

AVIS

relatif au suivi de consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé pour une meilleure prévention

6 avril 2014

Les consommations de tabac et d'alcool sont des déterminants majeurs de la dégradation de la santé et de la mortalité évitables.

Les objectifs de la loi de santé publique de 2004 ont pris en compte la nécessité de réduire la consommation globale d'alcool¹. Les dommages subis du fait de la consommation d'alcool en France justifient que d'autres initiatives soient prises dans un avenir proche afin de réduire substantiellement le niveau de cette consommation.

Qu'il s'agisse d'évaluer l'impact des mesures publiques ou de réfléchir en amont au choix des objectifs détaillés et aux moyens à mettre en œuvre, le dispositif de connaissance statistique des consommations d'alcool et des dommages associés revêt la plus haute importance.

En effet, la qualité des indicateurs concernant l'alcool et notamment leur pertinence en santé publique, sont essentielles, non seulement pour l'évaluation des actions en faveur de la diminution de la consommation et de ses dommages, mais aussi pour la détermination même des politiques de lutte contre ce facteur de risque.

Un avis intitulé "Faire face aux problèmes posés par les conduites d'alcoolisation" et adopté par le Haut Comité de santé publique le 9 septembre 1998² déclarait qu'un système d'information performant était nécessaire. Il ajoutait : "Si les données en matière de consommation, de comportements et d'effets de l'alcool existent, elles sont parcellaires et souffrent d'un manque de cohérence."

Depuis cette date, beaucoup de progrès ont été accomplis dans cette voie, notamment grâce à la constitution de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) devenu compétent en matière d'alcool et de tabac à la faveur de la politique gouvernementale sur les drogues de 1999 à 2002.

Mais, pour des raisons historiques, les dispositifs de connaissance des niveaux de consommation et l'estimation des dommages souffrent encore d'une grande dispersion institutionnelle entraînant, entre autres inconvénients, l'irrégularité de l'actualisation de certains indicateurs essentiels.

Cette dispersion ne favorise pas l'impact politique que devrait avoir le message épidémiologique. Dans une telle situation, les chiffres sont, en effet, d'autant plus vulnérables aux interprétations des différents acteurs qu'existent des groupes de pression pour lesquels les solutions à apporter aux problèmes posés par l'alcool sont orientées par les intérêts concernés. Malgré le

¹ Cf. annexe 1.

² Cf. annexe 2.

professionnalisme de ses opérateurs, le service public de la connaissance statistique de l'alcool ne présente pas actuellement un front uni et consolidé par la clarté des missions confiées.

Il convenait donc de recenser et de hiérarchiser les dispositifs de connaissance de la consommation d'alcool et de ses effets, d'en évaluer les forces et les faiblesses et de recommander quelques réformes structurantes porteuses d'améliorations.

Deux principes devront guider ces réformes : coordination et fréquence régulière.

La coordination

Les institutions publiques désignées pour les missions de connaissance du domaine "alcool et santé" peuvent être diverses, tenant compte ainsi de l'histoire qui les a constituées comme compétentes dans un domaine particulier. Mais cette diversité ne doit pas être source de redondances, de gaspillages et de difficultés de lecture des résultats. Comme cela était dit en 1998 dans l'avis du HCSP³, une coordination scientifique et technique s'impose. Cette coordination ne peut échoir qu'à un acteur compétent et indépendant, non producteur de données par lui-même.

La régularité de la fréquence des enquêtes

Dans un domaine où les enquêtes déclaratives ont une place substantielle mais comportent les biais que l'on sait, il importe de pouvoir privilégier les analyses d'évolution à biais supposés constants et d'en assurer la pérennité. La périodicité des grandes enquêtes transversales permanentes à méthodologie stable doit donc être garantie pour éviter les aléas d'appels d'offres irréguliers ou imprévisibles.

1. Les outils existants

1.1 Les quantités d'alcool mises à la consommation et consommées

Les données sur les quantités d'alcool susceptibles d'être vendues et consommées, chiffres exprimés en litres d'alcool pur, existent depuis très longtemps. La méthode de calcul de ces données a été revue au début des années 2000 conjointement par l'Insee et l'OFDT. Ce calcul est opéré à partir des taxes indirectes perçues par la DGDDI (Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects) sur les volumes de boissons alcooliques produits chaque année. L'Insee réalise chaque année ce calcul et fournit les données à l'OFDT qui les met à disposition sur son site dans sa rubrique de séries statistiques.

