

Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES CONSOMMATIONS NOCIVES D'ALCOOL

Rapport public thématique
Évaluation d'une politique publique

Synthèse

Juin 2016

■ AVERTISSEMENT

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.

Seul le rapport engage la Cour des comptes.

Les réponses des administrations et des parties prenantes figurent à la suite du rapport.

Sommaire

Introduction	5
1 Une absence de consensus	7
2 Une action publique qui peine à agir sur les comportements	11
3 Des politiques mal coordonnées, reposant sur des bases mal établies	15
4 Faire de la lutte contre les consommations nocives d'alcool une priorité de l'action publique	17
Conclusion et recommandations	23

Introduction

La consommation d'alcool est un sujet sensible en France, car l'alcool est associé aux événements festifs, aux modes de vie et à la culture. 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, l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) 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 2013, environ 49 000 décès étaient attribuables à l'alcool en 2009 (soit 13 % de la mortalité pour les hommes et 5 % de la mortalité pour les femmes). Une étude publiée en 2015 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.

C'est sur la base de ce double constat qu'en application de l'article L. 111-3-1 du code des juridictions financières, la Cour a décidé de procéder à une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. L'évaluation, conduite avec les principales parties prenantes associées au sein d'un comité d'accompagnement, 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. Elle débouche sur des recommandations qui sont formulées en fonction des marges de progrès identifiées.

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.

Introduction

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'OFDT) ;

- **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 4 verres en une seule occasion et une abstinence complète pour les femmes enceintes ;

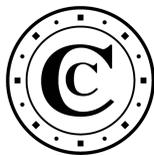
- **le « mésusage »** qui se décompose en trois sous-populations de consommateurs réguliers :

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** somatiques, psychologiques ou sociales liées à la consommation d'alcool, non associée 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.

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).



1 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 la tolérance générale vis-à-vis de la consommation de boissons alcoolisées, dont les effets négatifs sont largement sous-estimés.

Une tradition bien ancrée de production et de consommation

Le poids économique du secteur des boissons alcoolisées explique l'extrême sensibilité des acteurs envers toute remise en cause, au nom de considérations de santé publique, du statut de l'alcool et du vin en particulier. En France, le vin et l'alcool en général font partie intégrante de l'art de vivre, ce qui rend particulièrement délicate la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les consommations nocives d'alcool, en réduisant fortement l'efficacité des mesures répressives ou préventives.

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

La consommation moyenne d'alcool baisse régulièrement de 1,7 % par an depuis 1960, pour atteindre en France environ 12 litres d'alcool pur par habitant et par an en 2014, selon les

données les plus récentes de l'office français des drogues et toxicomanies (OFDT), mais reste nettement supérieure à la moyenne des pays européens membres de l'OCDE.

Cette diminution est essentiellement due à la baisse de la consommation de vin, tandis que, parallèlement, on constate une évolution à la hausse des alcoolisations ponctuelles importantes et des ivresses répétées et régulières. Ces augmentations sont particulièrement marquées chez les femmes et les jeunes.

Pour autant, la baisse globale de la consommation d'alcool ne permet pas d'occulter la persistance de conduites à risque chez les femmes enceintes, les jeunes ou les personnes en situation de précarité sociale, ni de négliger les 8,8 millions de consommateurs réguliers.

Une appréciation incomplète des conséquences des consommations nocives d'alcool

Les effets des consommations nocives d'alcool ne sont encore que partiellement évalués, faute de données suffisantes.

La consommation d'alcool est d'abord responsable de conséquences sanitaires aussi bien à court qu'à moyen et long terme.

