

La consommation d'alcool, même à de faibles niveaux, est un fardeau pour la société française sur les plans sanitaire, social et économique. Les moyens alloués à la réduction de sa consommation et à la prise en charge de ses conséquences ne sont pour autant pas à la hauteur des enjeux et ne s'appuient pas assez sur les résultats de la recherche [1]. Sollicité par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et la Direction générale de la santé (DGS), l'Inserm a réalisé une expertise collective* faisant le bilan des connaissances scientifiques sur la réduction des dommages associés à l'alcool afin de souligner les stratégies de prévention et d'accompagnement efficaces. S'appuyant sur les résultats de ce travail, ce numéro de Questions de santé publique expose les données récentes sur les consommations et leurs conséquences, sur les facteurs de risques et les politiques mises en place pour protéger la population ainsi que sur les stratégies de prévention. Il présente aussi les principales recommandations du groupe d'experts sur ce sujet.

Les mesures préconisées ici, en direction des pouvoirs publics et de la population, ont fait la preuve de leur efficacité. Celles-ci devraient être au cœur d'une politique de Réduction Des Risques et des Dommages (RDRD) fondée sur une réduction des consommations.

Réduction des dommages associés à l'alcool : quelles stratégies de prévention et d'accompagnement ?

***Expertise collective de l'Inserm « Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool », 2021 ; coordonnée par Marie Lhosmot-Marquet et Laurent Watroba sous la direction de Laurent Fleury du Pôle Expertise Collective de l'Inserm et réalisée par un groupe pluridisciplinaire de 12 chercheurs experts : Guillaume Airagnes¹, Christian Ben Lakhdar², Jean-Bernard Daeppen³, Karine Gallopel-Morvan⁴, Fabien Girandola⁵, Valérie Lallemand-Mezger⁶, Louise Lartigot⁷, Jean-Michel Lecrique⁸, Maria Melchior⁹, Mickaël Naassila¹⁰, Pierre Polomeni¹¹ et Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles¹²**

1 AP-HP, Centre – Université de Paris, Département Médico-Universitaire de Psychiatrie et Addictologie, Paris ; Inserm, UMS 011 Cohortes épidémiologiques en population, Villejuif.

2 LEM (UMR CNRS 9221), Université de Lille, Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales (FSJPS), Lille.

3 CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

4 École des hautes études en santé publique (EHESP), CNRS, ARENES – UMR 6051, Rennes.

5 Laboratoire de Psychologie Sociale (LPS, U.R. 849), Institut Créativité et Innovations (InCIAM), Aix-Marseille Université, Maison de la Recherche, Aix-en-Provence.

6 Université de Paris, Épigénétique et Destin Cellulaire (UMR 7216), CNRS, Paris.

7 Sciences Po Saint-Germain-en-Laye, Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales (CESDIP), Saint-Germain-en-Laye.

8 Santé publique France, Saint-Maurice.

9 Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Inserm, Sorbonne Université UMR 1136, Paris.

10 Inserm UMR 1247 – GRAP (Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances), Centre Universitaire de Recherche en Santé, Université de Picardie Jules Verne, Amiens.

11 Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, Sevrans.

12 Inserm U 1153 - EPDPé, Hôpital Tenon, Paris.

I. QUELS MODES DE CONSOMMATIONS POUR QUELLES CONSÉQUENCES ?

Données épidémiologiques récentes de consommation [2-5]

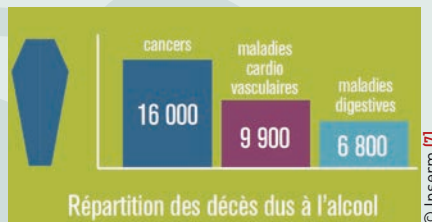
En France, la consommation d'alcool est ubiquitaire avec 42,8 millions de consommateurs et des niveaux élevés de consommation chez les jeunes et les seniors. Expérimentée pour la première fois au cours de l'adolescence, la consommation d'alcool devient régulière (10 fois ou plus par mois) pour 8 % des jeunes de 17 ans, tandis que 40 à 50 % ont au moins une alcoolisation ponctuelle importante (5 verres d'alcool ou plus par occasion) mensuelle. Environ 25 % des jeunes avec une consommation à risque poursuivent ce type de consommation à l'entrée dans la vie adulte. Chez les adultes en France, la consommation moyenne par jour est de 27 g d'alcool pur par personne, soit l'équivalent de 2,7 verres de boissons alcoolisées. Si durant la grossesse la consommation d'alcool a diminué au cours des dernières décennies, encore 20 % des femmes enceintes déclarent avoir bu de l'alcool.



Dommages sanitaires et socio-économiques

L'alcool (éthanol) est un produit psychoactif et addictif et répond donc à la définition d'une drogue. Il s'agit d'une molécule cancérigène et toxique pour de nombreux organes dont la toxicité est relayée en partie par son métabolite, l'acétaldéhyde. La consommation d'alcool est responsable directement ou indirectement de plus d'une soixantaine de maladies dont la cirrhose hépatique, certains cancers (du foie, colorectal, du sein et des voies aérodigestives supérieures) [6], des maladies cardiovasculaires, des maladies digestives, des maladies mentales, ainsi que des accidents et des suicides.

