si les actions du maire et du préfet sont inscrites dans le cadre partenarial des contrats locaux de sécurité¹³⁵, dans les faits, ces derniers portent peu sur la lutte contre les consommations nocives d'alcool, cette problématique étant davantage associée à la sécurité routière prise en compte par le plan départemental d'actions de la sécurité routière.

3 - Des financements contraints ou insuffisamment ciblés

Une grande part des actions territoriales de prévention engagées dans le cadre des plans départementaux d'actions de sécurité routière est pilotée et financée directement par les services de l'État. D'autres sont menées par les partenaires de l'État dans le cadre d'appels à projets.

a) Des moyens inégaux

Les crédits consacrés au financement des actions territoriales de lutte contre l'insécurité routière ont enregistré une forte baisse (- 27 % globalement de 2009 à 2015, dont - 17 % pour les actions des préfetures, - 18 % pour les collectivités locales, mais + 11 % pour les associations locales). Cette diminution globale masque toutefois des disparités entre les bénéficiaires : une hausse sensible au bénéfice du milieu associatif et une nette baisse au détriment des collectivités territoriales et des services déconcentrés de l'État.

La stratégie globale de lutte contre les addictions se retrouve dans la déclinaison locale du plan départemental d'actions de sécurité routière qui ne permet pas d'isoler celles qui sont consacrées à la seule lutte contre l'alcool au volant. On retrouve une difficulté similaire pour les autres fonds susceptibles de financer des actions de lutte contre les consommations nocives d'alcool (fonds interministériel de prévention de la délinquance, financements MILDECA).

Les financements affectés à la seule lutte contre les consommations nocives d'alcool sont ainsi dispersés, sans possibilité de les identifier, ni d'en mesurer l'évolution.

¹³⁵ L'article 1 de la loi du 14 novembre 2001 a fait du contrat local de sécurité le cadre de référence de la coopération en matière de sécurité.

b) Un ciblage insuffisant des subventions

De nombreux acteurs locaux (services de l'État, communes, collectivités territoriales, associations, assureurs, entreprises, particuliers) participent aux actions de prévention et de sensibilisation à la sécurité routière. Pourtant l'effet de levier susceptible d'être obtenu grâce à leur participation financière respective¹³⁶ apparaît limité, et les actions auxquelles concourent les subventions de l'État paraissent mal ciblées.

En témoignent à la fois le niveau modeste d'abondement du fonds de concours créé en 2009 (100 000 € en 2015 et 2016) et la tendance des préfetures à reconduire d'une année sur l'autre les subventions, sans mesure de l'efficacité des actions et sans assurer la bonne adéquation entre la localisation géographique des actions et l'accidentologie du territoire, à partir de besoins préalablement identifiés.

c) Des financements de la prévention de la délinquance mal orientés

Les actions de prévention de la délinquance sont intégrées au pilotage national de la politique de la ville, désormais assuré par le commissariat général à l'égalité des territoires (CGET). Elles sont déclinées localement par délégation de crédits aux préfets de département qui sélectionnent les actions financées par le fonds interministériel de prévention de la délinquance. Ce fonds a connu une croissance notable sur la période 2009-2015, sans que les actions en faveur de la lutte contre les consommations nocives d'alcool en aient réellement bénéficié.

Le comité interministériel de prévention de la délinquance a mis en place un référencement des bonnes pratiques dans le but de faciliter la mise en œuvre de la stratégie nationale 2013-2017. Il propose aux acteurs locaux des fiches méthodologiques et descriptives d'actions locales réussies, mais seul un petit nombre d'entre elles traite de manière explicite de la lutte contre les consommations nocives d'alcool¹³⁷.

¹³⁶ Pour l'État, sur le programme 207 - *Sécurité et éducation routière*, action 2.

¹³⁷ Il s'agit d'actions de prévention, de médiation et de réduction des risques lors d'événements festifs et de médiation sociale en matière de tranquillité publique.

4 - Un réseau d'intervenants sociaux en construction

Si la loi offre un cadre aux forces de sécurité pour la répression des actes de violence ou de délinquance, il leur est beaucoup plus difficile de gérer les états alcooliques qui nécessitent des prises en charge sanitaires et sociales. Un réseau d'intervenants sociaux chargés depuis une vingtaine d'années d'assurer le lien avec le milieu social ou associatif local et les forces de sécurité a néanmoins été déployé.

Le financement de ces postes est assuré par l'État au titre du fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD)¹³⁸, par les départements, les communes et les intercommunalités.

Alors que les intervenants sociaux jouent un rôle reconnu unanimement, leur maillage territorial n'est toujours pas achevé. Bien que leurs effectifs soient passés de 118 en 2008 à 239 en décembre 2014, 26 % des directions départementales de la sécurité publique (DDSP) en sont encore dépourvues. De plus, la pérennité des postes actuels n'est pas garantie et certains conseils départementaux refusent de les financer au motif qu'ils disposent déjà d'unités territoriales d'action sociale exerçant des missions très semblables.

Au total, la déclinaison des différents plans locaux est assurée par une multitude d'acteurs dont les problématiques de l'alcool sont loin de constituer toujours la priorité. Faute de coordination, les actions de lutte contre les consommations nocives d'alcool y perdent beaucoup en efficacité. En l'absence d'animation au plan national et d'échanges de bonnes pratiques entre départements, ces initiatives sont condamnées à l'isolement.

CONCLUSION

Les données sur les coûts sanitaires, économiques et sociaux permettant de construire une stratégie de lutte contre les consommations nocives d'alcool sont nettement en retrait par comparaison avec celles dont disposent des pays comparables, tandis que la recherche et la formation des professionnels sont trop peu développées. L'insuffisante coordination nationale et locale entre les acteurs ne permet pas d'assurer la cohérence des diverses actions menées.

Les résultats de politiques ainsi juxtaposées et mal pilotées restent très en deçà de ceux obtenus par des pays comparables qui ont su se fixer des objectifs volontaires et construire une gouvernance appropriée pour mettre en œuvre dans la durée des actions cohérentes et évaluables. La méthode du livre blanc publié tous les quatre ou cinq ans leur permet notamment de recalibrer les orientations stratégiques.

¹³⁸ La participation de l'État au titre du FIPD s'est élevée à 3 M€ en 2012.

Chapitre IV

Faire de la lutte contre les consommations nocives d'alcool une priorité de l'action publique

Au terme de cette évaluation, il apparaît clairement que les consommations nocives d'alcool ont des effets importants sur la santé et la sécurité publiques et s'avèrent coûteuses pour la société. Il est non moins indubitable que la dispersion des politiques conduites jusqu'à présent comme l'absence d'objectifs ciblés et d'instruments de mesure de l'efficacité des actions de terrain placent la France en mauvaise position par rapport aux meilleures pratiques recommandées tant par l'OMS que par l'OCDE.

Sur le plan de l'information du public, le travail en cours sur les repères de consommation permettra de clarifier les messages de prévention en direction de la population générale sur les consommations nocives d'alcool.

Il est utile d'observer à cet égard que d'autres pays, comme le Royaume-Uni, l'Australie et le Canada, s'orientent vers la diffusion de messages plus précis, détaillant plusieurs niveaux de risque, notamment de cancers, en fonction de la consommation non plus quotidienne mais hebdomadaire, en quantité totale et en répartition sur les jours de la semaine¹³⁹.

¹³⁹ Cf. *supra* source du graphique n° 5 page 33.

Une politique unifiée de lutte contre les consommations nocives d'alcool doit permettre d'infléchir en profondeur les comportements des consommateurs à risque, qui doivent être sensibilisés aux effets nocifs de l'alcool sur la santé, la vie sociale, et responsabilisés dans leur rapport individuel à la consommation d'alcool. Cette prise de conscience est, en effet, une condition nécessaire à l'efficacité de l'action publique.

À cet égard, les exemples de la lutte contre le tabagisme d'une part, et contre les excès de vitesse d'autre part, montrent qu'une politique volontaire s'inscrivant dans la durée peut changer les comportements de nos concitoyens.

Dans le domaine du tabac, la mise en place de la loi Évin a amené une évolution des comportements bien plus rapide qu'escompté, avec une acceptation rapide de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Les meilleurs résultats ont été obtenus lorsqu'une volonté politique a été affirmée, par exemple lors de la mise en place du premier plan cancer, avec des hausses de prix significatives, qui se sont accompagnées d'une diminution de la prévalence entre 2000 et 2005. Des restrictions supplémentaires ont été apportées à la mise sur le marché de certains produits, à la publicité sur les lieux de vente et à la détermination des lieux où il est autorisé de fumer. *A contrario*, la période suivante 2005-2010 a été marquée par un désengagement, et la prévalence a augmenté de nouveau¹⁴⁰. Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT), annoncé le 25 septembre 2014 par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a fixé des objectifs quantifiés de réduction de la prévalence du tabagisme au sein de la population, qui sont à la fois élevés et enfermés dans un calendrier resserré. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit le paquet neutre des cigarettes et de certains produits du tabac¹⁴¹.

De même la lutte contre les excès de vitesse a été poursuivie avec détermination depuis 40 ans. Le nombre de morts sur les routes avait été divisé par deux au début des années 2000. Le déploiement des radars à partir de 2003, accompagné par un ensemble de contrôles et de mesures répressives, a permis de diviser à nouveau par deux le nombre de morts sur les quinze dernières années. Selon deux chercheurs du Centre de recherche en économie et statistique (CREST), de 2003 à 2011,

¹⁴⁰ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2016*. Tome 2, La lutte contre le tabagisme : une politique à consolider, p. 325-356. La Documentation française, janvier 2016, 639 p., disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁴¹ Le décret d'application du 21 mars 2016 en a précisé les modalités de mise en œuvre.

740 décès, 2 750 blessés graves et 2 230 accidents ont été évités grâce à l'installation des radars fixes dans les communes de moins de 6 000 habitants¹⁴². La remontée des accidents liés à la vitesse a conduit le Gouvernement à prendre un nouvel ensemble de mesures à l'automne 2015.

De tels résultats ne sont pas atteignables en matière de lutte contre les consommations nocives d'alcool avec une gouvernance aussi éclatée et aussi peu déterminée autour d'objectifs partagés. La seule réponse possible est en effet celle d'un engagement gouvernemental fort, visant la mise en cohérence des actions dans la durée.

I - Élaborer un programme de réduction des consommations nocives d'alcool

Pour répondre à la nécessité urgente d'une intervention des pouvoirs publics, il convient d'élaborer un programme d'actions interministérielles, porté au plus haut niveau gouvernemental, c'est-à-dire par le Premier ministre. C'est le cas au Royaume-Uni, en matière d'alcool. C'est aussi le cas en France en matière de sécurité routière et en santé publique pour les plans Alzheimer, Autisme et Cancer.

A - Un programme intégré et régulièrement évalué

L'élaboration d'un programme spécifique au sein du plan addictions, à l'instar de celui qui a été mis en place pour le tabac, accompagné d'un portage politique fort, constitue un préalable indispensable à la mise en œuvre d'une stratégie efficace. Définie dans ce programme national, la stratégie de lutte contre les consommations nocives d'alcool doit s'appuyer sur des objectifs découlant de données épidémiologiques et socio-économiques et définir ensuite les leviers d'action les mieux adaptés à chacune des catégories d'intervention.

¹⁴² ROUX, Sébastien, ZAMORA, Philippe. L'impact local des radars fixes sur les accidents de la route. Un effet important après l'installation, mais plus réduit à long-terme. *Économie et statistique*, n° 460-461, 2003, p. 37-68., disponible sur www.insee.fr

L'OMS Europe a retenu dix domaines d'action dans son plan de réduction de l'usage nocif de l'alcool pour 2012-2020.

Les dix leviers d'action proposés par l'OMS Europe

- la formalisation d'une stratégie nationale engageant les différents acteurs ;
- les réponses sanitaires adaptées ;
- la prévention et les interventions sur le lieu de vie ;
- les politiques de lutte contre l'alcool au volant ;
- l'accessibilité au produit ;
- l'encadrement de la publicité et du marketing ;
- les politiques de prix et de fiscalité ;
- la réduction des conséquences du mésusage de l'alcool ;
- la lutte contre la fraude et les produits illicites ;
- le suivi, le contrôle et l'évaluation.

L'impact économique et sanitaire de ces leviers a fait l'objet d'une évaluation dans un rapport de l'OCDE de mai 2015, portant sur trois pays membres (Allemagne, Canada et République tchèque). Cette évaluation a fait apparaître que les cinq leviers les plus efficaces étaient le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), le prix minimum ou l'outil fiscal, la prévention, les restrictions de la publicité et la répression de l'alcool au volant, mais qu'il convenait de combiner les différentes actions pour une efficacité maximum.

Le suivi des actions du programme se ferait à l'aide d'indicateurs définis préalablement et complétés par des études spécifiques pour certaines actions. Un bilan de sa mise en œuvre, réalisé tous les trois ou quatre ans, permettrait de mesurer les progrès accomplis, de capitaliser sur les bonnes pratiques et d'adapter les actions à l'évolution des connaissances scientifiques. Un chiffrage précis des coûts sanitaires et socio-économiques des consommations nocives d'alcool viendrait à l'appui de ce bilan.

B - Un programme fondé sur les preuves scientifiques

Une politique de santé sur l'alcool suppose, pour être efficace dans la durée, de faire progresser les connaissances dans la logique d'une médecine fondée sur les preuves, ce qui implique de rechercher dans la littérature scientifique la preuve du meilleur niveau d'intervention au bénéfice du patient.

Ces connaissances reposent à la fois sur la recherche épidémiologique, clinique et sociologique et doivent être partagées à travers la formation initiale et continue des professionnels de santé et la place reconnue à l'addictologie au sein des disciplines médicales.

Il s'agit pour notre pays d'améliorer l'actuel dispositif d'observation, de renforcer nos capacités d'évaluation de la part de l'alcool dans la mortalité et la morbidité, et de développer un corpus de recherche pluridisciplinaire.

C - Assurer un pilotage efficace des actions

La mise en œuvre du programme implique une gouvernance claire. Le pilotage se décline au niveau national, avec une coordination nécessairement interministérielle dans laquelle une place essentielle revient au ministère chargé de la santé, appuyé par le ministère de l'intérieur sur les aspects de sécurité publique. Le comité interministériel pour la santé créé en 2014 pourrait constituer l'instance de pilotage permettant d'affirmer la prééminence du ministère de la santé et d'assurer une concertation en amont des décisions. La cohérence ministérielle dans le secteur de la santé relève, quant à elle, du comité d'animation du système des agences (pour ce qui relève de la coordination entre les différentes agences sanitaires et les directions centrales) et du comité national de pilotage des ARS pour l'articulation entre le niveau central et le niveau déconcentré.

Au niveau local, la déclinaison du programme doit être confiée aux préfets de région et de département et, sur le volet santé, aux ARS, avec l'appui du chef de projet de la MILDECA. Les conseils régionaux et départementaux ainsi que les municipalités les plus impliquées seraient également associés.

Une telle gouvernance doit se donner les moyens de faire respecter les orientations du plan, ce qui implique qu'elle permette aux acteurs de hiérarchiser les priorités par rapport aux intérêts de certaines parties prenantes.

***Recommandation n° 1 :** élaborer un programme national de réduction des consommations nocives d'alcool assorti des indicateurs adéquats, et définissant les modalités d'un pilotage efficace au niveau national et local. Procéder à son évaluation périodique, selon une méthode internationalement reconnue et la rendre publique.*

D - Se donner les moyens d'agir

La mise en œuvre d'un programme de réduction des consommations nocives d'alcool nécessite des moyens humains et financiers pour la prévention et les autres actions prioritaires, ainsi que pour la recherche et la formation.

1 - Pour la prévention

Il conviendrait de renforcer la capacité d'intervention de la direction générale de la santé pour suivre dans de bonnes conditions les politiques de santé publique, dont celles relatives aux addictions.

Les dotations budgétaires de l'INPES, aujourd'hui très volatiles, devraient aussi être adaptées de manière à lui permettre d'assurer dans la durée son programme d'actions. L'évaluation de ses actions devrait être renforcée pour élaborer les stratégies les plus efficaces. La CNAMTS pourrait, pour sa part, être incitée à définir des actions de prévention dans le cadre du Fonds national.

Enfin, les ARS pourraient recevoir des instructions visant à orienter une part définie des budgets de prévention vers des actions consacrées à la thématique alcool, en lien avec les autres sujets en addictologie.

2 - Pour la recherche

L'augmentation de la fiscalité des boissons alcoolisées devrait pouvoir assurer une marge de manœuvre budgétaire pour financer les crédits supplémentaires à affecter aux dépenses de formation des professionnels de santé et de recherche en alcoologie, dont la finalité est d'éviter ultérieurement des prises en charge spécialisées coûteuses.

S'agissant de la recherche, des crédits pourraient être regroupés sur une ligne budgétaire spécifique et gérés par l'ANR après avis des alliances AVIESAN et ATHENA. L'attribution des fonds serait coordonnée, en lien avec le comité stratégique MILDECA-DGRI, par un comité scientifique *ad hoc*, dont la mission serait de lancer des appels d'offres « fléchés ». Ceux-ci concerneraient aussi bien les recherches fondamentales, que translationnelles et cliniques, en santé publique (épidémiologie notamment) et en sciences sociales, en privilégiant les travaux interdisciplinaires (neurosciences, etc.) et en développant des collaborations européennes et internationales dans le domaine de l'alcool. Une coordination pourrait être envisagée avec la plateforme mise en place pour coordonner la recherche dans le domaine du tabac.

***Recommandation n° 2 :** mettre en place une politique pluriannuelle de recherche sur l'alcool (fondamentale, translationnelle, clinique, en santé publique et en sciences sociales) en privilégiant les travaux interdisciplinaires et les collaborations internationales.*

II - Agir sur tous les leviers d'action

La modification des comportements individuels est essentielle pour assurer une meilleure maîtrise des consommations nocives d'alcool.

Celle-ci repose d'abord sur l'information, la prévention et l'accompagnement, y compris dans le repérage précoce par les médecins généralistes, avec un ciblage particulier des jeunes, dès la préadolescence.

Elle repose aussi sur un renchérissement des prix, qui passe par un relèvement de la fiscalité. La mise en œuvre d'un prix minimum, souhaitable du fait de son efficacité comparée, supposera quant à elle que soient créées les conditions de sa conformité au traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

Enfin, la consommation d'alcool fait l'objet de multiples réglementations, qui concernent essentiellement la publicité, l'information sur le produit, le lobbying, l'accès au produit et la conduite en état alcoolique. Il s'agit de les renforcer et de les améliorer pour lutter contre les consommations nocives, encore trop largement tolérées dans notre pays.

A - Développer et rendre plus efficaces les actions d'information et de prévention

1 - Concilier actions auprès de populations ciblées et actions vers l'ensemble de la population

Une stratégie efficace doit reposer à la fois sur des actions en direction de l'ensemble de la population et des actions dirigées vers des publics bien identifiés. En ciblant trop étroitement les « buveurs réguliers excessifs », on tend à ignorer les autres buveurs réguliers, alors qu'ils ne sont pas exempts de risques.

Ceux-ci, par leur nombre, constituent une cible à prendre en compte d'un point de vue de santé publique. C'est ce qu'illustre le « paradoxe de la prévention » : en termes d'efficacité collective, il vaut mieux cibler une population large de buveurs modérés qu'une minorité de « buveurs réguliers excessifs ». De plus, une action sur le plus grand nombre est davantage susceptible de favoriser l'établissement de nouvelles normes sociales qui influenceront à leur tour sur les extrêmes.

Il n'en reste pas moins essentiel de conduire des actions spécifiques, en particulier vis-à-vis des jeunes, des femmes enceintes et des populations frappées par la précarité ou dans des environnements spécifiques (événements festifs, milieu scolaire, milieu du travail, personnes placées sous main de justice), avec une attention particulière pour la prévention des violences faites aux femmes.

Les études engagées sur les repères de consommation dont les résultats sont attendus en 2017 permettront de clarifier les messages de prévention en direction du grand public et des différentes populations de consommateurs à risques ou à problèmes.

2 - Adapter la communication en direction des jeunes et mieux encadrer les événements festifs

Le manque de preuve concernant l'efficacité des actions d'information plaide pour des stratégies assorties d'évaluations rigoureuses.

Les événements festifs sont, de façon croissante, des circonstances propices à des alcoolisations massives ayant pour conséquence non seulement des complications aiguës (comas éthyliques) mais aussi des comportements violents, sources de troubles à l'ordre public.

Face à ces phénomènes, l'approche pragmatique développée depuis quelques années pour les « *rave parties* », en donnant un pouvoir de police spécial au préfet (exclusif de celui du maire), a fait ses preuves. Une extension de ce régime juridique à l'ensemble des rassemblements festifs et alcoolisés pourrait être envisagée, comme cela a été proposé par le Sénat¹⁴³.

3 - Dissuader plus fortement l'usage de l'alcool chez les femmes enceintes

S'agissant des femmes enceintes, le message de prévention doit consister à recommander l'abstinence complète dans la mesure où il n'est pas possible de définir un repère d'alcoolisation acceptable pour le fœtus. Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) et le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)¹⁴⁴ représentent des pathologies souvent sévères, parfaitement évitables, qui justifient des mesures fortes. Il est nécessaire de prévenir la consommation de toute boisson alcoolisée pendant la grossesse en multipliant les actions d'information à destination des femmes et en agissant sur les avertissements sur les boissons alcoolisées.

Il serait souhaitable également de mettre en place un repérage systématique des femmes à risques dans le cadre des consultations prénatales, que ce soit en ville, à l'hôpital ou en protection maternelle et infantile. Enfin, le diagnostic précoce des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et par le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) doit être amélioré par des actions de formation et une harmonisation du recueil de données sur cette pathologie.

4 - Promouvoir des actions dans des milieux spécifiques

Outre le milieu scolaire trois autres publics méritent une attention particulière : le milieu universitaire, le milieu du travail et celui des personnes sous main de justice.

En milieu universitaire, en dépit d'initiatives nombreuses, l'augmentation de la consommation attestée par des études spécifiques au milieu étudiant (cf. *supra*), notable chez les étudiantes en particulier,

¹⁴³ REICHARDT, André et BOUCHOUX, Corinne. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information et de la commission des lois sur les rassemblements festifs et l'ordre public, Sénat, 31 octobre 2012.

¹⁴⁴ Cf. annexe n° 8.

plaide pour une approche plus systématique et un engagement accru des présidents d'université et des directeurs des grandes écoles. L'élaboration d'un guide à destination des équipes de direction pour l'accompagnement des associations étudiantes dans le cadre des événements festifs et d'intégration, actuellement en cours d'élaboration, constitue une avancée encourageante dont il faudra évaluer l'impact.

En milieu de travail, il conviendrait d'abord de modifier le code du travail pour interdire totalement, mais avec des dérogations comme en Italie, l'introduction d'alcool sur le lieu de travail, des dérogations temporaires pouvant être accordées en nombre limité dans l'année. Deux axes d'intervention gagneraient par ailleurs à être développés : d'une part, la mise en œuvre du RPIB dans le cadre des interventions du personnel de santé au travail (médecin et personnel infirmier), d'autre part des actions de nature à faciliter les orientations de personnes en difficulté avec l'alcool. À cet égard, des dispositifs mis en place en concertation avec les syndicats pourraient ouvrir la voie à des approches innovantes.

S'agissant des personnes sous main de justice, la présence d'un facteur alcool s'inscrit fréquemment dans le contexte d'une polyconsommation (cannabis le plus souvent, mais également autres substances illicites). Si la détention peut permettre un début de prise en charge, le suivi à distance nécessite l'organisation de relais mieux structurés. Or, comme le relevait la Cour en 2014, la coordination des intervenants en addictologie dans les lieux de détention avec les acteurs extérieurs au monde carcéral du secteur médico-social est souvent insuffisante, et la sortie de prison est souvent à l'origine de ruptures du fait de l'ignorance de la date de levée d'écrou, d'une libération dans une zone géographique différente ou d'une interruption des droits¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, Tome 1. La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables, p. 251-290. La Documentation française, janvier 2014, 480 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Recommandation n° 3 : adapter les messages en direction des consommateurs à risque au vu des résultats des travaux sur les repères de consommation et des recherches en cours sur les fractions attribuables à l'alcool de la morbi-mortalité.

Recommandation n° 4 : développer les actions de prévention et de communication vers les publics les plus fragiles (jeunes, femmes enceintes en vue de prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, personnes en difficulté); dans ce cadre, accorder une attention particulière à la prévention des violences faites aux femmes.

Recommandation n° 5 : supprimer, en recourant à la loi, pour le vin, la bière, le cidre et le poiré l'autorisation d'introduction et de consommation sur le lieu de travail actuellement prévue par le code du travail et renvoyer aux règlements intérieurs des entreprises les conditions de mise en œuvre et les dérogations applicables.

B - Renforcer la formation et l'implication des professionnels de santé pour mieux repérer les comportements à risques

1 - La formation des personnels médicaux et paramédicaux

Un effort pour la formation des personnels hospitaliers au RPIB a été prévu parmi les orientations de 2014 en matière de développement des compétences des personnels de la fonction publique hospitalière, mesure également inscrite au Plan Cancer 3. Le RPIB est également au programme des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé (DPC) pour la période 2016 à 2018.

Il conviendrait de capitaliser sur ces orientations afin d'intégrer pleinement la formation en alcoologie (risques de pathologies, rôle essentiel du repérage précoce et des interventions brèves, actions aux différents stades, lieux de prise en charge) dans les études médicales et paramédicales, avec validation obligatoire des connaissances.

Il est également nécessaire de mieux former les professionnels de santé, qu'ils exercent en cancérologie, dans les services d'urgence, en chirurgie ou dans les maternités, aux problématiques de repérage et de prise en charge des consommations nocives d'alcool. Ceci passe par une augmentation des heures d'enseignement dans les différents cursus et l'ouverture de postes universitaires et hospitaliers en addictologie.

2 - L'implication des généralistes et des médecins du travail

La place des généralistes et des médecins du travail pourrait être bien plus importante qu'actuellement, aussi bien dans le repérage que dans la prise en charge. À cet effet, il est indispensable, outre un effort de formation, que puissent être structurées des filières d'orientation graduées, incluant les réseaux, les structures de référence et les services d'addictologie. L'exemple des médecins relais (médecins généralistes volontaires ayant bénéficié d'une formation en addictologie), mis en place en Bretagne, peut permettre de disposer de référents formés venant en appui de leurs collègues et faciliter leur implication dans les prises en charge.

Parmi les pistes visant à inciter les médecins généralistes à développer le RPIB dans une approche globale des addictions, seraient à explorer une inclusion dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), l'inscription d'une consultation longue de repérage et de prise en charge des addictions à la nomenclature, et le développement de prises en charge partagées entre médecins et personnels infirmiers cliniciens, formés à cet effet, dans le cadre de l'expérimentation ASALEE « Action de santé libérale en équipe ». Les addictions pourraient également faire partie des thématiques prioritaires de santé publique dans le cadre des contractualisations à venir entre les ARS et les futures communautés professionnelles territoriales de santé. La loi de modernisation de notre système de santé permet également aux ARS de négocier une adaptation régionale des conventions nationales avec les professionnels de santé libéraux, offrant ainsi des possibilités d'actions spécifiques selon les caractéristiques de la région.

3 - Le développement du repérage et de la prise en charge de premier recours à partir des urgences hospitalières

Un renforcement de la prise en charge de premier recours doit également s'appuyer sur le milieu hospitalier, notamment sur les urgences qui ont à traiter, parfois dans la tension, les cas les plus variés. En effet, le repérage et la prise en charge de patients présentant un problème d'alcool aux urgences constitue une opportunité d'intervention insuffisamment utilisée en France.

Il convient d'encourager le développement, aux urgences, du repérage des patients présentant un problème d'alcool et leur prise en charge dans le cadre de filières coordonnées avec les services d'addictologie. Ces dispositifs doivent être adaptés au cas par cas, selon la capacité d'intervention des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et les coopérations possibles entre les services concernés.

Recommandation n° 6 : développer la détection et le suivi des consommateurs à risque selon la procédure codifiée du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) dans la démarche médicale. À cet effet, renforcer la formation initiale et continue à l'addictologie, associer davantage les personnels infirmiers dans la mise en œuvre du RPIB et systématiser le repérage de la présence d'alcool lors des admissions aux urgences ou en établissement de santé.

C - Relever les prix pour réduire les consommations nocives

L'action par les prix et la fiscalité apparaît dans toutes les études récentes (dont la dernière étude de l'OCDE de 2015) comme l'une des mesures les plus efficaces pour la santé publique et la réduction des coûts sanitaires et sociaux de l'alcool. Elle doit donc se situer au cœur de toute stratégie de lutte contre les consommations nocives d'alcool.

Sa mise en œuvre est cependant plus complexe que pour le tabac, car les objectifs de santé publique ne sont pas identiques.

La fiscalité vise le public plus large des buveurs réguliers excessifs et la fixation d'un prix minimum de l'unité d'alcool pur vise plus spécifiquement les personnes dépendantes, c'est-à-dire tombées dans l'addiction.

Alors que la régularité d'un prix minimum proportionnel au degré d'alcool pur vient d'être strictement encadrée par la décision de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) à la suite de la question préjudicielle posée par la Cour de session d'Écosse, il apparaît d'autant plus nécessaire de permettre à la fiscalité nationale de mieux répondre aux objectifs de santé publique.

1 - L'impact du prix sur la consommation

Les prix à la consommation des boissons alcooliques résultent de nombreux facteurs parmi lesquels la fiscalité n'est pas l'élément le plus important.

En juillet 2006, une « Étude d'évaluation de la fiscalité des boissons alcooliques et d'orientation stratégique de la politique de santé publique dans ce domaine », commandée par la direction générale de la santé et dirigée par M. Pierre Kopp, indiquait que « la relation qu'entretiennent le prix et le niveau de la consommation d'alcool est déterminante. L'idée que l'augmentation du prix déclenche une baisse de la consommation constitue la racine des politiques de taxation de l'alcool ».

Ainsi, on a pu mesurer après l'augmentation des taxes de 2012 une assez sensible diminution de la consommation de spiritueux (- 4 % dans la grande distribution), comme pour celle de la bière en 2013¹⁴⁶, même si d'autres facteurs que le prix, comme les conditions météorologiques, ont pu jouer. De même la direction générale des douanes et droits indirects observe une influence directe des variations de prix à partir de quelques euros par hectolitre sur les mouvements de stocks intracommunautaires.

2 - L'outil fiscal

Comme le confirme le rapport précité de l'OCDE de 2015, l'instrument fiscal paraît un levier utile à manier en complément d'autres actions. Il apparaît même dans les trois pays étudiés (Canada, Allemagne et République Tchèque) comme le deuxième levier le plus efficace, le premier étant l'intervention d'un médecin (repérage précoce). À cet égard, les pays du nord de l'Europe, plus avancés en santé publique, présentent des niveaux de fiscalité de l'alcool plus élevés et plus homogènes que ceux du Sud.

Le calcul de l'impact d'une taxation sur la consommation repose sur la notion d'élasticité-prix. En matière de boissons alcoolisées, les méta-analyses de Wagenaar, Salois, Komro ou de Gallet estiment une élasticité-prix¹⁴⁹ moyenne de - 0,46 et - 0,36 pour la bière, de - 0,69 et - 0,70 pour le vin et - 0,80 et - 0,68 pour les spiritueux. Elles en concluent que les adolescents et les jeunes adultes, qui ont un revenu disponible plus faible, sont très sensibles au prix de l'alcool, plus que les gros buveurs.

