

9

Politiques de lutte contre la consommation d'alcool

Face aux chiffres concernant l'évolution de la consommation d'alcool, son coût social, son impact sur la mortalité (cf. chapitres précédents), la majorité des travaux existants permet de quantifier l'ampleur du problème soulevé par la consommation d'alcool. Certains dénoncent les inégalités de traitement des différents produits des dépendances, mettant en avant que les politiques publiques ne sont pas le reflet de la dangerosité des produits. Souvent, le poids économique du secteur et la force du lobbying alcoolier (cf. chapitre « Le lobbying de la filière alcool ») sont mis en avant pour expliquer cette spécificité de l'alcool : le marché français n'y échappe pas, que ce soit sur le marché intérieur ou à l'exportation. Ainsi, selon l'OFDT, en 2011, le chiffre d'affaires des boissons alcoolisées s'élevait à 10,7 milliards d'euros pour les ventes sur le marché intérieur et à 11,4 milliards d'euros pour les ventes à l'export. Toujours en 2011, les ménages français ont dépensé 16,7 milliards en achats d'alcool, générant 3,2 milliards d'euros de droits indirects sur l'alcool pour l'État. Mais, pour les spiritueux et le vin, la contribution aux recettes fiscales n'est pas proportionnelle aux volumes consommés (tableau 9.I).

Tableau 9.I : Contribution des différents types d'alcool aux recettes fiscales comparée à leur consommation (d'après l'OFDT*)

	Part des recettes fiscales sur l'alcool (hors TVA)	Répartition des volumes consommés exprimés en équivalent d'alcool pur
Spiritueux	82 %	22 %
Bières	11 %	17 %
Vins	4 %	58 %
Produits intermédiaires	3 %	3 %

* <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#prod>

Par ailleurs, l'OFDT indiquait au début des années 2010 que « la filière vitivinicole représenterait, 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.). Le nombre d'emplois indirects est évalué à 300 000 (tonnelage, chaudronnerie, verre, logistique, etc.). En ce qui concerne la bière, l'Association des brasseurs de France revendique un peu plus de 71 000 emplois, dont 6 000 emplois directs. La Fédération française des spiritueux indique de son côté 100 000 emplois générés dans cette branche »⁹¹. Il semble cependant qu'aujourd'hui, le secteur ne soit plus aussi florissant (cf. chapitre « Efficacité des mesures visant à restreindre l'offre et la demande de boissons alcoolisées », section « Régime fiscal des boissons alcooliques en France »).

On voit alors se dessiner l'un des obstacles majeurs au développement d'une politique publique de lutte contre les dommages liés à l'alcool : le clivage entre santé publique et économie, qui, poussé aux extrêmes, oppose les partisans d'une vision davantage hygiéniste et les défenseurs de la culture française et de la tradition viticole notamment, pouvant tendre au déni des méfaits de l'alcool, ou à les reporter sur la responsabilité individuelle plutôt que collective. Une politique nationale ambitieuse et cohérente entre ces deux extrêmes est-elle possible ? Pour dépasser cette opposition, nombreux sont ceux qui avancent une approche en termes de réduction des risques (Bourdillon 2019), comme résumé ainsi par le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) : « une voie existe entre le déni des méfaits de l'alcool et les discours prônant l'abstinence, rassurants mais peu efficaces. Cette voie est celle de la réduction des risques et des dommages, sanitaires bien sûr mais aussi des violences liées aux consommations excessives d'alcool. Elle n'ignore ni les dangers ni le plaisir que l'on peut trouver dans une consommation raisonnable mais modérée. Mais elle exige plus de cohérence et de continuité dans les politiques publiques ainsi que davantage de mobilisation et de coordination » (CESE, 2019, p. 11-12).

Ce sont les principales politiques publiques de réduction des dommages liés à l'alcool ainsi que les recommandations en la matière que ce chapitre se propose d'étudier à travers une lecture critique de la littérature (grise et académique) française et internationale sur le sujet⁹². Nous restituons celle-ci sous plusieurs aspects, plus ou moins significatifs.

91. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#prod>.

92. N'étant pas une revue systématique, celle-ci ne saurait être exhaustive.

Nous avons d'abord relevé tout ce qui a trait à la construction d'un ensemble cohérent de mesures afin de maximiser leur impact, avec la construction du consensus social et politique, avec les aspects culturels, les croyances et les représentations liées à l'alcool, avec les questions de la volonté politique, avec l'effectivité de la mise en œuvre, avec une réflexion sur le système de soins, et les professionnels de première ligne, et, dans une bien moindre mesure, l'impact de ces politiques publiques par rapport à d'autres déterminants.

Ensuite, nous listons les mesures évaluées les plus coût-efficaces (baisse du nombre de points de vente, restrictions de leurs heures d'ouverture, instauration d'un prix minimum, augmentation du prix notamment par une augmentation des taxes sur l'alcool, interdiction de vente aux mineurs, régulation du marketing), les repères de consommation, les messages sanitaires (inscription de messages de santé publique sur les emballages et les publicités d'alcool) et les recommandations déjà existantes pour protéger des risques dus à l'alcool, émises notamment par des acteurs de santé. Nous avons aussi repéré d'autres dimensions, moins traitées et/ou moins consensuelles mais récurrentes, comme le type d'approche à privilégier (spécifique à l'alcool ou générale sur les addictions, ciblée ou universelle, individuelle ou collective) ou la pertinence à s'inspirer d'autres politiques publiques menées sur d'autres addictions (le tabac notamment).

La construction des politiques publiques

La fabrique d'un consensus

Au niveau de la littérature internationale, peu de publications s'interrogent sur les frontières de l'intervention de l'État (jusqu'où doit intervenir l'État ? cf. Nicholls et Greenaway 2015 ; Mold 2016), des fonctions sociales de l'alcool dans nos sociétés modernes occidentales. C'est pourtant un axe essentiel sur lequel devraient s'interroger les acteurs de santé (Couteron, 2018), mais aussi les chercheurs et les hommes et femmes politiques : que peut et doit faire l'État face aux besoins d'inhibition et d'ivresse, à un souci de l'image de soi qui passe parfois la préservation de sa santé (par exemple l'intégration au groupe chez les jeunes), aux dynamiques sociales incitatives et très ancrées dans nos pratiques collectives, etc. ? Cette question est nettement moins présente mais pourtant essentielle, notamment pour la construction d'un compromis politique. Face à ces interrogations, certains en appellent à la mise en place des conditions d'une véritable réflexion éthique préalablement au choix des politiques publiques qui « affectent une grande partie de la

population, voire son ensemble, et contribuent à définir de nouvelles manières d'être, d'agir et de vivre. Ils peuvent orienter plus justement les stratégies et contribuer à favoriser leur acceptabilité et leur efficacité auprès des populations » (Pagani et coll., 2018, p. 330).

Ce manque de réflexion dans les sciences humaines et sociales a-t-il une influence sur l'absence de consensus en matière de réduction des dommages liés à l'alcool ? Cette absence de consensus est souvent soulignée (Cour des comptes, 2016 ; Couteron, 2018), moins la nécessité de mener « un débat plus politique » rassemblant le maximum d'acteurs et de professionnels, en orientant ce débat d'une part vers l'impératif de santé et les consommateurs (méfaits connus et bienfaits attendus de l'alcool) et d'autre part, vers l'impératif économique et la régulation des consommations (Couteron, 2018). On rejoint aussi la question de disposer de plus de recherches et de résultats plus solides sur les politiques publiques (mesures les plus efficaces, question sur l'évaluation des politiques publiques), les tendances de consommations et les dommages selon l'âge, le genre, le niveau de revenu, nécessaires en amont de la construction du consensus public et politique (Rice, 2019).

L'alcool comme problème culturel

De nombreuses voix mettent en avant la question culturelle, notamment en France, où l'on entend qu'il faut défendre les métiers de l'emploi, « petit caviste », « courageux vignerons », « brasseur artisanal » (Couteron, 2018, p. 443), « défendre » l'art de vivre, des habitudes alimentaires, le bien boire, l'image « responsable » (autorégulation, prévention, messages volontaires avec un « packaging sémantique « inclusif et bienveillant » [avec] « modération », « dégustation », « de consommation responsable » ouvrant des « plaisirs qui se partagent » » (Couteron, 2018, p. 443). Face à un lobby (analysé dans un chapitre spécifique de cette expertise) qui serait « au service des profits issus d'un marché qui se veut sans limite », les acteurs de santé doivent « dénoncer » la posture de « défense de la tradition et de la qualité », le secteur étant dicté par l'impératif de vendre plus en produisant de nombreuses boissons appétantes (par l'adjonction de sucres, d'arômes artificiels et/ou un marketing bien travaillé, également décrit dans cette expertise) bien plus que par un impératif œnologique de qualité. « Il n'y a pas plus « d'alcool doux » qu'il n'y avait de cigarettes « *light* » [...] L'entrée en pente douce piège l'utilisateur » (Couteron, 2018, p. 444) : ce point est mis en avant à propos de la bière, souvent considérée de la sorte et moins dangereuse que

les autres alcools, notamment par les jeunes (OFDT, 2013)⁹³. Face à cette pratique culturelle objet d'un lobbying intensif et puissant, c'est donc une approche globale, ambitieuse et cohérente qui doit être développée, et qui ne doit pas négliger d'agir *aussi* sur les représentations liées à l'alcool. C'est aussi dans cette perspective que doivent être envisagées les recommandations déjà évoquées, comme la communication sur les repères de consommation, les messages de prévention, bref au sens large, l'éducation à la santé, qui est pour Cohn (2015) la mesure à la fois la plus juste et la plus efficace. Il faut selon lui développer une approche interactionniste, utiliser des comparaisons culturelles pour développer une construction collective de la consommation excessive comme problème culturel, afin de ne pas appréhender l'alcool en soi (la substance), mais penser plutôt au monde social dans lequel les gens boivent (le comportement). Autrement dit, bien comprendre le problème culturel, c'est mieux contrôler la consommation d'alcool.