La quantité d'alcool mise à la consommation a servi d'indicateur d'objectif dans le cadre de l'évaluation des objectifs de santé publique de la loi de 2004. Il s'agit d'un indicateur essentiel et il n'existe pas d'alternative crédible pour approcher d'aussi près les volumes de ventes exprimés en quantités d'alcool pur. La lisibilité de cet indicateur peut néanmoins être accrue par la mise à disposition du public des procédures méthodologiques détaillées et une diffusion dépassant la simple mise en ligne sur le site de l'OFDT. Il entre dans le programme 2014 de l'OFDT de publier un bilan annuel alcool, renouvelable chaque année.

1.2 Les prévalences de la consommation d'alcool

Depuis 2000, la mesure des prévalences dans l'ensemble de la population repose essentiellement sur le Baromètre Santé quinquennal de l'Inpes auprès des personnes de 15 à 85 ans. Chez les jeunes, la classe d'âge des 17ans est tout particulièrement connue grâce à l'enquête triennale ESCAPAD de l'OFDT. Les adolescents de 16 ans scolarisés sont interrogés régulièrement dans le cadre de l'enquête ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) sous la responsabilité de l'OFDT. L'enquête internationale HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) sous la coordination du rectorat de Toulouse/UMR 1027 Inserm - Université Paul Sabatier, permet de connaître les consommations des collégiens français de 11, 13 et 15 ans.

³ Cf. annexe 2.

Cet ensemble d'outils de bonne qualité constitue un dispositif très satisfaisant pour les populations jeunes et adultes dans la limite de validité des enquêtes déclaratives en population générale. Cependant disposer de résultats tous les cinq ans semble une périodicité un peu trop longue ; il serait souhaitable d'avoir des résultats sur la consommation de la population adulte au moins une fois tous les 3 ans.

Les données du Baromètre Santé et d'ESCAPAD peuvent être déclinées au niveau régional en raison de la taille importante des échantillons. Les données régionales d'ESCAPAD sont présentes dans la base ODICER (Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions) gérée par l'OFDT, consultable sur son site internet. Dans un proche futur, les données issues d'une exploitation régionale du Baromètre santé seront également intégrées dans la base ODICER.

D'autres enquêtes permettent de consolider, de discuter ou d'enrichir les résultats des enquêtes citées⁴.

1.3 Les dommages

1.3.1 La mortalité attribuable à l'alcool

Le nombre de décès provoqués par la consommation d'alcool est un chiffre absolument central, cité à l'appui de tous les documents relatifs aux politiques de lutte contre l'alcool. Ce chiffre mérite donc une attention toute particulière.

Certains décès sont entièrement attribuables à l'alcool et d'autres partiellement, lorsque l'alcool est un facteur de risque conjointement avec d'autres. La détermination d'un nombre total de décès provoqués par l'alcool repose sur le calcul de fractions attribuables (qui peuvent varier de 100 % à moins de 10 %) pour tous les décès pour lesquels l'alcool est impliqué. Pour mener ce calcul, il est nécessaire de connaître, d'une part, l'augmentation du risque de décès chez les buveurs d'alcool relativement au risque des non-buveurs (risques relatifs) pour tous les décès impliquant l'alcool et, d'autre part, les prévalences de la consommation d'alcool dans l'ensemble de la population. Les données sur les risques relatifs sont issues d'une compilation de la littérature internationale scientifique et les données de prévalence sont extraites des enquêtes interrogeant les Français sur leur consommation d'alcool.

La dernière estimation de la mortalité attribuable à l'alcool en France utilisant les fractions attribuables a été réalisée par le service de biostatistique et d'épidémiologie de l'IGR (Institut Gustave Roussy) pour l'année 2009⁵. Les estimations précédentes remontaient à 2006 et 1995. Les deux dernières études (2009 et 2006), donnent des résultats très dissemblables, écart expliqué dans la seconde étude par l'utilisation de données de prévalence de la consommation d'alcool ne provenant pas des mêmes enquêtes de consommation et par des différences méthodologiques. Le lecteur est ainsi laissé seul face à deux résultats très différents, tous deux publiés dans des revues scientifiques internationales, qui paraissent aussi crédibles l'un que l'autre. Cette divergence, qui prise à la lettre, fait apparaître une forte augmentation en 3 ans de la mortalité a été utilisée par les producteurs d'alcool pour déconsidérer ces chiffres.