En 2016, la consommation d'alcool a représenté la 7^e cause de perte d'années de vie en bonne santé dans le monde et la première cause d'hospitalisation



en France. La mortalité attribuable à l'alcool, plus élevée en France qu'ailleurs en Europe, est de 11 % des décès chez les hommes et 4 % chez les femmes chez les 15 ans et plus, soit 41 000 décès, dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes.

La mortalité attribuable à l'alcool par classe d'âge est de 7 %, 15 % et 6 % respectivement pour les 15-34, 35-64 et 65 ans et plus. Parmi ces décès, 16 000 correspondent à des cancers, 9 900 à des maladies cardiovasculaires, 6 800 à des maladies digestives, 5 400 sont dus à un accident ou à un suicide. Environ 8 % de tous les nouveaux cas de cancer sont liés à l'alcool. Sa consommation à des niveaux dits faibles (définis selon l'OMS à moins de 20 g/j pour les femmes et 40 g/j pour les hommes) à modérés (respectivement 20 à 40 g/j et 40 à 60 g/j) contribue particulièrement à ce fardeau sanitaire, dont plus du tiers de ces nouveaux cas de cancer attribuables à l'alcool. Alors que les femmes consomment moins d'alcool en moyenne, l'incidence des cancers attribuables à l'alcool est similaire entre les sexes, avec notamment un nombre important de cancers du sein imputables à l'alcool particulièrement à des niveaux de consommation faibles à modérés.

Toute consommation d'alcool, même faible, pendant la grossesse peut provoquer chez l'embryon ou le fœtus des troubles et malformations, dont la forme la plus grave est le syndrome d'alcoolisation fœtale. En Europe, sa prévalence, plus élevée qu'ailleurs dans le monde, est estimée à 37 pour 10 000 personnes [10]. Les équipes soignantes, organisées en réseaux de santé périnatale ou réseaux de pédiatrie, doivent entretenir les connaissances et les formations de leurs membres pour optimiser ces repérages et les prises en charge spécifiques. En termes de santé des populations, la fréquence de l'alcoolisation fœtale est préoccupante compte tenu de la gravité des atteintes pour l'enfant et de la reconnaissance éventuellement tardive des troubles.



Il n'y a aucun seuil en-dessous duquel la consommation d'alcool pendant la grossesse serait absolument sans risque pour l'enfant à naître, l'alcool bu par la femme enceinte passe dans le sang du fœtus. Les experts recommandent donc d'appliquer le « principe de précaution » : zéro alcool pendant la grossesse (ainsi que pendant la période pré-conceptionnelle et pendant l'allaitement).



Coût social de l'alcool

Estimé à 118 milliards d'euros en 2010 en France, correspondant à 6 % du PIB, le coût social très élevé de l'alcool se compose de 66 Mrd € coûts liés à la mortalité et 39 Mrd € à la morbidité attribuables [13].

Une analyse coût-bénéfice de l'alcool indique que la satisfaction monétarisée (profit des producteurs) et retirée de la consommation d'alcool (ex : plaisir gustatif personnel, convivialité, etc.) en France ne parvient pas à compenser le coût des pathologies et de la mortalité.

Le secteur alcoolier français se prévalait encore dans les années 2000 d'une employabilité importante : près de 800 000 emplois directs et indirects étaient recensés sur le territoire métropolitain. Aujourd'hui, le secteur en revendique 500 000, soit 300 000 emplois de moins en une quinzaine d'années. Avec plus de 4 milliards d'euros de recettes fiscales annuelles (à comparer avec les 118 milliards de coût social), le secteur alcoolier semble toutefois être un contributeur important aux revenus de l'État. Cependant, au vu de la fiscalité appliquée sur les produits du vin, le système fiscal en vigueur ne maximise pas les potenti-

Aucun effet protecteur de l'alcool



Les études récentes, et de nouvelles méthodologies comme la *randomisation mendélienne*¹, indiquent un effet néfaste de l'alcool dès 1 à 1,5 verres. Les effets « protecteurs » à la base du célèbre « *French paradox*² » ne sont pas réels. En effet, si des études pouvaient le laisser penser, l'analyse approfondie de celles-ci révèle des

problèmes méthodologiques et en particulier la présence de nombreux biais liés à la définition du groupe témoin et au caractère déclaratif des consommations d'alcool.

Une méta-analyse regroupant 87 études [11] avec plus de 4 millions de personnes consommant moins de 2,5 verres standard par jour a montré que, lorsque les ex-consommateurs sont exclus du groupe de référence des non-buveurs et lorsque les études sont contrôlées pour leur qualité, des effets « protecteurs » de la consommation faible d'alcool sur la santé n'apparaissent pas. Cette méta-analyse montre que des facteurs de confusion (tabac, origine ethnique ou raciale, abstinence, valeurs aberrantes, etc.) expliquent la diminution du risque de mortalité chez les consommateurs avec de faibles niveaux de consommation (c'est-à-dire les effets apparemment protecteurs à la base du célèbre « *French paradox* »). Les études sans biais et de haute qualité dans leur construction et analyse ne montrent aucune réduction du risque.