Une absence de consensus

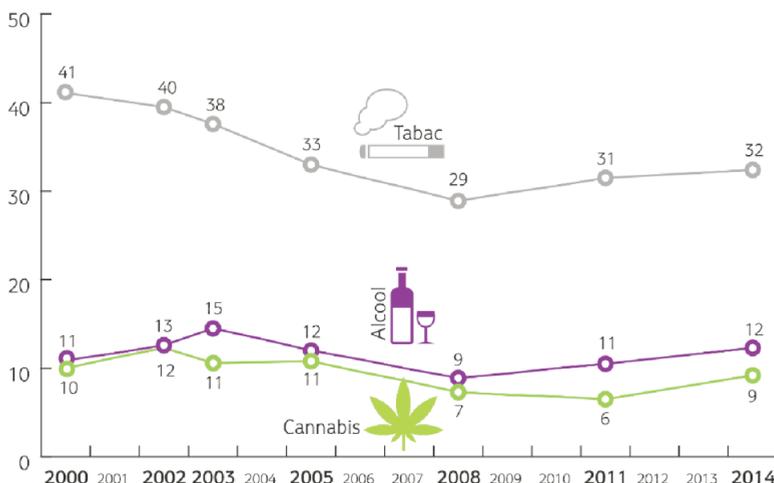
Mais les données de mortalité liées à l'alcool ont fait l'objet en France de deux études récentes seulement qui ne permettent pas un suivi épidémiologique rigoureux. Pour la morbidité liée à l'alcool, il est seulement possible de déterminer le nombre de personnes prises en charge à 100 % par le système de santé pour une pathologie dont l'alcool est en tout ou en partie responsable, et les données sont donc largement sous-estimées.

La frontière entre une consommation à faible risque et une consommation dangereuse est par ailleurs difficile à établir, et l'idée qu'il existe une consommation exempte de risque est de plus en plus remise en question par la science. C'est pourquoi la question

des repères de consommation est très controversée, mais décisive pour cibler les messages de prévention. Ainsi, le constat que les risques de cancer apparaissent pour des niveaux de consommation inférieurs aux repères ont conduit de nombreux pays à réviser leurs recommandations.

L'abus d'alcool se traduit aussi par des actes de violence, en particulier en famille, des incivilités et des actes criminels ou délictueux, tout en aggravant fortement l'insécurité routière. Si le rôle de l'alcool dans les accidents de la route est bien mesuré, celui-ci est plus diffus en cas d'atteinte aux personnes, très peu d'études étant disponibles.

Évolution entre 2000 et 2014 des niveaux d'usage régulier des principaux produits actifs à 17 ans, en métropole (%)



Source : HBSC 2010, exploitation OFDT, ESPAD 2011 années lycée, OFDT-INSERM-MEN

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

Il n'existe pas en France 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.

Dans ce contexte, les acteurs publics sont en position de faiblesse face au secteur des boissons alcoolisées, très présent auprès des institutions européennes et nationales.

L'absence d'un plan global de lutte contre les consommations nocives d'alcool concourt en France à ce déséquilibre entre acteurs économiques et acteurs publics, et a privé les acteurs de santé d'une « feuille de route » intégrée qui engagerait les pouvoirs publics.

Un certain nombre de sujets relatifs aux consommations nocives d'alcool font dans notre pays l'objet de controverses :

- le bilan économique global des consommations nocives d'alcool n'est pas posé de manière sereine ;
- la mesure de la modération en matière de consommation d'alcool ne fait pas consensus ;
- enfin, les champs d'investigation, les orientations et les résultats de la recherche clinique et épidémiologique ne font pas non plus l'unanimité, chaque camp cherchant à en tirer des conséquences opposées.

Cette absence de consensus nuit à l'unité de l'action publique.



2 Une action publique qui peine à agir sur les comportements

L'évaluation de la Cour a montré que l'État ne se donnait pas les moyens d'infléchir les comportements à risque en n'agissant qu'imparfaitement sur les différents leviers disponibles : réglementation de la distribution, fiscalité, sanction de l'alcoolémie au volant, prévention et prises en charge sanitaires.

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

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

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.

La règle dite « des quotas » (un débit pour 450 habitants) ne s'applique pas aux ventes à emporter (grande distribution, supérettes), ni à la vente sur internet. Par ailleurs, la vente à emporter, particulièrement celle effectuée dans les épiceries de nuit, ainsi que les ventes aux mineurs, échappent aux contrôles.