Mais les chocs fiscaux nécessaires pour obtenir une baisse significative de la consommation paraissent élevés : l'étude Kopp concluait qu'une hausse de 45 % permettrait de baisser la consommation de 5 %, une hausse de 90 % de 10 % et une hausse de 160 % de 15 %.

En outre, l'incidence de la hausse de la fiscalité sur le prix payé par le consommateur dépend d'un arbitrage sur la marge entre les producteurs et les distributeurs.

Sans attendre une hypothétique réforme européenne des droits d'accise, il apparaît souhaitable dans ce contexte de réviser les niveaux de fiscalité entre catégories de boissons (vin, bière, spiritueux) pour ne pas laisser prospérer les distorsions de concurrence existant dans notre pays, tout en contribuant à diminuer les consommations à risque.

¹⁴⁶ De - 3 % dans la distribution et de - 8 % dans les débits de boissons.

¹⁴⁹ L'élasticité-prix est le rapport entre la variation de la consommation en % et la variation du prix en %. Exemple : si le prix augmente de 5 % et que la consommation baisse de 10 %, l'élasticité-prix est de $- 10 \%/+ 5 \% = - 2$.

Alors que, selon les enquêtes de l'INPES, la consommation de spiritueux diminue pour tous, celle de vin augmente chez les femmes mais baisse chez les hommes, tandis que celle de bière augmente pour tous. Si l'on examine la situation des 18-25 ans, la part des jeunes ayant une consommation hebdomadaire est passée de 36 à 40 %. Le vin est le plus consommé, quel que soit le sexe, tandis que la consommation hebdomadaire de bière augmente fortement chez les jeunes femmes (7 % en 2005, 9 % en 2010 et 16 % en 2014).

Une augmentation générale des accises, y inclus celles applicables au vin, quasiment inchangées depuis plus de trois décennies, contribuerait, sous réserve qu'elle soit répercutée sur le consommateur, à répondre à ces tendances de consommation.

Le rapport d'information du Sénat susmentionné relève que des objectifs de rendement devraient conduire à taxer en priorité le vin, boisson alcoolisée la plus consommée à l'échelle nationale et qui représente plus de la moitié de la consommation d'alcool pur des ménages, mais qui ne compte que pour 3,6 % du produit des taxes sur les boissons alcoolisées (*a contrario*, les spiritueux, qui ne représentent qu'un cinquième de la consommation d'alcool pur, assurent plus de 80 % de ces recettes). Il rappelle toutefois que l'exception fiscale réservée au vin résulte moins de considérations sanitaires que du poids économique et culturel de la filière vitivinicole dans notre pays.

À titre d'illustration, un triplement immédiat du taux existant pour les vins tranquilles ferait passer la taxation de 3,75 à 11,25 centimes d'euro par litre, contre 87,3 centimes par litre d'accise moyenne pour une bière de plus de 2,8°. Cette mesure appliquée aux données de la DGDDI pour 2014 rapporterait environ 242 M€.

L'application au vin de la règle de la taxation au degré/hecto (aujourd'hui contraire au droit européen) conduirait, quant à elle, à augmenter les accises de 2 166 % et à renchérir de 31 % le prix moyen des vins tranquilles¹⁵⁰.

Dès lors que les règles européennes ne permettent pas la taxation au degré hecto pour toutes les boissons, les taux pourraient néanmoins être révisés de manière à cibler les consommations à risques selon les boissons. Une première augmentation pourrait ainsi être calibrée à partir d'un objectif de recettes de 200 M€, avec un effort plus significatif sur le vin, compte tenu des augmentations récentes des droits sur les bières et les spiritueux.

¹⁵⁰ Étude « Alcoprihant » cf. ci-après la note en bas de page n° 154 au bas de la page 142.

L'indexation des taux pourrait également se faire à l'avenir non sur l'indice INSEE des prix à la consommation hors tabac, mais sur les dépenses d'assurance maladie, comprenant les fractions des pathologies attribuables à l'alcool, qui font actuellement l'objet d'une étude de l'INCa, et sur les coûts des nouvelles prises en charge.

3 - L'outil du prix minimum

Si les taxes contribuent naturellement à la fixation du prix de vente des boissons alcoolisées, sous réserve qu'elles soient répercutées sur les consommateurs, leur régime actuel ne permet pas en France d'agir sur la consommation des boissons les moins chères, en proportion de leur teneur en alcool. Comme l'a relevé le rapport d'information du Sénat sur la fiscalité comportementale¹⁵¹, la charge fiscale d'un verre de vin tranquille est 62 fois moins élevée que celle d'un verre de spiritueux comportant la même quantité d'alcool pur.

De telles discriminations positives en faveur du vin et de certains alcools, comme les rhums d'outre-mer, risquent d'accroître les phénomènes d'alcoolodépendance des consommateurs les moins favorisés qui privilégient les boissons à bas prix. L'idée de mettre en place un prix minimum de vente au détail vient donc naturellement dans ce contexte.

En 2010, l'Assemblée mondiale de l'OMS avait voté une résolution sur la question du prix minimum formulée en ces termes : « L'augmentation du prix des boissons alcoolisées est l'un des moyens les plus efficaces de réduire les consommations nocives de l'alcool. [...] Dans ce domaine, les politiques et interventions consistent notamment [...] à fixer, s'il y a lieu, un prix minimum pour l'alcool. »

Le rapport du secrétariat de l'OMS¹⁵² justifiait cette orientation ces termes : « une mesure complémentaire aux augmentations de taxe, et qui solutionne toute défaillance de transmission de la taxe au prix de vente, consiste à mettre en place un prix minimum du gramme d'alcool. C'est une option politique qui a un impact sur les consommateurs excessifs bien au-delà de son effet sur les petits consommateurs ».

¹⁵¹ Présenté en février 2014 au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales par M. Yves DAUDIGNY et Mme Catherine DEROCHE.

¹⁵² OMS - 63^{ème} Assemblée mondiale de la santé – stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool : projet de stratégie mondiale – rapport du secrétariat.

a) Les tentatives étrangères

Le prix minimum consiste à imposer aux distributeurs un prix de vente plancher par unité d'alcool contenue dans une boisson¹⁵³. Pour tous les partisans du prix minimum, son principal avantage consiste à cibler les consommations excessives de boissons à bas prix.

L'efficacité du prix minimum a été évaluée au Canada et modélisée, pour l'Angleterre, par l'université de Sheffield. Une étude publiée en 2010 conclut à l'effet d'un prix minimum par unité d'alcool à 45 pence (une unité britannique correspond à 8 grammes d'alcool pur, soit 0,57 €) aussi bien sur la consommation des buveurs excessifs que sur le nombre de vies sauvées, les admissions hospitalières évitées, les crimes et délits liés à l'alcool, la réduction du chômage et l'absentéisme. La valeur de l'ensemble des coûts épargnés s'élèverait à 6,2 Md€ sur dix ans.

Depuis la publication de cette étude, le Royaume-Uni a souhaité avancer sur la question du prix minimum : après la loi de 2012 instituant le prix minimum de l'unité d'alcool en Écosse, le Premier ministre a annoncé une série de mesures dont l'application dépendra des résultats de l'expérience écossaise, y inclus le prix minimum par unité d'alcool.

Le contentieux sur le prix minimum écossais

En juin 2012, le Parlement écossais a voté le « *Alcohol Act* », qui établit un prix minimum de 50 pence pour les boissons alcooliques. Les représentants de la filière alcool écossaise ont attaqué cette loi en se fondant sur l'article 34 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) qui interdit les mesures protectionnistes, même si une telle restriction pouvait être jugée conforme à l'article 36 du TFUE. La Cour d'appel écossaise a renvoyé l'affaire devant la Cour de justice de l'Union européenne, qui a rendu son arrêt en décembre 2015. La question était de savoir si le prix minimum était, aux termes de l'article 36 du TFUE, « nécessaire et approprié pour atteindre un but légitime ».

Dans sa décision préjudicielle C-333/14 *Scotch Whisky Association e.a. / Lord Advocate* du 23 décembre 2015, la Cour de justice estime que la législation écossaise a un effet très restrictif sur le marché, qui pourrait être évité par l'introduction d'une mesure fiscale visant à augmenter le prix d'alcool en lieu et place d'une mesure imposant un prix minimum de vente par unité d'alcool.

¹⁵³ Formule du prix minimum : prix minimum par unité x degré d'alcool x volume d'alcool dans un litre x 100.

Néanmoins, elle ne condamne pas définitivement le prix minimum, puisque les juridictions nationales sont tenues d'examiner de manière objective si les éléments de preuve fournis par l'État membre concerné permettent raisonnablement d'estimer que les moyens choisis, comme le prix minimum, sont aptes à réaliser les objectifs poursuivis, notamment en santé publique, sans pour autant qu'il existe une possibilité d'atteindre ces derniers par des mesures moins restrictives, telles que l'augmentation de la fiscalité.

b) L'application à la France

La position que prendra la Cour de session écossaise qui est à l'origine de la question préjudicielle n'est pas encore connue, mais il ressort clairement de l'interprétation des traités donnée par la Cour de justice de l'Union européenne que pour recourir au prix minimum il faut démontrer qu'il existe des objectifs explicites concernant les consommations excessives de boissons alcoolisées à bon marché et que la fiscalité ne permet pas de les atteindre.

Une récente étude de l'Alliance Prévention Alcool¹⁵⁴ (« Alcoprihaut » 2013/2014) a permis de corroborer pour la France les conclusions des études britanniques sur l'efficacité du prix minimum. Elle conclut qu'un changement de fiscalité affectant les boissons protégées (le vin notamment) serait insuffisant pour entraîner une diminution substantielle des consommations et que seul le relèvement des prix des boissons alcooliques vendues à un prix très bas du gramme d'alcool serait efficace.

Parmi les quatre scénarios progressifs de prix minimum testés, celui d'un gramme d'alcool pur à 0,03 € affecterait l'ensemble des vins tranquilles de faible coût (entre 1 et 3 € le litre), les vins mousseux et vins doux naturels de premier prix et une partie des bières et rhums des DOM à faible prix et forte alcoométrie. Pour les vins tranquilles vendus entre 1 et 2 €, l'augmentation moyenne du prix serait de 67,7 % ; pour ceux qui coûtent actuellement entre 2 et 3 €/l, elle serait de 13,8 %. L'augmentation des prix des rhums des DOM et des vins mousseux serait inférieure à 8 %. Les vins doux naturels et les bières de plus de 2,8° supporteraient des augmentations en moyenne inférieures à 0,5 %. Le gain serait alors significatif pour la santé publique avec une augmentation raisonnable et ciblée des prix sous certaines hypothèses d'élasticité.

¹⁵⁴ KARSENTY, Serge, BENAMRAM, Serge, « Alcool : quelle politique des prix » ADSP Actualité et Dossier en Santé Publique, mars 2015, n° 90, 28-29 (avec le soutien de la Fédération Nationale de la Mutualité Française).

Cet exercice de simulation permet à l'étude d'illustrer, comme au Royaume-Uni, que le prix minimum peut remplir une mission de santé publique qu'aucune taxe ne permet de réaliser avec la même efficacité.

En l'état actuel du droit européen, deux conditions sont nécessaires pour permettre la mise en œuvre du prix minimum : d'une part, afficher des objectifs spécifiques de santé publique visant la consommation excessive de boissons à bas prix et, d'autre part, démontrer que la baisse de cette consommation ne serait pas atteinte avec les mêmes résultats par des mesures fiscales.

La population concernée serait constituée par la sous-population des buveurs réguliers excessifs, malades ou dépendants, c'est-à-dire les catégories 2 et 3 du mésusage. Le recours au prix minimum permettrait de ne pas pénaliser la population générale. L'option mérite d'être étudiée de manière approfondie.

Plusieurs autres mesures sur les prix peuvent être envisagées : l'interdiction des consommations à prix réduits à certaines heures (« *happy hours* ») dans les débits de boissons, des ventes à prix coûtant et le plafonnement des rabais promotionnels en grande surface.

Recommandation n° 7 : relever les droits d'accise sur l'ensemble des boissons alcoolisées afin de contribuer à réduire les consommations à risque.

Recommandation n° 8 : préparer la mise en place d'un prix minimum de l'unité d'alcool pur contenu dans chaque boisson, compatible avec le droit européen, pour réduire la consommation des personnes dépendantes.

D - Mieux encadrer la publicité, l'information sur le produit et le lobbying

La limitation de la publicité est considérée comme un instrument pertinent pour freiner la consommation, notamment des jeunes, qui constituent un public prioritaire. Elle devrait concerner tous les vecteurs de diffusion, y compris numériques. La Cour de cassation qui, dans son arrêt du 3 juillet 2013, s'est prononcée contre la propagation des messages propres aux réseaux sociaux pour la publicité des boissons alcoolisées, insiste à aller dans ce sens.

Une information devrait être donnée sur les effets de la consommation d'alcool sur la santé pour les femmes enceintes, le logo actuel étant généralement peu lisible. Une réponse européenne est aujourd'hui attendue sur les informations concernant la valeur énergétique des boissons alcoolisées.

Il importe aussi de tirer les leçons du fait que, sous l'influence des intérêts des producteurs, les arbitrages rendus sur la plupart des mesures pouvant affecter la vente de boissons alcoolisées l'ont été en défaveur de la santé publique.

Il existe des procédures permettant de rendre l'action des lobbies la plus transparente possible, à l'instar de ce qui existe de longue date dans les enceintes européennes ou plus récemment pour les lobbies du tabac. Dans l'immédiat, la publication dans un rapport annuel de toutes les dépenses de lobbying des producteurs, importateurs et distributeurs, comme la loi de modernisation de notre système de santé l'a récemment rendu obligatoire pour le tabac (article 26), pourrait être étendue au secteur des boissons alcoolisées.

Le financement par des marques d'alcool d'actions de recherche, de prévention ou d'information sur l'alcool devrait être mieux encadré, pour préserver l'autonomie des recherches et des interventions de santé publique. La mise en place d'un fonds gouvernemental abondé par les marques d'alcool, sans fléchage, et l'obligation pour les centres de recherche et de prévention de préciser l'origine des financements de leurs travaux permettraient de limiter les risques de conflit d'intérêts.

Recommandation n° 9 : *appliquer à tous les supports numériques (internet et réseaux sociaux) les restrictions de publicité en faveur des boissons alcooliques, conformément à l'arrêt de la Cour de cassation du 3 juillet 2013.*

E - Rénover la législation sur les débits de boissons et se donner les moyens de la faire respecter

La réglementation des débits de boissons est devenue obsolète et n'est pas suffisamment contrôlée. Il convient de la moderniser et de la faire respecter, certaines infractions comme la vente aux mineurs restant insuffisamment contrôlées.

La réglementation des débits de boissons n'est plus adaptée à l'évolution rapide du tissu urbain et ne tient pas non plus compte du rôle devenu prépondérant des établissements de vente à emporter (environ 70 % des parts de marché), comparé aux débits de boissons à consommer sur place, ainsi que du développement des licences temporaires et de la vente sur internet. De plus, le dispositif de gestion des licences en circulation ne permet pas de la faire respecter.

Il convient donc de responsabiliser les organisateurs de débits temporaires en les formant à la réglementation applicable à la vente d'alcool et de mettre en place un recueil national numérique des demandes de licences, y compris les licences temporaires, de manière à pouvoir contrôler le respect des autorisations d'ouverture.

***Recommandation n° 10 :** étendre les règles de formation applicables aux établissements de vente sur place à toutes autres formes de vente de boissons alcoolisées et instituer un recueil national numérisé des demandes de licences permanentes et temporaires, consultable par les forces de sécurité.*

F - Améliorer l'efficacité des mesures en matière de conduite en état alcoolique

Les mesures à prendre doivent être guidées par la nécessité de sanctionner, plus efficacement et plus fermement, la conduite sous l'emprise de l'alcool et de convaincre parallèlement l'opinion publique, comme c'est le cas dans certains pays d'Europe du Nord, de l'incompatibilité absolue de la consommation d'alcool avec la conduite automobile.

1 - Mieux orienter les campagnes de communication

La remontée récente de la courbe d'accidentologie routière appelle à la plus grande vigilance, s'agissant des mesures préventives et répressives. L'alcool reste la principale cause des accidents mortels avec un taux d'occurrence moyen de 30 %, qui doit inciter à un meilleur ciblage des actions visant à réduire l'alcoolémie au volant.

La prévention constitue un axe majeur en vue de la réduction de l'insécurité routière grâce à une modification des comportements à risque. Sa gestion gagnerait aujourd'hui à être optimisée tant au niveau national que territorial. À cette fin, il serait opportun de renforcer le volet relatif à l'évaluation des campagnes de prévention en lui allouant un budget spécifique.

Par ailleurs, si la communication et l'information en direction du grand public s'appuient majoritairement sur des campagnes de communication menées au niveau national, celles-ci pourraient être relayées par des messages plus adaptés aux spécificités locales en matière d'accidentologie.

2 - Étudier la perspective d'abaisser le seuil d'alcoolémie à 0,2 g/l pour tous

En Europe, cinq pays ont adopté le principe de la tolérance zéro pour tous les conducteurs, trois autres ont déjà aligné le seuil d'alcoolémie de l'ensemble des conducteurs sur celui des conducteurs novices (0,2 g/l), conformément aux recommandations de l'OMS.

Tableau n° 3 : situation des seuils d'alcoolémie en Europe

en g/l de sang	Jeunes conducteurs	Autres conducteurs
République tchèque, Hongrie, Slovaquie, Roumanie, Bulgarie	0	0
Allemagne, Italie, Croatie, Slovénie	0	0,5
Estonie, Suède, Pologne	0,2	0,2
Autriche	0,1	0,5
France, Grèce, Irlande, Lettonie, Luxembourg, Pays-Bas	0,2	0,5
Espagne	0,3	0,5
Royaume-Uni	0,8	0,8

Source : centre d'information sur l'Europe

Une norme de 0,2 g/l commune à tous marquerait fortement l'opinion et permettrait de rapprocher la France des pays les plus avancés dans ce domaine. Pour conserver un objectif pédagogique plus que répressif, les sanctions seraient adaptées, en se calant sur celles relatives aux petits excès de vitesse. Mais cette solution suppose au préalable de faire un bilan de l'application de la norme 0,2 g/l aux conducteurs novices et surtout d'améliorer l'efficacité de la chaîne contrôle/sanction. Le recul n'est pas suffisant pour dresser ce bilan.

3 - Simplifier les procédures de dépistage

Il paraît urgent de simplifier les procédures de dépistage pour augmenter la probabilité pour chaque automobiliste d'être contrôlé, de manière à tendre vers l'efficacité des radars automatiques en matière de vitesse excessive. De nombreuses options sont possibles.

a) Développer les réflexes de l'auto-dépistage

L'abaissement envisagé du seuil d'alcoolémie nécessite un accompagnement préventif qui doit d'abord reposer sur le renforcement des modalités d'auto-dépistage. À cet effet, il pourrait être envisagé :

- d'étendre à l'ensemble des débits de boissons à consommer sur place la loi du 14 mars 2011 sur l'auto-évaluation de l'alcoolémie au sein des établissements nocturnes, ;
- de prévoir des distributeurs automatiques d'éthylotest (par exemple à 1 €) et de rendre obligatoire pour les débits de boissons à emporter de les mettre à disposition à proximité des étalages de boissons alcoolisées ;
- de rétablir les sanctions pour non-respect des obligations de la présence d'un éthylotest dans tous les véhicules (décret du 28 février 2012).

b) Simplifier le dépistage par les forces de sécurité

Pour améliorer l'efficacité du dépistage, il conviendrait :

- d'élargir le niveau des taux d'alcoolémie contraventionnelle (de 0,5 g/l à 0,8 g/l de sang), à une limite comprise entre 0,5 g/l et 1,2 g/l de sang, tout en relevant le montant des contraventions forfaitaires pour que la mesure ne soit pas interprétée comme une régression en termes de niveau de sanction. La contravention s'établirait de manière progressive entre la classe 4 (750 €) et la classe 5 (1 500 €) en fonction du niveau d'alcoolémie mesuré et permettrait des économies de moyens appréciables ;
- d'autoriser les agents de police judiciaire adjoints (APJA) des forces de police et de gendarmerie nationales ainsi que ceux des polices municipales à effectuer des contrôles d'initiative (sans avoir été mandatés par un officier de police judiciaire) ;

- de conclure des conventions systématiques au niveau national ou local avec des associations de médecins afin d'éviter des transports chronophages pour les forces de l'ordre vers un centre hospitalier, en vue de la délivrance d'un certificat de non-hospitalisation des contrevenants délictuels (0,8 g/l de sang).

Pour les mêmes raisons, il serait plus efficace de ne recourir qu'à un seul type d'appareil pour mesurer l'alcoolémie et établir la charge de la preuve. Ce nouvel appareil cumulant les fonctions de l'éthylotest et de l'éthylomètre actuels pourrait ainsi déterminer l'alcoolémie dès le dépassement du seuil contraventionnel.

Perspective d'un nouvel appareil de mesure de l'alcoolémie

Un appareil portatif de nouvelle génération de type électrochimique pourrait regrouper les fonctions de l'éthylotest et de l'éthylomètre actuels, ce qui permettrait de réduire le délai observé lors des contrôles et d'en multiplier le nombre.

Sans mésestimer les contraintes d'approbation d'un tel dispositif qui suppose un engagement gouvernemental fort (modification du code de la route, modification de la recommandation de l'Organisation internationale de métrologie, modification des homologations, des fréquences des vérifications périodiques, etc.), son développement industriel à un niveau suffisant permettrait d'assurer, avec des coûts acceptables, une meilleure efficacité de l'intervention des forces de sécurité, car celles-ci disposeraient sur un seul point de contrôle de plusieurs appareils permettant de mesurer les taux d'alcoolémie contraventionnels mais aussi délictuels, comme c'est déjà le cas dans d'autres pays.

c) Développer le recours aux éthylotests anti-démarrage

Le taux de récidive des délits routiers, de l'ordre de 16 %, reste élevé et demeure constant en dépit des mesures préventives mises en œuvre. L'éthylotest anti-démarrage, utilisé depuis de nombreuses années dans d'autres pays comme le Canada ou les États-Unis, a démontré son efficacité sur les récidivistes. Son application devrait être rendue effective en confortant le réseau de garages agréés pour leur installation.

Au préalable, les modalités de contrôle des conducteurs assujettis au programme EAD (manipulations frauduleuses, non-respect des seuils d'alcoolémie) ainsi que la répartition des rôles respectifs de l'autorité judiciaire et des forces de l'ordre quant au dispositif de suivi en cas d'utilisation frauduleuse, devraient avoir été clarifiées.

Enfin un accompagnement psychologique et médical des personnes concernées, notamment en fin de programme, devrait être validé.

d) Durcir les sanctions

Il conviendrait tout d'abord de mettre en place des dispositifs permettant le recensement exhaustif des amendes et des montants appliqués et l'amélioration de leur recouvrement.

Une prolongation de la rétention administrative du permis de conduire au-delà de 72 heures pourrait rendre plus efficient le dispositif de prélèvement sanguin en donnant davantage de temps aux forces de sécurité pour obtenir la charge de la preuve (résultats de dépistage positif), notamment le week-end et pour les cas d'infractions multiples.

Une mesure forte comme la saisie immédiate du véhicule dès la première infraction en matière d'alcoolémie pour un taux contraventionnel (> 0,5 g/l de sang) pourrait marquer les esprits et faire changer les comportements.

Chaque année, près de 70 000 personnes sont interpellées en état d'ébriété sur la voie publique par les forces de l'ordre. Outre les nuisances occasionnées (sonores pour le voisinage, détérioration du mobilier urbain, déchets sur la voie publique), cet état d'ébriété peut présenter un risque pour la personne ivre elle-même ou pour de tierces personnes. Il serait utile d'augmenter le niveau des sanctions en cas d'accident ou de violence sur les personnes ou d'ivresse sur la voie publique et de prévoir une prise en charge médicale à partir d'un repérage précoce.

4 - Mettre fin au sentiment d'impunité en matière d'alcool au volant

Parmi ces différentes options il convient de privilégier celles qui sont de nature à mettre fin au sentiment d'impunité en matière d'alcool au volant.

Selon les sondages d'opinion menés par la DSCR, le dispositif répressif de l'alcool au volant est jugé trop indulgent. En effet, le montant moyen des amendes dressées pour conduite en état d'ivresse (> 0,8 g/l de sang) a plutôt évolué à la baisse au cours des dix dernières années, et les inégalités territoriales constatées dans la chaîne de contrôle/sanction et dans le recouvrement des amendes accentuent le besoin d'une harmonisation du niveau des sanctions.

Recommandation n° 11 : accroître la probabilité des contrôles et des sanctions immédiates ; en ayant recours à un seul appareil portatif homologué de mesure de l'alcoolémie contraventionnelle et délictuelle ; en augmentant le montant des amendes forfaitaires pour conduite en état d'alcoolisation jusqu'à la classe 5 ; en appliquant le régime de sanctions contraventionnelles immédiates jusqu'à une alcoolémie de 1,2 g par litre de sang.

Conclusion générale

L'évaluation par la Cour des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool en France, venant après celle de 2012 sur les politiques de lutte contre le tabagisme, fait apparaître des similitudes et quelques différences notables dans les enjeux de ces deux sujets.

Comme celle du tabac, la consommation nocive d'alcool doit être un objet majeur de la politique de santé publique : elle constitue la deuxième cause de mortalité évitable en France (49 000 décès selon les estimations les plus récentes, soit 13 % de la mortalité pour les hommes et 5 % pour les femmes). Notre pays compte plusieurs millions de personnes atteintes de pathologies – comme les cancers - ou de complications liées à l'alcool. Des risques pour la santé existent même en cas de consommation non excessive si celle-ci est régulière, *a fortiori* si elle est fréquente. La politique de santé publique ne saurait donc limiter son champ d'intervention aux cas de dépendance avérée ou aux catégories les plus vulnérables telles que les femmes enceintes ou les jeunes.

Une deuxième similitude, éminemment révélatrice et propre à la France, réside dans le caractère lacunaire des données épidémiologiques et des informations sur les coûts sociaux et économiques des mésusages de l'alcool. C'est à la fois le signe d'une insuffisante attention collective, un obstacle à la définition de stratégies adaptées et une carence incompatible avec le suivi et l'évaluation des actions décidées.

Quant à ces actions, le constat doit être plus critique à l'égard des consommations nocives d'alcool qu'à l'égard du tabac. Peuvent certes être portées à l'actif des pouvoirs publics quelques avancées notables mais désormais un peu anciennes en matière de sécurité routière ou de limitation de la publicité (loi Évin de 1991). Quelques campagnes de prévention sont restées dans les mémoires et la prise en charge addictologique, de son côté, a progressé. Mais cet ensemble ne fait pas une politique et, par comparaison avec d'autres pays, on voit précisément que c'est d'une politique affirmée, cohérente et continue que la France a manqué. Absence de fiscalité comportementale, érosion de l'effort de prévention, passivité devant l'accès facilité au produit, y compris pour les mineurs, assouplissements successifs de la limitation de la publicité sont,

parmi d'autres, les traits manifestes d'une certaine indifférence qui ne peut laisser espérer d'efficience globale. Sur chacun de ces points, au demeurant, on a fait moins qu'à l'égard du tabac. Alors que l'OMS fait de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool une priorité de santé publique, les actions conduites dans notre pays, qui sont intégrées aujourd'hui à la lutte contre l'ensemble des addictions, ne comportent pas, malgré leur coût, d'objectifs précis, ni d'indicateurs satisfaisants, contrairement aux luttes contre le tabagisme ou les excès de vitesse qui ont obtenu des résultats significatifs.

Sans doute y a-t-il à cette situation des causes collectives, économiques ou culturelles. La consommation d'alcool est associée, dans notre société, à l'art de vivre et à la convivialité et représente, à la différence du tabac, un secteur d'activité important en termes d'emploi, de valeur ajoutée et d'exportation. Mais à la différence du tabac également, les consommations nocives d'alcool ont une lourde responsabilité dans l'insécurité routière, la délinquance et les manifestations de violence, notamment intrafamiliales et d'abord aux dépens des femmes.

Enfin, la baisse tendancielle de la consommation globale, qui s'inscrit dans un contexte de convergence des pays membres de l'OCDE même si la France reste à un niveau nettement supérieur à celui des pays comparables, peut laisser croire qu'une action forte des pouvoirs publics ne serait pas nécessaire, ce qui nuit à l'acceptabilité sociale des mesures restrictives, comme celles appliquées par exemple à la distribution, à la publicité ou à la fiscalité, à la différence des mesures anti-tabac, aujourd'hui largement acceptées.

En termes de risque individuel, les représentations courantes divergent entre tabac et alcool. À l'égard du premier, des idées claires sont désormais à la portée de la grande majorité de la population, qui sait que le risque apparaît dès la première consommation et qu'il n'est donc pas réservé aux « grands fumeurs ». L'information est plus floue dans le cas de l'alcool, la notion de risque est moins facilement intégrée par le profane, les nombreuses pathologies concernées n'ont pas la simplicité de représentation du cancer du poumon et les « seuils » de consommation qui sont diffusés manquent de solidité, lorsqu'ils ne sont pas utilisés, plus ou moins sciemment, au service d'un encouragement à la consommation.

Ces éléments de contexte expliquent en particulier que les acteurs publics de la santé et de la sécurité se soient trouvés en situation de faiblesse face aux acteurs économiques, faiblesse accentuée par une gouvernance et un pilotage défailants. Pourtant, les coûts sociaux et économiques de l'alcool, quoiqu'imparfaitement évalués, atteignent

aujourd'hui un niveau préoccupant. Les finances publiques subissent un impact important, non seulement à travers l'assurance maladie mais aussi, bien qu'on le mentionne plus rarement, dans les dépenses de l'État. Ainsi, les délits liés à l'alcool, parmi lesquels les violences et la conduite en état d'alcoolisation, représentent une lourde part de l'activité des forces de sécurité et des tribunaux.

Les principaux constats issus de l'évaluation par la Cour

Les comparaisons internationales auxquelles la Cour a procédé ont mis en évidence que d'autres pays, y compris parmi les grands producteurs de vin, ont obtenu des résultats significatifs en mobilisant tous les leviers d'action existants, notamment la recherche, la prévention, les prix et la fiscalité, l'effectivité des contrôles et des sanctions, les limitations de la publicité et de l'accès au produit. Or, ces leviers sont mis en œuvre à des degrés trop divers en France pour y produire des effets suffisants.

Pour la Cour, cette situation résulte des six constats suivants :

- **le premier constat** est qu'il n'existe pas de consensus dans notre pays sur des points aussi fondamentaux que, sur le plan collectif, le bilan économique global des consommations nocives d'alcool et, sur le plan individuel, le couple volume / risque. Des données scientifiques peuvent certes exister, provenant le plus souvent de l'étranger, et s'enrichir peu à peu, mais elles sont encore discrètes et échouent pour l'instant à générer du consensus dans l'opinion et chez les consommateurs. La puissance publique n'aide pas non plus à la construction de ce consensus en se gardant d'attacher une priorité à la question.

- **le deuxième constat** tient à la double limite de la baisse de la consommation globale, phénomène certes très positif enregistré aussi dans d'autres pays. D'une part, fait désormais assez connu, elle n'empêche pas l'augmentation de comportements à risques en particulier chez les jeunes, les femmes et les populations précaires. D'autre part, fait plus nouveau, elle doit être en partie reconsidérée à la lumière des études les plus récentes montrant qu'une consommation régulière et non excessive (i.e. n'entraînant aucun signe visible d'altération des capacités) peut elle aussi emporter des risques. En conséquence, la politique de prévention a d'autant moins de raisons de se limiter à la prévention des « excès ».