De même, lorsque la quantité d'alcool consommée n'est plus déclarative mais corrigée à partir des achats réels d'alcool (se révélant d'une quantité plus importante) (Figure 1), le risque de survenue d'un problème de santé existe chez les buveurs même pour une quantité consommée inférieure à 1 verre/jour.

Ainsi, il est désormais établi que toute consommation est nuisible pour la santé.

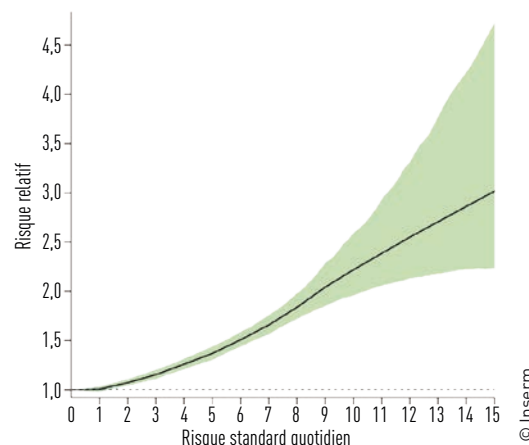


Figure 1. Risque relatif de développer un problème de santé issu de sa consommation d'alcool (ajustement sur l'âge) en fonction de la consommation quotidienne en 2016 et pour les deux sexes (Griswold et al., 2018) [12].

1 La randomisation mendélienne est fondée sur le principe que l'enfant hérite de façon aléatoire des gènes de ses deux parents au tout premier stade du développement et que, par conséquent, les gènes d'une personne ne subissent pas l'influence de facteurs externes ou de maladies. Les gènes servent de variables instrumentales pour des facteurs environnementaux modifiables, ici la consommation d'alcool, et permettent de détecter le lien de causalité direct avec la maladie étudiée.

2 Par le passé, divers travaux ont suggéré qu'une consommation modérée d'alcool aurait pu avoir un effet protecteur contre les maladies cardiovasculaires, comparativement à l'abstinence. Cet effet alors appelé « *French paradox* » intriguait les épidémiologistes dans les années 1970 : pourquoi la mortalité par maladie coronarienne était-elle moins importante en France qu'au Royaume-Uni, alors qu'on y mangeait plus de graisses animales et qu'on y fumait autant ?

tés de recettes. La contribution fiscale et les volumes consommés ne sont pas en adéquation : les spiritueux génèrent 81 % des recettes fiscales tandis que les bières et les vins, davantage consommés, contribuent respectivement à hauteur de 12 % et de 4 %. Le vin est ainsi peu taxé alors qu'il est beaucoup consommé et que l'effet d'un gramme d'alcool ne diffère pas entre vin et autres produits alcoolisés.

Il serait donc ainsi possible d'augmenter les taxes des produits alcoolisés afin de réduire le coût social sans pour autant fragiliser l'économie de ce secteur.

II. LES FACTEURS DE RISQUE DE LA CONSOMMATION ET LES MOYENS MIS EN PLACE POUR PROTÉGER LA POPULATION

La consommation d'alcool est influencée par des facteurs structurels et collectifs

(tels que le contexte des consommations, le niveau de production, de distribution et de régulation de l'alcool, les difficultés socio-économiques, l'influence des pairs, des parents et de la culture relative à l'alcool) et des facteurs individuels et psychologiques (tels que expériences vécues, problèmes de comportement, recherche de sensations...). Le prix de l'alcool, sa disponibilité ou encore les normes relatives à sa consommation, sont associés à des perceptions positives de l'alcool et aux tendances de consommation.

Marketing des produits alcoolisés et lobbying de la filière alcool

Le marketing de l'alcool avec ses outils classiques (voir Encadré page 4) influence les niveaux et modes de consommation et joue un rôle primordial dans les comportements d'alcoolisation des jeunes. Internet et les réseaux sociaux, fréquentés par les jeunes, où la publicité est peu

régulée, sont particulièrement investis par les producteurs d'alcool. Or, l'exposition à des contenus pro-alcool augmente significativement l'envie de consommer, les quantités bues et la banalisation des alcoolisations excessives.

Des travaux scientifiques menés à partir des années 2000 [14-16] ont analysé l'effet du marketing de l'alcool sur les jeunes. La très grande majorité des recherches révèle un lien positif et significatif entre l'exposition au marketing et la publicité pour des produits alcooliques, les attitudes puis les comportements d'alcoolisation des jeunes (initiation pour les non-consommateurs, augmentation de consommation pour les jeunes consommateurs).