Des remises en cause successives de la loi Évin

La France s'était dotée en 1991, avec la loi Évin, d'un dispositif d'encadrement de la publicité des boissons alcooliques et d'interdiction de vente de toute boisson alcoolique aux mineurs de moins de 16 ans, cité en exemple en Europe.

Les modifications successives de cette loi, en ont amoindri l'efficacité. L'autorisation donnée au groupement sportifs de vendre de l'alcool a été interdite en 1999. Le durcissement des conditions de vente introduit par la loi HPST du 21 juillet 2009 a été accompagné par un encadrement de la publicité sur Internet. Un assouplissement, motivé par la défense des terroirs et de l'oénotourisme, a été introduit par l'article 13 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Malgré l'existence d'un cadre législatif restrictif, les marques d'alcool mobilisent tous les supports y compris les réseaux sociaux pour développer leur publicité en l'adaptant aux différents publics-cibles. 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.

Un encadrement des groupes de pression peu contraignant

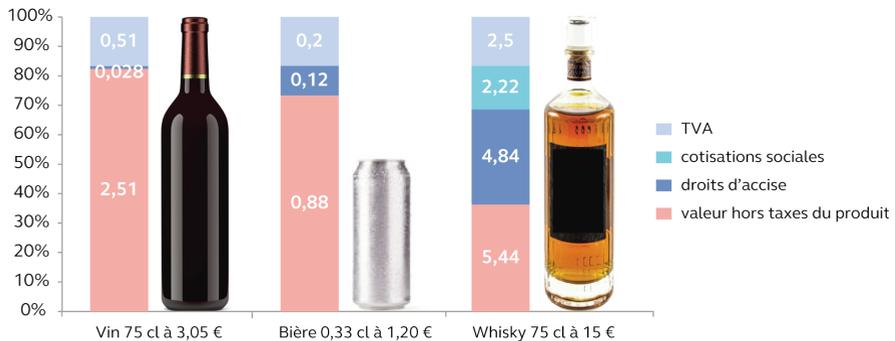
Les actions de lobby en faveur de l'alcool ne font pas l'objet d'un encadrement suffisant en France. Les règles qui s'imposent aujourd'hui aux seuls parlementaires mériteraient d'être étendues et renforcées.

Une fiscalité sans objectifs clairs

La fiscalité des boissons alcoolisées est fortement encadrée par les directives européennes. Les droits indirects comprennent la TVA et les droits d'accise. Des cotisations sociales sont aussi appliquées sur certaines boissons fortes en alcool. Les recettes correspondantes (environ 6,6 Md€ avec la TVA) sont pour partie affectées à la protection sociale des agriculteurs.

Une action publique qui peine à agir sur les comportements

Une fiscalité plus lourde sur les spiritueux



Source : Cour des comptes

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'accises.

De plus, les taux des différentes accises ne sont pas strictement proportionnels à la teneur en alcool ou à la nocivité particulière des différentes boissons alcoolisées, sauf exception pour les alcools forts et les « premix ». La finalité du régime fiscal paraît donc peu inspirée par des objectifs de santé publique.

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.

Le dépistage de l'alcool au volant est en régression depuis plusieurs années, du fait de certaines contraintes liées aux forces de sécurité et de la lourdeur de la procédure, tandis que les sanctions restent peu dissuasives (amendes) ou difficiles à mettre en œuvre (suspension de permis).

Quant à la police de l'ivresse publique, elle se heurte à plusieurs difficultés : outre les agressions et les violences que les forces de sécurité doivent subir, elle s'avère coûteuse en personnel et aucune mesure d'accompagnement n'est prévue pour orienter la personne dégrisée vers une démarche de soins.

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

Les actions d'éducation à la santé et de prévention en matière de sécurité routière ont un rôle important à jouer, mais leurs résultats sont mal connus.

Une action publique qui peine à agir sur les comportements

Des actions d'éducation à la santé faiblement évaluées

Si les actions de prévention sont principalement dévolues à 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.