La volonté politique et la cohérence des messages face au lobbying et au marketing alcooliers

Le poids économique du secteur est majoritairement considéré comme l'un des principaux obstacles aux évolutions de la législation et des représentations sociales sur l'alcool. Les enjeux de santé publique (comme les questions écologiques) ne semblent pas être prioritaires face à l'impératif économique. La contradiction des intérêts économiques et des enjeux de santé publique est souvent pointée (IRDES, 2016 ; Santé publique France et l'Institut national du cancer, 2017 ; Benyamina et Samitier, 2017 ; Couteron, 2018). Les enjeux économiques semblent prioritaires sur les enjeux de santé publique et cela participe des contradictions entre les messages : la volonté politique apparaît incertaine ou mitigée, le pilotage interministériel est flou (Cour des comptes, 2016), l'encadrement des groupes d'intérêt concernés est peu contraignant, les leviers disponibles et avérés efficaces sont sous-utilisés, d'où le fait que les pouvoirs publics français peinent à modifier les comportements à risque (Cour des comptes, 2016). Deux exemples l'illustrent : premièrement, le « détricotage » continu de la loi Évin depuis son adoption en 1991 (cf. chapitre « Marketing des produits alcoolisés »), alors que cette loi était saluée auparavant comme un « cadre exemplaire » et a inspiré d'autres pays. Un recul notable par rapport à la loi Évin a été observé avec la loi de modernisation du système de santé qui lève les restrictions publicitaires au nom de la défense des terroirs et de l'œnotourisme. On trouve une seconde

93. D'ailleurs, les vins et les bières plus faibles en alcool s'accompagneraient d'une consommation plus importante (Vasiljevic et coll., 2018 a.), et ceux faisant apparaître « Low » et « Super Low » auraient moins d'attrait que les boissons « Regular » (Vasiljevic et coll., 2018 b.).

illustration dans le compte-rendu de la Journée inter associative « Plan National Alcool » publié dans *Addiction et Addictologie* (Naassila, 2018) qui rapporte les déclarations du Président de la République E. Macron au salon de l'Agriculture 2018 (« pendant mon mandat, aucun durcissement de la loi Évin ») et le fait que l'Élysée ait demandé en juillet de la même année aux alcooliers un rapport pour préparer le plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives : « les dommages individuels et sociaux liés à la consommation d'alcool ne sont donc plus seulement un enjeu de santé publique, mais aussi et surtout un enjeu politique. Il s'agit pour les tenants de la santé publique de lutter contre le lobby alcoolier qui est maintenant présent au plus haut niveau de l'État ». Notons qu'à l'étranger, l'importance du lobbying alcoolier est aussi avancé pour expliquer l'échec de la mise en place de politiques publiques fondées sur les évidences scientifiques. Autrement dit, l'adoption des mesures les plus coût-efficaces peut s'avérer difficile, comme en Angleterre et aux Pays de Galles où la fenêtre d'opportunité ouverte en 2010 s'est vite refermée (Nicholls et Greenaway, 2015) en raison du lobbying industriel, mais aussi du manque de cadrage des propositions, du manque de synergie ministérielle, des tensions idéologiques, du manque de cohérence dans la communication des preuves. Au Royaume-Uni, le gouvernement avait adopté en 2011 un plan, le *Responsibility Deal*, co-construit avec, entre autres les représentants des alcooliers. Ce plan comportait un volet alcool, censé promouvoir un « boire responsable » respectant les repères de consommation, agrandir l'étiquetage sur les contenants comportant des messages de santé, sur les calories, des repères de consommation, des risques associés à une consommation excessive. Une attention particulière était portée à réduire et prévenir la consommation des jeunes. En termes de publicité et de marketing, les alcooliers étaient incités à promouvoir le « boire responsable ». Pour beaucoup (Knai et coll. 2018 par exemple), le *Responsibility Deal*, reposant notamment sur des actions volontaires des industriels, a été un échec (en termes d'efficacité, de résultats) parce qu'il était trop déterminé par les intérêts économiques (et leur était donc peu contraignant).

La durée, l'effectivité – et la difficulté – de la mise en œuvre

En France, dès 2007, la Cour des comptes pointait les défaillances de l'action publique en termes de lutte contre les consommations dommageables d'alcool : dans son rapport public annuel (2007), la Cour jugeait les pouvoirs publics insuffisamment mobilisés sur le sujet. Neuf ans plus tard, dans son rapport de 2016, elle soulignait que les comportements de consommation n'avaient pas été modifiés et appelait le gouvernement à faire des consommations nocives d'alcool une priorité de santé publique. En 2019, c'est le

CESE qui fait le constat de « la difficulté de mettre en œuvre, dans la durée, des politiques publiques cohérentes centrées prioritairement sur des objectifs de santé publique » et montre également que « si la législation et la réglementation sont indispensables, elles ne suffisent pas » (2019, p. 12), renvoyant à l'exemple de la loi Évin. Or le temps long semble souvent indispensable pour voir pleinement les effets positifs des politiques publiques alcool, notamment sur le niveau de consommation (Raninen et coll., 2016 ; Dumont et coll., 2017 ; Foster et coll., 2019).

Au-delà de la pérennité, l'effectivité de la mise en œuvre est un point essentiel. En France, cela est particulièrement visible avec la loi de 2009 et l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs. Malgré le manque d'enquêtes avec des « clients mystères » permettant d'évaluer de façon objective le respect de cette mesure (tendant probablement à une surestimation), le rapport de l'OFDT de 2013 montre à partir d'enquêtes déclaratives une faible application de l'interdiction de vente aux mineurs prévue par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoire) de 2009. Alors que les débats parlementaires avaient souligné l'insuffisance des mesures d'interdiction pour protéger les mineurs, des politiques de prévention et d'éducation, et des moyens alloués à la bonne application des mesures, aux contrôles et à l'effectivité des sanctions, alors que l'adhésion des Français interrogés était massive, la mise en œuvre de la loi faisait apparaître une réalité très décevante avec d'abord la gêne fréquente ressentie par le vendeur pour un mineur proche de la majorité ; par ailleurs, le fait que 92 % des vendeurs connaissent la loi (ainsi que les sanctions, relativement connues mais sous estimées), mais ne se sentent pas forcément légitimes pour demander une pièce d'identité. Le tableau 9.II montre les différences selon les types de lieux de vente d'alcool du contrôle de la pièce d'identité.

Tableau 9.II : Demande de la pièce d'identité en 2012 (en %) (d'après OFDT 2013)

Demande de la pièce d'identité (en 2012)	Cafés et bars (%)	Stations-services (%)	Épiceries et supérettes (%)	Grandes et moyennes surfaces (%)
Oui	38,4	52,5	80	90,5
Non, rarement	18,8	11,2	5,9	4,1
Non, jamais	41,4	34,9	14,1	5,1
Ne sait pas	1,4	1,3	0	0,3

L'OFDT montre un impact nul de la loi HPST sur l'évolution des consommations des mineurs de 16 ans, et même une augmentation de celles des mineurs de 17 ans.

Cela pose la question de la mise en place d'équipements de vérification automatique en caisse. Le fait que le législateur n'ait pas prévu une autorité de contrôle avec des moyens (police judiciaire et agents de la force publique) rend la faisabilité du constat de l'infraction très difficile voire impossible, alors que les contrôles répétés sont préconisés par la littérature internationale qui montre que cela améliore le respect de l'interdiction de la vente aux mineurs (tout comme les contrôles routiers d'alcoolémie aléatoires améliorent les mesures prises en matière de conduite en état d'ivresse et d'accidents de la route).

À quel échelon déployer les politiques publiques ?

L'échelle européenne est-elle un échelon pertinent ? L'échelle municipale est-elle un bon échelon de mise en œuvre ?

Concernant le niveau européen, les mises en œuvre de la stratégie de l'OMS en Europe sont très variables car très dépendantes des circonstances locales. Mais pour que les priorités de l'OMS aient une influence, il faut nécessairement la combinaison d'une véritable volonté politique et d'une préoccupation de réduire les dommages liés à l'alcool (Rice, 2019). On peut aisément imaginer la difficulté de construire une volonté politique ferme autour des 27 États-membres aux intérêts économiques forts dans le secteur, quoique variables.