Des recherches se sont également intéressées à la façon dont la filière alcool tente, en particulier, de contrer les régulations du marketing de l'alcool mises en place ces dernières décennies dans certains pays et préconisées par l'OMS. Une revue systématique a été publiée sur ce

Les principaux outils du marketing

Le produit : concevoir un produit susceptible de plaire à la cible à atteindre pour l'inciter à acheter

Le prix : proposer des prix adaptés au budget de la cible visée, en lien avec l'image et le positionnement souhaités pour le produit (par exemple : un prix élevé pour une meilleure image de marque). La politique de prix consiste à réfléchir au « bon » prix, à proposer des promotions (magasins, sites de vente en ligne, bons de réduction sur l'emballage, etc.).

La publicité : rendre le produit (ou la marque) attractif/ve, augmenter sa notoriété et donner envie d'acheter grâce à la publicité (en sélectionnant les médias et les contenus de publicité les plus pertinents par rapport à la cible). Supports publicitaires protéiformes : affichage, presse, Internet, sponsoring, placement de produit dans les films, mécénat, publicité sur le lieu de vente, etc.

L'accès au produit : faciliter l'accès et la disponibilité du produit dans de nombreux endroits. Valoriser la présentation de la marque dans les lieux de vente pour faciliter et inciter à l'acte d'achat (*merchandising*).

thème [17]. Elle révèle l'existence de cinq axes stratégiques déployés par la filière alcool afin d'infléchir les décisions sur les régulations marketing :

1. la diffusion d'informations sur le sujet en faveur de l'alcool (via des rencontres directes ou indirectes avec les décideurs, des collaborations avec les gouvernements, des publications qui omettent et/ou réfutent la littérature scientifique sur l'impact du marketing sur les jeunes) ;
2. la constitution de groupes d'intérêts et d'alliances pour peser contre la mesure ;
3. la proposition de mesures alternatives à la régulation du marketing (autorégulation, programmes de responsabilité sociale des entreprises et d'éducation au goût de l'alcool des plus jeunes) ;
4. le recours à des lois (remise en cause de la légalité de la mesure, mobilisation de textes internationaux pour contrer la mesure locale) ;
5. les dissuasions financières (arrêt des financements dans le sport, etc.).

Les politiques de lutte contre la consommation d'alcool

En France, la loi Évin de 1991 encadre la lutte contre les dommages liés à la consommation d'alcool (et de tabac). Dans sa version actuelle en plus de n'être pas toujours respectée (voir l'*Encadré* des exemples de publicités condamnées en France), elle a été considérablement modifiée et affaiblie sous l'effet du *lobbying* des producteurs d'alcool. En effet, en 1991, la loi Evin prévoyait l'interdiction de publicité pour l'alcool à la télévision, dans les ciné-

mas et sur les affichages. Or, dès 1994, la promotion de l'alcool est de retour sur les affiches alors qu'elle n'était autorisée que dans les seules zones de production viticole. Alors que les publicités ne pouvaient comporter que des notions neutres comme le nom de domaine ou encore le degré d'alcool, en 2005, les publicités ont de nouveau pu faire référence à la couleur, l'odeur, etc. L'autorisation par la loi HPST en 2009 de la publicité sur Internet – media où la publicité s'impose à tous, utilisé massivement par les jeunes, et même les enfants – illustre bien le glissement entre l'objectif initial et le texte amendé. Aujourd'hui elle protège donc peu les mineurs de l'exposition à la publicité des marques d'alcool, en particulier sur internet, dans les affichages de rue, et dans les supermarchés. De plus, des acteurs du *lobbying* en faveur de l'alcool mènent des campagnes de prévention et/ou de promotion de la consommation dite « responsable » et contrarient ainsi la mise en place d'une réglementation efficace. L'auto-régulation proposée et mise en œuvre par les industries est inefficace pour protéger les jeunes du marketing de l'alcool.

Focus sur le prix et la restriction de l'offre et de la demande

Limitation de l'offre

En matière de limitation de l'offre d'alcool, trois mesures phares mises en œuvre et évaluées dans différents pays permettent une mise en relief de la situation française.

- La restriction du nombre de débits de boissons alcoolisées est obtenue en

réglant les conditions d'installation sur un territoire donné. Alors que de fortes prérogatives sont actuellement en faveur d'une décision unilatérale des maires et des préfets en France, avec une législation qui vient de s'assouplir concernant la migration des licences IV à destination des aires touristiques, en Angleterre, la décision d'octroi de licence est multipartite. Ce sont en effet des commissions composées de différentes parties prenantes à l'installation de débits de boissons qui donnent ou non leur aval à de nouvelles implantations. Ce sont ainsi des commissions plus représentatives de la population qui prennent les décisions, et la question de la distribution de l'alcool revient au centre du débat public.

Depuis l'instauration de ces commissions dans ce pays, le nombre d'admissions à l'hôpital en lien avec l'alcool a diminué dans les aires géographiques dont ces commissions ont la charge [18]. En France, ce sont les maires et les préfets qui fixent par arrêtés les heures d'ouverture et de fermeture des débits de boissons à emporter ou à consommer sur place dans la limite de la législation nationale. Des différences territoriales existent ainsi concernant les heures de fermeture des débits de boissons. Différentes expériences étrangères de restriction des plages horaires de vente d'alcool éclairent l'impact que ces modifications peuvent avoir en termes d'usage d'alcool et de dommages associés. Que cela soit aux Pays-Bas, en Allemagne, en Norvège, en Suisse ou encore en Australie, la littérature scientifique s'accorde sur l'intérêt de restreindre les plages horaires de vente d'alcool (à emporter ou à consommer sur place), ainsi que sur des indicateurs de santé et d'ordre public (baisse des consommations, des agressions violentes, des alcoolémies routières).

- Les bénéfices à limiter les consommations d'alcool des plus jeunes sont aussi clairement documentés. Les interdictions de vente d'alcool aux personnes mineures (de moins de 18 ou de 21 ans selon les pays) sont associées à de plus faibles consommations d'alcool et à de moindres conséquences négatives de l'usage d'alcool chez les adolescents et jeunes adultes ainsi qu'à une plus faible accidentologie routière. Des recherches démontrent également les bénéfices sanitaires à long terme que produiraient de telles interdictions. Les

Exemples de publicités / *packagings* condamnés en France pour non-respect de la loi Évin

A : Coffret Piper-Heidsieck sorti en 2018 en France. Il a été interdit au titre de la loi Évin (ordonnance de référé rendue le 20 décembre 2018, Tribunal de Grande Instance (TGI) de Paris). Les références à la féminité, au glamour ne sont pas admises concernant le packaging des boissons alcooliques.

B : *Packaging* Carlsberg sorti en 2014 en France, lors de la coupe du monde de football au Brésil. Le visuel présente des joueurs officiant dans le championnat de football anglais (*Premier League*) dont la marque Carlsberg était le sponsor. Cette campagne publicitaire était assortie d'un jeu concours. Le *packaging* des boissons alcooliques est une forme de publicité devant respecter les limitations de contenu imposées par la loi Évin. C'est à ce titre que cette cannette a été interdite (Cour de cassation, 5 juillet 2017).

C : Heineken a sorti en 2013 une bouteille en partenariat avec le label musical Ed Banger. Il ressort de l'ordonnance de référé (TGI Paris 18 juillet 2013) que les mentions très orientées sur la sensualité, voire la sexualité, ne pouvaient figurer sur le *packaging*, ce dernier ayant vocation à être un objet publicitaire.

D : Publicité pour Absolut Vodka sortie en France en 2002. Elle a été condamnée en 2007 car la publicité suggérait une association (illégitime) entre la marque d'alcool, les nuits parisiennes et le sexe (référence à Pigalle).

preuves scientifiques de l'intérêt des limites d'âge élevées en matière d'accès à l'alcool sont donc aujourd'hui incontestables et, en ce sens, l'augmentation progressive de l'âge légal d'accès à l'alcool en France apparaît judicieuse.

Limitation de la demande

En matière de limitation de la demande d'alcool, ce sont les mécanismes fiscaux qui sont les plus largement mobilisés et évalués à l'international, et en Europe en particulier. Il s'agit d'augmenter le prix des boissons alcoolisées, à travers une augmentation des taxes et accises les frappant, dans le but de restreindre leur achat et donc leur consommation. La littérature scientifique s'intéresse ainsi aux impacts des augmentations des prix des boissons alcoolisées dans leur intensité, dans les catégories de population les plus à même d'être sensibles à ces variations de prix, et finalement à leur impact en termes de santé publique. Il ressort de ces études que les individus sont effectivement sensibles aux variations de prix des boissons alcoolisées de façon générale avec toutefois une efficacité différente en fonction du produit. En effet, la population est très sensible aux variations des prix des spiritueux, sensible aux variations du prix du vin et un peu moins à celles des prix des bières.

Malgré ces différences, quand les prix augmentent les individus consomment moins.

Malgré tout, les jeunes et les buveurs intensifs de tout âge mettent en place des stratégies de contournement des augmentations de taxes : ils cherchent à minimiser le coût d'un gramme d'éthanol en diminuant la qualité des alcools achetés. Des travaux récents concluent que les gros buveurs répondent aux augmentations des prix en substituant les produits en fonction de leur prix. Ils se dirigent tendanciellement vers des dépenses maximisant les unités d'alcool par prix payé soit en achetant plus souvent à emporter qu'à consommer sur place, soit en achetant des marques d'alcool moins chères.

Même si certaines catégories de population sont nettement moins sensibles que d'autres aux augmentations de prix, cela ne disqualifie certainement pas l'outil fiscal en tant que politique de santé publique. En revanche, il serait nécessaire de conduire de plus amples recherches, entre autres sur la façon dont l'industrie de l'alcool favorise les effets de substitution entre les produits d'une part, et sur la façon dont les mécanismes et *designs* fiscaux pourraient les limiter d'autre part. Concernant ce dernier point, une littérature internationale abondante s'attache à étudier les effets

d'une taxation du gramme d'alcool pur ou de l'imposition d'un prix minimum aux boissons alcoolisées. Ces évaluations concluent que le *design* fiscal est important : les politiques fondées sur un prix plancher et en particulier l'imposition d'un prix minimum par unité d'alcool sont enclines à réduire la consommation et la morbi-mortalité associée à l'alcool, aussi bien en population générale que chez les populations jeunes et celles dont l'usage d'alcool est intensif. En France, un tel mécanisme fiscal s'applique déjà sur le sucre ajouté aux boissons non alcoolisées (« taxe soda »). Il est ainsi possible de mettre en place un tel système concernant les unités d'alcool contenues dans les boissons.

En résumé, il est nécessaire, grâce à la législation, de limiter l'accès à l'alcool et réduire son attractivité et les messages positifs diffusés : en augmentant le prix (taxation par gramme d'alcool comme pour la taxe soda, ou prix minimum comme en Écosse), en contrôlant mieux et automatiquement son accès aux mineurs, en réduisant sa disponibilité (plage horaire de vente et nombre de commerces ou de licences), en renforçant la loi Évin pour interdire la publicité sur internet ainsi que dans l'espace public et pour contrer les effets du marketing avec une meilleure visibilité des avertissements sanitaires. Un enjeu prioritaire

pour la prévention est le renforcement des facteurs de protection dès le début du parcours de vie des individus. Des interventions de prévention de la consommation visant à renforcer les connaissances et les compétences des usagers sont à développer en particulier par le biais d'une communication digitale.

III. ACTIONS DE PRÉVENTION DES CONSOMMATIONS

Les messages, les comportements, quelle efficacité ?

Des campagnes d'information et/ou de sensibilisation sont régulièrement conduites. Le plus souvent, les concepteurs de ces campagnes visent la modification des représentations et connaissances des individus pour arriver à une modification des comportements. On sait que les résultats obtenus en matière de changements, notamment comportementaux, sont rarement satisfaisants lorsque les concepteurs de campagne comptent sur l'information et sur la persuasion. Cela ne signifie pas qu'informer ou argumenter ne sert à rien. L'information et l'argumentation servent, au fil du temps, à modifier les savoirs, les attitudes et à provoquer des prises de conscience. Mais l'information n'est pas un levier de changement. Des interventions efficaces en termes de réduction de la consommation d'alcool sont, par conséquent, nécessaires.

Des interventions précoces visant le renforcement de facteurs génériques de protection tels que les compétences parentales et les compétences psychosociales sont efficaces en milieu scolaire, auprès des parents ou des familles, et en milieu du travail.

Au-delà des effets positifs observés à long terme sur les consommations, ces interventions participent à la réduction des inégalités sociales de santé et à la prévention d'une large gamme de comportements à risques. Ces approches peuvent être développées :

- à destination des femmes enceintes présentant des facteurs de vulnérabilité (isolées, primipares) pour apporter un soutien psychologique et social et accompagner le développement d'un lien d'attachement sécurisé ;

- à destination des parents exprimant un besoin d'accompagnement à la parentalité avec l'objectif de renforcer leurs capacités et leur sentiment d'efficacité dans l'exercice de leurs fonctions parentales (soutien affectif et supervision) ;

- à destination des professionnels de l'éducation pour développer leurs outils de gestion des groupes, de régulation des comportements et d'influences positives afin de valoriser les élèves, de favoriser les apprentissages et leur permettre d'intérioriser les règles de conduite en collectivité ;

- à destination des élèves, en milieu scolaire, afin de développer efficacement, en plus des compétences cognitives, leurs compétences sociales et émotionnelles.

Il est essentiel de favoriser la mise en œuvre d'interventions ayant fait la preuve de leur efficacité. Les mesures préconisées dans l'expertise collective concernent à la fois la population et les pouvoirs publics. Ainsi, il convient de prévenir les usages de l'alcool en renforçant les connaissances des populations, en rendant plus claire la communication des autorités destinée au grand public sur les risques liés à la consommation d'alcool en rappelant les repères de consommation à risque faible (Santé publique France : pas plus de 2 verres par jour et pas tous les jours), le zéro alcool pendant la grossesse ainsi que pendant la période pré-conceptionnelle et l'allaitement ainsi que la plus grande vulnérabilité des femmes vis-à-vis de l'alcool.

Il est également apparu important de renforcer les avertissements sanitaires et de favoriser les campagnes d'arrêt de la consommation, type *Dry January* (mois sans alcool), dont les bénéfices ont été démontrés.

La littérature sur les avertissements sanitaires est consensuelle sur le fait que l'on manque d'études d'impact sur l'apposition de messages ou de pictogrammes de prévention sur les contenants et qu'il faudrait développer les recherches en la matière. Néanmoins, on peut retenir que l'apposition des avertissements sanitaires doit s'inscrire dans une stratégie globale et cohérente, avec les quelques éléments suivants : les avertissements semblent échouer à toucher les consommateurs d'alcool les plus à risque ; les messages spécifiques (par risque, par type d'alcool, par sexe, etc.) seraient plus efficaces que les

messages universels ; une rotation des messages est nécessaire pour éviter l'acoutumance et donc la perte d'efficacité ; la taille, l'emplacement, voire la couleur méritent d'être réétudiés. Enfin, cet étiquetage ne doit pas être laissé au volontariat des alcooliers mais doit être l'objet d'une politique publique contraignante, obligatoire et uniforme.

IV. REPÉRAGE ET ACCOMPAGNEMENT DES CONSOMMATEURS À RISQUE

Dépistage de la consommation à risque ou problématique, et intervention brève

En France, la mise en place d'une politique de Réduction Des Risques et des Dommages (RDRD) basée sur une réduction des consommations d'alcool dont l'influence est majeure dans la réduction des dommages, est indispensable afin de limiter ou d'éviter une altération de la santé des consommateurs.

Le groupe d'experts recommande que ces actions de prévention citées précédemment soient complétées par une stratégie de dépistage systématique d'une consommation d'alcool à risque, lors d'une consultation chez un professionnel de santé. Ce dépistage permettrait ainsi, si nécessaire, de proposer une prise en charge pour les consommateurs à risque. Les « interventions brèves » souvent associées de façon bénéfique au dépistage ont un rapport coût-efficacité positif clairement établi et peuvent être utilisées sur des supports électroniques adaptés aux interventions en collectivité (écoles, armée). Les professionnels de santé de premier recours ne sont pas assez formés aux stratégies de dépistage et aux différentes méthodes d'intervention efficaces car malgré les preuves d'efficacité, le dépistage et l'intervention brève ne sont pratiqués que lorsque les systèmes de santé le proposent de manière systématique.

Si une consommation à risque ou problématique est détectée, une intervention brève est généralement ensuite proposée. Le terme « intervention brève » est un terme général qui inclut différents types d'interventions durant lesquelles le clinicien donne des conseils et/ou une aide psychologique visant à faire

Quels bénéfices des défis « sans alcool » ?

Les forces des campagnes du type mois sans alcool (*Dry January*) sont multiples, leur objectif est de fournir l'opportunité de ressentir tous les bénéfices de l'arrêt de la consommation, et de prendre conscience de sa propre capacité à contrôler son comportement. Un objectif essentiel est de changer son comportement à long terme après avoir mieux appréhendé son rapport à la consommation d'alcool (pourquoi consomme-t-on ? Quand consomme-t-on ?) et à la pression sociale à consommer de l'alcool. Il s'agit donc d'expérimenter l'impact de l'abstinence sur son physique, son mental, sa conscience de soi et sur sa capacité au changement. La « contagion sociale » est un facteur clé de la réussite de ce type de campagne et, de manière très intéressante, on peut noter que des participants qui s'inscrivent au mois sans alcool, même s'ils ne réussissent pas le défi de l'abstinence pendant un mois, présentent eux aussi des effets bénéfiques à long terme.

Le message positif de la possibilité d'améliorer la santé par l'abstinence (même temporaire) est un véritable levier pour relever le défi de réduire le fardeau sociétal de la consommation d'alcool. En effet, ce type de campagne est un moyen de régulation positive non basée sur les conséquences négatives ou la moralisation, et qui vise à changer les comportements des personnes à long terme.



© Inserm

comprendre les risques et les effets négatifs de la consommation et à explorer des manières de la diminuer [19]. Les différents modèles d'intervention brève partagent pour la plupart les mêmes fondements théoriques, c'est-à-dire les théories socio-cognitives et motivationnelles [20]. Ces différents modèles partagent également des modalités pratiques : les interventions sont conçues pour être réalisées lors de consultations régulières, qui durent souvent de 5 à 15 minutes avec les médecins ou de 20 à 30 minutes avec les infirmières et, bien que de courte durée, elles peuvent être dispensées en une à cinq séances.

Le groupe d'experts insiste pour souligner qu'il est primordial de faire appel par la suite aux services d'addictologie pour des problèmes sévères. La pratique de l'intervention brève pour les

consommateurs d'alcool à risque inclut de fait les personnes dépendantes à l'alcool. Pour ces dernières, l'intervention brève est peu susceptible de modifier le comportement, mais elle permet d'initier une discussion et constitue une première étape dans la prise en charge d'une dépendance à l'alcool.

Stratégies de prise en charge de la dépendance à l'alcool

Pour les patients dépendants à l'alcool, stade le plus sévère des consommations à risque d'alcool avec une évolution chronique, la prise en charge doit être améliorée. Le groupe d'experts recommande de renforcer la qualité de l'observance sur le long terme pour éviter la rechute en favorisant des stratégies thérapeutiques efficaces (psychothérapeu-

tiques, médicamenteuses, de remédiation cognitive, de réhabilitation sociale et de prise en charge des comorbidités). Il existe aujourd'hui un défaut majeur d'accès aux soins des patients dépendants à l'alcool, puisque seulement 10 % d'entre eux bénéficieraient de soins addictologiques [21]. Il est donc prioritaire de faciliter leur entrée dans les soins, avec des objectifs thérapeutiques pragmatiques en fonction de ce que le sujet est prêt à accepter.