L'INPES, principal opérateur dans le champ de la prévention, a cherché à s'adapter, malgré la diminution de ses moyens.

En milieu scolaire, une vision globale des actions mises en place fait défaut, les synergies entre personnels de santé et personnel enseignant tardent à se concrétiser, et les interventions assurées par des représentants des forces de l'ordre ne sont pas évaluées.

En milieu universitaire, les services de médecine préventive et de promotion de la santé sont démunis. En milieu professionnel, la rareté des données sur les consommations nocives d'alcool, ainsi que sur les pratiques et sur les accidents du travail liés à l'alcool ne permet pas le développement d'une stratégie pertinente.

Une éducation à la sécurité routière insuffisamment évaluée

Les actions de prévention de la 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). Mais l'efficacité de ces actions n'est aujourd'hui pas suffisamment évaluée.

Par ailleurs, les dispositifs d'auto-dépistage, comme l'éthylotest obligatoire et l'éthylotest anti-démarrage (EAD), sont encore peu développés, malgré leur utilité.

Le rôle insuffisant de la médecine de premier recours

La prise en charge des patients présentant des consommations excessives et des pathologies liées à l'alcool peut se faire à plusieurs niveaux, sans que le parcours de soins ne soit toujours formalisé. Il pâtit de la faible implication de la médecine de premier recours, notamment de la médecine générale, mais aussi de la dispersion des prises en charge spécialisées et de l'articulation souvent insuffisante entre les filières médicales et médico-sociales.

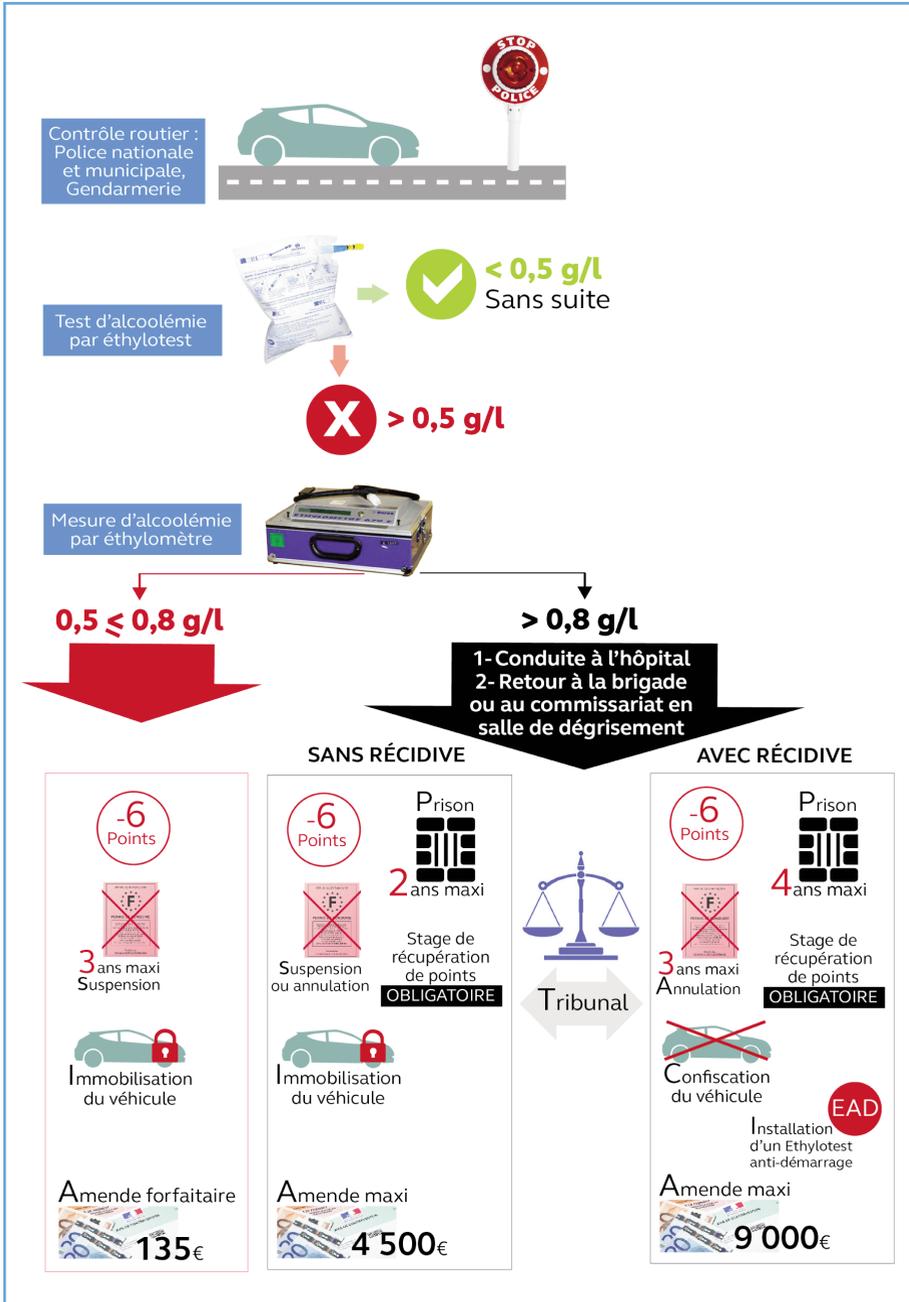
Ainsi, un sondage effectué par l'IFOP pour la Cour montre que deux tiers des médecins généralistes interrogés ne connaissent pas le dispositif du RPIB (repérage précoce et intervention brève) et que seulement 2 % d'entre eux le pratiquent de manière formalisée.