Au niveau des régions françaises, le partage de la gouvernance entre le Préfet et les agences régionales de santé (ARS) donne lieu à des manques de coordination (Cour des comptes, 2016, p. 118-122) : en effet, depuis 2009 et la loi HPST, les ARS déclinent les priorités nationales au niveau régional, mais ce de manière variable, nouant différents partenariats, coordonnant différents schémas d'offres de soins ainsi que l'offre médico-sociale, le tout assuré par des modes de financement multiples mais une coordination interministérielle (la Mildeca) qualifiée de « sommaire et fragilisée par la rotation des chefs de projets » (Cour des comptes, 2016, p. 119). De l'autre côté, les Préfets de départements coordonnent les politiques nationales autres que ce versant santé, et animent les différentes instances territoriales (essentiellement pour la sécurité routière), avec les interventions possibles des municipalités, départements et de la région.

Cependant, d'autres qualifient l'effet des politiques qui se déploient à l'échelon municipal d'incertain (Anderson et coll., 2018), là où des travaux insistent au contraire sur l'effet positif de l'implication de tous les acteurs pour une action régionale concertée (sur le Canada, Giesbrecht et coll.,

2016). L'Écosse avec ses *Alcohol Licensing Boards* au niveau local (Wright, 2019 ; voir aussi le chapitre de cette expertise sur l'effectivité des mesures visant à restreindre l'accès aux boissons alcooliques) suggère qu'une décision *top-down* est insuffisante mais que les mécanismes de responsabilité entre le local et le national doivent être bien définis en amont de la mise en œuvre pour que l'autonomie locale ne contrevienne pas aux objectifs nationaux.

Le système de soins et les professionnels de première ligne au cœur des politiques publiques

Depuis plusieurs années, de nombreuses voix réclament de mieux associer et coordonner les professionnels de santé, proches des consommateurs, pour la prévention et l'accompagnement. Le plan gouvernemental 2004-2008 préconisait déjà un système de soins plus accessible et plus efficace, le renforcement de l'offre et de la coordination des soins. Le plan gouvernemental suivant (2008-2011) en appelait à la diversification du dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des addictions en ciblant les populations exposées et vulnérables, tandis que la Cour des comptes (2016) dénonçait une trop grande dispersion des prises en charge dans le secteur médico-social et associatif. Le plan gouvernemental de lutte contre les addictions en cours (2018-2022) énonce parmi ses axes prioritaires de structurer le parcours de santé en addictologie.

Impact de ces politiques publiques par rapport à d'autres déterminants

Nombreuses sont les études qui mettent en évidence que les politiques publiques ne font pas tout : elles interagissent avec des facteurs socio-économiques (urbanisation, tertiarisation, vieillissement – les hommes notamment -, revenu, éducation féminine, taux d'emploi des femmes, âge des mères) et qu'en conséquence, elles ne peuvent avoir que des effets partiels sur le niveau de consommation et les dommages. Par exemple, dans une étude sur la France depuis 1960, Cogordan et coll. (2014) montrent l'effet de certaines politiques publiques (baisse du taux d'alcoolémie au volant, taxation, interdiction de la publicité, âge minimum pour acheter de l'alcool) sur la baisse de la consommation d'alcool avec l'effet conjoint d'événements socio-économiques (augmentation du travail des femmes, augmentation du revenu, phénomène d'urbanisation). De la même manière, plusieurs études portent sur le poids relatif des politiques de contrôle et de facteurs socio-économiques entre les années 1960 et les années 2000 (portant sur la Finlande, la Norvège, la Pologne, la Suisse, l'Espagne, l'Italie [Allamani et coll., 2014] ; sur les

trajectoires différenciées des pays du Nord [Finlande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Hongrie, Pologne] et des pays plus au Sud [France, Italie, Espagne, Suisse], voir Voller et coll., 2014 ; Voller et Allamani, 2014). Au-delà de l'évidence contextuelle (toute politique se déploie dans un contexte pétri d'interactions avec de multiples acteurs, de nombreuses mesures, etc.), les conclusions à en tirer en termes de recommandations n'ont rien d'évident.

***Evidence-based* politiques et mesures démontrées les plus coût-efficaces**

Une grande partie de la littérature internationale étudie l'efficacité des politiques de réduction des risques alcool. Sans reprendre longuement ce qui est détaillé dans le chapitre de cette expertise sur l'efficacité des mesures visant à restreindre l'accès aux boissons alcooliques, signalons que les mesures les plus coût-efficaces sont :

- la mise en place d'un prix minimum et de la réduction des points de vente (en Irlande, cf. Daroven et coll., 2018) ;
- l'augmentation des prix de l'alcool notamment *via* l'augmentation de la taxe d'accise et la restriction de la disponibilité d'alcool sont hautement coût-efficaces pour réduire les dommages (Anderson et coll., 2009 ; Baccini et Carreras, 2014 ; Chisholm et coll., 2018 ; OMS, 2018) ;
- les restrictions de commercialisation notamment avec l'augmentation de l'âge minimum légal pour acheter de l'alcool⁹⁴ (Baccini et Carreras, 2014 ; Chisholm et coll., 2018).

Dans cette perspective, on peut saluer le fait qu'un meilleur encadrement de la vente des boissons alcoolisées soit un axe prioritaire du plan gouvernemental entamé en 2018 et programmé jusqu'en 2022, mais celui-ci devra se traduire par des actions concrètes.

Sans développer ce qui l'est dans un chapitre dédié dans cette expertise, la régulation du marketing pour l'alcool est aussi une approche coût-efficace (Anderson et coll., 2009 ; OMS, 2018). Pour les jeunes, la contradiction entre l'interdiction de leur vendre de l'alcool, l'injonction à ne pas consommer et l'omniprésence de la publicité sur l'alcool semblent constituer un frein pédagogique à la cohérence et la compréhension du message (OFDT, 2013). Dans le plan gouvernemental en cours (Mildeca, 2018), l'une des

94. Une étude portant sur la Nouvelle-Zélande montre que l'abaissement de l'âge minimum légal pour acheter de l'alcool a été suivi de hausses à long terme des dommages sur la route attribués à des conducteurs alcoolisés entre 15 et 19 ans (Kypri et coll., 2016).

ambitions est de réduire l'exposition des jeunes au marketing des producteurs d'alcool.

À partir d'une revue de littérature internationale, l'OFDT a évalué les stratégies complémentaires à l'interdiction de vente aux mineurs, classées par niveau d'efficacité (efficacité démontrée – résultats prometteurs – efficacité non démontrée) et par niveau de preuve (fort – bon – faible). Les mesures combinant à la fois une efficacité démontrée et un fort niveau de preuve pour réduire la consommation d'alcool chez les jeunes sont les suivantes :

- les interventions auprès des familles pour prévenir l'abus d'alcool chez les moins de 18 ans ;
- les interventions utilisant le web auprès des étudiants universitaires et des jeunes en général ;
- les interventions motivationnelles (individuelles) auprès des adolescents pour les consommations à faible risque ;
- la taxation de l'alcool.

Les mesures de lutte contre l'alcool au volant, comme la limite du taux d'alcoolémie pour les conducteurs (*Blood Alcohol Concentration* ou BAC) et les contrôles d'alcoolémie aléatoires, sont aussi coût-efficaces (Anderson et coll., 2009). De ce point de vue, la France devrait continuer à faire ce qu'elle met déjà en œuvre. Cependant, notons qu'une comparaison de l'Écosse qui, en 2014, a baissé sa BAC de 0,08 à 0,05, avec l'Angleterre et le Pays de Galles (qui l'ont laissée inchangée), montre que les effets sur le niveau de consommation et les accidents de la route n'ont pas été aussi importants qu'escomptés : l'efficacité est conditionnée à l'effectivité de la mise en œuvre avec des contrôles routiers d'alcoolémie, et que cela s'accompagne de mesures d'éducation à la santé, de restrictions sur la publicité et d'avertissements (Lewsey et coll., 2019).

Enfin, auprès des buveurs les plus à risque, ce sont les interventions individuelles qui seraient coût-efficaces (Anderson et coll., 2009).

Pour conclure cette partie, notons qu'en Russie, l'introduction à partir du milieu des années 2000 de plusieurs des mesures précitées pour réduire la consommation d'alcool (un prix minimum pour la vodka, la baisse de la disponibilité de l'alcool avec la restriction des heures de ventes, la lutte contre l'ivresse au volant, ainsi que la restriction de la publicité) et de mesures de lutte contre l'alcool non recensées ici, s'est accompagnée d'une chute de la mortalité liée à l'alcool de 25 % entre 2004 et 2014 (Rice, 2019).

Repères de consommation

Les repères de consommation d'alcool (*guidelines* en anglais) correspondent au seuil maximum de consommation recommandé à une population pour réduire les risques et ne font pas l'objet d'un consensus dans la littérature. La situation varie d'un pays à l'autre : certains n'en ont pas adopté ; d'autres, comme la Namibie ou l'île Maurice, émettent des repères de consommation d'alcool compris dans une stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles, tandis que d'autres pays, comme les États-Unis et les Pays-Bas (IARD, 2017) les ont intégrés dans des recommandations nutritionnelles plus larges ou encore que la Suisse traite de la consommation d'alcool dans une stratégie nationale et globale des addictions. La Grande-Bretagne dispose quant à elle de repères de consommation d'alcool « en soi », qui ne sont ni partie d'un plan addictions, nutrition ou maladie. Les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, l'Italie, l'Australie émettent aussi des recommandations adaptées pour les plus de 65 ans, en raison de leur vulnérabilité particulière aux effets de l'alcool (« le vieillissement amène des modifications physiologiques aboutissant à une moindre tolérance aux effets de l'alcool (...) la polypathologie et son corollaire, la polymédication fréquente chez le sujet âgé, (...) le rendent particulièrement sensible aux effets toxiques de l'alcool [et] ces effets sont majorés par la coexistence de troubles cognitifs », Paille, 2014, p. 62).