Les chiffres de 1995 ne sont pas non plus comparables à ceux de 2006 ou 2009, également pour des raisons d'ordre méthodologique. Les connaissances sur le rôle de l'alcool dans la survenue de certaines pathologies ont progressé entre ces deux dates. Ainsi, en 1995, le cancer du sein ne faisait pas partie des maladies pour lesquelles l'alcool est un facteur de risque. Pour ces différentes raisons, s'il est raisonnable de soutenir le chiffre de 49 000 morts en 2009 en raison des améliorations méthodologiques expliquant l'écart avec les études précédentes, il n'est pas encore possible d'utiliser les estimations produites en France pour apprécier l'évolution de la mortalité totale due à l'alcool.

⁴ Cf. annexe 3.

⁵ Cf. annexe 4.

Un autre suivi peut néanmoins être réalisé à partir d'un indicateur limité à quelques causes de décès entièrement ou très majoritairement attribuables à l'alcool. Trois causes principales sont utilisées : les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), les cirrhoses alcooliques et les psychoses alcooliques. Ces trois causes ne rendent compte que d'une partie des décès liés à la consommation d'alcool mais donnent néanmoins une « indication » suffisante sur l'évolution de cette mortalité. Ainsi depuis près de 50 ans, cet indicateur est orienté à la baisse en France, en raison principalement de la baisse continue de la consommation d'alcool en France. C'est le CépiDc, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, laboratoire de l'Inserm, qui produit régulièrement cet indicateur, dont le taux standardisé permet les comparaisons européennes et internationales. Cet indicateur est extrêmement utile. Il reste insuffisamment diffusé.

Il reste utile de considérer que les effets d'une politique peuvent se mesurer sur les consommations mais que l'impact des consommations sur l'état de santé ne se mesure pas dans la même temporalité. Cet impact est essentiellement connu par la littérature épidémiologique. Les mesures de la mortalité, ou de la morbidité, à un moment donné n'évaluent pas les politiques récentes.

1.3.2 La morbidité

À de rares exceptions près, quelles que soient les pathologies, il n'existe pas d'indicateurs de morbidité permettant une mesure qui soit indépendante de l'offre de soins. C'est la raison pour laquelle on ne peut que rechercher le poids d'une maladie donnée dans les prises en charges médicales et sociales dont elle est l'objet ; les résultats de ces études faisant l'objet des discussions et des réserves qui s'imposent. Les maladies liées à l'alcool devraient relever de cette heuristique *a minima* mais, jusqu'ici, les études permettant de connaître leur prévalence au sein du système de soins sont inexistantes ou suspectes de graves imperfections de méthode. Malgré de prometteurs travaux en cours, il n'existe pas encore d'exploitation par un service public des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) en court séjour (Médecine Chirurgie Obstétrique), soins de suite et de réadaptation (SSR) et secteur psychiatrique, publiées sur le site de l'ATIH (Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation). Il n'y a pas de responsable du dossier "alcool" à l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire). Les prises en charge en ambulatoire à l'hôpital et en médecine de ville doivent pouvoir être mieux suivies ainsi que les ventes de médicaments dédiés au sevrage ou à la diminution des consommations. Par contre, on dispose de données concernant les CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire).

1.3.3 Les études économiques du coût social

L'estimation des dommages économiques et sociaux de l'alcool renvoie à l'existence aléatoire d'études économiques du coût social de l'alcool.

En France, la dernière estimation de ce type date de 2006 et porte sur l'année 2000.

Grâce à un appel d'offres ciblé de l'OFDT sur crédits de la Direction Générale de la Santé (DGS), une nouvelle étude paraîtra avant la fin de 2014.

La faible fréquence de ces études engendre des difficultés majeures pour le plaidoyer économique en faveur de la prévention.