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

Si la prise en charge hospitalière est désormais bien structurée, les prises en charge paraissent trop dispersées. Elles se partagent entre le secteur médical et hospitalier, le secteur médico-social spécialisé (notamment les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA – et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues – CAARUD –), et le secteur associatif.

Une action publique qui peine à agir sur les comportements

La procédure de dépistage et les sanctions de l'alcoolémie





3 Des politiques mal coordonnées, reposant sur des bases mal établies

Les enjeux en termes de coûts sanitaires, économiques et sociaux des consommations nocives d'alcool restent mal connus. Il n'existe pas par ailleurs en France 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.

Des coûts qui restent à préciser

À la différence de certains pays, les coûts sanitaires et sociaux de l'alcool sont mal évalués en France.

Les coûts sanitaires sont largement sous-estimés, car la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ne prend en compte, dans ses estimations, que trois pathologies entièrement attribuables à l'alcool (la cirrhose alcoolique, les cancers des voies aérodigestives et les maladies mentales liées à l'alcool).

Les coûts de prévention restent, quant à eux, difficiles à isoler, étant répartis entre de nombreux acteurs : structures interministérielles, directions d'administration centrale, agences sanitaires, sécurité sociale, services déconcentrés et décentralisés, associations subventionnées.

Enfin, les coûts économiques et sociaux des consommations nocives d'alcool ne sont pas aujourd'hui évalués par les pouvoirs publics, mais par des chercheurs, comme le professeur Kopp, qui aboutissait en 2015 à un coût social de 120 Md€ pour 2010.

Or, la Cour a constaté que d'autres pays se sont au contraire donné les moyens d'agir (comme la Suède, la Norvège, le Royaume-Uni ou l'Italie) en mettant au point des outils de suivi des données relatives aux consommations nocives d'alcool, plus réguliers, performants et mieux centralisés qu'en France.

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.

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

Des politiques mal coordonnées, reposant sur des bases mal établies

La recherche est peu ambitieuse, aussi bien dans le domaine de la recherche médicale que dans celui de la santé publique, par comparaison notamment aux travaux menés à l'étranger.

Une coordination inaboutie entre acteurs

Un pilotage interministériel encore flou

En France, 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 addictions, sans programme spécifique pour l'alcool, contrairement au tabac, mais c'est plutôt la DGS qui est responsable de la politique et des plans de santé publique relatifs à l'alcool.

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.

Un pilotage local partagé entre les préfets et les agences régionales de santé (ARS)

Depuis la loi de 2009, les ARS sont compétentes pour définir, à partir du cadre national, leurs priorités stratégiques de santé et les mettre en œuvre en région, tandis que le préfet de département est garant de la déclinaison des autres politiques nationales, notamment en matière de sécurité routière, 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 inconvénient, 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.

À cette complexité s'ajoute le fait que les financements des actions locales sont fortement contraints et insuffisamment ciblés.



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

Au terme de cette évaluation menée par la Cour, il apparaît clairement que les consommations nocives d'alcool ont des effets très négatifs sur la santé et la sécurité publique et que les coûts sanitaires et sociaux sont bien supérieurs au produit des taxes sur l'alcool. 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.

Une politique unifiée de lutte contre les consommations nocives d'alcool doit permettre de sensibiliser les consommateurs aux effets nocifs de l'alcool sur la santé, la vie sociale, et de les responsabiliser dans leur rapport individuel à la consommation d'alcool. Cette prise de conscience est en effet une condition nécessaire à l'efficacité de la politique publique.

Il est à cet égard nécessaire, du fait d'une gouvernance aujourd'hui éclatée, de mettre en oeuvre un plan cohérent dans la durée, au plus haut niveau du Gouvernement.

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 qui doit être porté au plus niveau, c'est-à-dire par le Premier ministre, comme c'est le cas par exemple au Royaume-Uni, et qui doit être assuré des moyens nécessaires et évalué régulièrement.

Un programme intégré et régulièrement évalué

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.

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 oeuvre, réalisé tous les trois ou quatre ans, permettrait de mesurer les progrès accomplis, en tenant compte de

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

l'évolution des connaissances scientifiques, et de réorienter le cas échéant les actions. Un chiffrage incontestable des coûts sanitaires et socio-économiques des consommations nocives d'alcool viendrait à l'appui de ce bilan.

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.

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 la place essentielle revient au ministère chargé de la santé, appuyé par le ministère de l'intérieur sur les aspects de sécurité publique. 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.

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.

Agir sur tous les leviers

Tous les leviers existants doivent être mobilisés : information, prévention et accompagnement, mais aussi action sur les prix, ce qui suppose 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.

Développer des actions d'information et de prévention plus efficaces

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 populations cibles bien identifiées. En ciblant trop étroitement les « buveurs réguliers excessifs », on court le risque de ne pas prendre en compte les autres buveurs réguliers non exempts de risque.

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.

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

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.

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 de travail, il conviendrait d'abord de modifier le code du travail pour interdire totalement, 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 repérage précoce et intervention brève (RPIB) dans le cadre des interventions du personnel de santé au travail (médecin ou infirmière), d'autre part des actions de nature à faciliter les orientations de personnes en difficulté avec l'alcool.

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

Il conviendrait d'abord de fixer un objectif de formation sur l'alcoolologie 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, à repérer précisé-

ment l'usage d'alcool. Une augmentation des heures d'enseignement dans les différents cursus et l'ouverture de postes universitaires et hospitaliers en addictologie seraient souhaitables.

La place des généralistes et des médecins du travail pourrait être bien plus importante qu'actuellement aussi bien en matière de repérage que de prise 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 prise en charge des addictions à la nomenclature, et le développement de prises en charge partagées entre médecins et infirmières cliniciennes.

Un renforcement de la prise en charge de premier recours doit également s'appuyer sur le milieu hospitalier, notamment à partir des urgences. Il importe en effet 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.

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

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

2015) comme l'une des mesures les plus efficaces pour la santé publique et la réduction des coûts sociaux de l'alcool.

Le prix minimum vise essentiellement la consommation de boissons alcoolisées à bas coût par des buveurs réguliers excessifs, souvent issus des milieux défavorisés. La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), à la suite de la question préjudicielle posée par la Cour de session d'Écosse, a conditionné l'instauration d'un prix minimum à la fixation d'objectifs de santé publique précis et l'a subordonnée à une démonstration de l'insuffisante efficacité de la fiscalité nationale.

Mieux encadrer la publicité, l'information sur le produit et le lobbying

La limitation de la publicité est considérée comme un instrument pertinent et efficace pour freiner la consommation, tout particulièrement celle des jeunes, qui constituent un public prioritaire dans notre pays. La limitation de la publicité devrait concerner tous les vecteurs de diffusion, y compris numériques.

Il faut d'autre part tirer les leçons des arbitrages rendus en défaveur de la santé publique sur la plupart des mesures pouvant affecter la vente de boissons alcoolisées, sous l'influence des intérêts des producteurs. 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.

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.

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 de l'incompatibilité absolue de la consommation d'alcool avec la conduite automobile.

Il convient d'abord de mieux orienter les campagnes de communication en renforçant leur évaluation et de mieux orienter l'action préventive des assurances, en mettant en place un malus progressif pour les contrevenants. Parallèlement, il convient de développer un accompagnement préventif qui doit d'abord reposer sur le renforcement des modalités d'auto-dépistage.

Sans écarter l'idée d'étudier la perspective d'abaisser le seuil d'alcoolémie à 0,2 g/l pour tous les conducteurs, il paraît prioritaire de simplifier les procédures de dépistage qui sont aléatoires, longues et compliquées pour augmenter la probabilité pour

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

chaque automobiliste d'être contrôlé, de manière à tendre vers l'efficacité des radars automatiques en matière de vitesse excessive.

Pour améliorer l'efficacité du dépistage, il conviendrait de revaloriser le montant des contraventions forfaitaires en cas d'alcoolémie et de faire passer le taux plafond de 0,8 g/l à 1,2 g/l. Cela permettrait de rendre plus effective la sanction des alcoolémies les plus courantes.

Par ailleurs, 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.

Enfin, l'obligation de faire poser dans son véhicule un éthylotest anti-démarrage, qui a démontré son efficacité sur les récidivistes, pourrait être étendue, en confortant le réseau de garages agréés pour leur installation.

Conclusion et recommandations

En conclusion de cette évaluation, la Cour effectue six grands constats et formule trois orientations possibles pour améliorer la lutte contre les consommations nocives d'alcool.

Les six constats sont les suivants :

- 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 consommé / risque ;

- le deuxième constat tient à la double limite de la baisse de la consommation globale : l'augmentation de comportements à risques en particulier chez les jeunes, les femmes et les populations précaires et le fait désormais établi qu'une consommation régulière et non excessive peut elle aussi emporter des risques ;

- 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 ;

- l'action publique peine dans ce contexte à modifier les comportements car elle n'utilise pas assez efficacement les leviers existants qui ont démontré leur utilité dans d'autres pays ;

- les réponses sanitaires aux consommations nocives d'alcool sont tardives et mal coordonnées ;

- 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 la lutte contre les consommations nocives d'alcool, mais il n'existe pas d'autorité assez forte pour défendre les intérêts de la santé publique face aux acteurs économiques et pour assurer la nécessaire coordination interministérielle des actions menées, cette gouvernance mal assurée se retrouvant également au niveau local.

Les trois grandes orientations proposées par la Cour sont les suivantes :

- élaborer, au sein du plan contre les addictions, un programme de lutte contre les consommations nocives d'alcool, fondé sur les preuves scientifiques et porté au plus haut niveau gouvernemental. Doté d'indicateurs permettant un suivi rigoureux des actions dans la durée, il serait régulièrement évalué et adapté en fonction des résultats obtenus ;

Conclusion et recommandations

- provoquer une prise de conscience et prévenir les risques des consommations nocives d'alcool par une information et des actions de prévention appropriées et mises en cohérence avec les avancées de la science.

- renforcer l'impact des leviers d'action existants qui s'avèrent souvent 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).

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 contra-ventionnelle 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 contra-ventionnelles immédiates jusqu'à une alcoolémie de 1,2 g par litre de sang.