- **le troisième constat** est celui d'une insuffisance des efforts de recherche permettant de documenter de manière robuste les effets nocifs des différentes formes de consommation d'alcool, de manière à mieux définir les stratégies appropriées de santé. Les lacunes constatées à la fois

dans les dispositifs de collecte et le contenu des données de santé, des données de sécurité et de délinquance ou des coûts économiques et sociaux nuisent directement au suivi et à l'amélioration des mesures prises. Cette connaissance trop incertaine des enjeux explique que les professionnels de santé soient peu informés et mal formés et donc faiblement mobilisés pour prendre en charge convenablement les comportements addictifs.

- **le quatrième constat** est que l'action publique peine dans ce contexte à modifier les comportements. Elle n'utilise pas assez efficacement les leviers existants qui ont démontré leur utilité dans d'autres pays, qu'il s'agisse des actions de prévention s'appuyant sur des messages ciblés, de l'utilisation de l'outil fiscal pour réduire les consommations nocives ou des réglementations en matière de publicité ou d'accès au produit. Même en matière de sécurité routière, où des résultats probants de baisse de la mortalité ont été obtenus depuis quarante ans, la conduite en état d'alcoolisation n'est pas aujourd'hui réprimée avec les mêmes résultats que la vitesse excessive, faute d'une chaîne de contrôle-sanction efficace.

- **le cinquième constat** est celui de réponses sanitaires tardives et mal coordonnées aux consommations nocives d'alcool. Cela commence dès la détection des consommateurs à risque par le médecin généraliste sous forme de repérage précoce et d'intervention brève : le sondage effectué pour la Cour par l'IFOP a montré la méconnaissance de l'instrument et sa sous-utilisation par les professionnels de santé, malgré son efficacité reconnue par l'OCDE. Ensuite, les prises en charge sanitaires des consommateurs souffrant de pathologies restent très cloisonnées entre les différentes structures médicales et entre le secteur sanitaire et médico-social.

- **le sixième et dernier constat** porte sur la définition et la mise en œuvre des politiques : non seulement il n'existe pas de feuille de route claire pour les différents acteurs, sous forme d'un programme national spécifique dédié à l'alcool, mais il n'existe pas de pilote disposant d'une autorité assez forte pour défendre les intérêts de la santé publique face aux acteurs économiques et assurer la nécessaire coordination interministérielle des actions menées, cette gouvernance mal assurée se retrouvant au niveau local même si le préfet dispose théoriquement d'une certaine prééminence, partagée néanmoins avec l'ARS sur les questions de santé.

Les grandes orientations proposées par la Cour

Faute d'une réaction appropriée des pouvoirs publics, notre pays risque d'avoir à faire face à un important problème de santé publique. L'idée qu'un équilibre aurait été trouvé entre des consommations à risque bien maîtrisées et des consommations acceptables n'imposant pas nécessairement l'intervention publique est contredite par les exemples des pays étrangers les plus avancés en matière de politique de santé. Ceux-ci tendent à montrer clairement qu'une action forte destinée à la population générale est nécessaire, la France étant plutôt mal notée par les organisations internationales (OMS, OCDE) en matière de lutte contre les consommations nocives d'alcool.

C'est pourquoi la Cour estime qu'il est urgent de convaincre et d'agir. Trois grandes orientations lui apparaissent devoir être définies pour installer notre pays au niveau de nos partenaires les plus avancés :

- la première est d'élaborer, au sein du plan contre les addictions, un programme de lutte contre les consommations nocives d'alcool, fondé sur les preuves scientifiques résultant d'une recherche renforcée en matière d'addictologie. Pour mobiliser les acteurs publics et privés, ce programme devrait être porté au plus haut niveau gouvernemental, à l'instar de nos partenaires européens qui ont enregistré des résultats convaincants, et mis en œuvre sous la responsabilité des autorités de santé. Doté d'indicateurs permettant un suivi rigoureux des actions dans la durée, il serait régulièrement évalué et adapté en fonction des résultats obtenus ;
- la deuxième orientation est de provoquer une prise de conscience et de prévenir les risques des consommations nocives d'alcool par une information et des actions de prévention appropriées, permettant d'infléchir les comportements à risque. Ceci suppose *a minima* une évaluation, voire une redéfinition des messages de prévention délivrés par les pouvoirs publics. Ceux-ci pourraient être mis en cohérence avec les avancées de la science, à mesure que les conséquences sur la population générale, comme sur les publics plus fragiles (jeunes, femmes enceintes, buveurs dépendants) seront mieux connues au plan épidémiologique ;

- la troisième est de renforcer l'impact des leviers d'action existants qui s'avèrent souvent coûteux et peu efficaces. Alors que certains méritent une attention particulière car ils sont aujourd'hui sous-utilisés (comme le repérage précoce ou l'action sur les prix et la fiscalité), d'autres pourraient être plus simplement rénovés et adaptés aux besoins de l'action publique (comme la réglementation de la distribution, du lobbying et de la publicité ou le contrôle et les sanctions de la conduite en état d'alcoolisation). En tout état de cause, l'ensemble de ces leviers, dont l'efficacité a été reconnue par l'OMS et l'OCDE, devront être mis en œuvre de manière cohérente pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

C'est pourquoi la Cour formule onze recommandations qui visent à agir sur plusieurs registres simultanément, en vue de permettre le passage de politiques éclatées, discontinues et aux résultats très inégaux à une politique unifiée, bénéficiant d'un consensus suffisant et efficace dans la durée.

Récapitulatif des recommandations

À l'intention du Premier ministre :

1. élaborer un programme national de réduction des consommations nocives d'alcool assorti des indicateurs adéquats, et définissant les modalités d'un pilotage efficace au niveau national et local. Procéder à son évaluation périodique, selon une méthode internationalement reconnue et la rendre publique ;

À l'intention du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche :

2. mettre en place une politique pluriannuelle de recherche sur l'alcool (fondamentale, translationnelle, clinique, en santé publique et en sciences sociales) en privilégiant les travaux interdisciplinaires et les collaborations internationales ;

À l'intention du ministère chargé de la santé, du ministère de l'intérieur, de la MILDECA et de l'Agence nationale de santé publique :

3. adapter les messages en direction des consommateurs à risque au vu des résultats des travaux sur les repères de consommation et des recherches en cours sur les fractions attribuables à l'alcool de la morbi-mortalité ;

À l'intention du ministère chargé de la santé, de la MILDECA et de l'Agence nationale de santé publique :

4. développer les actions de prévention et de communication vers les publics les plus fragiles (jeunes, femmes enceintes en vue de prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, personnes en difficulté) ; dans ce cadre, accorder une attention particulière à la prévention des violences faites aux femmes ;

À l'intention du ministère chargé du travail et du ministère chargé de la santé :

5. supprimer, en recourant à la loi, pour le vin, la bière, le cidre et le poiré l'autorisation d'introduction et de consommation sur le lieu de travail actuellement prévue par le code du travail et renvoyer aux règlements intérieurs des entreprises les conditions de mise en œuvre et les dérogations applicables ;

À l'intention du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche :

6. développer la détection et le suivi des consommateurs à risque selon la procédure codifiée du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) dans la démarche médicale. À cet effet, renforcer la formation initiale et continue à l'addictologie, associer davantage les personnels infirmiers dans la mise en œuvre du RPIB et systématiser le repérage de la présence d'alcool lors des admissions aux urgences ou en établissement de santé ;

À l'intention du ministère chargé de l'économie et des finances et du ministère chargé de la santé :

7. relever les droits d'accise sur l'ensemble des boissons alcoolisées afin de contribuer à réduire les consommations à risque ;

À l'intention du ministère chargé de l'économie et des finances et du ministère chargé de la santé :

8. préparer la mise en place d'un prix minimum de l'unité d'alcool pur contenu dans chaque boisson, compatible avec le droit européen, pour réduire la consommation des personnes dépendantes ;

À l'intention du ministère chargé de l'économie et des finances et du ministère chargé de la santé :

9. appliquer à tous les supports numériques (internet et réseaux sociaux) les restrictions de publicité en faveur des boissons alcooliques, conformément à l'arrêt de la Cour de cassation du 3 juillet 2013 ;

À l'intention du ministère chargé de l'économie et des finances, du ministère de l'intérieur et du ministère chargé de la santé :

10. étendre les règles de formation applicables aux établissements de vente sur place à toutes autres formes de vente de boissons alcoolisées et instituer un recueil national numérisé des demandes de licences permanentes et temporaires, consultable par les forces de sécurité ;

À l'intention du ministère de l'intérieur, du ministère de la justice, du ministère chargé de l'économie et des finances et des sociétés d'assurance :

11. accroître la probabilité des contrôles et des sanctions immédiates : en ayant recours à un seul appareil portatif homologué de mesure de l'alcoolémie contraventionnelle et délictuelle ; en augmentant le montant des amendes forfaitaires pour conduite en état d'alcoolisation jusqu'à la classe 5 ; en appliquant le régime de sanctions contraventionnelles immédiates jusqu'à une alcoolémie de 1,2 g par litre de sang.

Annexes

Annexe n° 1 : composition du comité d'accompagnement	162
Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées et auditionnées	163
Annexe n° 3 : les expériences européennes	180
Annexe n° 4 : trois exemples régionaux	189
Annexe n° 5 : les pratiques de marketing des marques d'alcools	193
Annexe n° 6 : le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) en médecine générale (sondage IFOP)	200
Annexe n° 7 : le recours au baclofène en France, une question essentiellement française ?	204
Annexe n° 8 : le syndrome alcoolofœtal en France	208
Annexe n° 9 : les passages aux urgences en lien avec l'alcool	212
Annexe n° 10 : le coût social des drogues en France (rapport OFDT / Pierre Kopp 2015)	214
Table des sigles	215

Annexe n° 1 : composition du comité d'accompagnement

- Monsieur Stéphane Beaudet, maire de Courcouronnes, président de l'AMIF
- Monsieur Jérôme Bédier, directeur général délégué et secrétaire général du groupe Carrefour
- Professeur Philippe Binder, enseignant en médecine générale à la faculté de médecine de Poitiers, médecin généraliste, animateur du réseau addictologie en Poitou-Charentes
- Colonel Jérôme Bisognin, gendarmerie nationale (sous-direction de la sécurité publique et de la sécurité routière)
- Madame Pascale Briand, inspectrice générale de l'agriculture
- Monsieur Emmanuel Cruse, directeur général des châteaux Lilian-Ladouys et Pedesclaux (Bordeaux)
- Professeur Gerhard Gmel, Chef du département de médecine et santé de l'hôpital de Lausanne
- Monsieur Rémy Heitz, magistrat, ancien délégué à la sécurité routière
- Monsieur Serge Karsenty, sociologue, université de Nantes, président de 2012 à 2015 de l'association Alliance prévention alcool
- Monsieur Pascal Mailhos, préfet de la région Midi-Pyrénées
- Professeur François Paille, PU-PH, Chef du service d'Addictologie du CHU de Nancy

Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées et auditionnées

Assemblée Nationale

Madame Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales

MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives)

Madame Danièle Jourdain Menninger, présidente

Docteur Gilles Lecoq, délégué général

Lieutenant-Colonel Patrick Pegeot, chargé de mission Gendarmerie nationale

Ministère des affaires sociales et de la santé

Secrétariat général

Madame Natacha Lemaire, adjointe au secrétaire général

Docteur Nicolas Prisse, chargé de mission prévention

Direction générale de la santé

Madame Laurence Lavy, chef de bureau des addictions et des autres déterminants comportementaux de santé, sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Docteur Pierre-Yves Bello, bureau des addictions et des autres déterminants comportementaux de santé

Madame Nathalie Joannard, médecin inspecteur en santé publique

Madame Laurie Chaumontet, juriste

Mademoiselle Soraya Belgherbi, interne de santé publique

Direction de la sécurité sociale

Monsieur Thomas Fatome, Directeur de la DSS

Direction générale de la cohésion sociale

Madame Catherine Lesterpt, sous-directrice adjointe de l'enfance et de la famille

Direction générale de l'offre de soins

Madame Isabelle Prade, chef du bureau « prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale »

Monsieur Olivier Louvet, chef du bureau Innovation et Recherche clinique

Ministère du budget et des comptes publics*Direction du budget*

Monsieur Denis Morin, directeur du Budget

Monsieur Rochatte, sous-directeur des finances et du pilotage

Monsieur Gautier Bailly, sous-directeur SD6 (comptes sociaux et de la santé)

Direction générale des Finances Publiques

Monsieur Antoine Magnant, sous-directeur fiscalité des transactions

Monsieur Bruno Parent, directeur général des Finances Publiques

Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI)

Madame Hélène Crocquevielle, directrice générale

Madame Julie Gourcerol, chef de cabinet

Madame Corinne Cleostrat, sous-directrice "droits indirects",

Monsieur Régis Cornu, chef du bureau "contributions indirectes"

Monsieur Defins, chef de l'inspection des services

Ministère de la justice*Direction des affaires criminelles et des grâces*

Madame Ombeline Mahuzier, chef du pôle d'évaluation des politiques pénales

Madame Savie, adjointe au chef du pôle évaluation des politiques pénales ;

Monsieur Fabrice Leturcq, chef de la section statistique

Monsieur Clément Dufour, statisticien à la section statistique de la sous-direction de la statistique et des études

Monsieur Benjamin Camus, sous-directeur

Madame Odile Timbart, adjoint au sous-directeur

Madame Clotilde Lixi, responsable du bureau des dispositifs statistiques et des études de la sous-direction de la statistique et des études

Ministère de l'intérieur*Direction générale de la police nationale*

Monsieur François Xavier Lauch, chef du pôle budgétaire au cabinet du directeur

Monsieur Jean Jagiello, adjoint du chef de pôle

Monsieur Thierry Alonso, sous-directeur des missions de sécurité de la direction centrale de la sécurité publique

Monsieur Gilles Moussié, sous-directeur adjoint des missions de sécurité

Direction centrale des compagnies républicaines

Monsieur Patrick Dargirolle, directeur central adjoint

Monsieur Christian Ghirlanda, sous-directeur adjoint de la logistique

Direction générale de la gendarmerie nationale

Colonel Guillaume Grimaux, chef du service de la sécurité routière

Lieutenant-Colonelle Karine Lejeune, chef de la prévention de la délinquance et partenariat

Capitaine Louis Rose, Bureau de la synthèse budgétaire de la direction des ressources et des compétences de la police nationale

Monsieur M. Rochatte, sous-directeur des finances et du pilotage

Délégation interministérielle à la sécurité routière

Monsieur Ludovic Guillaume, délégué interministériel à la sécurité routière

Monsieur Henry Prevost, adjoint au délégué interministériel à la sécurité routière

Docteur Sophie Fegueux, conseillère technique santé

Madame Laurence Derrien, conseillère information et communication

Délégation à la sécurité et à la circulation routières

Madame Cécile Rackette, conseillère technique juridique auprès du préfet délégué

Monsieur Ludovic Guillaume, sous-directeur de l'action interministérielle

Observatoire national de sécurité et de l'information routière

Madame Manuelle Salathé, secrétaire générale

Direction des libertés publiques

Monsieur Pierre Regnault de la Mothe, sous-directeur des polices administratives

Monsieur Claude Dumont, chef du bureau des polices administratives

Service statistique ministériel de la sécurité intérieure

Monsieur Pierre Greffet, chef de bureau de la production et de la diffusion de statistiques

Monsieur Marc-Grenon-Mur, chef de bureau de la production et de la diffusion statistique

Unité de coordination de la lutte contre l'insécurité routière

Commandant Gilbert Laffargue, coordinateur de la lutte contre l'insécurité routière (UCLIR)

Lieutenant-Colonel Philippe Bartolo, adjoint au chef UCLIR

Préfecture de police de Paris*Direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne*

Monsieur Jacques Meric, directeur de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne

Monsieur Philippe Bugeaud, sous-directeur des affaires judiciaires

Madame Hélène Dupif, sous-directeur des services territoriaux

Monsieur Michel Barthélémy, conseiller technique

Madame Françoise Hardy, sous-directeur régional de la circulation et de la sécurité routière

Brigade de répression et du proxénétisme

Monsieur Christian Kalck, chef de la brigade de répression et du proxénétisme

Monsieur Ludovic Loth, chef du groupe « cabaret »

Cabinet du préfet de Paris

Madame Taline Aprikian, Conseillère Technique chargée de la prévention de la délinquance auprès du préfet de police

Agence nationale du traitement automatisé des infractions

Monsieur Aurélien Watez, directeur technique

Ministère de l'agriculture

Monsieur Julien Turenne, sous-directeur

Monsieur Arnaud Dunand, chef du bureau du vin

Agences sanitaires*Institut national de veille sanitaire (InVS)*

Docteur François Bourdillon, directeur général

Docteur Isabelle Grémy, directrice du département maladies chroniques et traumatismes

Docteur Emmanuelle Bauchet, adjointe à la direction du département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT)

Monsieur Christophe Romadi, responsable de la statistique

INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)

Docteur François Bourdillon, directeur général

Docteur Pierre Arwindson, directeur des affaires scientifiques

Monsieur David Heard, directeur de la communication et responsable des campagnes de prévention

Monsieur Olivier Smadja, chargé de mission au département de la téléphonie santé

OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies)

Docteur François Beck, directeur

Monsieur Christophe Palle, directeur statistique

Monsieur Olivier Lezet, responsable des enquêtes auprès des jeunes

INCa (Institut National du Cancer)

Monsieur Thierry Breton, directeur général

Docteur Jérôme Viguier, responsable du pôle santé publique et soins

Docteur Raphaëlle Encelin, pôle santé publique et soins

Docteur Antoine Deutsh, pôle santé publique et soins

ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)

Docteur Anne Buronfosse, chef de service adjoint

Docteur Joëlle Dubois, service classification information médicale et modèle de financement

Docteur Françoise Bourgoïn, responsable des réponses aux demandes externes (RDE)

Madame Fatma Tekran, statisticienne service réponse demandes externes (à Lyon)

AVIESAN

Professeur Geneviève Chêne, directrice de l'Institut thématique multi-organismes (ITMO) Santé publique

Monsieur Etienne Hirsch, directeur de l'Institut thématique multi-organismes (ITMO) neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie

Caisse nationale d'assurance maladie

Monsieur Claude Gissot, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

Madame Christelle Ratignier-Carbonneil, sous-directeur, Responsable du département des produits de santé

Madame Marie-Christine Keters, responsable du département information et prévention

ANTAI (Agence Nationale de Traitement automatisé des infractions)

Monsieur Henri Prévost, directeur

Monsieur Wattez, adjoint

Monsieur Gessner, adjoint

Régions

Agences régionales de Santé

Languedoc-Roussillon

Madame Dominique Marchand, directrice générale par interim

Madame Amandine Hugodot, chef de cabinet du directeur général

Madame Isabelle Redini, direction de la santé publique et de l'environnement

Madame Anne Gény, chargée de mission alcool

Monsieur Nicolas Razoux, direction de l'offre de soins et de l'autonomie, pôle soins hospitaliers

Docteur Olivier Puech, référent médical addictologie

Madame Carole Davila, responsable service gestion financière

Monsieur Claude Rols, directeur territorial du Gard

Madame Palma Rols, infirmière en santé publique, inspecteur

Nord-Pas-de-Calais

Madame Véronique Yvonneau, directrice de l'offre médico-sociale

Madame Catherine Rigaut-Combes, chargé de mission « personnes en difficultés spécifiques »

Docteur Franck Vanbeselaere, chargé de mission prévention des Addictions

Monsieur Eric Pollet, département des établissements de santé, direction de l'offre de soins

Docteur Isabelle Cachera, direction de l'offre de soins

Bretagne

Monsieur Doki-Thonon, directeur de la santé publique

Docteur Olivier Joseph, direction de la prévention et promotion de la santé

Docteur Florence Tual, coordinateur régional addiction

Docteur Sylvain Pleyber, chargé de mission réseaux en santé publique

Madame Anita Mangal , équipe projet addictions

Madame Corinne Foucault, délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine

Docteur René Nivelet, département de l'offre ambulatoire

Madame Salima Taymi, chargée de mission au sein de la direction de la santé publique

Préfectures

Languedoc-Roussillon

Monsieur Didier Martin, préfet

Monsieur Christophe Borgus, directeur de cabinet

Madame Françoise Guyot, directrice des libertés publiques

Madame Monique Fegère cabinet du préfet, responsable du pôle sécurité intérieure

Capitaine Laporte, direction départementale de la sécurité publique (DDSP) du Gard

Capitaine Richard, gendarmerie nationale

Nord-Pas-de-Calais

Madame Fabienne Buccio, préfète

Madame Béatrice Steffan, directrice de cabinet

Monsieur François Angelini, directeur départemental DDSP

Madame Isabelle Isaert, chef du bureau de la sécurité et de la prévention de la délinquance coordinatrice sécurité routière

Monsieur Régis Florin, syndicat national des discothèques et des lieux de loisirs

Monsieur Bertrand Dewaghe, Union des Métiers et des Industries de l'Hôtellerie

Commandant René Fousson, CRS 4 cantons

Bretagne

Madame Frédérique Camilleri, directrice de cabinet

Monsieur Le Guernigou, directeur chargé de la sécurité, tranquillité publique de la Ville de Rennes

Monsieur Fossembas, directeur de la police municipale et du domaine public de la Ville de Rennes

Madame Pauline Jagot, chargé de mission addictologie au sein du service santé de la Ville de Rennes

Monsieur Mael Rougery, chargé de mission jeunesse de la Ville de Rennes

Madame Stéphanie Collet, préfecture, chef du bureau des politiques de sécurité

Monsieur Hervé Luxembourger, direction départementale de la sécurité publique (DDSP) de Rennes, commissaire de police

Monsieur Pierre Henri Dupont, préfecture, chef du bureau de l'administration générale et de la cohésion sociale

Madame Chantal Mestrius, préfecture, chef du bureau de la réglementation

Monsieur De Abreu, chef du service sécurité routière à la direction départementale des territoires et de la mer

Madame Sabine Girault, adjointe au chef de service sécurité routière à la direction départementale des territoires et de la mer

Madame Charlotte Marchandise-Franquet, adjointe au maire à la santé de la ville de Rennes

Monsieur Hubert Chardonnet, adjoint au maire, délégué au personnel et à la sécurité de la ville de Rennes

Loire-Atlantique

Madame Marie-Annick Benâtre, adjointe à la santé de la ville de Nantes

Monsieur Gilles Nicolas, adjoint à la tranquillité publique de la ville de Nantes

Monsieur Buchaillat, directeur de cabinet du préfet

Madame Proteau, déléguée départementale aux droits des femmes

Colonel Marconnet chef de groupement de Loire-Atlantique

Colonel Michel Telanger, directeur départemental adjoint du SDIS de Loire-Atlantique

Colonel Jouve Sylvie, médecin chef du SDIS

Monsieur François Moureau, Président régional et national de l'association Alcool assistance

Madame Florence Urvois, Association Avenir Santé, coordinatrice prévention

Experts nationaux

Économistes

Professeur Pierre Kopp, professeur des facultés de droit et de sciences économiques, chercheur au Centre d'économie de la Sorbonne

Professionnels de santé publique

Docteur Catherine Hill, chef du service de biostatistiques et d'épidémiologie de l'Institut Gustave Roussy

Professeur Henri Jean Aubin, chef de Service du centre d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse

Professeur Paul Reynaud, PUPH au centre d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse, coordinateur du rapport « Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. »

Professeur Pascal Perney, chef de service du centre d'addictologie du CHRU du Grau du Roi (Gard)

Docteur Pelletier, Centre d'addictologie du CHRU du Grau du Roi (Gard)

Professeur Franck Bellivier, chef du service d'addictologie, hôpital Fernand Widal, Paris

Docteur Bertrand Galichon, praticien hospitalier, service d'accueil des urgences, hôpital Lariboisière

Docteur Jean Christophe Gallart, directeur, Observatoire régional des urgences Midi Pyrénées (entretiens téléphoniques).

Docteur Guilhem Noël, praticien hospitalier, AP-HM, chargé de l'analyse des données, Observatoire Régional des Urgences PACA (entretiens téléphoniques).

Marketing sanitaire

Madame Karine Gallopel Morvan, maître de conférences, Ecole des Hautes Études en Santé Publique

Monsieur Jacques-François Diouf, doctorant

Madame Gloria Dossou, doctorante

Prévention en milieu étudiant

Monsieur Benjamin Chkroun, directeur général Emevia

Madame Bénédicte Travailleur, coordinatrice réseau santé Emevia

Monsieur Alexandre Hanchiri, coordinateur Languedoc-Roussillon Avenir Santé

Lutte contre l'insécurité routière

Professeur Claude Got, professeur de santé publique, ancien chef de service d'anatomo-pathologie, hôpital Raymond Poincaré, Garches

Docteur Charles Mercier-Guyon, secrétaire du Conseil médical de l'association de prévention routière

Représentants de patients

Madame Laurence Cottet, auteure de « Non ! J'ai arrêté » InterEditions 2014

Associations

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

Docteur Alain Rigaud, président

Docteur Bernard Basset, vice-président

Docteur Claude Rivière, représentant de l'ANPAA à Eurocare

Experts internationaux*OCDE*

Monsieur Michele Cecchini, économiste, division santé, direction emploi, travail et affaires sociales

Représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne

Monsieur Vincent Houdry, conseiller santé

Monsieur Guillaume Drano, attaché fiscal

Commission européenne, direction générale de la santé et de la protection des consommateurs

Madame Heather Jones, Policy expert à la direction générale de la taxation et des douanes, Commission européenne

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Docteur Lars Moller, responsable de la division addictions et santé en prison

Monsieur Dinesh Sithy, responsable du programme violence et traumatismes

Norvège

Monsieur Bernt Bull, « senior advisor » pour les politiques en matière d'alcool, ministère de la santé, membre du CNAPA

Madame Lilly Sofie Otteson, directeur adjoint du département de santé publique, responsable de la prévention dans le domaine des addictions

Mesdames Hilde Pape, Ingeborg Rossow et Bergliot Baklien, Institut Norvégien pour la recherche sur la drogue et l'alcool Norvégien (SIRUS)

Monsieur Sandro Moe Melgalvis, "Senior advisor" department of municipal services, Ministère de la santé

Monsieur Ole Trygve Stigen, National directorate of Health, responsable du département de santé publique (politiques preventives)

Madame Elisabeth Ege, directeur d'AKAN, organisation intervenant sur le sujet de l'alcool dans le milieu du travail

Madame Mina Gerhardsen, General secretary, ACTIS, consortium d'ONG (équivalent de l'Alliance en France, membre d'Eurocare)

Madame Grete Mathisrud, senior advisor pour la sécurité routière, ministère des transports

Monsieur Vigdis Vindenes, directeur du département recherche,

Monsieur Stig Tore Bogstrand, responsables de projets de recherche au Norwegian Institute of Public Health

Suède

Monsieur Anders Verneholt, responsable des relations internationales

Madame Anna Jansson, chef d'unité, Agence de santé publique

Madame Pi Högeberg, public health officer, Agence de santé publique

Monsieur Kent Nillson, public health officer, Agence de santé publique

Monsieur Richard Henriksson, public health officer, Agence de santé publique

Docteur Johann Svensson, chercheur (mi-temps Institut de santé publique, mi-temps Institut Karolinska)

Madame Sandra Creutz,

Madame Maria Branting, National board of health and welfare

Madame Liza Jakobsson, ministère des transports

Angleterre

Monsieur Crispin acton, Programme Manager, Alcohol Misuse, Alcohol Policy Team, Department of Health

Monsieur Stephen Cummins, Drugs and Alcohol Unit, Home Office

Monsieur Gbenga Olatunde et Madame Nina Goodwin, Life Events and Population Sources, Office for National Statistics (ONS)

Madame Elizabeth Shovelton et Monsieur Daryl Lloyd, Legislation Enforcement and Standards, Department for Transport

Monsieur Nino Maddalena et Madame Clare Perkins Public Health England

Madame Rosanna O'Connor Director, Alcohol, Drugs & Tobacco and Clive Henn, Senior Alcohol Advisor, Public Health England (PHE)

Madame Christine McGuire, Section Head, Research Programmes et Madame Ruth Chadwick, Programme Manager, Research and Development Directorate

Monsieur Paul Niblett, Lifestyles Section Head, Health and Social Care Information Centre (HSCIC)

Écosse

Monsieur Daniel Kleinberg, Team Leader, Tobacco, Alcohol & Diet

Madame Louise Feenie, Alcohol Team Leader

Madame Marjorie Marshall, Economic Adviser, Public Health, Analytical Services Division, Madame Jennifer Curran et Madame Barbara O'Donnel, représentants du Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP) et Monsieur Eric Carlin, and Alcohol Focus Scotland (AFS),

Monsieur Donald Henderson, Head of Public Health Division

Madame Kirsty Macdonald, Policy Officer, Alcohol Team

Monsieur Quentin Fisher, Team Leader, Licensing Policy

Monsieur Patrick Down, Policy Officer, Criminal Law and Sentencing external stakeholder

Monsieur Will Linden, Violence reduction unit, et Monsieur Tom Hardy, Head of Violence reduction and public protection unit

Docteur David Mc Cartney Lothians and Edinburgh Abstinence Programme (LEAP), Astley Ainslie Hospital, Edinburgh

Italie

Docteur Emanuele Scafato, Directeur de l'observatoire national alcool et du centre européen

Docteur Pietro Malara, directeur général de la prévention au ministère de la santé

Madame Silvia Ghirini, statisticienne

Personnes auditionnées par la formation interchambres

MILDECA

Madame Danièle Jourdain Menninger, présidente
Monsieur Gilles Lecoq, délégué général

Secrétariat général des ministères sociaux

Madame Natacha Lemaire, cheffe de service

Direction générale de la santé

Monsieur Pierre-Yves Bello, bureau addictions et autres déterminants comportementaux de santé
Madame Laurie Chaumomet, juriste

Direction générale de l'offre de soins

Madame Christine Bronnec

Direction de la sécurité sociale

Madame Katarina Miletic-Lacroix, chef du bureau « recettes fiscales »
Madame Bérénice Renard, adjointe au chef de bureau

CNAMTS

Professeur Luc Barret, médecin-conseil national
Monsieur Said Oumeddour, département prévention et promotion de la santé

Direction du budget

Monsieur Jean-François Juery, sous-directeur des finances sociales
Madame Juliette Moisset, bureau santé et comptes sociaux

Direction générale des douanes et droits indirects

Monsieur Jean-Michel Thillier, chef de service, adjoint à la directrice générale
Madame Corinne Cleostrat, sous-directrice « droits indirects »

Direction centrale de la sécurité publique

Madame Edith Minier, commissaire divisionnaire de police, conseillère prévention partenariats au cabinet du direction générale de la police nationale (DGPN)

Délégation à la sécurité et à la circulation routières

Monsieur Emmanuel Barbe, délégué à la sécurité et à la circulation routières

Vin et société

Monsieur Joël Forgeau, président
Monsieur Timothé de Romance, conseiller pour les relations institutionnelles

Brasseurs de France

Monsieur François Loos, président
Monsieur Pascal Chevremont, délégué général

Fédération française des Spiritueux

Madame Sylvie Hénon-Badoinot, présidente de la fédération
Monsieur Laurent Scheer, (FFS - groupe Pernod Ricard)
Monsieur Vincent Martin, directeur général

Union des métiers et des industries de l'hôtellerie

Monsieur Laurent Lutse, président de l'UMIH Cafés, Brasseries et
Établissements de nuit
Madame Brigitte Montserrat, directrice adjointe des affaires
réglementaires de l'UMIH

Syndicat national des hôteliers restaurateurs cafetiers traiteurs

Monsieur Didier Chenet, président GNI/ Synhorcat
Monsieur Laurent Fréchet, président des estaurateurs au Synhorcat
Monsieur Franck Trouet, directeur général

Entreprise et prévention

Monsieur Alexis Capitant, directeur général
Monsieur Armand Hennon, secrétaire général

ANPAA

Docteur RIGAUD, président national

CAMERUP

Monsieur Jean Claude Tomczak, président

Sociétés savantes

Professeur Mickaël Naassila, président de la Société française
d'alcoologie
Professeur Lombrail, président de la Société française de santé publique

Ligue contre la violence routière

Madame Perrichon, présidente

Annexe n° 3 : les expériences européennes

Afin de comparer la situation française avec celles d'autres pays européens, tant au niveau de la consommation alcoolique, des dommages associés, que des politiques publiques mises en œuvre pour y faire face, la Cour s'est rendue successivement en Norvège et en Suède, en Angleterre et en Écosse, et enfin en Italie.