1.3.4 L'estimation statistique de l'alcool-dépendance

Il n'existe pas d'indicateur statistique de l'alcool-dépendance qui fasse consensus dans les réseaux addictologiques. Mais la nécessité de "disposer d'un chiffre" de personnes "qui ont un problème avec l'alcool", refait régulièrement surface. Et les médias n'hésitent pas à utiliser des estimations se comptant en millions sans faire connaître les définitions qui les ont fait surgir.

1.3.5 Les autres déficiences d'estimation des implications néfastes de l'alcool

Dans plusieurs autres domaines où l'importance du facteur alcool est reconnue qualitativement ou appréciée quantitativement de façon indirecte, les dispositifs de connaissance sont insuffisants ou inadaptés. C'est le cas des accidents du travail où le recueil des informations ne permet pas d'évaluer l'importance du facteur alcool, qu'il s'agisse de la victime ou de son environnement.

En matière de sécurité routière, des données incomplètes permettent d'attribuer à l'alcool le tiers des causes d'accidents ayant entraîné au moins un décès, mais la connaissance du nombre de conducteurs circulant à tout instant sous emprise de l'alcool n'a pas encore été recherchée.

Un constat tout aussi négatif a été fait en ce qui concerne l'implication de l'alcool dans les violences publiques ou domestiques, malgré la part importante des violences faites aux femmes que l'on sait liées à l'alcoolisation de leur partenaire masculin.

Enfin, au chapitre de l'alcoolisme passif subi par l'enfant à naître, il reste beaucoup de précisions à apporter aux données existantes, qu'il s'agisse des consommations des femmes enceintes ou des dommages attribuables à l'alcool au cours de la conception.

2 Les recommandations

2.1 Installer une coordination

Un organisme unique doit assurer la coordination nécessaire entre les producteurs des données de prévalence et des études sur les dommages de l'alcool. Il constituera l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics chaque fois que leurs décisions seront susceptibles d'impacter le devenir de ces dispositifs d'enquête et d'étude. Une *Commission de coordination et de suivi des indicateurs relatifs à la consommation d'alcool* doit être créée pour assurer ces missions. La composition de cette Commission doit prévoir la participation des grands opérateurs publics d'enquêtes en population, celle de la Direction Générale de la Santé, ainsi que celle de personnalités qualifiées et organismes scientifiques éloignés de tous conflits d'intérêts.

Cet organisme aura pour mission d'assurer la pérennité des enquêtes de prévalence, de garantir les moyens de maintenir leur niveau de qualité dans la collecte et dans l'exploitation, d'harmoniser les outils techniques et, en particulier les questions relatives à l'alcool. Il s'agira, en particulier, de veiller à ce que les questions posées aux échantillons d'enquête permettent de reconstituer correctement la quantité d'alcool pur consommée annuellement.

Il veillera également à assurer la comparabilité des données françaises avec les indicateurs retenus dans d'autres pays de l'Union Européenne.

Il veillera à renseigner les variables permettant d'apprécier les inégalités sociales de santé qui s'installent à la faveur de la consommation d'alcool.

Cet organisme aura un rôle consultatif. Il publiera notamment des recommandations visant à orienter les efforts de connaissance du champ concerné vers une plus grande efficacité, en s'appuyant sur la concertation entre acteurs et la pertinence des données pour l'action en santé publique. Il pourra indiquer les domaines dans lesquels la recherche est insuffisante pour identifier les indicateurs pertinents ou interpréter leurs résultats. Dans cette mission, il pourra signaler l'importance d'apprécier et de comprendre les nouveaux modes de consommation et leurs évolutions.

2.2 Consolider l'estimation des quantités d'alcool pur consommées

Le dispositif existant doit être consolidé par une institutionnalisation de nature interministérielle. C'est à la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies qu'il appartient d'officialiser, de sécuriser et de pérenniser les moyens de production de cet indicateur impliquant la coopération de plusieurs administrations. L'OFDT doit rester le producteur final et le garant de la qualité de cet indicateur.

2.3 Apprécier les mesures des dommages

En ce qui concerne les études relatives à la mortalité attribuable à l'alcool, l'instance coordinatrice devra donner son avis sur les études ou les séries statistiques concernées et promouvoir les travaux jugés déterminants. Elle pourrait également recommander la périodicité minimale de ces études dont les moyens de réalisation dépendent des budgets publics. Il serait raisonnable de fixer à cinq années la périodicité de ces études. Elles seraient ainsi disponibles au même rythme que les données du Baromètre Santé.