Afin qu'elles aient un impact, la nécessité de communiquer sur les raisons d'application des repères de consommation et notamment sur le lien entre la consommation d'alcool et un certain nombre de risques est mise en avant (Rosenberg et coll., 2017). Une étude de la couverture médiatique des *guidelines* dans les journaux gratuits montre que celle-ci est très faible et souligne le manque de communication (Wolfaardt et coll., 2018), le manque de transparence et d'objectivité des repères fondant une recommandation pour les améliorer (Holmes et coll., 2018).

En France, Santé publique France et l'Institut national du cancer ont adopté en 2017 les repères et les recommandations suivants :

- faire connaître les nouveaux repères (maximum 10 verres standards par semaine et maximum 2 verres par jour et pas tous les jours) ;
- faire figurer sur les bouteilles le nombre contenu de verres standards à 10 grammes ainsi que le nombre de calories par verre standard.

Pour que ces repères aient une plus grande efficacité, ces instituts ont aussi recommandé d'unifier le discours sur les risques et les repères entre les différents ministères et les institutions publiques, ainsi que de créer, avec les taxes, un fonds dédié aux actions publiques de prévention et à la recherche sur l'alcool.

Avertissements sanitaires apposés sur les publicités et les contenants d'alcool

Le plan gouvernemental en cours de lutte contre les addictions (2018-2022) reprend dans ses axes prioritaires une mesure du plan priorité prévention : l'augmentation de la visibilité et de la lisibilité du pictogramme sur le SAF sur les bouteilles d'alcool (Mildeca, 2018). Mais que dit la littérature internationale concernant l'efficacité de ces messages sanitaires apposés sur les contenants et les publicités pour les boissons alcooliques ? De nombreux chercheurs en appellent à des recherches supplémentaires jugées trop rares, afin d'avoir un avis plus précis sur l'impact des différents messages (Martin-Moreno et coll., 2013 ; Miller et coll., 2016 ; Al-Hamdani et Smith, 2017 ; Robertson et coll., 2017 ; Wettlaufer, 2018), et de développer en outre les travaux avec des approches qualitatives (Dossou et coll., 2017).

Sans détailler ici ce qui est développé ailleurs dans cette expertise (cf. chapitre « Actions de prévention : messages et comportements », section « Avertissements sanitaires »), les messages généraux auraient une efficacité limitée, contrairement aux messages spécifiques (comme ceux à destination des femmes enceintes par exemple) : beaucoup de travaux insistent sur la nécessité d'avoir des messages plus spécifiques sur les risques santé encourus, notamment en fonction du sexe et selon les types d'alcool (Hassan et Shiu, 2018). Une étude sur des étudiants italiens a conclu à un impact différencié selon les buveurs, les messages ayant plus d'impact sur les consommateurs modérés et moins sur les consommateurs à risque (Annunziata et coll., 2016b.). L'échec à toucher les buveurs à haut risque a aussi été mis en avant à partir d'un panel d'un millier d'Australiens de 18 à 45 ans (Coomber et coll., 2016).

Les comparaisons avec ce qui se pratique pour le tabac pourraient enrichir les réflexions (Hassan et Shiu, 2018). En ce qui concerne le tabac justement, la stratégie d'étiquetage n'était pas isolée mais appartenait à un programme large et cohérent (à côté de l'éducation à la santé notamment). Autrement dit, pour les chercheurs, le *labeling* n'est pas envisagé comme une stratégie autosuffisante, et doit notamment être assorti de campagnes de communication dans les médias : alors seulement l'inscription de ces messages peut s'avérer efficace, et même plus efficace que de faire figurer le taux d'alcool (Hobin et coll., 2017). D'ailleurs, une étude en France auprès de femmes enceintes ou en situation *post-partum* a montré que l'avertissement introduit en 2007 est bien connu, mais que les risques associés à la consommation de vin et de bière pendant la grossesse, eux, sont plutôt méconnus (Dumas et coll., 2018), d'où la nécessité d'accompagner le pictogramme de campagne de prévention pour faire connaître les risques (Toutain, 2017 ; cf. aussi

chapitre : « Syndrome d'alcoolisation fœtale et consommation d'alcool dans la période périnatale : fréquences et facteurs associés »).

Sinon, la taille et l'emplacement des messages gagneraient à être changés pour avoir plus d'impact (l'étude de Pham et coll., 2018, fait apparaître que le *design* optimal pour capter l'attention est grand et rouge), tandis qu'une étude menée sur des étudiantes britanniques montre que la consommation serait plus lente quand le contenant fait figurer un message ou un pictogramme (Stafford et Salmon, 2017). En outre, les messages choquants seraient efficaces pour réduire les consommations d'alcool, y compris chez les jeunes buveurs (*ibid.*). D'ailleurs, une expérience menée sur 60 étudiantes britanniques conclut que le pictogramme a un impact plus important que l'avertissement écrit sur les intentions de réduire sa consommation (Wigg et Stafford, 2016).

Pictogramme ou message écrit d'avertissement, il n'y a pas de consensus car trop peu d'études ont comparé ces différents formats. Mais bon nombre de travaux proposent de nouvelles options, qui seraient également nécessaires pour mieux informer les consommateurs sur l'alcool : faire figurer la liste des ingrédients, le nombre de calories (Martin-Moreno et coll., 2013). Ces informations sont même globalement souhaitées par les consommateurs de différents pays (sur le Canada : Hobin et coll., 2017 et Vallance et coll. 2018 ; sur l'Italie, la France, l'Espagne et les États-Unis : Annunziata et coll., 2016a). Mais selon leurs habitudes de consommation et leurs attitudes par rapport aux informations nutritionnelles, ce que les consommateurs voudraient voir apparaître sur les bouteilles varie : autrement dit, les consommateurs n'ont pas les mêmes préférences entre voir figurer le prix, les informations nutritionnelles, un message de santé et l'indication du nombre d'unités d'alcool dans le contenant et du nombre d'unités à ne pas dépasser (figure 9.1 pour une étude sur l'Italie, la France, l'Espagne et les États-Unis ; Annunziata et coll., 2016a).

Par ailleurs, les différents travaux insistent sur la nécessité d'une rotation fréquente des messages de santé pour éviter que les consommateurs ne s'y habituent et que, ce faisant, l'effet du message diminue (Annunziata et coll., 2016b ; Coomber et coll., 2017 ; Dossou et coll., 2017). Quelques études soulignent des voies d'amélioration pour le *labelling*, les consommateurs prêtant une attention minimum aux avertissements (Kersbergen et Field, 2017) : par exemple, des expérimentations montrent que des messages plus détaillés notamment sur le risque de cancer auraient un impact supérieur (Miller et coll., 2016) sachant par ailleurs que l'acceptabilité des mesures est plus forte chez les personnes conscientes du lien entre alcool et cancer (Bates et coll., 2018).

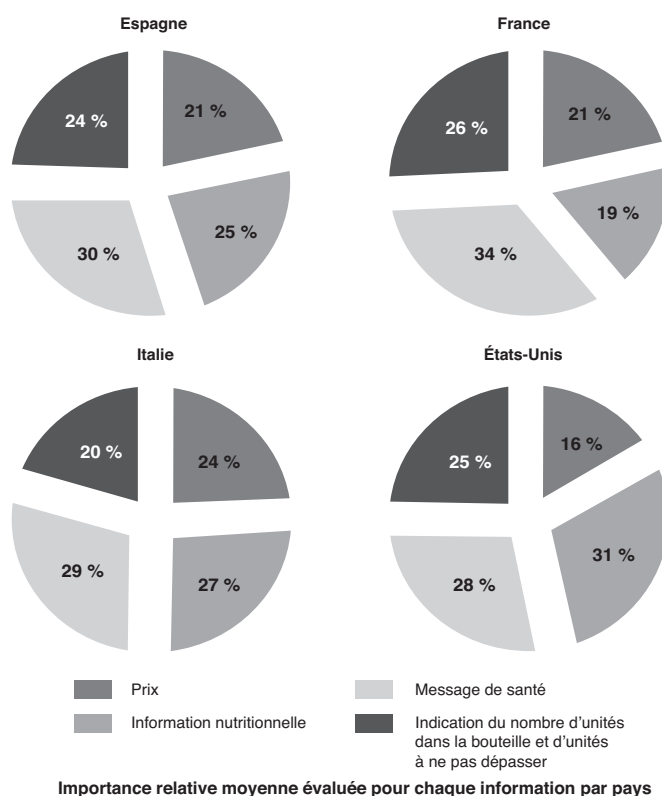


Figure 9.1 : Préférences pour les différentes informations à inscrire (d'après Annunziata et coll., 2016a)

Enfin, notons que plusieurs voix s'élèvent contre le fait que l'inscription de messages sur les contenants soit décidée par les industriels de l'alcool (volontariat comme en Australie en 2011 [Coomber et coll., 2018] ou en Nouvelle-Zélande [Tinawi et coll., 2018]) et préfèrent qu'elle s'inscrive dans une loi rendant la mesure obligatoire. C'est pourtant le choix fait par l'Union européenne. En effet, les États-membres ont approuvé la mise en place d'un étiquetage sur les boissons alcoolisées fondé sur le volontariat des industriels suite au plan d'action 2012-2020 de l'OMS Europe visant à réduire l'usage nocif d'alcool. Un rapport de la Commission européenne de 2017 conclut à une mise en œuvre volontaire et s'en remet à l'autoréglementation du secteur (Commission européenne, 2017 ; voir aussi Vaqué, 2017). Un rapport récent de l'OMS, faisant un état des lieux des pratiques en Europe, recommande notamment une réglementation obligatoire (plutôt que de s'en remettre au volontariat de l'industrie alcoolière) qui permet notamment de contrôler que les messages étiquetés sont en phase avec les recommandations scientifiques et de surveiller la mise en œuvre (OMS, 2020).