Ces pays ont été choisis pour certains en raison de leurs résultats en matière de baisse de la consommation et de la mortalité (c'est le cas notamment de l'Italie), mais aussi pour leurs actions volontaristes de lutte contre les consommations nocives d'alcool, que ce soit en termes de sévérité sur le plan de la sécurité routière (pays nordiques), ou d'efficacité du recueil de données et d'élaboration de stratégies sanitaires « fondées sur les preuves » (NHS anglais).

Enfin, la mission s'est rendue au siège de l'OMS Europe à Copenhague, afin d'y rencontrer les responsables de la division « Addictions et santé en prison », qui s'inscrivent dans une approche globale des maladies non transmissibles et suivent la mise en œuvre du plan alcool 2012-2020 mis en place par l'Organisation.

Des historiques très différents d'un pays à l'autre

En Norvège, l'historique est très différent de celui de la France ou des pays du sud de l'Europe avec notamment une politique prohibitionniste expérimentée à partir de 1919 et levée en 1927, mais qui laisse en héritage un monopole d'État permettant de rendre difficile l'accès aux boissons alcooliques. En Suède, il y a eu de manière comparable un bref épisode prohibitionniste, puis un monopole d'État à partir de 1917, qui subsiste pour la vente au détail seulement depuis l'entrée dans l'Union européenne.

Comme cela était craint par les autorités, l'entrée de la Suède dans l'espace Schengen et le marché commun en janvier 1995 a eu pour conséquence une augmentation de la consommation en deux temps, d'abord avec l'abolition des monopoles de la vente en gros, ensuite avec l'abolition des restrictions à l'importation pour les voyageurs.

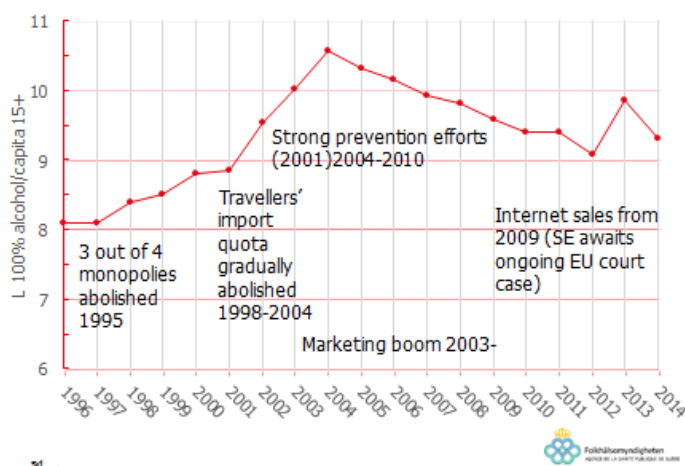
En dépit de l'ouverture de la Suède au marché européen, le contrôle de la vente demeure, comme en Norvège, un point central de la politique en matière d'alcool, régi par les mêmes principes (absence de profit économique résultant de la vente, obligation de licence, politique de prix élevés).

Cette modification renvoie aussi au problème de la consommation illégale, estimée à 20 % en Suède, ce qui pousse le gouvernement Suédois à développer des portiques de détection « *alcogates* » sur les sites d'arrivée des ferries en provenance de l'Europe continentale, et notamment de la proche Estonie.

Le graphique ci-dessous illustre la volonté des pouvoirs publics suédois de chercher à infléchir la hausse des consommations en intégrant les facteurs extérieurs qu'ils ne maîtrisent pas.

Facteurs explicatifs des tendances de la consommation d'alcool 1996-2014

Total alcohol consumption 1996-2014, forces and counterforces



Source : agence suédoise de la santé

L'augmentation de la consommation avait cependant été largement anticipée par les autorités, ce qui a permis d'en limiter l'effet : après une augmentation transitoire, la consommation a baissé à nouveau.

Des consommations en population générale plus basses dans les pays nordiques, une convergence de consommations parmi les jeunes

Cette situation monopolistique, complétée par un ensemble de mesures draconiennes en matière d'alcool (cf. *infra*), permet à la Norvège et à la Suède d'afficher des niveaux de consommation d'alcool parmi les plus faibles de l'OCDE (respectivement de 6,6 l d'alcool pur/an en Norvège, et de 9,5 l/an en Suède), qui tiennent notamment à une plus faible consommation de vin (autour de 2 l/an en moyenne pour ces pays).

A contrario, la trajectoire de consommation générale en Italie (un État de tradition plutôt libérale) peut amener à relativiser l'impact des politiques publiques sur les comportements collectifs : si l'Italie présente des similitudes sociologiques historiques avec son voisin transalpin (modes de vie méridional, pays fortement producteur et exportateur de vin), on observe une accentuation plus forte de la baisse de consommation d'alcool pur en population générale (autour de 6 l/an/habitant), due en grande partie à une modification des comportements sociaux (entrée massive des femmes dans le monde du travail) qui engendre notamment une baisse de la consommation de vin de table.

En matière d'évolution des consommations, le Royaume-Uni, dont la consommation générale demeure proche de la moyenne européenne (11 l ap/an) est emblématique d'un mouvement de convergence des types de produits ingérés et des modes de consommation qui concerne l'ensemble des pays européens, même si la situation britannique est particulièrement alarmante chez certaines populations à risque, singulièrement les jeunes (l'enquête ESPAD de 2009 pointant une prévalence du « binge drinking » chez les jeunes de 16 ans parmi les plus hautes d'Europe avec plus de 21 % des individus concernés), et les populations défavorisées (pour qui les probabilités de décès dus à l'alcool sont en Écosse huit fois plus élevées que chez les groupes favorisés). Ainsi peut-on observer en Écosse et dans l'ouest de l'Angleterre, certaines zones précaires où la consommation moyenne annuelle peut atteindre les 25 l d'alcool pur par habitant, qui consomment notamment des cidres très peu chers mais à forte teneur en alcool.

Des outils de suivi performants

Au contraire de la France, qui ne s'est pas véritablement engagée dans la formalisation d'une politique publique luttant contre les consommations nocives d'alcool, les pays étudiés ont d'abord mis au point des outils de suivi performants : en Suède, une enquête mensuelle est conduite sur un échantillon de 1 500 personnes représentatives de la population. Depuis le lancement du programme 2011-2015 de lutte contre

les addictions, la collecte de données en routine repose sur des coordinateurs régionaux au niveau des comtés (régions), suivant un dispositif de remontée des données au niveau central à partir de 140 indicateurs, les résultats finaux étant rendus ensuite disponibles sur le site internet dédié au programme.

Au Royaume-Uni, l'ONS (*Office for national statistics*) établit les données épidémiologiques au niveau national à partir d'un panel d'indicateurs, en proposant un focus particulier sur les inégalités sociales en matière d'alcool (mesurées en fonction des taux de décès par catégories socio-professionnelles). Selon nos observations, l'Italie dispose aujourd'hui du système de *monitoring* le plus robuste : chaque année, un échantillon de 28 000 familles constitue la base de l'enquête annuelle effectuée par l'Institut national de la statistique, dont les données abondent ensuite un rapport annuel rédigé par l'Institut national de santé et remis au gouvernement et au parlement (cette disposition est rendue obligatoire par un décret présidentiel datant de 1990 et effectif depuis 1996), comportant notamment des recommandations opérationnelles. Pour certains cas, la justification de la stratégie alcool s'est également fondée sur une évaluation monétaire des coûts sociaux (directs et indirects) dus à l'alcool : si la méthodologie comporte des biais bien identifiés, elle permet d'estimer le coût de l'alcool à 21,5 Md £ annuel pour la période 2010-2011 pour le Royaume-Uni. Il ressort de ces expériences la nécessité pour la France de mettre au point un dispositif de *monitoring* stable au cours du temps, ce qui rendrait possible les comparaisons intertemporelles et permettrait d'asseoir des stratégies nationales déclinées en fonction des diagnostics locaux.

Des politiques coordonnées et alimentées par des données scientifiques

L'effort de formalisation d'une politique publique unique en matière de lutte contre les consommations nocives d'alcool ressort comme une constante des comparaisons effectuées : elle permet la mise au point de plans pluriannuels détaillant un ensemble d'actions à partir d'objectifs quantitatifs, et dont les retombées sont systématiquement évaluées avant l'adoption du plan suivant. Les ministères de la santé sont ainsi chargés d'établir des « livres blancs » ou des plans qui constituent l'aiguillon de l'action publique. Simplement communiqués ou plus souvent approuvés par le Parlement (en Italie, celui-ci a voté une résolution à l'initiation du premier plan en 2007), ces plans sont articulés avec l'ensemble des stratégies conduites dans le champ des addictions (en Norvège, ils sont notamment liés aux actions menées en rapport avec les habitudes de vie et les maladies chroniques), et révisés tous les quatre ou

cinq ans en fonction de l'évolution des principaux indicateurs. En Italie, la loi de 2001 opère un véritable tournant dans la politique alcool, puisqu'elle affiche des objectifs de diminution de 20 % de la prévalence des buveurs réguliers, de 30 % des buveurs entre les repas, et qu'elle renforce plus particulièrement la protection des enfants vis-à-vis de l'alcool (article 2 de la loi).

Dans tous les cas, le pilotage de la politique publique est dévolu exclusivement au ministère de la santé ou à l'agence de santé publique. Ce sont ces institutions qui, le cas échéant, réunissent d'autres ministères ou formations interministérielles concernés pour constituer des groupes de travail thématiques, en fonction des nouvelles priorités d'action. Dans la plupart des exemples, la concertation de la société civile est une composante majeure de l'élaboration des plans: des consultations nationales ont par exemple été menées par le NHS sur la question du prix minimum (faisant ressortir que seule 30 % de la population anglaise y était favorable) ou sur l'interdiction des promotions en magasin. La situation britannique se caractérise également par une volonté affichée de travailler dans une démarche « *evidence-based* ». Au total, ce sont 25 experts qui ont recensé et traité environ 400 publications scientifiques afin d'identifier les interventions les plus efficaces et d'adresser des recommandations au ministère de la santé publique.

Dotée d'un tissu d'ONG particulièrement dense, la Norvège auditionne également les industriels, sans toutefois les associer directement aux groupes de travail. Au Royaume-Uni, la logique d'association des industriels est poussée davantage en faveur d'une autorégulation du secteur, portant surtout sur des matières telles que l'étiquetage ou la teneur en alcool des boissons, l'idée étant de développer la responsabilité sociale des entreprises par l'adoption de codes de bonnes pratiques. Depuis 2001, une journée nationale de prévention alcool est même organisée chaque année en Italie dans le cadre du mois consacré au sujet. Elle permet de réunir l'ensemble des parties prenantes autour d'une même table et de décliner des campagnes nationales en région, symbolisant l'importance du sujet alcool au sein du débat public.

Un système de santé décentralisé

Sur le plan opérationnel, la mise en œuvre des plans nationaux relève largement des collectivités locales : que ce soit au niveau des 428 « communes » norvégiennes, des 21 « *counties* » suédois ou des régions italiennes, on observe une dynamique de décentralisation de la politique sanitaire. Ce mode de gouvernance – qui tient pour partie à la qualité intrinsèque des organisations administratives de ces pays – permet un

dimensionnement des actions en réponse aux besoins territoriaux, qui sont toujours mesurés à partir d'un diagnostic local fréquent et approfondi. En Suède, la mise en œuvre des orientations nationales se finance sur des impôts locaux, le gouvernement central n'apportant qu'une simple contribution (un fonds de péréquation est également abondé par le gouvernement central italien pour pallier les inégalités de richesse entre nord et sud). Il est d'ailleurs intéressant de mettre ce mode de gouvernance en perspective avec le souhait exprimé par les services déconcentrés et décentralisés de l'État français de disposer d'une plus grande marge de décision et d'une réelle latitude de gestion.

Un cadre législatif clair et plus strictement appliqué

La cadre législatif des pays étudiés est souvent plus contraignant qu'en France : en Norvège, l'accessibilité pour l'achat des boissons alcoolisées est notamment limitée par des horaires d'ouvertures plus restreintes (fermeture dès 20 heures le samedi, pas de ventes le matin pour les spiritueux), et par une limite d'âge portée à 20 ans pour les boissons affichant une teneur en alcool supérieure à 22 %; en Italie, l'interdiction de la consommation d'alcool sur le lieu de travail est consacrée par la loi ; en Écosse, l'interdiction des « discounts » depuis 2010 a permis une réduction de la consommation de l'ordre de 2,6 %. Plus encore que la fermeté des mesures régulatrices, c'est la capacité des puissances publiques à les faire respecter qui doit être soulignée, alors que les autorités françaises expriment certaines difficultés à cet égard. En Norvège, les municipalités ont par exemple l'obligation de réaliser un nombre de contrôles trois fois supérieur au nombre de licences sur leur territoire, les contrôles étant effectués indifféremment par des policiers stagiaires ou des sociétés mandatées. Dans la plupart des pays observés, la technique du testing, qui permet de contrôler les débitants de boisson en recourant à des « clients mystère », est acceptée et mise en œuvre au niveau local. En matière de publicité, même si la loi Évin fait souvent figure de référence en Europe, la Norvège maintient depuis 1975 une interdiction totale de la publicité – y compris sur internet – beaucoup plus drastiquement appliquée qu'en France.

Une politique plus répressive en matière d'alcool au volant, qui tend vers la « tolérance zéro »

L'action publique en matière d'alcool au volant est également beaucoup plus volontariste et répressive ailleurs qu'en France, les pays étudiés s'inscrivant pour la plupart dans une « vision zéro alcool ». La Suède a été le premier pays à introduire le seuil de 0,5 g/l maximum autorisé au volant, seuil légal qui fut abaissé à 0,2 g/l pour l'ensemble des conducteurs dès 2001, avec des régimes encore plus drastiques pour les

conducteurs professionnels (interdiction de la consommation huit heures avant la prise du volant). Dans les pays nordiques, des peines lourdes pouvant aller jusqu'à la prison ferme sont prononcées automatiquement pour les conducteurs contrôlés avec des taux supérieurs à 1,2 g/l. D'autre part, les sanctions pécuniaires sont proportionnelles au salaire et plus dissuasives que celles infligées en France. Par conséquent, 20 % des accidents mortels de la route sont liés à l'alcool contre 28 % en France en 2014, alors que les pays nordiques présentent les taux d'accidentologie par million d'habitants parmi les plus faibles d'Europe.

Une réflexion a également été menée sur la question des prises d'autres types de produits psychotropes (souvent associés à l'alcool) tels que les benzodiazépines : la mise au point d'échelles d'équivalence et la diversification des dépistages a permis d'appliquer le même type de sanctions aux automobilistes contrevenants. La Suède se caractérise par des sanctions moins lourdes que la Norvège, le choix se portant sur la généralisation progressive des éthylotests anti-démarrage, considérés comme une peine alternative pour les contrevenants et les conducteurs professionnels, à qui revient la charge de l'installation, d'un coût important.

En dépit de sa consommation élevée, le Royaume-Uni reste classé parmi les pays les plus performants en terme d'accidentologie routière, avec seulement 15 % des décès sur la route dus à l'alcool, et ce en dépit d'un taux maximal autorisé qui se situe encore à 0,8 g/l. Ces résultats sont attribués à des sanctions plus dures qu'en France, puisqu'elles prévoient une rétention de permis pour 12 mois minimum, pouvant aller jusqu'à dix ans en cas de récidive, conformément à la démarche initiée en faveur d'une « tolérance zéro ».

Une politique de prix plus développée

Sans conteste, le recours au levier de la fiscalité indirecte (dite « comportementale ») constitue la dimension la plus discriminante pour ces pays par rapport à la France, qui présente quant à elle des niveaux de taxation anormalement bas. Ainsi, les pays nordiques affichent les prix les plus élevés de la zone européenne : les prix de revient pour le consommateur sont deux fois plus élevés en Norvège, par rapport à la moyenne (et même cinq fois plus pour ce qui est du vin).

Au Royaume-Uni, les droits d'accises sont deux fois supérieurs à ceux observés en France (35,4 contre 16,9 € par litre d'alcool pur en moyenne), ce qui tient là encore surtout à une fiscalité nettement plus volontariste appliquée sur le vin (entre 133 et 419 € par hectolitre en fonction du pourcentage d'alcool, contre seulement 3,66 €/hl en France). Au total, le Royaume-Uni bénéficie de l'équivalent de 14,4 Md€ de ressources fiscales indirectes sur l'alcool, contre seulement 4 Md€ pour la France.

Enfin, l'Écosse s'est engagée dans l'instauration d'un prix minimum, jugeant ce levier comme étant le seul capable d'endiguer la hausse des consommations d'alcool très peu chers. En juin 2012, à l'issue du vote au Parlement en faveur d'une proposition de loi, un prix minimum de 0,45 £ / gramme d'alcool pur a été instauré. Ce vote a été l'aboutissement d'un long processus : scientifique d'abord, l'efficacité d'une telle action a été démontrée par un travail de recherche conduit par l'Université de Sheffield via la construction d'un modèle scientifique fondé sur la notion d'élasticité ; politique ensuite, la légitimité d'une telle mesure a été construite au cours de consultations publiques initiées dès 2008 en préparation aux débats parlementaires, qui aboutirent à un consensus fort, contrairement à l'Angleterre et aux Pays de Galles qui n'ont pas souhaité s'engager dans la voie du prix minimum. Il faut néanmoins préciser qu'une telle mesure a été immédiatement attaquée devant les tribunaux nationaux, puis a fait l'objet d'une décision préjudicielle le 23 décembre 2015 qui encadre très strictement le prix minimum.

Un consensus social plus marqué en Europe du Nord

Contrairement à la France, les actions de prévention trouvent leur fondement sur le soutien apporté par l'opinion publique, dans un contexte où les consommations abusives sont considérées comme des problèmes et de moins en moins tolérées. La plupart du temps, la Cour a pu vérifier le « paradoxe de la prévention » qui plaide en faveur des mesures visant le plus grand nombre pour être réellement efficaces – les buveurs réguliers excessifs n'étant que peu réceptifs à ce type d'actions. À titre de comparaison, le budget prévention total alloué par le gouvernement norvégien se situe entre 25 et 30 M€ annuels (campagnes d'information, numéro vert, actions ciblées), contre environ 4 M€ pour l'INPES en France. La Norvège a également développé un modèle « STAD » visant la sensibilisation et la formation des débitants de boissons et des forces de l'ordre depuis 2001, l'évaluation de ce modèle ayant estimé qu'il a permis une économie de 2 M€ et une baisse de l'ordre de 2 % de la criminalité liée à l'alcool.

En matière de repérages précoces, l'Écosse fait figure de précurseur en ce qu'elle a fixé des objectifs quantitatifs de RPIB à atteindre sur trois ans, et qu'elle a prévu une tarification à l'acte pour les médecins généralistes comprise entre 5 et 20 £. Au total, ce sont 470 000 personnes qui ont pu bénéficier du dispositif depuis 2008. Dans les pays nordiques comme au Royaume-Uni, le rôle du personnel infirmier a été fortement valorisé pour la pratique du RPIB et la prise en charge simple des patients atteints d'addiction – la France reste encore à la marge sur ce

point. L'Italie quant à elle a conduit un travail de révision des repères de consommation considérés à risque au cours d'une conférence de consensus réunissant un panel d'experts, qui permit de ramener ces repères à deux unités pour les hommes et une unité pour les femmes. Enfin les expériences étrangères examinées par la Cour ont permis de confirmer la forte incertitude qui pèse sur l'utilisation du Baclofène dans la prise en charge des patients complexes, les autorités sanitaires de ces pays ne faisant bien souvent même pas référence à ce produit qui semble être une spécificité économique-sanitaire franco-française.

La volonté affichée dans les plans suédois et norvégien de développer les aspects recherche et la promotion de la question alcool au sein des instances européennes témoigne de la capacité de projection des autorités sanitaires et explique le nombre important de travaux menés dans ces pays. En Norvège par exemple, l'Institut National de recherche sur l'alcool et les drogues fut créé dès 1960 et compte aujourd'hui une trentaine de chercheurs. Ce type d'organisme, que l'on retrouve dans la plupart des pays étudiés, mettent à disposition des outils d'aide à la décision et à l'évaluation des politiques publiques existantes. Ils mettent notamment en exergue la faible efficacité des actions de prévention menées en milieu scolaire, ou, au contraire, la très grande pertinence de la diffusion du RPIB dans une optique de coût-efficacité. L'impact et la notoriété de leurs actions sont renforcés par la mise à disposition au public des méthodologies et des résultats, favorisant du même coup l'implication de la société civile : en Norvège existe notamment Actis, une ONG « chapeau » composée de 26 organisations actives dans le champ de l'alcool, et financées largement par le ministère de la santé, pour assurer à la fois une fonction de lobbying au niveau national et international, et mener des actions dans les entreprises avec l'appui de « personnes relais ». Au Royaume-Uni, le ministère de la santé est en mesure de définir des priorités avec les instituts de recherche (*National Institute of Research et Policy Research Program*) et d'orienter les financements en conséquence à partir des études scientifiques qui sont portées à sa connaissance, tout en écartant les financements par les marques d'alcool.

Annexe n° 4 : trois exemples régionaux

Afin de concrétiser ses investigations sur le terrain, d'enrichir sa compréhension des politiques publiques menées localement et d'affiner les axes de ses recommandations opérationnelles, la mission de la Cour a effectué des déplacements en région lui permettant de rencontrer à la fois les acteurs du secteur sanitaire et les représentants de la puissance publique, puis de réunir dans un second temps l'ensemble des parties prenantes au cours de trois tables rondes.

À partir des données disponibles pour l'analyse des situations régionales (données épidémiologiques, mortalité attribuable à l'alcool, accidentologie), le choix de la Cour s'est porté sur les régions Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais et Bretagne, chacun de ces territoires présentant une spécificité relative à la consommation d'alcool qui a orienté l'enquête sur place : pour le premier, il s'agissait de caractériser l'encadrement d'événements festifs d'ampleur (comme les *ferias* ou, lors de la visite de la mission de la Cour, le festival musical du Pont-du-Gard), pour le second, de comprendre le lien entre alcool, précarité et violences, enfin pour le troisième, d'appréhender les facettes d'un dispositif transversal de prise en charge des populations étudiantes.

Si l'atypie des régions étudiées ne saurait être exagérée compte tenue de la situation globalement préoccupante en matière d'usage nocif de l'alcool au niveau national, le phénomène de banalisation de la consommation d'alcool demeure problématique : que ce soit au cours des très nombreuses fêtes votives qui jalonnent le calendrier gardois, dans des zones en difficulté comme le bassin minier du Pas-de-Calais, ou à l'occasion des soirées étudiantes de grande ampleur du centre-ville rennais, la mission a pu constater la systématisation de la surconsommation d'alcool. Elle est à l'origine de nombreux troubles à l'ordre public, illustrés entre autres par leur responsabilité dans environ 60 % des infractions constatées en fin de semaine, et contribue à la dégradation de la situation sanitaire dans ces territoires.

Témoignant sans doute du fort ancrage culturel dont bénéficient les boissons alcoolisées en France, cette situation préoccupante relève à la fois de la responsabilité individuelle et d'une responsabilité collective en faveur d'une réduction des pratiques à risque, qui doit s'accompagner d'une amélioration des actions menées par les pouvoirs publics. À cet égard, les expériences régionales illustrent la prise de conscience par les pouvoirs publics, sur le terrain, du problème des consommations nocives d'alcool. Cependant, les actions menées sont encore éclatées et leur pilotage demeure perfectible, dans la mesure où les objectifs de prévention, de soins et de répression font appel à un grand nombre d'acteurs et ne sont pas aisément conciliables.

En matière de soins, la Cour a constaté le développement souvent adéquat de l'offre territoriale, à la fois médico-sociale et en addictologie hospitalière en fonction de la gravité des cas et de l'intensité de la prise en charge requise. Chacun des territoires étudiés dispose en effet d'une offre médico-sociale satisfaisante, tandis que les différents secteurs hospitaliers proposent une réponse graduée adaptée. Le service de soins de suite et de réadaptation d'addictologie de l'hôpital du Grau-du-Roi (Gard), dont l'organisation et la diversité des plateaux techniques ont été récemment repensées en vue de faciliter une prise en charge pluridisciplinaire et intégrée, pourrait inspirer d'autres établissements de ce type. En Bretagne, un effort important est porté sur le secteur médico-social, l'ARS travaillant à une modification des représentations souvent négatives dont pâtissent en particulier les consultations jeunes consommateurs (CJC). La « consultation avancée du 4Bis », localisée en plein cœur de la ville et intégrée à un centre d'information à destination de la jeunesse, offre à ce titre de belles perspectives, quand bien même ses capacités d'évaluation et de contrôle interne sont encore trop lacunaires pour permettre le déploiement d'une stratégie fondée sur les indicateurs. Cette couverture régionale globalement satisfaisante n'empêche pas des inégalités infrarégionales ou des capacités insuffisantes dans certains domaines (tels que parfois les prises en charge pour post cure de sevrage ou l'éloignement des consultations d'addictologie de niveau 3).

Si la prévention primaire en milieu scolaire est clairement identifiée comme un levier d'action nécessaire à la réduction des comportements à risque, les avancées dans ce champ sont trop disparates ; surtout, les actions menées sont encore insuffisamment articulées entre les niveaux d'étude et trop peu systématisées à l'ensemble des établissements scolaires. Ainsi, dans le Gard comme ailleurs, interviennent à la fois des professionnels de la prévention tels que l'ANPAA 30, qui conduit par exemple un programme « Jeunes relais santé » visant au développement des compétences psychosociales des élèves au niveau collège via des actions pédagogiquement innovantes, mais également des représentants des forces de sécurité, qui interviennent ponctuellement afin de sensibiliser les jeunes aux risques de certains comportements. Si la nécessité de ces actions, qui répondent à des logiques différentes, est compréhensible, cette dichotomie des interventions de prévention illustre le manque de concertation entre les acteurs.

Au cours des tables rondes, les parties prenantes ont appelé de leurs vœux une réflexion approfondie réunissant l'ARS, la préfecture, le rectorat d'académie et les chefs d'établissement afin de mettre au point de véritables plans de prévention à grande échelle. D'autres dispositifs récents tels que la diffusion d'une notice à l'intention des parents pas-de-calaisiens, ou d'un guide d'information pour les parents rennais dont l'enfant mineur a été arrêté ivre sur la voie publique, s'efforcent d'apporter aux parents d'autres ressources pour faire face aux consommations de leurs enfants.

S'agissant de la prévention secondaire et notamment du RPIB chez les praticiens médicaux et paramédicaux, la Cour a pu constater l'inégale mobilisation des acteurs à ce sujet : le plus souvent les praticiens ne sont pas formés spécifiquement à la question de l'alcool, que ce soit par manque d'offre de formation ou par leur absence de volonté de se former. En réponse aux difficultés de prise en charge de certains patients victimes d'addiction à l'alcool, la structuration de réseaux en addictologie « par la base » peut constituer une alternative crédible pour l'adressage des patients. Souvent portés par un petit nombre de médecins militants (c'est le cas en Bretagne), ces réseaux sont fragiles et requièrent un appui de la part de l'ARS, qui permettrait d'ailleurs d'élargir la portée de leurs actions.

S'agissant du rapport entre services de la justice et prise en charge médico-sociale, les dispositifs existants ne sont pas satisfaisants : pour le juge, prononcer une peine alternative d'injonction thérapeutique à l'encontre d'un contrevenant marqué par la circonstance aggravante d'état d'ivresse au moment des faits, n'est pas gage de réussite puisque la prise en charge par le médecin est à juste titre protégée par le secret médical, ce qui ne permet pas de connaître son efficacité ; pour les acteurs du champ médico-social, l'adressage contraint et forcé de certains patients sous main de justice ne permet que trop rarement de mener à bien une prise en charge largement dépendante de la démarche individuelle du patient. En outre, la présence d'intervenants sociaux au sein des commissariats reste à organiser alors que son impact positif a été constaté depuis de nombreuses années, notamment dans le Nord-Pas-de-Calais.

S'agissant des questions de police administrative, il ressort des rencontres avec les services déconcentrés de l'État et les élus locaux un besoin de clarification de leurs rôles respectifs, et notamment des prérogatives dont disposent les maires en matière de régulation des horaires de vente et des autorisations de consommer ou non sur la voie publique. Les municipalités n'ayant pas la taille critique se retrouvent parfois démunies. À cet égard, la diffusion par la préfecture d'Arras de fiches pédagogiques à l'ensemble des élus locaux du département, de

même que la volonté de la préfecture de Nîmes de formaliser des accords avec les municipalités pour permettre un meilleur encadrement des fêtes populaires, font office d'exemples à suivre dans la collaboration des dépositaires de la puissance publique.

Par la mise en place du dispositif innovant Noz'ambule (qui depuis a essaimé dans d'autres villes françaises et européennes), la ville de Rennes s'est inscrite dans une logique partenariale, en déployant sur le terrain un contingent important de professionnels de la prévention, qui s'inscrivent dans une double démarche de prévention primaire et de réduction des risques, tout en adaptant, avec l'aide des services préfectoraux, ses prérogatives de police administrative aux phénomènes de masse (des milliers d'étudiants se retrouvent dans le centre-ville chaque semaine) : par la présence d'une brigade spécialisée de terrain, la ville se donne les moyens de contrôler les éventuels débordements pouvant survenir à l'occasion de ces rassemblements ; à la faveur « d'opérations cartable » de fouille systématique des noctambules, elle tente d'assurer le respect de l'arrêté municipal visant à interdire la consommation de boissons alcoolisées sur la voie publique, en s'intéressant plus particulièrement aux mineurs.

Indéniablement, il ressort de ces expériences locales que la question de la sécurité routière apparaît comme la plus avancée: parce qu'elle a été établie comme objectif national, cette thématique bénéficie de moyens, qui bien qu'ayant été réduits, permettent de mener des actions de prévention, en particulier auprès des entreprises volontaires, du grand public ou des populations plus exposées à un usage nocif de l'alcool. Les forces de l'ordre tentent par ailleurs de rester mobilisées pour conduire les opérations de dépistage de grande envergure en dépit d'une forte sollicitation sur d'autres champs d'intervention (Vigipirate). La persistance de la part d'accidents mortels liés à l'alcool (autour de 30 %), la perception par l'opinion publique du manque de sévérité des sanctions, de même que les difficultés matérielles évoquées par les forces de l'ordre pour exercer les opérations de contrôle, font encore apparaître une marge de progression en ce domaine.