En ce qui concerne la morbidité relative à l'alcool telle qu'elle peut être révélée par le système de soins, le dispositif permettant de connaître les effectifs, les caractéristiques démographiques et les circonstances des intoxications éthyliques aiguës répertoriées dans les services d'urgence, pédiatriques et adultes, en tant que diagnostic principal ou secondaire, doit être renforcé, soutenu et validé par l'instance coordinatrice. L'exploitation des données du PMSI ne pouvant être réalisée par l'ATIH, il convient d'en confier la mission à un organisme public spécialisé.

Il est par ailleurs nécessaire d'améliorer la connaissance des prises en charge en ambulatoire à l'hôpital (hors CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire). Les rapports d'activité des consultations externes et ceux des ELSA (Equipes de Liaison en Soins Addictologiques) devraient permettre d'atteindre cet objectif.

En ce qui concerne les études du coût social de l'alcool, l'instance coordinatrice devrait, à l'avenir, donner un avis et signaler les études marquantes réalisées sur fonds publics. Elle devra veiller à ce que ces études soient réalisées de façon périodique dans des intervalles inférieurs ou égaux à cinq années. La contribution coopérative de chercheurs universitaires par appels d'offres n'est pas incompatible avec la production de ces études par les organismes publics qui en ont les compétences. Mais la réalisation de ces études ne saurait dépendre exclusivement de procédures d'appels d'offre porteuses de nombreux aléas.

2.4 Assurer la production et la diffusion de données régionales

L'instance coordinatrice pourrait élaborer des normes de représentativité pour encourager ou décourager la publication, à des échelles diverses, de données régionales issues des grandes enquêtes nationales. Les Agences régionales de santé doivent se saisir du dossier des indicateurs régionaux et, si le besoin de meilleurs indicateurs régionaux ou infra-régionaux significatifs est avéré, organiser le financement de sur-échantillonnages régionaux d'enquêtes nationales par contrat avec les opérateurs de ces dernières. Ne nous y trompons pas c'est la connaissance qui permet de prioriser les actions et de suivre l'efficacité des mesures prises.

2.5 Garantir une publication régulière des connaissances sur la consommation d'alcool en France et sur ses dommages

L'instance coordinatrice devrait garantir l'élaboration et la diffusion d'un bilan annuel de la consommation d'alcool en France et de ses dommages repérés.

2.6 Encourager les recherches sur les dommages de l'alcool

Plusieurs domaines de recherche sur l'alcool sont insuffisamment investis et justifient un effort de rattrapage.

La recherche sur les déterminants d'une consommation élevée d'alcool et sur les leviers de changement des comportements est insuffisante.

La question de la définition de l'alcool-dépendance doit nécessairement précéder celle de l'indicateur statistique permettant d'estimer le nombre et l'évolution de cette catégorie de buveurs. Le DSM-5 (5^e édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a abandonné le diagnostic de dépendance en faveur de « trouble de l'usage d'alcool », avec un seuil d'entrée faible, et 3 niveaux de sévérité : faible, modéré et sévère. Sur le plan épidémiologique, il semble y avoir une assez bonne correspondance entre dépendance à l'alcool (DSM-IV) et trouble de l'usage d'alcool avec des niveaux de sévérité modéré et sévère (DSM-5).

Quoi qu'il en soit, une recherche affranchie des estimations de besoins thérapeutiques devrait parvenir à obtenir un consensus de la communauté addictologique pour mieux éclairer la signification des dénombrements rendus publics.

La recherche doit permettre d'éclairer les phénomènes et processus par lesquels la présence d'alcool est liée à l'occurrence de violences et d'accidents, que ce soit dans la sphère privée ou publique, dans l'exercice d'un travail ou dans la circulation routière.

Enfin, l'interprétation des chiffres fournis par les indicateurs existants doit toujours tenir compte d'une forte sous-déclaration moyenne des quantités consommées. Mais des recherches devraient être conduites pour estimer les caractéristiques et les causes de la sous-déclaration des quantités consommées. L'hypothèse d'une forte sous-déclaration des échantillons d'enquête doit, par exemple, être testée en regard d'une autre hypothèse, mettant en question le nombre de buveurs excessifs échappant à toute enquête.