Principales recommandations déjà existantes

Ce qui est frappant dans les littératures grise et scientifique, française et internationale, c'est qu'il existe déjà de nombreuses recommandations, largement disponibles et récurrentes. À titre d'exemples, se trouvent ci-dessous, pour l'échelle internationale, les priorités d'actions de l'OMS Europe pour 2012-2020 et pour le niveau français, les recommandations formulées en 2016 par la Cour des comptes (que l'on retrouve dans nombre de publications) (tableau 9.III).

Tableau 9.III : Principaux domaines d'action et recommandations de l'OMS 2012-2020 et la Cour des comptes (2016)

Priorités d'action OMS 2012-2020	Recommandations Cour des comptes 2016
Guidance, sensibilisation et engagement	Adapter, à partir de programmes de recherche renforcés, les messages en direction des consommateurs à risque
Réponse des services de santé	Développer la prévention et la communication vers les publics les plus fragiles
Actions dans les communautés et lieux de travail	Supprimer l'autorisation d'introduction et de consommation sur le lieu de travail
Contre-mesures et politiques pour l'alcool au volant	Renforcer la formation initiale et continue à l'addictologie, développer l'implication des personnels de santé dans le repérage précoce des consommateurs à risque, inclure le RPIB (repérage précoce et intervention brève) dans la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique)
Disponibilité de l'alcool	Relever la fiscalité sur les boissons alcoolisées pour diminuer les consommations à risque et préparer la mise en place d'un prix minimum
Marketing des boissons alcoolisées	Appliquer à tous les supports numériques les restrictions de publicité en faveur des boissons alcooliques
Politiques de prix	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 et en appliquant un régime de contraventions immédiates jusqu'à une alcoolémie de 1,2 g par litre de sang
Réduire les conséquences négatives de la consommation et de l'intoxication à l'alcool	
Réduire l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite et de l'alcool produit informellement	
Surveillance et suivi	

L'enseignement, la recherche et la prévention en matière d'alcool, sous-dotés, doivent avoir plus de moyens : le rapport de la Cour des comptes (2016) se basant sur une enquête de la Fondation pour la recherche en alcoologie (FRA), estimait à 3,5 millions d'euros annuels la recherche – publique et privée – sur l'alcool (soit 0,53 €/habitant), un budget 27 fois inférieur au seul budget d'un organisme public américain de recherche sur l'alcool. Si plus de moyens doivent leur être accordés, ceux-ci doivent être indépendants de l'industrie alcoolière : « chacun doit être à sa place. Il est irréaliste de penser possible un consensus entre celles et ceux dont le métier est de vendre de l'alcool et les logiques de santé publique » (CESE, 2019, p. 27).

Il ne faut pas opter pour une autorégulation du secteur (pourtant choisie par l'UE). Il est même question de financer les alcooliers pour la promotion de la consommation d'alcool responsable (CR de la Journée interassociative « Plan National Alcool » publié dans *Addiction et Addictologie*, 2018⁹⁵). Or dans les régulations volontaires, les lobbies prônent la « modération », concept confus et inefficace.

L'approche globale avec la combinaison de mesures : à partir de la littérature internationale, l'OFDT (2013) avance qu'élever l'âge pour la vente d'alcool au-delà de 18 ans (comme l'ont fait les États-Unis dans les années 1970 et 1980) est une mesure ayant un impact positif sur la réduction du nombre d'accidents de la route et les prévalences de consommations ; cette mesure doit cependant être inscrite dans une politique plus large comprenant à la fois des mesures d'éducation et des mesures de contrôle.

En matière de consommation des mineurs, et pour mieux faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux moins de 18 ans, l'OFDT a recommandé les actions éducatives et la formation des débitants, des mineurs, de l'entourage des jeunes, pour dénormaliser les pratiques, ainsi que les approches communautaires et participatives (OFDT, 2013).

La formation des professionnels de santé (sur ce point, voir plus précisément le chapitre dédié de cette expertise), et en premier lieu, des médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) (selon la Cour des comptes, 2016, seuls 2 % l'utilisent), ce qui est également préconisé par le CESE (2019).

Points en débat dans la littérature internationale

Quel type d'approche ?

Sans que cela ne puisse aujourd'hui faire l'objet de recommandations claires, signalons qu'un point en débat dans la littérature porte sur le type d'approche, c'est-à-dire faut-il une approche ciblée sur l'alcool ou l'intégrer dans une approche générale des addictions, faut-il une approche ciblée sur certaines catégories (âge, sexe, CSP, type de buveurs etc.) ou universelle, faut-il une approche individuelle ou collective ?

95. Fédération Française d'Addictologie. Journée interassociative de la FFA. Plan national alcool – PNA : pour une réduction des risques et des dommages. *Alcoologie et Addictologie* 2018, 40 : 261-267. <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/759>.

L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) rappelle dans son rapport de 2016 qu'en France, l'action publique contre l'alcoolisme a oscillé « entre une approche ciblée sur l'alcool » et « un traitement global des addictions ». Aujourd'hui, la littérature montre que le débat reste ouvert : si certains pensent qu'une approche globale des addictions serait peut-être plus pertinente (CESE, 2019), d'autres pensent au contraire qu'une approche par produit serait plus appropriée, avec notamment un Plan National Alcool (Naassila, 2018). Dans son plan pour 2018-2022, le gouvernement français actuel semble avoir opté pour l'approche générale, en intégrant l'alcool dans une stratégie globale de lutte contre les addictions (Mildeca, 2018).

La Cour des comptes recommandait dans son rapport de 2016 « une politique unifiée de lutte contre les consommations nocives ayant pour but d'infléchir les comportements des consommateurs à risque, qui doivent être responsabilisés dans leur rapport individuel à l'alcool, tout en sensibilisant l'ensemble de la population aux risques des consommations nocives ». La Grande-Bretagne écartait en 2016 d'avoir des recommandations spécifiques pour différents âges ou groupes sociaux (et adoptait comme repère de consommation pour tous 14 unités par semaine, *Department of Health*, 2016), tandis qu'en France, les plans gouvernementaux depuis 2008 prônent plutôt le ciblage des populations les plus exposées et vulnérables, et ce même si la régulation publicitaire, les avertissements sanitaires, les campagnes dans les médias sont plutôt populationnelles (mises à part les actions ciblées sur les femmes enceintes).

Pour dépasser l'opposition classique entre mesures en population générale et mesures ciblées, Rice (2019) propose le concept « d'universalisme proportionné » soit des mesures qui peuvent être destinées à l'ensemble de la population mais dont l'intensité de l'effet doit être plus importante parmi ceux en ayant le plus besoin. Mais comment définir « les catégories en ayant le plus besoin » ? Dans la littérature, on trouve d'abord la nécessité d'adapter les messages selon les buveurs : Com-Ruelle et Célant (2013) ont montré l'évolution de la prévalence des profils d'alcoolisation des buveurs adultes français entre 2002 et 2010, et plus précisément des risques différenciés selon le sexe, l'âge et la catégorie socio-professionnelle :

- risque ponctuel : si les hommes sont 2,6 fois plus touchés par les API (alcoolisations ponctuelles importantes), ces dernières concernent aussi beaucoup les jeunes et sont moins nombreuses à mesure du vieillissement. Sur la période, l'accroissement du risque ponctuel est marqué pour les jeunes femmes et pour certaines CSP (catégories socio-professionnelles). Les cadres et professions intellectuelles ainsi que les professions intermédiaires, hommes

et femmes, sont proportionnellement les plus touchés par le risque ponctuel. Les chômeurs comme les chômeuses arrivent en troisième position des plus touchés par le risque ponctuel ;

- risque chronique : les âges intermédiaires sont les plus touchés par le risque chronique. Chez les hommes, le risque chronique touche en premier lieu les chômeurs, puis les employés de commerce et les agriculteurs, et chez les femmes, les artisanes-commerçantes et les cadres et professions intellectuelles.