Annexe n° 5 : les pratiques de marketing des marques d'alcools

Le paysage de la commercialisation et de la publicité en faveur des boissons alcoolisées évolue rapidement, notamment grâce à la multiplication des canaux et outils disponibles pour encourager la consommation à destination, notamment, d'un public jeune. Les publicités ont une action particulière sur les jeunes car elles valorisent la consommation d'alcool comme des attitudes positives. Elles ont pour objectif d'attirer, d'influencer et de gagner de nouvelles générations de buveurs potentiels en dépit des codes d'autorégulation commerciale qui sont largement ignorés et souvent inappliqués.

I- Les supports publicitaires et leur évolution

A. Une publicité développée dans l'ensemble des médias

1- Le cinéma et la télévision : deux modes de diffusion de plus en plus réglementés

Au cinéma, la publicité pour l'alcool est interdite depuis la loi Évin. Toutefois les marques d'alcool restent très présentes dans le contenu des œuvres cinématographiques. Les marques peuvent associer des personnalités reconnues du cinéma ou de la télévision et se servir de leur image publique pour assurer leur promotion. « *La marque de champagne Bollinger et la marque de bière Heineken accompagnaient l'acteur Daniel Craig dans le dernier film de James Bond "Skyfall". L'objectif est de véhiculer des messages positifs et discrets sur l'alcool. Des recherches se sont intéressées à l'impact de cette technique de marketing sur les comportements : Sargent et coll. (2006) ont montré une association entre l'exposition à des films avec alcool et le risque accru de consommation.* »¹⁵⁵.

La publicité à la télévision pour les boissons comprenant plus de 1,2 degré d'alcool est interdite. Concernant l'éventuelle présence de boissons alcooliques dans des programmes, le CSA incite fortement à sensibiliser les téléspectateurs aux dangers que représente l'abus d'alcool pour la santé. Toutefois, les productions audiovisuelles développées par les chaînes de télévisions peuvent associer des marques d'alcool.

¹⁵⁵ Source : Rapport Inserm, décembre 2013, Conduites addictives chez les adolescents, usages, prévention et accompagnement.

2- *Les journaux et l'affichage extérieur : une réglementation plus floue*

La publication de publicité en faveur de l'alcool est limitée à la presse à destination des adultes. Toutefois, certains journaux, s'ils sont achetés par des personnes majeures, peuvent toucher un public jeune.

Lors de l'adoption de la loi Évin, la publicité pour l'alcool était autorisée dans les médias qui ne s'imposaient pas aux enfants, interdisant de fait l'affichage sur la voie publique. En 1993, la publicité par affichage a été rétablie sans limitation particulière, y compris dans les stades, qui étaient jusqu'alors exclus de ce type de promotion.

3- *Les nouveaux médias : une exposition à la publicité permanente*

Les nouveaux médias sont les supports de communication et de diffusion via internet et les réseaux sociaux. Les marques d'alcool créent des plateformes de communication ludiques et connectées aux réseaux sociaux (« *green room session* » pour Heineken qui fait la promotion d'événements musicaux). L'exposition à une publicité très valorisante pour les marques d'alcool est importante sur les réseaux sociaux ou via des bandeaux publicitaires sur des sites majoritairement fréquentés par des jeunes. Les internautes peuvent s'en emparer pour « créer du *buzz* », devenant alors des ambassadeurs-relais de la marque via le partage de liens ou le développement de jeux concours (la marque de bière Heineken rassemble 19,4 millions de fans dans le monde sur ses pages Facebook).

« Depuis quelques années, les industriels de l'alcool investissent massivement les nouveaux médias pour toucher un public jeune : [...] (Anderson et coll., 2009). C'est ainsi que l'on trouve 93 pages de marques de bières sur Facebook comptant plus d'un million de fans et 334 pages de marques de spiritueux avec plus de 3 millions de fans (McCreanor et coll., 2012). Or une étude récente a montré que les jeunes visitant des pages Facebook incitant à la consommation d'alcool font part d'une volonté plus grande d'en consommer et ont une plus faible capacité à percevoir le danger lié à la consommation abusive d'alcool (Litt et Stock, 2011). Il existe également environ 500 applications proposant des activités virtuelles variées telles que "offrir un verre à ses amis", "produire son propre cidre" [...]. La catégorie « événements » des réseaux sociaux regroupe par ailleurs plus de 2 000 activités incitant à la consommation d'alcool dans un cadre festif et convivial et accompagnées de réduction sur le prix des boissons alcoolisées » (Inserm, 2013).

B. Une publicité très présente hors médias

Les marques d'alcool utilisent des modes traditionnels de promotion. Elles créent et diffusent une culture à part entière via un ensemble de dispositifs qui permettent de toucher un large public, pendant un temps convivial et valorisant pour le produit.

1- La publicité via le « packaging »

Le « *packaging* » doit donner envie au consommateur de consommer la marque. Pour renforcer ce phénomène, plusieurs partenariats sont conclus avec le monde de l'art, de la création ou de la mode pour installer la marque comme une référence de créativité. Par exemple, la marque Absolut vodka a rédigé un cahier des charges précis de ses communications publicitaires qui se déclinent autour du produit et de sa silhouette associant un thème et de l'humour. Le *packaging* permet une inscription dans l'imaginaire collectif du consommateur.

« Par exemple, les "premix" sont des boissons conçues pour cette cible car le goût de l'alcool est adouci par l'ajout de soda ou de bases fruitées. Une étude australienne a montré que ces mélanges plaisent aux jeunes mineurs qui ne détectent pas la présence d'alcool (Copeland et coll., 2007). Ces produits d'initiation connaissent un grand succès et sont associés par certains chercheurs au phénomène de "binge drinking" (Huckle et coll., 2008). Par ailleurs, le design de l'emballage (ou packaging), très travaillé, participe au succès des boissons alcoolisées sur les cibles jeunes (Copeland et coll., 2007). »

2- La publicité sur le point de vente et les lieux de consommation

« Elle recoupe différents outils tels que la promotion sur les prix des boissons (qui aurait une influence sur la consommation d'alcool des étudiants selon Kuo et coll., 2003), les cadeaux contre achats, les jeux-concours...(Jones et Lynch, 2007). Dans certains établissements nocturnes, des hôtesses sont engagées par les marques d'alcool pour encourager la clientèle à la consommation (Lubek, 2005). En milieu étudiant, on assiste également à des soirées "open bar" qui ouvrent la voie à une alcoolisation excessive (Thombs et coll., 2009). Des boissons à prix réduits sont proposées par la force de vente des industriels de l'alcool aux associations étudiantes qui organisent ces soirées. »

3- *Le mécénat*

Depuis 2005, la loi Aillagon permet aux entreprises de bénéficier de réductions fiscales en contrepartie d'actions de mécénat. Moins proche d'une logique publicitaire que le *sponsoring*, le mécénat limite le retour sur investissement des entreprises. Les contreparties offertes ou les retombées positives pour le mécène ne doivent pas dépasser 25 % de la somme investie. Pour les marques d'alcool, la propagande ou la publicité sont interdites. Les mécènes doivent alors être plus discrets. « *Le but est d'accroître la visibilité et la notoriété des marques et de faire rejaillir les valeurs de l'événement sur leur image. Grâce à de telles stratégies, la marque de bière Carlsberg aurait vu, en sponsorisant l'Euro de Football 2004, son profit croître de 6 % à l'échelle mondiale. (Mosher, 2005).* »

4- *Les relations publiques*

À côté des publicités directes, les producteurs d'alcool mènent des actions indirectes via un marketing social pour se construire une image responsable face aux dangers liés à la consommation excessive d'alcool. Certains d'entre eux développent des opérations « conducteur désigné ». De même, les industriels de l'alcool et les établissements scolaires ont passé un partenariat pour assurer la distribution de documents à usage pédagogique. Cette démarche est critiquable puisqu'elle décrit la consommation modérée comme une norme sociale positive.

« *Les relations publiques se développent beaucoup (Anderson et coll., 2009). Elles se concrétisent par le financement de fondations philanthropiques (Babor et coll., 2010) ou de recherche (Babor et Robaina, 2013), ou encore par la création de structures de prévention. En France, ceci est illustré par l'association Entreprise & Prévention [...] Certains experts dénoncent ces différentes actions, en mettant en avant un lien entre la philanthropie des marques d'alcools et leurs activités de lobbying et de relations publiques allant à l'encontre des réglementations (Tesler et Malone, 2008).* » (Inserm, 2013).

C. Les marques d'alcool créent une culture particulière

À la suite de l'adoption de la loi Évin, les industriels de l'alcool ont dû développer de nouvelles stratégies de communication globales. Celles-ci se fondent notamment sur la culture de l'origine et du passé mais également sur la culture du présent via la créativité. Le marketing de la provenance permet de valoriser l'identité, la qualité et l'authenticité (par exemple, la campagne de Pernod Ricard de 2012 « 80 ans et toujours jaune »), qui permet d'assurer une perception positive et qualitative auprès du consommateur.

Le « *story telling* » des marques leur permet d'asseoir une relation émotionnelle et durable avec le consommateur à travers des valeurs. Elles cherchent à inclure le consommateur dans leur récit, à proposer une vision du monde dans laquelle il peut se projeter et y adhérer. Les whiskies Johnnie Walker et Clan Campbell s'appuient sur l'histoire familiale. Au-delà même de la culture, les marques vont créer des mythes. Par exemple, Grimbergen lance en 2010 « La légende du Phoenix ». Un clip est réalisé et présenté lors d'un événement de blogueurs, faisant l'objet d'une campagne de « *teasing* », d'une affiche d'annonce sur le site « Allociné » et des bannières de vidéos « *trailers* » sur les sites de divers opérateurs téléphoniques.

II- L'impact de la publicité sur les différentes cibles de population

Les stratégies des marques d'alcool sont différentes en fonction du public visé. Elles s'orientent vers un public jeune et féminin.

A- Effets des publicités sur la consommation d'alcool

Diverses études montrent qu'il existe des effets significatifs de la publicité en faveur des boissons alcoolisées sur la consommation d'alcool par le public. Une étude de Remi Brehonnet souligne que quand on diffuse deux scènes de films mettant en scène de l'alcool, l'une de manière positive et l'autre de manière négative, la manière dont l'alcool est présenté aura une influence sur la consommation qui va suivre et sur l'image de la boisson. La publicité modifie les préférences des consommateurs et le comportement, non la quantité totale d'alcool absorbée, car cette dernière est principalement déterminée par la place de l'alcool dans la culture du pays d'appartenance et par les prix. Par exemple, autoriser la publicité pour le vin à la télévision française aurait eu pour effet de réorienter la consommation nationale d'alcool, en la déplaçant de la bière et des spiritueux vers le vin, sans amener globalement une augmentation de la consommation moyenne d'alcool par habitant.

La publicité est un facteur explicatif de l'initiation à la consommation d'alcool chez les jeunes non-buveurs puis de l'augmentation des quantités consommées. « *Anderson et coll. (2009) ont réalisé une revue de la littérature de 13 études [...]. Douze études sur les 13 examinées montrent un lien significatif entre l'exposition à la publicité et l'initiation de la consommation d'alcool chez les adolescents non buveurs d'une part, puis l'augmentation de la consommation chez les*

jeunes déjà buveurs d'autre part. Plus l'exposition publicitaire est importante et plus la consommation est élevée chez les buveurs. La treizième étude a mis en évidence que la présence de panneaux publicitaires de marques d'alcool à moins de 450 mètres d'établissements scolaires favorise les intentions de consommation. Citons également l'étude de McClure et coll. (2013) [...]. Les résultats révèlent que le "binge drinking" est associé à des expositions régulières à des publicités pour l'alcool : placement dans les films, possession d'objets à l'effigie des marques d'alcool.... » (Inserm, 2013).

B- Un ciblage particulier en fonction des populations

Les comportements d'alcoolisation sont très différenciés selon l'âge et le sexe. Parmi les 18-75 ans, la proportion de consommateurs quotidiens est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Elle augmente fortement avec l'âge pour les deux sexes. Pour s'y adapter, les marques d'alcool adoptent un « *gender marketing* » proche de celui des fabricants de tabac.

1- Les hommes

Les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à boire de l'alcool quotidiennement. Selon l'étude *Sogerm* intitulée « Les hommes et l'alcool », les hommes ont un comportement spécifique vis-à-vis de l'alcool, sur lequel s'appuient les grands industriels. Au-delà de ses effets psychoactifs immédiats, l'alcool est consommé pour des raisons profondes tenant à son enracinement dans la culture française et dans l'imagerie traditionnelle de l'homme. Cet enracinement est si fort que l'alcool participe à la construction de l'identité à trois titres : la France ou la région d'origine, l'héritage paternel et le symbole de la virilité. La teneur du message de la publicité associe la promesse d'un lien qui lie les hommes entre eux, étroitement lié à la virilité et à la masculinité.

Cet attachement affectif et culturel à l'alcool et aux plaisirs qu'il procure entraîne chez les consommateurs une véritable difficulté à évaluer de manière objective les effets et les risques liés à sa consommation. Les messages de prévention, fondés sur des données objectives et qui remettent en cause un système de croyance très résistant, sont souvent accueillis avec scepticisme et incrédulité. Par ailleurs, parmi les différentes boissons alcoolisées, le vin jouit d'un statut particulier.

2- Les femmes

Chez les femmes, les consommations les plus importantes concernent les jeunes de 15 à 25 ans. Pour les toucher, certains emballages reproduisent les codes du luxe et de l'univers de la mode. La teneur du message publicitaire destiné aux femmes va davantage véhiculer une image de douceur, contrairement à la performance pour les hommes. Ainsi, se décline une offre spécifique portée par des innovations telles que la bière Hoegaarden arôme fruits rouges avec un *packaging* « *girly* ». Un ressort qu'avait déjà testé avec succès l'industrie alimentaire.

3- Les jeunes

La consommation d'alcool débute généralement à l'adolescence. Les bières et les « prémix » sont les boissons les plus consommées par cette tranche d'âge. Ce que les jeunes semblent apprécier dans la publicité de l'alcool sont les éléments d'humour et d'histoire ou encore de musique. Ils contribuent à créer une image positive de la marque et augmente leur intention d'acheter (Chen et al., 2005). Les jeunes sont une cible privilégiée car ils représentent les consommateurs réguliers de demain. Cependant, c'est une cible volatile aux cycles d'adhésion courts. Les opérations marketing qui leur sont destinées doivent être souvent renouvelées et s'adapter aux nouveaux modes de communication. D'autres moyens sont également déployés pour toucher les jeunes. Par exemple, les doses individuelles sont des produits d'appels, moins chers et plus facilement accessibles.

La publicité des marques d'alcool intervient dans les lieux de rassemblements. Si la loi interdit à une marque d'alcool de sponsoriser directement une école, certaines ont des accords privilégiés avec les bureaux des élèves à qui elles fournissent de l'alcool à des prix défiant toute concurrence et une aide matérielle pour organiser des soirées. Ce phénomène est davantage encadré depuis l'interdiction des « *open bar* »¹⁵⁶. Selon K. Gallopel Morvan, les marques sponsorisent également les grands événements publics musicaux, à travers la fourniture de logos/verres et des rappels visuels subtils pour faire passer les messages publicitaires. Par ailleurs, de nouvelles pratiques se développent à destination des jeunes en échappant totalement à la réglementation de la vente d'alcool la nuit : les livraisons d'alcool à domicile.

¹⁵⁶ Par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

Annexe n° 6 : le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) en médecine générale (sondage IFOP)

L'enquête d'opinion menée pour le compte de la Cour par l'IFOP a été réalisée auprès d'un échantillon de 300 médecins, représentatif de la population des médecins généralistes ayant une activité libérale.

La méconnaissance du RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool est importante parmi les médecins généralistes : 15 % d'entre eux déclarent avoir une connaissance totale du sujet, tandis que 19 % déclarent le connaître, mais ne pas voir précisément ce dont il s'agit. *A contrario*, deux tiers des médecins interrogés ne connaissent pas ce dispositif (66 %).

Les médecins dont la date d'installation en médecine libérale est la plus ancienne apparaissent comme ceux ayant le plus de carences sur le RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool. 27 % des médecins exerçant depuis plus de 30 ans connaissent le dispositif, contre 48 % des médecins dont l'installation date d'il y a moins de cinq ans. Les médecins travaillant dans un cabinet de groupe, qui sont aussi généralement plus jeunes, paraissent également mieux informés (50 % contre 34 % en moyenne), comme si l'installation de plusieurs professionnels dans une même structure permettait des synergies et une meilleure circulation de l'information.

Cette méconnaissance s'explique en partie par l'absence de formation au cours du cursus suivi par le professionnel de santé. 38 % des médecins généralistes expliquent en effet avoir reçu une formation spécifique en addictologie, dont 7 % au cours de leur formation initiale, en 1^{er} ou 2^{ème} cycle, 11 % au cours de leur formation initiale, en 3^{ème} cycle et 24 % lors d'une formation continue après les études de médecine. Parmi eux les médecins installés depuis moins de cinq ans (46 %) et ceux de moins de 40 ans sont surreprésentés (54 %). 62 % d'entre eux n'ont donc pas suivi de formation spécifique en addictologie.

Parallèlement, la connaissance du RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool ne s'explique que très partiellement par le suivi d'une formation. Ainsi, 27 % des médecins généralistes en ayant entendu parler ont reçu une formation spécifique : 1 % au cours de leur formation initiale, en 1^{er} ou 2^{ème} cycle, 6 % au cours de leur formation initiale, en 3^{ème} cycle et 21 % lors d'une formation continue après les études de médecins. 73 % n'en ont aucunement reçu, ce qui signifie que leurs connaissances sur le RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool ont été obtenues par d'autres moyens.

Faisant écho au manque de connaissances générales sur le sujet, la pratique du RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool s'avère très marginale : 2 % des personnes interrogées déclarent se servir de cet outil de manière formalisée. La pratique est cependant plus développée en région parisienne (8 % contre 0 % en province. Les médecins concernés le font alors lors de la première consultation (100 %), à l'occasion d'un bilan de santé (100 %) ou quand elles observent des signes fonctionnels ou des résultats d'analyse éloquentes (100 %), voire de manière systématique au moins une fois par an (70 %). Et chacun livre à sa patientèle concernée la restitution des résultats du test de repérage (100 %), l'explication du risque alcool, avec le niveau de consommation à ne pas dépasser (100 %), l'explication de l'intérêt personnel de réduire la consommation d'alcool (100 %), ou encore l'explication de la définition du verre standard (93 %).

Pour autant, les médecins généralistes surveillent la consommation d'alcool de leur patientèle : 57 % d'entre eux questionnent souvent sur la consommation d'alcool, de manière informelle, sans respecter précisément le RPIB, tandis que 35 % sont attentifs aux signes de consommation excessive chez leurs patients. La consommation d'alcool n'est évoquée de manière exceptionnelle que par 5 % des médecins interrogés.

L'analyse des résultats montre un intérêt plus prononcé des nouvelles générations de médecins pour la consommation d'alcool de leur patientèle. 75 % des médecins installés depuis moins de cinq ans questionnent leurs patients de manière informelle contre 57 % en moyenne. Si le RPIB n'est pratiqué de manière formalisée que marginalement, il semble avoir joué un rôle de sensibilisation à la question de la consommation d'alcool. 69 % des médecins généralistes déclarant connaître le RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool interrogent leur patientèle sur leur rapport à l'alcool, contre 50 % des professionnels n'en ayant jamais entendu parler.

Cet intérêt se manifeste par le développement d'actions formant un protocole qui n'est pas si éloigné du RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool : 99 % des médecins généralistes s'intéressant à la consommation d'alcool de leurs patients sans pratiquer le RPIB prennent du temps pour expliquer l'intérêt de réduire la consommation d'alcool, alors que 90 % sensibilisent au risque alcool, avec le niveau de consommation à ne pas dépasser, et 74 % expliquent la définition du verre standard.

Le manque de formation constitue le principal obstacle à la pratique du RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool : 61 % des médecins ne le pratiquant pas mettent en avant cet argument (et 73 %

parmi les médecins installés depuis moins de cinq ans). Le manque de temps fait figure de deuxième facteur explicatif (44 % de citations), devant le manque de sincérité des patients au sujet de leur consommation d'alcool (41 %) et l'usage de méthodes personnelles d'identification et de prise en charge alternatives (34 %). La remise en cause du dispositif paraît en tout cas très marginale : seules 6 % des médecins interrogés invoquent un manque d'efficacité pour expliquer son non-recours.

Parmi les médecins, 8 % expliquent aussi qu'il leur est difficile d'aborder la question de l'alcool avec leurs patients. Ces difficultés semblent dues à la difficulté de sortir du cadre de la consultation et d'aborder un sujet qui n'en est pas l'objet (55 % de citations). La peur de mettre mal à l'aise (54 %) ou celle d'altérer les liens de confiance avec ses patients (32 %) sont aussi évoquées.

Interrogés sur les pistes permettant de sensibiliser à la pratique du RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool, les médecins généralistes insistent sur la nécessité d'une meilleure communication autour du protocole. Ainsi, 80 % d'entre eux jugent qu'une meilleure information sur le protocole du RPIB les inciterait à le pratiquer avec leur patient, corroborant les résultats observés précédemment. De même, la diffusion d'une campagne de sensibilisation à la démarche auprès des patients (77 %) et la mise en place de meilleurs relais pour la prise en charge des patients à problèmes (74 %) sont des solutions perçues positivement par une large majorité des médecins généralistes. La valorisation dans le cadre de la rémunération à l'acte (50 %) ou dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (44 %) sont des pistes moins consensuelles, mais recueillent l'avis favorable d'une part non négligeable de médecins pour inciter à pratiquer davantage le RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool.

Les jeunes médecins, installés depuis moins de cinq ans, soit ceux qui sont les plus susceptibles d'avoir une formation au cours de leur cursus, sont les plus demandeurs d'une meilleure information sur le protocole du RPIB (94 % contre 80 % en moyenne et 66 % des médecins installés depuis 30 ans et plus). Ils souhaitent également, dans des proportions plus élevées que la moyenne, de meilleurs relais pour la prise en charge des patients à problèmes (85 % contre 74 % en moyenne), et sont plus intéressés par une valorisation plus forte dans le cadre de la rémunération à l'acte (61 % contre 50 % en moyenne).

Les médecins généralistes sont cependant volontaires pour la prise en charge de cas de consommation excessive d'alcool : confrontés à un cas de consommation excessive d'alcool au sein de leur patientèle, 86 % des médecins généralistes assurent une prise en charge addictologique simple, contre 14 % qui ne s'en occupent pas eux-mêmes. Assez logiquement, les médecins les plus expérimentés sont les plus réguliers s'agissant de cette situation. 60 % à 63 % de ceux dont l'installation date de 20 ans et plus prennent en charge les cas de consommation excessive le plus souvent, contre 35 % à 39 % des médecins dont le début d'activité est plus récent. Les médecins de province (53 % contre 45 % des médecins franciliens) et les hommes (56 % contre 44 % des femmes) sont aussi dans cette situation.

Dans le cas où, au-delà de la consultation, une prise en charge spécialisée est nécessaire, les médecins généralistes se tournent à une majorité relative vers un service hospitalier d'addictologie (49 %). Les réseaux en addictologie (24 %) et les structures spécifiques ambulatoires, type CSAPA (18 %), apparaissent dans un second temps, mais semblent davantage être conseillés par les médecins les plus connaisseurs du RPIB en matière d'usage nocif de l'alcool et installés en province.

De l'action des médecins doivent venir les solutions pour améliorer la prise en charge des cas de consommation excessive d'alcool. Les médecins interrogés s'accordent à une nette majorité sur la nécessité d'un investissement plus conséquent des médecins généralistes dans la détection et la prise en charge précoce des personnes ayant une consommation excessive d'alcool (81 %). Le constat selon lequel de nombreux cas pourraient être davantage signalés est en effet largement répandu au sein de la profession (74 %). Ceci explique sans doute pourquoi les médecins interrogés sont sévères à l'égard du système de santé français : seuls 32 % d'entre eux considèrent qu'il est adapté pour les prises en charge précoces des personnes ayant une consommation excessive d'alcool. Les jeunes médecins sont d'ailleurs les moins enthousiastes (25 % des médecins en activité depuis moins de cinq ans), au même titre que ceux exerçant en province (29 % contre 44 % en région parisienne).

Annexe n° 7 : le recours au baclofène en France, une question essentiellement française ?

Les médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le cadre de l'alcoolodépendance sont prescrits en association avec un suivi psychosocial. Indiqués dans le maintien de l'abstinence, ils sont peu nombreux et d'efficacité très modeste :

- l'acamprosate (AOTAL, CAMPRAL) et la naltrexone (REVIA) diminuent l'appétence à l'alcool et sont efficaces dans l'aide au maintien de l'abstinence chez le patient alcoolodépendant
- le disulfirame (ESPERAL) provoque un effet antabuse en cas de consommation d'alcool.

À côté de ces médicaments, de nouvelles molécules sont apparues :

- le nalméfène (SELINCRO) est un antagoniste des récepteurs mu des opiacés, agoniste partiel des récepteurs kappa qui permet d'obtenir une réduction de la consommation d'alcool chez le patient alcoolodépendant. Il dispose de l'AMM européenne.
- l'oxybate de sodium (ALCOVER) est un dérivé de l'acide gamma-hydroxybutyrique qui a la double indication dans le maintien de l'abstinence et dans le sevrage alcoolique en Italie et en Autriche. La demande d'AMM de l'ALCOVER est en cours d'instruction.

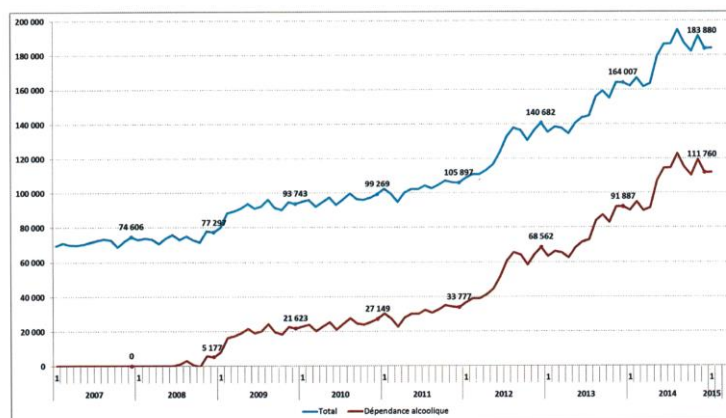
Parmi ces médicaments, anciens ou nouveaux, le baclofène (LIORESAL, commercialisé par Novartis, et BACLOFÈNE ZENTIVA) fait l'objet d'une attention particulière. Dérivé aromatique de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), il est un relaxant musculaire d'action centrale¹⁵⁷.

L'ouvrage paru en 2007 d'Olivier Ameisen¹⁵⁸, qui décrit sa rémission personnelle grâce à de fortes doses de baclofène, a contribué à mettre en valeur cette molécule.

¹⁵⁷ Cet agoniste du récepteur GABA B est présent depuis 1975 dans le traitement des contractures spastiques de la sclérose en plaque, des affections médullaires et d'origine cérébrale à doses faibles. En activant les récepteurs GABA B, il diminue les propriétés « renforçantes » de l'alcool (récompense et soulagement), ce qui permettrait de diminuer le craving (besoin irrépressible de boire se traduisant par une consommation compulsive).

¹⁵⁸ Le dernier verre, Édition Denoël, 2008.

Évolution du nombre de patients traités par baclofène en France



Effectif de patients traités (données de **prévalence**) par baclofène, tous motifs confondus et dans un contexte d'alcoolodépendance (personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de baclofène sur une période de 2 mois glissants). Données SNIIRAM. Tous régimes d'assurance maladie.

Source : CNAMTS.

L'utilisation du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance a débuté en fin d'année 2008. Au début de 2015 un peu plus de 180 000 patients étaient traités par baclofène, dont 110 000 pour alcoolodépendance.

Des essais cliniques randomisés à faibles doses et non randomisés à fortes doses ont été réalisés¹⁵⁹. La plupart des études suggère une efficacité modeste du baclofène sur la réduction de la consommation d'alcool et le craving. Deux études randomisées à haute dose (BACLOVILLE¹⁶⁰ (AP – HP) et ALPADIR¹⁶¹ (Ethypharm) ont été mises en place et devraient être publiées prochainement. En raison de fortes discussions et d'actions d'associations de patients et de professionnels, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a élaboré et publié en mars 2014 une recommandation temporaire d'utilisation (RTU)¹⁶² assortie d'une déclaration et d'un suivi en ligne des patients et d'indications précises :

- aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les patients dépendants à l'alcool et un échec des autres traitements disponibles ;
- réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'à un niveau faible de consommation telle que défini par l'OMS chez des patients alcoolo-dépendants à haut risque et un échec des traitements disponibles.

1 615 médecins étaient inscrits en juin 2015 sur le portail électronique de la RTU baclofène, parmi lesquels 1 033 avaient enregistré au moins un patient. 5 857 patients avaient été enregistrés et 445 avaient arrêté leur traitement. Les effets indésirables les plus fréquents sont les troubles neurologiques, psychiatriques, gastro-intestinaux et musculo-squelettiques.

¹⁵⁹ CHAIGNOT, C., WEILL, A., RICORDEAU, P., ALLA, F. – Utilisation en France du Baclofène dans l'alcoolo-dépendance de 2007 à 2013 : Étude à partir du SNIIRAM et du PMSI – Thérapie 2015.

¹⁶⁰ Bacloville (promoteur AP-HP) : étude randomisée, en double aveugle versus placebo menée chez les patients présentant un risque élevé de dépendance à l'alcool. Elle a pour objectif d'évaluer la proportion de patients atteignant un risque faible de consommation d'alcool ou une abstinence totale selon les critères de l'OMS après 1 an de traitement par Baclofène à une dose comprise entre 15 mg/j et 300 mg/j.

¹⁶¹ Alpadir (promoteur Ethypharm) : étude multicentrique randomisée en double aveugle versus placebo dont l'objectif est d'évaluer l'efficacité du Baclofène à dosage cible de 180 mg/j dans l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage des patients alcoolo-dépendants.

¹⁶² La RTU est une procédure dérogatoire et exceptionnelle dont l'objectif est d'encadrer et sécuriser les prescriptions non conformes à l'AMM. La RTU pour le Baclofène a été choisie en estimant que l'utilisation du Baclofène permettait de répondre à un besoin thérapeutique non couvert (échec des autres thérapeutiques disponibles), et que l'on pouvait présumer d'un rapport bénéfice risque favorable.

Au regard du nombre de patients traités par baclofène pour alcoolo-dépendance en France (110 000 en début 2015), le nombre de patients enregistrés sur le portail de la RTU est très faible, ce qui conduit à s'interroger sur le système de renseignement de la RTU et l'efficacité du dispositif de pharmacovigilance mis en place. De l'avis des praticiens, le portail est peu renseigné en raison d'une procédure trop lourde. Il est vraisemblable aussi que les prescriptions ne respectent pas toujours les doses recommandées par la RTU ni les contre-indications, ce qui pose problème.

Il est difficile d'être conclusif en l'absence de résultats définitifs d'Alpadir et de Bacloville. Cependant les questions sur le baclofène devraient trouver rapidement des réponses précises sur le rapport bénéfique/risque de la molécule, ses indications exactes et sa place dans la thérapeutique de l'alcoolo-dépendance. Cette clarification est d'autant plus nécessaire que le France est seule, au sein de l'Union européenne, à avoir choisi cette orientation et lui avoir donné une forte publicité.

À ce jour, le baclofène, présenté comme un médicament exceptionnel, n'a pas démontré de véritable efficacité dans le traitement de l'alcoolo-dépendance, au regard des critères scientifiques habituels pour évaluer un médicament dans une nouvelle indication.