La Commission spécialisée Prévention, Éducation et Promotion de la Santé a tenu séance le 19 mars 2014 : 11 membres sur 16 membres qualifiés votant étaient présents, 1 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 9 votants, 0 abstention, 1 vote contre.

Le Comité exécutif a validé cet avis le 17 avril 2014

ANNEXE 1

SUR LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE DU 9 AOUT 2004

LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

TITRE Ier : POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

- Chapitre Ier : Champ d'application et conditions d'élaboration

(...)

Article 2

I. - L'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-1. - La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels.

« La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État.

(...)

III. - L'article L. 1411-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-2. - La loi définit tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique.

« A cette fin, le Gouvernement précise, dans un rapport annexé au projet de loi, les objectifs de sa politique et les principaux plans d'action qu'il entend mettre en œuvre.

« Ce rapport s'appuie sur un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer, établi par le Haut Conseil de la santé publique, qui propose des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population. Le rapport établi par le Haut Conseil de la santé publique dresse notamment un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques quant aux problèmes de santé.

« La mise en œuvre de cette loi et des programmes de santé qui précisent son application est suivie annuellement et évaluée tous les cinq ans. Elle peut à tout moment faire l'objet d'une évaluation globale ou partielle par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. »

(...)

A N N E X E

RAPPORT D'OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

Le rapport annexé à chaque projet de loi sur la politique de santé publique a pour objectif de définir le cadre de référence, les principes généraux et les méthodes qui constituent les fondements de la politique nationale de santé publique. Sur ces bases, le présent rapport décrit les objectifs quantifiés et les plans stratégiques qui constitueront la politique de santé publique de la période 2004-2008, ainsi qu'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instrument de pilotage.

(...)

Cent objectifs de santé publique pour chacun des problèmes de santé retenus à l'issue de la consultation nationale

Les objectifs proposés sont présentés pour chacun des problèmes de santé retenus à la suite de la consultation nationale.

Les tableaux suivants présentent d'abord les objectifs de santé quantifiables avec les données disponibles (objectifs quantifiables), puis ceux dont la quantification nécessite au préalable la production d'information d'ordre épidémiologique (objectifs ayant pour préalable la production d'informations

épidémiologiques), ou d'autres connaissances scientifiques (objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques), enfin les objectifs qui seront quantifiés après évaluation de programmes en cours ou de programmes pilotes (objectifs ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes). Ceci est précisé dans la première colonne de chaque tableau.

La deuxième colonne (Objectif) attribue un numéro à chaque objectif et en définit le contenu. Pour les objectifs quantifiables, les dernières estimations disponibles sont précisées ainsi que l'évolution proposée d'ici 2008.

La troisième colonne (Objectif préalable) définit, le cas échéant, la nature du préalable à remplir avant de quantifier l'objectif de santé.

La quatrième colonne (Indicateurs) précise les indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte de l'objectif de santé.

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

ALCOOL

Objectifs

001 Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %

(passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)⁶.

002 Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.

• • • • •

⁶ Remarque : en 2004, l'objectif a été formulé en litres d'alcool pur par habitant. Au cours des années suivantes, pour mieux s'adapter aux mesures effectuées et en concertation avec les administrations concernées, l'objectif a été reformulé en litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus. Il doit donc se lire ainsi : « faire passer la consommation, par habitant âgé de 15 ans ou plus, de 14,4 litres d'alcool pur en 1999 à 11,5 litres en 2008 ». On notera que cet objectif n'a été atteint qu'en 2012.

ANNEXE 2

Faire face aux problèmes posés par les conduites d'alcoolisation Avis du Haut Comité de la Santé Publique

adopté lors de sa séance plénière du 9 septembre 1998

o o o

Toujours importants par leurs conséquences sur la santé mais aussi en termes de dommages sociaux (violence, prises de risque, absentéisme, difficultés d'insertion, ...) les comportements d'alcoolisation demeurent un problème de santé publique majeur en France.