Une étude portant sur la Suisse met en évidence les inégalités socio-économiques qui font que les politiques de contrôle n'ont pas le même impact selon le niveau d'éducation, et en appelle donc à des interventions ciblées (Sandoval et coll., 2019).

Beaucoup d'études portent spécifiquement sur les jeunes. Plusieurs étudient les milieux universitaires (Kypri et coll., 2018 ; Jernigan et coll., 2019), et appellent à développer des politiques de prévention sur les campus, préconisant souvent la participation des étudiants à la co-construction des mesures (Van Hal et coll., 2018 ; Larsen et coll., 2016). *Let it hAPYN* (Peloza et coll., 2016) par exemple fait le point sur les meilleures pratiques (tableau 9.IV).

Tableau 9.IV : Principaux domaines des politiques de prévention de l'alcool et leurs meilleures pratiques selon le projet *Let it hAPYN* (2013-2016) (d'après Peloza et coll., 2016)

Politiques	Meilleures pratiques
Taxes sur l'alcool et autres contrôles du prix	Taxes sur l'alcool augmentées
Réguler l'accessibilité physique par des restrictions des horaires et des lieux de vente et la densité des points de vente	Interdiction des ventes, âge minimum légal pour l'achat, rationnement, monopole gouvernemental des ventes de détail, restrictions des heures et jours de vente, restriction de la densité des détaillants, modifier la disponibilité
Réguler les publicités et le marketing des produits alcoolisés	Restrictions de l'exposition par la loi : une interdiction des publicités de l'alcool et du marketing autre
Modifier le contexte de consommation	Augmenter la mise en application de politiques sur lieu et des exigences légales
Mesures sur l'alcool au volant	Contrôles de non-consommation, alcotests au hasard, abaisser les taux limites de l'alcoolémie, suspension de permis, taux alcoolémie zéro pour jeunes conducteurs, permis progressif pour les conducteurs novices
Éducation et persuasion : donner l'information aux adultes et aux jeunes particulièrement par les médias de masse et les programmes d'éducation à l'alcool en milieu scolaire	Devrait être mise en œuvre comme un supplément aux autres politiques efficaces de contrôle de l'alcool atteignant des buts spécifiques
Conduire des ciblage et des interventions brèves dans des actions de santé ; rendre plus disponible des programmes de traitement	Interventions brèves des buveurs à risque, désintoxication, thérapies verbales, aide mutuelle/auto

En arrière-plan grisé, selon les résultats de Inchley et coll. (2016), les 3 approches politiques les plus efficaces.

Concernant plus particulièrement les adolescents, des chercheurs ont analysé leur comportement dans plusieurs pays d'Amérique du Nord et d'Europe entre 2002 et 2014 afin de comprendre pourquoi dans certains pays européens il existe une proportion croissante d'adolescents abstinents sur cette période et montrent que c'est concomitant à l'augmentation des dépenses publiques pour la santé et les familles (Vieno et coll., 2018). D'autres, analysant les adolescents de 13-15 ans de 37 pays soutiennent que la consommation hebdomadaire est liée aux politiques de contrôle, et que les états d'ébriété sont liés aux modes de consommation des adultes. C'est pourquoi ils recommandent d'une part, de diminuer la disponibilité de l'alcool et d'interdire la publicité (stratégies efficaces pour réduire l'alcoolisation fréquente) et d'autre part, de changer les normes et les modes de consommation dans la population adulte pour réduire la prévalence de l'ivresse (Bendtsen et coll., 2014).

Quid de l'éducation à la santé ? Cette mesure est en débat (et un chapitre de cette expertise y est consacré). Certains la recommandent prioritaire (Cohn, 2015), de nombreux travaux l'évoquent en complément d'autres mesures, ou encore certains jugent son effet très limité sur les habitudes de consommation (Mold, 2016).

Approches alternatives ou faut-il s'inspirer d'autres luttes ?

Dans cette réflexion, à savoir peut-on s'inspirer de politiques publiques mises en œuvre dans la réduction de dommages liés à d'autres substances que l'alcool, c'est le tabac qui est, pour certains, source d'inspiration. On a d'abord trouvé l'idée d'utiliser le concept d'« alcoolisation passive » (Naassila, 2018), dans la même veine que les études qui utilisent le concept de « *Alcohol Harm To Others* » (AHTO), pour souligner que les dommages liés à l'alcool ne concernent pas (forcément) que le consommateur et peuvent affecter son entourage (Warpenius et Tigerstedt, 2016). En ce sens, l'idée est similaire au concept de « tabagisme passif ». Selon certains, cela pourrait faciliter une prise de conscience plus grande de la population sur les dommages liés à l'alcool et, peut-être, avoir plus de potentiel pour créer la volonté politique (Warpenius et Tigerstedt, 2016), alors que ne pas faire de la réduction des AHTO un objectif de santé publique empêchera d'appréhender le problème autrement que par une approche curative individuelle, consistant notamment à fournir un traitement aux dépendants à l'alcool (Karriker-Jaffe et coll., 2018).

326 Par ailleurs, faudrait-il adopter une convention internationale comme pour le tabac ? Certains préconisent de développer une stratégie internationale

graduelle, en commençant avec des instruments non contraignants plutôt que d'attaquer d'emblée avec une convention internationale, alternative politiquement moins réaliste (Taylor et Dhillon, 2012). Pouvant fournir un argument en ce sens, Gneiting et Schmitz (2016), comparant les cas du tabac et de l'alcool, ont mis en évidence une différence majeure : la coalition en faveur de plus de contrôle du tabac a réussi à créer et maintenir un consensus sur les solutions, alors que le champ de l'alcool est au contraire très divisé.

De manière plus isolée, quelques pistes mériteraient d'être creusées : par exemple, un article propose de baisser la quantité d'éthanol contenue à quantité égale de produit fini (Anderson et coll., 2018), mais il faut voir si cela ne reviendrait pas à créer un équivalent pour l'alcool des paquets « *light* » pour le tabac. Plus nombreuses, d'autres études préconisent de changer d'approche pour se focaliser sur le nombre de grammes d'alcool à ne pas dépasser (plutôt que ce qui pratique aujourd'hui autour d'un nombre de verres, plus sujet à interprétation individuelle, le contenant pouvant être en lui-même variable mais la recommandation être aussi fonction du type d'alcool consommé). Il s'agirait donc de s'inspirer de ce qui se fait pour le poids corporel avec les recommandations caloriques journalières pour un homme ou une femme faisant ou non de l'exercice, car cela permettrait des repères plus clairs et sans stigmatisation de l'addiction ou la dépendance (Nutt et Rehm, 2014).

Enfin, on a trouvé une comparaison avec le cannabis qui posait la question suivante : quid de la tolérance zéro pour l'alcool au volant comme pour le cannabis et comme l'a introduit la République Tchèque⁹⁶ ? Mais la solution ne semble pas évidente, les pays ayant les limites de concentration d'alcool dans le sang les plus strictes n'ayant pas de meilleurs résultats en termes de sécurité routière (Castillo-Manzano et coll. 2017).

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons analysé la littérature internationale disponible à l'aune des politiques publiques de réduction des dommages liés à l'alcool. En France, dans un contexte de baisse de la consommation depuis la seconde guerre mondiale, plusieurs faits marquants s'imposent aux décideurs : un phénomène de *binge drinking*, des consommations à risque encore importantes, un coût social particulièrement important comparé à d'autres substances et d'autres pays, l'alcool comme deuxième cause de mortalité. En face, une

96. En 1953, mais la mise en œuvre et le système de sanction ont pêché jusqu'en 2010 où sont introduits des contrôles d'alcoolémie systématique.

filière qui pèse de tout son poids économique, avec un lobbying actif et puissant pour défendre ses intérêts économiques, quitte à brouiller la cohérence des messages publics et à faire passer les enjeux de santé publique au second plan.

Ceci étant posé, nous avons vu qu'il y avait dans la littérature un certain nombre de thèmes très étudiés et (plus ou moins) consensuels. Premièrement, les mesures les plus coût-efficaces sont les politiques de réduction des risques (prix minimum, augmentation des taxes, réduction des points de vente et de leurs heures d'ouverture etc.), ainsi que les interdictions de la publicité, les politiques de lutte contre l'alcool au volant et des mesures complémentaires spécifiquement à destination des mineurs.

Deuxièmement, la situation des pays concernant l'adoption de repères de consommation est très variable selon les pays (en avoir ou non, spécifiques à l'alcool ou englobés dans une approche plus générale des addictions ou de la nutrition, etc.) mais il semble que leur impact soit d'autant plus important qu'il y ait une communication importante sur les raisons qui les motivent et notamment le lien entre alcool et cancer.