Annexe n° 8 : le syndrome alcoolofœtal en France

A - État des lieux et indicateurs

En France, le syndrome d'alcoolisation fœtale constitue un enjeu important de santé publique, mais il ne suscite pas actuellement une attention suffisante, à l'exception des professionnels de santé impliqués.

L'alcool est tératogène et fœtotoxique¹⁶³ et possède des effets sur le développement cérébral des enfants exposés in utero, même de façon modérée. Il peut traverser facilement la barrière fœto-placentaire et perturber les échanges entre la mère et le fœtus. La vulnérabilité de l'embryon est maximale au cours du premier trimestre, mais l'effet nocif s'exerce pendant toute la durée de la grossesse. La consommation d'alcool au cours de la grossesse peut induire chez l'enfant à venir soit :

- un syndrome alcoolofœtal (SAF) qui peut se présenter sous forme atténuée ou incomplète (même avec une faible consommation), se caractérisant par une dysmorphie faciale, une atteinte cognitive comportementale et un retard de croissance intra-utérin. Des manifestations moins spécifiques concernant les apprentissages et le comportement peuvent apparaître plus tardivement au cours de la vie. Le SAF bénéficie d'un diagnostic précoce mais il est souvent sous-évalué en raison de symptômes discrets à la naissance.
- des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) qui sont, à l'opposé du SAF, souvent de diagnostic tardif et qui apparaissent plusieurs années après la naissance (troubles de la mémoire, déficits de l'attention).

La fréquence du SAF et des TCAF a tendance à augmenter en raison de l'augmentation relative de la consommation d'alcool chez les jeunes et donc de la probabilité de consommation d'alcool durant la grossesse, notamment chez certaines catégories de femmes enceintes.

En particulier, une alcoolisation excessive ponctuelle en début de grossesse – davantage rapportée par des femmes primipares qui avaient découvert leur grossesse plus tardivement – se distingue d'une consommation faible et occasionnelle perdurant tout au long de la grossesse – plutôt rapportée par des multipares.

¹⁶³ KREFT-JAIS, C. Prévention de l'alcool pendant la grossesse. Évolutions, 2015, n° 32.

Le statut socioéconomique élevé des buveuses remet en question l'importance du rôle de l'alcool, au regard du tabac, dans la construction des inégalités sociales de santé périnatale.

L'incidence du SAF est difficile à évaluer : elle est cependant estimée en France à 0,5 à 3,5 pour 1000 naissances vivantes (avec des fréquences variables selon les études) ce qui en fait la principale cause de malformation non génétique et de malformation évitable chez l'enfant. En incluant l'ensemble des troubles liés à l'alcool (EAF et TCAF), l'incidence pourrait atteindre 1 % des naissances soit 8 000 enfants par an sur 800 000 naissances dont environ 800 pourraient être des SAF.

En termes de fréquence du SAF, on dispose de peu d'études fiables et il y a vraisemblablement une importante sous notification du nombre de SAF. De plus cette fréquence est variable selon les régions, ainsi que les évolutions dans le temps.

On observe d'après les données du PMSI une diminution globale significative ($p < 0,001$) du nombre de cas repérés pendant la période néonatale de 2006 à 2013 (65 cas annuels pour les années 2006-2009 à 47 cas de SAF annuels en 2010-2013, soit de 0,08 SAF à 0,06 SAF pour 1000 naissances). Cette tendance est particulièrement marquée dans certaines régions (Haute-Normandie, Nord Pas-de-Calais et Picardie).

À La Réunion, le SAF représente la première cause de retard mental non génétique et de surcroît parfaitement évitable : il serait en cause pour 10 % des enfants en institutions spécialisées. On estime qu'environ 5 % des grossesses se déroulent dans un contexte d'alcoolisation maternelle nocive avec des risques de troubles du développement pour l'enfant à naître. L'incidence annuelle du SAF est élevée: 4 à 8 enfants pour 1 000 naissances vivantes sur l'île. Au total, chaque année, sur l'île, sur plus de 14 500 naissances au moins 145 enfants sont rendus plus vulnérables par effets de l'alcool sur le fœtus, 60 sont porteurs du SAF, dont 20 à 30 atteints de la forme la plus grave. Le nombre de SAF repérés par le PMSI et le registre de malformations congénitales est stable depuis 2001.

Cependant, la qualité des données du PMSI concernant cette pathologie, seule source disponible, semble peu fiable et demande à être validée, d'autant que le diagnostic est complexe et qu'il est souvent peu aisé d'affirmer la consommation maternelle d'alcool. C'est pourquoi des études sont en cours comme l'étude EPISAF (Étude de validation des cas de SAF) sur les cas repérés dans le PMSI (2014).

Concernant les coûts du SAF¹⁶⁴, une enquête réalisée dans le service de néonatalogie du groupe hospitalier du Havre chez des enfants ayant un SAF a estimé à 520 000 € le coût d'un individu porteur d'un SAF, de sa naissance à l'âge de 20 ans (ce coût inclut les soins néonataux, les hospitalisations, l'assurance maladie jusqu'à 6 ans, le placement social jusqu'à 18 ans, les placements en instituts médico-éducatifs, etc.).

B. Actions actuelles de prévention

1. Conditionnement des boissons alcoolisées

Depuis la loi de 2005, appliquée à partir de 2007, les marques d'alcools ont désormais le choix de faire figurer sur l'étiquetage des bouteilles de boissons alcoolisées, soit un message sanitaire « la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse même en faible quantité peut avoir des conséquences graves pour la santé de l'enfant », soit un pictogramme représentant l'interdiction de boire pour les femmes enceintes. Les marques d'alcools ont préféré le pictogramme, peu efficace car de petite taille et localisé à l'arrière de la bouteille. Une nouvelle proposition a été faite par l'INPES : pictogramme plus grand, couleurs plus contrastées et le message « grossesse : zéro alcool ».

2. Information sur l'alcool et la grossesse

De nombreuses actions ont été entreprises : documents pour le personnel médical et le grand public, site internet, chapitres sur l'alcool dans les cahiers de maternités, campagnes d'affichages ... ; enquêtes menées par l'INPES sur la perception et la connaissance de la réglementation sur les recommandations de non consommation d'alcool au cours de la grossesse auprès du grand public. Ces enquêtes ont montré une évolution positive même si des progrès peuvent être envisagés.

Des actions de prévention intéressantes ont été réalisées :

- action GABI (grossesse, alcool et bornes interactives), une étude d'efficacité sur trois modes d'intervention chez la femme enceinte déclarant avoir consommé de l'alcool pendant sa grossesse. Cette étude permet, à l'aide d'une borne interactive, de calculer le risque de TCAF pour l'enfant à naître.

¹⁶⁴ DUMAS, A., LEJEUNE, Cl., SIMMAT-DURAND, L. Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : qui sont les femmes à risque. *Santé Publique 2014*, vol. 26, 603-612.

- action FOSFEM (formation des sages-femmes à l'entretien motivationnel).

Cette action a été très bénéfique et les interventions selon la méthode motivationnelle se sont avérées efficaces.

Une enquête nationale périnatale réalisée en 2010 auprès d'un échantillon de plus de 13 000 femmes a montré que la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse était déclarée par 23 % des femmes ; une consommation de trois verres ou plus en une même occasion est rapportée par 2 % des femmes. Elle est plus fréquente pour les femmes en situation sociale favorisée, plus âgées et de parité élevée.

On peut souligner également les nombreuses actions de prévention dans les régions en lien avec les ARS (Nord Pas de Calais, Picardie, La Réunion...), l'Éducation nationale...

3. *Recommandations*

Le SAF est une pathologie grave évitable et il n'est pas possible de définir un repère d'alcoolisation acceptable pour le fœtus d'où le message d'abstinence de toute consommation d'alcool pendant la grossesse, ce qui justifie la mise en place de mesures incitatives :

- 1) Prévenir la consommation de toute boisson alcoolisée pendant la grossesse en :
 - Intensifiant les actions sur le conditionnement des boissons alcoolisées,
 - Multipliant les actions d'information à destination des femmes.
- 2) Identifier les femmes à risques en particulier lors des consultations prénatales.
- 3) Diagnostiquer précocement les TCAF en prenant en charge les enfants atteints de cette pathologie.
- 4) Mettre en place des Centres de référence (diagnostic, formation, recherche).
- 5) Organiser des formations à destination des personnels de santé (gynécologues, obstétriciens, sages-femmes).

Annexe n° 9 : les passages aux urgences en lien avec l'alcool

Parmi les études réalisées sur les passages aux urgences en lien avec l'alcool, on relève une étude réalisée dans le cadre du réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) sur le recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë (IEA)¹⁶⁵. Cette étude met en évidence essentiellement les variations saisonnières (annuelles, mensuelles, hebdomadaires). En 2011, le nombre de passages aux urgences en lien avec l'alcool, tous âges confondus, représentait 1 % de l'ensemble des passages (la littérature retrouvant des taux de 4 à 40 %, cette variation importante étant le reflet d'une grande hétérogénéité des méthodes et notamment de la recherche systématique ou non d'une éthyliation aiguë par dosage sanguin chez tout patient ayant recours aux urgences).

Les 15-24 ans et les 40-49 ans étaient particulièrement concernés, représentant respectivement 17 % et 25 % des passages. Les variations saisonnières faisaient apparaître deux pics dans l'année (le 1^{er} janvier et le 22 juin), une augmentation en début de mois, notamment chez les 40-54 ans, et une augmentation les week-ends; chez les 10-24 ans, on observe deux pics dans l'année, en juin et en octobre, un niveau de recours constant au cours du mois et une augmentation très marquée les week-ends.

L'enquête « un jour donné » sur les urgences de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé (DREES), réalisée en juin 2013, donne des résultats cohérents avec ces données, avec un pourcentage de passages liés à l'alcool de 1,96 % (mais près de 3 % en CHR) et d'importantes variations selon l'âge : 9,2 % des passages liés à l'alcool correspondent à des personnes ayant entre 15 et 25 ans, 11,8 % à des personnes ayant entre 25 et 35 ans, 22,6 % à des personnes ayant entre 35 et 45 ans, 27,7 % entre 45 et 55 ans et 16,8 % entre 55 et 65 ans. Les hommes représentent 74 % de ces passages, dont plus de la moitié ont lieu entre 16 h et minuit, l'arrivée se faisant par les pompiers dans 40 % des cas, le plus souvent à partir du domicile (38 %). Près d'un tiers des patients sont hospitalisés en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et près de 20 % ont un diagnostic de traumatologie associé¹⁶⁶.

¹⁶⁵ PERRINE, Anne-Laure et DEVELAY, Aude-Emmanuelle. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour, BEH n° 16-17-18, InVS, mai 2013.

¹⁶⁶ Source : retraitement par la DREES, à la demande de la Cour, des données de l'enquête nationale « un jour donné » sur les urgences de 2013.

Les deux principaux observatoires régionaux des urgences (ORU) ont également travaillé sur les urgences. L'ORU Midi Pyrénées a fait une étude sur les IEA en 2011¹⁶⁷ notant deux tranches d'âge représentant l'essentiel des cas, les 15-24 et 35-45 ans, avec des pics le week-end. Les recours en nuit profonde sont plus fréquents pour les jeunes. Plus de la moitié des patients sont hospitalisés.

L'ORU PACA a réalisé pour la Cour une étude portant sur les admissions aux urgences relatives à l'alcool de la région PACA pour l'année 2014. Les résultats diffèrent sur certains points de ceux de l'enquête DREES, mais ceci peut être dû à la méthodologie qui a pris en compte davantage de paramètres.

En 2014, les admissions aux urgences pour une pathologie reliée à l'alcool (AURA) dans la région représentaient 1,2 % des passages mais en moyenne 2,6 % dans les services d'urgence adultes et 3,3 %, entre 45 et 49 ans, un tiers des admissions ayant lieu le week-end, avec une sur représentation en nuit profonde. Plus de 60 % des patients étaient amenés par les pompiers. Le taux d'hospitalisation était de 19,1 % (contre 16,0 % en général), le taux de transfert de 4,2 % contre 2,7%. Les sorties non convenues (contre avis médical, non vu et fugue) représentaient 13,8 % des AURA contre 1,1 % des autres passages. Quand l'alcool intervenait comme diagnostic associé, le diagnostic principal était d'ordre médico-chirurgical dans 49,2 % des cas, relatif à une intoxication non médicamenteuse associée dans 24,8 % des cas, à un traumatisme dans 13,9 % des cas, relatif à la psychiatrie dans 11,0 % des cas. Parmi les codages diagnostiques relatifs à un trouble psychiatrique, il s'agissait d'une agitation dans 36,6 % des cas, d'un trouble dépressif dans 22,8 % des cas, d'un trouble mental lié à l'utilisation de drogues dans 17,8 % des cas (dont lié à l'utilisation de cannabis dans 43,2 %). L'étude identifie d'autre part les « usagers fréquents » (4-10 consultation sur l'année dans le même service) qui représentaient 4,5 % des patients ayant consulté pour AURA contre 2,2 % pour les autres patients. Ce constat tendrait à montrer que certains patients font des passages répétés aux urgences pour des motifs en lien avec l'alcool.

Ces données soulignent l'intérêt qu'il y aurait à faire du passage aux urgences une opportunité de dépistage de l'usage nocif, qu'il s'agisse d'API ou d'ivresses répétées, ou de consommations excessives régulières.

¹⁶⁷ Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées, Rapport annuel 2011.

Annexe n° 10 : le coût social des drogues en France (rapport OFDT / Pierre Kopp 2015)

Coût social de l'alcool en 2010 (M€)

Nombre de décès	49 051
Nombre de malades	1 407 137
Nombre de « consommateurs à problèmes »	3 800 000
1. Coût externe (2+3+4)(M€)	-114 762
2. Coût des vies perdues	-66 218
3. Coût de la perte de qualité de vie	-39 530
4. Pertes de production	- 9 014
5. Coût pour les finances publiques (M€) (6+7+8+9)	-3 918
6. Coût des soins	-8 565
7. Économie de retraites	1 726
8. Prévention et répression	-283
9. Taxation	3 204
10. Effet sur le bien-être *(M€)	- 4 701
11. Coût social (1+10) (M€)	- 119 463
12. Finances publiques /PIB (%)	0,20 %
14. Coût social/ « consommateurs à problèmes » (M€)	31 438

** la ligne 10 est égale au produit de la ligne 5 par 1,2, soit le coût d'opportunité des fonds publics.*

Source : Pierre Kopp

Dans ce chiffrage, plusieurs facteurs expliquent l'évolution par rapport à l'étude précédente :

- l'appareil statistique s'est amélioré et la présente étude est basée sur les hypothèses de 49 051 décès pour l'alcool, soit 11 % d'augmentation ;
- la valeur de la vie humaine, calculée à partir du revenu disponible brut des ménages (RDB) actualisé, était fixée au montant de 1,5 million d'euros alors recommandé par le rapport Boiteux de 2001. En 2013, Quinet préconise désormais une valeur de 3 millions d'euros ce qui multiplie par deux la valeur de chaque vie perdue ;
- les calculs étaient réalisés avec un taux d'actualisation de 6 % (Boiteux 2001) et ceux de la présente étude avec un taux de 4 % (Quinet, 2013), ce qui augmente encore le poids des conséquences futures des décès présents ;
- la perte de qualité de vie n'était pas prise en compte, contrairement à la présente étude.

Table des sigles

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ALD	Affection de longue durée
API	Alcoolisation ponctuelle importante
APJ	Agents de police judiciaire
APJA	Agents de police judiciaire adjoints
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ATB	ATB (Accidents, Tués, Blessés)
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AME	Aide médicale d'État
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
APJ	Agent de police judiciaire
ARS	Agence régionale de santé
AT/MP	Accident du travail / maladie professionnelle
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BAAC	Bulletins d'analyse des accidents corporels
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CAMERUP	Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique
CEA	Conduite en état alcoolique
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CGET	Commissariat général à l'égalité des chances
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIPD	Comité interministériel de prévention de la délinquance
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CISR	Comité interministériel de la sécurité routière

CJC	Consultation jeune consommateur
CLS	Contrat local de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNH	Certificat de non hospitalisation
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVA	Contrôle Vitesse Alcoolémie
CVS	Cadre de vie et sécurité
DACG	Direction des affaires criminelles et des grâces
DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DDSP	Direction départementale de la sécurité publique
DCSP	Direction centrale de la sécurité publique
DGFIP	Direction générale des Finances publiques
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGO	Document Général d'Orientations
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGPN	Direction générale de la police nationale
DGS	Direction générale de la santé
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DISCR	Délégué interministériel à la sécurité routière
DLPAJ	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRFIP	Direction régionale des finances publiques

DSCR	Délégation à la sécurité et à la circulation routières
DSS	Direction de la sécurité sociale
EAD	Ethylotest anti-démarrage
EDA	Études détaillées d'accidents
ELSA	Équipe de liaison en addictologie
ESPIC	Établissements publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif
FER	formateurs en éducation routière
FESA	Fédération française des assurances automobiles
FFSA	Fédération Française des Sociétés d'Assurance
FIPD	Fonds interministériel de prévention de la délinquance
FIR	Fonds d'intervention régional
FRAD	Formateurs relai anti-drogue de la gendarmerie nationale
GEMA	Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut comité de santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire (loi)
IDSR	Intervenant départemental de sécurité routière
IFSTTAR	Institut français des sciences et des technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IPM	Ivresse publique manifeste
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IREB	Institut de recherche scientifique sur les boissons
ITT	Interruption temporaire de travail

MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OFDT	Office français des drogues et toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONDRP	Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale
ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
OPJ	Officier de police judiciaire
PDASR	Plan départemental d'actions de la sécurité routière
PDCR	Plan de contrôle routier
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PPLD	Plan départemental de prévention et de lutte contre la délinquance
PRS	Projet régional de santé
PFAD	Policiers formateurs anti-drogue
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RTU	Recommandation temporaire d'utilisation
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAF	Syndrome alcoolo-fœtal

SDSE	Sous-direction de la statistique des études et de la documentation au ministère de la justice.
SMPR	Service médico-psychologique régional
SNIIRAM	Système national d'informations inter régions d'assurance maladie
SPA	Substances psychoactives
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSR	Soins de suite et réadaptation
SUMPPS	Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
SYNHORCAT	Syndicat national des hôteliers restaurateurs cafetiers traiteurs
TCAF	Troubles causés par l'alcoolisation fœtale
UCSA	Unité Consultations Soins Ambulatoires aux détenus
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UMIH	Union des métiers et des industries de l'hôtellerie

Réponses des administrations et des parties prenantes

Sommaire

Réponse du Premier ministre	225
Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	231
Réponse de la présidente de la Haute Autorité de santé	232
Réponse du directeur général de Santé publique France	232
Réponse du président de la Fondation pour la recherche en alcoologie .	233
Réponse du président de la Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique	233
Réponse de la présidente de l'association de la Ligue contre la violence routière.....	234
Réponse du président du conseil d'administration de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie	236
Réponse du président de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé	237
Réponse du président de l'Association des brasseurs de France	239
Réponse du président de l'association Vin et société	241
Réponse du président de la Fédération des exportateurs de vins et spiritueux de France.....	246
Réponse du directeur général de la Fédération française des spiritueux.	248
Réponse du président du Groupement national des indépendants Hôtellerie et restauration	253
Réponse du président du Syndicat national des discothèques et lieux de loisirs	257
Réponse du président confédéral de l'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie	258

Destinataire n'ayant pas répondu

Directeur général de la Fédération du commerce et de la distribution

RÉPONSE DU PREMIER MINISTRE

Les consommations nocives d'alcool constituent en France un réel problème de santé publique et les politiques publiques à mener pour les combattre présentent, par construction, un caractère interministériel affirmé.

Je partage les principaux constats établis par la Cour dans l'analyse des consommations nocives d'alcool, même si la population de consommateurs à risque doit être estimée à 3,4 millions de personnes (Observatoire français des drogues et des toxicomanies, chiffres-clés, juin 2015).

Il n'en demeure pas moins que la réalité de la consommation reste en effet préoccupante. Certes, la baisse de la consommation moyenne est un fait avéré sachant qu'à moyen ou long terme, la baisse des quantités de vin n'a pas été compensée par une augmentation de celles de bière comme le démontrent les données sur les quantités équivalentes d'alcool pur mises à la consommation pour les vins et les bières. Il est exact que cette baisse tendancielle n'est pas satisfaisante tant au regard des comparaisons internationales que s'agissant, en France, des populations concernées (en particulier les jeunes) et des modalités de consommation à risque (tel que le « binge drinking »).

L'une des difficultés repose, comme le souligne la Cour, sur l'absence de repères en matière de consommation. De ce point de vue, le rapport mentionne un comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui aurait recommandé, en 1980, de ne pas dépasser certains seuils de consommation. Or, il n'a pas été possible de retrouver traces de ce comité, ni des recommandations émises. Au cas où de tels seuils auraient bien été recommandés dans un document de l'OMS, cela aurait visé des « guidelines » pour les études épidémiologiques et non des critères s'appliquant aux consommations à risque et aux consommations sans risque.

Cette situation a conduit la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la Direction générale de la santé (DGS) à saisir conjointement l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de santé publique (ANSP) afin d'identifier des repères de consommation à moindre risque.

S'agissant de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), il me semble nécessaire de nuancer l'analyse de la Cour faisant état d'une volatilité des dotations budgétaires de cet institut, désormais intégré à l'ANSP, et de la baisse des moyens consacrés à la

lutte contre l'alcoolisme entre 2005 et 2014. La Cour met en regard la baisse des recettes de l'INPES et la baisse de la dotation de l'Assurance Maladie entre 2010 et 2014. En effet, si cette dotation est passée de 53,2 M€ à 44,6 M€, cette évolution s'explique, d'une part, par la création d'une ressource nouvelle en 2010 (taxe prévue par la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent, plafonnée à 5 M€) et, d'autre part, par le niveau important du fonds de roulement de l'établissement constaté en 2012, atteignant 31 M€. Il me semble également utile de rappeler que l'INPES, et aujourd'hui l'ANSP, est confronté, comme l'ensemble des opérateurs de l'État, à la nécessité d'un effort global de rationalisation de ses dépenses et d'optimisation de l'usage des ressources dont il dispose en fonction des différents objectifs arrêtés.

La Cour relève la difficulté d'agir sur les comportements. L'utilisation de l'encadrement législatif et réglementaire des pratiques trouve ses limites dans ce qui relève de la liberté individuelle. La puissance publique ne saurait pour autant se désintéresser de ces pratiques, en particulier, lorsqu'elles interfèrent avec la sphère publique et qu'elles sont à l'origine de comportements dangereux pour leurs auteurs ou pour autrui.

De fait, l'existence de références scientifiques reconnues et partagées par l'ensemble des parties prenantes - des filières de production aux acteurs publics, des consommateurs aux professionnels de santé - est, comme le souligne la Cour dans son rapport, indispensable pour construire une politique publique.

C'est pourquoi, le soutien à la recherche pluridisciplinaire sur les drogues licites et illicites et les conduites addictives fait l'objet d'une programmation dédiée et pluriannuelle dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. L'un des projets emblématiques de ce programme concerne la réalisation par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), à la demande de la MILDECA et de la DGS, d'une expertise collective sur l'alcool.

La réactualisation de l'expertise collective sur l'alcool, établie en 2003, permettra aux décideurs et professionnels de disposer d'un ouvrage de référence sur les dommages sanitaires et sociaux, associés à la consommation d'alcool, et sur les stratégies et dispositifs efficaces en matière de prévention et d'accompagnement. Elle devrait décrire les stratégies marketing et de lobbying des industriels de l'alcool et lutter contre l'instrumentalisation de données scientifiques visant à minimiser la mortalité et la morbidité liées à l'alcool.

Une autre initiative, pourtant pleinement représentative de l'action du Gouvernement en matière de recherche sur l'alcool, me paraît absente de ce rapport. Il s'agit de la participation de la France à la plate-forme OCDE d'évaluation internationale des politiques publiques relatives à la réduction des dommages associés à l'usage nocif d'alcool. Cet outil d'aide à la décision publique qui est porté par un groupe de scientifiques internationaux et a pour mission d'élaborer des recommandations en matière de prévention est entièrement financé par la MILDECA et la délégation à la sécurité routière.

Agir sur les comportements est également un des rôles que se fixe la communauté éducative dans l'ensemble de ses composantes. Or, la Cour semble appréhender la promotion de la santé en faveur des élèves seulement à travers l'action des personnels des services de santé scolaire. Seule une approche cohérente et collective de la part des adultes peut permettre une évolution des comportements des élèves. C'est pourquoi, les proviseurs « vie scolaire » ont été nommés référents pour la prévention des conduites addictives.

La politique éducative de santé menée par le ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur rassemble l'ensemble des acteurs du milieu scolaire participant à l'élaboration d'actions de promotion de la santé au sein des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ainsi que dans les projets d'école et d'établissement. Le « Parcours éducatif de santé », mis en œuvre à la rentrée 2016, mobilise dans ses différentes dimensions l'ensemble de la communauté éducative ainsi que les corps d'inspection des premier et second degrés. Si ce parcours est mentionné dans le rapport de la Cour, je regrette qu'il ne soit pas perçu comme un outil de mise en cohérence des différentes actions de promotion de la santé.

J'ajoute que des actions de sensibilisation aux risques liés à l'alcoolisme sont également menées par le ministère de l'intérieur dans le cadre des actions de prévention de la délinquance. Ces interventions sont adaptées en fonction des publics en particulier des collégiens, des lycéens ou des jeunes accueillis dans les centres de loisirs.

Concernant le dispositif de sanctions relevé par la Cour, un certain nombre d'inexactitudes ou d'approximations me paraissent subsister alors même que des remarques du Gouvernement avaient été apportées au relevé d'observations provisoires. Il s'agit notamment, en matière de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique, de la qualité des agents compétents pour relever ces infractions et des conditions pour procéder aux dépistages, de la nature des peines encourues en matière de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique délictuel, de la durée de certaines peines encourues, de la sanction concernant l'utilisation frauduleuse de l'éthylotest anti-démarrage (EAD) ou des peines encourues en matière d'ivresse publique et manifeste.

Il convient, en outre, de préciser que la durée des suspensions du permis de conduire prononcées varie logiquement en fonction de la situation de l'individu et de ses antécédents judiciaires, au sein d'un même tribunal et d'un tribunal à l'autre en fonction des spécificités locales de chaque ressort. Il n'existe pas de difficulté dans la répartition des rôles entre les forces de l'ordre et l'autorité judiciaire quant au contrôle des conducteurs assujettis au programme « EAD ». Par ailleurs, la prolongation de rétention administrative du permis de conduire au-delà de soixante-douze heures n'aurait pas pour effet de rendre plus effectif le dispositif du prélèvement sanguin. Enfin, l'absence de poursuite pour les auteurs d'accident mortel en état alcoolique tient surtout à leur décès dans l'accident et non à la prescription de l'action publique.

S'agissant des diverses recommandations formulées par la Cour, je relève que celle relative à l'élaboration d'un programme de lutte contre l'usage nocif de l'alcool, à l'instar du programme national de lutte contre le tabagisme, figure en premier lieu.

J'ajoute que l'exigence d'un portage politique au plus haut niveau nécessite que cette politique soit conduite par une structure interministérielle qui me soit directement rattachée.

D'autre part, la mise en œuvre d'un programme visant les seules boissons alcooliques contreviendrait à l'actuel plan gouvernemental qui favorise une approche coordonnée et cohérente vis-à-vis des conduites addictives, qu'elles soient avec ou sans « produit », même si des interventions ciblées peuvent incontestablement être utiles, voire nécessaires. Ce choix repose sur les connaissances scientifiques les plus récentes en matière d'addictions et sur les actions non spécifiques qui ont souvent prouvé leur grande efficacité dans la prévention (comme le renforcement des compétences psycho-sociales chez les jeunes ou la prévention par les pairs).

Je suis par ailleurs surpris que certaines recommandations figurant dans le rapport d'observations provisoires n'aient pas été reprises dans le rapport thématique. Il en est ainsi de la clarification de l'étiquetage des contenants des boissons alcoolisées sur la quantité totale d'alcool contenue par verre et les informations nutritionnelles, de la définition d'une charte graphique obligatoire pour le pictogramme sur la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse, ou encore de l'abaissement du seuil légal d'alcoolémie à 0,2 gramme par litre de sang pour tous les conducteurs.

Je souhaite également souligner les mesures prises récemment pour endiguer le phénomène d'alcoolisation ponctuelle importante (« binge drinking ») qui se répand au sein de la jeunesse française. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé contient des dispositions interdisant l'incitation à la consommation excessive d'alcool dans le cadre des bizutages ainsi que l'interdiction de la vente et l'offre aux mineurs d'objets incitant directement à une telle consommation. Cette loi rend aussi obligatoire le fait d'exiger la preuve que l'acheteur est majeur.

Il me paraît également nécessaire de rappeler « l'existence du plan « Cancer 3 (2014-2019) » qui contient des mesures visant à diminuer le nombre de cancers liés à l'alcool. Celles-ci visent un meilleur respect des mesures d'encadrement de l'offre et de la publicité, un développement des dispositifs d'aide à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool et une amélioration des connaissances sur les rapports de l'alcool avec les cancers.

S'agissant des questions de prix (augmentation de la fiscalité et prix minimum d'unité d'alcool), la réalisation d'une étude d'impact économique portant sur les filières de production pourrait être utile.

S'agissant de la mise en place d'un prix minimum par unité d'alcool, il conviendra de veiller à la cohérence de la position française au niveau européen : la France a émis un avis circonstancié sur le projet similaire irlandais reprenant l'argumentaire de la Cour de justice de l'Union européenne. En effet, dans un arrêt du 23 décembre 2015 rendu dans l'affaire C-333/14 (The Scotch Whisky Association e.a.), la Cour a jugé que les articles 34 et 36 du TFUE « s'opposent à ce qu'un État membre, afin de poursuivre l'objectif de protection de la santé et de la vie des personnes au moyen de l'augmentation du prix de la consommation d'alcool, opte pour une réglementation (...) qui impose un prix minimum par unité d'alcool pour la vente au détail des boissons alcoolisées et écarte une mesure, telle que l'augmentation des droits d'accise, qui peut être moins restrictive des échanges et de la concurrence à l'intérieur de l'Union européenne ». Dans cet arrêt, la Cour privilégie d'autres types de mesures qui seraient de nature à éviter, d'une part, les restrictions quantitatives sur le marché, prohibées par l'article 34 du TFUE, et d'atteindre, d'autre part, l'objectif de la préservation de la santé humaine dans la lutte contre l'abus d'alcool.

Sur la régulation, l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité (ARPP) encadre également certaines pratiques en exigeant des mécanismes de filtre pour éviter la communication vers les mineurs. De manière générale, il apparaît nécessaire d'inscrire cette question dans une réflexion plus large portant sur l'application à internet de la réglementation visant les médias traditionnels.

Concernant les débits de boisson, les préconisations de la Cour ne doivent pas être en contradiction avec les mesures de simplification actuellement mises en œuvre : fusion des licences II et III sans modification des procédures (permettant une fluidité entre les licences pour les professionnels), intégration des populations saisonnières dans le calcul du nombre de débits de boissons autorisés, extension des possibilités de transfert à l'échelle régionale pour encourager la réimplantation des débits de boisson dans des zones rurales et toilettage du code de la santé publique en supprimant les dispositions obsolètes. Par ailleurs, l'harmonisation des réglementations et des pratiques entre les débits de boissons et les commerces vendant de l'alcool nécessite une analyse approfondie au regard de la réglementation des secteurs « hôtellerie, restauration et café (HORECA) » et « commerce ».