Si globalement la consommation d'alcool diminue depuis les années soixante, les comportements de consommation d'alcool évoluent, entraînant de nouvelles formes de consommation à risque. On assiste ainsi depuis plusieurs années, chez les jeunes notamment, à des conduites d'alcoolisation que l'on pourrait qualifier de « toxicomaniaques » associant ou non d'autres produits psychoactifs.

Le rôle de l'État dans la prévention de l'alcoolisme doit être réaffirmé

Récemment le rapport Roques a mis en évidence la dangerosité de l'alcool dont la nocivité est, dans certains types de consommation, comparable à celle de drogues dites « dures ».

Il est donc primordial que, dans un pays où l'alcool fait partie intégrante du paysage culturel et économique, l'État, et notamment l'administration sanitaire, remplisse sa fonction de protecteur de la santé de la population et réaffirme son rôle dans la prévention des comportements à risque liés à l'alcool. Ceci s'applique aussi bien au niveau de la conception que de la mise en œuvre et du suivi de cette politique.

Un système d'information performant est nécessaire

Si les données en matière de consommation, de comportements et d'effets de l'alcool existent, elles sont parcellaires et souffrent d'un manque de cohérence.

Il est nécessaire de réunir au sein d'un organisme existant doté de personnels permanents et de moyens spécifiques, un comité d'experts représentant les organismes producteurs de données. Son objectif serait de :

- rendre pertinent le dispositif de recueil et d'analyse des données existantes,
- définir la nature des indicateurs utiles et leurs modalités de suivi,
- mettre en place un dispositif de suivi des politiques et d'analyse de leurs effets,
- développer un dispositif d'évaluation des actions des institutions, et des acteurs médico-sociaux.

La politique de prévention doit reposer sur de nouveaux concepts. Il est nécessaire d'aborder les comportements de consommation de substances psychoactives dans leur ensemble, en tenant compte des mécanismes d'addiction ou des modes de comportement que l'on retrouve chez les consommateurs de différents produits (alcool, médicaments psychotropes, cannabis, cocaïne...). La mise en commun des connaissances ainsi acquises a permis de déterminer différents types de comportements de consommation et les actions de prévention qui leur sont associées :

- l'usage qui correspond à la consommation modérée d'un produit, maîtrisée par l'individu et compatible avec sa santé. Il faut toutefois apprendre à l'utilisateur l'existence de dommages possibles liés à une consommation même modérée dans certaines situations (femmes enceintes, conduite automobile...);
- l'abus ou l'usage nocif pour lequel il faut réduire ou éviter la survenue des dommages induits, c'est-à-dire mettre en place une politique de réduction des risques ;
- la dépendance pour laquelle il faut développer une organisation de soins permettant la prise en charge globale allant du soin à la réhabilitation.

Cette typologie ne s'applique pas à la consommation du tabac, première cause de mortalité prématurée évitable. Il n'existe en effet pour ce produit pas de seuil au-dessous duquel son usage est sans effet nocif pour la santé.

Les actions de prévention doivent agir sur la demande, mais aussi sur l'offre

Le Haut Comité de la santé publique insiste sur la nécessité de développer une information et une prévention visant à faire adopter des comportements compatibles avec une bonne santé. Ainsi, les actions de prévention dans le cadre plus vaste de l'éducation pour la santé devront permettre à chaque citoyen de maîtriser les comportements de consommation de substances psychoactives ainsi que les conduites à risque.

Il considère comme indispensable de maîtriser l'offre de produit par des réglementations (prix, publicité, accessibilité...). Le lien qui existe entre la consommation d'une part et les problèmes individuels et collectifs liés à l'alcool d'autre part, fait de la taxation de l'alcool une mesure de santé publique très efficace.

L'action sur la publicité relève pour sa part majoritairement de la loi du 10 janvier 1991 dite loi Evin. Son application n'a malheureusement pas été menée à son terme du fait de la non-parution de décrets indispensables. Ces vides juridiques persistants sont autant de brèches où s'engouffrent les alcooliers et les publicitaires pour des initiatives publicitaires qui font apparaître floue voire contradictoire l'attitude des pouvoirs publics. Des stratégies de prévention globales et déterminées doivent être engagées par les pouvoirs publics afin de dissiper cette impression.