Troisièmement, la littérature sur l'étiquetage est assez consensuelle sur le manque d'études d'impact sur le fait de mettre des messages ou des pictogrammes de prévention sur les contenants et qu'il faudrait développer les recherches en la matière. Au-delà de ce fait, les résultats sont contrastés par exemple sur la question de savoir s'il vaut mieux un texte qu'un pictogramme. Néanmoins, on peut retenir que ces inscriptions doivent s'inscrire dans une stratégie globale et cohérente, avec les quelques éléments suivants : l'étiquetage semble échouer à toucher les buveurs les plus à risque ; les messages spécifiques (par risque, par type d'alcool, par sexe, etc.) seraient plus efficaces que les messages universels ; dans tous les cas, une rotation des messages est nécessaire pour éviter l'accoutumance et la perte d'efficacité ; la taille, l'emplacement, voire la couleur mériteraient d'être à nouveau étudiés. La perspective d'un étiquetage nutritionnel est à envisager également. Enfin, cet étiquetage ne doit pas être laissé au volontariat de l'industrie alcoolière mais doit être l'objet d'une politique publique contraignante, obligatoire et uniforme.

Quatrièmement, des recommandations déjà existantes foisonnent : développer un plan global qui combine de manière cohérente plusieurs types de mesures coût-efficaces ; augmenter les moyens de la recherche, de l'enseignement et de la prévention sur l'alcool ; une régulation obligatoire et non une autorégulation (volontariat) en matière de prévention et d'étiquetage ; une formation de tous les types de professionnels concernés, et notamment au repérage précoce et intervention brève (RPiB).

En revanche, nous avons vu que les débats restaient ouverts sur le type d'approche la plus pertinente (ciblée sur l'alcool ou générale pour différentes addictions, ciblée sur certains groupes ou en population générale, individuelle ou collective), ainsi que sur l'intérêt de s'inspirer de ce qui se fait pour d'autres substances et en premier lieu pour le tabac avec la construction d'un consensus large, l'implication de tous les professionnels de santé, l'idée d'« alcoolisme passif », une convention internationale, etc.

Enfin, nous avons pu trouver un certain nombre d'éléments relatifs à la construction de ces politiques de réduction des dommages liés à l'alcool, comme le fait de mener un large débat social et politique et de chercher à agir sur les aspects cognitifs et culturels, la nécessaire volonté politique pour maintenir la cohérence des messages et des politiques publiques face à un lobby puissant, le fait à la fois d'inscrire les mesures dans la durée et de trouver les moyens de rendre leur mise en œuvre effective et le fait de construire cette approche globale en mettant le système de soins et les professionnels au cœur de la réflexion et de l'action publique.

RÉFÉRENCES

- Al-Hamdani M, Smith S. Alcohol warning label perceptions: emerging evidence for alcohol policy. *Can J Public Health* 2015 ; 106 : e395-400.
- Al-Hamdani M, Smith SM. Alcohol warning label perceptions: do warning sizes and plain packaging matter? *J Stud Alcohol Drugs* 2017 ; 78 : 79-87.
- Allamani A, Olimpi N, Pepe P, *et al.* Trends in consumption of alcoholic beverages and policy interventions in Europe: an uncertainty “associated” perspective. *Subst Use Misuse* 2014 ; 49 : 1531-45.
- Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009 ; 373 : 2234-2246.
- Anderson P, Jane-Llopis E, Hasan OSM, *et al.* City-based action to reduce harmful alcohol use: review of reviews. *F1000Res* 2018 ; 7 : 120.
- Annuziata A, Pomarici E, Vecchio R, *et al.* Do consumers want more nutritional and health information on wine labels? Insights from the EU and USA. *Nutrients* 2016 ; 8 : E416.
- Annuziata A, Pomarici E, Vecchio R, *et al.* Nutritional information and health warnings on wine labels: exploring consumer interest and preferences. *Appetite* 2016 ; 106 : 58-69.

- Baccini M, Carreras G. Analyzing and comparing the association between control policy measures and alcohol consumption in Europe. *Subst Use Misuse* 2014 ; 49 : 1684-91.
- Bates S, Holmes J, Gavens L, *et al.* Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC Public Health* 2018 ; 18 : 1-11.
- Bendtsen P, Damsgaard MT, Huckle T, *et al.* Adolescent alcohol use: a reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction* 2014 ; 109 : 1857-68.
- Benyamina A, Samitier MP. *Comment l'alcool détruit la jeunesse*. Paris : Albin Michel, 2017.
- Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Épidemiol Hebd* 2019 ; n° 5-6 : 97-108.
- Bourdillon F. Alcool et réduction des risques. *Bull Épidemiol Hebd* 2019 ; n° 5-6 : 88-9.
- Caniard E, Augé-Caumon MJ. *Les addictions au tabac et à l'alcool*. Paris : CESE, janvier 2019.
- Castillo-Manzano JI, Castro-Nuno M, Fageda X, *et al.* An assessment of the effects of alcohol consumption and prevention policies on traffic fatality rates in the enlarged EU. Time for zero alcohol tolerance? *Transp Res Part F Traffic Psychol Behav* 2017 ; 50 : 38-49.
- Chisholm D, Moro D, Bertram M, *et al.* Are the "best buys" for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs* 2018 ; 79 : 514-22.
- Fairbairn CE, Sayette MA, Wright AGC, *et al.* Extraversion and the rewarding effects of alcohol in a social context. *J Abnorm Psychol* 2015 ; 124 : 660-73.
- Com-Ruelle L, Célant N. Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France de 2002 à 2010. *Bull Épidemiol Hebd* 2013 ; n° 16-18 : 185-90.
- Commission Européenne. *Rapport de la commission au parlement européen et au conseil concernant la mention obligatoire de la liste des ingrédients et de la déclaration nutritionnelle sur l'étiquetage des boissons alcoolisées*. Bruxelles, 2017.
- Coomber K, Hayley A, Giorgi C, *et al.* A Qualitative investigation of Australian young adult responses to pictorial and graphic alcohol product warnings. *J Drug Issues* 2017 ; 47 : 622-37.
- Coomber K, Hayley A, Miller PG. Unconvincing and ineffective : young adult responses to current Australian alcohol product warnings. *Aust J Psychol* 2018 ; 70 : 131-8.
- Coomber K, Jones SC, Martino F, *et al.* Predictors of awareness of standard drink labelling and drinking guidelines to reduce negative health effects among Australian drinkers. *Drug Alcohol Rev* 2017 ; 36 : 200-9.

Cogordan C, Kreft-Jaïs C, Guillemont J. Effects of alcoholic beverage control policies and contextual factors on alcohol consumption and its related harms in France from 1960 to 2000. *Subst Use Misuse* 2014 ; 49 : 1633-45.

Cour des comptes. *La mise en œuvre du plan cancer. Rapport public thématique*. Paris, 2008.

Cour des comptes. *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public thématique*. Paris, juin 2016.

Couteron JP. Pour une politique de santé publique adaptée aux consommateurs et à leurs consommations d'alcool. *Santé Publique* 2018 ; 30 : 443.

Daroven MP, Lane D, Kirby J, *et al.* Support for evidence-based alcohol policy in Ireland: results from the community action on alcohol pilot project. *J Public Health Policy* (published online 31 October 2018).

Departement of Health. *Alcohol guidelines review – Report from the guidelines development group to the UK Chief medical officers*. UK : Departement of Health, 2016 : 1-44.

Diaz-Gomez C, Lermenier A, Milhet M. *Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs*. Paris : OFDT, 2013 : 1-134.

Dossou G, Gallopel-Morvan K, Diouf JF. The effectiveness of current French health warnings displayed on alcohol advertisements and alcoholic beverages. *Eur J Public Health* 2017 ; 27 : 699-704.

Dumas A, Toutain S, Hill C, *et al.* Warning about drinking during pregnancy: lessons from the French experience. *Reprod Health* 2018 ; 15 : 1-9.

Dumont S, Marques-Vidal P, Favrod-Coune T, *et al.* Alcohol policy changes and 22-year trends in individual alcohol consumption in a Swiss adult population: a 1993-2014 cross-sectional population-based study. *BMJ Open* 2017 ; 7 : e014828.

Foster S, Gmel G, Mohler-Kuo M, Light and heavy drinking in jurisdictions with different alcohol policy environments. *Int J Drug Policy* 2019 ; 65 : 86-96.

Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, *et al.* France's Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. *Addiction* 2017 ; 112 (suppl 1) : 86-93.

Giesbrecht N, Wettlaufer A, Simpson S, *et al.* Strategies to reduce alcohol-related harms and costs in Canada: a comparison of provincial policies. *Int J Alcohol Drug Res* 2016 ; 5 : 33-45.

Gneiting U, Schmitz HP. Comparing global alcohol and tobacco control efforts: network formation and evolution in international health governance. *Health Policy Plan* 2016 ; 31 (suppl 1) : i98-109.

Hassan LM, Shiu E. A systematic review of the efficacy of alcohol warning labels: insights from qualitative and quantitative research in the new millennium. *J Soc Mark* 2018 (1).

Hobin E, Vallance K, Zuo F, *et al.* Testing the efficacy of alcohol labels with standard drink information and national drinking guidelines on consumers' ability to estimate alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 2018 ; 53 : 3-11.

IARD. *National drinking guidelines*. Washington, 2017.

INCa, Santé publique France. *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France*. Saint Maurice : INCa/Santé publique France, 2017 : 1-153.

Inchley J, Currie D, Young T, *et al.* *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: health behaviour in school-aged children (HBSC) study. International report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen, Denmark : World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2016 : 292 p.