Enfin, la Cour préconise d'accroître le nombre de contrôles et de sanctions immédiates. Ces recommandations recueillent mon adhésion. La généralisation des éthylomètres embarqués ou portatifs nécessitera une harmonisation des modalités de révision des outils et une clarification des règles métrologiques nécessaires pour le maintien en condition opérationnelle de ces appareils portatifs uniques. Pour les sanctions immédiates, des mécanismes permettant de palier le fait que les contrevenants échapperont à une mesure de suspension du permis de conduire administrative (par le préfet) ou judiciaire (sous la forme de peine complémentaire) par extinction de l'action publique devront être mis en place. Il pourrait également être opportun d'associer un renforcement de la sanction avec une obligation de consultation dans un service d'addictologie à l'instar de ce qui se fait en matière d'usage de stupéfiants.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
DES TRAVAILLEURS SALARIÉS**

La CNAMTS a déjà fait part le 15 février 2016 de ses principales remarques au moment de la transmission du relevé d'observation provisoires. Nous avons constaté qu'elles ont été prises en compte, notamment celle concernant le périmètre de financement de la prévention par la CNAMTS via le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

La Cour recommande (recommandation n° 4) de développer les actions de prévention et de communication vers les publics les plus fragiles (jeunes, femmes enceintes, personnes en difficulté) et dans ce cadre, d'accorder une attention particulière à la prévention des violences faites aux femmes.

L'Assurance maladie mène une action poursuivant ce but dans le cadre du « parcours maternité ». Cet accompagnement proposé depuis 2008 aux femmes enceintes et aux jeunes mères vise à agir sur les facteurs de risque de la grossesse en leur donnant des informations leur permettant d'améliorer le suivi de leur grossesse. En 2014, 700 000 femmes ont bénéficié de ce parcours, 500 000 d'entre elles ont reçu un « guide de grossesse » reprenant sur deux pages des messages de prévention sur la consommation d'alcool, et plus de 1 000 ateliers collectifs ont été organisés - une séquence de ces ateliers étant consacrés à la lutte contre les addictions.

Par ailleurs, au sein des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, une approche éducative est en cours de généralisation avec le déploiement d'un « examen périodique de santé » rénové à la fin de l'année 2016. Cet examen doit permettre de repérer précocement la consommation de substances addictives et notamment d'alcool chez les personnes de plus de 16 ans.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE LA HAUTE AUTORITÉ
DE SANTÉ**

La Haute Autorité de santé n'a pas de remarques à formuler sur le texte qui lui a été transmis.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE**

J'ai pris connaissance du rapport avec attention et intérêt. J'y retrouve le reflet fidèle d'un certain nombre d'éléments discutés lors de mon audition, et je partage dans leur très grande majorité les constats faits par la Cour et les recommandations qui en découlent.

Il me semble en effet tout à fait légitime et nécessaire que la deuxième cause de mortalité évitable en France bénéficie d'une attention coordonnée et durable de la part des pouvoirs publics. La dispersion actuelle des moyens doit être contredite par un engagement gouvernemental fort visant la mise en cohérence des actions. L'élaboration d'un programme national de réduction des consommations excessives d'alcool permettrait de fédérer les acteurs autour d'un objectif commun et de donner l'impulsion nécessaire aux changements d'attitudes et de comportements des Français vis-à-vis de l'alcool.

En tant que Directeur général de Santé publique France, je ne peux que soutenir la volonté d'adosser ce programme national à des données épidémiologiques fiables. Afin de contribuer à cet objectif, Santé publique France poursuivra ses activités de surveillance des pathologies liées à l'alcool et accroîtra son implication dans les travaux d'estimation de fractions attribuables à l'alcool, en collaboration avec les équipes déjà engagées dans ce domaine de recherche. La stratégie de prévention devra bien sûr être fondée sur les preuves scientifiques. En ce sens, les recommandations de la Cour consistant à associer un renforcement de la réglementation (publicité, information sur le produit et lobbying), la poursuite des actions d'information et de prévention, la promotion de l'intervention brève par les professionnels de premier recours et un relèvement de la fiscalité pour agir sur les comportements d'une part et financer la prévention et la recherche d'autre part, me semblent extrêmement pertinentes. Le croisement des approches en population générale qui permettent d'agir sur les normes sociales et d'actions plus ciblées (jeunes, femmes enceintes) est également indispensable.

Enfin, comme le souligne la Cour, le travail de révision des recommandations en matière de consommation d'alcool qui devrait débiter prochainement sera fondamental, car il permettra de fonder le discours sur des repères scientifiquement fondés et socialement acceptés. Santé publique France souhaite s'impliquer fortement dans ce travail d'expertise qui permettra de structurer le discours des autorités en direction du grand public et des professionnels.

Les travaux de la Cour sur les politiques de lutte contre le tabagisme ont permis l'émergence d'une dynamique renforcée en matière de prévention du tabagisme. De même, je souhaite que la publication de ce rapport et la mise en œuvre de ces recommandations permette de donner une impulsion nouvelle à la lutte contre les consommations excessives d'alcool en France. Santé publique France y apportera tout son concours.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FONDATION POUR LA RECHERCHE EN ALCOOLOGIE

Nous n'avons aucune nouvelle remarque à formuler sur le rapport.

Nous vous précisons également que la dissolution de l'association Ireb (Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons) a été récemment votée.

Pour votre information, je vous prie de noter que je suis maintenant Président de la Fondation pour la recherche en alcoologie.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA COORDINATION DES ASSOCIATIONS ET MOUVEMENTS D'ENTRAIDE RECONNUS D'UTILITÉ PUBLIQUE

Veillez trouver ci-joint deux commentaires concernant des points importants me semblant absents de ce rapport.

Concernant l'étiquetage, certains textes européens, entre autres INCO n° 1169/2011 imposent des mentions obligatoires sur tous les emballages de denrées alimentaires (avec application obligatoire pour 2016) notamment la composition et la déclaration nutritionnelle y compris les boissons, sauf les boissons alcoolisées de plus d'1,2 % d'alcool.

Ces informations sont un levier d'action non négligeable à la modération de la consommation et par conséquent ne devraient pas profiter de situations dérogatoires.

Est-ce le lobbying ou est-ce la teneur de substances autrement dangereuses ou peut-être encore une valeur nutritionnelle explosive qui génère cette situation qui devrait être dénoncée.

Autre point, il serait judicieux d'intégrer de manière systématique une évaluation des Gamma-GT dans toutes les analyses sanguines.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION DE LA LIGUE CONTRE LA VIOLENCE ROUTIÈRE

Après une lecture attentive du rapport « Évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool », j'ai hésité à vous faire part de remarques qui témoignent de ma profonde déception devant une occasion ratée de contribuer à redresser une situation alarmante, et qui ne changeront en rien sa teneur.

Ce dossier n'incitera pas nos décideurs à changer de cap et rejoindra la masse des rapports qui s'accumulent au fil des ans.

Quelques notes pour expliquer ma déconvenue :

- Je regrette l'oubli majeur qui détruit à lui seul toute la partie sécurité routière : rien sur les 51,2 % de points non retirés après infraction relevée par les forces de l'ordre pour une alcoolémie contraventionnelle ou délictuelle. Rien sur le rapport Colin / Le Gallou qui montre les dysfonctionnements majeurs des services du ministère de l'Intérieur et de la Justice.

- Des valeurs inexactes et des propos contradictoires concernent l'évolution des « délits alcool » (Chap. II-II-B)), avec l'indication d'une croissance de 50 % entre 2009 et 2013, alors que les lignes précédentes indiquent que les procédures rapides ont produit des résultats « encourageants, mais perfectibles ». Les valeurs de la DSCR pour les délits alcool sont de 171 416 en 2009 et 148 209 en 2013, soit une réduction de 13,5 %. Le nombre de contrôles pour ces deux années est passé de 11,284 millions à 10,5 millions soit une réduction de 10 %. En fait il n'y a pas de variations importantes sur le long terme et les interprétations données ne paraissent pas fondées. Les données de 2014 étaient disponibles lors de la rédaction du rapport et on s'aperçoit que les délits alcool sont remontés à 167 000, par conséquent à la valeur de 2010. Par ailleurs, l'idée que dans le contexte actuel il pourrait y avoir un accroissement des contrôles est absurde.

- *La relation de 1 à mille entre les contrôles alcool et vitesse est passée sous silence (Chap. II-II-A) avec cette formulation : « la probabilité d'être contrôlé pour excès de vitesse en France est de plusieurs fois par an », au lieu de « plusieurs centaines, voire plusieurs milliers de fois par an ». Vous occultez une différence radicale et irréductible. Aucune analyse du fait que c'est la réduction de la vitesse et des autres causes d'accidents qui a réduit la mortalité liée à l'alcool, alors que c'est un acquis majeur de la connaissance récente du problème. Je suis certaine de l'avoir mentionné et n'ai sûrement pas été la seule.*

- *Description de l'intérêt des EAD, mais absence de critique précise des insuffisances du dispositif : rien sur les déficits de gestion. Aucune description chiffrée du nombre de départements dans lesquels le dispositif est opérationnel, et du nombre de personnes actuellement contraintes de conduire avec un EAD.*

- *Rien sur le suivi des usagers qui n'ont plus de permis (surveillance périodique et éventuellement confiscation du véhicule). L'incapacité organisationnelle des confiscations de véhicule n'est pas décrite.*

- *Le manque d'évaluations est souvent indiqué, mais il fallait en faire un chapitre spécifique.*

- *J'aurais apprécié une rédaction plus « musclée » pour rappeler la nécessité du rétablissement de la loi Evin dans son esprit initial (aucune publicité atteignant les enfants) et par conséquent, tout ce qui est visible dans l'espace public doit disparaître. Nous déplorons que depuis sa première rédaction, les affaiblissements de cette loi aient concerné l'autorisation des radios, puis la publicité par affichage, la publicité sur internet et dernièrement les « définitions » de ce qui n'était pas de la publicité !*

- *Pour l'évolution de la fiscalité, dire qu'il faut tenir compte de la quantité d'alcool pour taxer est bien, mais il aurait fallu mentionner des propositions plus précises dans le temps, et indiquer les niveaux de taxation à atteindre.*

Au final, je ne puis adhérer au jugement que vous portez sur les acteurs publics : pour notre association, ils ne sont pas en situation de faiblesse, ils sont faibles, esclaves de « l'acceptabilité », soumis à une opinion publique livrée à elle-même faute de lutte contre la désinformation des lobbies et ce rapport qui décrit si bien la situation actuelle n'indique pas les mesures primordiales avec une précision suffisante, et n'ose dire, avec suffisamment de force, que l'exécutif ne fait pas son travail !

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'ASSOCIATION NATIONALE DE PRÉVENTION EN
ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE**

Avant toute observation, je tiens à souligner la grande qualité de ce rapport qui, sur ce sujet majeur de santé publique, présente une analyse complète et argumentée de la situation actuelle et propose pour l'avenir un pilotage clair, fort et visible des politiques publiques vis-à-vis de l'alcool dans le cadre d'un plan national de réduction des risques en matière de consommation d'alcool, sur la base des données scientifiques internationales.

C'est pourquoi je me bornerai en premier lieu à quelques remarques qui concernent essentiellement les groupes de pression du secteur économique. En effet, alors que l'action de ces groupes de pression est fort bien analysée par le rapport, aucune recommandation n'est formulée sur ce sujet, alors que les remises en cause successives de la loi Évin résultaient d'une stratégie élaborée par ces groupes de pression et leurs relais parlementaires. Il m'apparaîtrait judicieux qu'une recommandation sur ce thème porte sur deux points :

- un alignement pour le secteur économique de l'alcool sur ce qui a été imposé aux industriels du tabac par l'article 26 de la loi de modernisation de notre système de santé, l'obligation d'adresser chaque année au ministre de la santé un rapport « détaillant l'ensemble des dépenses liées à des activités d'influence ou de représentations d'intérêts » ;*
- une obligation pour les parlementaires de déclarer leur appartenance au lobby de défense des intérêts viticoles, l'Association Nationale des Élus de la Vigne et du Vin (ANEV) pour des raisons évidentes de transparence de l'action des députés et sénateurs.*

Par ailleurs, il me semble que deux points pourraient être abordés :

- une modernisation de la loi Evin sur le plan des supports pour s'adapter au monde numérique qui lui échappe, ainsi qu'une redéfinition des compétences du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) pour lui permettre d'intervenir sur les productions vidéos et les émissions de télévision réalisées pour être diffusées uniquement sur Internet ;*

-
- *une incrimination de l'incitation à l'ivresse car une émission récente sur Internet, dénommée Recettes Pompettes, ou des vidéos diffusées sur les réseaux sociaux comme les neknominations, pour ne prendre que ces deux exemples, ont montré l'impossibilité pour les pouvoirs publics d'agir malgré leur détermination affichée publiquement.*
-

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ALLIANCE NATIONALE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ

Ce rapport souligne la nécessité de concertation et de coordination de l'ensemble des acteurs du domaine, en particulier l'identification et la mise en place d'une politique de recherche clairement affichée et suffisamment dotée. L'Inserm partage ce diagnostic, et souligne l'urgence de se doter de cette politique lisible, soutenue à la hauteur des enjeux et des ambitions de notre pays dans le champ de la santé.

Je souhaite vous faire part des observations suivantes concernant la recherche en général, ou l'Inserm en particulier :

Le paragraphe B « Une recherche à la traîne » (chapitre III – II « un effort de formation et de recherche peu soutenu ») serait mieux intitulé « Une recherche sous-dotée » pour refléter son contenu. En effet, ce chapitre souligne le morcellement des financements, et leur insuffisance en particulier dans le champ de la prévention et de la santé publique, en comparaison à d'autres pays. En revanche, la recherche produite est de qualité lorsqu'elle peut être financée. A ce titre, je souhaite rappeler certains éléments complémentaires de l'analyse bibliométrique fournie par Aviesan dans le document analysant la situation de la recherche qui avait été produit par les 4 instituts thématiques concernés : « Santé Publique », « Neurosciences Sciences cognitives, Neurologie, Psychiatrie », « Physiopathologie, Métabolisme, Nutrition » et « Cancer », et qui est rapportée au chapitre III – II – B. Cette analyse bibliométrique pour la période 2010-2014 montrait que la proportion de publications françaises dans le top 10% était de 16,8 %, à comparer avec une proportion de 16,1 % pour les USA par exemple. En ce qui concerne l'Inserm spécifiquement, la proportion de publications dans le Top 10% était de 20,0 %. Ceci souligne que lorsque les projets sont financés, les travaux sont donc excellents et tout à fait compétitifs à l'échelon international.

L'expertise collective mentionnée dans le rapport complètera l'expertise collective demandée par la MILDECA et publiée en 2014 sur les « Conduites addictives chez les adolescents » et dont un des volets concernait l'alcool. Elle actualisera deux expertises collectives plus anciennes sur les problématiques de l'alcool :

- « Alcool. Effet sur la santé », expertise collective publiée en 2001 ;
- « Alcool. Dommages sociaux, Abus et dépendance », expertise collective publiée en 2003.

Au chapitre III – II – B, un paragraphe se termine par « En santé publique et en sciences sociales, la visibilité est encore plus modeste. (...) ». Je souhaite porter à votre connaissance la volonté de l'Inserm de promouvoir la recherche en santé publique dans son plan stratégique pour la période 2016-2020 (<http://www.inserm.fr/zoom/plan-strategique-inserm-2020>). Le contrat d'objectifs de l'Inserm qui décline ce plan stratégique inclut un plan de recherche en santé publique. Ce plan de recherche en santé publique identifiera, en particulier, l'importance de pallier l'insuffisance des recherches sur l'alcool en santé publique et sciences économiques, humaines et sociales que la cour des comptes souligne et la nécessité d'identifier des financements adéquats. Cet objectif serait bien entendu développé en cohérence avec la politique pluriannuelle de recherche que votre rapport recommande de mettre en place page (recommandation n° 2).

Cette initiative de l'Inserm pour la recherche en santé publique aurait la perspective de développer les collaborations internationales adéquates, en particulier avec le « National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism » (NIAAA) des NIH mentionné (encadré chapitre III – II – B « La recherche aux Etats-Unis »). Ces collaborations renforceraient les collaborations fructueuses déjà existantes entre les communautés françaises et américaines des chercheurs en neurosciences.

Concernant la gouvernance analysée dans le chapitre III « une coordination inaboutie entre acteurs », l'Inserm affirme sa volonté de remplir pleinement toutes ses missions en lien avec la stratégie de recherche en santé et de contribuer aux travaux de l'ensemble des instances qui pourraient être mises en place en lien avec une mission de recherche.

Enfin, nous vous proposons une précision concernant la définition de la recherche translationnelle. La définition qui figure dans le plan d'action 2015 de l'ANR est : « La recherche translationnelle en santé assure un continuum et constitue ainsi une passerelle directe et bidirectionnelle entre recherche exploratoire et recherche clinique en stimulant cette dernière par des innovations thérapeutiques, méthodologiques ou des outils d'investigation émanant de la recherche fondamentale, et réciproquement par la dissémination vers la recherche fondamentale d'observations nouvelles sur la nature et la progression des maladies. »

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES BRASSEURS DE FRANCE

1/ Comme le mentionne le titre du rapport, il est essentiel de ne pas confondre usage et abus dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques.

Or, comme nous l'avons indiqué lors de l'audition, les consommations nocives d'alcool dans leurs différentes modalités sont celles qui correspondent aux cas où les consommateurs sont le moins sensibles au signal prix. Les propositions 7 et 8 consistant, afin de lutter contre les consommations nocives, à relever d'une part les droits d'accises sur l'ensemble des boissons alcoolisées, et à préparer d'autre part la mise en place d'un prix minimum de l'unité d'alcool pur contenu dans chaque boisson, sont donc les moins compréhensibles.

- De fait, les politiques publiques de santé ont accompagné une baisse structurelle de la consommation d'alcool en France, mais n'en ont pas été à l'origine – preuve en est, le nombre de personnes ayant un problème avec l'alcool est resté stable (5 millions environ) depuis l'adoption de la loi Évin, qui est pourtant l'une des plus restrictives au monde, et ce malgré une politique fiscale très différente selon les différentes catégories de boissons alcoolisées.

La bière est la moins alcoolisée des boissons alcoolisées, avec une alternative sans alcool de qualité, et ne représente que 18 % de la consommation annuelle d'alcool pur par habitant (OFDT – 2010). La consommation de bière a baissé de 30 % en 30 ans, sur un marché qui a fortement évolué dans le sens de « boire moins mais mieux » avec des bières de spécialité en forte croissance dont la consommation repose sur la dégustation. Le retour d'une croissance des volumes en 2015 (+ 3 %), outre les facteurs structurels (création de 100 nouvelles brasseries, innovations) et conjoncturel (météo favorable), s'est ainsi effectué avec le recrutement de non-consommateurs habituels, à hauteur de 3 points, et avec une part non négligeable (20 % environ) de bières sans alcool. Avec 30l/an/habitant, la France est l'avant-dernier pays européen (27^e sur 28) en termes de consommation de bière.

Depuis l'augmentation de 160 % des droits d'accises sur la bière (soit une multiplication par 2,6 !) à compter du 01/01/2013, les brasseurs contribuent chaque année pour plus de 3 Md€ aux charges publiques :

- *Plus de 800 M€ de droits d'accises (les taux sont en outre indexés sur l'inflation depuis 2009) ;*

- 1,3 Md€ de TVA ;
- L'IS, les charges sociales, la fiscalité environnementale, Pour 1,13 Md€.

La France compte aujourd'hui environ 800 brasseries réparties sur l'ensemble du territoire et, à côté des 6 000 emplois directs qu'elle génère, y compris dans des zones rurales où leur création représente une forme de revitalisation des territoires, la filière, de l'épi au demi, représente plus de 60 000 emplois au total, avec en amont une performance de premier rang mondial sur l'orge de brasserie et la production de malt et, en aval un soutien aux cafés, dont la bière représente près de 40 % des revenus (de même que pour les entrepositaires grossistes en boissons) et qui s'exprime notamment par un encours de garantie de prêts à hauteur de 500 M€.

- *La proposition 7 revient en fait à appliquer la loi dite « de Ledermann », qui vise à lutter contre les consommations excessives par une baisse de la consommation moyenne d'alcool (notamment par la fiscalité). A contrario, l'exemple des pays nordiques montre qu'une taxation très élevée ne s'accompagne pas d'une diminution de la surconsommation, et qu'elle peut même cohabiter avec des épisodes d'ivresses répétées en fin de semaine.*
- *Les réponses à la consommation excessive doivent être recherchées du côté de la prévention et de l'éducation à la modération, et les brasseurs sont très attachés à accompagner les pouvoirs publics dans la lutte contre les consommations excessives.*
- *Brasseurs de France a été membre du Comité de Modération et de Prévention depuis sa création en 2004 jusqu'à sa suspension courant 2013.*
- *Les principaux leaders du marché sont membres d'Avec Modération, soit 60 % des volumes commercialisés en France environ.*
- *Les brasseurs ont été les premiers à étiqueter les unités d'alcool (2340) qui permettent d'informer le consommateur sur les limites d'une consommation à moindre risque pour la santé.*
- *Campagne de Brasseurs de France en 2008 « la bière s'apprécie avec responsabilité ».*

2/ La proposition 9 consistant à appliquer à tous les supports numériques les restrictions de publicité en faveur des boissons alcooliques nous paraît tautologique puisque par définition, les opérateurs présents en France se doivent d'appliquer la réglementation française et que celle-ci applique déjà les restrictions de publicité aux supports numériques.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION VIN ET SOCIÉTÉ

La Cour des comptes a entrepris une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, laquelle, dans le prolongement des travaux menés en 2003 puis en 2007, apporte un nouvel éclairage sur la conduite de l'action publique sanitaire en matière d'alcool, ses fondements, ses résultats, mais aussi ses défaillances.

L'association Vin & Société, qui réunit l'ensemble des 21 interprofessions régionales et des 7 organisations nationales (CNAOC, UMin, Vin-IGP, CCVF, VIF, ANIVIN, CNIV) et représente les 500 000 acteurs de la vigne et du vin, souhaite souligner l'excellent état des lieux réalisé par la Cour, à la fois en termes d'enjeux économiques et sanitaires, d'analyse des résultats obtenus par l'une des réglementations parmi les plus strictes au monde, et des questions qui se posent quant aux discordances méthodologiques et à la fiabilité des chiffres régulièrement avancés.

Ces travaux identifient par ailleurs les enjeux de santé publique que doivent prendre en compte les différentes parties prenantes, y compris la filière vitivinicole.

Vin & Société regrette toutefois l'approche de la Cour des comptes, qui privilégie un catalogue de recommandations, sans priorisation ni objectifs clairs, au détriment d'une stratégie cohérente, autour d'un véritable plan national de prévention des consommations excessives d'alcool ; elle s'inquiète par ailleurs vivement d'un objectif affiché de lutte contre toute forme de consommation.

Comme l'y a invité la Cour des comptes, l'association Vin & Société formule bien volontiers les observations suivantes sur son rapport.

1. Concernant la vision de la consommation de vin en France

Vin & Société s'inquiète particulièrement d'une orientation de la politique sanitaire en matière d'alcool qui consisterait à lutter contre la consommation en tant que telle, et non pas contre les consommations excessives et à risques, tel que le laisse entrevoir le rapport. La lutte contre les consommations excessives (binge drinking notamment) sont fondamentales ; le corollaire est toutefois d'être en capacité d'impulser et soutenir un modèle responsable de consommation en France.

C'est dans ce cadre que le rapport pose aussi la question de savoir quelle vision d'ensemble voulons-nous pour le vin en France. Miroir de nos traditions, fleuron de notre économie, vecteur de notre rayonnement, le vin détient légitimement en France un statut particulier, qu'il convient de préserver, et des atouts majeurs, qu'il ne faut cesser de valoriser.

Cette légitimité confère à la filière vin une responsabilité qu'elle assume totalement : attentive aux enjeux de santé publique liés à la consommation excessive d'alcool, elle a su évoluer et s'inscrire dans une démarche de pédagogie, auprès des acteurs du secteur et au sein de la société, en faveur d'une consommation qualitative et responsable.

Les recommandations émises par le rapport mettent manifestement à mal cette double légitimité et responsabilité.

La filière viticole, au travers de Vin & Société, souhaite qu'une orientation claire lui soit donnée sur la place du vin en France qui relève, certes, d'un enjeu de santé publique, mais aussi et tout autant d'un enjeu agricole, économique, culturel, touristique, ou encore d'éducation.

2. Concernant le relèvement des droits d'accises

Dans sa recommandation n°7, la Cour des comptes préconise de « relever les droits d'accises sur l'ensemble des boissons alcoolisées afin de réduire les consommations des buveurs réguliers excessifs ». En creux, est avancée une augmentation plus significative pour les vins.

La filière vitivinicole considère le régime actuel des droits d'accises sur le vin comme tout à fait pertinent, eu égard à la structure du marché du vin en France, son caractère structurant pour les territoires, mais aussi aux enjeux sanitaires.

En termes de concurrence entre boissons, la filière ne relève pas de difficultés majeures, la question ayant par ailleurs été traitée à différentes reprises par les juridictions compétentes, les différences de fiscalité n'entraînant aucune distorsion puisque tout consommateur achetant le même produit sera taxé dans les mêmes conditions.

En termes sanitaires, la hausse de la fiscalité n'a pas clairement démontré ses effets, notamment au regard des exemples étrangers, dans le cas des boissons alcoolisées où il s'agit de lutter contre la consommation nocive et non la consommation elle-même. Les consommateurs à risque ne sont en effet pas sensibles au signal prix. Pour ce qui est spécifiquement du vin, les raisons sanitaires d'une hausse des droits d'accise restent peu justifiées : en parallèle d'une baisse

significative de la consommation de vin (2/3 en 50 ans et moins 20% sur la seule dernière décennie), on observe une évolution notable du profil des consommateurs et des modes de consommation¹⁶⁸, marquée par une réduction importante du nombre de consommateurs réguliers au profit des non-consommateurs et consommateurs occasionnels. La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale soulignait à ce titre dans son rapport de février 2014 sur la fiscalité comportementale¹⁶⁹ : « En termes de santé publique, le choix d'une moindre taxation du vin peut se justifier par l'évolution des modalités de consommation d'alcool dans notre pays, en particulier celles des jeunes, cibles prioritaires des politiques sanitaires [...] » et de conclure que les différentes données analysées « justifient, selon la mission, de renoncer à l'idée d'une taxation au degré dont l'effet sanitaire serait incertain et donc l'impact économique et social serait en revanche considérable »

Enfin, dans un contexte de très forte concurrence, il convient de souligner que la France est le seul pays européen producteur de vin à imposer un droit d'accise sur le vin. Les autres pays producteurs européens soutiennent, à contrario, la promotion de leur filière, y compris sur fonds européens via les fonds OCM, dont l'accès est rendu aujourd'hui extrêmement compliqué à la filière viticole française du fait des autorités sanitaires françaises.

Pour la filière vitivinicole, l'enjeu majeur réside avant tout dans le fléchage des recettes fiscales qu'elle génère, vers la recherche et la prévention : les recettes fiscales ne doivent plus être une variable d'ajustement – cinq affectations différentes des droits sur les vins sur les 10 dernières années – au détriment d'une politique de prévention efficace. Une politique de prévention ne peut d'ailleurs être efficace avec la baisse continue de budget qu'elle connaît régulièrement.

¹⁶⁸ Source France AgriMer, rapport 2015 : Entre 1980 et 2015, les non-consommateurs sont passés de 19 à 33 %, les consommateurs occasionnels de 30 à 51 % et les consommateurs réguliers de 51 à 16 %

¹⁶⁹ Fiscalité et santé publique : état des lieux des taxes comportementales, MECSS, Sénat, 26 février 2014

3. Concernant les repères de consommation

Dans sa recommandation n°3, la Cour des comptes préconise « d'adapter les messages en direction des consommateurs à risques ».

L'ensemble des éléments actuellement disponibles, présentés dans des supports à destination du grand public¹⁷⁰, démontre que les repères couramment utilisés sont : 21 verres par semaine ou 3 verres par jour pour les hommes, 14 verres par semaine ou 2 verres par jour, moins de 4 verres en une seule occasion, abstinence complète pour les femmes enceintes.

C'est bien sur la base de ces repères publics que l'association Vin & Société a diffusé une campagne d'information, dont l'objectif n'a jamais été ni de détourner les travaux de quelque autorité, ni de transformer ces repères de consommation en une consommation acceptable d'alcool, mais bien de faire connaître ces repères et d'informer sur la consommation excessive.

Il existe manifestement un flou sur ces repères, comme l'a démontré la polémique autour de la diffusion de cette campagne. La Cour le souligne, la diffusion de ces repères est sujette à controverse, et demeure marquée par des messages contradictoires émis par les pouvoirs publics, au détriment d'une lisibilité satisfaisante vis-à-vis des professionnels et du grand public.

C'est pourquoi Vin & Société est en attente d'un consensus précis sur les repères de consommation, et appelle les autorités à définir clairement un moyen de repérage pour les consommateurs.

Dans son rapport, la Cour souligne que les travaux en cours devraient aboutir en 2017 à des messages de prévention à destination du grand public et des populations à risques. Personne ne peut se satisfaire de ce temps de latence et de l'absence, dans l'intervalle, d'indications claires avant plusieurs mois.

¹⁷⁰ Site internet de l'Assurance-maladie : www.ameli.fr (Alcool et santé > L'alcool : définition et repères de consommation) ; INPES, Brochure « Alcool. Pour faire le point » ; INPES, Brochure « Alcool. Pour réduire sa consommation » ; PNSS 2001-2005 (page 7) ; PNSS 2006-2010 (page 18) ; PNNS 2011-2015 (page 57)

Il conviendra par ailleurs de définir les conditions, pour la filière vitivinicole, de relais de ces messages, étant par ailleurs entendu que l'octroi d'aides pour des campagnes d'information dans le cadre du fonds OCM est conditionné à la présence d'un message de consommation responsable.

**

Vin & Société renouvelle à l'occasion des travaux de la Cour des comptes la demande de la filière vitivinicole – exprimée à de nombreuses reprises depuis 2013 auprès pouvoirs publics, mais restée malheureusement sans réponse – en faveur d'un véritable plan national de prévention des consommations excessives d'alcool :

- articulé autour d'un objectif prioritaire, les jeunes ;*
 - élaboré selon une méthode efficace, réunissant autorités, associations et filières, dans un cadre multi-périmètre associant les problématiques sanitaires, éducatives, agricoles et économiques ;*
 - déployé grâce à des moyens concrets, via le renforcement des moyens alloués à la future Agence Nationale de Santé Publique par un meilleur fléchage des financements existants, à des campagnes d'information/prévention collaboratives diffusées par les bons canaux et avec l'association des filières concernées pour un déploiement efficace.*
-

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DES EXPORTATEURS DE VINS ET SPIRITUEUX DE FRANCE

La Fédération des Exportateurs de Vins et Spiritueux de France (FEVS), association professionnelle accompagnant le développement à l'international de près de 550 entreprises représentant 85 % des exportations mondiales de vins et spiritueux français, tient tout d'abord à remercier la Cour des Comptes d'avoir sollicité sa contribution sur l'objet du rapport et de lui donner la possibilité de répondre aux recommandations ainsi formulées. Pour les aspects ne relevant pas de son champ d'action, la FEVS souscrit aux éléments transmis par la Fédération Française des Spiritueux et par Vin & Société.

La FEVS partage – et déplore – le constat dressé par la Cour concernant « l'absence d'approche consensuelle entre les acteurs de la santé, de la sécurité publique, de la justice, de l'économie et les représentants des citoyens et de la société civile » (conclusion du chapitre I).