Les soins visant à prévenir la rechute au décours de la phase initiale du traitement sont souvent insuffisants tant en intensité qu'en durée, avec des taux de rechute très élevés, vraisemblablement autour de 40 % à 60 % dans l'année. Un enjeu majeur est donc l'amélioration de l'observance au long cours afin de prévenir la rechute.

Principales recommandations de l'expertise

L'analyse critique de la littérature existante permet de déterminer que les mesures les plus coût-efficaces sont :

- les politiques de contrôle de l'offre et de la demande ;
- les interdictions de la publicité ;
- des mesures complémentaires spécifiquement à destination des mineurs.

Des recommandations consensuelles émergent de la littérature comme :

- augmenter les moyens de la recherche, de l'enseignement et de la prévention sur l'alcool ;
- en matière de prévention, rétablir la loi Evin telle qu'elle a été rédigée initialement et la renforcer ainsi que favoriser les campagnes d'arrêt de la consommation ;
- en matière d'avertissements, insister sur les messages forts de prévention :
 - *Zéro alcool pendant la grossesse*
 - *Toute consommation d'alcool est nuisible pour la santé*
 - *Réduire sa consommation d'alcool, c'est réduire les risques pour sa santé, etc.*
- former tous les types de professionnels concernés, notamment au repérage précoce et à l'intervention brève.

D'autres recommandations ont été exprimées par le groupe d'experts, celles-ci sont consultables dans l'expertise collective de l'Inserm.

RÉFÉRENCES

L'expertise collective s'étant appuyée sur un large nombre de publications scientifiques, les références ci-dessous ne sont pas exhaustives. L'ensemble des références est à retrouver dans l'ouvrage.

1. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Cour des comptes, juin 2016.
2. OFDT : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#-conso> - consulté le 12 juillet 2021.
3. Santé publique France : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp> - consulté le 12 juillet 2021.
4. Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbnc> - consulté le 12 juillet 2021.
5. Hill C, Laplanche A. La consommation d'alcool est trop élevée en France. *Presse Med* 2010 ; 39 : e158-64.
6. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 2010 ; 105 : 817-43.
7. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidémiol Hebd* 2019 ; 5-6 : 97-108.
8. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation. *Bull Epidémiol Hebd* 2015 ; 24-25 : 440-8.
9. Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017 ; 390 : 1345-422.
10. Popova S, Lange S, Probst C, et al. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health* 2017 ; 5 : E290-9.
11. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, et al. Do "moderate" drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *J Stud Alcohol Drugs* 2016 ; 77 : 185-98.
12. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018 ; 392 : 1015-35.
13. Kopp P. *Le coût social des drogues en France*. Saint-Denis : OFDT, 2015 : 1-75.
14. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcoholism* 2009 ; 44 : 229-43.
15. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction* 2017 ; 112 : 7-20.
16. Smith L, Foxcroft D. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health* 2009 ; 9 : 51.
17. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction* 2016 ; 111 : 18-32.
18. Vocht F de, Heron J, Angus C, et al. Measurable effects of local alcohol licensing policies on population health in England. *J Epidemiol Community Health* 2016 ; 70 : 231-7.
19. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 ; 2 : CD004148.
20. Heather N. Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. *Alcohol Alcoholism* 1995 ; 30 : 287-96.
21. Drummond C, Gual A, Goos C, et al. Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe. *Addiction* 2011 ; 106 (suppl 1) : 31-6.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique (GIS) associant 10 membres. Depuis le 29 mai 2020, il est placé sous la direction de Rémy Slama.

L'IReSP a pour objectif le développement, la structuration et la promotion de la recherche française en Santé Publique afin de renforcer les interventions et politiques visant à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. L'Institut soutient notamment la recherche en promotion de la santé et prévention, la recherche sur les services et politiques de santé, la recherche en santé publique et sciences humaines et sociales relatives à l'autonomie en lien avec l'âge et en lien avec le handicap.

L'objectif général se décline au travers de 5 missions :

■ développer et animer les échanges entre les décideurs publics, les institutions impliquées dans la recherche et la surveillance en santé publique, les

chercheurs et les autres acteurs intéressés aux enjeux de santé publique ;

■ contribuer à l'animation et à la coordination des communautés de recherche en santé publique ;

■ élaborer et gérer des Appels à Projets ;

■ accroître la visibilité et faciliter l'accès aux résultats de la recherche en santé publique à un large public ;

■ promouvoir l'association des parties prenantes aux démarches de recherche notamment dans une perspective de recherche participative.

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un ou plusieurs chercheurs.

MEMBRES DU GIS IReSP

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Direction Générale de la Santé (DGS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Direction générale de la Recherche et de l'Innovation (DGR), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Institut National du Cancer (INCa), Institut National d'Études Démographiques (INED), Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (Mildeca), Santé publique France.