Jernigan DH, Shields K, Mitchell M, Arria AM, Assessing campus alcohol policies: measuring accessibilité, clarity, and effectiveness. *Alcohol Clin Exp Res* 2019 ; 43 : 1007-15.

Karriker-Jaffe KJ, Room R, Giesbrecht N, *et al.* Alcohol's harm to others: opportunities and challenges in a public health framework. *J Stud Alcohol Drugs* 2018 ; 79 : 239-43.

Kersbergen I, Field M. Alcohol consumers' attention to warning labels and brand information on alcohol packaging: findings from cross-sectional and experimental studies. *BMC Public Health* 2017 ; 17 : 123.

Knai C, Petticrew M, Douglas N, *et al.* The public health responsibility deal: using a systems-level analysis to understand the lack of impact on alcohol, food, physical activity, and workplace health sub-systems. *Int J Environ Res Public Health* 2018 ; 15 : 2895.

Kremer P, Crooks N, Rowland B, *et al.* Underage alcohol sales in community sporting clubs. *Drug Alcohol Rev* 2018 ; 37 : 879-86.

Kypri K, Maclennan B, Cousins K, *et al.* Hazardous drinking among students over a decade of university policy change: controlled before-and-after evaluation. *Int J Environ Res Public Health* 2018 ; 15 : 2137.

Larsen EL, Smorawski GA, Kragbak KL, *et al.* Students' drinking behavior and perceptions towards introducing alcohol policies on university campus in Denmark: a focus group study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016 ; 11 : 1-11.

Lewsey J, Haghpanahan H, Mackay D, *et al.* Impact of legislation to reduce the drink-drive limit on road traffic accidents and alcohol consumption in Scotland: a natural experiment study. *Public Health Res* 2019 ; 7 (12).

Madureira-Lima J, Galea S. Alcohol control policies and alcohol consumption: an international comparison of 167 countries. *J Epidemiol Community Health* 2018 ; 72 : 54-60.

Martin-Moreno JM, Harris ME, Breda J, *et al.* Enhanced labelling on alcoholic drinks: reviewing the evidence to guide alcohol policy. *Eur J Public Health* 2013 ; 23 : 1082-7.

Mildec. *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022*. Paris, 2018.

Miller ER, Ramsey IJ, Baratin GY, *et al.* Message on a bottle: are alcohol warning labels about cancer appropriate? *BMC Public Health* 2016 ; 16 : 139.

Mold A. "Everybody likes a drink, nobody likes a drunk". Alcohol, health education and the public in 1970s Britain. *Soc Hist Med* 2017 ; 30 : 612-36.

Naassila M. Journée interassociative de la Fédération française d'addictologie, Plan National Alcool-PNA : pour une réduction des risques et des dommages. *Addiction Addictologie* 2018 ; 40 : 261-7.

Nicholls J, Greenaway J. What is the problem? Evidence, politics and alcohol policy in England and Wales, 2010-2014. *Drugs Educ Prev Policy* 2015 ; 22 : 135-42.

Nutt DJ, Rehm J. Doing it by numbers: a simple approach to reducing the harms of alcohol. *J Psychopharmacol* 2014 ; 28 : 3-7.

OMS (Organisation mondiale de la santé). *Global Status report on alcohol and health*. Genève, 2018.

OMS (Organisation mondiale de la santé). *What is the current alcohol labelling practice in the WHO European region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? Health evidence network synthesis report 68*. Genève, 2020.

Pagani V, Alla F, Cambon L, et al. Élaboration des normes de prévention : une réflexion éthique nécessaire. *Santé Publique* 2018 ; 30 : 321-31.

Paille F, SFA, SFGG. Personnes âgées et consommation d'alcool. *Alcoologie Addictologie* 2014 ; 36 : 61-72.

Peloza J, Liutkute V, Galkus L, et al. *LET it hAPYN: preventing and reducing alcohol related harm in youth organizations in Europe: final publication*. Drobne M, Peloza J (eds). Ljubljana : Alcohol Policy Youth Network, Dutch Institute for Alcohol PolicyEuro Care, 2016 : 1-52.

Pham C, Rundle-Thiele S, Parkinson J, et al. Alcohol warning label awareness and attention: a multi-method study. *Alcohol Alcohol* 2018 ; 53 : 39-45.

Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. *Bull Épidemiol Hebd* 2019 ; 5-6 : 109-15.

Raninen J, Harkonen J, Landberg J. Long-term effects of changes in Swedish alcohol policy: can alcohol policies effective during adolescence impact consumption during adulthood? *Addiction* 2016 ; 111 : 1021-6.

Rice P, Plus ça change, plus c'est la même chose: a review of recent alcohol policy developments in Europe. *Alcohol Alcohol* 2019 ; 54 : 123-7.

Richard JB, Palle C, Guignard R, et al. La consommation d'alcool en France en 2014, INPES. *Évolutions* 2015 ; n° 32.

Richard JB, Beck F, Spilka S. La consommation d'alcool des 18-25 ans en 2010 en France : spécificités et évolutions depuis 2005. *Bull Épidemiol Hebd* 2013 ; n° 16-18 : 176-9.

Robertson K, Thyne M, Hibbert S. Drinkers perceived negative alcohol-related expectancies: informing alcohol warning messages. *Drugs Educ Prev Policy* 2017 ; 24 : 197-205.

- Rosenberg G, Bauld L, Hooper L, *et al.* New national alcohol guidelines in the UK: public awareness, understanding and behavioural intentions. *J Public Health* 2017 ; 40 : 549-56.
- Sandoval JL, Leão T, Theler J, *et al.* Alcohol control policies and socioeconomic inequalities in hazardous alcohol consumption: a 22-year cross-sectional study in a Swiss urban population. *BMJ Open* 2019.
- Stafford LD, Salmon J. Alcohol health warnings can influence the speed of consumption. *J Public Health* 2017 ; 25 : 147-54.
- Taylor AL, Dhillon IS. An international legal strategy for alcohol control: not a framework convention: at least not yet. *Addiction* 2013 ; 108 : 450-5.
- Tinawi G, Gray T, Knight T, *et al.* Highly deficient alcohol health warning labels in a high-income country with a voluntary system. *Drug Alcohol Rev* 2018 ; 37 : 616-26.
- Toutain S. Concilier « Zéro alcool pendant la grossesse » et alcoolisation ponctuelle importante des premières semaines. Une enquête qualitative sur des forums de discussion. *Bull Épidemiol Hebd* 2017 ; n° 11 : 207-12.
- Vallance K, Romanovska I, Stockwell T, *et al.* “We have a right to know”: exploring consumer opinions on content, design and acceptability of enhanced alcohol labels. *Alcohol Alcohol* 2018 ; 53 : 20-5.
- Van Hal G, Tavolacci MP, Stock C, *et al.* European university students’ experiences and attitudes toward campus alcohol policy : a qualitative study. *Subst Use Misuse* 2018 ; 53 : 1539-48.
- Vaqué LG. Self-regulation of the labelling of the list of ingredients of alcoholic beverages: a long-term solution? *Eur Food Feed Law Rev* 2017 ; 12 : 413-21.
- Vasiljevic MA, Couturier DL, Frings D, *et al.* Impact of lower strength alcohol labeling on consumption: a randomized controlled trial. *Health Psychol* 2018 ; 37 : 658-67.
- Vasiljevic MB, Couturier DL, Marteau TM. Impact on product appeal of labeling wine and beer with (a) lower strength alcohol verbal descriptors and (b) percent alcohol by volume (%ABV) : an experimental study. *Psychol Addict Behav* 2018 ; 32 : 779-91.
- Vieno A, Altoe G, Kuntsche E, *et al.* Do public expenditures on health and families relate to alcohol abstaining in adolescents? Multilevel study of adolescents in 24 countries. *Drug Alcohol Rev* 2018 ; 37 : S120-8.
- Voller F, Allamani A. Contextual factors and alcohol consumption control policy measures: the AMPHORA study background. *Subst Use Misuse* 2014 ; 49 : 1508-14.
- Voller F, Maccari F, Pepe P, *et al.* Changing trends in European alcoholic beverage drinking: selected social, demographic, economic factors, drinking’s related harms, and prevention control policies between the 1960s and 2000s. *Subst Use Misuse* 2014 ; 49 : 1515-30.

Warpenius K, Tigerstedt C. Positioning alcohol's harm to others (AHTO) within alcohol research: a reinvented perspective with mixed policy implications. *Nordic Stud Alcohol Drugs* 2016 ; 33 : 487-502.

Wettlaufer A. Can a label help me drink in moderation? a review of the evidence on standard drink labelling. *Subst Use Misuse* 2018 ; 53 : 585-95.

Wigg S, Stafford LD. Health warnings on alcoholic beverages: perceptions of the health risks and intentions towards alcohol consumption. *PLoS One* 2016 ; 11 : e0153027.

Wolfaardt BM, Brownbill AL, Mahmood MA, *et al.* The Australian NHMRC guidelines for alcohol consumption and their portrayal in the print media: a content analysis of Australian newspapers. *Aust NZ J Public Health* 2018 ; 42 : 43-5.

Wright A. Local alcohol policy implementation in scotland: understanding the role of accountability within licensing. *Int J Environ Res Public Health* 2019, 16.