Elle regrette néanmoins que la Cour n'ait pas davantage pris en considération les interactions entre enjeux de santé publique et enjeux de développement international. L'importance de ces derniers a été souligné dans une réponse du Gouvernement faite à la Cour¹⁷¹ : « dans un monde globalisé où la redistribution des cartes de la puissance repose en grande partie sur les enjeux économiques, le Gouvernement se doit de répondre plus efficacement à une exigence d'anticipation et d'adaptation, pour renforcer l'influence de la France et lui permettre de peser davantage dans le commerce mondial, notamment dans les nouvelles zones de croissance. Or, cette priorité ne peut se concrétiser sans une stratégie offensive de développement international, avec une mobilisation des administrations compétentes en faveur de l'accompagnement des entreprises françaises sur ces nouveaux territoires, qui sont autant de relais pour notre croissance. »

Or, cet accompagnement et la recherche de relais de croissance passent également par la lutte contre les mesures qui pénalisent les entreprises françaises exportatrices et leur capacité à valoriser les produits français sur un marché mondialisé. L'administration française participe tous les jours, en France comme à l'étranger, à la lutte contre les restrictions aux échanges, aux côtés des entreprises. S'il est

¹⁷¹ Les services économiques à l'étranger des ministères économiques et financiers : réponse commune des ministres.- novembre 2014

nécessaire que les mesures de protection de la santé publique prises au niveau national soient adaptées aux problèmes rencontrés, elles doivent tout autant éviter des répercussions non-intentionnelles sur les marchés extérieurs. Notamment, la FEVS observe que les mesures invoquant abusivement la protection de la santé justifient fréquemment, en réalité, la mise en place de barrières non tarifaires, protectionnistes, y compris dans l'Union européenne.

La FEVS s'étonne également du choix des pays utilisés par la Cour à des fins de comparaison internationale qui semblent peu représentatifs de la diversité des modèles existants de régulation du marché des boissons alcoolisées.

Il convient également de souligner que les mesures prises ou envisagées par lesdits pays n'ont, soit pas fait la démonstration de leur efficacité dans la lutte contre la consommation abusive d'alcool comme l'a attesté l'OMS Europe en 2012¹⁷² (Norvège, Danemark, Suède), soit sont générateurs d'effets restrictifs sur le marché ainsi que l'a apprécié la Cour de Justice de l'Union européenne s'agissant de l'instauration d'un prix minimum par unité d'alcool¹⁷³ (Royaume-Uni). On notera aussi que la France affiche un niveau d'alcool non commercial (« unrecorded ») de 3 % de la consommation totale, contre 23 % en Finlande, 15 % en Norvège ou 28% en Suède¹⁷⁴. Une large part de la consommation échappe ainsi à la réglementation sévère mise en place, ce qui met clairement en lumière les limites des politiques trop restrictives. Quant à l'Italie, la baisse attestée de la consommation d'alcool s'est effectuée en présence d'une fiscalité inférieure à celle de la France, niant ainsi le lien de causalité entre taxation et consommation qu'évoque le rapport.

¹⁷² Voir *WHO EURO Alcohol in the European Union 2012*

¹⁷³ Voir *Arrêt de la CJUE du 23 décembre 2015*

¹⁷⁴ Voir *WHO Global status report on alcohol and health 2014*

Enfin, dans la perspective d'un « programme national de réduction des consommations nocives d'alcool assorti des indicateurs adéquats, et définissant les modalités d'un pilotage efficace au niveau national et local » (recommandation n° 1) que la Cour appelle de ses vœux, la FEVS tient à souligner qu'une telle initiative devrait naturellement s'inscrire en cohérence avec les cadres d'action déjà existants au niveau international et européen, tant en ce qui concerne l'implication de l'ensemble des parties prenantes sur la base d'engagements concrets¹⁷⁵ que sur la reprise d'indicateurs déjà agréés¹⁷⁶.

En conséquence, la FEVS prend acte des travaux de la Cour des Comptes mais ne peut y souscrire, compte tenu de l'absence totale de prise en compte des enjeux de développement international.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SPIRITUEUX

La Fédération Française des Spiritueux remercie la Cour des Comptes de l'avoir auditionnée aux côtés des Brasseurs de France et de Vin & Société dans le cadre de la rédaction du rapport sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Après lecture du rapport, la Fédération Française des Spiritueux a souhaité revenir sur plusieurs des conclusions formulées par la Cour.

¹⁷⁵ Cf. Stratégie pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool, octobre 2006.

¹⁷⁶ Cf. Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS (mai 2013), dont la cible n° 3 vise « au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre national », avec pour indicateurs de suivi :

- Consommation totale (enregistrée et estimée) d'alcool par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en une année calendaire, en litres d'alcool pur, selon ce qu'il convient dans le cadre national ;
- Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon ce qu'il convient dans le cadre national ;
- Morbidité et mortalité liées à l'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon ce qu'il convient dans le cadre national.

Nous saluons le travail réalisé, notamment quant à l'identification des problématiques liées à la consommation abusive d'alcool, mais nous déplorons les solutions proposées au regard des éléments énoncés ci-dessous.

1. *Un rapport omettant les actions de prévention menées par les entreprises*

Tout d'abord, nous déplorerons qu'aucune des actions de prévention menées par le secteur des boissons alcoolisées n'ait été citée dans le rapport. L'association Avec Modération œuvre depuis plus de 20 ans, notamment aux côtés d'acteurs locaux pour proposer des programmes d'éducation et de sensibilisation. Avec Modération ! soutient par ailleurs depuis les vingt dernières années des initiatives des pouvoirs publics ciblant des situations à risque, parmi lesquelles nous pouvons citer : l'abaissement du taux d'alcoolémie légal au volant en 1997, la diffusion d'éthylotests dans les lieux festifs, la mise en place du pictogramme « femme enceinte » en 2006, les mesures contre les open bars et l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 18 ans en 2009.

De même, nous regrettons que la proposition de notre secteur d'associer de manière volontaire la promotion de la consommation responsable au marketing des marques n'ait pas été retenue. La France est l'un des rares pays occidentaux où la législation interdit l'utilisation de messages de prévention volontaires dans les communications publicitaires. Nous estimons qu'il y aurait un vrai partenariat public-privé à nouer en la matière.

2. *Des recommandations discutables au regard des politiques étrangères étudiées*

S'agissant des recommandations réglementaires de la Cour, les pays choisis (Suède, Norvège, Royaume-Uni, Italie) pour comparer la situation française en matière de politiques publiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool donnent une vision étroite et peu nuancée des politiques publiques menées dans ce domaine : deux des quatre pays étudiés ont adopté des réglementations très proches et strictes à l'égard des boissons alcoolisées. Une sélection différente aurait pu permettre des comparaisons plus riches d'enseignements.

Par ailleurs, les mérites des politiques publiques menées par la Suède et la Norvège sont largement exposés au cours du rapport, si bien qu'il nous a paru important de nuancer leur efficacité. Les pays nordiques pratiquant une fiscalité élevée, des restrictions physiques et des règles très strictes en matière publicitaire et marketing affichent en réalité de mauvais résultats à divers niveaux. D'après les chiffres

communiqués par l'OMS dans son rapport « Alcohol in the European Union – consumption, harm and policy approaches¹⁷⁷ publié en 2012, le nombre de litres d'alcool pur consommé par personne est de 10.4 en Europe du nord (Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède) et de 11.4 en Europe du sud (Chypre, Malte, Grèce, Italie, Portugal et Espagne). Bien qu'elle soit plus faible que dans les pays d'Europe du Sud, la consommation d'alcool générale continue d'augmenter avec des modes de consommation privilégiant l'excès et un score de consommation dangereuse atteignant 2.8. Par contraste, la zone de l'Europe du Sud affiche une baisse de la consommation générale et un score de consommation dangereuse de 1.1, alors même que l'encadrement réglementaire est bien moins lourd, avec des taxes faibles, une assez grande liberté publicitaire et promotionnelle, et un accès plus libre aux boissons alcoolisées. La zone d'Europe de l'Ouest (France, Autriche, Belgique, Allemagne, Irlande, Luxembourg, Pays Bas, Suisse, Royaume-Uni) se situe entre ces deux blocs avec une consommation générale en baisse également et un score intermédiaire de consommation dangereuse (1.5), là encore avec un encadrement réglementaire plus léger qu'en Europe du Nord.

Ces chiffres illustrent d'une part la disparité existante entre les consommateurs modérés et excessifs dans les pays nordiques, mettant de ce fait les consommateurs à risque à l'écart des politiques publiques, et confirment, d'autre part, qu'il n'existe aucune forme de corrélation entre l'utilisation des mesures répressives et l'évolution de la consommation ou la prévalence de consommations dangereuses. Alors même que la réglementation n'a cessé de se durcir, les consommations excessives ont augmenté. Ces différents constats nous amènent à nous interroger sur la pertinence des mesures répressives proposées pour régler le problème d'abus et de l'efficacité des politiques publiques non ciblées.

Enfin, l'Italie a été choisie par la Cour pour ses meilleurs résultats en matière de baisse de la consommation et de la mortalité. Pour autant, l'Italie présente une fiscalité plus avantageuse que la France : les droits d'accises sur les boissons spiritueuses s'élèvent à 1737,56 €/hlap en France et à 1035,52 €/hlap en Italie. Cet écart a une nette répercussion sur le prix de vente consommateur. À titre d'exemple une bouteille de vodka est vendue à 12,91 € en France en grande et moyenne distribution alors qu'elle coûte seulement 8,65 € en Italie. Pour autant, comme la Cour le note elle-même, il n'y a pas de corrélation établie par la Cour

¹⁷⁷ WHO – Anderson, P., Moller; L., Galea, G, Alcohol in the European Union – Consumption, Harm and Policy approaches, World Health Organisation, 2012.

entre l'augmentation des prix des boissons alcoolisées et un niveau de consommation globale et excessive. Quant à la législation appliquée sur la publicité, elle est aussi plus souple en Italie comme dans l'intégralité des pays frontaliers à la France, ce qui ne semble pour autant ne pas nuire à l'efficacité de leurs politiques publiques. À ce titre, la Commission européenne, à l'occasion de la révision de la Directive AVMS (Audiovisual Media Services), vient de reconnaître le rôle positif de l'auto-régulation pour contrôler la communication du secteur des boissons alcoolisées qui prouve son efficacité lorsque son respect est assuré par une autorité indépendante. La Commission appelle même pour certains secteurs, dont la communication relative à l'alcool, à l'élaboration d'un Code européen.

3. *Des propositions de taxation destructrices d'emploi et inefficaces sur le plan de la santé publique*

Au sujet de la taxation, il est important de souligner que la contribution du secteur des spiritueux est passée de 2,5 milliards à 3 milliards d'euros sur les cinq dernières années. Les spiritueux contribuent ainsi à eux seuls à 75 % du montant des accises des boissons alcoolisées sans aucune raison objective, alors qu'ils ne représentent que 22 % des volumes d'alcool pur mis en marché en France. Dans le contexte de guerre des prix menée par la grande distribution, toute augmentation de fiscalité ne peut être transmise aux consommateurs et impacte donc directement les marges des entreprises, diminuant ainsi leur capacité d'investissement. La forte hausse des droits d'accises opérée en 2012 a dégradé le tissu économique de la filière des spiritueux représentant plus de 200 entreprises productrices et/ou distributrices de spiritueux, dont 90 % de PME réparties sur l'ensemble du territoire français.

L'étude intitulée « What happened to alcohol consumption and problems in the Nordic countries when alcohol taxes were decreased and borders opened? »¹⁷⁸ vient confirmer ce constat et démontre que la réduction du prix des boissons alcoolisées et l'augmentation de leur disponibilité (extension des heures de licence par exemple) n'entraînent pas automatiquement une hausse de la consommation d'alcool. Cette étude s'appuie sur les changements opérés en Finlande, au Danemark et

¹⁷⁸ Room, R., Bloomfield, K., Gritter, U., Gustafsson, N.-K., Mäkelä, P., Österberg, E., et al. What happened to alcohol consumption and problems in the Nordic countries when alcohol taxes were decreased and borders opened? *International Journal of Alcohol and Drug Research* 2, 2013.

en Suède entre 2003 et 2004. Les taxes ont été réduites sur les boissons alcoolisées en Finlande et au Danemark, et les quotas d'importation de boissons pour un usage personnel et en provenance des autres pays de l'Union européenne ont été abolis.

L'étude conclut que les réglementations restrictives provoquent de nombreux effets qualifiés de « non intentionnels » comme l'augmentation des achats effectués dans les pays frontaliers pour échapper à une fiscalité élevée, la production et la consommation de boissons alcoolisées illégales et le déplacement des consommateurs dans la sphère privée, davantage propice à des comportements dangereux car éloignée de toute action préventive et de contrôle.

Contrairement à ce que la Cour a pu affirmer par ailleurs, lesdites études n'ont pas été « financées » ou « organisées » par les acteurs économiques, mais ont été développées à l'initiative des seuls chercheurs ou autorités publiques. Cela démontre qu'il n'y a pas de science univoque, où seuls les chercheurs bénéficiant de financements privés récuseraient les outils répressifs.

À titre indicatif, les achats transfrontaliers ont augmenté dans les pays nordiques et au Royaume-Uni depuis le milieu des années 1970 alors qu'ils sont restés stables dans les autres pays de l'Union européenne¹⁷⁹. Ce phénomène, dont la Cour s'est désintéressée dans son rapport, remet fondamentalement en cause l'efficacité des politiques d'intervention sur les prix. Il entraîne aussi une perte de recettes budgétaires dont la Cour aurait pu s'émouvoir, perte d'autant plus forte pour les pays présentant des écarts de prix significatifs avec leurs pays voisins, comme c'est le cas pour la Suède. Concernant les spiritueux, le cas finlandais est très révélateur. Sur la période 2004-2011, les autorités finlandaises ont perdu presque 1 milliard d'euros car leurs droits d'accises sur les spiritueux étaient systématiquement plus élevés qu'en Estonie. En 2005, juste après l'accession de l'Estonie à l'Union européenne (datée du 1er mai 2004), les achats transfrontaliers (en volume) ont connu une véritable flambée (de 9,5 millions de litres à 11,8 millions de litres). Le cas finlandais démontre qu'au-delà d'une certaine limite, l'augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées engendrera inévitablement des achats transfrontaliers (prise en compte du différentiel de taxes et du prix final pour le consommateur). Faut-il que la France suive le même chemin ?

¹⁷⁹ Anderson, P., Moller; L., Galea, G, Alcohol in the European Union – Consumption, Harm and Policy approaches, World Health Organisation, 2012.

4) Éléments complémentaires relatifs aux rhums d'outre-mer

Sur la problématique du prix minimum appliqué aux rhums d'Outre-mer sous Indication géographique protégée, les adhérents de la FFS proposent d'utiliser l'observatoire des prix de l'Interprofession¹⁸⁰ afin de veiller à ce que la fiscalité réduite dont il bénéficie, pour garantir la viabilité de la filière Canne à sucre, ne soit utilisée à aucun stade de sa commercialisation pour abaisser le prix de vente au consommateur

À la lecture de l'ensemble des remarques, il apparaît donc essentiel de réfléchir à une approche plus nuancée des politiques publiques pour endiguer de manière globale les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU GROUPEMENT NATIONAL DES INDÉPENDANTS HÔTELLERIE ET RESTAURATION

Le rapport de la cour des comptes fait état de la situation préoccupante en France en matière d'usage nocif de l'alcool.

Il met notamment en avant une législation hétérogène, mal respectée et peu efficiente en matière de consommation d'alcool.

Les trois leviers existants seraient :

- l'action sur les prix et la fiscalité ;
- la réglementation et l'accès au produit ;
- la prévention et la répression de la conduite en état alcoolique.

Sur ce dernier point, notre organisation avait soutenu l'ajout d'éthylotests jetables au kit sécurité obligatoire en voiture.

I - La réglementation et l'accès au produit

1. Un encadrement important des ventes d'alcool à consommer sur place

Alors que la consommation d'alcool dans les Hôtels, Cafés, Restaurants ne représente que 12 % de la vente d'alcool consommé en France, celle-ci est particulièrement encadrée :

¹⁸⁰ CIRT DOM MARTINIQUE / GUADELOUPE / REUNION / GUYANE

- *l'article R. 3353-2 du Code de la santé publique interdit au débitant de servir à boire à des personnes manifestement ivres mais également de les recevoir dans leurs établissements. La sanction en cas de non-respect est une amende de 4^{ème} classe (750 euros maximum).*

Ainsi, il est de jurisprudence constante que la responsabilité du professionnel pourra être engagée lorsque ce dernier a servi une personne présentant tous les signes extérieurs de l'ivresse ou leur a vendu une quantité d'alcool suffisante pour être en état d'ébriété et que cette alcoolisation excessive a causé un accident de la route ou bien le décès du consommateur.

- *Interdiction de la vente d'alcool aux mineurs : le professionnel a encore l'interdiction de recevoir dans son établissement des mineurs de moins de 16 ans qui ne seraient pas accompagnés d'un adulte et de servir de l'alcool à tout mineur de moins de 18 ans (article L. 3342-1 à L. 3342-3 du Code de la santé publique).*
- *Encadrement des happy hours : l'article L. 3323-1 du Code de la santé publique prévoit l'interdiction de proposer des boissons alcooliques à prix réduits pendant une période restreinte sans proposer également sur la même période des boissons sans alcool à prix réduit.*
- *Interdiction des « open bars » : l'article L. 3322-9 du Code de la santé publique interdit la vente de boissons alcooliques à volonté dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire.*
- *Le permis d'exploitation : la loi sur l'égalité des chances du 31 mars 2006 a institué une formation obligatoire pour les exploitants de débits de boissons ou de restaurants où peuvent être consommées des boissons alcoolisées.*

Cette formation de 20 heures (6 heures pour les exploitants justifiant d'une expérience professionnelle de 10 ans) porte notamment sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme, la protection des mineurs et la répression de l'ivresse publique.

- *La mise à disposition d'éthylotests : la loi du 14 mars 2011 et l'arrêté du 24 août 2011 imposent, depuis le 1^{er} décembre 2011, aux débitants de boissons autorisés à fermer entre 2 heures et 7 heures de mettre à disposition du public un dispositif de dépistage de l'imprégnation alcoolique.*

Au-delà des mesures réglementaires obligatoires, les professionnels se sont engagés dans une lutte contre l'alcoolisme et ses conséquences.

Pour la population, les débits de boissons sont aussi et avant tout des lieux de consommation encadrés.

2. *La nécessité d'un meilleur encadrement des ventes d'alcool à emporter*

Comme le souligne le rapport de la cour des comptes, la réglementation des ventes à emporter est insuffisamment contrôlée et constitue une porte d'accès trop largement ouverte aux jeunes à la consommation nocive d'alcool.

Les licences de vente à emporter sont concernées par la formation au permis d'exploitation uniquement lorsqu'il y a vente emporter de boissons alcooliques entre 22 heures et 8 heures.

Il est dès lors aujourd'hui assez simple de vendre des boissons alcooliques à emporter avec très peu d'encadrement dans la mesure où le nombre de licences de ce type n'est pas réglementé.

Ces établissements sont par ailleurs visés, comme les ventes à consommer sur place, par l'interdiction de vendre des boissons alcooliques aux mineurs (article L. 3342-1 du code de la santé publique).

La personne qui délivre la boisson doit exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité.

Il apparaît toutefois en pratique que cette réglementation est moins bien appliquée dans le cadre de ventes à emporter que dans le cadre de vente à consommer sur place.

Afin de mieux sensibiliser les professionnels de la vente à emporter qui vendent de l'alcool, la formation au permis d'exploitation pourrait être étendue à toute personne qui vend de l'alcool et ce indépendamment de l'heure de la vente.

3. *La publicité*

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a créé l'article L. 3323-3-1 du Code de la santé publique qui prévoit que :

« Ne sont pas considérés comme une publicité ou une propagande, au sens du présent chapitre, les contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références relatifs à une région de production, à une toponymie, à une référence ou à une indication géographique, à un terroir, à un itinéraire, à une zone de production, au savoir-faire, à l'histoire ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée au titre de l'article L. 665-6 du code rural et de la pêche maritime. »

Cette modification aura peu d'impact pour les professionnels de la vente à consommer sur place dans la mesure où la publicité est autorisée dans les lieux de vente à caractère spécialisé.

4. L'information nutritionnelle sur l'étiquetage des contenants de boissons alcoolisées

Les professionnels de la restauration ont d'ores et déjà de très nombreuses obligations en matière d'affichage : prix, étalage des boissons, contenance, origine de la viande bovine, allergènes...

Le GNI est opposé à toute nouvelle obligation d'information qui ne serait pas justifiée par une problématique de santé publique.

Les cartes sont déjà chargées et ces informations pourraient être confusantes pour les consommateurs.

Il nous semble envisageable que ces informations puissent figurer sur les bouteilles mais en aucun cas il ne devra être demandé aux professionnels effectuant des ventes à consommer sur place de les reproduire sur leurs cartes.

II - Les prix et la fiscalité

1. Le régime des droits d'accises

Les droits d'accises sont acquittés par le fournisseur. Le débitant de boissons doit être en mesure de prouver que ces droits ont été acquittés. Les boissons non revêtues de capsules représentatives des droits doivent être accompagnées d'un document simplifié d'accompagnement.

Une modification de cette fiscalité aurait nécessairement un impact pour les professionnels de la vente d'alcool à consommer sur place.

Ces établissements rencontrent d'ores et déjà d'importantes difficultés économiques et ont notamment dû faire face à de nombreux investissements liés aux mises aux normes (hygiène, accessibilité...).

Le GNI est opposé à toute révision à la hausse des droits d'accise.

2. *Indexation des taux de la fiscalité sur les coûts sanitaires attribuables à l'alcool ou sur l'indice des prix*

L'alcool est un produit il paraît plus approprié de l'indexer sur l'indice des prix plutôt que sur les coûts sanitaires dont le calcul sera plus complexe à mettre en œuvre.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL
DES DISCOTHÈQUES ET LIEUX DE LOISIRS**

Je souhaiterais insister sur quelques points au niveau de vos recommandations même si je sais que votre mission était plus globale :

- L'action sur les prix (points 7 et 8) me paraît contreproductive (voir ce qui s'est passé, mutadis mutandis, sous la Prohibition américaine) et, en tout cas, comporte des effets pervers qui n'ont pas été illustrés: de report vers d'autres addictions, comme nous le voyons avec la drogue ou des modes de consommation « sauvages » comme le « binge drinking » à partir d'alcool achetés en circuit de distribution ou à partir d'alcools à teneur moindre (bière ou prémix) mais bus en grosses quantités sur un court laps de temps (définition même du « binge drinking »).

- Vous n'avez pas repris dans ces recommandations l'orientation que vous évoquiez (très allusivement il est vrai...) dans la dernière partie de la conclusion générale : la réglementation de la vente d'alcool dans la grande distribution ou à tout le moins les "alcools forts" devraient être en rayons spécialisés, comme dans nombre de pays et n'être délivrés qu'en quantités parcimonieuses sur présentation d'une pièce d'identité.

- Dans le même esprit des « entreprises » de livraison à domicile de package avec alcool à bas prix ne devraient plus exercer ou communiquer comme elles le font sur la Toile.

A tout le moins, cela devrait être très encadré sinon interdit ! Ce négoce est pourtant libre.

- Les licences temporaires, même si électoralement cela déplaît aux élus (j'en suis un !), devraient être mieux réglementées. Comment

peut-on créer une zone protégée autour d'un stade et ouvrir dans le stade un club-house avec alcool ? Comment peut-on laisser délivrer « à gogo » de l'alcool dans des salles de fêtes, parfois sous la Licence de la Commune ?!

- Dans les incohérences réglementaires, comment la loi Bachelot peut-elle interdire la vente d'alcool à des mineurs de moins de 18 ans et en même temps leur permettre de rentrer dans des débits de boissons où l'interdiction est contournée via des commandes passées par des tiers majeurs ?

- Comment ne pas se pencher sur la dénaturation des activités des « bars de jour » qui, sous couvert d'autorisation de nuit laxistes (cas de l'Arrêté sur les débits de boissons du Rhône par exemple) se transforment en clubs discothèques de nuit mais en continuant à pratiquer des prix bas et incitatifs de bars de jour ?

- Pourquoi n'applique-t-on jamais aux contrevenants interpellés la répression de l'ivresse sur la voie publique (ne serait-ce que l'amende ou la chambre de dégrisement prévus par les textes)?

Pourquoi l'interdiction de fréquenter un débit n'est-elle que rarement utilisée par les juges envers les délinquants qui ont commis leurs forfaits en liaison avec une sur consommation ?

- Vous ne traitez pas le cas des consommations sauvages : raves, free parties, rencontre via les réseaux sociaux sur la voie publique.

Au demeurant, je ne peux que partager beaucoup de votre diagnostic sur les politiques publiques menées en ce domaine de la lutte contre la surconsommation alcoolique.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT CONFÉDÉRAL DE L'UNION DES MÉTIERS ET DES INDUSTRIES DE L'HÔTELLERIE

Concernant le plan d'action gouvernemental, (chap. I – IV)

Nous précisons, dans le nouveau plan d'actions gouvernemental est prévue : « Promouvoir une formation obligatoire pour les gestionnaires de débits de boissons temporaires sollicitant une dérogation pour une ouverture tardive ».

Concernant les autorisations temporaires, (chap. II – I – A)

Il est fait référence à la limitation de 5 par an, il convient de souligner que cette limitation ne concerne que les associations et non les personnes physiques.

Par ailleurs, il n'est pas évoqué la limitation portée à 10 autorisations par an pour les groupements sportifs agréés.

Nous relevons que le rapport souligne que cette limitation n'est pas toujours respectée par les mairies et nous rappelons que pour les associations, les mairies doivent prendre un arrêté annuel.

L'UMIH demande :

- une formation spécifique obligatoire ;*
- une sensibilisation de tous les élus et les services administratifs des mairies qui délivrent les licences et les autorisations temporaires.*

Concernant la vente à emporter, (chap. II – I – A)

Il n'est pas mis suffisamment en évidence la progression de la vente à emporter de nuit via internet ou autre moyen de communication et de la livraison des boissons alcoolisées.

En effet cette pratique conduit à une alcoolisation nocive sans qu'elle fasse l'objet de quelconque contrôle et d'aucune réglementation

De plus ces livraisons peuvent facilement conduire à fournir de l'alcool à des personnes en état d'imprégnation alcoolique avancée et/ou à des mineurs.

Il est nécessaire de responsabiliser tous les vendeurs d'alcool, livreurs et chefs d'entreprise ; et dans ce cadre, l'UMIH demande une formation obligatoire adaptée.

Concernant la formation, (chap. II – I – A)

La formation pour la vente à emporter est en effet inadaptée et devrait concerner tous les vendeurs d'alcool à emporter, vente par internet, etc....

Concernant le partenariat, (chap. II – III – B)

En matière de sécurité routière et de lutte contre la conduite en état alcoolique, l'UMIH est partenaire de la DSCR et signera très prochainement une nouvelle charte nationale d'engagements.

Concernant les recommandations,

1 : *Élaboration d'un programme national de réduction de consommation nocive avec évaluation périodique selon une méthode internationalement reconnue : Pas d'observation*

2 : *Mise en place d'une politique pluriannuelle de recherche : Pas d'observation*

3 : *Adapter des messages en direction des consommateurs à risque : Pas d'observation*

4 : *Développer les actions de communication et de prévention vers les publics les plus fragiles : Pas d'observation*

5 : *Supprimer par la loi la possibilité d'introduire vin, bière, cidre sur les lieux de travail : Pas d'observation*

6 : *Développer la détection et le suivi de consommateurs à risque selon la procédure RPIB dans la démarche médicale : Pas concerné*

7 : *Relever les droits les droits d'accises sur l'ensemble des boissons alcoolisées afin de réduire les consommations des buveurs réguliers excessifs :*

La question qui se pose ici est de savoir comment se définit un buveur régulier excessif.

On peut comprendre qu'une personne qui boit trop régulièrement pourra avoir tendance à moins consommer du fait de l'augmentation du coût de l'alcool, toutefois cela reste à démontrer et nous allons risquer de nous trouver confrontés à une situation du type de celle du tabac, où les fumeurs sont toujours nombreux et vont rechercher leurs produits dans des lieux (pays) moins taxés.

La question qui se pose est l'effet d'une telle mesure sur le buveur non régulier qui cependant s'alcoolise massivement. En effet nous craignons que l'on considère que les buveurs réguliers consomment du vin, alors que les buveurs plus occasionnels consomment eux des alcools plus durs type spiritueux ainsi que de la bière.

Cela peut entraîner un risque de décalage entre les mesures prises et les effets combattus.

8 : *Préparer la mise en place d'un prix minimum de l'unité d'alcool pur :*

Selon les explications fournies dans le rapport il nous semble que cette mesure impacterait plutôt la vente à emporter dans la mesure où les

prix pratiqués dans les CHRD sont bien plus élevés. Cependant une proposition du rapport inquiète la profession à savoir l'interdiction des Happy Hour.

Concernant l'Happy hour, (chap. IV – II – C)

L'UMIH ne souhaite pas l'interdiction des consommations à prix réduits à certaines heures (« happy hours ») dans les débits de boissons ; cette mesure si elle était supprimée impacterait nos professionnels et leur activité économique.

9 : Appliquer aux supports numériques les restrictions de publicité en faveur de boissons alcooliques :

Cette mesure nous inquiète dans la mesure où elle risque d'avoir des répercussions sur nos établissements pour leur communication via les réseaux sociaux. En effet, si une telle mesure était prise, il ne serait plus possible d'annoncer sur le net une soirée Beaujolais nouveau ou autre.

10 : Étendre les règles de formation applicables aux établissements de vente sur place à toutes les formes de vente de boissons alcoolisées et instituer un recueil national numérisées de licences permanentes et temporaires consultable par les forces de sécurité :

L'UMIH est très favorable à cette proposition en ajoutant à ce fichier les détenteurs de permis d'exploitation.

L'UMIH et UMIH/FORMATION ont travaillé pour offrir à chaque nouvel exploitant CHRD une formation de qualité répondant à la fois aux attentes du législateur, mais aussi aux exigences du métier en mettant en place depuis avril 2007 sur l'ensemble du territoire des stages au permis d'exploitation. Aujourd'hui, ce sont les débitants de boissons, les restaurateurs, les ventes à emporter de nuit et les chambres d'hôtes qui préalablement à leur déclaration en mairie suivent la formation au permis d'exploitation, une formation adaptée et conforme à la loi qui permet une meilleure reconnaissance.

Ainsi, tous les vendeurs d'alcool doivent être sensibilisés et informés.

11 : Accroître la probabilité des contrôles et des sanctions immédiates : en ayant recours à un seul appareil portatif homologué de mesure de l'alcoolémie contraventionnelle et délictuelle, en augmentant le montant des amendes forfaitaires pour conduite en état d'alcoolisation jusqu'à la classe 5, en appliquant le régime de sanction contraventionnelle immédiate jusqu'à 1,2g par litre de sang :

Élargissement à l'ensemble des débits de boissons à consommer sur place. Nous rappelons que nous avons signé en son temps une convention pour encourager l'ensemble des professionnels à mettre à la disposition de leurs clients des moyens d'autocontrôle. En revanche toujours dans le corps de cette proposition, il est envisagé de généraliser le seuil de 0,2 g par litre de sang pour interdire de conduire, cela pose une plus grande difficulté et serait néfaste à nos commerces.

Il conviendrait d'avoir les différents taux d'alcoolémie relevés lors d'accidents pour vérifier si soit le nombre, soit la gravité justifie ou non cet élargissement.