L'aide aux personnes en difficulté vis-à-vis de l'alcool nécessite de réorganiser le système de prise en charge et de renforcer le travail en réseau

Le réseau doit se structurer autour de trois pôles complémentaires :

- le **secteur ambulatoire**, son pôle de référence serait le médecin généraliste dont on doit souligner le rôle tant dans l'éducation pour la santé que pour le dépistage des comportements d'abus ou de dépendance ;
- le **secteur associatif**. Au sein du système associatif, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie devraient voir leurs missions redéfinies. En dehors de leurs missions de prise en charge du patient alcoolique, ils pourraient être le lieu où se rencontrent les partenaires du réseau tant les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les acteurs du système de prévention (PMI, santé scolaire, médecine universitaire, du travail, associations d'anciens buveurs...) que les acteurs du système de soins ;
- le **secteur hospitalier**. Au sein du système hospitalier, les missions et les objectifs de chacun des services concernés vis-à-vis de la prise en charge du patient alcoolique doivent être définis. Les unités d'alcoologie où se développe l'alcoologie de liaison peuvent être les structures ressources du réseau et assurer le lien entre l'ensemble du système hospitalier et les autres partenaires du réseau.

Dans chaque région, un schéma régional d'organisation sanitaire spécifique à la prévention de l'alcoolisme doit être établi.

La politique de financement du dispositif doit être revue

Une répartition plus claire doit être recherchée pour le financement des réseaux. Ainsi la politique de prévention primaire doit être prise en charge par l'État alors que le financement de la prise en charge des individus doit relever exclusivement de l'assurance maladie. Ainsi le financement des CHAA, qui ont été intégrés au système médico-social par la loi du 29 juillet

1998 relative à la prise en charge de l'exclusion, doit relever d'un financement de l'assurance maladie.

ANNEXE 3

LES AUTRES ENQUÊTES EN POPULATION PERMETTANT D'ESTIMER LA CONSOMMATION D'ALCOOL

L'Enquête Santé Protection Sociale (IRDES) : enquête menée depuis 1988 (biennale depuis 1998) sur un échantillon d'assurés sociaux appartenant aux trois grands régimes (CNAMTS, MSA, RSI). L'enquête a intégré en 2014 les personnels de l'Éducation nationale dont l'assurance maladie est gérée par la MGEN, les personnels de l'armée et de la police, les électriciens et gaziers.

ESPS a été notamment utilisée pour mesurer l'objectif 2 de la loi de santé publique de 2004.

Le Baromètre Nutrition (INPES). Initié en 1996, reconduit en 2002, troisième édition en 2008.

L'étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (AFSSA puis ANSES) INCA 3 lancée en février 2014 est, comme son nom l'indique, le 3^e exercice de cette enquête faite en 1999 et 2007.

L'Étude Nationale Nutrition Santé (INVS) été menée pour la première fois de février 2006 à mars 2007. ENNS 2 se déroule sur les années 2013-2014. Cette étude a été intégrée à l'étude Esteban (Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition).

ANNEXE 4

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2013, 1-6.

Sylvie Guérin, Agnès Laplanche, Ariane Dunant, Catherine Hill, Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009, *Bull. Epidemiol. Hebd.*, 16-17-18, 7 mai 2013, 163-168. (Version française de l'article in EJPH).

Objectif 1, Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant, in *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011*, Danet (Sandrine) dir., Paris, DREES, 2011, 338 p., 128-129.

Objectif 2, Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool, in *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011*, Danet (Sandrine) dir., Paris, DREES, 2011, 338 p., 130-133.

Christophe Palle, Tendances par produit : Alcool, in *Drogues et addictions, données essentielles*, OFDT, 2013, 401 p. , 204-213.

Claudine Perez-Diaz, Violences conjugales et alcool : quel traitement judiciaire ?, *Tendances OFDT*, 2007, n° 55.

Anne-Laure Perrine, Aude-Emmanuelle Develay, Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, Numéro thématique "L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France ", 16-17-18, 7 mai 2013.

http://www.invs.sante.fr/content/download/64387/251811/version/8/file/BEH_16_17_18_2013.pdf

Rey G, Boniol M, Jouglà E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration with French 2006 data. *Addiction*, 105, n° 6, 1018–1029, June 2010.

Avis produit par la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé
Le 6 avril 2014

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr