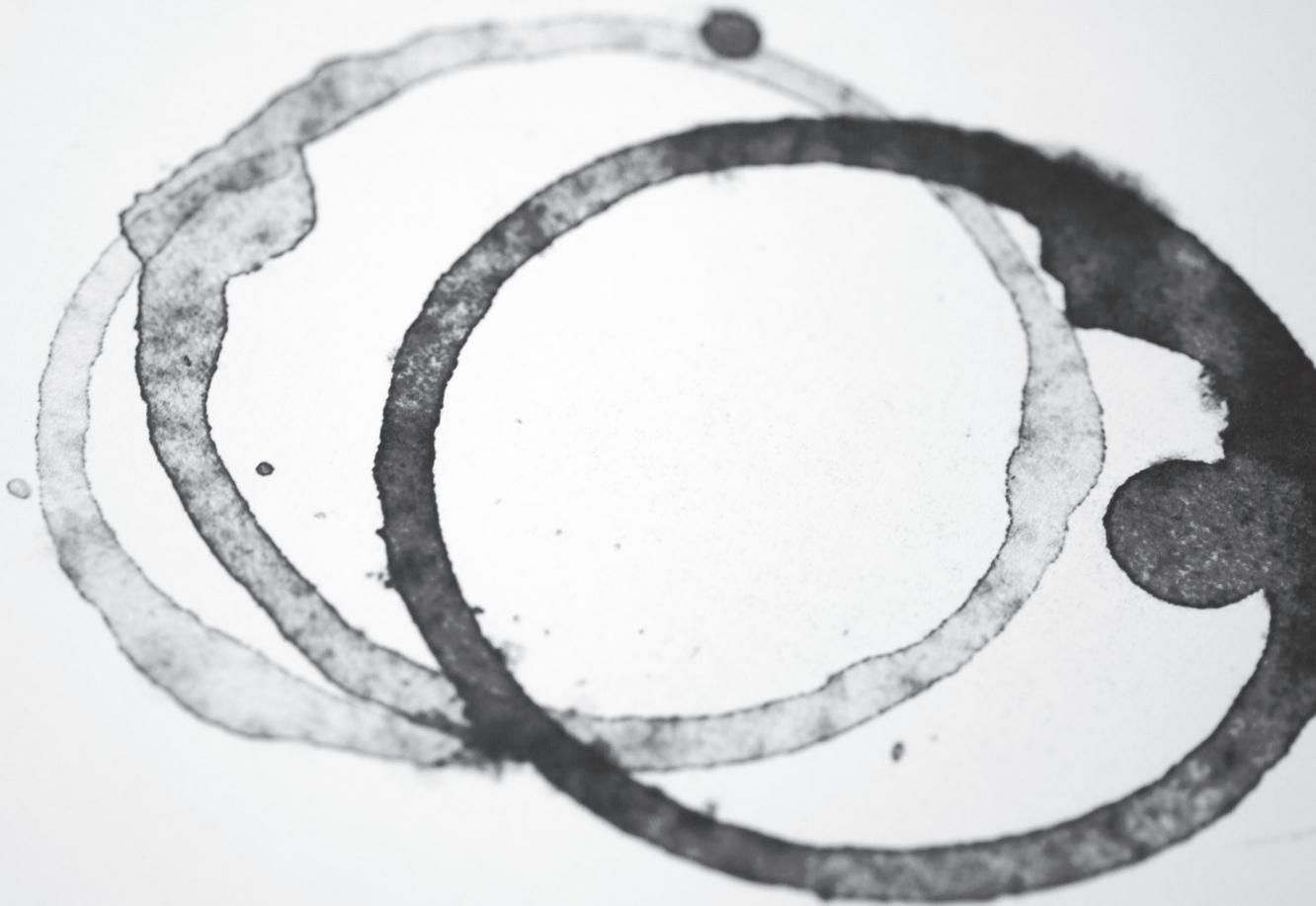




Lutter contre la consommation nocive d'alcool

POLITIQUES ÉCONOMIQUES ET DE SANTÉ PUBLIQUE



Lutter contre la consommation nocive d'alcool

POLITIQUES ÉCONOMIQUES
ET DE SANTÉ PUBLIQUE

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2015), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques économiques et de santé publique*, Éditions OCDE, Paris.

<http://dx.doi.org/10/1787/9789264244580-fr>

ISBN 978-92-64-24457-3 (print)

ISBN 978-92-64-24458-0 (PDF)

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Crédit photo : © Derek Hatfield/Shutterstock.com

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm.

© OCDE 2015

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.

Avant-propos

En 1726, dans un texte en faveur des distillateurs, *A Brief Case of the Distillers*, Daniel Defoe, l'auteur de *Robinson Crusoé*, écrivait : « Les distilleries, par la place qu'elles occupent aujourd'hui, sont l'une des activités les plus notables, et les plus intéressantes pour le public, qui soient menées en Angleterre. » Defoe voulait défendre les producteurs anglais d'alcool qui étaient alors confrontés à la concurrence de produits hollandais, en particulier avec le nouveau produit à la mode, « l'eau de Genièvre », qu'on appellerait bientôt « gin ». Les distillateurs anglais ont eu gain de cause et, très vite, le gin était partout, hommes et femmes buvant même ensemble en public pour la première fois. Les autorités ont vite regretté leur décision (de même que Defoe) et, pendant les vingt-cinq années qui ont suivi, le Parlement britannique a adopté non moins de cinq lois pour essayer de mettre un terme à ce qu'on appelait alors « la folie du gin » (Abel, 2001). La folie du gin est retombée dans les années 1750, encore qu'elle ait retrouvé une certaine vigueur au siècle suivant avec les « palais du gin » victoriens.

Cette anecdote illustre plusieurs des thèmes qui seront traités dans cet ouvrage. Les habitudes de consommation d'alcool sont souvent considérées comme faisant partie de la tradition, mais les boissons les plus couramment consommées, les structures de consommation (y compris lorsqu'il s'agit d'une consommation à risque) et les comportements vis-à-vis de l'alcool des différentes catégories sociales peuvent changer rapidement. La folie du gin montre également que la politique publique peut influencer les comportements mais que, même lorsque le but est de réduire les dommages pour les individus ou pour la société, la politique publique n'est qu'un facteur parmi d'autres, qui vont de l'activité de lobbying à l'histoire de chacun, et qu'elle n'aura son efficacité maximum qu'en étant associée à d'autres approches.

En laissant de côté dans l'immédiat le cas de ceux qui deviennent dépendants de l'alcool, on peut dire que boire relève largement d'un choix individuel et qu'il faut des arguments forts pour qu'il se justifie que les gouvernements interviennent pour modifier le comportement de chacun. Mais le principe selon lequel « Votre droit à asséner un coup de poing s'arrête là où le nez d'un autre homme se présente » (Chafee, 1919) vaut pour l'alcool comme pour tout autre aspect de la vie humaine, et c'est un principe qui est tout à fait d'application en économie pour justifier l'intervention des autorités. Lorsque les choix individuels ont un coût pour la société, comme c'est le cas, très clairement, avec l'alcool et les accidents de la circulation, les violences domestiques et autres formes de violence, outre une surcharge pour les services de santé, pour ne citer que les dommages les plus importants que peuvent subir ceux qui ne boivent pas, la logique économique permet de prédire deux conséquences avec certitude. Premièrement, il se boira plus d'alcool qu'il n'est souhaitable du point de vue de la société. Deuxièmement, il vaut mieux pour la société que ceux qui sont responsables de dommages causés aux autres supportent entièrement le coût de leurs choix. Ces différentes considérations donnent une base solide aux gouvernements pour se saisir du problème de l'usage nocif de l'alcool.

Cependant, les observations et analyses objectives sur lesquelles fonder de telles décisions font souvent défaut. L'objet de cet ouvrage est de combler cette lacune. Nous appuyant sur des simulations informatiques et des analyses de données émanant de différents pays, nous avons observé les grandes tendances de la consommation d'alcool et examiné plusieurs des options envisagées dans la Stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la santé visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

L'approche économique fournit des instruments intéressants aux décideurs pour apprécier les avantages et inconvénients qu'il y a à essayer de modifier la situation existante en appliquant différentes options (ou bien, en vérité, à ne rien faire). En fin de compte, décider des politiques auxquelles recourir relève d'un choix politique, mais nous espérons que cet ouvrage aidera à faire des choix plus éclairés.

Les travaux présentés ici ont été entrepris par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), au nom du Comité de la santé, entre 2011 et 2014. Ils ont grandement bénéficié des apports et commentaires reçus des États membres et autres parties prenantes. Cependant, cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE et ne reflète pas nécessairement les vues des différents États membres. Le Comité de la santé et l'un de ses organes subsidiaires, le Groupe d'experts sur l'économie de la prévention, ont examiné les documents de travail, les rapports d'avancement des travaux et les documents de synthèse, ainsi qu'un premier état du texte, aux différents stades du déroulement du projet.

Les organes représentatifs des parties prenantes auprès de l'OCDE, le Comité consultatif économique et industriel (BIAC) et la Commission syndicale consultative (TUAC), n'ont pas participé aux réunions du Comité de la santé durant lesquelles le travail a été examiné, mais ils ont fourni des commentaires par écrit et ont fait part de remarques oralement lors de consultations formelles distinctes. Le BIAC, en particulier, a fourni des commentaires sur les documents du Comité de la santé émanant des producteurs et distributeurs d'alcool, de l'industrie pharmaceutique et des employeurs de façon plus générale. Les membres du BIAC issus de ces secteurs d'activité ont participé aux réunions du Groupe d'experts sur l'économie de la prévention lorsque les travaux y étaient examinés, aux côtés d'autres parties prenantes invitées – Eurocare, European Association for the Study of the Liver (EASL), European Liver Patients Association (ELPA) et Association of European Cancer Leagues (ECL).

Bibliographie

Abel, E.L. (2001), « The Gin Epidemic: Much Ado About What? », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 36, n° 5, pp. 401-405, septembre.

Chafee, Z. (1919), « Freedom of Speech in War Time », *Harvard Law Review*, vol. 32, n° 8, pp. 932-973.

Remerciements

De nombreuses autres personnes, en dehors des auteurs cités ici, mériteraient d'être remerciées pour le travail présenté dans cet ouvrage. Cette étude est le résultat des efforts déployés pendant quatre ans par de nombreux contributeurs, de l'OCDE et extérieurs à l'OCDE. Sont concernés notamment plusieurs stagiaires à l'OCDE qui ont participé, à divers stades, au programme sur l'économie de la prévention. Michele Sechi Gatta, en particulier, qui a fait un long séjour à l'OCDE, a contribué de façon importante à l'élaboration du modèle de prévention des maladies chroniques liées à l'alcool. Chiara Capobianco a rassemblé et examiné les données concernant la consommation d'alcool et la situation vis-à-vis du marché du travail. Raphaël Andler a travaillé sur l'analyse des évolutions et disparités en matière de consommation d'alcool. D'autres collègues au sein de la Division de la santé, notamment Jillian Oderkirk et Aliénor Lerouge, ont apporté leur concours aux travaux à divers stades. Nous avons bénéficié du soutien éditorial et administratif précieux de Judy Zinnemann, Isabelle Vallard et Anna Irvin tout au long du projet, ainsi que de Marlène Mohier, Nathalie Bienvenu et Emily Carter dans les dernières phases de préparation du texte. Le travail éditorial de Patrick Love sur tous les chapitres et sur les sections spéciales a été remarquable par la qualité et par l'efficacité. Kate Lancaster, également, a apporté son précieux concours, sur le plan éditorial, tout au long du processus, de même que Carol Guthrie et Susan Fridy sur les dernières versions du texte. Spencer Wilson et Paul Gallagher ont grandement aidé à affiner les messages clés émanant de ce travail.

Cette étude n'aurait pas vu le jour sans le soutien sans faille de toute l'Organisation. Nous sommes particulièrement reconnaissants à Mark Pearson pour la façon dont il a conduit le projet, d'abord en tant que chef de la Division de la santé puis en tant que directeur adjoint de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales ; aux directeurs John Martin puis Stefano Scarpetta, qui ont assumé la responsabilité du projet ; et à Francesca Colombo.

Le processus institutionnel dans le cadre duquel les travaux de recherche ont été menés, conduisant à la publication de cette étude, a impliqué des centaines de personnes qui, pour la plupart, ont fourni des commentaires et des contributions. Le travail a été examiné lors de trois réunions du Comité de la santé de l'OCDE, alors présidé par Jane Halton dont l'impulsion a été déterminante pour améliorer la qualité des travaux et s'assurer le soutien des pays. Le travail a aussi été examiné de façon approfondie lors de deux réunions du Groupe d'experts de l'OCDE sur l'économie de la prévention sous la présidence de Taavi Lai et John Henderson. La contribution d'experts indépendants, Peter Anderson et Alan Brennan, est également à noter. Les experts dans les pays et les délégués nationaux sont trop nombreux pour être cités individuellement mais certains méritent, néanmoins, une mention spéciale : Antero Kiviniemi, pour son soutien constant et ses commentaires éclairants ; Cath Patterson et Crispin Acton, pour avoir aidé à trouver un point d'équilibre sur les aspects les plus sensibles ; Peggy Murray, pour avoir permis que le projet bénéficie des travaux menés et financés par l'US National Institute for Alcohol Abuse

and Alcoholism (NIAAA). Parmi les autres experts extérieurs qui ont contribué aux travaux en-dehors de ces réunions, on peut citer Steve Gribble, dont l'aide a été d'une grande utilité pour la conception initiale du modèle de prévention des maladies chroniques liées à l'alcool ; Ben Baumberg, qui a aidé à analyser la distribution des consommations d'alcool ; et Colin Angus, qui a fourni des conseils sur la conception de l'analyse de l'impact de brèves interventions en soins primaires.

L'OCDE travaille en étroit partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé sur ses travaux consacrés à la prévention des maladies non transmissibles, et nous tenons à rendre hommage à la constante collaboration avec Jeremy Lauer et Dan Chisholm pour l'évaluation des politiques visant l'alcool, et à exprimer nos remerciements pour les contributions de Vladimir Poznyak et Dag Rekve, à l'origine notamment d'une section spéciale. Nous sommes également reconnaissants aux auteurs des autres sections spéciales, Henry Saffer, Anne Ludbrook, Marjana Martinic et Martin McKee pour avoir bien voulu partager certains des résultats de leurs recherches pour enrichir les travaux menés par l'OCDE.

Nous tenons à remercier le Comité consultatif économique et industriel auprès de l'OCDE (BIAC), en particulier Ali Karami Ruiz, pour les efforts déployés pour communiquer de façon constructive les apports multiples, et parfois contradictoires, émanant des différentes parties prenantes du secteur économique, malgré les fortes pressions en jeu. Nous exprimons aussi notre reconnaissance à Alain Sommer, ancien président du Groupe de travail du BIAC sur les politiques de santé, pour ses contributions précieuses du point de vue des employeurs.

Les travaux ont été financés grâce aux contributions ordinaires des pays membres de l'OCDE et ont bénéficié de deux dons de la part de la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues des différents pays membres de l'OCDE, non plus que celles de la Commission européenne.

Table des matières

Acronymes et abréviations	13
Résumé	15
Chapitre 1. Alcool : l'aspect de santé publique d'un phénomène social	19
Par Franco Sassi et Patrick Love	
Principaux résultats	20
L'alcool, un trait commun des sociétés humaines	20
Consommation nocive d'alcool : l'ampleur du problème	23
Effets protecteurs et nocifs : le point de vue de la santé publique	24
Prise en compte du bien-être social dans les politiques de l'alcool	29
Principales conclusions de l'ouvrage	33
Vue d'ensemble des autres chapitres	37
Notes	39
Bibliographie	39
Chapitre 2. Évolution de la consommation d'alcool dans les pays de l'OCDE	43
Par Marion Devaux et Franco Sassi	
Principaux résultats	44
Alcool : quelles différences entre les pays ?	44
La consommation d'alcool est-elle à la hausse ou à la baisse ?	46
Boissons dominantes et habitudes de consommation	51
Recenser les individus ayant une consommation dangereuse d'alcool	53
Suivre les évolutions dans le temps de la consommation d'alcool	54
Évolutions de la consommation dangereuse d'alcool et de la suralcoolisation épisodique	56
Initiation à la boisson et consommation d'alcool chez les jeunes	58
Habitudes de consommation d'alcool par cohorte	62
Conclusion : convergences et divergences	64
Notes	64
Bibliographie	64
Chapitre 3. Disparités sociales face à la consommation d'alcool	67
Par Marion Devaux	
Principaux résultats	68
Dégager les caractéristiques sociales de la consommation d'alcool	68
Les différentes habitudes de consommation d'alcool entre les femmes et les hommes	69
Les disparités sociales de la consommation d'alcool	70
Les disparités sociales de la consommation à risque	73

Les disparités sociales de la suralcoolisation épisodique	75
Disparités ethniques de la consommation d'alcool	77
L'alcool et la situation professionnelle : un lien complexe	79
Les différents gradients de la consommation d'alcool et des préjudices liés à l'alcool	84
Notes	85
Bibliographie	86
Section spéciale I. Impact de la consommation d'alcool sur la santé mondiale	91
Par Vladimir Poznyak et Dag Rekke	
Introduction	92
Voies et mécanismes des méfaits de l'alcool	92
Niveaux et habitudes de consommation d'alcool	93
Mortalité et morbidité imputables à l'alcool	93
Facteurs ayant un impact sur les conséquences pour la santé	94
Préjudices à autrui	95
Action publique pour réduire la consommation nocive d'alcool	95
Bibliographie	96
Chapitre 4. Lutter contre les méfaits de l'alcool : quelles approches ?	97
Par Michele Cecchini et Annalisa Belloni	
Principaux résultats	98
Un but, de nombreuses options	98
Stratégies mondiales et nationales de réduction de la consommation nocive d'alcool	103
Principales approches dans la panoplie des politiques de l'alcool	104
Le rôle des entreprises du secteur des boissons alcoolisées	126
Note	128
Bibliographie	128
Section spéciale II. Publicité sur l'alcool et consommation excessive	135
Par Henry Saffer	
Introduction	136
Publicité sur l'alcool	136
Travaux de recherche de psychologie et de neuroscience	137
Conclusions	140
Notes	140
Bibliographie	140
Section spéciale III. Quel effet un prix unitaire minimum de l'alcool a-t-il sur les différents types de consommateurs ?	143
Par Anne Ludbrook	
Introduction	144
Effets des prix sur les sous-groupes de population	145
Habitudes d'achat d'alcool à bas prix	145
Autres interventions sur les prix	147
Conclusion	148

Notes	148
Bibliographie	148
Section spéciale IV. Bien-fondé de la réduction des méfaits de l'alcool sur le lieu de travail	149
Par <i>Marjana Martinic</i>	
Introduction	150
Raisonnement de la lutte contre les problèmes liés à l'alcool sur le lieu de travail	150
Interventions sur le lieu de travail : efficacité et rapport coût-efficacité	151
Exemples sectoriels des interventions axées sur l'alcool	153
Obstacles aux interventions sur le lieu de travail	154
Bibliographie	155
Chapitre 5. Impacts sur l'économie et la santé des principales mesures possibles en matière d'alcool	159
Par <i>Franco Sassi, Michele Cecchini, Marion Devaux, Roberto Astolfi</i>	
Principaux résultats	160
Évaluer l'impact des politiques en matière d'alcool	161
Que nous disent les données factuelles antérieures ?	166
Que pouvons-nous apprendre (ou pas) d'un modèle de simulation ?	168
Nouvelle évaluation : les actions possibles	169
Pays examinés : Canada, République tchèque et Allemagne	181
Impact des politiques sur la consommation nocive d'alcool, la longévité et l'incapacité	182
Impact des politiques sur l'incidence des maladies et des traumatismes liés à l'alcool	189
Coûts de mise en œuvre, effets sur les dépenses de santé et rapport coût-efficacité des politiques	191
Associer diverses mesures de lutte contre l'alcool	197
Qui bénéficie le plus des politiques en matière d'alcool ?	200
Solidité des conclusions tirées de l'analyse de l'impact des politiques	203
Note	205
Bibliographie	205
Section spéciale V. Effets bénéfiques des approches de prévention axées sur la population générale : le cas des prix minimums de l'alcool	211
Par <i>Martin McKee</i>	
Bibliographie	214
Chapitre 6. L'alcool, l'individu, la société : appel à la cohérence des politiques de l'alcool	217
Par <i>Franco Sassi</i>	
Principales conclusions	218
L'alcool : un vieux problème aux dimensions nouvelles	218
L'extrême complexité de la lutte contre l'abus d'alcool	221
Les États doivent-ils intervenir ? À quels résultats peuvent-ils parvenir ?	226

La portée d'une approche impliquant plusieurs acteurs pour lutter contre l'abus d'alcool	229
Bibliographie	231
Annexe A. Graphiques et tableaux complémentaires	233
1. Tableaux et graphiques complémentaires associés aux chapitres 2 et 3	233
2. Tableaux et graphiques complémentaires associés au chapitre 4	243
3. Tableaux et graphiques complémentaires associés au chapitre 5	246
Annexe B. Notices biographiques des auteurs et des contributeurs	263

Tableaux

SFII.1. Réductions prévues de la consommation d'alcool liées à une diminution de la publicité sur l'alcool et à une augmentation des taxes sur l'alcool	140
5.1. Mesures possibles de lutte contre l'alcool évaluées dans l'analyse	170
5.2. Valeurs de l'élasticité par rapport au prix utilisées dans les analyses principales du modèle PMC-alcool	172
A.1. Description des données des enquêtes nationales sur la santé utilisées dans les analyses présentées aux chapitres 2 et 3	234
A.2. Directives nationales en matière de consommation d'alcool	235
A.3. Aperçu d'une série de politiques de l'alcool dans les pays de l'OCDE et dans des économies partenaires	244
A.4. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – Canada	247
A.5. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – République tchèque	250
A.6. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – Allemagne	253
A.7. Coûts par personne d'une série de politiques de lutte contre l'abus d'alcool (USD à PPA)	256

Graphiques

2.1. Consommation d'alcool chez les adultes, 2012 (ou année la plus proche)	46
2.2. Évolution de la consommation d'alcool chez les adultes, 1992-2012 (ou année la plus proche)	47
2.3. Niveaux de consommation par type d'alcool et résultats des pays	52
2.4. Part de l'alcool total consommé par les 20 % de la population qui boivent le plus	54
2.5. Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, population de 15 à 74 ans	55
2.6. Taux de consommation dangereuse d'alcool, consommateurs uniquement, population de 15 à 74 ans	57
2.7. Taux de suralcoolisation épisodique, consommateurs uniquement, population de 15 à 74 ans	58
2.8. Tendances de la suralcoolisation épisodique par groupe d'âge au Canada, en France, en Italie et en Nouvelle-Zélande	60
2.9. Évolution de l'âge du premier verre et de la première ivresse, 2001-10, moyenne dans 20 pays de l'OCDE	62

2.10. Habitudes de consommation dangereuse par cohorte de naissance.	63
3.1. Disparités sociales de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois	72
3.2. Disparités sociales de la consommation à risque.	74
3.3. Disparités sociales de la suralcoolisation épisodique	76
3.4. Disparités ethniques des comportements vis-à-vis de l'alcool	78
3.5. Probabilité de se blesser ou de blesser quelqu'un à cause de la boisson	83
SFII. Fraction attribuable à l'alcool (FAA) pour toutes les causes de mortalité, 2012	94
4.1. Niveaux des droits d'accise sur l'alcool dans les pays de l'OCDE (terciles)	106
4.2. Âge minimum légal national pour les ventes d'alcool, pays de l'OCDE et principaux partenaires	117
4.3. Taux d'alcoolémie maximum légal au niveau national, pays de l'OCDE et principaux partenaires	121
SFIII.1. Probabilité prévue moyenne que les ménages achètent de l'alcool à emporter bon marché (< 45 p par unité) par quintile de revenu et niveau d'achat – en cas d'achat d'alcool à emporter	146
SFIII.2. Volume prévu moyen d'alcool bon marché (< 45 p par unité) à emporter par quintile de revenu et niveau d'achat – en cas d'achat d'alcool à emporter	146
A. Structure de base du modèle PMC-alcool.	163
B. Maladies liées à l'alcool incluses dans le modèle PMC-alcool	165
5.1. Diminution des taux de prévalence au niveau de la population sur la période de simulation	184
5.2. Résultats en matière de santé au niveau de la population, nombre moyen par an.	186
5.3. Nombre de personnes d'âge actif ne présentant aucune maladie liée à l'alcool, effet moyen par an.	187
5.4. AVCI cumulées épargnées au fil du temps.	188
5.5. Diminution du nombre de cas de maladies et de traumatismes, moyenne par an, 2010-50	190
5.6. Impact économique au niveau de la population, moyenne par an, 2010-50	192
5.7. Impact cumulé sur les dépenses de santé dans le temps	193
5.8. Rapport coût-efficacité des interventions dans le temps	194
A. Consommation non recensée d'alcool dans les pays de l'OCDE.	197
5.9. Résultats en termes de santé d'une stratégie combinant de multiples interventions, nombre moyen par année.	199
5.10. Impact sur les dépenses de santé d'une stratégie combinant de multiples interventions, moyenne par an, 2010-50	200
5.11. AVCI par sexe, nombre moyen par année	201
5.12. Effets de certaines interventions pour différents groupes d'âge	202
A.1. Consommation globale au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'instruction, sélection de pays de l'OCDE	238
A.2. Consommation à risque au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'instruction, sélection de pays de l'OCDE	239

A.3. Suralcoolisation épisodique au moins une fois par semaine au cours des derniers moins en fonction du niveau d'instruction, sélection de pays de l'OCDE.	240
A.4. Consommation globale au cours des 12 derniers mois en fonction du statut socio-économique (SSE), sélection de pays de l'OCDE.	241
A.5. Consommation à risque au cours des 12 derniers mois en fonction du statut socio-économique (SSE), sélection de pays de l'OCDE.	242
A.6. Suralcoolisation épisodiques au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois en fonction du statut socio-économique (SSE), sélection de pays de l'OCDE.	243
A.7. AVCI cumulées gagnées au fil du temps.	257
A.8. Impact cumulé sur les dépenses de santé au fil du temps	258
A.9. Canada: Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de dix ans	259
A.10. Canada: Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de 40 ans.	259
A.11. République tchèque : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de dix ans	260
A.12. République tchèque : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de 40 ans	260
A.13. Allemagne : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de dix ans	261
A.14. Allemagne : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de 40 ans.	261

Suivez les publications de l'OCDE sur :



http://twitter.com/OECD_Pubs



<http://www.facebook.com/OECDPublications>



<http://www.linkedin.com/groups/OECD-Publications-4645871>



<http://www.youtube.com/oecdilibrary>



<http://www.oecd.org/oecdirect/>

Ce livre contient des...

StatLinks 

Accédez aux fichiers Excel® à partir des livres imprimés !

En bas des tableaux ou graphiques de cet ouvrage, vous trouverez des *StatLinks*. Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de retranscrire dans votre navigateur Internet le lien commençant par : <http://dx.doi.org>, ou de cliquer sur le lien depuis la version PDF de l'ouvrage.

Acronymes et abréviations

AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AVCI	Années de vie corrigées de l'incapacité
CIM	Classification internationale des maladies
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CSEW	Crime Survey for England and Wales
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GENACIS	Gender, Alcohol and Culture International Study
GISAH	Système mondial d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé
GSHS	Global School-based Student Health Survey
HILDA	Household, Income and Labour Dynamics in Australia
IC	Indice de concentration
MNT	Maladies non transmissibles
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NLSY	National Longitudinal Survey of Youth
NSDUH	National Survey of Drug Use and Health
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPA	Parités de pouvoir d'achat
QALY	Années de vie ajustées par la qualité
SHARP	School Health and Alcohol Harm Reduction Project (Australie)
SIPS	Screening and Intervention Programme for Sensible drinking
SSE	Statut socio-économique
TAV	Titre alcoométrique volumique
TSAF	Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

Résumé

Présent dans la vie des sociétés humaines depuis, au moins, le néolithique, l'alcool est tout à la fois adoré et haï pour des raisons qui n'ont guère changé au fil du temps. Qu'est-ce que c'est que d'avoir trop bu ? À partir de quand peut-on parler d'ébriété ? Qui boit et dans quelles circonstances ? La réponse à ces questions dépend pour beaucoup de facteurs tels que la culture, l'économie et les normes sociales.

Dans les pays de l'OCDE, la consommation d'alcool par personne a globalement diminué au cours de la période couverte par l'analyse de l'OCDE, mais avec des évolutions divergentes, à la hausse ou à la baisse, autour de cette tendance générale, selon les pays. Cependant, de nombreux pays connaissent une forte augmentation des conduites d'alcoolisation à risque (alcoolisation paroxystique ou *binge drinking*), surtout parmi les jeunes et les femmes. De même, les économies émergentes enregistrent une importante progression de la consommation relative d'alcool, quoiqu'à partir de niveaux comparativement faibles.

Ces évolutions sont préoccupantes car certains des méfaits généralement associés à la consommation excessive d'alcool chez les jeunes – accidents de la circulation ou actes de violence, par exemple – touchent souvent d'autres personnes que les consommateurs eux-mêmes, contribuant pour beaucoup au poids des maladies liées à l'alcool. La surconsommation d'alcool chez les jeunes est associée à un risque accru de maladies aiguës et chroniques. Elle est aussi associée à des problèmes de consommation excessive plus tard dans la vie, et ceux qui réussissent sur le marché du travail risquent de voir leurs perspectives de carrière à long terme compromises.

L'alcool a un impact sur plus de 200 maladies et traumatismes. Dans la plupart des cas, l'impact est négatif ; dans certains cas, il est bénéfique. Chez une minorité de consommateurs, le plus souvent des hommes d'un certain âge qui boivent peu, les bénéfices pour la santé l'emportent. Au niveau de l'ensemble de la population, les effets négatifs pour la santé l'emportent largement dans tous les pays, partout dans le monde. La consommation dangereuse d'alcool découle normalement d'un choix individuel, mais elle a des conséquences sociales. Les préjudices subis par les personnes autres que les consommateurs eux-mêmes, par exemple les victimes d'accidents de la circulation et d'actes de violence, mais aussi les enfants souffrant du syndrome d'alcoolisation fœtale, sont la manifestation la plus visible de ces conséquences pour la société. Le coût des soins de santé et de la criminalité et la baisse de la productivité en sont d'autres conséquences importantes. Les pouvoirs publics ont par conséquent toutes les raisons de lutter contre l'usage nocif de l'alcool. Les conséquences de la consommation nocive d'alcool en termes de santé publique sont très préoccupantes, l'alcool étant l'une des premières causes de mortalité et de handicap dans le monde. Selon les estimations de l'OCDE, quatre consommateurs d'alcool sur cinq réduiraient leur risque de décès, quel qu'en soit la cause, s'ils réduisaient leur consommation d'alcool d'une unité par semaine. Il

est donc largement possible d'améliorer le bien-être des consommateurs et de la société de façon générale, d'autant qu'on n'a jamais disposé de données aussi nombreuses ni aussi détaillées qu'aujourd'hui montrant l'ampleur des risques liés à l'usage nocif de l'alcool et l'efficacité des multiples mesures que les pouvoirs publics peuvent prendre pour en corriger les méfaits.

La palette des politiques disponibles pour lutter contre la consommation excessive d'alcool est très large, certaines ciblant uniquement les gros buveurs, d'autres étant de portée plus générale. Choisir une combinaison appropriée de mesures dans un contexte donné exige des décisions politiques que les gouvernements, chacun individuellement, sont les mieux à même de prendre, compte tenu des caractéristiques sociales, culturelles et épidémiologiques du pays. Cependant, les analyses économiques fondées sur la simulation informatique de divers scénarios peuvent aider les gouvernements à comparer l'impact, en termes de santé, et l'intérêt économique de différents types d'interventions, ce qui peut être un instrument utile pour aider à la prise de décision. La Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2010, envisage toute une palette de mesures fondées sur un consensus international que l'OCDE a pris comme point de départ pour évaluer diverses politiques dans une perspective économique. Le fait de prendre en compte, ou de ne pas prendre en compte, telle ou telle mesure dans l'analyse n'implique pas, en soi, l'approbation, ni le rejet, de telle ou telle option.

Les analyses menées par l'OCDE sur la base d'un modèle de simulation montrent que plusieurs politiques de lutte contre l'alcoolisme sont susceptibles de réduire les taux de surconsommation d'alcool, régulière ou occasionnelle, et la dépendance à l'alcool, dans trois pays, dans la proportion de 5 % à 10 %. Cela rapprocherait grandement ces pays de l'objectif consistant à réduire volontairement la consommation dangereuse d'alcool de 10 % d'ici 2025, objectif adopté par l'Assemblée mondiale de la santé, en 2013, dans le cadre du dispositif pour le suivi des maladies non transmissibles au niveau mondial. L'étude de l'OCDE a révélé que la capacité des gouvernements d'élaborer et d'appliquer des stratégies globales de prévention en combinant les atouts de différentes approches est un élément clé de la réussite. Cela peut inclure des initiatives émanant du secteur des boissons alcoolisées, encore qu'on ait besoin de disposer de davantage d'observations indépendantes quant à l'impact de telles actions.

Les modèles de simulation comme celui utilisé dans les analyses de l'OCDE présentent de nombreux avantages. Ils peuvent fournir des observations dans des domaines où une enquête empirique directe serait difficile, voire impossible. Cependant, ils reposent aussi sur des hypothèses et doivent s'appuyer sur diverses données de base qui, pour certaines, sont de médiocre qualité. On peut toujours améliorer les modèles en affinant les hypothèses et les données de base.

Principaux résultats

- Dans les pays de l'OCDE, la consommation annuelle moyenne correspond à 9.1 litres d'alcool pur par habitant (soit une baisse de 2.5 % en moyenne au cours des 20 dernières années).
- On estime que près de 11 % de la consommation totale d'alcool n'est pas comptabilisée, dans les pays de l'OCDE. Ajoutée à la consommation comptabilisée, cela porte la consommation totale d'alcool à 10.3 litres par personne, un chiffre beaucoup plus élevé que la moyenne mondiale, qui est de 6.2 litres.

- L'essentiel de la consommation de boissons alcoolisées est le fait des 20 % de la population qui boivent le plus dans les pays examinés.
- La prévalence des consommations dangereuses (une consommation hebdomadaire d'alcool pur de 140 grammes ou plus pour les femmes et de 210 grammes ou plus pour les hommes) et de la suralcoolisation épisodique (« alcoolisation paroxystique intermittente », soit la consommation de 5 à 8 doses au cours d'un même épisode selon les pays) chez les jeunes, en particulier les femmes, a augmenté dans de nombreux pays de l'OCDE.
- La proportion des enfants âgés de 15 ans ou moins qui n'ont pas encore consommé d'alcool a diminué, passant de 44 % à 30 % chez les garçons et de 50 % à 31 % chez les filles, au cours des années 2000. À l'inverse, la proportion des enfants qui ont déjà été en état d'ébriété a augmenté, passant de 30 % à 43 % chez les garçons et de 26 % à 41 % chez les filles.
- La probabilité de consommer de l'alcool est plus forte parmi les individus dont le niveau d'éducation et le statut socio-économique sont plus élevés. Les hommes de niveau d'éducation et de statut socio-économique moindres sont plus exposés au risque de consommation dangereuse, de même que les femmes plus éduquées et de statut socio-économique plus élevé.
- En général, les groupes ethniques minoritaires consomment moins d'alcool que la majorité de la population, hormis quelques exceptions de taille dans certains pays.
- Si l'impact de la surconsommation d'alcool sur la situation au travail est systématiquement négatif, il apparaît qu'une consommation modérée peut avoir un impact positif, en particulier en termes de salaires. Les estimations actuelles indiquent que les pertes de productivité liées à une alcoolisation excessive sont de l'ordre de 1 % du PIB dans la plupart des pays.
- L'alcool pèse lourd en termes de maladies et de traumatismes. La consommation dangereuse d'alcool est passée de la huitième à la cinquième place du classement des principales causes de mortalité et de handicap, dans le monde, entre 1990 et 2010.
- Lorsqu'elles sont systématiquement proposées dans le cadre des soins primaires, les séances d'information sur l'alcool sont susceptibles d'engendrer des gains importants, en termes de santé et d'espérance de vie, dans les trois pays qui ont fait l'objet d'une analyse économique, dans le présent rapport, sur la base d'une simulation informatique (Allemagne, Canada et République tchèque).
- De même, une hausse des taxes ayant pour résultat l'augmentation de 10 % du prix des boissons alcoolisées et l'adoption d'une série de mesures réglementaires pourraient produire des effets intéressants.
- En combinant les mesures de lutte contre l'alcool dans le cadre d'une stratégie cohérente de prévention on en maximiserait les effets, car cela aiderait à atteindre une « masse critique » qui permettrait d'avoir plus d'impact sur les normes sociales qui poussent aux conduites d'alcoolisation dangereuse.
- En années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), un ensemble de dispositions fiscales et réglementaires, diverses interventions dans le domaine de la santé et une stratégie mixte permettraient chaque fois de gagner environ 37 000 AVCI par an au Canada, entre 23 000 et 29 000 AVCI en République tchèque, et entre 119 000 et 137 000 AVCI en Allemagne,

soit 10 % environ de la charge de morbidité estimée imputable à la surconsommation dangereuse d'alcool, dans ces trois pays, en 2010.

- Des stratégies en matière d'alcool combinant différentes mesures permettraient d'économiser en dépenses de santé jusqu'à 4, 8 et 6 USD (en parité de pouvoir d'achat) par personne, respectivement, dans ces trois pays.
- Les mesures en milieu médical sont les plus coûteuses à mettre en œuvre dans les trois pays, suivies par le contrôle de l'application des règles concernant l'alcool au volant et les programmes en milieu de travail. Les mesures visant les prix et les mesures réglementaires sont nettement moins coûteuses.
- Même les mesures de prévention les plus coûteuses présentent un bilan coût-efficacité extrêmement favorable en termes de santé, dans les trois pays.
- Les mesures de lutte contre l'alcoolisme devraient cibler en priorité les gros buveurs, mais rares sont les moyens dont on dispose pour y parvenir. Les médecins de soins primaires peuvent certainement jouer un rôle important dans la lutte contre la surconsommation, tandis que le contrôle par les forces de police des règles en vigueur concernant l'alcool au volant est essentiel pour réduire le nombre des victimes d'accidents de la route.
- Cela étant, il peut être nécessaire d'adopter des stratégies plus larges pour compléter les mesures ciblant exclusivement les gros buveurs. La hausse du prix des boissons alcoolisées peut être bénéfique en termes de santé publique, surtout lorsqu'elle porte sur le segment le moins cher du marché car cela permet de lutter plus efficacement contre une consommation dangereuse. La réglementation de la publicité pour les boissons alcoolisées peut produire des avantages complémentaires.
- Un dialogue ouvert et une action en coopération avec les fabricants de boissons alcoolisées, ainsi qu'avec les grands distributeurs et autres acteurs concernés, peut – comme c'est déjà le cas dans certains pays – s'inscrire dans une stratégie efficace de lutte contre les méfaits de la consommation d'alcool.
- Les enquêtes portant sur la consommation d'alcool sont des instruments essentiels pour concevoir des politiques judicieuses en la matière. Les pays et leurs offices statistiques et agences de santé publique doivent redoubler d'efforts pour renforcer la cohérence et la fiabilité de ces enquêtes.

Chapitre 1

Alcool : l'aspect de santé publique d'un phénomène social

Par

Franco Sassi et Patrick Love

L'alcool tient une place tout au long de l'histoire de l'humanité – tantôt vanté, tantôt critiqué pour des raisons qui n'ont en grande partie pas évolué au fil du temps. La consommation d'alcool est associée à des effets à la fois positifs et négatifs pour la santé dont les réalités sous-jacentes sont rarement appréhendées de façon pertinente dans une perspective d'action publique. Lorsqu'elles le sont, elles révèlent que les effets positifs d'une consommation modérée méritent toute l'attention des décideurs publics, sans toutefois minimiser la nécessité de combattre la consommation nocive, notamment lorsque les autorités optent pour des politiques ayant une incidence plus forte sur la population générale que sur les plus gros buveurs uniquement. La consommation d'alcool est associée à une amélioration du bien-être social pour certains buveurs, mais également à une détérioration significative de ce bien-être pour d'autres gros buveurs et de nombreux abstinents. Les politiques de l'alcool sont un domaine de santé publique dans lequel l'action de l'État trouve une forte justification au plan économique, surtout en raison des effets nocifs pour les personnes autres que les buveurs, ainsi que des effets de dépendance à l'alcool. Ce chapitre présente une vue d'ensemble de certaines des principales conclusions des analyses de l'OCDE exposées dans le reste de l'ouvrage. Il étudie et cherche à expliquer les déterminants économiques de la consommation d'alcool, ainsi que certaines de ses dimensions culturelles, sociales et psychologiques.

Principaux résultats

- La consommation d'alcool a des effets à la fois positifs et négatifs sur la santé des buveurs. Au niveau de la population, les seconds l'emportent sur les premiers dans tous les pays.
- Le risque de décès de jeunes hommes adultes et de femmes jeunes et d'âge moyen augmente régulièrement avec la consommation d'alcool, sans effets positifs d'ensemble, mais avec un risque relativement faible en cas de consommation modérée.
- Quatre buveurs sur cinq environ réduiraient leur risque de décès (toutes origines confondues) s'ils diminuaient leur consommation d'alcool d'une unité (10 grammes) par semaine.
- Il conviendrait peut-être de concevoir et de communiquer différemment les indicateurs des effets positifs et négatifs de la consommation d'alcool en fonction de l'audience ciblée et de l'objectif qu'ils visent (formulation de lignes directrices de consommation à l'intention des consommateurs individuels/information à l'appui des politiques, par exemple).
- Les années de vie potentiellement gagnées, la qualité de vie et les préférences individuelles relatives à la date d'occurrence des bienfaits et des méfaits sont des éléments importants de l'analyse des solutions d'action publique.
- Les politiques de l'alcool doivent équilibrer les effets positifs et négatifs sur le bien-être. Les méfaits subis par les non consommateurs sont plus efficacement réduits en combattant la consommation abusive. Les politiques axées sur les prix et la réglementation sont plus susceptibles d'influer sur le bien-être du consommateur.
- Les préjudices à autrui, la dépendance et la perception erronée des consommateurs quant aux risques qu'ils encourent justifient pleinement les interventions publiques de lutte contre le problème de la consommation nocive d'alcool.

L'alcool, un trait commun des sociétés humaines

Les anecdotes selon lesquelles les oiseaux et les petits mammifères s'enivraient en consommant des fruits fermentés donnent à penser que les boissons alcoolisées ont probablement été découvertes plutôt qu'inventées. Mais des données probantes archéologiques révèlent qu'au néolithique, il y a environ 10 000 ans, l'alcool était déjà produit à dessein. Certains font même valoir que la révolution néolithique – le passage d'une société de chasseurs-cueilleurs à une société fondée sur l'agriculture – a résulté des efforts engagés par les sociétés de l'âge de pierre pour assurer un approvisionnement régulier en céréales dans le but de produire des boissons alcoolisées (McGovern, 2010). À cette époque, il aurait été trop compliqué de brasser de la bière à partir de céréales, d'où il est probable que les premières boissons étaient des mélanges de vins de fruits et d'hydromel (boisson faite à partir de miel fermenté). Outre l'ébriété qu'elle procurait, cette boisson à haute teneur en sucre était probablement assez nutritive pour aider les groupes à survivre car elle pouvait être conservée pendant des périodes relativement longues. Il est

aussi possible que ces boissons aient été utilisées à des fins thérapeutiques. Les travaux de McGovern (2010) révèlent qu'une boisson fabriquée en Iran contenait de la résine, laquelle pourrait avoir eu des vertus antibiotiques.

À l'époque des premiers écrits, l'alcool était probablement déjà entré dans les mœurs quotidiennes à travers le monde. L'Ancien Testament indique que l'une des premières choses que fit Noé lorsqu'il arriva sur la terre ferme après le déluge fut de planter des vignes. Le dieu égyptien Osiris était aussi le dieu du vin, et d'autres civilisations, y compris la civilisation babylonienne, honoraient des divinités similaires. Certaines preuves indirectes permettent de penser que l'alcool était également présent dans des cultures qui n'ont laissé aucune trace écrite, telles que les civilisations andines précolombiennes (Pierce et Toxqui, 2014).

Les premiers témoignages écrits décrivent déjà des faits de consommation abusive d'alcool. Si l'ébriété en soi ne semblait pas condamnée par les sociétés anciennes, les autorités étaient néanmoins préoccupées, tout comme aujourd'hui, par la consommation abusive et les activités, telles que la prostitution, associées aux lieux de consommation (Hanson, 1995). Il est difficile de dire à quel point l'ébriété était un problème. Les comportements exceptionnels, en particulier lorsqu'ils sont mauvais, sont toujours plus susceptibles d'être signalés, et ce d'autant plus à une époque où les matériels d'écriture étaient rares. Cela étant dit, les travaux de Hanson mentionnent plus de 40 tentatives des autorités chinoises pour bannir l'alcool durant la période allant de 1100 avant JC à 1400 après JC – qui ont toutes échoué. Selon l'un des commentaires cités dans ces travaux : « Interdire l'alcool et faire en sorte que l'on s'abstienne totalement d'en consommer est au-dessus du pouvoir y compris des sages. Ainsi, nous sommes avertis des dangers de sa consommation abusive » (Hanson, 1995).

Les auteurs grecs, notamment Platon, critiquaient l'ébriété, mais là aussi, cela résultait sans doute des comportements sociaux et de l'absence d'autocontrôle associée à l'ivresse plutôt que d'une condamnation de l'ébriété en soi. Il était courant de boire un peu trop lors des *symposions*, banquets où les classes supérieures buvaient et discutaient (à l'origine du terme « symposium »). En fait, le culte de Dionysos encourageait l'excès. Cependant, les bacchantes (équivalent romain) ont finalement été interdites du fait de l'affaiblissement des vertus romaines traditionnelles de frugalité et de tempérance lié à une consommation excessive de boisson à l'heure où l'empire s'étendait. Malgré cela, l'alcool a continué de jouer un rôle spirituel, dont la chrétienté a fini par hériter du culte de Dionysos et d'autres cultes (Nancy, 2013).

L'alcool joue aussi un certain nombre de rôles symboliques plus terre à terre. Dans de nombreux pays, le champagne ou autres vins pétillants sont par exemple consommés pour célébrer un événement, et lorsque ce n'est pas le cas, il est consommé par des personnes qui appartiennent à une classe sociale riche. À l'autre extrémité de la palette, l'expression argotique « sac à vin » désigne une personne qui boit du vin bon marché pour s'enivrer. En général, les boissons « étrangères » jouissent d'un statut social plus élevé que les boissons locales, tout du moins lorsqu'elles font leur entrée sur le marché. De même, certaines boissons et attitudes de consommation sont considérées comme « masculines » et d'autres comme « féminines » (SIRC, 1998).

Au plan géographique, les produits consommés ne sont pas les mêmes. Ces différences remontent à la chute de l'empire romain, et ce, même si elles sont moins marquées aujourd'hui qu'elles ne l'étaient autrefois. Le vin est resté la boisson la plus consommée dans les pays qui sont maintenant la France, l'Espagne et l'Italie, mais plus au nord, différents types de bières et d'hydromels sont devenus de plus en plus populaires

au Moyen Âge, période allant globalement de la chute de Rome à la Renaissance. Le vin a été associé de façon plus pragmatique à la religion car les monastères protégeaient la viticulture et conservaient les secrets de fabrication de vins de bonne qualité (Million, 2013). À ce propos, la légende selon laquelle le champagne pétillant a été inventé par le moine bénédictin français Dom Pérignon est un mythe créé par l'un de ses successeurs, même s'il est exact que ce moine a beaucoup contribué à l'amélioration de la qualité des vins de Champagne à la fin du XVII^e siècle. Avec l'essor des villes, le brassage des bières s'est aussi développé pour répondre à une demande dépassant la seule consommation des ménages, mais l'innovation la plus significative du Moyen Âge a sans conteste été la distillation.

Personne ne sait exactement de quand date cette découverte, mais on dispose de données probantes sur la distillation à l'école de médecine de Salerne, Italie, au XII^e siècle et, peut-être, en Chine à la même époque (Forbes, 1970 ; Hamel, 2014). Le whisky irlandais et le brandy allemand sont aussi tous deux apparus à ce moment. Les alcools distillés étaient initialement considérés comme des produits thérapeutiques et leur consommation s'est fortement développée au milieu du XIV^e siècle pour conjurer la peste noire. À la fin du siècle, les méthodes de distillation des spiritueux à partir d'un certain nombre de matières premières se sont développées, conduisant à la création de boissons que nous associons aujourd'hui à des pays ou des régions spécifiques, telles que le whisky (Écosse, Irlande) ou la vodka (Fédération de Russie), même si elles peuvent être fabriquées et consommées dans le monde entier.

D'autres spiritueux ont connu un développement beaucoup plus international dès le début, avec le lot d'avantages et d'inconvénients qui vont de pair avec la mondialisation. Dans un pamphlet de 1726 intitulé « A Brief Case of the Distillers », Daniel Defoe, auteur de *Robinson Crusoé*, écrivait : « Compte tenu de son ampleur actuelle, le commerce de la distillation est l'un des plus importants progrès et qui profite le plus au public que tout autre commerce exercé aujourd'hui en Angleterre. » Defoe écrivait pour défendre les producteurs anglais de spiritueux confrontés à la concurrence néerlandaise, en particulier de la nouvelle « eau de genièvre » très en vogue, rapidement connue sous le nom de gin. Au cours des 25 années suivantes, le Parlement allait voter pas moins de cinq lois pour tenter de mettre fin à ce que l'on a appelé la « folie du gin » (Gin Craze) (Abel, 2001). Cette folie s'est éteinte dans les années 1750 même si elle a connu une certaine recrudescence dans les palais du gin de l'époque victorienne au siècle suivant. Tout ceci illustre un certain nombre de thèmes récurrents des politiques de l'alcool étudiés par ailleurs dans cet ouvrage et comment les tendances décrites dans le chapitre suivant peuvent évoluer relativement rapidement – boissons dominantes, consommation dangereuse et autres habitudes de consommation, et types de consommation des différents groupes sociaux – notamment en réaction aux politiques publiques.

Le siècle de Defoe a été marqué par ce que nous appellerions aujourd'hui une attitude assez laxiste vis-à-vis de l'ébriété. Mais les choses allaient changer avec l'industrialisation durant le XIX^e siècle et la nécessité d'avoir une main-d'œuvre plus disciplinée dans les usines. Les changements ont cependant été lents et au déclenchement de la Première Guerre mondiale, les pouvoirs publics britanniques ont instauré des lois interdisant aux pubs d'ouvrir plus de six heures par jour. En Australie et en Nouvelle-Zélande, le changement a été plus radical encore, les pubs étant contraints de fermer à six heures du soir. La conséquence fut que de nombreux hommes se ruaient après avoir quitté le travail à cinq heures pour boire autant qu'ils pouvaient – aggravant ainsi le problème de l'ébriété (Grundy, 2010).

Le « six o'clock swill » – véritable ruée d'avant six heures dans les pubs australiens et néo-zélandais – est un exemple que le phénomène des bars clandestins qui sont apparus aux États-Unis durant la prohibition (1920-1933) illustre également. Comme le rapport du Centre de recherche sur les questions sociales cité plus haut l'indique : « lorsqu'il y a de l'alcool, il existe pratiquement toujours un environnement dédié dans lequel le consomme » (SIRC, 1998). Et le lieu où l'on consomme de l'alcool constitue habituellement un « environnement particulier [...] un monde social discret doté de ses propres lois, coutumes et valeurs [...] dans lequel les différences de statut sont fondées sur des critères différents de ceux qui prévalent dans le monde extérieur ». Il est fort possible que cela soit toujours vrai, tout comme la grande diversité des lieux de consommation entre, d'une part, les espaces ouverts et très visibles dans les pays où l'alcool est un héritage du passé sans connotation morale négative et, d'autre part, les environnements clos et secrets dans les sociétés où la consommation d'alcool est un interdit moral. Cependant, cette situation évolue de façon importante avec l'augmentation de la consommation à domicile d'alcool acheté au supermarché et avec le développement de l'alcoolisation en public dans les sociétés où cela n'était précédemment pas accepté. Cette dernière peut aussi être excessive, comme en témoigne la presse à sensation concernant la suralcoolisation épisodique des jeunes (Hope, 2009).

Consommation nocive d'alcool : l'ampleur du problème

Dans les pays de l'OCDE, un adulte consomme en moyenne 9.1 litres d'alcool pur par an. L'Autriche, l'Estonie et la France affichent les niveaux les plus élevés de consommation d'alcool, avec 12.0 litres au moins par adulte et par an en 2012. Israël et la Turquie sont, à l'inverse, les pays où la consommation d'alcool est la plus faible.

Si la consommation moyenne d'alcool a progressivement diminué dans beaucoup de pays de l'OCDE au cours des deux dernières décennies, elle a en revanche augmenté dans les pays du nord de l'Europe (Finlande, Islande, Norvège et Suède) ainsi qu'en Israël et en Pologne. Dans la Fédération de Russie, la consommation a augmenté de façon significative, de même qu'au Brésil, en Inde et en Chine, même si la consommation par habitant reste faible dans ces deux derniers pays.

Mais le volume d'alcool consommé n'est que l'un des facteurs qui déterminent si la consommation peut être nocive ou non. Il est probable qu'un volume donné n'aura pas le même effet selon qu'il est consommé en l'espace d'une soirée ou sur plusieurs semaines, seul ou lors d'une fête, lors d'un repas ou à jeun. C'est ce qui est appelé « habitudes de consommation ». Ces habitudes sont particulièrement importantes car elles sont liées au développement d'effets plus graves de l'alcool, notamment les blessures et les intoxications ainsi que d'autres troubles liés à l'alcool. En outre, des habitudes nocives annihilent les effets positifs d'une consommation modérée sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires et de la mortalité liée à celles-ci (Roerecke et Rehm, 2014).

Malgré les problèmes inhérents aux définitions et à l'analyse des données, des informations probantes indiquent que la distribution de la consommation d'alcool dans une population a tendance à être très concentrée. Dans pratiquement tous les pays étudiés dans les analyses présentées dans le chapitre 2, l'alcool est majoritairement consommé par les 20 % des plus gros buveurs de la population (voir graphique 2.4). La plupart des pays présentent des tendances relativement stables de consommation dangereuse d'alcool, bien que des reculs aient été constatés en Irlande et en Allemagne, où les taux étaient au départ élevés. Presque tous les pays affichent des taux relativement faibles de suralcoolisation épisodique chez les femmes. Dans sept pays

sur neuf, moins de 8 % des femmes qui consomment de l'alcool déclarent avoir été en état de suralcoolisation épisodique au moins une fois par semaine, ce taux étant particulièrement bas en France et en Suisse. Depuis le début des années 90, les taux sont restés globalement stables ou ont peu augmenté, mais des baisses sensibles ont été enregistrées en Angleterre et en Irlande – où les taux de suralcoolisation épisodique sont les plus élevés tant chez les hommes que chez les femmes, ainsi qu'en Allemagne, dans une moindre mesure toutefois.

Dans une certaine mesure, les différences entre les pays s'estompent. Si la suralcoolisation épisodique a toujours été plus répandue en Europe du Nord, on observe une homogénéisation des habitudes de consommation alcoolique des différents pays d'Europe.

La suralcoolisation épisodique, c'est-à-dire le fait de consommer de grandes quantités d'alcool dans une période courte, est la facette la plus visible de la consommation nocive d'alcool, mais comme la contribution spéciale de l'OMS à cet ouvrage l'indique, l'alcool a une incidence sur le développement de plus de 200 types de maladies et de traumatismes. La consommation nocive d'alcool est passée de la 8^e à la 5^e cause de décès et d'incapacité dans le monde entre 1990 et 2010. Elle est aujourd'hui responsable d'une proportion plus importante des décès mondiaux que le VIH/sida, la violence et la tuberculose considérés ensemble (OMS, 2014).

Effets protecteurs et nocifs : le point de vue de la santé publique

Les années de travaux de recherche épidémiologique ont permis de parvenir à la conclusion sans appel que la consommation d'alcool a des effets à la fois positifs et négatifs sur la santé. Chez certaines personnes, les effets positifs sont liés à une consommation régulière et modérée d'alcool qui réduit l'incidence de certaines maladies chroniques (et de la mortalité liée) – principalement les affections cardiocirculatoires (Poli et al., 2013). Les effets nocifs pour la santé résultent d'une incidence accrue d'un large ensemble de maladies et de traumatismes aigus et chroniques à la suite de la consommation de tout type d'alcool, et augmentent brutalement en cas de consommation excessive, régulière ou épisodique (OMS, 2014). Pour la plupart, la nature des liens de causalité ci-dessus est fermement établie. Un groupe de travail mis en place par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) en 2007 a établi que les boissons alcoolisées sont « cancérogènes pour l'être humain » (groupe 1, c'est-à-dire « certainement » cancérogène) (Baan et al., 2007). Les effets positifs prédominent chez certaines personnes et les effets négatifs chez d'autres. Des études sur la charge mondiale de la morbidité révèlent que les effets préjudiciables sont très largement supérieurs aux effets bénéfiques au niveau de la population, et ce, dans tous les pays du monde (Lim et al., 2012 ; OMS, 2014).

Transposer les conclusions de la recherche sur les effets de la consommation d'alcool sur la santé dans des messages destinés au grand public relève du défi. Les effets positifs et négatifs de la consommation d'alcool sont liés à des maladies qui sont plus susceptibles de se développer chez certaines personnes que chez d'autres, en fonction de leur âge, ethnicité, statut socio-économique et d'autres facteurs de risque. Un rapport sur les directives en matière d'alcool du Comité pour la science et la technologie du Parlement britannique indique : « Une difficulté inhérente à l'élaboration de directives générales à destination du public sur la consommation responsable d'alcool est qu'elles minimisent la prise en considération des facteurs de risque individuels » (Chambre des communes, 2011). Il est particulièrement difficile de communiquer sur les effets positifs de la consommation d'alcool, comme le reconnaissent certaines des principales études épidémiologiques :

« La communication à un public profane des relations connues entre la consommation modérée d'alcool et la santé fait l'objet d'un débat et invite à la prudence » (Poli et al., 2013), l'une des raisons de cette prudence étant « le problème d'alcool potentiel, y compris parmi les personnes apparemment peu exposées au risque » (O'Keefe et al., 2014). En raison notamment des difficultés susmentionnées, les directives nationales existantes laissent souvent beaucoup à désirer en termes de clarté et de cohérence, comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre 2. Il en résulte que la plupart des personnes n'ont pas conscience de ce qu'est une consommation « à faible risque » ou, plus précisément, des risques qu'ils encourent lorsqu'ils consomment de l'alcool (ONS, 2010, par exemple) – ce qui les rend probablement plus sensibles à l'influence des messages véhiculés par les médias grand public et les publicités commerciales.

Les difficultés relatives à l'élaboration d'un message simple et équilibré sur les effets de la consommation d'alcool sur la santé se confirment lorsque l'on tente de faire la synthèse des conclusions de recherche en vue de définir l'action publique – principal objet de cet ouvrage. Les messages susceptibles d'être pertinents du point de vue de l'action publique sont néanmoins quelque peu différents de ceux qui sont destinés au grand public. La vision des décideurs est axée sur la population. Ils ont besoin d'être informés de la répartition de la consommation d'alcool dans la population et de la manière dont celle-ci est associée à d'éventuels effets positifs et négatifs pour la santé, afin de pouvoir évaluer les effets de politiques susceptibles de modifier la répartition actuelle. Les politiques sont évaluées non seulement au regard de leur efficacité pour réduire la consommation nocive d'alcool, mais également au regard de leur viabilité économique et politique. Pour étayer ces évaluations, il conviendrait de mettre en avant certains aspects du problème qui ne sont pas toujours abordés dans le débat sur l'épidémiologie de l'alcool et de la santé, en particulier l'ampleur de la diminution de l'espérance de vie en bonne santé à la suite du développement de maladies liées à l'alcool et des décès imputables à celui-ci, ainsi que les préférences temporelles des personnes en termes de répartition des bienfaits et des méfaits de la consommation d'alcool sur leur santé durant leur vie. Les impacts de ces éléments sont étudiés plus en détail dans la section suivante.

Le graphique classique – qui illustre la relation curvilinéaire entre les niveaux de consommation et le risque de décès (toutes causes confondues) par rapport au risque encouru par les abstinents – présente la synthèse la plus courante des liens entre consommation d'alcool et santé. Cette courbe est une « courbe en J », ce qui signifie que le risque de décès est réduit chez ceux qui consomment peu ou modérément, par rapport aux abstinents, et accru chez les plus gros buveurs. Il convient toutefois d'être prudent pour interpréter de façon correcte les données probantes sous-tendant la courbe en J. En effet : 1) certains abstinents peuvent par exemple décider de ne pas consommer d'alcool parce que leur santé est menacée ou parce qu'ils sont exposés à d'autres risques – ce qui est susceptible d'accroître la corrélation entre abstinence et décès, 2) certaines études ne rendent pas fidèlement compte de facteurs susceptibles d'induire des confusions – tels que le statut socio-économique, la sous-représentation fréquente (voire l'exclusion pure et simple) de certains groupes d'âge (en particulier les jeunes) dans les principales études, et 3) le profil potentiellement biaisé de la courbe en J dû au fondement de l'ensemble des études sur des mesures autodéclarées de consommation. Cependant, la forme en J elle-même n'est globalement pas contestée pour l'instant, comme en attestent les études qui ont évalué la sensibilité de la courbe à certains facteurs susceptibles d'affecter son profil (Gmel et al., 2003 ; Di Castelnuovo et al., 2006).

D'un point de vue épidémiologique, la dernière remise en question de la courbe en J résulte d'études récentes fondées sur des profils génétiques associés à différents comportements de consommation (ou d'abstention) visant à dissocier les éventuels liens de causalité de la consommation d'alcool sur la santé – méthode dite de « randomisation mendélienne ». Ces études n'ont jusqu'à présent pas réussi à identifier de lien entre une consommation faible ou modérée d'alcool et une amélioration de la santé cardio-vasculaire, ce qui fait planer un doute sur les effets positifs d'une consommation modérée (Chikritzhs et al., 2014) et incite à conclure que « la réduction de la consommation d'alcool, y compris chez ceux qui consomment peu et modérément, a des effets positifs pour la santé cardio-vasculaire » (Holmes et al., 2014). De nouveaux travaux devront confirmer dans quelle mesure ces nouvelles conclusions peuvent prévaloir sur les données probantes sous-tendant la courbe en J.

En termes d'action publique, la principale limite de la courbe en J est qu'elle est axée, tout du moins dans ses formes les plus courantes, sur les taux de décès des consommateurs d'alcool – conséquences majeures pour les décideurs, mais qui ne sont pas les seules et probablement pas les plus importantes.

Un décès reste un décès

Les décès imputés à l'alcool et ceux épargnés par l'alcool sont associés à des causes très diverses, des cancers aux traumatismes, des maladies cardio-vasculaires aux maladies hépatiques. Les décès de causes différentes surviennent habituellement à des âges différents et sont associés à des diminutions d'espérance de vie différentes. La courbe en J met en équation un risque réduit de décès de maladies cardio-vasculaires et un risque accru de décès résultant de blessures, de cancers ou d'autres maladies. Le raisonnement implicite sous-jacent est qu'un « décès reste un décès », c'est-à-dire qu'il est tout aussi important de prévenir un décès de maladie cardio-vasculaire qu'un décès survenu du fait, par exemple, d'un accident de la circulation. En fait, la diminution d'espérance de vie consécutive peut être très différente. Les dernières estimations de l'OMS de la charge mondiale de la morbidité indiquent que, dans le monde, un décès dû à une cardiopathie ischémique est associé à une diminution moyenne de 24 ans de l'espérance de vie, alors qu'un décès résultant de blessures accidentelles est associé à une diminution moyenne de 51 ans de l'espérance de vie et qu'un décès dû à des troubles liés à l'alcool est associé à une diminution de 39 ans de l'espérance de vie (Estimations sanitaires mondiales de l'OMS, 2012¹).

S'il fallait redessiner la courbe en J sur la base de l'espérance de vie, au lieu de la fonder sur les décès, elle conserverait une forme en J, mais les effets protecteurs de l'alcool apparaîtraient réduits. Cela tient au fait que certains niveaux de consommation d'alcool sont en moyenne associés dans la courbe en J à un risque inférieur de décès, mais également à une espérance de vie plus courte par rapport à une situation d'abstinence.

Quels sont les impacts sur la santé aux différents âges ?

Les courbes en J sont rarement présentées par groupes d'âge spécifiques. Les meilleures études de la relation entre consommation d'alcool et risque de décès fournissent des estimations qui tiennent compte des différences d'âge entre les groupes de personnes visés par les études (par exemple voir Di Castelnuovo et al., 2006), mais cela ne suffit pas pour identifier de quelle manière la relation varie pour les personnes de différents groupes d'âge. En fait, la courbe en J est une moyenne de plusieurs courbes aux profils variables

reflétant différents liens entre consommation d'alcool et risque de décès à des âges différents. Selon une étude qui fournit une ventilation détaillée de cette relation par groupe d'âge, les courbes pour les jeunes hommes (jusqu'à 35 ans) et les femmes jeunes et d'âge moyen (jusqu'à 55 ans) ne sont pas en forme de J, mais affichent un profil régulièrement croissant (White et al., 2002). Dans ces groupes, moins sujets aux risques cardio-vasculaires et plus sujets aux blessures (liées à des accidents de la circulation et à la violence, ainsi qu'aux troubles liés à l'alcool (en particulier chez les hommes) par exemple), les effets préjudiciables de l'alcool l'emportent quel que soit le niveau d'alcoolisation, y compris lorsque l'on s'intéresse uniquement au risque de décès. La forme typique en J apparaît progressivement dans les groupes plus âgés, les risques cardio-vasculaires augmentant chez les hommes et les femmes, et les effets positifs de la consommation d'alcool devenant plus significatifs.

La courbe en J classique n'illustre pas le message important et pertinent en termes d'action publique selon lequel les enfants et les jeunes adultes, de même que les femmes d'âge moyen, sont exposés à des risques sanitaires quel que soit leur niveau de consommation d'alcool, avec une diminution potentielle de l'espérance de vie et un risque d'occasionner des préjudices à autrui plus importants que parmi les autres groupes. En se fondant sur les risques relatifs calculés par les travaux de White et al. (2002) pour l'Angleterre et le pays de Galles, les jeunes hommes qui consomment en moyenne une unité par jour seraient exposés chaque année à un risque accru de décès d'environ 3.5 pour 100 000, par rapport aux abstinentes, alors que les femmes jeunes et d'âge moyen seraient exposées à un risque accru de jusqu'à 5 pour 100 000 (à 50 ans). Ce dernier chiffre est équivalent au risque moyen de décès par accident de la route dans la population générale au Royaume-Uni. En cas de consommation moyenne de deux unités par jour, les risques augmenteraient à 9 pour 100 000 chez les hommes de 30 ans et à 15 pour 100 000 chez les femmes de 50 ans.

Toutefois, les jeunes sont également les plus conscients que la protection contre les effets nocifs de l'alcool est une question de responsabilité personnelle, selon une récente enquête Eurobaromètre (61 % chez les 15-24 ans, 55 % chez les 25-39 ans), même si une grande majorité d'entre eux sont favorables à des actions publiques spécifiques, telles que l'application de mesures de lutte contre l'alcool au volant, l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, l'interdiction de la publicité sur l'alcool ciblant les jeunes et les étiquettes de mise en garde sur les bouteilles (Eurobaromètre, 2010).

Si l'on s'intéresse aux impacts de la consommation d'alcool sur la santé en fonction de l'âge, il devient plus facile d'évaluer la proportion de consommateurs qui bénéficieraient d'une réduction de leur propre niveau de consommation. Les consommateurs qui boivent le plus d'alcool dans les pays de l'OCDE représentent un faible pourcentage, comme illustré dans le graphique 2.4. Cependant, une très grande majorité de consommateurs tireraient profit d'une réduction de leur consommation. Dans les trois pays dans lesquels nous avons réalisé des analyses détaillées des impacts des politiques – Allemagne, Canada et République tchèque – nous avons estimé qu'entre 78 % et 83 % des consommateurs réduiraient leur risque de décès (toutes causes confondues) s'ils diminuaient d'une unité (10 grammes) leur consommation hebdomadaire, par rapport aux niveaux de consommation déclarés dans les enquêtes nationales (voir tableau A.1 dans l'annexe A) et aux risques calculés en fonction de l'âge dans les travaux de White et al. (2002). Ils seraient moins nombreux à en bénéficier s'ils cessaient globalement de consommer de l'alcool. Cependant, une proportion encore plus importante de buveurs en profiteraient durant leur

vie car pour certains, l'allongement de l'espérance de vie liée à une réduction des risques à un jeune âge compenserait la diminution de cette espérance liée à une réduction de la consommation à un âge plus avancé. Ceci ne tient pas compte de la suralcoolisation épisodique, qui n'est pas intégrée dans la courbe en J (inclus dans White et al., 2002) et à laquelle s'adonne un pourcentage important des personnes considérées comme des consommateurs faibles à modérés compte tenu de leur consommation moyenne. En cas de suralcoolisation épisodique, les effets positifs de la consommation d'alcool disparaissent (Roerecke et Rehm, 2014).

Préjudices causés à autrui par les buveurs

Outre les décès et les années de vie perdues par les buveurs eux-mêmes, la consommation d'alcool est également à l'origine d'effets préjudiciables sur la santé des non-buveurs – qui ne sont habituellement pas pris en compte dans les calculs servant à établir la courbe en J. Une étude exhaustive a estimé que le risque de décès de non-buveurs lié à l'alcoolisation d'une tierce personne avait été légèrement inférieur à 2 pour 100 000 parmi la population australienne en 2005, mais aussi que 70 personnes sur 100 000 avaient été hospitalisées la même année pour soigner les conséquences de blessures et de violences perpétrées par des buveurs (Laslett et al., 2010). Si l'on évalue en particulier les impacts de la consommation d'alcool sur la santé en termes d'espérance de vie, les préjudices décrits ici peuvent effectivement modifier le profil de la courbe en J, même si ce n'est que surtout (mais pas uniquement) à des niveaux élevés de consommation – qui sont le plus souvent associés aux blessures et aux violences.

La qualité de vie est aussi un facteur important

Dans le domaine de la santé, les décideurs ont pris l'habitude d'évaluer les impacts sanitaires des différentes options d'action publique en s'appuyant sur des indicateurs multidimensionnels qui intègrent la durée et la qualité de vie. Les exemples les plus courants de ces indicateurs sont les années de vie corrigées de la qualité (AVCQ) et les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), les premières étant les plus souvent utilisées pour les analyses du rapport coût-efficacité des programmes de santé et les secondes pour les études sur la charge de la morbidité. Lorsque l'on évalue les effets positifs potentiels des politiques de l'alcool, les décideurs sont susceptibles d'être intéressés par le fait que non seulement le nombre d'années de vie perdues, mais aussi la qualité de ces années, peut être très différent selon l'âge auquel les décès surviennent et leurs causes. Une vie interrompue par un accident de la route à un jeune âge signifie la perte (et, à l'inverse, le gain lorsque le décès est évité) d'un nombre plus élevé d'années de vie vécues en moyenne dans de meilleures conditions que le nombre d'années qui seraient perdues à la suite d'un décès d'une cardiopathie ischémique – qui est moindre.

Mais il y a peut-être plus important encore. Ne pas tenir compte des aspects de qualité de la vie ou d'incapacité des impacts de la consommation d'alcool, c'est négliger les effets de maladies importantes – telles que les désordres neuropsychiatriques (troubles liés à l'alcool principalement) qui représentent 25 % de la charge mondiale de la morbidité, mais 4 % seulement des décès, imputable à l'alcool au niveau mondial (OMS, 2014).

Si une dimension de qualité de vie (ou d'incapacité) était prise en compte dans l'évaluation des impacts de la consommation d'alcool sur la santé, il est alors probable que cela augmenterait l'ampleur des dangers de la consommation d'alcool pour la santé et réduirait l'étendue de ses impacts sanitaires positifs.

Dans leur formulation originale, les AVCI englobaient la pondération des années de vie perdues (ou gagnées) à différents âges (ce que l'on appelait la « pondération en fonction de l'âge ») en plus de la pondération en fonction des niveaux d'incapacité (Lopez et al., 2006). La pondération en fonction de l'âge – que l'on applique rarement aujourd'hui – n'avait pas pour but de refléter la dimension de qualité de vie, mais principalement les « préférences sociales », ce qui conduisait à l'attribution d'une valeur plus élevée aux années de vie vécues par les jeunes adultes qui participent généralement davantage à la production économique et assument des responsabilités vis-à-vis de ceux qui dépendent d'eux, entre autres. La prise en compte de la pondération en fonction de l'âge accroît davantage la charge de la morbidité associée à l'alcool, comme indiqué par d'anciennes estimations de la charge mondiale de la morbidité publiées par l'OMS (dont la version standard appliquait la pondération en fonction de l'âge), du fait d'une répartition type par âge des effets positifs et négatifs de la consommation d'alcool sur la santé – un pourcentage significatif de méfaits pour la santé étant concentrés chez les jeunes adultes.

Tenir compte de préférences temporelles des personnes

Les personnes ne sont pas indifférentes aux dates auxquelles elles bénéficieront des bienfaits qu'elles escomptent obtenir ou des méfaits qu'elles anticipent de subir. Elles attachent généralement une valeur absolue plus importante aux bienfaits et aux méfaits survenant dans l'immédiat plutôt qu'à ceux escomptés à l'avenir. En conséquence, elles veulent retarder tout méfait ou effet indésirable et, à l'inverse, avancer les bienfaits ou effets souhaitables. Habituellement, les décideurs tiennent compte des préférences temporelles des personnes lorsqu'ils évaluent les différentes options des politiques de santé en « actualisant » les coûts futurs et les effets positifs pour la santé selon des procédures établies (Lipscomb et al., 1996). Il en résulte que les impacts sanitaires qui surviennent avec un certain retard (par rapport au moment où les personnes consomment de l'alcool ou au moment où les politiques sont mises en œuvre) auront une valeur proportionnellement moindre que les effets immédiats sur la santé. Les cancers imputables à l'alcool ont, par exemple, tendance à survenir avec un décalage de plusieurs années. Il en va de même, dans des proportions moindres toutefois, concernant les maladies cardio-vasculaires, tandis que les blessures et les troubles liés à l'alcool sont plus immédiats. Si ces résultats sont actualisés en fonction des délais dans lesquels ils sont sensés se matérialiser, ceci affectera la courbe en J par une réduction probable de l'ampleur des effets positifs.

Prise en compte du bien-être social dans les politiques de l'alcool

Les boissons alcoolisées représentent une source de plaisir et de convivialité sociale pour bon nombre de personnes, mais elles sont également à l'origine d'une détérioration du bien-être liée aux effets sanitaires, sociaux et économiques néfastes d'une consommation nocive. L'objectif des politiques de l'alcool devrait être de réduire au minimum cette perte de bien-être et de préserver la liberté des personnes de consommer des boissons alcoolisées lorsque cette consommation constitue effectivement une source de plaisir, pour autant qu'elle n'occasionne aucun préjudice à autrui et que les buveurs soient pleinement informés de leur choix grâce à une parfaite connaissance des conséquences de l'alcoolisation.

Un certain nombre d'études ont porté sur les impacts de l'alcool sur le bien-être et présentent une évaluation monétaire des coûts associés à la consommation d'alcool dans plusieurs pays. Deux analyses de ces études sont disponibles. L'une révèle la grande hétérogénéité des définitions et des méthodes utilisées dans différentes études

(Thavorncharoensap et al., 2009). L'autre est axée sur une sélection d'études fondées sur des approches méthodologiques comparables. Celles-ci établissent des estimations des coûts économiques bruts tels que les coûts médicaux et les coûts liés aux délits (uniquement ceux liés aux conséquences négatives de la consommation d'alcool) pour les pays à revenu intermédiaire et élevé qui s'échelonnent de 1.4 % à 3.3 % du PIB (Rehm et al., 2009). Dans cette même analyse, les coûts associés aux pertes de production du fait d'une consommation à risque d'alcool par les employés représentent une part importante des coûts totaux, allant de 50 % au Canada à 95 % en Thaïlande. S'agissant du seul coût de la dépendance à l'alcool dans l'Union européenne, il est estimé à 0.65 % du PIB (Laramée et al., 2013). Il convient toutefois de noter que ces études ne tiennent pas compte de la valeur monétaire des vies perdues, des douleurs et des souffrances endurées du fait de maladies et de blessures liées à l'alcool.

Quelques études ont évalué les coûts de la consommation d'alcool, hors effets compensatoires susceptibles de résulter d'effets positifs pour la santé, dans des pays tels que l'Australie, l'Allemagne et la Suède (Collins et Lapsley, 2008 ; Konnopka et König, 2007 ; Jarl et al., 2008). Elles révèlent que la valeur des coûts compensés représente jusqu'à 20 % des coûts sociaux bruts.

La contribution de l'industrie des boissons alcoolisées à l'économie nationale représente une autre dimension de l'impact économique de l'alcool. Celle-ci a été évaluée dans un certain nombre d'études, généralement financées par cette industrie elle-même. Au Royaume-Uni, par exemple, où les boissons alcoolisées représentent 1.6 % des dépenses de consommation (statistique OCDE – Dépense de consommation finale des ménages), la contribution globale à la valeur ajoutée de tous les secteurs de l'industrie des boissons alcoolisées (bière, vin et spiritueux), y compris des activités économiques liées des secteurs en amont et en aval, représente environ 1.7 % du PIB (Brink et al., 2011 ; Ernst & Young, 2013).

Les résultats des études ci-dessus sont essentiels pour permettre aux décideurs de comprendre les types et l'ampleur des conséquences de la consommation nocive d'alcool. Cependant, le bien-fondé de l'action publique en matière de politiques de l'alcool dépend fondamentalement de la capacité des personnes à faire des choix concernant leur propre consommation – lesquels tiennent compte de leur propre bien-être et celui de la société. Il existe différentes raisons de penser que de nombreuses personnes ont des difficultés à utiliser ces éléments dans leur choix, comme on le verra dans les sections suivantes. Ceci présente le bien-fondé de l'action publique.

Un choix individuel qui induit des impacts sociaux

Consommer de l'alcool est un choix individuel, mais qui induit des impacts sociaux. Parmi ceux-ci figurent, par exemple, les effets des accidents de la circulation et les actes de violence qui touchent d'autres personnes que les buveurs eux-mêmes, mais également la prolifération dans la société des comportements d'alcoolisation dangereux sous l'influence de la famille et des pairs. C'est ce que les économistes appellent des « effets externes » qui justifient pleinement et sans l'ombre d'un doute l'intervention des pouvoirs publics.

Lorsqu'il existe des effets externes, les consommateurs ne prennent habituellement pas la mesure des coûts totaux de leur consommation parce que le prix qu'ils payent lorsqu'ils achètent un produit n'intègre pas les coûts externes (ou la valeur) de sa consommation. Ceci signifie que la consommation tend à être plus importante que ce n'est socialement souhaitable. Dans le cas des boissons alcoolisées, presque tous les pays de

l'OCDE imposent des droits d'accise sur l'alcool, même si certaines boissons ne sont pas taxées dans quelques pays, et les taxes sont un outil économique classique pour s'assurer qu'une partie au moins des coûts externes liés à la consommation (ou à la production) d'un produit est intégrée dans son prix de vente. On estime toutefois que les taxes sur l'alcool aux États-Unis représentaient environ 0.14 USD par verre en 2011 pour différents types d'alcool, alors que les coûts externes s'élevaient à environ 1.25 USD (Naimi, 2011).

Comme indiqué plus haut dans ce chapitre, une consommation massive d'alcool est associée à d'importants préjudices à autrui, et il est possible d'estimer les coûts associés à ces préjudices, avec un certain degré d'incertitude toutefois en raison du fréquent manque de clarté des limites entre coûts « internes » et « externes ». Cependant, une analyse récente a permis de découvrir que les préjudices à autrui sont généralement sous-estimés (Navarro et al., 2011).

Les principaux effets externes associés à la consommation abusive d'alcool sont les délits, les violences et les accidents de la circulation. Plusieurs études ont analysé les coûts liés à ces effets externes. En Australie, le coût concret estimé des délits liés à l'alcool pour la période 2001-05 a représenté 1.24 milliard AUD. Pour cette même période, les accidents de la route imputables à l'alcool ont coûté 3.1 milliards AUD, dont 1.8 milliard en coûts humains, 821 millions en coûts matériels (véhicules) et 497 millions en coûts généraux (police, biens, incendie, etc.) (Collins et Lapsley, 2008). Dans l'État de Washington, le coût estimé des délits imputables à l'alcool (coûts d'application des lois, pertes de productivité des victimes, autres coûts sociaux, etc., par exemple) s'est élevé à 128.2 millions USD en 2005, alors que les coûts estimés des accidents de véhicules à moteur ont représenté 70.7 millions USD la même année (Wickizer, 2013).

Les estimations des sinistres impliquant l'alcool au volant au Royaume-Uni montrent qu'en 2012, 6 630 accidents ont fait 230 morts et 1 200 blessés graves. La perte économique pour la société liée à ces accidents a été évaluée à 1.5 milliard GBP, soit 10 % environ du coût de l'ensemble des accidents de la circulation, y compris les pertes de production liés aux sinistres, frais d'ambulance et traitements hospitaliers, coûts humains des sinistres (calculés sur la base de la méthode du consentement à payer), dommages aux véhicules et aux biens, coûts de police et coûts administratifs des assurances accidents. La même année, parmi les conducteurs de motos et de voitures décédés lors d'accidents de la circulation, 6 % et 25 % d'entre eux, respectivement, avaient des taux d'alcoolémie supérieurs aux normes autorisées par la loi (Ministère des Transports, 2013).

Une analyse des études européennes existantes a estimé le coût des délits et des accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool dans l'Union européenne. Le coût total des délits (police, tribunaux, prisons, défense, assurance et dommages aux biens) s'élevait en moyenne à 33 milliards EUR (variant de 23 à 57 milliards) en 2003, et le coût lié aux accidents de la circulation imputables à l'alcool à 10 milliards EUR (6-16 milliards) la même année (Anderson et Baumberg 2006).

La consommation excessive d'alcool est un facteur qui contribue à la violence domestique, aux agressions sexuelles et à la maltraitance des enfants. En Australie, des études ont montré que les femmes dont les partenaires étaient de gros buveurs étaient plus susceptibles d'être victimes de violences domestiques (Marcus et Braaf, 2007). Le coût total estimé de la violence domestique en Australie s'élevait à 8.1 milliards AUD en 2002-03, dont la moitié directement supportée par les victimes (Secrétariat d'État à la condition féminine d'Australie, 2004). Selon l'enquête sur les délits menée en 2011-12 en Angleterre et au pays de Galles, une victime d'incident violent sur deux considérait que l'agresseur

était sous l'emprise de l'alcool, et 40 % des personnes de plus de 16 ans ayant été victimes d'agressions sexuelles graves considéraient que leurs agresseurs étaient sous cette même influence. Parmi les victimes, 32 % déclaraient être sous l'emprise de l'alcool au moment de leur dernière agression sexuelle grave. En Angleterre, le coût global annuel estimé des délits et des comportements antisociaux liés à l'alcool représentait 7.3 milliards GBP en 2004. Pour cette même année, le coût global annuel estimé de la perte de productivité du fait d'une consommation abusive d'alcool s'élevait à 6.4 milliards (Unité stratégique du Premier ministre, 2004).

Choix, information et perception du risque

Pour pouvoir faire des choix efficaces et rationnels, il faut que les consommateurs soient pleinement informés des caractéristiques et de la qualité des produits qu'ils consomment, des avantages (utilité) qu'ils en tireront ainsi que des coûts et des risques auxquels ils s'exposeront du fait de cette consommation. L'information imparfaite des consommateurs sur les effets de la consommation est un autre domaine classique de dysfonctionnement du marché qui s'applique à l'alcool. Outre l'idée générale selon laquelle la consommation de grandes quantités d'alcool porte atteinte à la santé, les consommateurs en savent très peu sur la façon exacte dont l'alcool fait courir des risques aux humains.

Dans leur analyse des déterminants des taux élevés de tabagisme en Europe par rapport aux États-Unis, Cutler et Glaeser (2005) ont conclu que les perceptions populaires ont évolué outre-Atlantique lorsque des « informations substantielles sur les dangers du tabagisme » ont été communiquées au public. Il semble que ces mêmes informations aient été transmises de façon moins efficace en Europe.

Les personnes ont souvent une conscience limitée des risques potentiellement associés à la consommation d'alcool et des croyances inexacts. Les informations ne sont pas toujours véhiculées de façon efficace par les pouvoirs publics ou les médias. Les pays ne sont pas tous dotés de directives relatives à la consommation d'alcool et lorsqu'il en existe, elles sont souvent mal comprises, en particulier par les gros buveurs (Cotter et al., 2013, par exemple). La conscience des liens entre cancer et consommation d'alcool demeure en particulier limitée dans la population générale (Eurobaromètre, 2010 ; Buykx et al., 2014, par exemple). La dernière édition (2014) du Code européen contre le cancer, élaboré par le CIRC et la Commission européenne, indique pour la première fois que face au risque de cancer, la consommation d'alcool (quelle qu'en soit la quantité) est dangereuse². De même, beaucoup de femmes enceintes ont des connaissances limitées des risques de troubles causés par l'alcoolisation fœtale (Anderson et al., 2012 ; Dumas et al., 2014).

Comprendre comment le risque s'accroît avec l'augmentation des quantités d'alcool absorbées est encore plus difficile chez le buveur moyen car il est également difficile de comprendre quelle peut être l'ampleur des effets positifs de l'alcool sur la santé, quels types et niveaux de consommation peuvent être associés à ces effets, et qui sont les personnes qui sont susceptibles d'en bénéficier.

Dépendance et dépendance rationnelle

L'alcool possède des propriétés qui ont pour effet de créer une dépendance chez certains de ceux qui en consomment. La dépendance alcoolique représente une part importante de la charge de morbidité attribuée à l'alcool. Les économistes ont étudié la consommation d'alcool comme étant une « dépendance rationnelle » (Becker et Murphy, 1988) en raison de la forte corrélation, ou (« complémentarité adjacente »), entre la consommation présente,

passée et future. La théorie économique soutient que les dépendances rationnelles ne soient pas incompatibles avec la maximisation de l'utilité par les consommateurs, et donc avec une fonction sur le marché, il existe cependant de nombreuses raisons pour lesquelles il convient de considérer que le fait que la consommation d'alcool crée une dépendance contribue à justifier l'action des pouvoirs publics. Tout d'abord, le fait que toute dépendance à des substances soit nocive (pour les consommateurs eux-mêmes et pour autrui) justifie une intervention extérieure. En outre, la théorie économique suggère que la dépendance rationnelle est compatible avec la maximisation de l'utilité seulement dans le cas d'une information parfaite, que les consommateurs d'alcool sont peu susceptibles d'avoir (comme nous l'avons vu dans la section précédente). Enfin, les consommateurs ayant une vision à court terme auront souvent une consommation de nature à engendrer une forte dépendance ainsi que des préférences temporelles incohérentes (ils souhaitent modifier leur consommation mais en diffèrent constamment le moment).

Outre la dépendance, le manque d'autocontrôle concerne un large éventail de comportements ayant une incidence sur la santé, y compris en matière d'alcool. Ceci tient aux préférences individuelles qui affectent massivement les effets futurs des décisions susceptibles d'avoir un impact sur la santé, telles que consommer de l'alcool, d'où il résulte que les préférences deviennent incohérentes dans le temps et que les changements de comportement, y compris lorsqu'ils sont perçus comme souhaitables dans une perspective de long terme, sont constamment différés (Sassi et Hurst, 2008).

Principales conclusions de l'ouvrage

La consommation d'alcool est l'un des sujets sur lesquels la majorité des personnes ont une opinion, point de vue conforté par certaines données empiriques. Cependant, les types de données et les chiffres dont les décideurs ont besoin pour évaluer l'importance du problème et concevoir des stratégies de lutte contre la consommation nocive d'alcool font souvent défaut. Et même lorsque les données existent, elles ne fournissent qu'une vision partielle de la complexité de la consommation de l'alcool par différents groupes. Un chiffre basique, tel que la consommation par habitant, présente une image objective rassurante, mais si l'on approfondit, un certain nombre de lacunes peuvent apparaître. Les chiffres des ventes, sur lesquels la consommation est estimée, sont susceptibles de ne pas inclure toutes les sources d'approvisionnement en alcool des consommateurs. La consommation par habitant englobe toute une gamme de comportements, depuis l'abstinence jusqu'à la consommation gravement nocive. Il conviendrait donc d'améliorer les modes de collecte de données – ce qui implique d'allouer des moyens suffisants aux opérations nécessitant beaucoup de ressources telles que les enquêtes auprès des personnes.

Malgré les lacunes au niveau des données, il est évident que la consommation excessive d'alcool peut nuire à la santé, à la carrière et aux relations du buveur, et occasionner des préjudices à autrui ainsi que des comportements violents et antisociaux ou des accidents de la circulation, par exemple. Les buveurs eux-mêmes peuvent ne pas être capables, ou désireux, de changer, tout du moins sans aide. Cela justifie totalement l'intervention des pouvoirs publics et des autorités en charge de la santé publique.

Les difficultés qu'il y a à quantifier la consommation et ses impacts compliquent les problèmes d'équilibrage des effets positifs et des effets nocifs de la consommation d'alcool, mais les données probantes de l'impact de l'alcool et de l'efficacité des politiques de l'alcool sont plus nombreuses aujourd'hui qu'elles ne l'ont jamais été. Cette situation contribue à une nouvelle dynamique dans la lutte contre la consommation nocive d'alcool.

Le bien-fondé de l'action publique qui vise à réduire la consommation nocive d'alcool est solide et la marge de manœuvre pour améliorer le bien-être des consommateurs et de la société dans son ensemble est large grâce à un vaste éventail de mesures. La capacité des pouvoirs publics à concevoir et mettre en œuvre des stratégies de prévention élargies – associant les atouts de différentes mesures – est essentielle pour réussir, y compris les initiatives promues par l'industrie des boissons alcoolisées elle-même. Ce qui demande cependant de s'appuyer sur des données objectives et vérifiées.

Tendances de la consommation

Les récits et les images à sensation publiés dans les médias relatifs à la suralcoolisation épisodique et à l'ébriété peuvent donner l'impression qu'il existe un problème sanitaire et social croissant lié à la consommation excessive d'alcool. En réalité, alors que la consommation d'alcool a augmenté dans de nombreux pays dans certains groupes, notamment chez les jeunes et les femmes, en moyenne, la consommation d'alcool n'a pas changé durant les 20 dernières années, représentant l'équivalent d'environ 9 litres d'alcool pur par adulte et par an – ce qui correspond à un recul moyen de 2.5 % en 20 ans. Toutefois, la consommation moyenne fournit une vision incomplète des tendances et des habitudes de consommation parmi des groupes spécifiques de population qui doivent être étudiées de plus près pour aider à concevoir et à cibler les politiques de l'alcool.

Les influences culturelles et environnementales liées aux aspects historiques de la consommation d'alcool continuent d'avoir une incidence sur les différentes habitudes sociales de consommation dans différents pays. Le vin, par exemple, est traditionnellement consommé pendant les repas dans les pays producteurs de vin d'Europe du Sud et très populaire dans les zones rurales. À l'inverse, plus au nord, le vin a tendance à être consommé en zone urbaine et associé à des modes de vie modernes. La consommation de bière devient cependant de plus en plus populaire, surtout parmi les jeunes des pays traditionnellement consommateurs de vin (Simpura et Karlsson, 2001). Les normes sociales qui déterminent le moment, le lieu et la quantité d'alcool consommé restent marquées par des caractéristiques nationales, même si l'on constate une certaine convergence des pays (SIRC, 1998).

À certains égards, les disparités sociales de la consommation d'alcool sont similaires à celles que l'on peut constater concernant l'obésité (Sassi, 2010) à une différence majeure près. Les hommes et les femmes ayant fait des études supérieures ou dont le statut socio-économique (SSE) est plus élevé sont moins susceptibles d'être obèses que les autres. En revanche, ils sont plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents. De plus, dans la plupart des pays étudiés, les femmes ayant fait des études supérieures sont plus susceptibles de s'adonner à une consommation dangereuse. Cependant, la propension à se livrer à des comportements d'alcoolisation dangereux, tout comme la probabilité d'avoir d'autres habitudes de vie néfastes pour la santé (être obèse ou fumer), est plus importante chez les hommes n'ayant pas fait d'études supérieures. Cela s'explique par l'accès à des informations sur la santé (et leur compréhension), les préférences temporelles (bienfait instantané par rapport à méfait à long terme) et la transmission intergénérationnelle des habitudes de consommation.

Les personnes ayant un SSE et des revenus plus élevés ont tendance à consommer plus d'alcool, et ce de façon plus fréquente, que celles qui sont moins riches, notamment parce qu'elles peuvent se le permettre financièrement. Une autre explication tient au fait que les personnes dont le SSE est inférieur ont tendance à être en moins bonne santé que

leurs homologues au SSE plus élevé et consomment moins d'alcool du fait de problèmes de santé.

Le gradient social inversé pour la consommation (en particulier la consommation dangereuse) des femmes peut être dû au fait que celles qui ont fait des études supérieures sont susceptibles d'occuper des emplois mieux rémunérés (impliquant plus de responsabilités) et, par conséquent, de boire plus massivement en raison d'un plus grand stress ou d'être davantage sollicitées pour aller boire un verre avec des collègues masculins dont la tolérance à l'alcool est supérieure (Com-Ruelle et al., 2008). La consommation et la consommation excessive d'alcool peut aussi paraître plus acceptable chez les femmes ayant un SSE élevé que chez celle dont le SSE est inférieur. De longues années d'études, de meilleures perspectives de carrière, des occasions de socialisation plus nombreuses, des grossesses et des liens familiaux différés sont autant de facteurs à l'origine du changement de mode de vie des femmes – parmi lesquels la consommation d'alcool (et parfois la consommation excessive d'alcool) a facilement trouvé sa place (Huerta et Borgonovi, 2010). Il est par ailleurs possible que certaines des différences soient simplement dues à la manière dont les données ont été collectées, et les femmes ayant fait des études supérieures sont moins susceptibles de sous-estimer leur consommation d'alcool dans les enquêtes que celles qui n'en ont pas fait.

Si avoir les moyens financiers de s'acheter de l'alcool explique en partie les habitudes de consommation, il en va de même concernant la facilité à s'approvisionner en alcool. Plus l'alcool est facilement accessible, plus on a de chances d'en acheter. Des données probantes d'Australie, de Nouvelle-Zélande et des États-Unis indiquent qu'il existe plus d'endroits où acheter de l'alcool au kilomètre carré dans les zones urbaines défavorisées (Livingston, 2011 ; Berke et al., 2010 ; Romley et al., 2007). La densité élevée de points de vente est également associée à un taux élevé de blessures, de violences, d'accidents de la route, de violences domestiques et de maltraitance des enfants (Fone et al., 2012) ainsi qu'à des effets sans dommages corporels sur la santé (Tatlow et al., 2000 ; Theall et al., 2009).

Les caractéristiques ethniques et génétiques sont également susceptibles de jouer un rôle. Par exemple, certaines personnes d'origine asiatique ont tendance à moins consommer d'alcool du fait de prédispositions génétiques qui engendrent chez elles des effets fâcheux comme des rougeurs sur le visage et d'autres symptômes. Ces facteurs génétiques peuvent avoir une influence sur les habitudes de consommation, certains gènes ayant un effet protecteur contre le risque d'alcoolisme (Edenberg, 2007). La relation entre ethnicité et alcool n'est cependant pas linéaire. Outre les facteurs génétiques, les différences observées par groupe ethnique peuvent être associées à une identité ethnique forte, des liens solides avec les familles et les communautés locales, la persistance de liens avec le pays d'origine et le respect de certaines valeurs religieuses pour les groupes dont la religion déconseille ou interdit la consommation d'alcool (Hurcombe et al., 2010). Ces influences peuvent s'estomper lorsqu'une personne passe beaucoup de temps dans son pays d'accueil. Aux États-Unis, par exemple, une acculturation plus forte des Hispaniques est associée à un risque plus grand d'abus d'alcool ainsi que de suralcoolisation épisodique chez les femmes (Chartier et Caetano, 2010).

L'une des constatations les plus frappantes concernant les disparités en matière de consommation d'alcool concerne le facteur d'âge et les tendances observées dans les groupes de jeunes, qui ont des conséquences majeures pour la santé publique et le bien-être social. La propagation des conduites d'alcoolisation à risque est associée à une hausse de la morbidité et de la mortalité par accidents et blessures (principales causes de décès

chez les adolescents et les jeunes adultes), ainsi que des actes de violence et des troubles à l'ordre public. En Australie, le nombre de jeunes femmes de 18 à 24 ans admises à l'hôpital à cause d'une consommation nocive d'alcool a doublé entre 1998 et 2006 (Livingston, 2008). Aux États-Unis, les hospitalisations pour overdose d'alcool ont augmenté de 25 % chez les 18-24 ans entre 1999 et 2008, et bien davantage encore (de 76 %) en cas d'association avec des drogues (White et al., 2011). Les buveurs précoces sont plus susceptibles de développer une dépendance à l'alcool à un moment donné de leur vie et de connaître des épisodes de dépendance longs et nombreux (Hingson et al., 2006).

Réponses des politiques de l'alcool

Une question importante à laquelle les décideurs font face étant donné que les ressources sont limitées, est de savoir s'il vaut mieux adopter une approche généralisée et cibler le plus grand nombre de personnes (y compris celles qui sont peu exposées au risque) ou se concentrer sur les sujets à haut risque, ou les deux. Le point de vue traditionnel en matière de santé publique est que la stratégie la plus efficace est l'approche généralisée. Cependant, le fait qu'une consommation modérée puisse générer certains effets positifs est invoqué pour remettre en question cette approche lorsqu'il s'agit de gérer les risques liés à l'alcool, mais il existe des incertitudes quant à l'ampleur de ces effets positifs. La possibilité qu'il faille renoncer aux effets positifs potentiels d'une consommation modérée – si les politiques ont pour effet de réduire la consommation des buveurs modérés – implique que le choix qui sera fait, quel qu'il soit, devra faire l'objet d'appréciations d'ordre politique qui ne peuvent être portées qu'au niveau des pouvoirs publics de chaque pays.

De manière générale, si l'objectif des politiques de l'alcool est de réduire la consommation nocive d'alcool, les stratégies de prévention ont tendance à inclure des interventions couvrant l'ensemble de la population (avec une incidence sur tous les consommateurs), ainsi que des mesures destinées à cibler les gros buveurs uniquement. Les approches traditionnelles visant une réduction des méfaits liés à l'alcool comprennent des politiques d'information et d'éducation, des mesures réglementaires et fiscales, et des interventions pour faire appliquer le code de la route et au sein du secteur de la santé (soins de santé primaire et soins de santé mentale, en particulier). Les taxes sur l'alcool sont plus élevées dans les pays du nord de l'Europe, en Australie et au Royaume-Uni, et moins élevées dans les pays du sud et du centre de l'Europe.

Des approches innovantes ont été proposées et testées ces dernières années. Les politiques de prix minimums, appliquées au Canada et objet de discussions dans plusieurs pays européens, pourraient permettre de dépasser certaines limites inhérentes aux taxes – par exemple, elles sont plus efficaces pour combattre la consommation excessive, mais les recettes générées supplémentaires reviennent au vendeur alors que le consommateur subit une perte de bien-être que les pouvoirs publics ne peuvent compenser car ils ne profitent pas de ces recettes supplémentaires.

La marge de manœuvre est large pour améliorer l'impact des mesures de réglementation de la consommation nocive d'alcool. Les restrictions imposées à la publicité sur l'alcool sont de plus en plus contournées par la multiplication des publicités via internet et les médias sociaux. Il existe dans la plupart des pays des réglementations visant à prévenir la conduite sous l'emprise de l'alcool, mais elles ne sont pas toujours strictement appliquées.

L'OCDE a évalué un ensemble de politiques de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de l'OMS au moyen d'une analyse économique fondée sur une méthode de simulation informatisée. Elle a étudié les politiques de prix, les mesures

de réglementation et d'application de la législation, les programmes éducatifs et les interventions dans le cadre de soins de santé au Canada, en République tchèque et en Allemagne. Les résultats montrent que les politiques d'augmentation des prix des boissons alcoolisées, les mesures de réglementation et d'application de la législation, les programmes éducatifs et les interventions dans le cadre de soins de santé constituent tous des moyens efficaces et efficients pour réduire les méfaits liés à l'alcool et améliorer l'état de santé de la population, à différents degrés toutefois.

Les meilleurs résultats, en termes de santé et d'espérance de vie, peuvent être obtenus grâce à des interventions brèves dans le cadre de soins primaires – qui ciblent généralement des consommateurs à haut risque, et à des hausses des taxes entraînant une augmentation moyenne de 10 % des prix des alcool – lesquelles ont un effet sur l'ensemble des consommateurs. En termes d'impacts sanitaires, viennent ensuite les mesures de réglementation et d'application de la législation ainsi que les traitements de la dépendance à l'alcool, alors que les programmes en milieu scolaire semblent quant à eux moins prometteurs.

On estime que la plupart des politiques de l'alcool peuvent contribuer à réduire l'ensemble des dépenses de santé dans la mesure où leurs coûts de mise en œuvre seraient plus que compensés. Les interventions sanitaires et l'application de restrictions concernant l'alcool au volant constituent des mesures plus onéreuses, mais présentent néanmoins des rapports coût-efficacité très positifs.

Associer les politiques de l'alcool au sein d'une stratégie de prévention cohérente renforcerait les impacts de façon significative en contribuant à atteindre une « masse critique » avec un impact plus marqué sur les normes sociales qui régissent les comportements d'alcoolisation.

Les analyses de l'OCDE conclut qu'un ensemble de mesures fiscales et réglementaires, un ensemble de mesures de santé et un ensemble de mesures mixtes permettraient chacun de gagner environ 37 000 AVCI par an au Canada, de 23 à 29 000 AVCI en République tchèque et de 119 à 137 000 AVCI en Allemagne. Les stratégies de lutte contre l'alcool associant différentes actions permettraient chaque année d'économiser des dépenses de santé de jusqu'à 4, 8 et 6 USD à PPA par personne par an, respectivement, dans ces trois pays. Et des centaines de milliers de personnes en âge de travailler pourraient éviter les incapacités et les blessures liées à l'alcool, générant des gains potentiels pour elles-mêmes en termes de bien-être sanitaire et pour la société en termes de réduction des impacts sociaux négatifs et de résultats économiques positifs (accroissement de la productivité, par exemple).

Vue d'ensemble des autres chapitres

Le chapitre 2 analyse les tendances des formes générales et dangereuses de consommation d'alcool dans 13 pays de l'OCDE. Les données proviennent d'un certain nombre de sources, notamment de données d'enquêtes sur le mode de vie et l'état de santé individuel, ainsi que d'estimations globales nationales des ventes et de données non recensées. Ce chapitre propose une comparaison de la consommation moyenne d'alcool dans les pays de l'OCDE et les grandes économies émergentes, et décrit les évolutions de la consommation d'alcool au cours des 30 dernières années ainsi que la manière dont on s'approvisionne en alcool dans différents pays. Il étudie de façon détaillée les difficultés qu'il y a à quantifier la consommation d'alcool.

L'un des principaux messages de l'ouvrage est qu'il est important de cibler les consommateurs à risque. Ainsi, le chapitre 2 passe en revue les éléments clés pour comprendre les habitudes individuelles de consommation, de même que la manière dont on définit la consommation dangereuse. Il rappelle qu'il est essentiel de regarder au-delà des chiffres de la consommation moyenne et montre que la majeure partie de l'alcool est consommée par un petit nombre de buveurs. Ce chapitre s'intéresse également aux comportements d'alcoolisation des jeunes et aux habitudes de consommation de différentes cohortes.

Les données des 13 pays étudiées dans le chapitre 2 sont combinées dans le chapitre 3 parallèlement à des données probantes tirées d'études antérieures réalisées dans des pays de l'OCDE pour analyser les différences en matière d'habitudes et de comportements de consommation entre les différents groupes socio-économiques et les personnes ayant des niveaux d'éducation différents. Outre les disparités sociales évoquées plus haut, le chapitre 3 étudie aussi l'impact de l'alcool sur différents aspects de l'emploi, tels que les salaires, la productivité et la sécurité sur le lieu de travail.

Le chapitre 4 examine les politiques envisagées pour combattre les méfaits liés à l'alcool. Les pouvoirs publics ont des motifs solides pour intervenir afin de faire évoluer les comportements qui sont nocifs tant d'un point de vue social que personnel, mais le débat est animé autour de l'approche stratégique qu'il conviendrait qu'ils adoptent. Le bien-être global est-il amélioré par une approche généralisée ou par une approche qui cible les personnes les plus exposées au risque ? Si le bien-être des consommateurs modérés est réduit par des campagnes de lutte contre l'alcool, le jeu en vaut-il la chandelle ? Qui réagit le plus aux différentes mesures ? Outre le fait qu'il s'intéresse aux différents types de politiques de l'alcool, le chapitre étudie le rôle des différentes parties prenantes, notamment l'industrie des boissons alcoolisées, dans la réduction de la consommation nocive d'alcool.

Le chapitre 5 étudie les impacts économiques et sanitaires des principales politiques de l'alcool pour lutter contre la consommation abusive. L'OCDE a élaboré un modèle de microsimulation afin d'évaluer les impacts escomptés de la mise en œuvre à grande échelle d'une série de mesures dans trois pays de l'OCDE en se posant la question suivante : Comment ces mesures pourraient-elles réduire la mortalité, accroître l'espérance de vie, diminuer l'incidence des maladies et les dépenses de santé, améliorer les résultats dans le secteur du travail et la productivité ? Les conclusions contribuent au débat politique. Par exemple, elles suggèrent que l'utilisation des politiques de prix et d'autres outils pour réduire la consommation d'alcool de ceux qui ne sont pas des gros buveurs (notamment de bon nombre de consommateurs modérés) peut avoir des effets positifs sur la santé qui, au risque d'être limités au niveau individuel, seraient néanmoins substantiels au niveau de la population générale compte tenu du grand nombre de personnes concernées.

Enfin, le chapitre 6 plaide pour des politiques cohérentes face à un problème aussi complexe que la consommation et la consommation abusive d'alcool. Il rappelle que les racines économiques et culturelles profondes de la consommation, et les liens inextricables entre les comportements d'alcoolisation et les normes sociales largement répandues sont tels que les mesures individuelles risquent de ne pas suffire à elles-seules pour s'attaquer au problème de la consommation nocive d'alcool. Comme pour d'autres problèmes de santé publique majeurs qui affectent le monde actuel, on ne peut combattre la consommation nocive d'alcool que si l'ensemble de la société s'associe aux initiatives et aux efforts.

Cet ouvrage présente des données probantes de la valeur d'un large éventail de mesures susceptibles de requérir la participation de nombreuses parties prenantes. Cette situation est décrite dans des sections spéciales établies par des spécialistes dans leurs domaines de compétences. Les opinions exprimées sont propres aux auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions de l'OCDE ou de ses États membres. Ces contributions ont pour objet de nourrir le débat en prenant connaissance de l'avis d'éminents experts sur la santé et le poids social de la consommation abusive d'alcool, la publicité sur l'alcool et la consommation nocive, la manière dont les prix minimums affectent différents types de buveurs, le bien-fondé de la réduction des méfaits liés à l'alcool sur le lieu de travail, et le bon usage des données probantes dans l'élaboration des politiques de l'alcool.

Notes

1. Disponible à l'adresse : www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
2. Disponible à l'adresse : <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>.

Bibliographie

- Anderson, P. et B. Baumberg (2006), *Alcohol in Europe*, Institute of Alcohol Studies, Londres.
- Anderson, A.E. et al. (2012), « Determinants of Pregnant Women's Compliance with Alcohol Guidelines: A Prospective Cohort Study », *BMC Public Health*, vol. 12, n° 777.
- Baan, R. et al. et Groupe de travail sur les monographies du Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS (2007), « Carcinogenicity of Alcoholic Beverages », *The Lancet Oncology*, vol. 4, pp. 292-293.
- Becker, G.S. et K.M. Murphy (1988), « A Theory of Rationale Addiction », *Journal of Political Economy*, vol. 96, n° 4, pp. 675-700.
- Berke, E.M. et al. (2010), « Alcohol Retail Density and Demographic Predictors of Health Disparities: A Geographic Analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 10, pp. 1967-1971.
- Brink, M. et al. (2011), *The Contribution Made by Beer to the European Economy*, rapport commandé par The Brewers of Europe sous la direction des conseillers fiscaux d'Ernst & Young et de Regioplan Policy Research, Amsterdam, septembre.
- Buykx, P. et al. (2014), « Public Support for Alcohol Policies Associated with Knowledge of Cancer Risk », *International Journal of Drug Policy*, pii: S0955-3959(14)00220-5, 21 août.
- Chambre des communes (2011), www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmsctech/1536/153602.htm.
- Chartier, K. et R. Gaetano (2010), « Ethnicity and Health Disparities in Alcohol Research », *Alcohol Research and Health*, vol. 33, n° 1-2, pp. 152-160.
- Chikritzhs, T.N. et al. (2014), « Mendelian Randomisation Meta-analysis Sheds Doubt on Protective Associations between 'Moderate' Alcohol Consumption and Coronary Heart Disease », *Evidence Based Medicine*, pii: ebmed-2014-110086, <http://dx.doi.org/10.1136/ebmed-2014-110086> [Epub avant publication].
- Collins, D.J. et H.M. Lapsley (2008), « The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Abuse to Australian Society in 2004/05 », Commonwealth d'Australie, Canberra, consultable à l'adresse : [www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/mono64/\\$File/mono64.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/mono64/$File/mono64.pdf).
- Com-Ruelle, L. et al. (2008), « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », *Question d'Économie de la Santé* n° 129, IRDES.
- Cotter, T. et al. (2013), « Knowledge and Beliefs About Alcohol Consumption, Longer-term Health Risks, and the Link with Cancer in a Sample of Australian Adults », *NSW Public Health Bulletin*, vol. 24, n° 2, pp. 81-86.
- Cutler, D.M. et E. Glaeser (2005), « What Explains Differences In Smoking, Drinking, and Other Health-related Behaviors? », *American Economic Review*, vol. 95, n° 2, pp. 238-242, mai.

- Di Castelnuovo, A. et al. (2006), « Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Women: An Updated Meta-analysis of 34 Prospective Studies », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 22, pp. 2437-2445.
- Dumas, A., L. Simmat-Durand et C. Lejeune (2014), « Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, pii:S0368-2315(14)00142-2.
- Edenberg, H.J. (2007), « The Genetics of Alcohol Metabolism: Role of Alcohol Dehydrogenase and Aldehyde Dehydrogenase Variants », *Alcohol Research and Health*, vol. 30, n° 1, pp. 5-13.
- Ernst & Young (2013), « The Wine and Spirit Trade Association – Economic Impact Assessment », décembre.
- Eurobaromètre (2010), « Attitudes des citoyens de l'UE à l'égard de l'alcool », *Eurobaromètre spécial 331*, vague 72.3 – TNS Opinion & Social, Commission européenne, Bruxelles.
- Fone, D. et al. (2012), « Change In Alcohol Outlet Density and Alcohol-related Harm to Population Health (CHALICE) », *BMC Public Health*, vol. 12, n° 428.
- Forbes, R.J. (1970), *A Short History of the Art of Distillation: From the Beginnings Up to the Death of Cellier Blumenthal*, Brill, Leiden.
- Gmel, G., E. Gutjahr et J. Rehm (2003), « How Stable Is the Risk Curve between Alcohol and All-cause Mortality and What Factors Influence the Shape? A Precision-weighted Hierarchical Meta-analysis », *European Journal of Epidemiology*, vol. 18, n° 7, pp. 631-642.
- Grundy, J. (2010), « "Lloyd George's Beer" or When It Was Illegal to Buy Your Round », The Western Front Association, consulté le 25 octobre 2014, www.westernfrontassociation.com/component/content/article/160-life-on-the-home-front/1591-lloyd-georges-beer-or-when-it-was-illegal-to-buy-your-round.html.
- Hamel, G. (2014), *Alcohol in World History*, Routledge, Oxon.
- Hanson, D.J. (1995), *Preventing Alcohol Abuse: Alcohol, Culture, and Control*, Praeger Publishers Westport, États-Unis.
- Hingson, R.W., T. Heeren et M.R. Winter (2006), « Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 160, pp. 739-746.
- Holmes, M.V. et al. (2014), « Association Between Alcohol and Cardiovascular Disease: Mendelian Randomisation Analysis Based on Individual Participant Data », *British Medical Journal*, vol. 10, pp. 349:g4164.
- Hope, J. (2009), « British Teenagers Are the Binge-drinking Champions of Europe », *Daily Mail*, 26 mars 2009.
- Huerta, M.C. et F. Borgonovi (2010), « Education, Alcohol Use and Abuse among Young Adults in Britain », *Social Science & Medicine*, vol. 71, n° 1, pp. 143-151.
- Hurcombe, R., M. Bayley et A. Goodman (2010), « Ethnicity and Alcohol: A Review of the UK Literature », Rapport de la fondation Joseph Rowntree.
- Jarl, J. et al. (2008), « The Societal Cost of Alcohol Consumption: An Estimation of the Economic and Human Cost Including Health Effects in Sweden 2002 », *European Journal of Health Economics*, vol. 9, n° 4, pp. 351-360.
- Konnopka, A. et H. König (2007), « Direct and Indirect Costs Attributable to Alcohol Consumption in Germany », *Pharmacoeconomics*, vol. 25, n° 7, pp. 606-618.
- Laramée, P. et al. (2013), « The Economic Burden of Alcohol Dependence in Europe », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, n° 3, pp. 259-269.
- Laslett, A.-M. et al. (2010), « The Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others », AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health, Fitzroy, Victoria.
- Lim, S.S. et al. (2012), « A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », *The Lancet*, vol. 380, n° 9859, pp. 2224-2260.
- Lipscomb, J., M.C. Weinstein et G.W. Torrance (1996), « Time Preference », dans M.R. Gold, D.L. Patrick, G.W. Torrance et al. (dir. pub.), *Cost-effectiveness in Health and Medicine*, Oxford University Press, New York.
- Livingston, M. (2011), « Using Geocoded Liquor Licensing Data in Victoria – The Socioeconomic Distribution of Alcohol Availability in Victoria », Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Carlton, Australie.

- Livingston, M. (2008), « A Longitudinal Analysis of Alcohol Outlet Density and Assault », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 32, n° 6, pp. 1074-1079.
- Lopez, A.D. et al. (2006), « Global Burden of Disease and Risk Factors », La Banque mondiale, Washington, DC, et Oxford University Press, New York.
- Marcus, G. et R. Braaf (2007), « Domestic and Family Violence Studies, Survey and Statistics: Pointers to Policy and Practice », Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse, Sydney.
- McGovern, P.E. (2010), « Uncorking the Past: The Quest for Wine, Beer, and Other Alcoholic Beverages », University of California Press, Oakland, États-Unis.
- Million, M. (2013), *Wine, A Global History*, Reaktion Books, Londres.
- Ministère des Transports (2013), « The Reported Road Casualties in Great Britain (RRCGB) Annual Report ».
- Naimi, T.S. (2011), « The Cost of Alcohol and its Corresponding Taxes in the U.S.: A Massive Public Subsidy of Excessive Drinking and Alcohol Industries », *American journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 5, pp. 546-547.
- Nancy, J.-L. (2013), *Ivresse*, Bibliothèque Rivages, Paris.
- Navarro, H.J., C.M. Doran et A.P. Shakeshaft (2011), « Measuring Costs of Alcohol Harm to Others: A Review of the Literature », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 1, n° 114(2-3), pp. 87-99.
- O'Keefe, J.H. et al. (2014), « Alcohol and Cardiovascular Health: The Dose Makes the Poison... or the Remedy », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 89, n° 3, pp. 382-393.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), « Global Status Report on Alcohol and Health », Organisation mondiale de la santé, Genève.
- ONS – Office national des statistiques (2010), Royaume-Uni, www.ons.gov.uk/ons/rel/lifestyles/drinking--adult-s-behaviour-and-knowledge/2009-report/index.html.
- Pierce, G. et A. Toxqui (dir. pub.) (2014), *Alcohol in Latin America: A Social and Cultural History*, University of Arizona Press, Tucson, États-Unis.
- Poli, A. et al. (2013), « Moderate Alcohol Use and Health: A Consensus Document », *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases*, vol. 23, n° 6, pp. 487-504.
- Rehm, J. et al. (2009), « Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorders », *The Lancet*, vol. 27, n° 373(9682), pp. 2223-2233.
- Roercke, M. et J. Rehm (2014), « Alcohol Consumption, Drinking Patterns, and Ischemic Heart Disease: A Narrative Review of Meta-analyses and a Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Heavy Drinking Occasions on Risk for Moderate Drinkers », *BMC Medicine*, vol. 12, n° 182, disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0182-6>.
- Romley, J.A. et al. (2007), « Alcohol and Environmental Justice: The Density of Liquor Stores and Bars in Urban Neighborhoods in the United States », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 68, n° 1, pp. 48-55.
- Sassi, F. (2010), *L'obésité et l'économie de la prévention : objectif santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr>.
- Sassi, F. et J. Hurst (2008), « The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases: An Economic Framework », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 32, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/243180781313>.
- Secrétariat d'État à la condition féminine d'Australie (2004), « The Cost of Domestic Violence to the Australian Economy: Part 1 », Commonwealth d'Australie, Canberra.
- Simpura, J. et T. Karlsson (2001), « Trends in Drinking Patterns in Fifteen European Countries, 1950-2000. A collection of country reports », Stakes, Helsinki.
- SIRC – Social Issues Research Centre (1998), « Social and Cultural Aspects of Drinking. A Report to the European Commission », SIRC, Oxford.
- Tatlow, J.R., J.D. Clapp et M.M. Hohman (2000), « The Relationship Between the Geographic Density of Alcohol Outlets and Alcohol-related Hospital Admissions in San Diego County », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 25, n° 1, pp. 79-88.
- Thavorncharoensap, M. et al. (2009), « The Economic Impact of Alcohol Consumption: A Systematic Review », *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, vol. 25, n° 4:20.

- Theall, K.P. et al. (2009), « The Neighborhood Alcohol Environment and Alcohol-related Morbidity », *Alcohol Alcohol*, vol. 44, n° 5, pp. 491-499.
- Unité stratégique du Premier ministre (2004), « Alcohol Harm Reduction Strategy for England », Unité stratégique du Premier ministre, Londres, disponible à l'adresse : <http://alcoholresearchuk.org/wp-content/uploads/2014/01/strategy-unit-alcohol-harm-reduction-strategy.pdf>.
- White, I.R., D.R. Altmann et K. Nanchahal (2002), « Alcohol Consumption and Mortality: Modelling Risks for Men and Women at Different Ages », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7357, p. 191.
- White, A.M. et al. (2011), « Hospitalizations for Alcohol and Drug Overdoses in Young Adults Ages 18-24 in the United States, 1999-2008: Results from the Nationwide Inpatient Sample », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 72, n° 5, pp. 774-786.
- Wickizer, T.M. (2013), « State-level Estimates of the Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse », *Journal of Health Care Finance*, vol. 39, n° 3, pp. 71-84.

Chapitre 2

Évolution de la consommation d'alcool dans les pays de l'OCDE

Par

Marion Devaux et Franco Sassi

Dans beaucoup de pays de l'OCDE, les niveaux de consommation d'alcool sont relativement plus élevés que dans d'autres régions du monde. La consommation annuelle moyenne d'alcool pur par habitant s'établit entre 9.1 litres (consommation recensée) et 10.3 litres (consommation non recensée incluse) dans les pays de l'OCDE, contre une consommation estimée à 6.2 litres (recensée et non recensée) au niveau mondial. Globalement, la consommation a légèrement diminué dans les pays de l'OCDE au cours des 20 dernières années, avec des baisses relatives très marquées dans certains pays, mais de nettes augmentations dans d'autres pays de l'OCDE ainsi que dans les grandes économies émergentes.

Principaux résultats

- À 9.1 litres par habitant, la consommation annuelle moyenne est nettement plus élevée dans les pays de l'OCDE que dans d'autres régions du monde.
- La diminution de 2.5 % de la consommation moyenne d'alcool dans les pays de l'OCDE au cours des 20 dernières années résulte d'une baisse spectaculaire de la consommation dans les pays du sud de l'Europe combinée à une augmentation importante de celle-ci dans certains pays de l'Europe septentrionale, centrale et orientale.
- La consommation d'alcool a également augmenté de façon considérable dans les grandes économies émergentes, qui sont des partenaires clés de l'OCDE, quoique à partir de niveaux plus faibles.
- L'évolution des types de boissons habituellement consommées dans les pays s'est accompagnée de variations du niveau global de la consommation d'alcool, les habitudes de consommation privilégiant un seul type de boisson ayant reculé et de nouveaux comportements plus diversifiés et généralisés étant apparus.
- On estime que presque 11 % de la consommation totale d'alcool n'est pas recensée dans la zone OCDE.
- Bien que les habitudes de consommation d'alcool dans les pays de l'OCDE ne comptent pas parmi les plus à risque, la majeure partie de l'alcool est consommée par les 20 % des plus gros buveurs de la population dans les pays examinés.
- Beaucoup de pays de l'OCDE ont enregistré des taux croissants de consommation dangereuse et de suralcoolisation épisodique chez les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes, phénomène qui s'est traduit par un risque accru de traumatismes et de décès liés aux accidents de la circulation et aux actes de violence.
- L'initiation à la consommation d'alcool et à l'ivresse intervient à des âges de plus en plus précoces. Depuis dix ans, les filles commencent à consommer de l'alcool pratiquement au même âge que les garçons, en moyenne, dans 20 pays de l'OCDE.

Alcool : quelles différences entre les pays ?

À première vue, il semble très simple de calculer le volume d'alcool consommé dans un pays donné, mais en réalité, il est pratiquement impossible d'obtenir des chiffres objectifs de la consommation d'alcool au niveau d'une population. Les chiffres des ventes fournissent des estimations relativement directes de la consommation, mais risquent de manquer de précision car certains types d'alcool ne sont pas recensés et doivent être estimés sur la base d'enquêtes empiriques et d'appréciations d'experts. L'alcool non recensé est défini comme « l'alcool qui n'est pas taxé dans le pays où il est consommé car il est habituellement produit, distribué et vendu en dehors des circuits officiels assujettis au contrôle de l'État » (OMS, 2014, p. 30). Ceci fait référence à l'alcool fait-maison ou produit de façon illicite, à l'alcool de contrebande et à l'alcool destiné à des usages industriels et médicaux. L'alcool consommé par les touristes complique davantage l'interprétation des

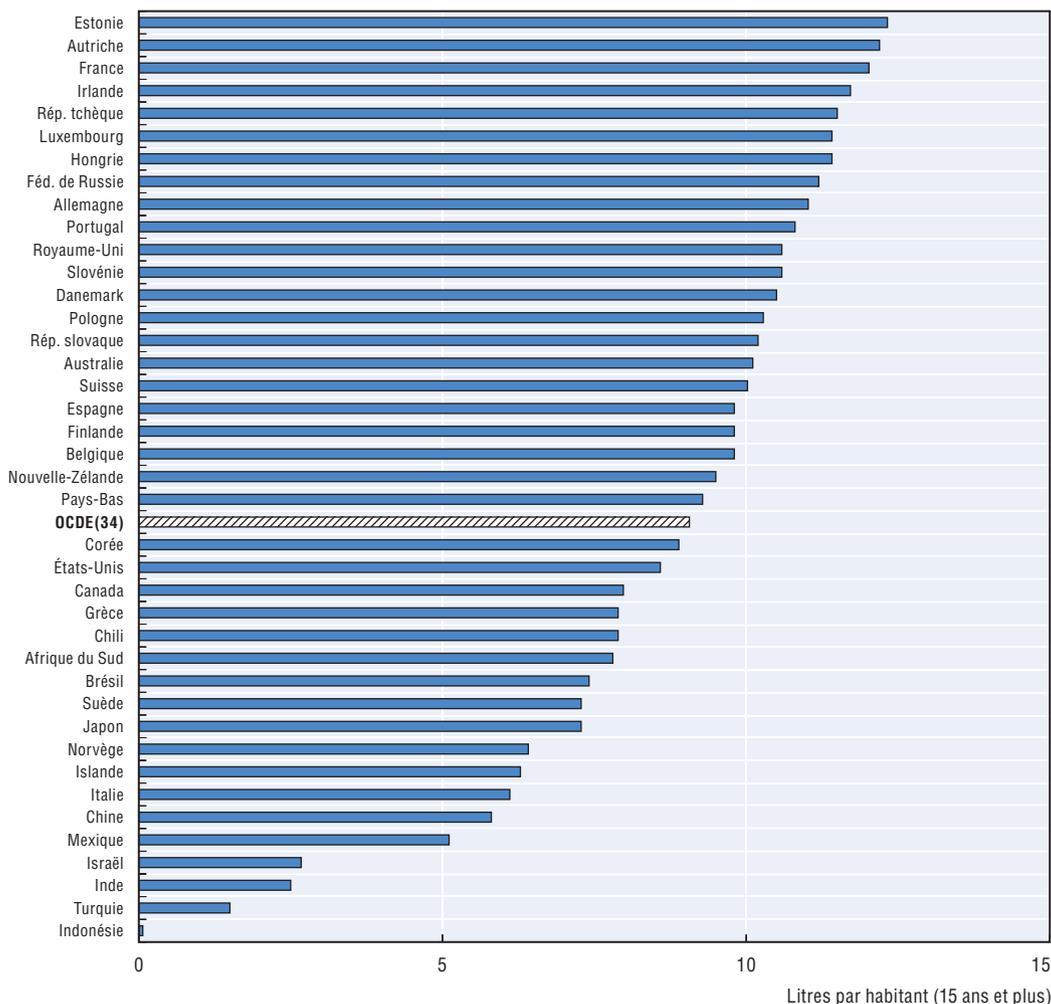
chiffres des ventes. Il est en effet pour certains touristes le but même de leur voyage. Par exemple, une véritable activité s'est développée dans et aux alentours des ports français (comme Calais) pour satisfaire les passagers des « croisières de l'alcool » qui viennent d'Angleterre pour la journée afin de s'approvisionner en alcools dont les prix sont moins chers en France. Ce phénomène dit des « achats transfrontaliers » et la consommation d'alcool par les touristes entraînent une surestimation de la consommation dans les pays où l'alcool est vendu et une sous-estimation de celle-ci dans les pays d'origine des touristes consommateurs.

La consommation par habitant d'un pays calculée en divisant simplement les ventes par la population doit aussi être interprétée avec prudence en raison des grandes différences démographiques (âge et sexe) entre les pays, et des différentes proportions d'abstinents dans la population. Dans les pays majoritairement musulmans, par exemple, la consommation moyenne par habitant a tendance à être faible, mais la consommation moyenne de ceux qui boivent de l'alcool peut être considérable (OMS, 2014).

Les données sur la consommation d'alcool que l'OCDE recueille régulièrement auprès de ses pays membres couvrent les ventes annuelles d'alcool pur (en litres par habitant âgé de 15 ans et plus). Elles proviennent principalement des instituts nationaux de statistiques, sauf pour 11 pays pour lesquels les données sont issues du Système mondial d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé (Allemagne, Belgique, Chili, Espagne, Grèce, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Portugal et Royaume-Uni). De toute évidence, les ventes d'alcool englobent divers types de boissons dont les quantités d'alcool pour un volume de liquide donné (degré d'alcool ou titre alcoométrique volumique, TAV) sont très différentes. Le degré alcoolique va de 98 % pour certains spiritueux à 0.5 % pour quelques bières peu alcoolisées. Dans les statistiques des ventes, les bières contiennent généralement 4-5 % d'alcool, les vins 11-12 % et les spiritueux 40 %, même si la méthode utilisée pour classer les boissons alcoolisées en fonction d'indicateurs de teneur en alcool plus facilement comparables est susceptible de varier d'un pays à l'autre.

Selon les dernières données disponibles, la consommation d'alcool, telle qu'évaluée à partir des ventes annuelles, s'établit en moyenne à 9.1 litres par adulte dans les pays de l'OCDE (graphique 2.1). L'Autriche, l'Estonie et la France déclarent la consommation la plus élevée (12 litres au moins par adulte et par an en 2012). Israël et la Turquie affichent la consommation la plus faible ainsi que deux des pays partenaires clés de l'OCDE inclus dans le graphique (Inde et Indonésie), dont les traditions religieuses et culturelles limitent la consommation d'alcool chez certains groupes de population.

Le Système mondial d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé (GISAH) fournit des estimations de la consommation moyenne d'alcool par adulte, lesquelles se fondent sur différentes sources de données, notamment les ventes, les taxes, les échanges internationaux et des données d'enquêtes. L'OMS a engagé des efforts considérables pour collecter et valider par recoupement différentes sources d'information, et pour estimer la consommation non recensée d'alcool – qui représente sans doute un verre sur quatre au niveau mondial. La consommation d'alcool par adulte évaluée par l'OMS est par conséquent une estimation de la consommation recensée et non recensée d'alcool pur par adulte. Pour la période 2008-10, l'OMS a estimé que la consommation d'alcool par adulte était en moyenne de 6.2 litres dans le monde et d'environ 10.9 litres dans la région européenne (OMS), qui affiche les niveaux les plus élevés de consommation par habitant.

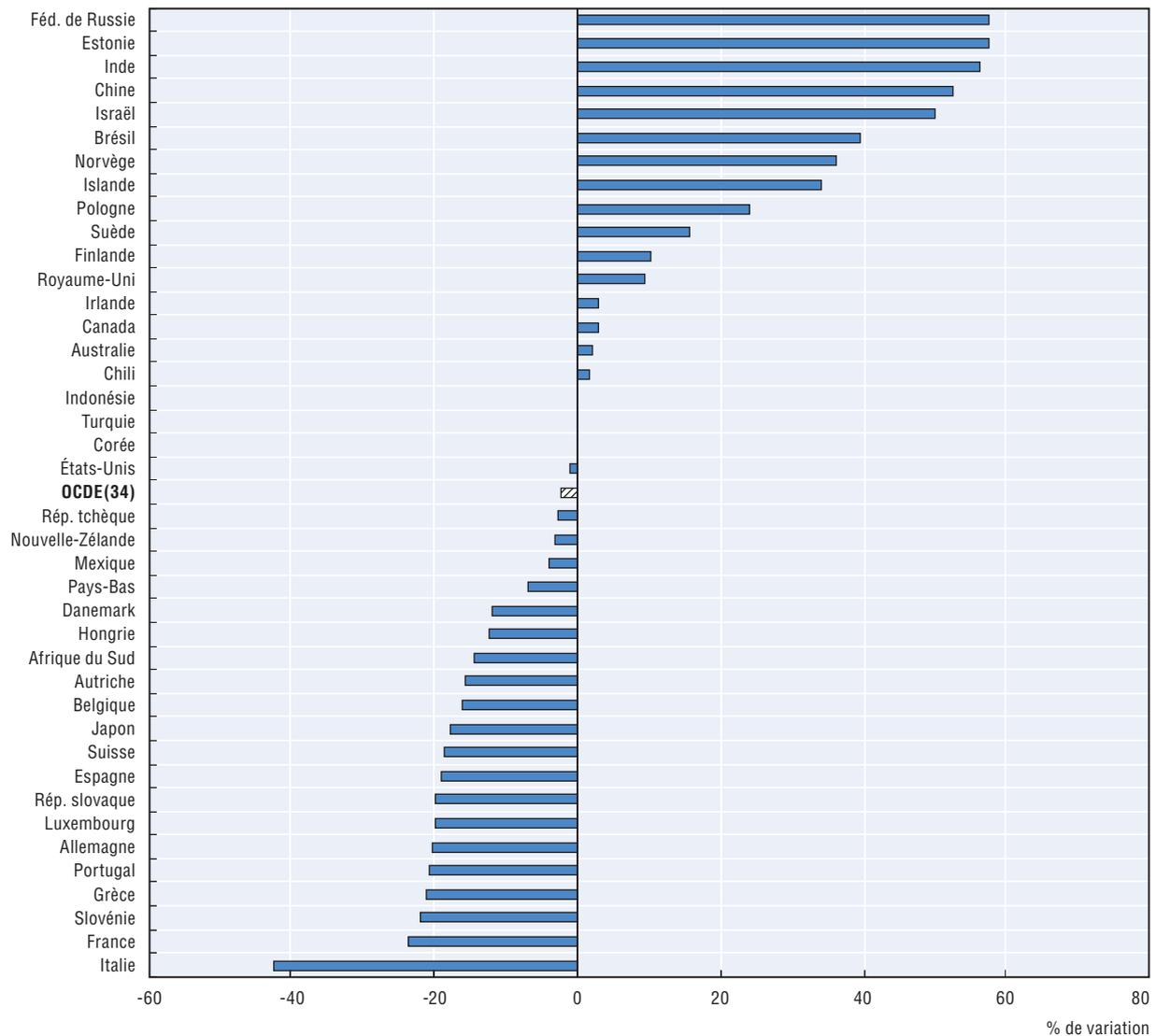
Graphique 2.1. **Consommation d'alcool chez les adultes, 2012**
(ou année la plus proche)

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303389>

La consommation d'alcool est-elle à la hausse ou à la baisse ?

Au niveau mondial, la consommation d'alcool par adulte est restée relativement stable entre 1992 et 2012, mais a augmenté durant les cinq dernières années de cette période (OMS, 2014). Dans les pays de l'OCDE, elle a en moyenne diminué de 2.5 % pendant la même période (graphique 2.2). Des diminutions importantes et régulières ont été constatées dans des pays où la consommation était initialement assez élevée, tels que l'Allemagne, l'Espagne, la France et l'Italie. Dans les pays peu consommateurs à l'origine, les chiffres révèlent à l'inverse une augmentation régulière, suivie dans quelques cas d'un ralentissement ces dernières années (Finlande, Irlande et Royaume-Uni, par exemple). La consommation a augmenté en Estonie, Finlande, Islande, Israël, Norvège, Pologne et Suède, jusqu'à 50 % de plus. La consommation d'alcool dans les pays partenaires clés de l'OCDE, notamment la Fédération de Russie, mais également le Brésil, la Chine et l'Inde – a fortement augmenté, même si dans les deux derniers pays la consommation par habitant reste relativement faible (graphique 2.2).

Graphique 2.2. **Évolution de la consommation d'alcool chez les adultes, 1992-2012 (ou année la plus proche)**

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303394>

Cependant, la consommation d'alcool des jeunes augmente. Le pourcentage d'adolescents et de jeunes adultes consommant de l'alcool a progressé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (GSHS, 2004 ; OMS, 2011). Dans les pays de l'OCDE, les enfants commencent à consommer de l'alcool à un âge de plus en plus précoce, comme indiqué dans le graphique 2.9. En Europe, l'étude ESPAD révèle une légère diminution entre 2003 et 2011 du pourcentage d'étudiants qui consomment de l'alcool, mais montre également une augmentation de la suralcoolisation épisodique entre 1995 et 2007 ainsi que certains signes d'inflexion de cette pratique en 2011 (Hibell et al., 2012).

Parmi les raisons évoquées de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes figurent le faible coût des boissons alcoolisées, la plus grande disponibilité de l'alcool, les formes de promotion ciblant les jeunes consommateurs et l'évolution de

la tolérance vis-à-vis de la consommation d'alcool dans de nombreuses sociétés. Burki (2010) examine les causes possibles de l'augmentation de la consommation moyenne et met en évidence un lien entre consommation et accessibilité financière (et disponibilité) de l'alcool, en se référant à un rapport de la British Medical Association qui indique que l'alcool est devenu plus accessible financièrement au Royaume-Uni entre 1980 et 2006 et que la consommation d'alcool par personne a augmenté de 1.5 litre durant cette même période. Il est intéressant de noter que l'évolution de l'accessibilité financière et de la disponibilité de l'alcool peuvent avoir un impact important sur la quantité d'alcool consommée, mais aussi sur le lieu où celui-ci est consommé. Au Royaume-Uni, les pubs locaux sont souvent décrits comme une institution nationale, mais ils ferment au rythme de 31 par semaine, en partie parce que les supermarchés sont aujourd'hui la principale source d'approvisionnement en bières de nombreux consommateurs (Eads, 2014).

Les données des ventes totales sont un bon indicateur pour suivre l'évolution des grandes tendances dans les pays et établir des profils nationaux en vue de définir des politiques de prix et de disponibilité à l'échelle de la population. De plus, d'après les données disponibles, il existe une corrélation entre la consommation totale d'alcool par habitant et la consommation excessive, ainsi que ses effets néfastes (Leifman et al., 2002). Cependant, les données globales ne permettent pas d'identifier et d'examiner les comportements individuels de consommation. Pour concevoir des politiques appropriées, il nous faut comprendre comment les modes nocifs de consommation d'alcool ont évolué dans le temps et recenser les groupes de population les plus susceptibles de s'adonner à une consommation problématique, et qui sont les plus touchés par ce fléau. Ces analyses aident les décideurs à adapter les stratégies de lutte contre la consommation nocive d'alcool à la situation de ces populations. Les données d'enquêtes sur la santé et le mode de vie de la population, qui fournissent des informations sur la consommation d'alcool et les caractéristiques individuelles, sont les plus appropriées pour évaluer les habitudes de consommation alcoolique dans différents sous-groupes de population, bien que ces enquêtes comportent des limites importantes (voir l'encadré 2.1).

De nouvelles analyses de la consommation d'alcool, entreprises par l'OCDE dans le cadre des travaux présentés dans cette publication, se fondent sur des informations tirées d'enquêtes auprès des individus. Cependant, bien que les enquêtes fournissent des informations détaillées sur la consommation réelle, elles reposent nécessairement sur des autodéclarations susceptibles d'être faussées, que ce soit délibérément ou non, à différents égards commentés plus en détail dans l'encadré 2.1. Les niveaux de consommation calculés à partir des enquêtes ne représentent souvent que la moitié environ des niveaux escomptés au vu des chiffres des ventes d'alcool (Midanik, 1982 ; OMS, 2011). Toutefois, en combinant tous les types de sources de données, il est possible de se faire une idée suffisamment précise de la consommation d'alcool dans un pays pour orienter l'élaboration des politiques.

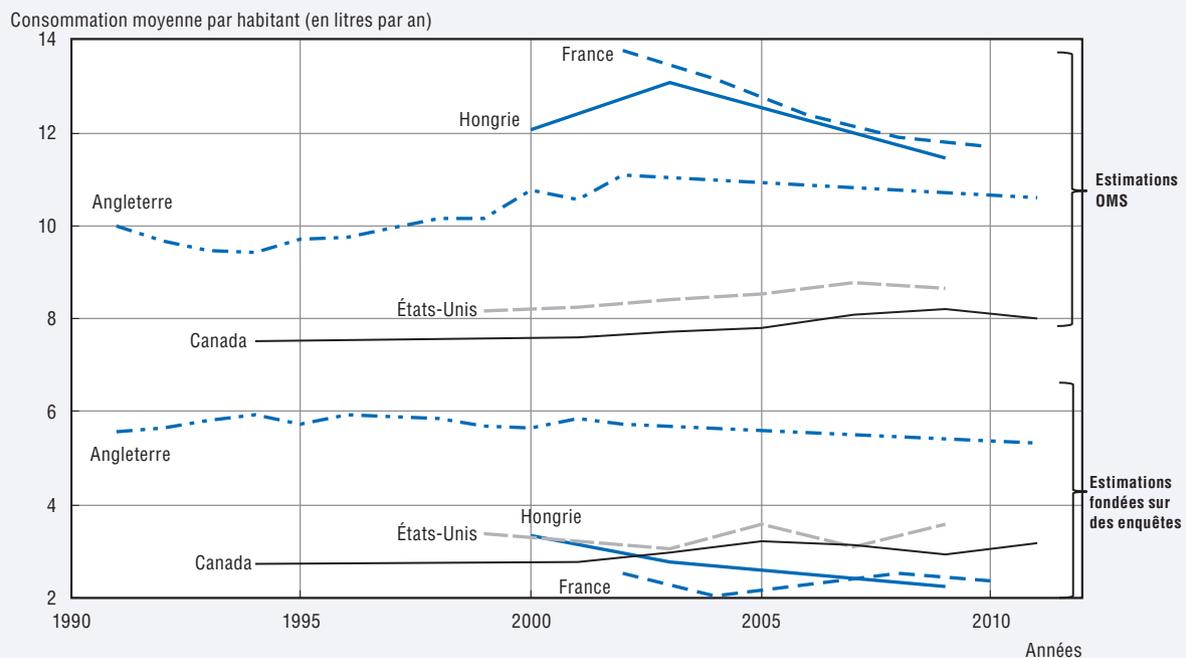
Encadré 2.1. Difficultés inhérentes à la quantification de la consommation d'alcool

Les limites des données d'enquêtes sur la consommation d'alcool résultent du biais de mesure, notamment de la sous-déclaration des personnes interrogées, et du biais introduit lors de la sélection de l'échantillon. Il est apparu que les niveaux de consommation d'alcool déclarés lors des enquêtes ne représentaient que 40 à 60 % des ventes d'alcool (Midanik, 1982 ; OMS, 2014). Comme le montrent les analyses de l'OCDE fondées sur des méthodes quantitatives visant à corriger les estimations issues des enquêtes de façon à tenir compte du biais d'autodéclaration (Rehm et al., 2010), il existe des écarts importants dans certains pays. Les estimations de l'OCDE révèlent en effet des biais d'importance variable selon les pays, plus marqués dans des pays comme le Chili, la France et la Hongrie, et plus faibles dans des pays tels que l'Angleterre et le Japon (Devaux et Sassi, 2015), mais ces corrections n'ont pas été appliquées aux analyses mentionnées dans la présente publication.

Principales sources de biais

La consommation d'alcool est habituellement autodéclarée par les personnes interrogées, et les autodéclarations sont sujettes aux distorsions, le plus souvent à la baisse (Boniface et Shelton, 2013 ; Meier et al., 2013 ; Rehm et al., 2010 ; Ely et al., 2001 ; Stockwell et al., 2004). D'après les données disponibles, les sous-déclarations pourraient ne pas être réparties uniformément entre les personnes sondées, c'est-à-dire qu'il est probable qu'elles soient plus nombreuses chez les individus qui s'adonnent à une consommation dangereuse (Townshend et Dukat, 2002 ; Lemmens et al., 1988). Le graphique ci-dessous compare les données de l'OMS et les estimations calculées par l'OCDE sur la base des données tirées d'enquêtes nationales. Les estimations fondées sur les enquêtes sont plus faibles que les estimations de l'OMS dans tous les pays, même si les tendances sont plutôt cohérentes dans le temps, sauf en ce qui concerne la France.

Consommation moyenne par habitant, sur la base de différentes sources de données, dans cinq pays de l'OCDE



Source : Système mondial d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé, Enquêtes nationales sur la santé et estimations OCDE.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303408>

Certaines personnes ayant un risque élevé de consommation nocive peuvent être sous-représentées dans les échantillons habituellement utilisés pour les enquêtes sur la santé et les modes de vie (ex : étudiants, personnes dépendantes à l'alcool) et certaines personnes peuvent ne pas être représentées du

Encadré 2.1. Difficultés inhérentes à la quantification de la consommation d'alcool (suite)

tout, notamment les sans-abri ou les personnes placées en institutions (Stockwell et al., 2004 ; Boniface et Shelton, 2013 ; Meier et al., 2013).

D'autre part, les chiffres des ventes et du recouvrement des droits d'accise peuvent également donner une fausse estimation de la consommation d'alcool du fait de l'alcool non recensé, mais également du gaspillage et de la consommation des touristes. Une récente étude menée au Royaume-Uni estime que le volume total de l'alcool non pris en compte dans les statistiques des ventes d'alcool (entre 2.1 et 2.9 litres par habitant) est supérieur au volume d'alcool non pris en compte dans les enquêtes (entre 1.9 et 2.1 litres par habitant), et ce sans tenir compte des sous-déclarations (Boniface et Shelton, 2013).

Correction des biais

Pour apprécier l'ampleur du biais d'autodéclaration, il faudrait disposer dans l'idéal d'une source de données qui fournirait des autodéclarations ainsi que des indicateurs plus objectifs de la consommation d'alcool pour un échantillon représentatif d'une population donnée. Il existe, par exemple, des données similaires pour la taille et le poids qui ont permis aux chercheurs de concevoir des algorithmes censés corriger les estimations de l'indice de masse corporelle et de l'obésité pour tenir compte du biais d'autodéclaration (Cawley, 2000 ; Lakdawalla et Philipson, 2002). À notre connaissance, de telles sources n'existent pas pour l'alcool et l'idée même que la consommation d'alcool puisse être quantifiée objectivement est discutable.

Une étude portant sur 1 300 adultes a comparé la consommation d'alcool déclarée à partir de leurs souvenirs de consommation sur sept jours et celle plus précise reportée dans un journal pendant sept jours également ; un biais d'autodéclaration a bien été mis en évidence (Ely et al., 2001). L'étude a révélé que le pourcentage de buveurs à la consommation dangereuse variait de 21 % à 35 % chez les hommes et de 6 % à 15 % chez les femmes entre les souvenirs de consommation et les notes du journal de bord. En outre, l'ampleur des sous-déclarations était importante : 20 % des hommes et 11 % des femmes qui se considéraient comme des buveurs modérés au regard de leurs souvenirs pouvaient être reclassés dans la catégorie des buveurs à consommation dangereuse au regard du comportement indiqué dans le journal. De plus, 31 % hommes et 5 % des femmes classés comme ayant une consommation dangereuse au regard de leurs souvenirs ont été reclassés comme ayant une consommation nocive au vu de la consommation notée dans leur journal de bord. Quelques tentatives similaires ont été engagées pour combiner les données des souvenirs et des journaux de bord (Hill-McManus et al., 2014, par exemple), mais elles sont peu nombreuses. Les enquêtes sur les dépenses des ménages fournissent souvent des estimations raisonnablement fiables, mais celles-ci ne sont généralement pas reliées aux autodéclarations de consommation.

Parmi les ensembles de données utilisés dans notre analyse, l'enquête NHANES (États-Unis) indique, en plus du nombre de verres consommés par occasion et du nombre d'occasions sur les 12 derniers mois, un journal de la consommation alimentaire d'une journée et les souvenirs restants de la consommation de cette journée trois à dix jours plus tard. Cependant, les estimations de la consommation d'alcool fondées sur deux questions portant sur les souvenirs d'une seule journée sont insuffisantes pour établir une base de correction des sous-déclarations car elles ne tiennent pas compte du fait que les habitudes de consommation varient fortement selon le jour de la semaine.

Jusqu'à présent, l'approche la plus crédible pour corriger le biais d'autodéclaration dans les estimations de la consommation d'alcool se situe au niveau global. Elle se fonde sur une triangulation des données d'enquêtes et des données de la consommation totale recensée par habitant, en modélisant une répartition révisée à la hausse de la consommation d'alcool (Rehm et al., 2010). Les niveaux autodéclarés de la consommation d'alcool sont augmentés après correction (techniquement, la distribution statistique de la consommation est déplacée vers la droite) pour tenir compte du fait que les personnes consomment davantage qu'elles ne le disent. Selon cette méthode, le pourcentage de buveurs à la consommation dangereuse au Canada, par exemple, passerait après correction de 5 % à 20 % chez les hommes et de 1 % à 6 % chez les femmes (Shield et Rehm, 2012).

Boissons dominantes et habitudes de consommation

Les habitudes de consommation présumées font partie intégrante des stéréotypes nationaux et peuvent être exploitées à des fins commerciales dans le cadre d'événements tels que les fêtes de la bière en Allemagne ou l'arrivée du beaujolais nouveau en France. Bien que ces clichés soient d'une certaine manière ancrés dans les traditions et cultures nationales et locales, les habitudes de consommation convergent dans les pays de l'OCDE et la consommation de vin augmente dans bon nombre de pays où la bière est la boisson traditionnelle (et vice versa). Les pays producteurs de vin, tels que l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie et le Portugal, mais aussi la Hongrie, la République slovaque et la Suisse, ont connu une baisse de 20 % au moins de leur consommation de vin par habitant depuis 1990.

Selon des données de l'OMS, un tiers environ (3.8 litres par habitant) de l'alcool consommé dans les pays de l'OCDE l'est sous forme de bière et 25 % sous forme de vin (2.8 litres par habitant), tandis que le reste de la consommation recensée concerne les spiritueux et les autres boissons alcoolisées (graphique 2.3). L'alcool non recensé représenterait une partie non négligeable de la consommation totale d'alcool. Dans l'OCDE, on estime à 1.14 litres en moyenne la consommation annuelle par habitant d'alcool non recensé (ce qui correspond à 11 % de la consommation totale d'alcool), mais cette part est beaucoup plus élevée dans des pays tels que la Turquie (29 %) ou le Mexique (25 %). En ce qui concerne l'alcool non recensé, les chiffres de consommation les plus élevés en volume sont d'au moins trois litres par habitant en Afrique du Sud et en Fédération de Russie (OMS, 2014).

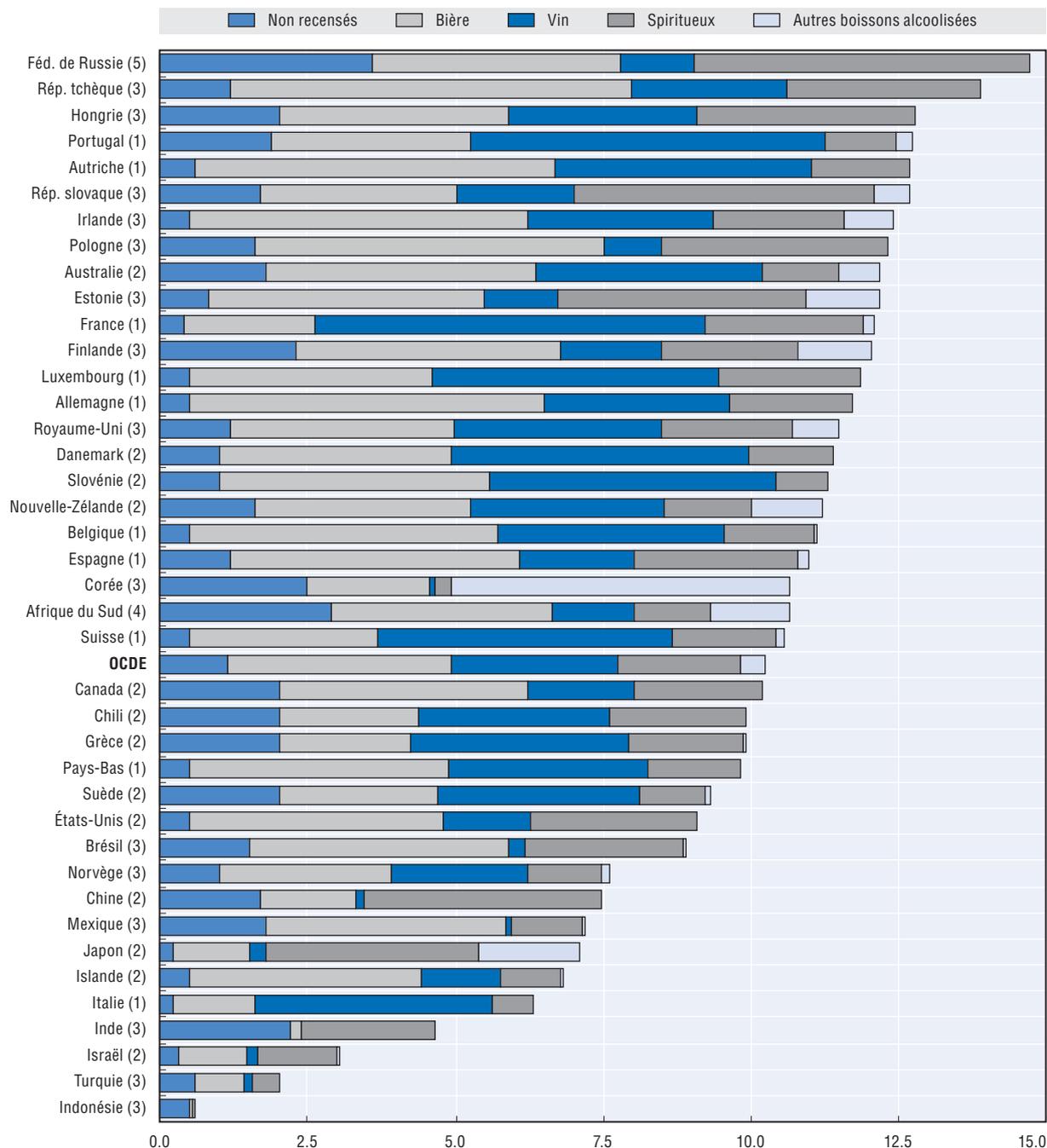
Le type d'alcool consommé (bière, vin, spiritueux, par exemple) – qu'il provienne de circuits institutionnels ou illicites – et les habitudes de consommation ont une influence sur l'efficacité potentielle des politiques de lutte contre l'abus d'alcool. Il conviendrait par conséquent de prendre ces facteurs en considération lorsque l'on conçoit et choisit des politiques appropriées. Par exemple, une stratégie de prévention essentiellement fondée sur la taxation sera moins efficace dans des pays où la consommation d'alcool produit de façon illicite ou informelle est plus répandue, ou dans ceux où il est peu onéreux et facile de traverser la frontière pour acheter de l'alcool à moindre coût.

Mais la quantité d'alcool consommée n'est que l'un des facteurs qui déterminent le caractère préjudiciable de la consommation. Une quantité donnée n'aura probablement pas le même effet selon qu'elle est consommée en l'espace d'une soirée ou sur plusieurs semaines par exemple, seul ou lors d'une fête, au cours d'un repas ou à jeun. C'est ce que nous appelons les « habitudes de consommation ». Ces habitudes sont particulièrement importantes car elles sont liées à l'apparition d'effets plus graves de l'alcool, notamment des traumatismes, une intoxication et d'autres troubles liés à l'alcool. En outre, des habitudes nocives annulent les effets positifs d'une consommation modérée d'alcool sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires et la mortalité liée à celles-ci (Rehm et al., 2003 ; Murray et al., 2002).

Dans le graphique 2.3, le chiffre indiqué à côté de chaque pays correspond aux habitudes de consommation dominantes (OMS, 2014). Sur une échelle allant de 1 (risques très faibles) à 5 (risques très élevés), les pays de l'OCDE affichent des habitudes de consommation allant de 1 (risques très faibles) à 3 (risques moyens). Cet indicateur est fondé sur un certain nombre d'éléments qui couvrent la probabilité d'une consommation nocive (volume d'alcool habituellement élevé par occasion, fréquence de la consommation festive d'alcool

lors de soirées ou de célébrations, proportion d'occasions où les buveurs deviennent ivres, répartition du même volume de consommation sur plusieurs occasions), l'association (ou non) de la consommation d'alcool à des repas, et la consommation (ou non) d'alcool dans des lieux publics.

Graphique 2.3. Niveaux de consommation par type d'alcool et résultats des pays



Note : Description des résultats : 1 risques très faibles, 2 risques faibles, 3 risques moyens, 4 risques élevés, 5 risques très élevés.

Source : Base de données GISAH de l'OMS, 2014.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303412>

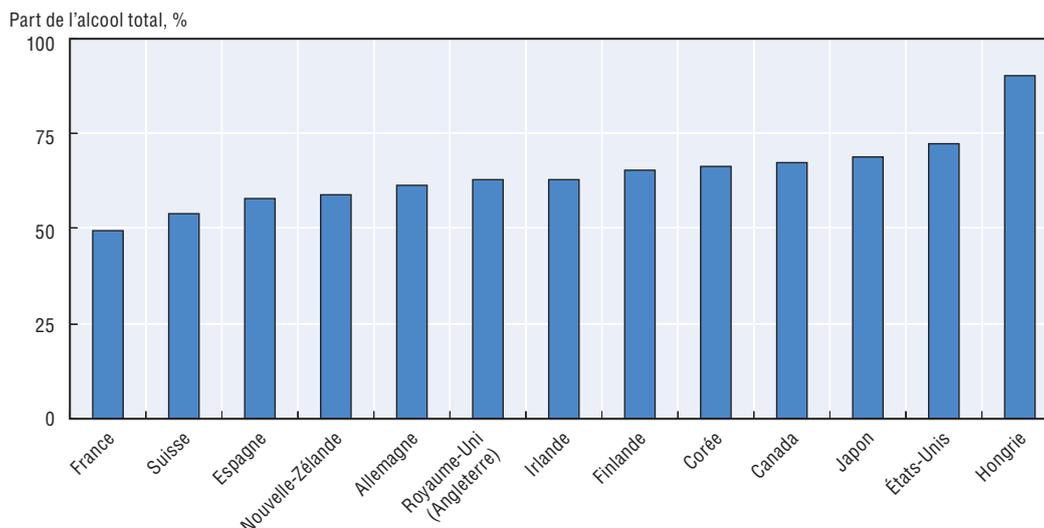
Recenser les individus ayant une consommation dangereuse d'alcool

Les comparaisons internationales doivent être fondées sur des indicateurs communs de la consommation d'alcool. Chaque pays a sa propre définition du verre standard (selon la quantité d'alcool pur qu'il contient) et ses propres recommandations quant à ce qui constitue une consommation dangereuse (définie d'après le nombre de verres ou la quantité d'alcool pur consommée par jour ou par semaine). Il n'existe aucun consensus international dans les lignes directrices relatives à la consommation d'alcool. Tandis que certains pays disposent de directives nationales pour la consommation maximale hebdomadaire et/ou quotidienne, exprimée soit en nombre de verres soit en grammes d'alcool pur, d'autres n'ont pas de recommandations officielles (Furtwaengler et de Visser, 2013). Le tableau A.2 de l'annexe A présente un résumé des définitions du verre standard et des directives déterminant ce qui constitue une consommation dangereuse et une suralcoolisation épisodique dans différents pays de l'OCDE. La définition du verre standard peut varier du simple au double en termes de teneur en alcool dans les pays de l'OCDE. Les écarts entre les seuils qui définissent la consommation dangereuse sont encore plus importants, allant de 20 à 52 grammes d'alcool pur par jour pour les hommes et de 10 à 39 grammes pour les femmes.

Il est difficile pour les organismes de santé publique et les services responsables de l'application de la loi de diffuser des directives relatives à la consommation d'alcool, et le manque de cohérence des définitions entre les pays (et souvent au sein des pays) rend cette tâche encore plus difficile. Dans de nombreux pays de l'OCDE, le verre standard est défini comme contenant entre 10 et 12 grammes d'alcool pur, et la consommation dangereuse d'alcool comme l'absorption de l'équivalent d'environ trois verres par jour pour les hommes et deux verres par jour pour les femmes. Cependant, traduire ces chiffres en quantités réelles de différentes boissons alcoolisées n'est pas un exercice à la portée de tous en dépit des moyens visuels imaginés et soutenus par de nombreux organismes de santé publique. Un problème similaire se pose à l'évidence aux personnes qui répondent à un questionnaire sur leur propre consommation d'alcool. Les responsables des enquêtes ne proposent pas toujours de moyens visuels et les personnes interrogées peuvent avoir une conception variable de ce que représente un verre (biais qui vient s'ajouter à des souvenirs potentiellement déformés).

Il est encore plus difficile de définir la suralcoolisation épisodique car si les données scientifiques sur les risques associés à ce comportement sont solides mais qu'elles s'appuient sur des études ayant utilisé différentes mesures et définitions. Pour la plupart, les pays ne disposent pas de directives officielles pour dissuader ce type de comportement, mais un grand nombre d'entre eux organisent actuellement des débats en vue de publier prochainement de telles directives. Par exemple, dans le cadre du Projet RARHA de l'Action européenne conjointe pour la réduction des dommages liés à l'alcool, qui a débuté en 2014, les États membres de l'UE tentent d'établir un consensus autour de directives en faveur d'une consommation d'alcool à faible risque.

Malgré les difficultés rencontrées pour définir et analyser les données, il semble bien que la répartition de la consommation d'alcool dans une population soit très concentrée. Dans pratiquement tous les pays étudiés, l'alcool est majoritairement consommé par les 20 % de la population qui boivent le plus. Dans la plupart des pays, ces derniers consomment entre 50 % et 75 % des quantités totales d'alcool consommées. Le graphique 2.4 montre cette répartition dans 13 pays de l'OCDE.

Graphique 2.4. **Part de l'alcool total consommé par les 20 % de la population qui boivent le plus**

Source : Estimations OCDE basées sur des enquêtes nationales, dernière année disponible (informations détaillées dans le tableau A.1 de l'annexe A).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303427>

Suivre les évolutions dans le temps de la consommation d'alcool

Nous avons analysé la consommation d'alcool dans 20 pays de l'OCDE, choisis d'après les données disponibles les concernant (Allemagne, Angleterre, Australie, Canada, Chili, Corée, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, République slovaque, République tchèque, Portugal, Slovénie et Suisse) afin d'étudier l'évolution des différents types de consommation d'alcool dans le temps, les disparités sociales dans la consommation d'alcool en fonction du niveau d'instruction et du statut socio-économique, et les différences en fonction de l'âge et du sexe.

Des données sur la consommation d'alcool au niveau individuel ont été tirées des enquêtes nationales sur la santé et les modes de vie ou d'enquêtes sur la consommation d'alcool et de drogues. Ces enquêtes fournissent les informations les plus détaillées actuellement disponibles sur les caractéristiques sociodémographiques individuelles associées aux habitudes de consommation de l'alcool, lesquelles sont évaluées soit au cours de la semaine qui précède l'entretien pour neuf pays (Australie, Canada, Finlande, Japon, République tchèque, Hongrie, République slovaque, Slovénie et Suisse), soit sur la base de questions relatives à la fréquence et au volume de la consommation d'alcool lors d'une journée type dans les onze autres. En outre, les questionnaires de certains pays intègrent des barèmes normalisés pour mesurer les comportements en matière de consommation d'alcool, comme le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) au Chili, en France, en Irlande (2007) et en Corée (2008). Cet outil comporte des questions sur la consommation d'alcool, les problèmes liés à l'alcool et les comportements anormaux d'alcoolisation. Il a été élaboré par l'OMS pour aider les professionnels de santé à identifier les personnes susceptibles de développer des problèmes d'alcool.

Les analyses portant sur l'évolution dans le temps de la consommation d'alcool ont exploité des données issues de plusieurs séries d'enquêtes réalisées dans 12 pays de l'OCDE (Allemagne, Angleterre, Australie, Canada, Corée, États-Unis, Finlande, France, Irlande,

Italie, Nouvelle-Zélande et Suisse), lesquelles couvrent des périodes variables depuis la fin des années 80 jusqu'en 2012, la série la plus longue s'étendant sur 18 ans (Angleterre). Les enquêtes nationales qui ont été utilisées et le nombre de séries disponibles pour chaque pays sont indiqués dans le tableau A.1 de l'annexe A.

Le graphique 2.5 illustre les proportions d'adultes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool (quelle qu'en soit la quantité) au cours des 12 derniers mois, standardisées par rapport à la structure démographique des pays de l'OCDE. Dans tous les pays, ces taux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Si les taux de consommation d'alcool se situent autour de 90 % chez les hommes dans la plupart des pays, ils sont en revanche plus variables chez les femmes. Ils sont en outre relativement stables dans le temps, une fois prise en compte la variation des échantillons.

Graphique 2.5. **Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, population de 15 à 74 ans**



Note : Consommateurs âgés de 25 ans et plus pour la Finlande.

Source : Estimations OCDE basées sur des enquêtes nationales sur la santé, années les plus récentes (informations détaillées dans le tableau A.1, annexe A), normalisation par rapport à l'âge basée sur la population type de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303435>

Évolutions de la consommation dangereuse d'alcool et de la suralcoolisation épisodique

Les données tirées des enquêtes nationales sur la santé fournissent des informations sur la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool au niveau des individus. Les définitions utilisées dans les enquêtes pour décrire les habitudes de consommation varient, de même que les méthodes d'entretien. Dans la mesure du possible, des indicateurs comparables des comportements à risque ont été extraits des enquêtes. Parmi ces comportements figurent les suivants :

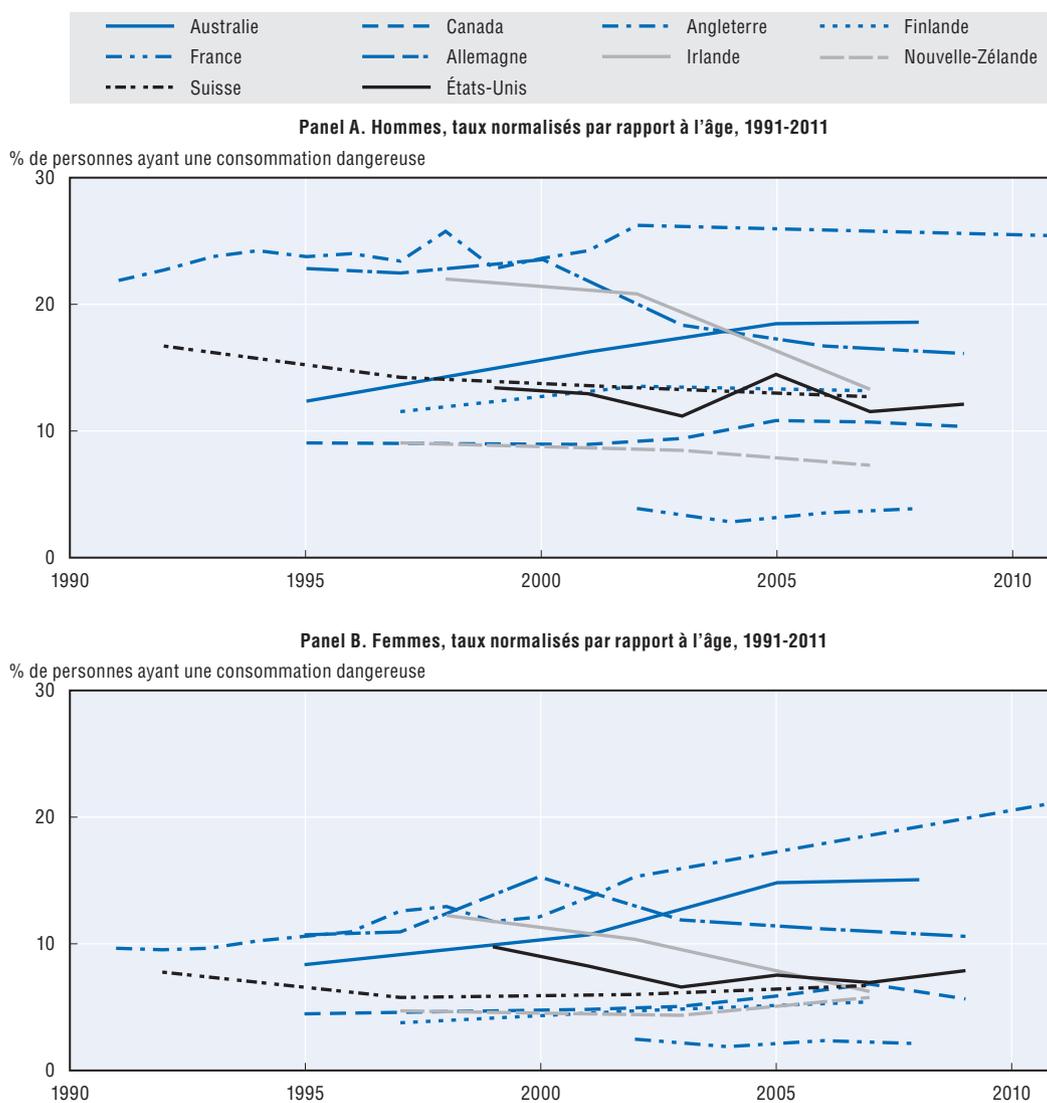
- La consommation dangereuse, définie par l'OMS comme « une habitude de consommation qui accroît le risque de conséquences nocives pour le consommateur », a un « impact important en termes de santé publique malgré l'absence de troubles courants chez le consommateur »¹. Dans les analyses présentées ici, les seuils de consommation dangereuse ont été établis à des quantités hebdomadaires de 140 grammes d'alcool pur pour les femmes et de 210 grammes pour les hommes. Les seuils adoptés sont propres à cette étude et conformes à ceux observés dans la plupart des pays, mais d'autres études ont utilisé des seuils différents (Rehm et al., 2002, par exemple).
- La suralcoolisation épisodique, également appelée alcoolisation massive (*binge drinking* en anglais), est identifiée dans la plupart des enquêtes nationales grâce à des questions telles que : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé (n) verres ou plus lors d'une même occasion ? » (la valeur « n » étant équivalente à cinq verres en Allemagne, au Canada et aux États-Unis ; à six verres au Chili, en France, en Hongrie, en Irlande, en Italie et en Suisse par exemple ; à sept verres pour les hommes et cinq verres pour les femmes en Australie (pour plus de précisions, voir le tableau A.2 de l'annexe A). Pour améliorer la comparabilité entre les pays, nos analyses ont essentiellement porté sur l'alcoolisation massive régulière, soit au moins une fois par semaine. Cette fréquence est différente de celle utilisée par exemple par l'OMS (une fois par mois, voir OMS, 2014).

Les taux de consommation dangereuse d'alcool et de suralcoolisation épisodique présentent un plus grand degré de divergence, partiellement en raison des différences qui existent entre les enquêtes non seulement entre les pays mais également entre les enquêtes menées dans un même pays. Si des efforts ont été déployés afin de normaliser les définitions dans les analyses présentées ici, des différences subsistent entre les informations fournies par les différentes enquêtes, ce qui laisse supposer que la valeur de ces analyses réside davantage dans l'évaluation chronologique des tendances que dans la comparaison des taux entre les différents pays.

La plupart des pays enregistrent une évolution relativement stable de la consommation dangereuse d'alcool entre 1991 et 2011, bien que les taux aient diminué en Irlande et en Allemagne – où ils étaient élevés dans les années 90 – et qu'ils aient plus que doublé chez les hommes en Angleterre entre 1991 et 2011, même si les chiffres de 2011 ne sont pas tout à fait comparables avec les précédents (graphique 2.6). Ces conclusions correspondent aux tendances nationales retracées dans d'autres études (Morgan et al., 2008 ; Pabst et al., 2010, par exemple). La plupart des pays présentent de faibles taux de suralcoolisation épisodique chez les femmes (graphique 2.7). Dans sept pays sur neuf, moins de 8 % des femmes qui boivent de l'alcool déclarent en surconsommer au moins une fois par semaine, ce taux étant particulièrement bas en France et en Suisse. Durant cette période, les taux ont toutefois augmenté dans la plupart des pays qui enregistraient initialement des taux faibles de suralcoolisation épisodique, alors qu'ils ont baissé dans les pays où ils étaient initialement élevés, notamment en Angleterre, en Irlande et, dans une moindre mesure, en Allemagne.

Dans une certaine mesure, les taux de consommation dangereuse d'alcool et de suralcoolisation épisodique ont eu tendance à converger avec le temps, et les différences entre les pays s'estompent. Cette évolution va de pair avec une modification des types d'alcool consommés. On continue d'observer en Europe des différences régionales entre les types de boissons alcoolisées majoritairement consommés, avec davantage de consommateurs de vin en France et en Suisse et davantage de buveurs de bière en Europe centrale, mais la consommation des habitants des pays nordiques n'est plus dominée par les spiritueux (Mäkelä et al., 2005). Les différences géographiques concernant les types

Graphique 2.6. **Taux de consommation dangereuse d'alcool, consommateurs uniquement, population de 15 à 74 ans**



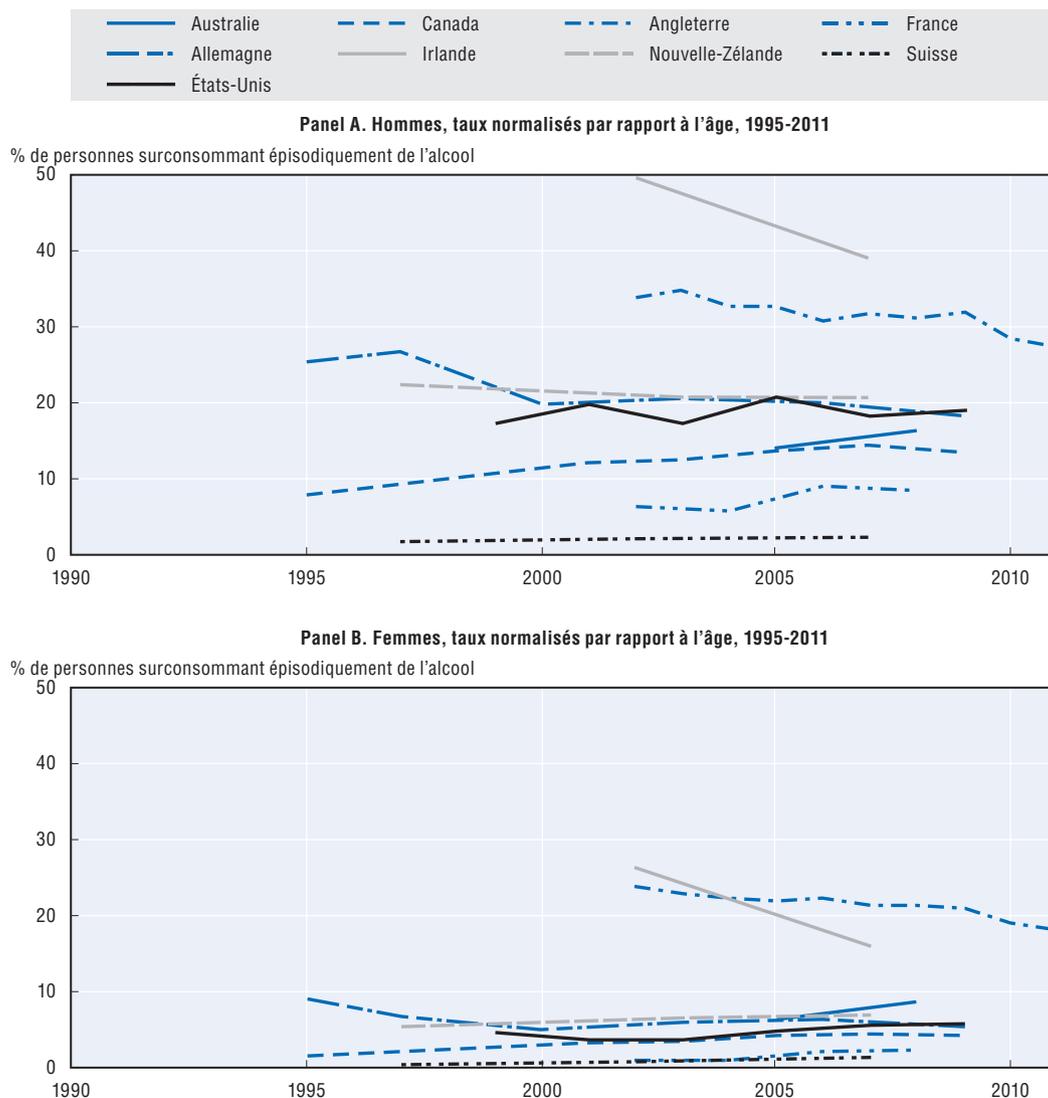
Note : Les personnes n'ayant pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois sont exclues du dénominateur. Consommateurs âgés de 25 ans et plus en Finlande. En Angleterre, les taux estimés de personnes ayant une consommation dangereuse jusqu'en 2002 peuvent ne pas être tout à fait comparables à ceux de 2011 du fait de modifications des méthodes d'enquête.

Source : Estimations OCDE basées sur des enquêtes nationales sur la santé, années les plus récentes (précisions dans le tableau A.1, annexe A), normalisation par rapport à l'âge basée sur la population type de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303448>

d'alcool consommés vont en s'atténuant (OMS, 2011), tout comme les différences entre les habitudes de consommation, notamment en Europe, où la suralcoolisation épisodique n'est plus une spécificité des pays nordiques, et où les comportements s'homogénéisent sur l'ensemble du continent.

Graphique 2.7. **Taux de suralcoolisation épisodique, consommateurs uniquement, population de 15 à 74 ans**



Note : Les personnes n'ayant pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois sont exclues du dénominateur. La suralcoolisation épisodique intervient au moins une fois par semaine. Consommateurs âgés de 25 ans et plus en Finlande.

Source : Estimations OCDE basées sur des enquêtes nationales sur la santé, années les plus récentes (précisions dans le tableau A.1, annexe A), normalisation par rapport à l'âge basée sur la population type de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303452>

Initiation à la boisson et consommation d'alcool chez les jeunes

La situation décrite dans les graphiques 2.6 et 2.7 ne révèle cependant pas tout concernant les tendances de la consommation dangereuse. L'évolution démographique masque souvent des tendances différentes et parfois divergentes dans les sous-groupes

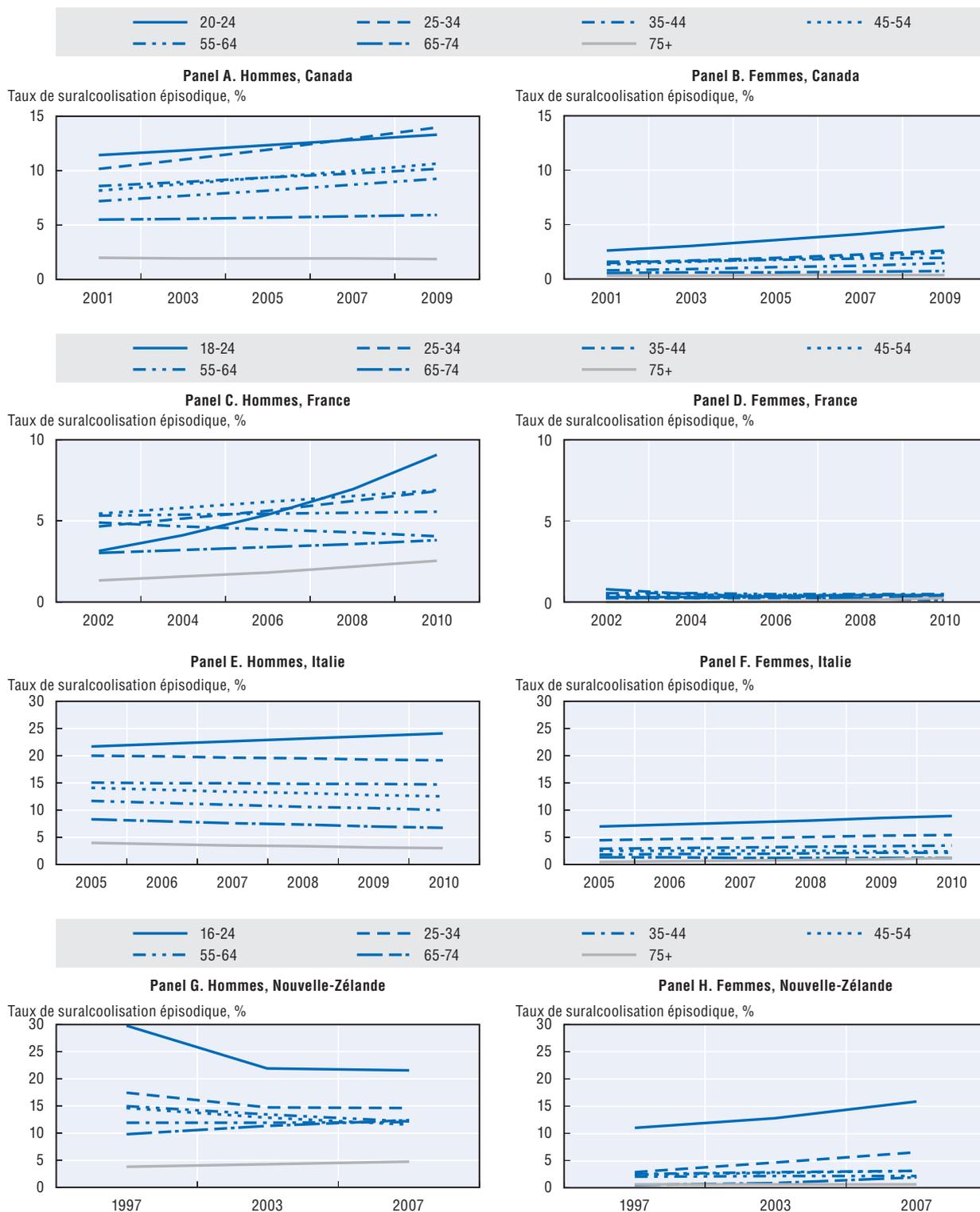
de population. C'est manifestement le cas dans de nombreux pays étudiés lorsque l'on évalue les tendances par groupes d'âge spécifiques. Durant les années 90 et 2000, les groupes les plus jeunes (jusqu'à 35 ans généralement) ont eu tendance à afficher des comportements de plus en plus axés sur une consommation à risque (tant en termes de consommation dangereuse que de suralcoolisation épisodique), tandis que ces mêmes comportements sont restés stables, ou ont diminué, dans les groupes d'âges plus avancés.

La part des personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse a augmenté chez les jeunes adultes en Angleterre (aussi bien chez les hommes que chez les femmes), en Suisse et aux États-Unis (uniquement chez les hommes). En Irlande et en Allemagne, les taux de consommation dangereuse sont restés stables chez les jeunes hommes et les jeunes femmes et ont diminué dans les autres groupes d'âge.

L'âge est un facteur encore plus important dans la suralcoolisation épisodique. Des pourcentages croissants de jeunes adultes étant de plus en plus nombreux à surconsommer de l'alcool chaque semaine. Parmi les huit pays étudiés dans notre analyse, il n'y a qu'en Angleterre et en Irlande que la suralcoolisation épisodique a diminué chez les jeunes. Les taux ont augmenté chez les jeunes femmes en Allemagne, au Canada, en Italie et en Nouvelle-Zélande, ainsi que chez les jeunes hommes en Allemagne, au Canada, en France et en Italie, alors que les taux des groupes d'âges plus avancés ont souvent évolué dans la direction opposée. Aux États-Unis, les données de l'enquête NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) révèlent une nette augmentation de la suralcoolisation épisodique chez les jeunes hommes (jusqu'à 45 ans) et les jeunes femmes (jusqu'à 25 ans), avec des taux stables dans les autres groupes, mais celles de l'enquête NSDUH (National Survey of Drug Use and Health) indiquent une augmentation bien moindre, voire nulle². Le graphique 2.8 présente des exemples de tendances dans différents groupes d'âge dans une sélection de pays. Ses huit panels montrent les tendances de la suralcoolisation épisodique chez les hommes et chez les femmes, respectivement, au Canada, en France, en Italie et en Nouvelle-Zélande.

Dans une étude portant sur des élèves de terminale (pour la plupart âgés de 18 ans) aux États-Unis entre 2005 et 2011, environ un élève sur cinq a déclaré boire épisodiquement avec excès, et un sur dix surconsommer massivement de l'alcool, à raison de dix verres ou plus par occasion. Les garçons blancs étaient les plus susceptibles de s'adonner à cette pratique (Patrick et al., 2013). Dans une autre étude nationale aux États-Unis, sept pour cent des élèves de 16 ans (classes de seconde) ont déclaré avoir été ivres six fois ou plus le mois précédent (Hingson et al., 2013). Le risque de consommation d'alcool, de consommation problématique et de surconsommation épisodique est considérablement accru quand les parents fournissent l'alcool à leurs enfants (Kaynack et al., 2014), et les consommateurs d'alcool ayant commencé jeunes sont susceptibles de consommer de multiples substances (par exemple le tabac et la marijuana) et de le faire à un âge précoce (Patrick et al., 2013 ; Moss et al., 2014). En plus d'exposer les enfants à des risques à long terme pour leur santé, et au risque d'accidents de la circulation et d'autres traumatismes, la consommation d'alcool à un âge précoce a des effets sur la capacité cognitive et les résultats scolaires. Même après un mois d'abstinence, les gros buveurs occasionnels de 16-18 ans obtiennent de moins bons résultats que les abstinents à toute une série de tests cognitifs (Winward et al., 2014).

Graphique 2.8. **Tendances de la suralcoolisation épisodique par groupe d'âge au Canada, en France, en Italie et en Nouvelle-Zélande**



Note : Suralcoolisation épisodique au moins une fois par semaine, sauf en Italie (une fois par an).

Source : Estimations OCDE basées sur des enquêtes nationales sur la santé (informations détaillées dans le tableau A.1, annexe A).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303463>

Il est probable que le prix plus abordable de l'alcool soit l'un des facteurs expliquant les tendances observées chez les jeunes. En Finlande, la hausse de la consommation chez les adolescents est imputable à la plus grande disponibilité de l'alcool et l'augmentation de l'argent dont les jeunes disposent pour leurs activités de loisirs, notamment la consommation d'alcool (Rahkonen et Ahlström, 1989). Les boissons alcoolisées sont devenues plus accessibles financièrement dans de nombreux pays, et cela vaut tout particulièrement pour les jeunes consommateurs (Rabinovich et al., 2009).

Les boissons alcoolisées spécifiquement conçues et commercialisées pour attirer les jeunes consommateurs auraient contribué à faire évoluer les comportements des jeunes vis-à-vis de la consommation d'alcool. Dans les publicités pour l'alcool qui ciblent les jeunes consommateurs, les produits alcooliques ont été associés à divers éléments comme le divertissement, la musique, la séduction, la réussite sociale, la confiance en soi et les sports (de Bruijn et al., 2012).

La consommation dangereuse des jeunes adultes correspond souvent à une forme de socialisation. Boire de l'alcool est souvent considéré comme le moyen le plus courant de s'intégrer dans un groupe de camarades. Pour les jeunes générations qui sont assaillies de sollicitations (par exemple, nombreux points de vente, rabais, nouveaux produits), la consommation excessive d'alcool est devenue une composante normale du vécu de tout jeune adulte (Seaman et Ikegwonu, 2010). Cela peut passer par une consommation excessive de spiritueux dans le but de s'enivrer rapidement, de se détendre et de s'amuser (Pabst et al., 2010). De plus en plus, les jeunes consomment de l'alcool bon marché qu'ils achètent souvent dans les supermarchés avant de se rendre en soirée, ce qui a contribué dans de nombreux pays au recul de la consommation d'alcool à l'extérieur (*on trade*), au profit d'une consommation à domicile (*off trade*) (Hughes et Bellis, 2012).

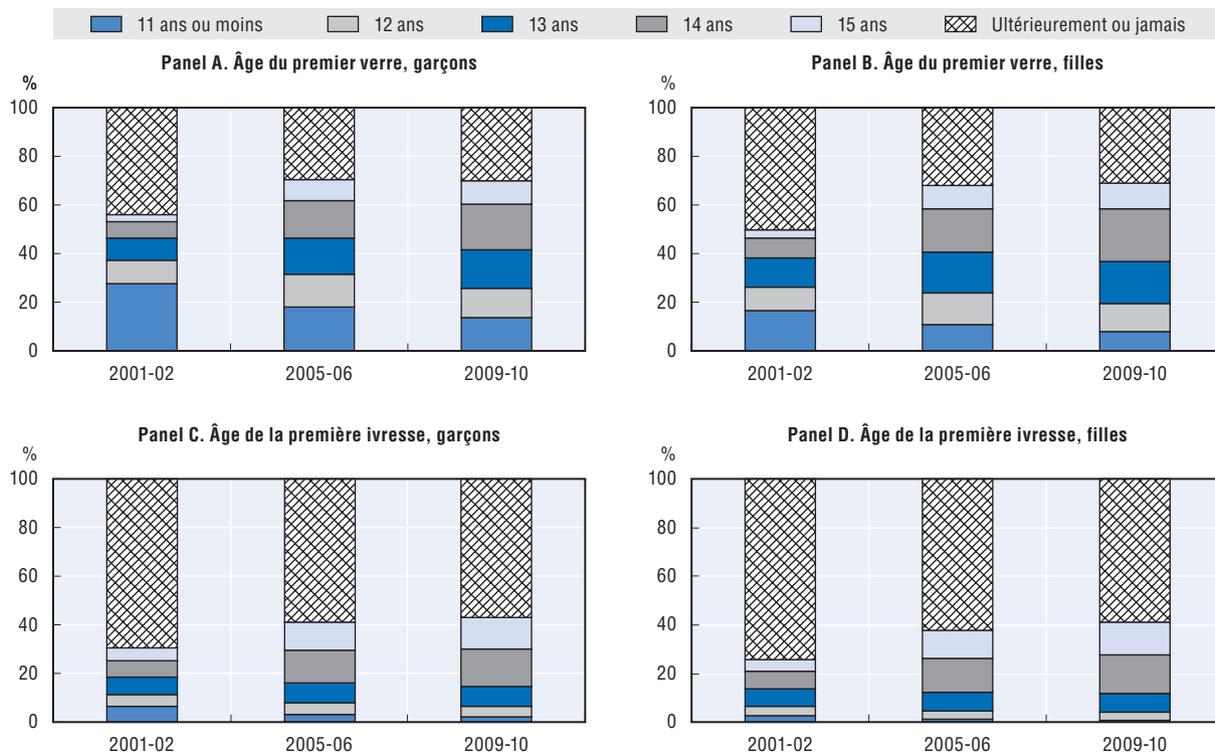
Les tendances observées chez les groupes d'âges plus jeunes sont très préoccupantes sur le plan social et de la santé publique. En effet, la multiplication des comportements à haut risque eu égard à la consommation d'alcool va de pair avec une hausse de la morbidité et de la mortalité due aux accidents et aux traumatismes (première cause de décès chez les adolescents et les jeunes adultes), mais aussi avec une recrudescence des actes de violence et des troubles sociaux, outre un risque accru pour les jeunes consommateurs d'alcool de contracter une maladie chronique. En Australie, le nombre de jeunes femmes de 18 à 24 ans qui ont été admises à l'hôpital en raison d'une surdose d'alcool a doublé entre 1998 et 2006 (Livingston, 2008). Aux États-Unis, les hospitalisations pour surdoses d'alcool ont augmenté de 25 % chez les 18-24 ans entre 1999 et 2008, et dans des proportions encore plus alarmantes (de 76 %) lorsque l'alcool était associé à la prise de drogues (White et al., 2011).

Ces tendances doivent être examinées parallèlement au phénomène d'une initiation de plus en plus précoce à la boisson et à l'ivresse dans de nombreux pays de l'OCDE. Les autodéclarations de jeunes de 15 ans recueillies dans le cadre de l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) nous apprennent que la part des enfants qui n'ont pas encore consommé de l'alcool à cet âge a diminué de 44 % à 30 % (garçons) et de 50 % à 31 % (filles) pendant les années 2000, comme le montre le graphique 2.9. De même, la part des enfants qui ont déjà été ivres à 15 ans a augmenté de 30 % à 43 % (garçons) et de 26 % à 41 % (filles) sur la même période.

L'initiation précoce à la boisson et la consommation à haut risque chez les jeunes sont des pratiques très préoccupantes car elles sont susceptibles de favoriser une consommation problématique d'alcool à l'âge adulte. Par exemple, les consommateurs

précoces ont plus de risques de développer une dépendance à l'alcool à un moment de leur vie et de connaître de multiples épisodes de dépendance de plus longue durée (Hingson et al., 2006).

Graphique 2.9. **Évolution de l'âge du premier verre et de la première ivresse, 2001-10, moyenne dans 20 pays de l'OCDE**



Note : Autodéclarations de jeunes de 15 ans. Interprétation : dans le panel A, 44 % des garçons âgés de 15 ans n'avaient jamais bu d'alcool en 2001-02, contre 30 % en 2009-10.

Source : Enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), 2001-02, 2005-06 et 2009-10. L'analyse inclut tous les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles dans toutes les séries de l'enquête ci-dessus.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303475>

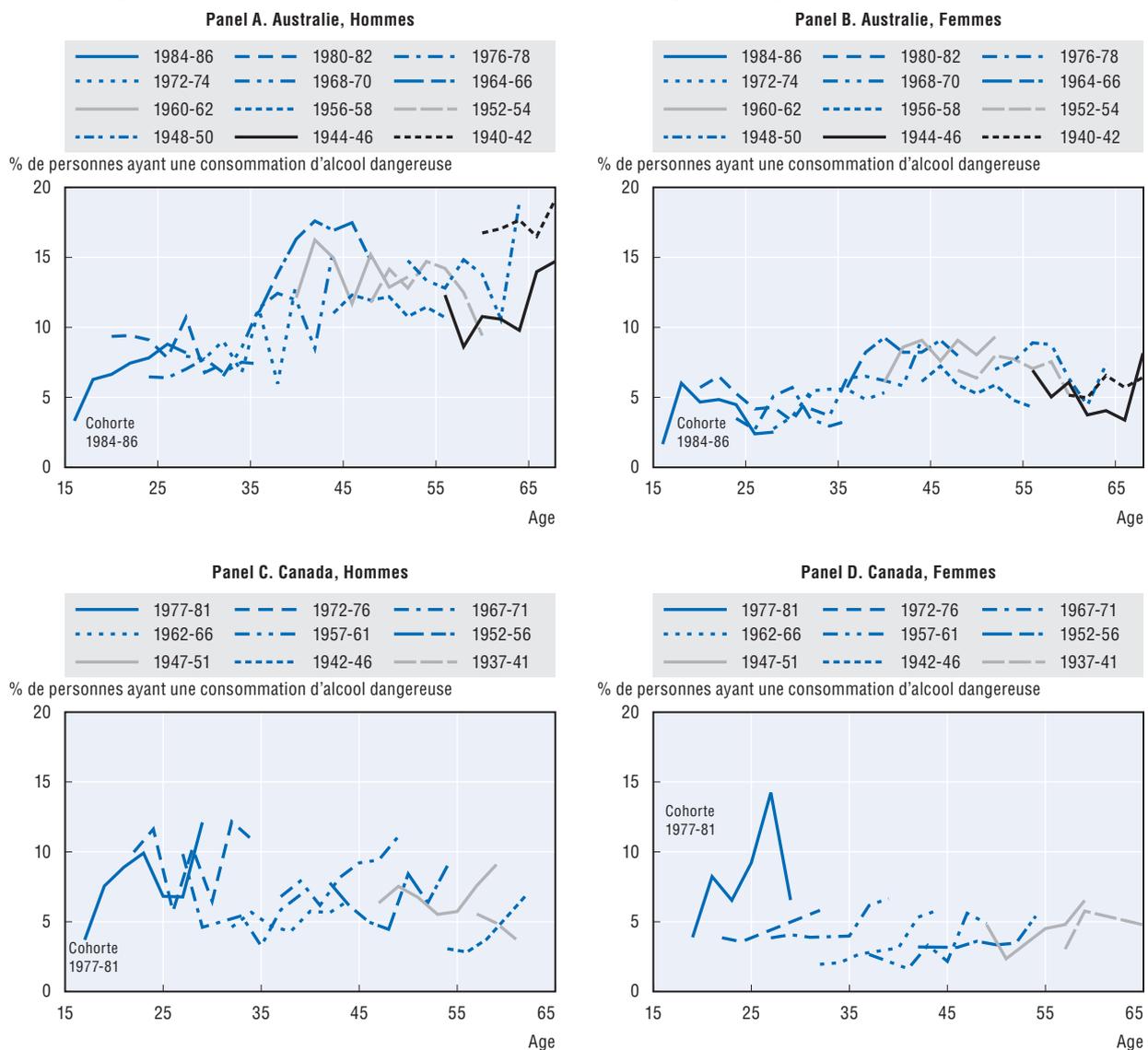
Habitudes de consommation d'alcool par cohorte

Les données longitudinales des enquêtes qui suivent des personnes pendant plusieurs années servent à analyser la manière dont les habitudes de consommation et les comportements liés à l'alcool évoluent avec l'âge. Certaines études ont examiné les effets de l'âge, de la période du suivi et de la cohorte sur les habitudes de consommation. En moyenne, pour l'ensemble des groupes d'âge et de cohorte, la consommation d'alcool a considérablement diminué au cours des 15 dernières années en Allemagne (Pabst et al., 2010). Les effets de cohorte révèlent une réduction du volume d'alcool consommé entre les groupes de cohorte de naissance des années 40 et ceux des années 70, mais une forte augmentation chez les cohortes plus jeunes. En outre, les cohortes nées après 80 consomment plus souvent de l'alcool jusqu'à s'intoxiquer que les cohortes plus âgées. De même, les effets de l'âge, de la période et de la cohorte ont été étudiés à partir de données américaines et finlandaises, faisant apparaître une augmentation de la consommation d'alcool chez les cohortes plus jeunes. La consommation moyenne d'alcool chez les adultes américains âgés de 26 ans et plus a diminué entre 1979 et 2005, alors qu'elle a considérablement augmenté chez les groupes d'âge plus jeunes (18-25 ans) (William et al., 2008). Une étude finlandaise fondée

sur des données couvrant la période 1968-2008 a révélé que la consommation modérée avait progressé dans le temps et que les cohortes d'hommes et de femmes plus jeunes s'adonnaient de plus en plus à une suralcoolisation épisodique (Härkönen et Mäkelä, 2011).

Notre étude des données longitudinales australiennes et canadiennes révèle qu'il existe des effets de cohorte en ce qui concerne la consommation dangereuse d'alcool, du moins au Canada. Le graphique 2.10 permet de suivre les individus d'une même cohorte et montre que la consommation dangereuse augmente avec l'âge et que les cohortes plus jeunes affichent des taux plus élevés de consommation dangereuse, en particulier chez les femmes au Canada. Par exemple, les femmes des cohortes de naissance 1977-81 affichent, aux mêmes âges, des taux plus élevés de consommation dangereuse que les femmes des cohortes de naissance 1972-76 et 1967-71 (panel D). On ne retrouve cependant pas cette tendance dans les données australiennes.

Graphique 2.10. **Habitudes de consommation dangereuse par cohorte de naissance**



Source : Estimations OCDE basées sur les enquêtes HILDA (Australie) et NHPS (Canada).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303480>

Conclusion : convergences et divergences

Les données sur le recul moyen de la consommation d'alcool ces 20 dernières années dans les pays de l'OCDE sont trop générales pour fournir des orientations utiles aux décideurs et aux professionnels de santé, et il se peut en outre que jusqu'à un quart de la consommation d'alcool ne soit pas recensé. De plus, les différences entre les définitions et les méthodes de collecte de données d'un pays à l'autre, y compris pour des études similaires au sein d'un même pays, ne permettent pas comparer facilement les situations. Il est toutefois possible de dégager certaines grandes tendances. Et si les habitudes globales de consommation dans les pays de l'OCDE ont tendance à rester peu ou moyennement dangereuses, la majeure partie de l'alcool est consommée par un nombre d'individus relativement faible, de sorte qu'un chiffre rassurant au niveau national peut cacher des problèmes de grande ampleur.

La situation présentée ici montre l'évolution dans le temps d'un certain nombre de tendances, pas toujours dans la même direction ; ces tendances varient selon des critères géographiques, temporels et socio-économiques. La région Europe de l'OMS affiche, par exemple, la consommation par habitant la plus élevée au monde, mais cette consommation a diminué dans les pays du sud de l'Europe et augmenté dans certains pays de l'Europe septentrionale, centrale et orientale.

Parmi ces tendances, un certain nombre sont préoccupantes. La part de filles et de garçons âgés de moins de 15 ans qui ont déjà consommé de l'alcool augmente, et les filles sont désormais aussi susceptibles que les garçons d'avoir goûté à l'alcool. Le pourcentage d'enfants des deux sexes qui ont déjà été ivres a augmenté pour dépasser les 40 %. Ces phénomènes accentuent une autre tendance préoccupante pour l'avenir : les niveaux de consommation dangereuse d'alcool et de suralcoolisation épisodique chez les jeunes sont à la hausse, en particulier chez les jeunes femmes dans certains pays, alors qu'ils ont diminué ou sont au moins restés stables dans les groupes d'âge plus avancés.

Le chapitre suivant étudiera plus en détail la manière dont le comportement des consommateurs d'alcool varie en fonction du groupe socio-économique auquel ils appartiennent et de leur niveau d'études.

Notes

1. www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.
2. Dans nos analyses de la consommation d'alcool aux États-Unis, nous avons utilisé les données tirées à la fois de l'enquête NHANES et de l'enquête NSDUH. Lorsque nous avons utilisé l'enquête NHANES, c'était principalement parce qu'elle fournissait des données sur les tendances couvrant des périodes plus longues.

Bibliographie

- Boniface, S. et N. Shelton (2013), « How is Alcohol Consumption Affected if We Account for Underreporting? A Hypothetical Scenario », *European Journal of Public Health*, vol. 23, n° 6, pp. 1076-1081.
- Burki, T. (2010), « Changing Drinking Patterns: A Sobering Thought », *The Lancet*, vol. 376.
- Cawley, J. (2000), « Body Weight and Women's Labor Market Outcomes », *Document de travail NBER* n° 7841, National Bureau of Economic Research, Cambridge, États-Unis.
- de Bruijn, A., E. van den Wildenberg, A. van den Broeck (2012), « Commercial Promotion of Drinking in Europe: Key Findings of Independent Monitoring of Alcohol Marketing in Five European Countries », Institut néerlandais pour les politiques en matière d'alcool (STAP), disponible à l'adresse : http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/Ammie_reppor_2012.pdf?PHPSESSID=35ci20qg5dv9k73h8ugq6dho71.

- Devaux, M. et F. Sassi (2015), « Alcohol Consumption and Harmful Drinking: Trends in Social Disparities across OECD Countries », *Document de travail sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.
- Eads, L. (2014), « UK Pub Closures Climb to 31 Per Week », *The Drinks Business*, 12 août 2014, www.thedrinksbusiness.com/2014/08/uk-pub-closures-climb-to-31-per-week/.
- Ely, M. et al. (2001), « Methods of Estimating Individual Levels of Alcohol Consumption in the General Population », *Alcohol Research*, http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/AERC_FinalReport_0009.pdf.
- Furtwaengler, N. et R. de Visser (2013), « Lack of Consensus in Low-risk Drinking Guidelines », *Drug and Alcohol Review*, vol. 32, pp. 11-18.
- GSHS – Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (2004), Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Härkönen, J. et P. Mäkelä (2011), « Age, Period and Cohort Analysis of Light and Binge Drinking in Finland, 1968-2008 », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 46, n° 3, pp. 349-356.
- Hibell, B. et al. (2012), *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries*, Comité suédois pour les problèmes d'alcool et de drogues (CAN), Stockholm.
- Hill-MacManus, D. et al. (2014), « Estimation of Usual Occasion-based Individual Drinking Patterns Using Diary Data », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 134, pp. 136-143.
- Hingson, R.W., T. Heeren et M.R. Winter (2006), « Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 160, pp. 739-746.
- Hingson, R.W. et al. (2013), « Physician Advice to Adolescents about Drinking and Other Health Behaviors », *Pediatrics*, vol. 131, n° 2, pp. 249-257.
- Hughes, K. et M. Bellis (2012), « Drinking Environments », dans P. Anderson, L. Møllers et G. Galea (dir. pub.), *Alcohol in the European Union – Consumption, Harm and Policy Approaches*, OMS, Genève.
- Kaynak, Ö. et al. (2014), « Providing Alcohol for Underage Youth: What Messages Should We Be Sending Parents? », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 75, n° 4, pp. 590-605.
- Lakdawalla, D. et T.J. Philipson (2002), « Technological Change and the Growth of Obesity », *Document de travail NBER n° 8946*, Cambridge, États-Unis.
- Leifman, H, E Österberg et M Ramstedt (2002), « Alcohol in Post-War Europe: A Discussion of Indicators on Consumption and Alcohol-related Harm », *European Comparative Alcohol Study (ECAS)*, Commission européenne, Stockholm.
- Lemmens, P., R.A. Knibbe et F. Tan (1988), « Weekly Recall and Diary Estimates of Alcohol Consumption in a General Population Survey », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 49, pp. 131-135.
- Livingston, M. (2008), « Recent Trends in Risky Alcohol Consumption and Related Harm Among Young People in Victoria, Australia », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 32, n° 3, pp. 266-271.
- Mäkelä, P. et al. (2005), « Drinking and Gender Differences in Drinking in Europe – A Comparison of Drinking Patterns in European Countries », chapitre 2 dans K. Bloomfield et al. (dir. pub.), *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study*, Rapport final de projet, Charité Universitätsmedizin Berlin, janvier.
- Meier, P.S. et al. (2013), « Adjusting for Unrecorded Consumption in Survey and Per Capita Sales Data: Quantification of Impact on Gender- and Age-specific Alcohol-attributable Fractions for Oral and Pharyngeal Cancers in Great Britain », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, n° 2, pp. 241-249.
- Midanik, L. (1982), « The Validity of Self-Reported Alcohol Consumption and Alcohol Problems: A Literature Review », *British Journal of Addiction*, vol. 77, n° 4, pp. 357-382.
- Morgan, K. et al. (2008), « SLÁN 2007: Survey of Lifestyle, Attitudes & Nutrition in Ireland », Rapport principal, Département de la santé et de l'enfance, Dublin.
- Moss, H.B. et al. (2014), « Early Adolescent Patterns of Alcohol, Cigarettes, and Marijuana Polysubstance Use and Young Adult Substance Use Outcomes in a Nationally Representative Sample », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 136, pp. 51-62.
- Murray, R. et al. (2002), « Alcohol Volume, Drinking Pattern, and Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: Is There a U-shaped Function? », *American Journal of Epidemiology*, vol. 155, n° 3, pp. 242-248.
- OCDE (2014), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014*, www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm.

- OMS (2014), « Global Status Report on Alcohol and Health », Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2011), « Global Status Report on Alcohol and Health », Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Pabst, A. et al. (2010), « Age, Period, and Cohort Effects on Time Trends in Alcohol Consumption in the German Adult Population », *SUCHT*, vol. 56, n° 5, pp. 349-359.
- Patrick, M.E. et al. (2013), « Extreme Binge Drinking among 12th-grade Students in the United States: Prevalence and Predictors », *JAMA Pediatrics*, vol. 167, n° 11, pp. 1019-1025.
- Rabinovich, L. et al. (2009), « The Affordability of Alcoholic Beverages in the European Union – Understanding the Link between Alcohol Affordability, Consumption and Harms », Rapport Rand Europe.
- Rahkonen, O. et S. Ahlström (1989), « Trends in Drinking Habits Among Finnish Youth from 1973 to 1987 », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 9, pp. 1075-1083.
- Rehm, J. et al. (2010), « Statistical Modeling of Volume of Alcohol Exposure for Epidemiological Studies of Population Health: The US Example », *Population Health Metrics*, vol. 8, n° 3.
- Rehm, J. et al. (2003), « The Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking », *European Addiction Research*, vol. 9, pp. 147-156.
- Rehm, J. et al. (2002), « Alcohol as a Risk Factor for Burden of Disease », dans M Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers et C.J.L. Murray (dir. pub.), *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Due to Selected Major Risk Factors*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Seaman, P. et T. Ikegwonu (2010), « Drinking to Belong – Understanding Young Adults' Alcohol Use within Social Networks », Rapport de la fondation Joseph Rowntree.
- Shield, K. et J. Rehm (2012), « Difficulties with Telephone-based Surveys on Alcohol Consumption in High-income Countries: The Canadian Example », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 21, n° 1, pp. 17-28.
- Stockwell, T. et al. (2004), « Under-reporting of Alcohol Consumption in Household Surveys: A Comparison of Quantity –Frequency, Graduated-frequency and Recent Recall », *Addiction*, vol. 99, n° 8, pp. 1024-1033.
- Townshend, J.M. et T. Dukat (2002), « Patterns of Alcohol Drinking in a Population of Young Social Drinkers: A Comparison of Questionnaire and Diary Measures », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 37, n° 2, pp. 187-192.
- White, A.M. et al. (2011), « Hospitalizations for Alcohol and Drug Overdoses in Young Adults Ages 18-24 in the United States, 1999-2008: Results from the Nationwide Inpatient Sample », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 72, n° 5, pp. 774-786.
- William, C.K., T.K. Greenfield, J. Bond, Y. Ye et J. Rehm (2008), « Age-period-cohort Modelling of Alcohol Volume and Heavy Drinking Days in the US National Alcohol Surveys: Divergence in Younger and Older Adult Trends », *Addiction*, vol. 104, pp. 27-37.
- Winward, J.L. et al. (2014), « Adolescent Heavy Episodic Drinking: Neurocognitive Functioning During Early Abstinence », *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 20, n° 2, pp. 218-229.

Chapitre 3

Disparités sociales face à la consommation d'alcool

Par
Marion Devaux

Aucune variable ne saurait à elle seule prédire la probabilité qu'un individu adopte à l'avenir tel ou tel comportement vis-à-vis de la consommation d'alcool. Les individus au niveau d'instruction et au statut socio-économique plus élevés sont davantage susceptibles de boire de l'alcool, mais les gradients sociaux diffèrent entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la consommation dangereuse et la suralcoolisation épisodique. Dans de nombreux pays, les profils les plus susceptibles d'avoir une conduite d'alcoolisation à risque sont les hommes moins instruits au statut socio-économique inférieur et les femmes plus instruites au statut socio-économique supérieur. Toutefois, les habitudes de consommation des femmes ont fortement tendance à converger vers celles des hommes. La consommation excessive d'alcool est associée à une probabilité moindre d'occuper un emploi, un absentéisme accru au travail, une productivité et des revenus inférieurs, et un risque accru de provoquer des accidents ou des traumatismes sur le lieu de travail. En revanche, de nombreuses études établissent un lien entre une consommation d'alcool modérée et une meilleure réussite sur le marché du travail, bien que ces conclusions soient contestées par d'autres études en raison d'un éventuel biais de sélection.

Principaux résultats

- Les personnes mieux instruites au statut socio-économique plus élevé sont davantage susceptibles de consommer de l'alcool que les autres.
- Dans la plupart des pays, la consommation à risque est plus répandue chez les femmes plus instruites au statut socio-économique supérieur que chez celles au statut socio-économique moindre, mais l'inverse est vrai chez les hommes.
- S'agissant de la suralcoholisation épisodique, le lien avec l'éducation et le statut social varie selon les pays tant pour les femmes que pour les hommes.
- Les habitudes de consommation d'alcool des jeunes femmes plus instruites au statut socio-économique supérieur convergent vers celles des hommes.
- En général, les personnes appartenant à des groupes ethniques minoritaires consomment moins d'alcool que la majorité de la population, mais il existe d'importantes exceptions dans certains pays.
- L'alcool a des effets nuancés sur la situation professionnelle, les résultats des travailleurs sur le marché du travail variant selon leurs habitudes de consommation et leur âge. Toutefois, les estimations disponibles semblent indiquer que les pertes de productivité liées à l'alcool représentent environ 1 % du PIB dans la plupart des pays.
- L'impact de la suralcoholisation sur la situation professionnelle est toujours négatif, mais il apparaît qu'une consommation modérée d'alcool peut avoir un impact positif, notamment sur les salaires.

Dégager les caractéristiques sociales de la consommation d'alcool

Dans les pays de l'OCDE, la plupart des individus boivent de l'alcool, mais un petit nombre d'entre eux en consomme la majeure partie, comme nous l'avons montré au chapitre 2. On peut en déduire que les comportements à risque sont susceptibles d'être concentrés chez certains groupes de population, ce qui serait une source de préoccupation supplémentaire pour les responsables de l'élaboration des politiques en matière d'alcool. Le présent chapitre examine si la répartition de la consommation à risque obéit à des tendances systématiques dans les pays et entre eux. Nous y recensons les individus les plus susceptibles de se livrer à une consommation à risque et à une suralcoholisation épisodique en fonction de leur sexe, de leur niveau d'instruction, de leur statut socio-économique et de leur origine raciale et ethnique, et nous avons comparé les tendances entre les pays en évaluant les divergences et les points communs.

Nous avons particulièrement veillé à mettre en lumière la relation complexe qui existe entre la consommation d'alcool et le statut socio-économique, en analysant les liens dans les deux sens : le statut socio-économique comme facteur déterminant de la consommation d'alcool, et la consommation d'alcool comme facteur déterminant des résultats obtenus sur le marché du travail en termes d'emploi, de productivité et de salaires, des éléments qui ont à leur tour un impact sur le statut socio-économique.

Les différentes habitudes de consommation d'alcool entre les femmes et les hommes

De nombreuses études internationales constatent que les hommes sont plus souvent des buveurs d'alcool que les femmes et consomment davantage d'alcool. Bloomfield et al. (2006) ont mis en lumière des différences hommes-femmes dans 13 pays européens ainsi qu'au Brésil et au Mexique. Ils ont observé le moins de différences en matière d'habitudes de consommation de l'alcool dans les pays d'Europe du Nord, suivis par les pays d'Europe occidentale et centrale, et les écarts les plus grands dans les pays moins développés. Leurs résultats montrent également que les différences hommes-femmes dans les comportements vis-à-vis de l'alcool sont moins marquées dans les pays où l'égalité des sexes est globalement plus grande. Ces différences sont étroitement liées aux gradients de l'éducation et du statut socio-économique dans les comportements à risque (Bloomfield et al., 2006 ; Gmel et al., 2005 ; Huerta et Borgonovi, 2010 ; Grittner et al., 2013), lesquels sont également analysés dans les sections suivantes.

Cela étant, les différences de comportement entre les femmes et les hommes ont tendance à s'amenuiser à mesure que les habitudes de consommation des femmes convergent vers celles des hommes. Des enquêtes et des entretiens de journalistes auprès de femmes poursuivies pour infractions liées à l'alcool au volant montrent à quel point les attitudes sociales et d'autres facteurs ont évolué au fil des années (Beuret et al., 2014 ; Rock, 2014). Au Royaume-Uni, la première campagne nationale de lutte contre l'alcool au volant, lancée en 1964 au moment de Noël, était destinée aux femmes participant à une fête au travail. Elle partait du principe que ces femmes ne boiraient pas et qu'elles seraient en mesure d'empêcher un homme ayant trop bu de prendre le volant. Que cela ait ou non été le cas il y a 50 ans, le fait est que le taux d'activité accru des femmes et la plus grande égalité professionnelle ont exposé davantage de femmes aux mêmes environnements de travail que les hommes et aux mêmes pressions sociales les invitant à consommer de l'alcool. C'est particulièrement vrai pour les femmes exerçant une profession libérale, lesquelles ont tendance à fonder une famille plus tard dans la vie et à conserver plus longtemps un mode de vie comprenant des sorties entre collègues aussi bien pendant les heures de travail qu'en dehors.

Beuret et al. concluent que l'image stéréotypée des « buveuses » comme étant des jeunes femmes actives qui s'enivrent lors de soirées festives n'est souvent que le pan le plus visible du phénomène. La plus forte proportion des consommatrices à risque se trouve dans le groupe d'âge des 45-64 ans. Les femmes interrogées par Rock le confirment, tout en laissant entendre que si elles boivent davantage que les générations précédentes, du fait notamment que la consommation d'alcool est mieux acceptée socialement, elles le font pour l'essentiel chez elles, encore à l'abri du regard des autres. Ces femmes illustrent aussi un autre phénomène décrit plus en détail au chapitre 2 : l'évolution du type de boissons alcoolisées qui est consommé. En majorité, elles préfèrent le vin aux « boissons britanniques » plus traditionnelles que sont la bière et le gin. Cela s'explique en partie par le fait qu'il est désormais très facile de trouver du vin et d'autres boissons au supermarché, et ce à des prix nettement moins élevés que les décennies précédentes.

Un rapport de la Fondation indienne pour la santé publique (Public Health Foundation of India, PHFI, 2013) comporte la remarque suivante : « Les entreprises du vin ciblent tout particulièrement les citadines. » La PHFI recense d'autres stratégies qui, après avoir déjà été déployées ailleurs, sont désormais expérimentées en Inde, comme les « soirées de filles » où les boissons alcoolisées sont gratuites pour les femmes, ou les boissons

spécialement destinées à leur intention. Dans les pays de l'OCDE, il s'agit par exemple des bières « rosées », tandis qu'en Chine, les femmes sont la clientèle cible de bières fruitées estampillées « Hello Kitty » (Weissmann, 2013), qui se distinguent des produits classiques par leur moindre teneur en alcool et un emballage différent.

Encadré 3.1. L'alcool et la santé des femmes

La consommation d'alcool pendant la grossesse a plusieurs conséquences négatives sur le développement fœtal. Les plus graves sont les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), qui comprennent diverses déficiences physiques, cognitives, comportementales et liées à l'apprentissage. Un examen systématique récent a montré que les mères d'enfants atteints de TSAF avaient des comportements typiques eu égard à leur consommation d'alcool, notamment une prise d'alcool globalement plus importante avant et pendant la grossesse, l'incapacité de réduire leur consommation ou de supprimer l'alcool pendant la grossesse, de fréquents épisodes d'alcoolisation massive, une consommation d'alcool sur un nombre accru de jours de la semaine et une initiation plus précoce à une consommation d'alcool régulière (Esper et al., 2014). Le risque de développer des TSAF augmente avec la durée d'exposition à l'alcool pendant la grossesse : par rapport aux femmes abstinentes, le risque est multiplié par 12 chez les femmes qui ne boivent de l'alcool que pendant le premier trimestre, et jusqu'à 65 chez celles qui boivent durant toute la durée de la grossesse (May et al., 2013).

Boire de l'alcool pendant la grossesse est également l'un des principaux facteurs de risque d'avortement spontané (Feodor Nilsson et al 2014). Des travaux ont montré que ce risque accru était associé à une consommation de quatre verres ou plus par semaine, et au fait de boire uniquement des spiritueux (Avalos et al., 2014). Même l'absorption de petites quantités d'alcool en début de grossesse peut accroître le risque d'avortement spontané (Nybo Andersen et al., 2012), mais pas la consommation d'alcool avant la grossesse (Lassi et al., 2014). La consommation d'alcool chez les femmes enceintes serait également liée à un risque accru à la fois de syndrome de mort subite du nourrisson (MSN) (McDonnell-Naughton et al., 2012 ; Van Nguyen et Abenheim, 2013), et de décès du nourrisson non lié au syndrome MSN (O'Leary et al., 2013).

Il s'est aussi produit une évolution sociale : le vin comme d'autres boissons alcoolisées sont aisément accessibles dans bien des lieux et en des occasions sociales « normales », et ne sont plus réservés à des manifestations ou célébrations spéciales, ni à des lieux de consommation dédiés.

Les disparités sociales de la consommation d'alcool

De nombreuses études ont analysé le lien entre la situation socio-économique et les habitudes de consommation d'alcool. À première vue, il semble possible de n'expliquer la consommation d'alcool qu'en termes purement économiques : les catégories privilégiées ont tendance à boire davantage que les catégories moins aisées car leur pouvoir d'achat le leur permet. De ce point de vue, ce phénomène se différencierait d'autres types de comportement comme le tabagisme, une pratique à la fois coûteuse et plus répandue chez les personnes aux revenus moindres. Cependant, la consommation d'alcool ressemble à d'autres conduites à risque dès lors qu'il s'agit de consommation abusive. Par exemple, on constate l'existence d'une corrélation positive entre le niveau d'instruction et la fréquence de la consommation, mais aussi d'une corrélation négative entre le niveau d'instruction et la consommation excessive d'alcool (Bloomfield et al., 2006 ; Caldwell et al., 2008 ; Casswell et al., 2003).

Une méta-analyse portant sur 33 pays et réalisée dans le cadre du projet GENACIS (Gender, Alcohol and Culture International Study) a conclu que les femmes plus instruites étaient davantage susceptibles de consommer de l'alcool que les femmes au niveau d'études moindre. La même observation a été faite pour les hommes dans la plupart des pays (à l'exception de l'Inde) (Grittner et al., 2012).

Dans plusieurs pays (Allemagne, Finlande, France, Hongrie, République tchèque, Royaume-Uni, Suède, Suisse), on a constaté qu'aussi bien les hommes que les femmes disposant de revenus élevés étaient davantage susceptibles de consommer de l'alcool (Gmel et al., 2005). Des conclusions analogues ont été tirées d'après des données concernant l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie (McKee et al., 2000) : les femmes qui appartiennent à la plus haute tranche de revenus sont davantage susceptibles de consommer de l'alcool que les femmes des tranches de revenus intermédiaires ou inférieures (graphique 3.1).

Des estimations de l'OCDE font apparaître une répartition analogue de la consommation d'alcool : pour les deux sexes, les adultes ayant suivi des études supérieures et possédant un statut socio-économique élevé sont plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois que leurs homologues moins instruits et au statut socio-économique inférieur. Cette situation a été constatée dans tous les pays, bien que le gradient du niveau d'instruction et celui du statut socio-économique ne soient pas significatifs dans certains cas, comme l'illustrent les graphiques A.1 et A.4 à l'annexe 4, lesquels présentent les écarts entre les taux de consommation d'alcool par niveau d'instruction et par statut socio-économique.

« L'indice de concentration » représenté dans le graphique 3.1 est une mesure statistique utilisée pour quantifier le degré d'inégalité dans une variable de santé (en l'occurrence, la consommation de toute boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois) qui est lié à des caractéristiques socio-économiques (ici, instruction ou statut socio-économique). Cet indice est négatif dans presque tous les pays, ce qui indique que les personnes moins instruites au statut socio-économique plus faible sont moins susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. L'ampleur de ces écarts varie selon les pays. Les inégalités liées au niveau d'instruction sont marquées en Suisse chez les hommes et en Slovénie chez les femmes. Celles liées au statut socio-économique sont fortes au Canada, en Allemagne et aux États-Unis, parmi les hommes comme parmi les femmes. Au contraire, quasiment aucune inégalité n'est observée chez les hommes en Corée (par niveau d'instruction) et au Chili (par statut socio-économique). Lorsque la valeur de l'indice est positive (par exemple chez les hommes en République tchèque par statut socio-économique, et chez les femmes en Corée par niveau d'instruction), cela signifie que les personnes situées au bas de l'échelle socio-économique sont plus susceptibles de boire de l'alcool.

Si les personnes ayant un statut socio-économique plus élevé boivent plus souvent que les autres, c'est sans doute en partie parce que l'alcool est associé à un ensemble plus large d'activités et qu'il en fait partie intégrante. De même, le fait que les taux d'abstinence soient généralement plus faibles parmi les groupes ayant un statut socio-économique supérieur semble indiquer que la consommation d'alcool fait davantage partie du mode de vie des personnes plus aisées (Giskes et al., 2011).

Il se peut aussi que les personnes les plus instruites soient plus conscientes des bienfaits potentiels d'une consommation modérée sur la santé, même si certaines études semblent indiquer que les personnes au mode de vie très sain ne retirent aucun avantage supplémentaire d'une consommation modérée d'alcool (Britton et al., 2008).

Graphique 3.1. Disparités sociales de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois



Note : Valeurs normalisées. Le statut socio-économique (SSE) est basé sur la profession au Chili, en Angleterre, en France, en Hongrie, en Italie, au Japon, au Portugal, en Espagne et en Suisse, et sur les revenus du ménage dans les autres pays. L'analyse porte sur les personnes âgées de 25 ans et plus, sauf pour les Républiques tchèque et slovaque ainsi que pour la Slovénie (plus de 16 ans). (*) La valeur de l'indice est statistiquement significative ($p < 0.05$).

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur des enquêtes sanitaires nationales, années de référence les plus récentes (détails au tableau A.1).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303493>

Les disparités sociales de la consommation à risque

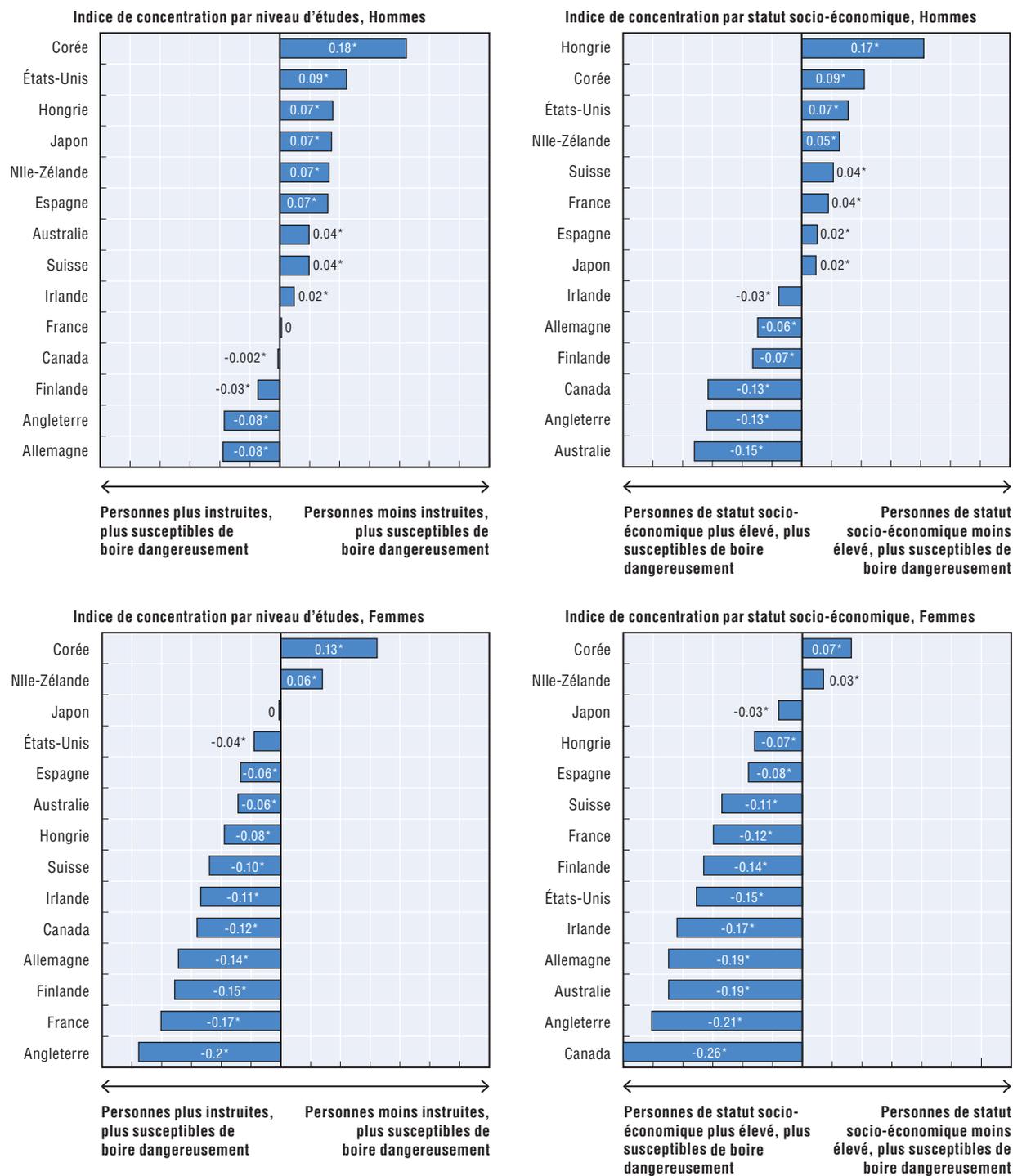
Si, au cours des douze derniers mois, la tendance globale de la consommation d'alcool en général est assez claire, les disparités sociales en ce qui concerne la consommation à risque semblent plus complexes, surtout chez les hommes, comme on peut le constater en comparant simplement les contours du graphique 3.2 et du graphique 3.1. Le graphique 3.2 représente l'indice de concentration de la consommation à risque par niveau d'instruction et par statut socio-économique dans 15 pays de l'OCDE. En complément, les graphiques A.2 et A.5 de l'annexe A présentent les probabilités correspondantes de consommation à risque par niveau d'instruction et par statut socio-économique, et montrent que la proportion de consommateurs à risque varie considérablement selon les pays.

En outre, contrairement à la consommation d'alcool en général, pour laquelle le niveau d'instruction a presque partout le même effet, à savoir l'augmentation de la probabilité, le fait d'avoir un niveau d'instruction plus élevé peut entraîner une augmentation ou une diminution du risque de consommation dangereuse, ou ne pas avoir d'impact net du tout. Autrement dit, la « direction du gradient de l'inégalité » varie selon les pays. Le taux de consommation dangereuse des hommes est nettement plus élevé chez les plus éduqués dans trois pays (Allemagne, Angleterre et Canada) ; dans sept autres pays, ce lien est inversé, mais pas toujours significatif ; dans quatre pays (Australie, Finlande, France et Irlande), il est impossible de déceler une tendance claire (voir le graphique A.2 de l'annexe A). Les hommes au SSE plus élevé sont plus susceptibles de boire dangereusement dans six pays (Allemagne, Angleterre, Australie, Canada, Finlande et Irlande) tandis que le risque est moindre en Corée, aux États-Unis, en Hongrie, au Japon et en Suisse (voir le graphique A.5 de l'annexe A). De ce fait, les taux de consommation à risque chez les hommes sont plus élevés en Allemagne, en Angleterre et au Canada pour les deux variables étudiées ici.

Chez les femmes, la situation est moins floue et plus conforme à ce que les données sur la consommation globale pourraient laisser croire. Dans une grande majorité de pays, les femmes plus instruites jouissant d'un SSE supérieur ne sont pas seulement plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, elles ont aussi plus de chances d'être des consommatrices à risque (Allemagne, Angleterre, Australie, Canada, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Irlande et Suisse).

Pour ce qui est des hommes, le graphique 3.2 montre que l'indice de concentration est supérieur à zéro dans la plupart des pays, ce qui signifie que les hommes les plus instruits et les plus aisés s'exposent à un moindre risque. C'est au Chili, en Corée, aux États-Unis et en Hongrie que les inégalités sont les plus fortes en matière de consommation à risque chez les hommes. À l'inverse, en ce qui concerne les femmes, l'indice de concentration est inférieur à zéro dans la plupart des pays ; autrement dit, ce sont les femmes les plus instruites et les plus aisées qui risquent le plus d'avoir une consommation dangereuse.

Graphique 3.2. **Disparités sociales de la consommation à risque**



Note : Valeurs normalisées. Le statut socio-économique (SSE) est basé sur la profession en Angleterre, en France, en Hongrie, au Japon, en Espagne et en Suisse, et sur le revenu des ménages dans les autres pays. L'analyse porte sur les personnes âgées de 25 ans et plus. (*) La valeur de l'indice est statistiquement significative ($p < 0.05$).

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur des enquêtes sanitaires nationales, années de référence les plus récentes (détails au tableau A.1).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303506>

Les disparités sociales de la suralcoolisation épisodique

En matière de consommation d'alcool, c'est sans doute le phénomène de suralcoolisation épisodique ou d'alcoolisation massive (*binge drinking* en anglais) qui a fait le plus parler de lui ces dernières années. Il se distingue des autres formes d'alcoolisation et même de la consommation à risque en ce que l'intention est de boire des quantités nocives d'alcool. Inventée en Grande-Bretagne, l'expression a été adoptée dans d'autres langues également à mesure que cette pratique s'est répandue dans des pays qui connaissaient mal jusqu'alors ce type de comportement, en France par exemple. Comme l'indiquent Berridge et al. (2007), les pratiques s'apparentant à une suralcoolisation épisodique sont une spécificité de la société britannique au moins depuis que des données ont commencé à être consignées par écrit à ce sujet, et l'alcoolisation massive n'a pas toujours fait l'objet d'une réprobation sociale ou de l'intervention des pouvoirs publics. Il semble qu'un autre élément constant de ce phénomène soit l'attention portée à une catégorie sociale en particulier (les pauvres ou les ouvriers selon les époques), que ce soit justifié ou non. L'intérêt récent pour cette pratique aurait été ranimé par le fait qu'elle touche de plus en plus les jeunes et en particulier les femmes de la classe ouvrière.

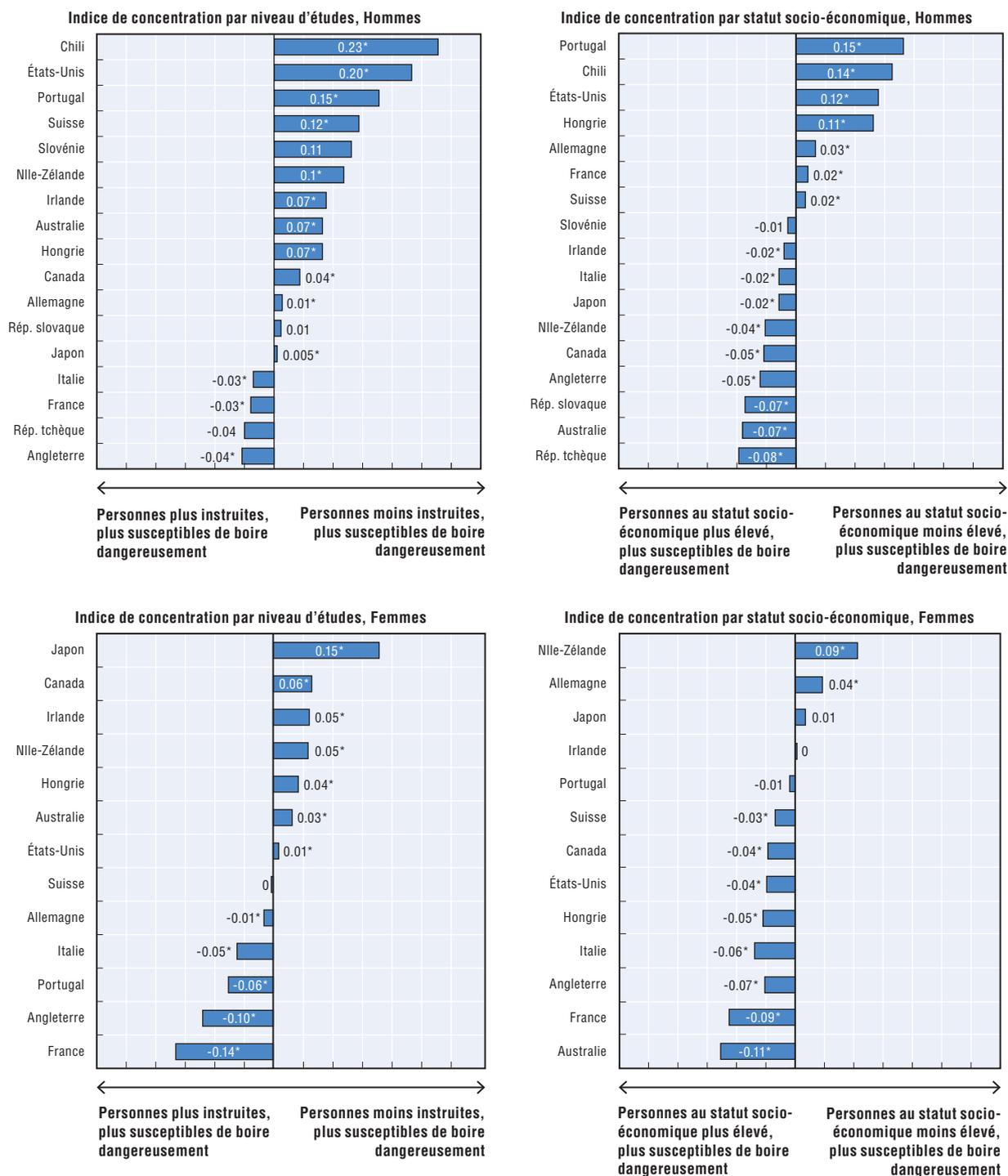
Toutefois, le schéma qui est présenté ici des disparités sociales de la suralcoolisation épisodique est plus complexe. Il est de nouveau nuancé chez les hommes, mais les résultats concernant les femmes sont bien plus complexes que ceux obtenus pour la « consommation globale » et la « consommation à risque ». Le graphique 3.3 présente l'indice de concentration de la suralcoolisation épisodique par niveau d'instruction et par SSE dans 17 pays pour les hommes et 13 pays pour les femmes. En complément, les graphiques A.3 et A.6 qui figurent à l'annexe A présentent les probabilités correspondantes de suralcoolisation épisodique par niveau d'instruction et par SSE.

Les taux de suralcoolisation épisodique varient beaucoup selon les pays : ils sont très faibles au Chili, en France, en Hongrie, au Portugal, en Slovénie et en Suisse, comme le montrent les graphiques A.3 et A.6 figurant de l'annexe A. En République tchèque, en Angleterre et en Italie, les hommes qui ont suivi des études supérieures ont une probabilité plus forte de s'adonner à une suralcoolisation épisodique, alors qu'ils sont moins susceptibles de le faire en Australie, au Chili, en Hongrie, en Irlande, en Nouvelle-Zélande, au Portugal et aux États-Unis. Les catégories aisées sont plus vulnérables en Australie, au Canada et en Angleterre, mais c'est l'inverse au Chili, en Allemagne, en Hongrie, au Portugal et aux États-Unis, quoique dans ces pays les résultats concernant le gradient social ne soient pas toujours pertinents.

De même, chez les femmes, la direction du gradient de l'inégalité n'est pas nette dans tous les pays. Les femmes les plus instruites sont exposées à un risque plus grand en Angleterre, en France, en Italie et au Portugal, mais moindre dans d'autres pays (Australie, Canada, Irlande, Japon et Nouvelle-Zélande ; voir le graphique A.3 de l'annexe A). La tendance pour les inégalités liées au SSE est également contrastée chez les femmes, quoique dans une moindre mesure, puisque seules les Néozélandaises et les Allemandes au faible statut socio-économique sont davantage susceptibles de boire que celles au SSE plus élevé, et inversement en Australie, au Canada et en Angleterre, les autres pays n'affichant pas de différences claires entre les deux groupes (voir le graphique A.6 de l'annexe A).

Le graphique 3.3 présente une comparaison internationale des indices de concentration (IC) de la suralcoolisation épisodique afin d'estimer les inégalités entre pays. Dans la plupart des pays, l'indice de concentration chez les hommes est supérieur à zéro, ce

Graphique 3.3. Disparités sociales de la suralcoolisation épisodique



Note : Valeurs normalisées. Le statut socio-économique (SSE) est basé sur la profession au Chili, en Angleterre, en France, en Hongrie, en Italie, au Japon, au Portugal et en Suisse, et sur les revenus du ménage dans les autres pays. L'analyse porte sur les personnes âgées de 25 ans et plus, sauf pour les Républiques tchèque et slovaque ainsi que pour la Slovénie (plus de 16 ans). Les données relatives aux femmes ne sont pas indiquées pour le Chili, la Slovénie, la République tchèque et la République slovaque en raison d'un nombre insuffisant d'observations. (*) La valeur de l'indice est statistiquement significative ($p < 0.05$).

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur des enquêtes sanitaires nationales, années de référence les plus récentes (détails au tableau A.1).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303519>

qui signifie que les plus instruits d'entre eux sont moins exposés à une suralcoolisation épisodique, quoique cela ne se vérifie pas toujours dans la représentation de l'indice de concentration par statut socio-économique. Ce sont le Chili, le Portugal et les États-Unis qui connaissent le plus fort niveau d'inégalité concernant la suralcoolisation épisodique masculine. De même, chez les femmes, aucune tendance claire ne se dégage des inégalités liées au niveau d'instruction et au statut socio-économique. Le Japon (IC par niveau d'instruction) et la Nouvelle-Zélande (IC par SSE) enregistrent les niveaux les plus élevés d'inégalités en matière de suralcoolisation épisodique féminine (le phénomène étant plus concentré chez les femmes moins instruites et plus défavorisées) tandis qu'à l'autre extrémité du spectre, en France (IC par niveau d'instruction) et en Australie (IC par SSE), la suralcoolisation épisodique est davantage concentrée chez les femmes les plus instruites et les plus privilégiées.

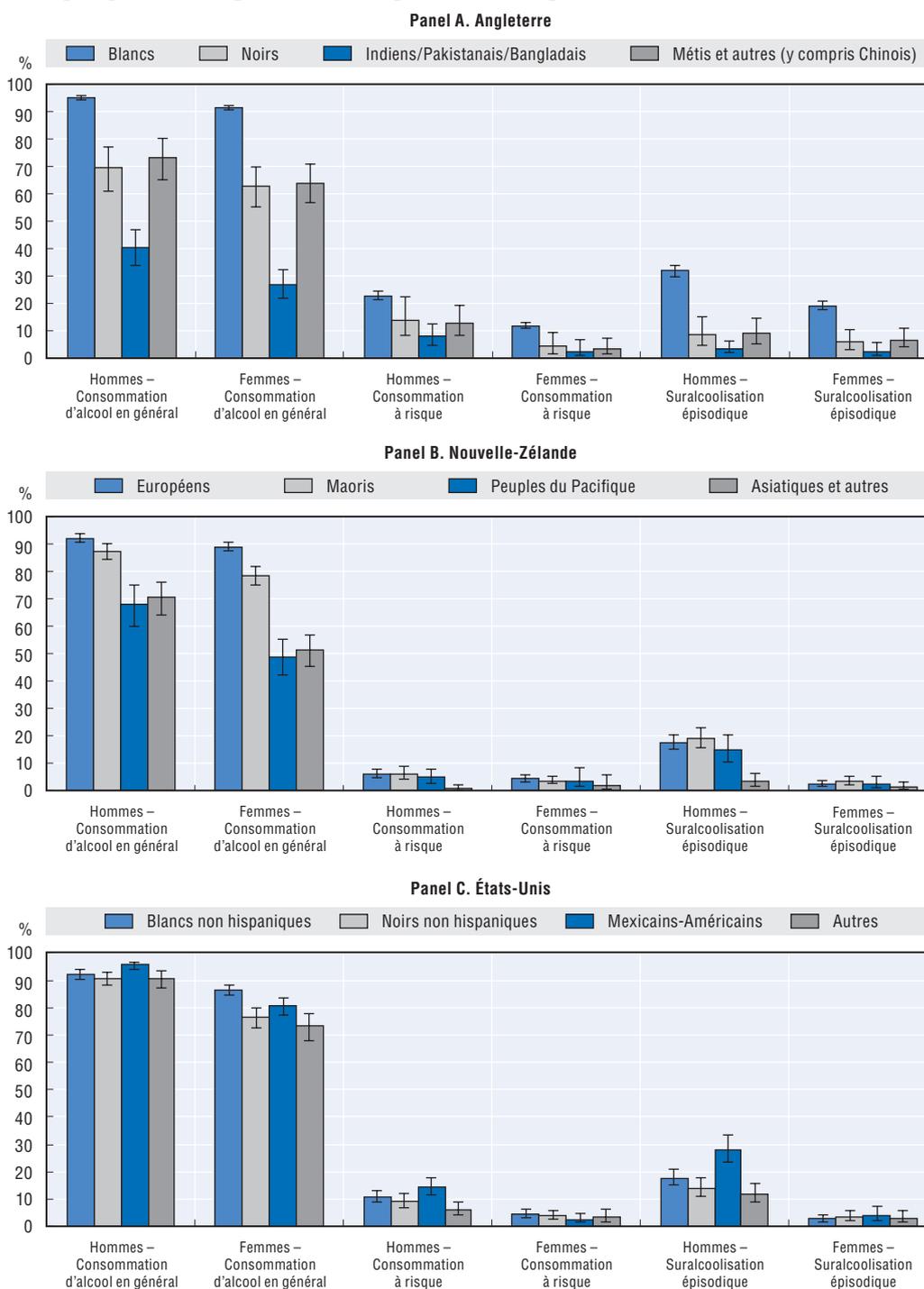
Disparités ethniques de la consommation d'alcool

La culture exerce une forte influence sur de nombreux aspects de la consommation d'alcool. Dans les pays de tradition viticole où le vin a toute sa place à table, par exemple, l'initiation à la consommation d'alcool se fait parfois dès l'enfance, lors de réunions de famille où la consommation d'alcool n'est que l'accompagnement d'autres activités, le repas notamment. En revanche, si un adolescent d'Europe du Nord goûte pour la première fois une boisson alcoolisée chez lui, c'est sans doute en cachette ; son initiation peut avoir lieu au sein d'un groupe d'amis dans un bar ou un pub, ou encore en achetant de l'alcool dans un magasin, auxquels cas la consommation d'alcool est une fin en soi. On peut raisonnablement penser que les personnes dont l'identité ethnique est associée à de solides racines culturelles ou religieuses auront un comportement vis-à-vis de l'alcool qui sera influencé par leurs origines. Il se peut même que la culture associée à cette origine ethnique soit le principal facteur expliquant le comportement d'une personne à l'égard de l'alcool, plus encore que son statut social, son âge ou son niveau d'études, par exemple.

La relation entre l'appartenance ethnique et la consommation d'alcool a été analysée, toutes choses étant égales par ailleurs, en Angleterre, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. Les résultats montrent que les groupes minoritaires consomment généralement moins d'alcool que la population blanche, sauf aux États-Unis où la prévalence de la consommation d'alcool en général est plus élevée chez les hommes mexicains-américains que chez les hommes blancs non hispaniques. Quant aux formes nocives de consommation, les résultats montrent qu'en Angleterre, les femmes et les hommes blancs sont plus susceptibles de boire dangereusement ou massivement (graphique 3.4), tandis que les conclusions concernant d'autres pays sont rarement significatives sur le plan statistique.

Cependant, même si l'identité ethnique ne change pas, son influence sur les générations suivantes peut évoluer au fil du temps, les cohortes plus jeunes adoptant des conduites différentes de leurs aînés, notamment si ces derniers étaient des immigrés. Une étude conduite pour la Fondation Joseph Rowntree a montré par exemple qu'au Royaume-Uni, la consommation fréquente et excessive d'alcool a augmenté chez les femmes indiennes et les hommes chinois, et que si la consommation d'alcool en général a augmenté chez les filles sikhs, les hommes sikhs de deuxième génération boivent moins que ceux de la génération précédente (Hurcombe et al., 2010).

Graphique 3.4. **Disparités ethniques des comportements vis-à-vis de l'alcool**



Note : Population âgée de 25 ans et plus.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur des enquêtes nationales, années disponibles les plus récentes (informations détaillées dans le tableau A.1 de l'annexe A).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303521>

L'alcool et la situation professionnelle : un lien complexe

Les slogans des mouvements de tempérance sous l'ère victorienne tels que « La boisson est le fléau des classes laborieuses » (qu'Oscar Wilde a inversé pour produire le célèbre « Le travail est le fléau des classes buveuses ») prônent l'idée que la consommation d'alcool est dangereuse pour les travailleurs eux-mêmes et, de ce fait, nuit à leur capacité à travailler. Au début de la révolution industrielle, les politiques de lutte contre l'alcool ne visaient pas à éradiquer sa consommation, mais consistaient à essayer de la limiter, par exemple en réduisant les horaires d'ouverture des débits de boisson autorisés pendant les heures de travail ou le soir, quand les ouvriers auraient dû se trouver chez eux pour récupérer en vue de la journée de travail du lendemain. L'argument selon lequel l'alcool exerce une influence néfaste sur le lieu de travail recevrait encore aujourd'hui un large soutien. Mais s'il est incontestable qu'un lien existe entre la prise d'alcool d'une part et l'emploi et les résultats professionnels d'autre part, l'influence n'est pas toujours négative, et elle varie en fonction des niveaux de consommation d'alcool, comme le montrent les données sur cette corrélation tirées des travaux de recherche examinés dans cette section.

Certaines de ces études sont fondées sur des méthodes statistiques qui permettent d'évaluer la nature causale des liens observés entre la consommation d'alcool et les résultats sur le marché du travail. D'autres recherches explorent simplement les corrélations statistiques sans chercher à déterminer si l'alcool est la cause principale ou une cause significative du résultat observé. Les méthodes adoptées pour chaque étude ne seront pas décrites ni examinées en détail ici, mais on peut affirmer sans risque que les principaux constats qui seront exposés sont tous étayés par au moins une analyse sérieuse du point de vue économétrique qui confirme le caractère causal des liens considérés.

Alcool et emploi

L'impact de la consommation d'alcool sur l'emploi, ainsi que sur d'autres résultats professionnels examinés ci-après, dépend de la quantité consommée et des habitudes de consommation et, dans certains cas, peut aussi être influencé par des facteurs spécifiques au pays dans lequel les données ont été recueillies. En Suède, on a constaté que les personnes qui consommaient peu d'alcool sur le long terme avaient de meilleures possibilités d'emploi que toutes les autres catégories, y compris les anciens buveurs, les anciens abstinents, ainsi que les grands buveurs et les abstinents de longue date (Jarl et Gerdtam, 2012). D'autres études portant sur différents pays ont permis de constater qu'une forte consommation d'alcool réduisait la probabilité d'occuper un emploi tant pour les hommes que pour les femmes (Booth et Feng, 2002 pour le Sud des États-Unis ; MacDonald et Shields, 2001 pour l'Angleterre ; Johansson et al., 2008 pour l'Union européenne), bien qu'un certain nombre d'autres études n'aient pas permis de conclure à un lien significatif entre l'abus d'alcool et l'emploi (Feng et al., 2001, là encore pour le Sud des États-Unis ; Asgeirsdottir et McGeary, 2009 pour l'Islande).

Les effets de la consommation excessive d'alcool sur l'emploi semblent varier tout au long de la vie. Certaines études fournissent des données surprenantes qui semblent prouver que les personnes dépendantes âgées de plus de 60 ans ont plus de chances d'exercer un emploi que les personnes de la même classe d'âge qui ne sont pas dépendantes (Mullahy et Sindelar, 1993), sans pour autant proposer une raison pouvant expliquer cet état de fait. S'agissant des catégories d'âge plus jeunes, ce lien correspond davantage à ce que l'on est en droit d'imaginer par intuition, la dépendance à l'alcool nuisant aux perspectives d'un individu sur le marché du travail (Johansson et al., 2008).

La relation entre la surconsommation problématique d'alcool et l'emploi est complexe. La consommation d'alcool peut être un moyen d'affronter le stress, qu'il découle de préoccupations financières ou autres liées au chômage, ou qu'il soit lié à certaines catégories d'emplois ou aux conditions de travail. On a constaté qu'une augmentation du chômage était associée à une hausse des taux de suicide chez les personnes âgées de moins de 65 ans, et à un accroissement de la mortalité liée à l'alcool (Stuckler et al., 2009). Un lien a été établi entre les conditions de travail, comme de longues journées de travail et la précarité de l'emploi, et une plus grande probabilité de consommation d'alcool à risque (Marchand et al., 2011). Certains types de professions peuvent être plus touchés que d'autres par le problème de la consommation problématique d'alcool. Par exemple, en Angleterre et au pays de Galles, on a observé une plus forte mortalité liée à l'alcool chez les travailleurs du secteur des boissons alcoolisées dans son ensemble, notamment les gérants de bar et leur personnel (Romeri et al., 2007).

L'abus d'alcool au début de l'âge adulte semble avoir un impact à long terme sur la vie des personnes concernées, nuisant à leurs possibilités d'emploi. Une étude réalisée aux États-Unis a montré que les personnes qui consommaient régulièrement de l'alcool au début de l'âge adulte (entre 18 et 30 ans) jouissaient 15 ans plus tard d'un moins grand « prestige professionnel »¹ que les buveurs occasionnels. Ce constat était particulièrement net chez les Afro-Américains, pour qui la consommation d'alcool, même modérée, au début de l'âge adulte avait un impact négatif sur leur prestige professionnel à l'âge de 45 ans, et une consommation plus importante avait également un impact sur leur probabilité d'occuper un emploi (Sloan et al., 2009).

Alcool et salaire

D'après un certain nombre d'études, il semble bien qu'un lien positif existe entre la consommation modérée d'alcool et les salaires. Les arguments avancés à l'appui de cette affirmation sont fondés sur des critères sanitaires et sociaux. La raison principale tient au fait que les consommateurs modérés sont en meilleure santé et ont de meilleurs résultats professionnels que les grands buveurs et les abstinents, ce qui a une incidence sur leurs perspectives de carrière et sur leur salaire (Hamilton et Hamilton, 1997 ; Barrett, 2002 ; Peters, 2004 ; Lee, 2003 ; MacDonald et Shields, 2001). En outre, dans une économie où les aptitudes relationnelles telles que la constitution de réseaux, la coopération avec les membres d'une équipe et d'autres compétences sociales sont importantes, le fait que les buveurs modérés passent davantage de temps à socialiser avec leurs collègues pendant les heures de travail et en dehors, et qu'ils sont par là même susceptibles d'accumuler davantage de contacts professionnels et d'accéder à plus d'informations concernant les perspectives d'emploi ou d'autres facteurs liés au travail, a un effet positif sur leurs salaires, notamment parce que leurs chances d'être promus ou de trouver un meilleur emploi s'en trouvent améliorées. Ils font également état d'un meilleur niveau de satisfaction dans la vie que les abstinents. Un effet positif de la consommation modérée d'alcool sur les salaires a également été mis en évidence en Allemagne, effet qui s'amplifie et devient plus significatif avec l'âge, à partir de 35 ans (Ziebarth et Grabka, 2009).

Cependant, Lye et Hirschberg (2010) ont analysé des données concernant les effets de la consommation d'alcool sur le marché du travail et ont constaté que certaines études plus anciennes selon lesquelles la consommation d'alcool stimule les salaires, comme celles qui sont citées ci-dessus, pourraient être biaisées à plusieurs titres. Il se peut qu'elles omettent des variables pertinentes telles que les traits de caractère, et que l'échantillon

des travailleurs interrogés soit biaisé par un certain nombre de facteurs, notamment le taux d'activité moindre des grands buveurs et des consommateurs abusifs, ou le fait de classer les anciens grands buveurs (dont la santé a parfois déjà souffert) dans la catégorie des abstinentes. Il se peut aussi que certains buveurs dissimulent leurs problèmes professionnels liés à l'alcool, ou qu'il se produise une « causalité inversée », c'est-à-dire qu'une consommation modérée d'alcool soit le résultat de gains supérieurs, et non un facteur explicatif (par exemple si les revenus plus élevés sont également synonymes de meilleures conditions de travail ou d'un moindre stress en dehors du travail).

Au contraire, de nombreux travaux de recherche constatent que la consommation excessive d'alcool est liée à des revenus plus bas (Mullahy et Sindelar, 1991 ; 1993). Les effets peuvent être directs, par exemple dans les professions les plus pénibles sur le plan physique où la rémunération dépend de la productivité, ou indirects, par exemple la réduction du « capital humain » en raison de la dégradation des possibilités et des résultats de l'enseignement et de la formation (Williams et al., 2003). La surconsommation d'alcool porte différemment préjudice aux personnes en fonction de leur sexe et des traits de leur personnalité associés à une propension à boire à outrance (Jones et Richmond, 2006). Une étude de Renna (2007) montre que c'est l'alcoolisme² et non l'abus d'alcool qui est lié à des revenus moindres, et ce en raison d'une diminution du nombre d'heures travaillées plutôt que d'un taux de rémunération plus faible.

Certaines recherches ont examiné les différences hommes-femmes dans la relation entre la consommation d'alcool et les salaires, et elles ont montré que ce lien était plus fort chez les hommes et plus faible, voire inexistant, chez les femmes (Soydemir et Bastida, 2006 ; Van Ours, 2004). On a considéré que ces conclusions traduisaient des différences au niveau de la propension à prendre des risques, en tant que déterminant commun à la fois du comportement vis-à-vis de l'alcool et de la réussite professionnelle. Selon cet argument, les individus les plus réticents à prendre des risques sont plus susceptibles d'être attirés par des professions moins rémunérées mais plus stables (Bonin et al., 2007), et une grande quantité de données expérimentales montrent que les femmes sont moins enclines à prendre des risques que les hommes (Bertrand, 2010).

Alcool et productivité du travail

Absentéisme

L'abus d'alcool a des conséquences aiguës et chroniques sur la santé comme la gueule de bois, les lésions accidentelles et les maladies psychiatriques et somatiques, qui sont toutes susceptibles d'augmenter les absences de courte et longue durée pour cause de maladie. Dans de nombreux pays, il semble qu'il existe un lien entre la consommation d'alcool à haut risque et les absences pour maladie chez les hommes, mais pas chez les femmes (Rochet et al., 2008 ; Norström et Moan, 2009 ; Norström, 2006 ; Johansson et al., 2008). Par exemple, Roche et al. ont constaté qu'en Australie, les consommateurs à haut risque ont jusqu'à 22 fois plus de chances de s'absenter de leur travail à cause de l'alcool que les consommateurs à faible risque. Toutefois, Roche et al. soulignent également que le problème de l'absentéisme lié à l'alcool ne concerne pas qu'une poignée de grands buveurs chroniques. Un nombre bien plus important de travailleurs qui boivent moins souvent des quantités dangereuses restent davantage susceptibles que les consommateurs à faible risque de s'absenter du travail pour cause de maladie ou de blessure (et pas seulement en raison d'une gueule de bois ou d'autres affections directement liées à l'alcool).

La relation entre la consommation d'alcool et les absences pour maladie n'est pas linéaire, mais prend plutôt la forme d'un U : autrement dit, les taux d'absentéisme n'augmentent pas simplement en parallèle de la quantité d'alcool consommée, et la courbe change de direction à un point donné. En Finlande, par exemple, le nombre d'absences certifiées par un médecin est plus élevé de 20 % chez les anciens buveurs et les grands buveurs par rapport aux petits buveurs, mais il est également supérieur de 20 % chez les abstinents de toujours (Vahtera et al., 2002). D'autres travaux de recherche (Salonsalmi et al., 2012) apportent des preuves supplémentaires du lien en forme de U entre la consommation d'alcool et les absences pour maladie. En utilisant des données suédoises sur les femmes, Jarl et Gerdtham (2012) ont montré que la faible consommation d'alcool à long terme réduisait la probabilité des absences de longue durée, mais que le risque d'absentéisme augmentait d'environ 10 % chez les abstinents de longue date et chez les grands buveurs. Ils ont également constaté que les changements de comportement vis-à-vis de l'alcool (c'est-à-dire les anciens buveurs et les anciens abstinents) étaient liés aux plus fortes hausses du risque d'absentéisme à long terme. Ils n'expliquent pas ce phénomène, mais il se peut qu'un tel changement soit lié à un événement relativement traumatique qui, en lui-même, aurait également des répercussions sur l'absentéisme.

Une corrélation plus marquée entre la quantité d'alcool consommée et les absences pour cause de maladie a été constatée chez les hommes peu instruits (Johansson et al., 2008). Une autre étude indique que lorsqu'un travailleur souffrant d'un problème de consommation abusive d'alcool se sent soutenu par ses collègues, il est moins susceptible de s'absenter du travail (Bacharach et al., 2010). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. En effet, si ses collègues le couvrent, il pensera alors peut-être que le risque de se faire licencier pour absentéisme excessif ou congé imprévu est supérieur à celui de se faire licencier pour état d'ivresse au travail. Le consommateur abusif d'alcool peut aussi faire preuve d'un sens du devoir à l'égard des collègues qui le soutiennent, car ces derniers auraient à effectuer des tâches supplémentaires s'il ne se présentait pas à son travail.

Présentéisme

Malgré cela, lorsqu'ils sont au travail, les consommateurs abusifs ne sont pas toujours aussi productifs que leurs collègues. On parle parfois de « présentéisme », c'est-à-dire qu'ils sont présents mais qu'en termes de productivité, c'est comme s'ils étaient absents. Certaines recherches prétendent que la principale cause de la perte de productivité liée à l'alcool ne tient pas aux jours d'absence, mais à la moindre productivité au travail (Single et al., 2003). Le présentéisme est beaucoup plus difficile à évaluer que l'absentéisme, et il n'existe aucun consensus quant à la manière dont il convient de le mesurer. Les estimations sont le plus souvent fondées sur les coûts liés à la baisse de productivité, à l'augmentation du nombre d'erreurs et à la non-réalisation des objectifs de production (Schultz et al., 2009). L'abus d'alcool est une cause de présentéisme. Parmi les conséquences indésirables de la consommation excessive d'alcool, on peut citer l'incapacité de se concentrer sur son travail, la détérioration des performances professionnelles et des relations avec les collègues, les risques accrus de sécurité et la baisse globale de la production. Ces effets peuvent eux-mêmes être à l'origine de différends, de plaintes, d'une perte de temps de travail et d'une baisse de productivité (BIT, 2012).

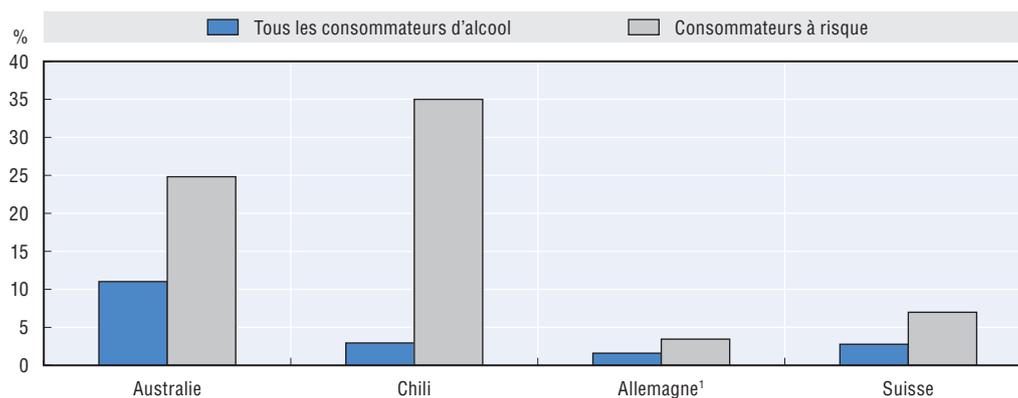
Retraite anticipée

En plus d'accroître le risque d'absence pour cause de maladie, l'abus d'alcool peut être un motif de retraite anticipée pour incapacité, impliquant le paiement de prestations d'invalidité, chez les travailleurs d'âge moyen (Upmark et al., 1999). On a constaté que la consommation excessive d'alcool augmentait le risque de devenir bénéficiaire d'une pension d'invalidité en Finlande, en Norvège et en Suède (Salonsalmi et al., 2012 ; Skogen et al., 2012 ; Sidorchuk et al., 2012), bien que l'on ait pu également établir un lien entre l'abstinence et la perception d'une pension d'invalidité (Upmark et al., 1999 ; Skogen et al., 2011 ; Salonsalmi et al., 2012).

Accidents du travail et blessures au travail

Il a été indiqué que 20 % à 25 % des accidents du travail étaient liés à l'alcool (Henderson et al., 1996). Ces taux sont peut-être sous-estimés, car les responsables peuvent dissimuler le rôle de l'alcool dans l'accident qu'ils ont provoqué si, comme c'est souvent le cas, cela a un effet sur les dédommagements et les sanctions possibles. Même ainsi, le graphique 3.5 ci-dessous montre encore une très forte probabilité de préjudice pour le consommateur d'alcool lui-même ou pour une autre personne dans deux des quatre pays étudiés, cette probabilité dépassant 35 % et 25 % pour les individus ayant une consommation d'alcool dangereuse au Chili et en Australie respectivement. Cependant, même en Allemagne et en Suisse, les consommateurs à risque sont au moins deux fois plus susceptibles que les consommateurs moyens de se blesser ou de blesser d'autres personnes.

Graphique 3.5. **Probabilité de se blesser ou de blesser quelqu'un à cause de la boisson**



1. Seules les dommages aux tiers sont comptabilisés.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur des enquêtes nationales (détails présentés au tableau A.1), dernières années de référence. Pour l'Australie : Household, Income and Labour Dynamics in Australia 2012.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303537>

Valeur de la perte de productivité

Un examen de 22 études réalisées dans différents pays a mis en évidence l'important fardeau économique que fait peser l'alcool sur la société (Thavorncharoensap et al., 2009). Au Royaume-Uni, près de 11 millions de journées de travail ont été perdues par les travailleurs dépendants à l'alcool en 2001, et le coût total de l'absentéisme lié à l'alcool a été estimé à 1.2 milliard GBP (Bureau du Cabinet du Royaume-Uni, 2003). Dans l'Union européenne, l'alcool a représenté en 2002 une perte de productivité estimée à 59 milliards EUR à cause de l'absentéisme, du chômage et des années de travail perdues par suite de décès prématurés (Anderson et Baumberg, 2006). Il est apparu que les pertes de productivité constituaient

une part importante des coûts liés à l'alcool en Écosse, en France et au Canada (Rehm et al., 2009). En Irlande, la valeur du manque à produire dû aux absences au travail liées à l'alcool a atteint 330 millions EUR en 2007 (soit 9 % du coût total des absences au travail) et le coût des accidents du travail liés à l'alcool a été de 197 millions EUR (soit 5 % du coût total des accidents du travail). Le coût total de l'alcool (3.7 milliards EUR) a représenté 1.9 % du PIB en Irlande en 2007 (Byrne, 2010).

Aux États-Unis, il est apparu que les pertes en termes de revenus du travail représentaient la plus grande partie des coûts économiques associés à l'abus d'alcool (Harwood, 2000). En 2006, la perte de productivité a représenté 72,2 % du coût économique total de la consommation excessive d'alcool. L'essentiel de la perte de productivité, en valeur, était imputable à la baisse de productivité au travail (46 %) et à la mortalité prématurée (40 %), la part de l'absentéisme étant de 2.6 % de la valeur totale (Boucherry et al., 2011). En Australie, selon les données recueillies lors de l'enquête National Drug Strategy Household Survey de 2001, le coût de l'absentéisme lié à l'alcool a été estimé à 437 millions USD, soit 36 % du coût de l'absentéisme total (Pidd et al., 2006).

Les différents gradients de la consommation d'alcool et des préjudices liés à l'alcool

Comme indiqué au premier chapitre, la consommation d'alcool est influencée par des normes culturelles qui sont relativement claires. Dans les sociétés où la consommation d'alcool est réprouvée ou interdite par la religion dominante, par exemple, la consommation par habitant est moindre. Toutefois, comme le montrent les sections précédentes de ce chapitre, l'impact des normes sociales sur la consommation d'alcool est plus complexe que celui des normes culturelles, et les comportements vis-à-vis de l'alcool n'obéissent pas aux mêmes caractéristiques que ceux qui sont liés à d'autres habitudes de vie néfastes ou potentiellement néfastes, comme le tabagisme ou l'absence d'exercice physique.

Toutes les combinaisons de variables étudiées dans le présent rapport font apparaître des disparités, qu'il s'agisse de critères sociaux tels que le niveau d'instruction, le sexe et le statut socio-économique, des habitudes de consommation de l'alcool, ou encore de l'emplacement géographique. Dans certains cas et dans certains lieux, ce sont les catégories les plus favorisées et les plus instruites qui sont les plus susceptibles de consommer de l'alcool, mais l'inverse peut être vrai ailleurs. Ainsi, les femmes plus instruites au statut socio-économique élevé seraient davantage susceptibles de boire, y compris d'avoir une consommation dangereuse d'alcool, tandis que chez les hommes les taux d'alcoolisation à risque varient considérablement en fonction de ces mêmes critères d'un pays à l'autre.

Les femmes ayant un niveau d'instruction plus élevé qui finissent par occuper un emploi mieux rémunéré et assorti de plus grandes responsabilités sont susceptibles de tomber dans l'excès d'alcool parce qu'elles sont exposées à davantage de stress et qu'elles ont plus d'occasions de socialiser et de sortir avec leurs collègues. De surcroît, ces sorties se déroulant généralement dans un environnement professionnel masculin, les femmes se trouvent dans une situation où les limites de consommation d'alcool sont plus élevées que celles auxquelles elles sont habituellement exposées (Com-Ruelle et al., 2008). Il arrive aussi que les femmes jouissant d'un statut socio-économique supérieur consomment de l'alcool de manière abusive pour illustrer une forme d'émancipation, comme ce fut le cas du tabac au siècle dernier. Il est possible que ce comportement « nouveau » se répande ensuite dans d'autres groupes sociaux pour, *in fine*, reproduire le même gradient qui s'observe aujourd'hui chez les hommes (Grittner et al., 2012).

En dépit des liens complexes qui existent entre les aspects socio-économiques et la consommation d'alcool, les données existantes semblent indiquer que les personnes appartenant aux catégories socio-économiques les moins favorisées ou à des minorités techniques sont davantage exposées aux méfaits de l'alcool. Les plus démunis connaissent une prévalence plus élevée des problèmes et de la mortalité liés à l'alcool que les plus aisés (Najman et al., 2007 ; Hemstrom 2002 ; Harrison et Gardiner, 1999), même à niveau égal de consommation (Mäkelä et Paljarvi, 2008 ; Grittner et al., 2012). Par conséquent, le gradient social des préjudices liés à l'alcool n'est pas totalement conforme au gradient de la consommation d'alcool ou de l'abus d'alcool. Cela tient sans doute à plusieurs facteurs : le fait que la fréquence des cas de suralcoolisation épisodique chez les personnes au faible statut socio-économique soit supérieure aux chiffres communiqués ; le type et la qualité de l'alcool consommé ; les différences en termes de vulnérabilité (chez les personnes au faible SSE, moindre capacité de résistance face aux facteurs de stress, vulnérabilités biologiques, taux accrus de comorbidité, y compris obésité, maladie mentale, consommation de drogues, qui contribuent à créer des inégalités face aux méfaits de l'alcool) ; et les inégalités d'accès aux soins de santé (obstacles financiers et non financiers à l'accès aux soins, différences de traitement au sein du système) (Loring, 2014).

Tout cela complique la tâche des responsables publics chargés d'élaborer des stratégies de lutte contre l'abus d'alcool, mais aussi celle des professionnels de santé et des autres acteurs qui ont à les mettre en œuvre. Les méthodes envisageables pour résoudre les problèmes posés par la variabilité qui sont exposés ici seront analysées dans les deux chapitres suivants.

Notes

1. Le « prestige professionnel » a été évalué au moyen d'un barème conçu par le National Opinion Research Center aux États-Unis, lequel comprend un large éventail de professions allant des « métiers de la préparation alimentaire » aux professionnels de la médecine.
2. Notion définie sur la base des critères fournis dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'Association américaine de psychiatrie : « Une habitude inadaptée de consommation d'alcool qui provoque une détresse et des troubles cliniquement significatifs, lesquels se manifestent par au moins trois des sept éléments suivants à tout moment au cours de la même période de douze mois » :
 1. Tolérance.
 2. Symptômes de sevrage.
 3. L'alcool est souvent consommé en plus grande quantité ou sur une période plus longue que ce qui était initialement prévu.
 4. La réduction ou la maîtrise de la consommation d'alcool fait l'objet d'un désir persistant et d'efforts vains.
 5. Le sujet consacre beaucoup de temps à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, consommer de l'alcool ou se remettre de ses effets.
 6. Abandon ou réduction d'importantes activités sociales, professionnelles ou récréatives en raison de la consommation d'alcool.
 7. Le sujet continue de boire même s'il se sait atteint d'un problème physique ou psychologique récurrent ou persistant qui a probablement été causé ou aggravé par l'alcool (par exemple, même s'il est conscient qu'un ulcère s'est aggravé du fait de sa consommation d'alcool).

Bibliographie

- Anderson, P. et B. Baumberg (2006), « Alcohol in Europe: A Public Health Perspective », Rapport pour la Commission européenne.
- Asgeirsdottir, T.L. et K.A. McGeary (2009), « Alcohol and Labor Supply: The Case of Iceland », *European Journal of Health Economics*, vol. 10, pp. 455-465.
- Avalos, L.A. et al. (2014), « Volume and Type of Alcohol During Early Pregnancy and the Risk of Miscarriage », *Substance Use and Misuse*, vol. 49, n° 11, pp. 1437-1445.
- Bacharach, S.B., P. Bamberger et M. Biron (2010), « Alcohol Consumption and Workplace Absenteeism: The Moderating Effect of Social Support », *Journal of Applied Psychology*, vol. 95, n° 2, pp. 334-348.
- Barrett, G.F. (2002), « The Effect of Alcohol Consumption on Earnings », *Economic Record*, vol. 78, n° 240, pp. 79-96.
- Berridge, V., B. Thom et R. Herring (2007), *The Normalisation of Binge Drinking? An Historical and Cross Cultural Investigation with Implications for Action*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.
- Bertrand, M. (2010), « New Perspectives on Gender », dans D. Ashenfelter et D. Card (éditions), *Handbook of Labor Economics, Volume 4b*, Elsevier, pp. 1545-1592.
- Beuret, K., C. Corbett et H. Ward (2014), *Drinking among British Women and its Impact on their Pedestrian and Driving Activities, Phase 2: Survey Results*, Social Research Associates, Londres.
- BIT – Bureau international du travail (2012), « SOLVE: Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies – Trainer’s Guide », Bureau international du travail, Genève.
- Bloomfield, K. et al. (2006), « Social Inequalities in Alcohol Consumption and Alcohol-related Problems in the Study Countries of the EU Concerted Action “Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study” », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 41 (suppl. 1), pp. i26-i36.
- Bonin, H. et al. (2007), « Cross Sectional Earnings Risk and Occupational Sorting: The Role of Risk Attitudes », *Labour Economics*, vol. 14, n° 6, pp. 926-937.
- Booth, B.M. et W. Feng (2002), « The Impact of Drinking and Drinking Consequences on Short-term Employment Outcomes in At-risk Drinkers in Six Southern States », *Journal of Behavioural Health Services and Research*, vol. 29, n° 2, pp. 157-166.
- Bouchery, E.E. et al. (2011), « Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006 », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 5, pp. 516-524.
- Britton, A., M.G. Marmot et M. Shipley (2008), « Who Benefits Most from the Cardioprotective Properties of Alcohol Consumption: Health Freaks or Couch Potatoes? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 62, n° 10, pp. 905-908, octobre.
- Bureau du Cabinet du Royaume-Uni (2003), « Alcohol Misuse: How Much Does It Cost? », extrait de : <http://alcoholresearchuk.org/wp-content/uploads/2014/01/strategy-unit-alcohol-costs-2003.pdf>.
- Byrne, S. (2010), « Costs to Society of Problem Alcohol Use in Ireland », Health Service Executive, Dublin.
- Byrne, P., S. Jones et R. Williams (2004), « The Association Between Cannabis and Alcohol Use and the Development of the Mental Disorder », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 17, n° 4, pp. 255-261.
- Caldwell, T.M. et al. (2008), « Lifecourse Socioeconomic Predictors of Midlife Drinking Patterns, Problems and Abstinence: findings from the 1958 British Birth Cohort Study », *Drugs and Alcohol Dependence*, vol. 95, pp. 269-278.
- Casswell, S., M. Pledger et R. Hooper (2003), « Socioeconomic Status and Drinking Patterns in Young Adults », *Addiction*, vol. 98, pp. 601-661.
- Com-Ruelle, L. et al. (2008), « Les problèmes d’alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », *IRDES Question d’Économie de la Santé* n° 129.
- Esper, L.H. et E.F. Furtado (2014), « Identifying Maternal Risk Factors Associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Review », *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 23, n° 10, pp. 877-889.
- Feng, W. et al. (2001), « The Impact of Problem Drinking Unemployment », *Health Economics*, vol. 10, pp. 509-521.
- Feodor Nilsson, S. et al. (2014), « Risk Factors for Miscarriage from a Prevention Perspective: A Nationwide Follow-up Study », *BJOG – An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 121, n° 11, pp. 1375-1384.

- Giskes, K. et al. (2011), « Individual and Household-level Socioeconomic Position Is Associated with Harmful Alcohol Consumption Behaviours Among Adults », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 35, n° 3, pp. 270-277, juin.
- Gmel, G. et al. (2005), « How Do Social Roles and Social Stratification Influence Women's and Men's Alcohol Consumption: A Cross-cultural Analysis », chapitre 7 dans K. Bloomfield et al. (éditions), *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multinational Study*, Projet de rapport final, Charité Universitätsmedizin Berlin, pp. 137-161, janvier.
- Grittner, U. et al. (2013), « Alcohol Consumption and Social Inequality at the Individual and Country Levels – Results from an International Study », *European Journal of Public Health*, vol. 23, n° 2, pp. 332-339.
- Grittner, U. et al. (2012), « Social Inequalities and Gender Differences in the Experience of Alcohol-Related Problems », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 47, n° 5, pp. 597-605.
- Hamilton, V. et B.H. Hamilton (1997), « Alcohol and Earnings: Does Drinking Yield a Wage Premium? », *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique*, vol. 30, n° 1, pp. 135-151.
- Harrison, L. et E. Gardiner (1999), « Do the Rich Really Die Young? Alcohol-related Mortality and Social Class in Great Britain, 1988-94 », *Addiction*, vol. 94, n° 12, pp. 1871-1880, décembre.
- Harwood, H.J. (2000), « Updating Estimates of the Economic Costs of Alcohol Abuse in the United States: Estimates, Update Methods, and Data », rapport établi par The Lewin Group pour le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Hemstrom, O. (2002), « Alcohol-related Deaths Contribute to Socioeconomic Differentials in Mortality in Sweden », *European Journal of Public Health*, vol. 12, pp. 254-262.
- Henderson, M., G. Hucheson et J. Davies (1996), « Alcohol and the Workplace », *Publication régionale de l'OMS, série Europe*, vol. 67, pp. 1-100.
- Huerta, M.C. et F. Borroni (2010), « Education, Alcohol Use and Abuse among Young Adults in Britain », *Social Science & Medicine*, vol. 71, n° 1, pp. 143-151.
- Hughes, K. et M. Bellis (2012), « Drinking Environments », dans P. Anderson, L. Møllers et G. Galea (éditions), *Alcohol in the European Union: Consumption, Harm and Policy Approaches*, OMS, Genève.
- Hurcombe, R., M. Bayley et A. Goodman (2010), *Ethnicity and Alcohol: A Review of the UK Literature*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Jarl, J. et U.-G. Gerdtham (2012), « Does Drinking Affect Long-term Sickness Absence? A Sample Selection Approach Correcting for Employment and Accounting for Drinking History », *Applied Economics*, vol. 44, pp. 2811-2825.
- Johansson, E., P. Böckerman et A. Uutela (2008), « Alcohol Consumption and Sickness Absence: Evidence from Microdata », *European Journal of Public Health*, vol. 19, n° 1, pp. 19-22.
- Jones, A.S. et D.W. Richmond (2006), « Causal Effects of Alcoholism on Earnings: Estimates from the NLSY », *Health Economics*, vol. 15, pp. 849-871.
- Lassi, Z.S. et al. (2014), « Preconception Care: Caffeine, Smoking, Alcohol, Drugs and Other Environmental Chemical/Radiation Exposure », *Reproductive Health*, vol. 11, pp. S3-S6.
- Lee, Y.L. (2003), « Wage Effects of Drinking in Australia », *Australian Economic Review*, vol. 36, n° 3, pp. 265-282.
- Loring B. (2014), « Alcohol and Inequities – Guidance for Addressing Inequities in Alcohol-related Harm », OMS Europe.
- Lye, J. et J. Hirschberg (2010), « Alcohol Consumption and Human Capital: A Retrospective Study of the Literature », *Journal of Economic Surveys*, vol. 24, pp. 309-338.
- MacDonald, Z. et M.A. Shields (2001), « The Impact of Alcohol Consumption on Occupational Attainment in England », *Economica*, vol. 68, pp. 427-453.
- Mäkelä, P. et T. Paljärvi (2008), « Do Consequences of a Given Pattern of Drinking Vary by Socioeconomic Status? A Mortality and Hospitalisation Follow-up for Alcohol-related Causes of the Finnish Drinking Habits Surveys », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 62, pp. 728-733.
- Marchand, A., A. Parent-Lamarche et M.E. Blanc (2011), « Work and High-risk Alcohol Consumption in the Canadian Workforce », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 8, pp. 2692-2705.

- May, P.A. et al. (2013), « Maternal Alcohol Consumption Producing Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): Quantity, Frequency, and Timing of Drinking », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 133, n° 2, pp. 502-512.
- McDonnell-Naughton, M. et al. (2012), « Maternal Smoking and Alcohol Consumption during Pregnancy as Risk Factors for Sudden Infant Death », *Irish Medical Journal*, vol. 105, n° 4, pp. 105-108.
- McKee, M. et al. (2000), « Alcohol Consumption in the Baltic Republics », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 54, pp. 361-366.
- Mullahy, J. et J.L. Sindelar (1993), « Alcoholism, Work, and Income », *Journal of Labor Economics*, vol. 11, pp. 494-519.
- Mullahy J. et J.L. Sindelar (1991), « Gender Differences in Labor Market Effects of Alcoholism », *American Economic Review*, vol. 81, pp. 161-165.
- Najman, J., G. Toloo et G. Williams (2007), « Increasing Socio-economic Inequalities in Drug-induced Deaths in Australia: 1981-2002 », *Drug and Alcohol Review*, vol. 27, n° 6, pp. 613-618.
- Norström, T. (2006), « Per Capita Alcohol Consumption and Sickness Absence », *Addiction*, vol. 101, pp. 1421-1427.
- Norström, T. et I.S. Moan (2009), « Per Capita Alcohol Consumption and Sickness Absence in Norway », *European Journal of Public Health*, vol. 19, n° 4, pp. 383-388.
- Nybo Andersen, A.M. et al. (2012), « Moderate Alcohol Intake During Pregnancy and Risk of Fetal Death », *International Journal of Epidemiology*, vol. 41, n° 2, pp. 405-413.
- Peters, B.L. (2004), « Is there a Wage Bonus from Drinking? Unobserved Heterogeneity Examined », *Applied Economics*, vol. 36, pp. 2299-2315.
- PHFI – Public Health Foundation of India (2013), *Alcohol Marketing and Regulatory Policy Environment in India*, PHFI, New Delhi.
- Pidd, K.J. et al. (2006), « Estimating the Cost of Alcohol-related Absenteeism in the Australian Workforce: The Importance of Consumption Patterns », *Medical Journal of Australia*, vol. 185, pp. 637-641.
- Rehm, J. et al. (2009), « Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorders », *The Lancet*, vol. 373, pp. 223-233.
- Renna, F. (2007), « The Economic Cost of Teen Drinking: Late Graduation and Lowered Earnings », *Health Economics*, vol. 16, pp. 407-419.
- Roche, A.M. et al. (2008), « Workers' Drinking Patterns: The Impact on Absenteeism in the Australian Work-place », *Addiction*, vol. 103, pp. 738-748.
- Rock, L. (2014), « The Rise of Female Drink-drivers », *Guardian Online*, 9 novembre 2014, www.theguardian.com/lifeandstyle/2014/nov/09/the-rise-of-women-drink-drivers.
- Romeri, E., A. Baker et C. Griffiths (2007), « Alcohol-related Deaths by Occupation, England and Wales, 2001-2005 », *Health Statistics Quarterly*, vol. 35, pp. 6-12.
- Salonsalmi, A. et al. (2012), « Drinking Habits and Disability Retirement », *Addiction*, vol. 107, pp. 2128-2136.
- Schultz, A.B., C.Y. Chen et D.W. Edington (2009), « The Cost and Impact of Health Conditions on Presenteeism to Employers: A Review of the Literature », *Pharmacoeconomics*, vol. 27, n° 5, pp. 365-378.
- Sidorchuk, A. et al. (2012), « Alcohol Use in Adolescence and Risk of Disability Pension: A 39 Year Follow-up of a Population-based Conscript Survey », *PLoS ONE*, vol. 7, n° 8.
- Single, E. et al. (2003). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse (2nd edition)*, OMS, Genève.
- Skogen, J.C. et al. (2011), « Alcohol Consumption, Problem Drinking, Abstinence and Disability Pension Award, The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) », *Addiction*, vol. 107, pp. 98-108.
- Sloan, F.A. et al. (2009), « Racial Differences in the Relationship Between Alcohol Consumption in Early Adulthood and Occupational Attainment at Midlife », *American Journal of Public Health*, vol. 99, pp. 2261-2267.
- Soydemir, G.A. et E. Bastida (2006), « Alcohol Use and Earnings: Findings from a Community based Study », *Eastern Economic Journal*, vol. 32, n° 4.

- Stuckler, D. et al. (2009), « The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis », *The Lancet*, vol. 374, pp. 315-323.
- Thavorncharoensap M. et al. (2009), « The Economic Impact of Alcohol Consumption: A Systematic Review », *Substance Treatment, Prevention and Policy*, vol. 4, n° 20.
- Upmark, M., J. Möller et A. Romelsjö (1999), « Longitudinal, Population-based Study of Self-reported Alcohol Habits, High Levels of Sickness Absence, and Disability Pensions », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 53, pp. 223-229.
- Vahtera, J. et al. (2002), « Alcohol Intake and Sickness Absence: A Curvilinear Relation », *American Journal of Epidemiology*, vol. 156, pp. 969-976.
- Van Nguyen, M. et H.A. Abenhaim (2013), « Sudden Infant Death Syndrome: Review for the Obstetric Care Provider », *American Journal of Perinatology*, vol. 30, n° 9, pp. 703-714.
- Van Ours, J.C. (2004), « A Pint a Day Raises a Man's Pay; But Smoking Blows that Gain Away », *Journal of Health Economics*, vol. 23, pp. 863-886.
- Weissmann, J. (2013), « The Insidious Genius of Hello Kitty-Branded Beer », *The Atlantic*, 16 septembre 2013, consulté le 10 novembre 2014, www.theatlantic.com/business/archive/2013/09/the-insidious-genius-of-hello-kitty-branded-beer/279709/.
- Williams, J., L.M. Powell et H. Wechsler (2003), « Does Alcohol Consumption Reduce Human Capital Accumulation? Evidence from the College Alcohol Study », *Applied Economics*, vol. 35, n° 10, pp. 1227-1239.
- Ziebarth, N.R. et M.M. Grabka (2009), « In Vino Pecunia? The Association Between Beverage-specific Drinking Behavior and Wages », *Journal of Labor Research*, vol. 30, pp. 219-244.

Section spéciale I

Impact de la consommation d'alcool sur la santé mondiale

Par

Vladimir Poznyak et Dag Rekve,

Organisation mondiale de la santé, au nom des auteurs du *Global Status Report
on Alcohol and Health 2014**

* Cette contribution a été préparée par Vladimir Poznyak et Dag Rekve à partir d'un texte et de données provenant du *Global Status Report on Alcohol and Health* (OMS, 2014). La liste complète des personnes qui ont contribué à ce rapport est disponible dans les Remerciements au début de ce rapport disponible sur www.who.int/substance_abuse/publications/global_report/en/.

Introduction

En 2010, 38.3 % seulement de la population mondiale âgée de 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents. Il n'en reste pas moins vrai que l'alcool a un impact catastrophique sur la santé mondiale. En 2012, 3.3 millions de décès environ étaient imputables à la consommation d'alcool, soit 5.9 % de l'ensemble des décès – pourcentage supérieur à celui des décès cumulés du VIH/sida (2.8 %), de la violence (0.9 %) et de la tuberculose (1.7 %). En ce qui concerne la charge mondiale des maladies et traumatismes, telle qu'évaluée en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), 5.1 % de l'ensemble des années de vie potentielle perdues dans le monde du fait d'une mortalité et d'une incapacité prématurées étaient imputables à la consommation d'alcool en 2012 (OMS, 2014).

Le classement estimé de la consommation nocive d'alcool comme principal facteur de risque de décès et d'incapacité dans le monde a progressé de la 8^e place en 1990 à la 5^e en 2010 (Lim et al., 2012). En outre, les données indiquent que la consommation nocive d'alcool est considérée comme le principal facteur de risque de décès et d'incapacité dans de grandes régions du monde, ainsi que chez les personnes âgées de 15 à 49 ans.

La *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* approuvée par les États membres de l'OMS en 2010 (OMS, 2010) définit l'usage nocif comme : « la consommation d'alcool qui a des conséquences sociales et sanitaires néfastes pour le buveur, son entourage et la société en général, ainsi que les modes de consommation qui augmentent le risque d'issues sanitaires défavorables. » La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles considère l'usage nocif de l'alcool comme l'un des quatre principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles, et le Global Action Plan for the prevention and control of NCDs 2013-20 vise une réduction relative d'au moins 10 % de la consommation nocive d'alcool (OMS, 2013).

Voies et mécanismes des méfaits de l'alcool

La consommation d'alcool accroît le risque de développer de nombreuses maladies, y compris certains cancers, et peut avoir un impact négatif sur l'évolution de troubles et leurs effets. Elle peut, par exemple, empêcher l'observance des schémas thérapeutiques ou interagir avec des médicaments prescrits. L'alcool influe sur l'évolution de plus de 200 types de maladies et traumatismes du fait d'effets toxiques sur les organes et les tissus, d'intoxications – détériorant la coordination physique, l'état de conscience, les connaissances, la perception, l'affect ou le comportement – et de troubles liés à la consommation d'alcool, notamment la dépendance alcoolique (OMS, 2004a ; Baan et al., 2007 ; Shield et al., 2013).

Les méfaits de l'alcool ne dépendent pas seulement du volume consommé mais aussi de la façon dont il est consommé (les « habitudes de consommation ») et de ce que l'on consomme (Rehm et al., 2003). Consommer un volume donné par petites quantités

sur une longue période sera moins dommageable que consommer le même volume en grande quantité en peu de fois. La suralcoolisation épisodique, définie par l'OMS comme « la consommation d'au moins 60 grammes d'alcool pur (plus de six verres standard dans la plupart des pays) au cours d'une seule occasion au moins une fois par mois » peut annihiler l'effet cardioprotecteur d'une consommation à faible risque (Roerecke et Rehm, 2010). En outre, l'alcool contaminé par du méthanol ou d'autres poisons peut également avoir une incidence sur la santé et la mortalité.

Niveaux et habitudes de consommation d'alcool

Au niveau mondial, les personnes de plus de 15 ans consomment en moyenne 6.2 litres d'alcool pur par an, ce qui correspond à 13.5 grammes d'alcool pur par jour (Babor et al., 2003 ; OMS, 2004b ; OMS, 2007). Cependant, la consommation totale et la suralcoolisation épisodique varient considérablement entre les régions et les États membres de l'OMS. Le monde développé, en particulier les régions Europe et Amériques de l'OMS, continuent d'afficher les niveaux de consommation les plus élevés. Les niveaux intermédiaires sont concentrés dans les régions Pacifique occidental et Afrique, alors que les niveaux les plus faibles sont recensés dans la région Asie du Sud-Est et, en particulier, dans la région Méditerranée orientale (Babor et al., 2003 ; OMS, 2004b ; OMS, 2007).

Dans le monde, 50.1 % de l'alcool recensé total est consommé sous la forme de spiritueux, la bière venant en seconde position (34.8 %). Seuls 8.0 % de l'alcool recensé total est consommé sous forme de vin, lequel représente cependant un quart de la consommation totale d'alcool dans la région Europe.

Mortalité et morbidité imputables à l'alcool

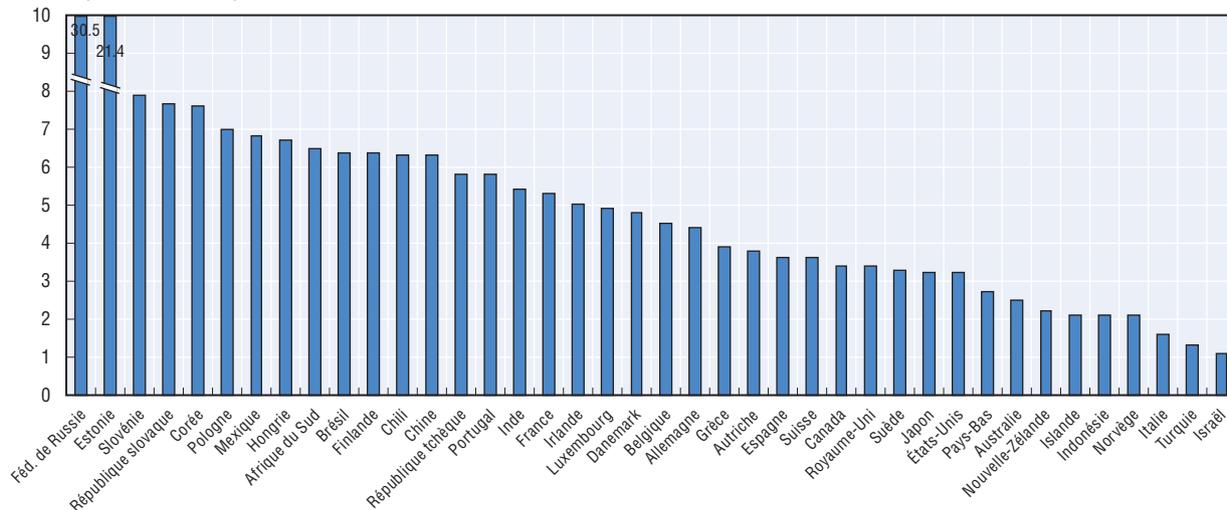
Les décès imputables à la consommation d'alcool sont pour la plupart liés à des maladies cardio-vasculaires, devant les blessures (en particulier accidentelles), les maladies gastro-intestinales (cirrhose du foie principalement) et les cancers. Les maladies du foie, en particulier la cirrhose, sont à l'origine du pourcentage le plus élevé des décès imputables à l'alcool sur le nombre total des décès dus à une maladie spécifique (fraction attribuable à l'alcool ou FAA).

Au plan géographique, les décès attribuables à l'alcool varient considérablement (graphique SFI1). Les FAA les plus élevées sont enregistrées dans la région Europe de l'OMS, qui est également celle où la consommation d'alcool est la plus importante. Cependant, ces chiffres élevés sont presque entièrement concentrés dans les pays d'Europe orientale où l'on déclare à la fois des niveaux et des habitudes de consommation à haut risque. Les FAA les plus faibles sont recensées dans les régions Afrique et Méditerranée orientale de l'OMS. Leur bas niveau en Afrique est probablement lié à des taux de mortalité prématurée élevés, tandis que dans la région Méditerranée orientale, ils sont associés à des taux d'abstinence élevés et à des niveaux de consommation par habitant très faibles.

Pour un quart d'entre elles, les AVCI attribuables à l'alcool étaient liées à des désordres neuropsychiatriques, principalement des troubles liés à la consommation d'alcool. Les maladies du foie dont la prévalence est relativement élevée figurent parmi les 20 premières causes de décès dans le monde, et celles qui sont liées à l'alcool représentent un facteur majeur de la charge mondiale de la morbidité imputable à l'alcool.

Graphique SFI1. **Fraction attribuable à l'alcool (FAA) pour toutes les causes de mortalité, 2012**
Pourcentage, ensemble des âges

Pourcentage, ensemble des âges



Source : OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, OMS, Genève.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303685>

Pour la plupart, les personnes n'ont pas conscience des risques sanitaires de la consommation d'alcool pour des maladies autres que les troubles liés à l'alcoolisation et la cirrhose du foie. Ceci est particulièrement vrai pour les cancers, la charge mondiale de la morbidité imputable à des cancers spécifiques liés à l'alcool représentant de 4 % à 25 %. Environ 10 % de la charge de la morbidité attribuable à la tuberculose, à l'épilepsie, aux AVC hémorragiques et à l'hypertension artérielle peuvent aussi être imputés à l'alcool. Un lien de causalité a été récemment établi entre la consommation nocive d'alcool et l'évolution du VIH/sida.

On constate des différences régionales substantielles au niveau de la charge mondiale des maladies et traumatismes imputables à l'alcool similaires à celles observées pour les décès liés à l'alcool. Dans la région Europe de l'OMS, et en particulier dans les pays à revenu élevé d'Europe, la charge de la morbidité attribuable à l'alcool est très supérieure aux décès dus à l'alcool en raison du nombre de personnes rendues invalides par des troubles liés à la consommation d'alcool.

Facteurs ayant un impact sur les conséquences pour la santé

Âge

La consommation d'alcool est à l'origine de décès à un stade relativement précoce de la vie et les FAA chez les 40-49 ans sont les plus élevées, alors qu'elles sont relativement plus faibles chez les personnes de plus de 60 ans que chez les jeunes. Pour tous les groupes d'âges supérieurs à 15 ans, les FAA sont les plus élevées pour la région Europe de l'OMS, la région Amériques se classant en seconde position.

Sexe

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de décéder de causes liées à l'alcool. Pour les hommes, le chiffre représente 7.6 % des décès (blessures principalement) contre 4.0 % chez les femmes (maladies cardio-vasculaires principalement).

La charge mondiale des maladies et traumatismes attribuables à l'alcool représente globalement 5.1 %, sur la base de l'ensemble des AVCI perdues dans le monde en 2012, mais 7.4 % chez les hommes et 2.3 % chez les femmes.

En Europe, c'est chez les hommes que la prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool est la plus élevée (12.6 %), alors que dans la région Amériques, la prévalence la plus élevée est enregistrée chez les femmes (3.2 %).

Richesse économique

La consommation d'alcool et la charge de morbidité imputable à l'alcool sont liées au développement économique, mais la relation n'est pas linéaire. Une richesse plus importante est associée à une consommation et à une charge de morbidité plus élevées (évaluée en nombre de décès ou en AVCI), mais l'Europe orientale enregistre une charge de morbidité par litre consommé plus élevée que prévu au regard de son niveau de développement économique. À l'inverse, la région Afrique affiche une charge de morbidité due à l'alcool inférieure à son niveau prévisible. Les pays moins riches peuvent être caractérisés par une consommation plus faible et, en même temps, une charge de morbidité due à l'alcool par litre consommé plus élevée car leurs risques de morbidité et de mortalité sont plus élevés.

Préjudices à autrui

L'évaluation des problèmes liés à la consommation d'alcool a principalement été axée sur le consommateur, mais les préjudices à autrui peuvent être associés à de graves conséquences socio-économiques et à des problèmes de santé majeurs.

Plus des deux tiers des personnes interrogées lors d'une enquête australienne ont déclaré qu'elles avaient souffert de la consommation d'alcool d'une tierce personne au cours des 12 mois précédents, et la moitié d'entre elles environ avaient eu une expérience négative du fait de la consommation d'alcool d'une personne inconnue (Laslett et al., 2011). Des études européennes inspirées des travaux australiens indiquent que les femmes souffrent plus que les hommes de l'alcoolisation d'autrui.

En Nouvelle-Zélande, une enquête a révélé que la consommation des buveurs avait entraîné plus de préjudices à autrui qu'aux buveurs eux-mêmes (18 % contre 12 %), en particulier chez les femmes et les jeunes (Connor et Casswell, 2012). Plus les personnes étaient exposées à de gros buveurs, plus les notes d'évaluation de leur bien-être et de leur état de santé étaient faibles (Casswell et al., 2011). Les études sur les effets de l'alcool sur autrui tireraient profit d'approches quantitatives inspirées des travaux sur les effets du tabagisme passif.

Action publique pour réduire la consommation nocive d'alcool

Si l'on veut réduire de 10 % la consommation nocive d'alcool d'ici à 2015, il faut élaborer et appliquer des mesures complètes de lutte contre l'alcool alignées sur la Stratégie mondiale de l'OMS. Pour obtenir un soutien politique et sociétal durable, les politiques de l'alcool doivent être fondées sur les meilleures données probantes de leur efficacité et de leur rapport coût-efficacité, et justifier les mesures susceptibles de restreindre les choix individuels et les profits des producteurs et vendeurs d'alcool.

Bibliographie

- Baan, R. et al. (2007), « Carcinogenicity of Alcoholic Beverages », *The Lancet Oncology*, vol. 8, pp. 292-293, PMID: 17431955.
- Babor, T. et al. (2003), *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*, Oxford University Press, Oxford.
- Casswell, S., R.Q. You et T. Huckle (2011), « Alcohol's Harm to Others: Reduced Wellbeing and Health Status for Those with Heavy Drinkers in their Lives », *Addiction*, vol. 106, pp. 1087-1094.
- Connor, J. et S. Casswell (2012), « Alcohol-related Harm to Others in New Zealand: Evidence of the Burden and Gaps in Knowledge », *New Zealand Medical Journal*, vol. 125, pp. 11-27.
- Laslett, A.M. et al. (2011), « Surveying the Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others in Australia », *Addiction*, vol. 106, n° 9, pp. 1603-1611.
- Lim, S.S. et al. (2012), « A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », *The Lancet*, vol. 380, pp. 2224-2260, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8) [PMID: 23245609].
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, OMS, Genève.
- OMS (2013), *Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013-2020*, OMS, Genève.
- OMS (2010), *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, OMS, Genève.
- OMS (2007), « Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Deuxième rapport (2007) », OMS, *Série de rapports techniques*, n° 944, OMS, Genève.
- OMS (2004a), *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence (résumé disponible en français : Neuroscience : usage de substances psychoactives et dépendance)*, OMS, Genève.
- OMS (2004b), *Global Status Report on Alcohol*, WHO, Genève.
- Rehm, J. et al. (2003), « The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease – An Overview », *Addiction*, vol. 98, pp. 1209-1228.
- Roerecke, M. et J. Rehm (2010), « Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-analysis », *American Journal of Epidemiology*, vol. 171, pp. 633-644, <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwp451>.
- Shield, K.D., C. Parry et J. Rehm (2013), « Chronic Diseases and Conditions Related to Alcohol Use », *Alcohol Research Current Reviews*, vol. 35, pp. 155-171.

Chapitre 4

Lutter contre les méfaits de l'alcool : quelles approches ?

Par

Michele Cecchini et Annalisa Belloni

La cible des politiques de lutte contre les méfaits de l'alcool est quelque peu sujette à controverse dans le débat sur l'action à mener. Les tenants du point de vue classique de la santé publique affirment que les approches portant sur toute l'échelle d'exposition à un facteur de risque, y compris les personnes qui sont peu concernées ou ne le sont pas du tout, sont supérieures à celles qui visent uniquement les personnes très exposées. Toutefois, compte tenu des données d'observation qui attestent du meilleur état de santé de certains buveurs modérés, les bienfaits potentiels pourraient être perdus si les mesures prises devaient influencer sur la consommation de cette catégorie de buveurs. Il s'agit d'une question de fond complexe devant faire l'objet d'appréciations d'ordre politique qui ne peuvent être portées qu'au niveau des pouvoirs publics de chaque pays.

Principaux résultats

- L'objectif des politiques de l'alcool étant de réduire les méfaits de ce dernier, les stratégies de prévention de la plupart des pays comprennent des mesures visant toute la population, qui ont une incidence sur l'ensemble des consommateurs, ainsi que des mesures conçues pour cibler les gros buveurs uniquement.
- Les pouvoirs publics ont de tout temps taxé les boissons alcoolisées. Aujourd'hui, les pays du nord de l'Europe, l'Australie et le Royaume-Uni appliquent les taxes sur l'alcool les plus élevées alors qu'à l'inverse, les pays du sud et du centre de l'Europe imposent les taxes les plus faibles.
- Les politiques de prix minimum, appliquées au Canada et discutées dans plusieurs pays européens, pourraient permettre de dépasser certaines limites inhérentes au système des taxes – elles pourraient, par exemple, être plus efficaces pour combattre la consommation excessive – mais elles induisent une perte de bien-être pour le consommateur en l'absence de recettes publiques compensatoires.
- Les restrictions imposées à la publicité pour l'alcool sont de plus en plus contournées par la multiplication des publicités via internet et les médias sociaux.
- Il existe dans la plupart des pays des réglementations visant à prévenir la conduite sous l'emprise de l'alcool, mais leur application n'est pas toujours très stricte.
- Des efforts significatifs ont été engagés afin d'améliorer les approches de santé destinées à s'attaquer à la consommation nocive, en particulier grâce à des programmes de dépistage et d'interventions brèves, ainsi qu'à des traitements pharmacologiques et psychologiques contre la dépendance à l'alcool.
- Les entreprises du secteur des boissons alcoolisées ont participé à un certain nombre d'initiatives visant à promouvoir une consommation responsable – dont certaines en partenariat avec les pouvoirs publics. Au Royaume-Uni, par exemple, elles se sont engagées à retirer un milliard d'unités d'alcool par an du marché.

Un but, de nombreuses options

Les politiques de l'alcool ont généralement pour but de réduire les méfaits de ce dernier. Bon nombre de mesures sont conçues pour s'attaquer directement à ces méfaits ou aux comportements d'alcoolisation nocifs à leur origine. Les pouvoirs publics qui cherchent à réduire les méfaits de l'alcool ont par exemple pris des mesures pour interdire aux personnes de conduire sous l'emprise de l'alcool, pour limiter les horaires d'ouverture des points de vente où l'alcool est consommé sur place (tels que les bars), pour restreindre les promotions tarifaires telles que les « happy hours » (tranches horaires durant lesquelles les tarifs sont plus avantageux que d'ordinaire) susceptibles d'inciter les personnes à consommer d'importantes quantités d'alcool en une seule occasion, et des interventions visant à lutter contre la consommation excessive mises en œuvre dans le cadre de soins primaires et sur le lieu de travail (mesures commentées plus loin et dans la Section spéciale IV de Marjana Martinic présentée à la suite de ce chapitre).

Les pouvoirs publics prennent d'autres mesures qui ciblent plus largement l'ensemble des consommateurs d'alcool. Ils se fondent sur l'hypothèse que non seulement les mesures mises en œuvre détourneront les personnes d'une consommation nocive, mais généreront également des effets positifs au profit d'un plus grand nombre de buveurs modérés, et pourront peut-être y parvenir de façon plus efficace que les mesures ciblant uniquement les gros buveurs. Au cours des dernières années, différentes tentatives ont cherché à renforcer la capacité de l'action publique ciblant l'ensemble de la population à influencer sur les gros buveurs. Par exemple, les politiques de prix minimum ont été au centre du débat sur les politiques de l'alcool dans plusieurs pays de l'OCDE. Comme évoqué dans la Section spéciale III d'Anne Ludbrook présentée à la suite de ce chapitre, les données probantes dont on dispose indiquent que les politiques de prix minimum recèlent un potentiel plus important que les mesures de taxation pour dissuader les buveurs de s'adonner à une consommation nocive (la mesure la plus courante étant fondée sur un mécanisme de prix). Des données d'observation récentes, commentées dans la Section spéciale II d'Henry Saffer, révèlent que les restrictions à la publicité peuvent aussi être plus efficaces pour réduire la consommation nocive que d'autres types de consommation. Si les actions visant à limiter l'accessibilité aux boissons alcoolisées sont susceptibles de toucher tous les consommateurs, elles peuvent être adaptées de manière à les rendre plus efficaces pour cibler la consommation nocive (par exemple, en réduisant les heures d'ouverture des points de vente aux moments de la journée ou de la semaine où la consommation nocive est plus fréquente).

Les politiques de l'alcool qui consistent à cibler tous les types de consommation sont conformes aux principes de santé publique établis et s'attaquent à un éventail plus large de facteurs de risque que la seule consommation nocive. Selon ces principes, les approches de prévention visant la population – qui comprennent des mesures affectant toutes les personnes (consommateurs) d'une population en réduisant légèrement les niveaux de risque (consommation) au niveau individuel – sont plus efficaces et efficientes pour réduire le nombre de personnes à haut risque dans la population que celles qui visent expressément les consommateurs à haut risque uniquement (Rose, 1992). Ce point de vue a toutefois été remis en question par la multiplication des données d'observation qui démontrent de meilleurs résultats en matière de santé chez les buveurs modérés, même s'il y a débat au sujet de l'importance de cet effet. Ainsi, des bienfaits potentiels pourraient être perdus si les mesures devaient influencer sur la consommation des buveurs modérés. Quant à savoir s'il faut suivre une approche fondée sur l'ensemble de la population ou une approche fondée sur les groupes à risque, il s'agit là d'une question de fond plus complexe qu'elle ne paraît à première vue, et le choix qui sera fait, quel qu'il soit, devra faire l'objet d'appréciations d'ordre politique qui ne peuvent être portées qu'au niveau des pouvoirs publics de chaque pays. Il est toutefois également possible d'éclairer cette décision en accordant une attention particulière aux avantages et aux inconvénients relatifs de chaque approche.

Lorsque les politiques de l'alcool touchent tous les types de consommation, un certain nombre de buveurs modérés (généralement, mais pas exclusivement, des hommes relativement âgés) tireront profit de cette réduction – en termes d'évolution d'un large éventail de maladies (comme différents types de cancer) et de blessures, mais devront renoncer à une partie des effets protecteurs de l'alcool contre certaines maladies cardiovasculaires en raison d'une réduction de leur consommation. Les analyses de l'OCDE des impacts des autres politiques, qui quantifient les effets potentiellement négatifs sur la santé de ces consommateurs, sont commentées dans le chapitre 5. Les pouvoirs publics souhaiteront peut-être tenir compte des avantages et des inconvénients liés à la mise en

œuvre de politiques susceptibles de toucher tous les types de consommateurs, bien que la mesure-clé de l'impact qu'ils sont le plus susceptibles d'envisager est l'impact global d'un moyen d'action. La décision concernant la manière de trouver un juste milieu entre l'approche populationnelle et l'approche individuelle s'agissant de l'action de lutte contre l'abus d'alcool incombe à chaque gouvernement. Les travaux entrepris par l'OCDE fournissent des estimations détaillées des impacts des mesures d'action publique au niveau de la population ainsi que de sous-groupes spécifiques, et soutiennent de ce fait une approche décisionnelle fondée sur le concret.

Consommation moyenne et consommation nocive d'alcool

De tous les grands facteurs de risque pour la santé, la consommation d'alcool est celui qui offre la relation (linéaire) la plus systématique entre les niveaux moyens du facteur de risque (en l'occurrence la consommation d'alcool) et la proportion de personnes à haut risque (gros buveurs) dans la population. Les travaux de Rose (1992) considèrent que la relation entre la consommation moyenne et la consommation nocive d'alcool est telle qu'une réduction moyenne de la consommation de 20 ml par semaine (globalement 1.5 verre standard américain) correspond à une réduction d'un quart du nombre de gros buveurs, effet que l'on ne pourrait que difficilement égaler en appliquant des politiques ciblant uniquement ce groupe de consommateurs. L'analyse de Rose est principalement fondée sur des corrélations transversales et ne fournit donc pas nécessairement d'indicateur des évolutions de la consommation susceptibles de résulter de la mise en œuvre de mesures spécifiques. L'une des hypothèses sous-jacentes majeures de l'analyse de Rose est notamment que les programmes de prévention ciblant la population feraient baisser de façon uniforme l'ensemble de la distribution du facteur de risque concerné dans une population. Cependant, des données d'observation montrent que chaque politique de l'alcool affecte certaines parties de la distribution de la consommation d'alcool, c'est-à-dire certains types de consommateurs plus que d'autres.

La théorie de Rose fixe des principes clés pour l'action de santé publique, mais ne doit pas être interprétée de façon dogmatique. La consommation d'alcool est en fait un domaine dans lequel la consommation moyenne et la consommation nocive sont très fortement corrélées. Toutefois, les impacts des politiques spécifiques de l'alcool doivent être évalués à l'aune de leurs propres avantages, en fonction des meilleures données d'observation disponibles sur le mode et l'ampleur probables de leur influence sur les différents types de consommateur.

Les buveurs modérés ont-ils quelque chose à gagner à réduire leur consommation d'alcool ?

Il est démontré qu'une consommation modérée d'alcool a des effets bénéfiques chez certaines personnes, effets principalement définis en termes de réduction des taux de mortalité (ex., Di Castelnuovo et al., 2006). Cependant, comme évoqué au chapitre 1, la comparaison des taux de décès n'est pas le critère le plus important lorsqu'il s'agit d'évaluer l'efficacité des différentes initiatives de santé publique. On n'attribue généralement pas le même poids au décès légèrement prématuré d'une personne âgée de 80 ans qu'à celui d'un individu de 40 ans, par exemple. Il est donc plus fréquent de comparer les années de vie perdues, ou AVCQ/AVCI, que les taux de mortalité. Ce critère est important lorsque l'on considère les méfaits de l'alcool car la surmortalité chez les buveurs modérés, causée par des traumatismes ou le cancer par exemple, pèse davantage que des décès évitables dus aux cardiopathies ischémiques, dont l'apparition a lieu généralement à un âge plus tardif.

La relation entre consommation d'alcool et résultats en matière de santé tend à suivre une courbe en J chez les hommes de plus de 35 ans et chez les femmes au delà d'un certain âge, comme décrit en détail dans le chapitre 1 : les résultats sont meilleurs chez certains buveurs modérés que chez les abstinents, et les niveaux de risque augmentent fortement avec la consommation. Il ne faut toutefois pas déduire du constat positif sur les buveurs modérés que la réduction de leur consommation d'alcool aurait nécessairement des effets néfastes sur leur santé, dans la mesure où tout dépend de leur niveau initial de consommation et de l'ampleur de la réduction potentielle de leur consommation. Dans les trois pays – Allemagne, Canada et République tchèque – étudiés dans l'analyse des politiques de l'alcool de l'OCDE (chapitre 5), quatre buveurs sur cinq environ réduiraient leur risque de décès en diminuant leur niveau de consommation d'une unité par semaine.

Les gros buveurs réagissent-ils moins bien aux mesures prises par les pouvoirs publics ?

Certaines des politiques qui visent tous les buveurs, comme celles qui reposent sur la fiscalité, peuvent avoir moins d'effet sur les buveurs particulièrement exposés aux méfaits de l'alcool (comme les jeunes et les gros buveurs). Bien que limités, ces effets peuvent néanmoins entraîner des réductions relativement significatives des risques. La forme des fonctions de risque correspondantes est telle que, pour une même réduction du niveau de consommation, la diminution du risque est beaucoup plus forte chez les personnes très exposées. Par exemple, en se fondant sur les fonctions de risque calculées par les travaux de Corrao et al. (2004), une augmentation généralisée de 10 % des prix des boissons alcoolisées entraînerait une réduction proportionnellement 1.5 fois plus importante du risque de cirrhose du foie chez les gros buveurs que chez les buveurs modérés, même si l'on prend comme hypothèse une diminution proportionnellement plus faible de la consommation chez les gros buveurs par rapport aux buveurs modérés (par exemple, selon Wagenaar et al., 2009).

Pour anticiper les conclusions présentées dans le chapitre 5, les politiques des prix font davantage baisser les dépenses de santé que les nombreux autres types de mesures concernant l'alcool et leur coût de mise en œuvre est relativement bas, de sorte que, globalement, elles tendent à réduire les dépenses publiques. Toutefois, les politiques ayant pour effet d'augmenter les prix entraînent généralement des pertes de bien-être, car certaines personnes n'ont plus les moyens de consommer la quantité d'alcool qui leur procure du plaisir ou doivent payer davantage pour cela, et ces pertes de bien-être tendent à être plus importantes chez les buveurs modérés qui sont plus sensibles à l'évolution des prix. Par exemple, on estime qu'en Australie, la taxation de l'alcool a été à l'origine d'une perte de bien-être représentant 612 millions AUD en 2007-08, déduction faite des recettes fiscales produites, d'un montant de 7.426 millions AUD (Byrnes et al., 2012). Ces pertes doivent bien entendu être évaluées par rapport à la réduction des préjudices occasionnés par les buveurs à autrui (liés aux accidents de la circulation, aux délits et à la violence, par exemple) qui résulterait d'une diminution de la consommation d'alcool. Les coûts associés aux préjudices à autrui estimés en Australie (commentés dans le chapitre 1) sont considérablement plus élevés que les pertes de bien-être évoquées plus haut.

Les politiques de l'alcool ont-elles un caractère régressif ?

Les politiques des prix portant sur l'alcool tendent à avoir un caractère régressif, quoique pas autant, loin s'en faut, que dans le cas du tabac. Les dépenses relatives aux boissons alcoolisées, en proportion du revenu des ménages, sont deux fois plus importantes chez les ménages à faible revenu que chez les ménages à revenu élevé dans des pays tels

que les États-Unis et le Royaume-Uni. Dans ce dernier pays, les dépenses liées aux droits d'accise sur les alcools représentaient 1.6 % et 0.9 % du revenu disponible des ménages à faible revenu et des ménages à revenu élevé, respectivement, en 2009-10. Bien que les ménages à revenu élevé achètent une proportion plus importante d'alcool bon marché que les ménages à faible revenu (Ludbrook et al., 2012), les estimations actuelles donnent à penser que les politiques de prix minimum pèseraient aussi plus lourdement sur le groupe des ménages à faible revenu, comme indiqué dans la Section spéciale d'Anne Ludbrook présentée dans cet ouvrage.

Impact des politiques de prix sur la production et le commerce illicites

Les politiques publiques visant une augmentation des prix des boissons alcoolisées peuvent entraîner un renforcement de l'évasion fiscale et un accroissement de la production et du commerce illicites d'alcool. Le commerce transfrontalier est une forme d'évasion fiscale qui a un impact significatif lorsqu'il existe des différences de prix importantes entre des pays voisins. Le commerce et la production illicites d'alcool sont des phénomènes significatifs, y compris dans les pays de l'OCDE. Des estimations récentes concernant le Royaume-Uni semblent indiquer que la part du marché illicite pourrait atteindre pas moins de 3 % pour les spiritueux et 9 % pour les bières, ce qui représenterait une perte de recettes fiscales d'un peu plus d'un milliard GBP (HMRC, 2013). On estime que l'ampleur de la contrebande et de la production illicite est encore supérieure dans d'autres pays même si, du fait de la nature de ces pratiques, il est difficile de quantifier les effets des politiques de l'alcool sur la taille du marché illicite. Cependant, l'intensification des efforts déployés par les pouvoirs publics pour lutter contre ces phénomènes peut leur permettre d'engranger des recettes fiscales supplémentaires et contribuer à réduire la consommation de boissons alcoolisées relativement peu coûteuses. L'encadré 5.2 du chapitre 5 revient en détail sur cette question.

Messages clés à l'intention des décideurs en matière de politiques de l'alcool

En résumé, il ressort des données d'observation existantes que :

- Il serait plus utile, pour l'élaboration des politiques, de déterminer les conséquences de la consommation d'alcool sur la santé au moyen d'indicateurs concernant la santé ayant un caractère plus général que les taux de mortalité.
- Lorsque l'on évalue les effets des politiques sur la santé, l'important est de savoir si réduire sa consommation est bénéfique ou non. La plupart des consommateurs d'alcool seraient en meilleure santé s'ils buvaient moins.
- La baisse moyenne de la consommation d'alcool qui se produit sous l'action de mesures fondées sur la population dans son ensemble peut être moins marquée chez les personnes ayant une consommation nocive d'alcool que chez celles qui ont une consommation non nocive. Cependant, les effets sur la santé ne sont pas proportionnels à la consommation, de sorte que même une faible diminution de la consommation est susceptible d'avoir une incidence relativement marquée sur la santé.

À l'inverse :

- Du fait de ces politiques, certains buveurs modérés pourraient réduire leur consommation au risque d'une détérioration de leur état de santé, d'où il résulte que les pouvoirs publics désireux de lutter contre les méfaits de l'alcool doivent prendre des décisions en sachant si les effets – en termes de santé, d'emploi et sociaux plus généralement – sur la majorité des buveurs justifient des approches couvrant l'ensemble de la population.

- Les inquiétudes relatives aux effets régressifs de certaines politiques de l'alcool sont légitimes.
- Les préoccupations relatives à la production et au commerce illicite doivent être prises en compte.

Plusieurs de ces questions sont commentées plus en détail dans le cadre de l'analyse des impacts d'actions publiques spécifiques, présentée dans le chapitre 5.

Stratégies mondiales et nationales de réduction de la consommation nocive d'alcool

Il est possible, grâce à des stratégies de prévention efficaces, de réduire les effets néfastes pour la santé et les préjudices sociaux causés par une consommation nocive d'alcool. En 1979, l'Assemblée mondiale de la santé a appelé les États membres de l'OMS à élaborer et à adopter des lois et des mesures adéquates pour lutter contre l'abus d'alcool (OMS, 1979). Ces initiatives ont débouché en 2010 sur l'adoption de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (OMS, 2011), qui porte sur dix domaines d'action à l'échelle nationale, notamment : l'action des services de santé, l'action à l'échelon local, les mesures de lutte contre l'alcool au volant, la réduction de l'accessibilité à l'alcool, l'action sur le marketing et les politiques de prix, l'action contre les conséquences néfastes de l'intoxication alcoolique et la réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool produit de manière illicite et informelle.

Les décideurs et les chercheurs s'accordent à penser qu'il n'existe pas de mesure capable à elle seule de limiter la consommation nocive. Les pays ont plutôt tendance à adopter et à associer différentes mesures dans les différents domaines d'action recensés par l'OMS dans le but de réduire la consommation nocive. Bien que les politiques de l'alcool soient globalement comparables entre les pays, en termes de types de mesures appliquées, elles varient considérablement en ce qui concerne la manière dont celles-ci sont mises en œuvre et les limites légales de l'application des lois. Les niveaux de concentration d'alcool dans le sang autorisés pour les conducteurs varient, par exemple, de zéro (Hongrie, République slovaque et République tchèque) à 0.08 % au Royaume-Uni et aux États-Unis au niveau fédéral (OMS, 2014). À l'inverse, les États-Unis appliquent l'une des politiques les plus restrictives en ce qui concerne l'âge minimum légal pour consommer de l'alcool (21 ans).

L'un des principaux objectifs des politiques de l'alcool est de promouvoir la santé publique et le bien-être social. En outre, les politiques peuvent remédier aux lacunes du marché – en protégeant, par exemple, les consommateurs vulnérables (ex : les enfants) de l'exposition à l'alcool et les personnes autres que les consommateurs des préjudices causés par l'alcool, ainsi qu'en fournissant à l'ensemble des consommateurs des informations sur les effets de l'alcool. Notre analyse est explicitement axée sur ces mesures dont le principal objectif est de réduire la consommation nocive. Cependant, certaines politiques couvrant d'autres domaines peuvent aussi avoir des effets significatifs sur la consommation d'alcool et les préjudices liés, même si elles n'ont pas été fondamentalement conçues à cet effet – comme, par exemple, les mesures de sécurité routière, les politiques de lutte contre le chômage et de protection sociale. Le reste du chapitre décrit les politiques les plus couramment utilisées dans les pays de l'OCDE.

Influence des accords commerciaux sur les politiques nationales

Les politiques nationales et locales de lutte contre les méfaits de l'alcool sont de plus en plus controversées du fait de conflits potentiels avec les accords commerciaux internationaux signés par les pays. Dans ces accords conclus au sein de l'Union européenne, par exemple, ou de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), les boissons alcoolisées sont essentiellement assujetties aux mêmes règles que d'autres matières premières échangées. Certains ont notamment suggéré que les engagements contraignants visant à limiter la mise en œuvre de politiques protectionnistes, ou simplement la peur d'enfreindre ces engagements, sont susceptibles d'affaiblir les politiques nationales de lutte contre les méfaits de l'alcool (Grieshaber-Otto et al., 2000). Par exemple, le Comité des obstacles techniques au commerce de l'OMC a débattu d'inquiétudes exprimées par l'Union européenne et le Mexique à l'égard du récent projet de réglementation russe sur la sécurité des boissons alcoolisées qui réglemente, entre autres choses, le marquage et l'étiquetage des produits (OMC, 2012). La politique de prix minimum de l'Écosse a été contestée par les États membres de l'Union européenne au motif de restrictions présumées à la concurrence et au commerce international susceptibles de résulter de la mise en œuvre de cette politique.

Principales approches dans la panoplie des politiques de l'alcool

Politiques de prix

Les pouvoirs publics influent sur les prix de l'alcool au moyen de taxes ou de contrôles directs des prix, y compris de prix unitaires minimums, afin de faire évoluer la consommation. Pratiquement tous les pays de l'OCDE appliquent des taxes sur les boissons alcoolisées. En revanche, les politiques de prix minimum sont moins fréquentes et n'ont que récemment suscité l'intérêt d'un nombre limité d'États, même si un plus grand nombre de pays appliquent des mesures pour éviter la vente de boissons alcoolisées à de très bas prix, comme indiqué dans l'encadré 4.1.

Taxes

Si les taxes sur l'alcool ont été initialement conçues comme un moyen permettant d'augmenter les recettes publiques (Smith, 1776), elles sont aujourd'hui de plus en plus considérées comme une mesure de santé publique (Rice, 2012). La démarche la plus courante consiste à combiner des droits d'accise et des taxes sur la valeur ajoutée. Les deux principales façons d'appliquer les droits d'accise aux boissons alcoolisées peuvent être utilisées de façon indépendante ou combinée selon les pays. Les droits d'accise peuvent être fonction de la teneur en alcool (ex : pourcentage d'alcool dans un verre) ou du volume de produit, ou calculés en pourcentage de la « valeur » du produit (droits d'accise *ad valorem*). Les effets des différentes taxes peuvent varier de manière substantielle et il convient de planifier avec le plus grand soin d'éventuelles modifications des taxes (Keen, 1998 ; Sassi et al., 2013). L'une des questions importantes à prendre en considération dans la conception d'une taxe concerne les effets de substitution susceptibles d'être déclenchés par des évolutions des prix. Par exemple, l'introduction d'une taxe sur les alcoops en Allemagne a simplement fait glisser la consommation des boissons à base de spiritueux vers les boissons à base de bière (Anderson et al., 2012a). Se pose aussi la question de la réduction potentielle du poids des taxes sur l'alcool dans le prix des boissons, en l'absence d'indexation sur l'inflation, ce qui risque d'en amoindrir les effets sur la consommation.

Le graphique 4.1 résume la position relative des pays de l'OCDE en termes de niveau des droits d'accise prélevés sur chaque type de boisson alcoolisée, calculés à parité de pouvoir d'achat et basés, pour les composantes *ad valorem*, sur les taux moyens imputés aux sous-types (le cas échéant) de boissons et les prix moyens. Les informations sur la fiscalité de l'alcool ont été tirées des données collectées par l'OCDE sur les taxes sur la consommation (OCDE, 2014). Pour chaque type de boisson, les pays sont répartis en trois terciles dans le graphique (taxation relativement faible, intermédiaire et relativement élevée). Les pays du nord de l'Europe, notamment la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède, de même que le Royaume-Uni et l'Australie, se classent régulièrement dans le tercile supérieur de taxation pour l'ensemble des boissons alcoolisées. À l'inverse, les taxes sur l'alcool les plus faibles sont appliquées dans les pays du sud de l'Europe, notamment l'Espagne, la France, l'Italie et le Portugal, dans les pays du centre de l'Europe – Allemagne, Autriche et Suisse – et aux États-Unis. Si les bières et les spiritueux sont assujettis à des droits d'accise dans tous les pays de l'OCDE, un certain nombre d'entre eux ne taxent pas le vin (seule une taxe sur la valeur ajoutée est appliquée). Dans le graphique 4.1, les pays du tercile inférieur en matière de droits d'accise sur le vin n'appliquent notamment pas de tels droits, ou en appliquent à des taux symboliques.

L'impact des variations de prix des boissons alcoolisées a été amplement étudié et un corpus cohérent de données d'observation révèle que la hausse des taxes, dès lors qu'elle est répercutée sur le consommateur, réduit la consommation d'alcool. L'élasticité de la consommation d'alcool par rapport aux variations de prix tend à être proportionnellement plus importante chez les buveurs modérés que chez les gros buveurs (Manning et al., 1995), chez les femmes que chez les hommes (Elder et al., 2010), et chez les adultes que chez les jeunes (Gallet, 2007), même si un certain nombre d'études soulignent que les adolescents et les jeunes adultes réagissent fortement aux variations de prix (ex. : Xu et Chaloupka, 2011), et l'effet varie souvent selon les groupes ethniques (aux États-Unis par exemple, An et Sturm, 2011). L'élasticité prix varie également selon le type de boisson et apparaît généralement plus faible pour la bière que pour le vin et les spiritueux (Wagenaar et al., 2009). On a découvert que les variations de l'élasticité moyenne par rapport aux prix de l'alcool entre les pays s'expliquaient dans une large mesure par la différence de consommation d'alcool par habitant, la diversité des boissons et la proportion d'éthanol dans celles-ci (Fogarty, 2006 ; 2008). En outre, l'élasticité estimée varie selon les études, en fonction des méthodes utilisées et de la façon dont l'étude est construite. L'essentiel de l'effet de la hausse des taxes sur l'alcool sur la consommation dépend de l'ampleur de la répercussion des taxes sur les consommateurs. En 1991, une hausse de neuf dollars des droits d'accise fédéraux américains sur la bière a entraîné une augmentation quasi immédiate des prix de vente au détail de 15 USD à 17 USD (Young et Bielinska-Kwapisz, 2002). Plus récemment, une comparaison de la manière dont les taxes sur l'alcool sont répercutées sur les consommateurs en Irlande, en Finlande, en Lettonie et en Slovénie a révélé un schéma plus complexe et hétérogène, marqué par un taux de répercussion s'échelonnant de 0 (aucune modification du prix de vente au consommateur) pour l'alcool à consommer sur place en Irlande à 2.5 pour l'alcool à emporter en Slovénie (hausse du prix de 2.5 fois la hausse de la taxe) pour la bière, et de 0.1 (alcool à consommer sur place en Irlande) et à 1.4 (alcool à emporter en Finlande) pour les spiritueux (Rabinovich et al., 2012).

Graphique 4.1. Niveaux des droits d'accise sur l'alcool dans les pays de l'OCDE (terciles)

	Bière	Vin	Spiritueux
Allemagne			
Australie		-	
Autriche			
Belgique			
Canada			
Danemark			
Espagne			
Estonie			
États-Unis			
Finlande			
France			
Grèce			
Hongrie			
Irlande			
Islande			
Israël			-
Italie			
Japon			
Luxembourg			
Norvège			
Nouvelle-Zélande			
Pays-Bas			
Pologne			
Portugal			
République slovaque			
République tchèque			
Royaume-Uni			
Slovénie			
Suède			
Suisse			
Turquie	-		

Note : Les cellules les plus claires représentent le premier tercile de taxation (la plus faible), les cellules les plus sombres représentent le troisième tercile de taxation (la plus élevée) et les cellules de ton intermédiaire représentent le deuxième tercile. Il n'a pas été possible de classer l'Australie en ce qui concerne la taxation du vin, Israël en ce qui concerne la taxation des spiritueux et la Turquie en ce qui concerne la taxation de la bière. Au Canada, les autorités provinciales et territoriales également appliquent des majorations et perçoivent des droits sur l'alcool qui excèdent généralement ceux pratiqués au niveau fédéral.

Source : OCDE (2014), *Tendances des impôts sur la consommation 2014* : « TVA/TPS et droits d'accise : Taux, tendances et questions d'administration », Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/ctt-2014-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303851>

Prix minimums

Les prix minimums ont pour but d'augmenter le prix des alcools très bon marché et donc d'en limiter l'accessibilité financière. Par rapport aux taxes (taxes sur les ventes et droits d'accise, par exemple), la fixation d'un prix minimum peut induire des effets plus importants sur les gros buveurs car ils ont tendance à acheter de l'alcool bon marché, comme on le voit dans la Section spéciale III, établie par Ludbrook, après le chapitre 4. Les supermarchés et les magasins de vente d'alcool à emporter sont habituellement les principaux à pâtir de l'impact des prix minimums car le secteur de la vente d'alcool à consommer sur place affiche généralement des prix supérieurs aux prix minimums.

Les hausses des prix qui résultent des politiques de prix minimum ne génèrent pas de recettes fiscales, l'argent supplémentaire dépensé en alcool par les consommateurs revenant aux distributeurs et n'étant pas reversés au Trésor comme c'est le cas pour les taxes (Brennan et al., 2008). Cependant, l'introduction (ou la variation) des prix minimums n'est peut-être pas neutre au plan fiscal car elle est susceptible de modifier l'assiette fiscale qui sert à l'application des taxes en vigueur.

Les politiques de prix minimum présentent à la fois des avantages et des inconvénients par rapport à la taxation. Les prix minimums doivent être systématiquement appliqués aux ventes d'alcool des distributeurs, alors que les hausses des taxes peuvent ou non entraîner des hausses des prix dans les lieux de consommation (Ally et al., 2014). Ainsi, les promotions tarifaires demeurent possibles avec le système des taxes alors qu'elles sont extrêmement limitées par le système de prix minimum. L'un des avantages relatifs du second système par rapport au premier est qu'il a le plus d'effets sur les gros buveurs. À l'inverse, les pouvoirs publics de plusieurs pays de l'Union européenne, dont la Bulgarie, l'Espagne, la France, l'Italie, la Pologne et le Portugal, ont fait part à la Commission européenne de leurs inquiétudes concernant la loi écossaise sur les prix unitaires minimums, au motif d'une potentielle infraction aux règles de libre échange.

Encadré 4.1. Les politiques de prix minimum, quelle que soit la façon de les désigner

Le débat actuel sur les politiques de prix minimum est généralement axé sur des mesures visant à fixer des seuils de prix précis au-dessous desquels il est interdit de vendre des boissons alcoolisées aux consommateurs. Les pouvoirs publics peuvent cependant avoir recours à différentes mesures pour augmenter de façon sélective les prix de l'alcool bon marché, lesquelles sont examinées ci-dessous.

Le Canada applique actuellement des politiques de prix minimum, mais sous différentes formes dans différentes provinces. En Colombie-Britannique, des prix minimums ont été établis pour les boissons alcoolisées dès 1989 et modifiés au fil du temps, sans être indexés sur l'inflation toutefois. Les prix minimums varient actuellement de 0.25 CAD l'once pour la bière, le cidre et les alcopops (mélanges alcoolisés rafraîchissants ciblant une clientèle jeune) à 3 CAD l'once pour les spiritueux (hors taxes sur les ventes) et ne sont pas liés à la teneur en alcool. Le Saskatchewan a adopté une politique de prix minimum en 2003. Depuis 2010, les prix minimums sont adaptés en fonction de la teneur en alcool, d'où un prix uniforme par verre standard pour tous les types et volumes de boissons (Stockwell et al., 2012a). Les règles de prix minimum ont également été modifiées en Ontario en 2010 et associent des seuils de prix à la teneur en alcool par volume pour certaines boissons (la bière, par exemple). Les prix sont également indexés sur l'inflation en Ontario¹.

L'approche adoptée en Écosse prévoit la fixation d'un prix minimum par unité d'alcool pour toutes les boissons. Une loi a été votée en mai 2012 qui établit un prix minimum de 0.50 GBP par unité d'alcool, mais des problèmes juridiques retardent encore son application, comme expliqué dans la Section spéciale de Martin McKee présentée à la suite de ce chapitre. Les prix minimums doivent être calculés à partir de la formule $MPU \times S \times V \times 100$, où MPU représente le prix minimum par unité, S le titre alcoométrique et V le volume de boisson en litres². Par exemple, si le prix minimum par unité d'alcool est fixé à 0.50 GBP, le titre alcoométrique est de 14 % et le volume de 75 cl, le prix minimum auquel la boisson alcoolisée peut être vendue est de 5.25 GBP ($0.50 \text{ GBP} \times 14 \% \times 0.75 \times 100$).

L'éventuelle adoption de prix minimums pour l'alcool fait l'objet de débats en Angleterre et en Australie (Australian National Preventive Health Agency, 2013). Par ailleurs, l'Irlande prévoit d'instaurer un prix unitaire minimum dans le prochain projet de loi de santé publique sur l'alcool ainsi que d'autres mesures. Celles-ci pourraient notamment porter sur une réglementation du marketing et de la publicité (pour l'alcool), sur l'étiquetage des produits alcoolisés ainsi que sur une « séparation structurelle » de l'alcool et des autres produits dans les magasins généralistes.

Encadré 4.1. Les politiques de prix minimum, quelle que soit la façon de les désigner (suite)

Le chapitre 5 étudie des données d'observation des effets des prix minimums sur la consommation d'alcool, lesquelles sont principalement fondées sur des travaux de Stockwell et al. (2012a ; 2012b) dans les provinces canadiennes de Colombie-Britannique et du Saskatchewan, et montrent que la consommation a été réduite de façon significative à la suite des hausses des prix minimums. La même équipe de chercheurs a identifié des données probantes révélant les effets bénéfiques directs des hausses des prix minimums sur la santé et les soins en Colombie-Britannique. Une augmentation de 0.10 CAD des prix minimums moyens semble notamment avoir permis d'éviter 166 hospitalisations de courte durée attribuables à l'alcool durant la première année suivant l'augmentation et 275 hospitalisations de longue durée deux ans plus tard (Stockwell et al., 2013). Des études détaillées (également commentées dans le chapitre 5) ont également été entreprises par l'Université de Sheffield au Royaume-Uni qui estiment l'impact potentiel des prix minimums en Écosse et en Angleterre, notamment une réduction de plus de 480 000 hospitalisations et de 15 000 décès sur dix ans en Angleterre après l'instauration de prix unitaires minimums de 0.50 GBP (Brennan et al., 2008).

Interdiction des ventes à perte

L'interdiction des ventes à perte empêche les distributeurs de vendre des boissons alcoolisées à un prix inférieur à la somme des droits d'accise et de la taxe sur la valeur ajoutée due sur ces boissons. Ce type de politique est fondé sur le principe selon lequel les distributeurs ne doivent pas utiliser les boissons et les produits d'appel alcoolisés en les vendant au-dessous de leur coût commercial ou de tout autre équivalent (Hunt et al., 2011).

Plusieurs États membres de l'UE – *Belgique, Espagne, France, Italie, Luxembourg et Pologne notamment* – interdisent la vente à perte, ce qui s'applique aux boissons alcoolisées sans qu'elles soient spécifiquement désignées (Hunt et al., 2011). L'interdiction de vente à perte a été abrogée en *Irlande* en 2006 (Rabinovich et al., 2009).

Une interdiction de la vente à perte visant spécifiquement les boissons alcoolisées a récemment été instaurée en *Angleterre* et au *pays de Galles*. Le prix minimum est calculé en appliquant le taux de TVA actuel aux droits d'accise dus sur la boisson, lesquels diffèrent en fonction de son titre alcoométrique. En conséquence, une canette de bière de 440 ml (4 % d'alcool par volume ou titre alcoométrique de 4 %) ne peut pas être vendue moins de 0.4 GBP, une bouteille de vin de 750 ml (titre alcoométrique de 12.5 %) moins de 2.46 GBP et une bouteille de spiritueux de 700 ml (titre alcoométrique de 37.5 %) moins de 8.89 GBP. Les distributeurs peuvent continuer de faire des promotions sur la vente d'alcool (« une bouteille achetée, une bouteille gratuite » par exemple), dans les hôtels et restaurants ou offrir des bons de réduction pour des boissons alcoolisées pour autant qu'ils fassent en sorte que le prix d'achat total reste supérieur au prix autorisé pour ces produits.

Outre le fait qu'elles évitent que l'alcool soit utilisé comme un produit d'appel, les interdictions de vente à perte peuvent prévenir les pratiques concurrentielles déloyales susceptibles de porter préjudice aux petits producteurs et distributeurs, et de dissuader d'éventuels nouveaux concurrents d'entrer sur le marché (Hunt et al., 2011). À l'inverse, les prix de l'alcool bon marché ne sont que peu augmentés, d'où des effets incertains sur la consommation nocive. Les chercheurs de l'Université de Sheffield estiment que l'impact minimum de l'interdiction de la vente à perte est « d'environ 40 à 50 fois plus faible que l'impact estimé d'un prix unitaire minimum de 0.45 GBP » (Meng et al., 2013).

Majorations et marges bénéficiaires minimums

Pour les pouvoirs publics, une autre option consiste à imposer aux distributeurs de boissons alcoolisées des majorations ou des marges bénéficiaires minimums. Cette mesure se fonde sur un principe similaire à celui qui sous-tend les interdictions de vente à perte, mais va plus loin en établissant un effet dissuasif visant à décourager la vente et la consommation d'alcool bon marché.

Plusieurs États américains imposent des marges bénéficiaires minimums. Le Kansas, par exemple, réglemente à la fois le prix de vente de l'alcool aux distributeurs agréés et les majorations minimums du prix de l'alcool vendu par ces distributeurs [...] afin qu'ils ne stimulent pas indument la vente et la

Encadré 4.1. Les politiques de prix minimum, quelle que soit la façon de les désigner (suite)

consommation de boissons alcoolisées [...]³. De même, l'Ohio fixe des majorations minimums pour les prix de gros (33.3 %) et les prix de vente au détail (50 % ou 40 % pour les ventes promotionnelles). La majoration du prix de gros et du prix de vente au détail définit le prix minimum auquel une boisson alcoolisée peut être venue aux consommateurs.

Le Canada utilise aussi le système des majorations minimums. La province de l'Alberta applique une majoration forfaitaire qui varie selon le type de boisson alcoolisée (spiritueux, mélanges alcoolisés rafraîchissants, vin et bière) et la teneur en alcool. Les majorations varient actuellement entre 0.20 CAD pour la bière dont le titre alcoométrique est inférieur à 12 % produite par de petites brasseries (production inférieure à 20 000 hectolitres par an) et 17.87 CAD pour les spiritueux dont le titre alcoométrique est supérieur à 60 %. Les Territoires du Nord-Ouest imposent des majorations fixes. Celles-ci ont été augmentées de 10 % en 2009 dans le but d'entraîner une hausse de 7 % des prix des spiritueux et de 5 % des prix des autres boissons alcoolisées, « dans l'espoir que ces mesures inciteront les personnes à réfléchir et à réduire leur consommation »⁴. La Société des alcools du Nunavut applique également aux prix des boissons alcoolisées des majorations à un taux forfaitaire par litre. Une commission administrative de 0.27 CAD par litre est également prélevée. Les majorations actuelles par litre sont de 26.11 CAD pour les spiritueux, de 7.96 CAD pour le vin, de 3.27 CAD pour les mélanges alcoolisés rafraîchissants et de 2.37 CAD pour la bière.

Interdictions et restrictions imposées aux promotions

Des interdictions ou des restrictions peuvent être imposées à des événements promotionnels de type « happy hours », « ladies nights » (soirées où les boissons sont gratuites pour les filles), « 2 verres pour le prix d'un », boissons à prix spécial et boissons à volonté pour un prix forfaitaire pendant une tranche horaire donnée. Les promotions peuvent revêtir différentes formes et il n'existe pas de norme ou de définition juridique de ce qu'est une promotion, tout du moins au niveau de l'Union européenne (Rabinovich et al., 2012).

La province canadienne de l'Ontario limite les promotions de type « happy hours » et « 2 verres pour le prix d'un » (CCLAT – Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool : Réduire les méfaits au Canada, 2012). Une réforme récente de la Loi sur les alcools de la Colombie-Britannique (juin 2014) autorise certaines promotions tarifaires (les « happy hours », par exemple) sous réserve que les boissons ne soient pas vendues au-dessous du prix minimum⁵.

Aux États-Unis, des dispositions législatives sont appliquées dans de nombreux États qui limitent ou interdisent des pratiques telles que : distribuer gratuitement des boissons alcoolisées, servir de nouveaux verres tant que les anciens n'ont pas été complètement terminés, vendre à prix réduit certains jours et à certains horaires spécifiques, proposer une consommation illimitée de boissons à prix forfaitaire pendant une tranche horaire donnée, augmenter le volume de boissons sans en augmenter le prix et utiliser des boissons alcoolisées comme prix ou récompenses⁶.

La France interdit également la vente de boissons alcoolisées à prix fixe (Loi n° 2009-879), mais des exceptions ont été instaurées pour les foires et autres fêtes traditionnelles (Décret n° 2011-613). Les promotions tarifaires sur l'alcool à consommer sur place (« happy hours » ou « 2 verres pour le prix d'un », par exemple) demeurent interdites en Irlande malgré l'abrogation de l'interdiction des ventes à perte en 2006 (Rabinovich et al., 2009).

Les analyses des chercheurs de l'Université de Sheffield ont révélé qu'interdire des rabais supérieurs à 20 % sur les prix de l'alcool à emporter aurait un effet similaire à celui de l'instauration d'un prix minimum de 0.35 GBP en Angleterre. Ces travaux ont également montré que des restrictions strictes affecteraient surtout la consommation de vin et que les interdictions de rabais uniquement appliquées aux alcools à bas prix (moins de 0.30 GBP par unité) ne seraient pas efficaces pour réduire la consommation. Une interdiction totale des rabais sur les prix de l'alcool à emporter pourrait éventuellement réduire de 2.8 % la consommation globale (Brennan et al., 2008).

Encadré 4.1. Les politiques de prix minimum, quelle que soit la façon de les désigner (suite)

Une série d'études, qui mettent en évidence le lien entre une augmentation de la consommation nocive d'alcool et différents types de promotions, fournit des indications sur les effets positifs potentiellement associés aux interdictions et restrictions. Aux États-Unis, des rabais sur les prix de l'alcool à consommer sur place et à emporter ont été associés à une augmentation de la suralcoolisation épisodique chez les étudiants d'université (Kuo et al., 2003). Les promotions sur les boissons à prix spécial et les boissons à volonté sont généralement associées à des concentrations d'alcool jusqu'à quatre fois plus importantes dans les tests d'alcoolémie (Thombs et al., 2008 ; Thombs et al., 2009). Il semble que les comportements d'alcoolisation de certains groupes (ex : femmes, jeunes de moins de 21 ans, étudiants vivant sur des campus) soient plus influencés par les promotions de type « happy hours », ce qui accroît le risque de conduite sous l'emprise de l'alcool et de violences (Baldwin et al., 2014).

1. www.canlii.org/en/on/laws/regu/o-reg-116-10/latest/o-reg-116-10.html#history.

2. Voir : [www.scottish.parliament.uk/S3_Bills/Alcohol%20etc.%20\(Scotland\)%20Bill/b34as3-stage3-ml.pdf](http://www.scottish.parliament.uk/S3_Bills/Alcohol%20etc.%20(Scotland)%20Bill/b34as3-stage3-ml.pdf).

3. Voir la loi de l'État du Kansas, 41-1114 à l'adresse : http://kansasstatutes.lesterama.org/Chapter_41/Article_11/#41-1127.

4. Voir : www.fin.gov.nt.ca/press-releases/mar-31-2009/.

5. Voir : www.pssg.gov.bc.ca/lclb/docs-forms/policy-directive-2014-07.pdf.

6. Voir NHTSA-Happy hour 2005, disponible à l'adresse : <http://captus.samhsa.gov/prevention-practice/prevention-approaches/policy-adoption/2>.

Réglementations et mesures d'application**Réglementer la publicité pour l'alcool**

Les pays se servent d'un large éventail de mesures pour réglementer le marketing de l'alcool. Il s'agit souvent de mesures d'autoréglementation et de corégulation qui transfèrent au secteur des boissons alcoolisées la responsabilité de fixer des limites relatives au marketing. Cependant, il semblerait que les effets de l'autoréglementation du marketing déçoivent (OMS, 2007 ; Anderson et al., 2009 ; Jernigan et al., 2013). Cette situation est souvent liée au faible taux de participation et au manque de discipline, ainsi qu'au non-respect de normes pourtant librement acceptées (Jones et al., 2008 ; KPMG LLP, 2008), encore que l'US Federal Trade Commission ait constaté que le respect des normes était généralement correct aux États-Unis (FTC, 2014). Lorsque des interdictions de faire de la publicité sont imposées, elles sont souvent partielles et ne portent, par exemple, que sur certains produits (comme les boissons présentant un titre alcoométrique élevé), certains médias (comme la télévision) ou certaines tranches horaires. Les interdictions partielles ont tendance à n'avoir que des effets limités sur la consommation globale d'alcool, les dépenses publicitaires étant simplement consacrées à d'autres supports ou à d'autres cibles. Le recours croissant aux médias qui traversent les frontières nationales (l'internet, par exemple) et aux réseaux sociaux à des fins de marketing de l'alcool incite à penser que les pouvoirs publics qui cherchent à réglementer le marketing devront réfléchir à des mesures transfrontalières parallèles (OMS, 2014).

Un marketing massif de l'alcool est considéré avoir un lien de causalité avec la consommation d'alcool, notamment en raison de son impact sur les habitudes des adolescents et des plus jeunes (Anderson et al., 2009 ; Snyder et al., 2006). La publicité est une industrie mondiale qui utilise des techniques de marketing de plus en plus sophistiquées dans les médias traditionnels (télévision et supports papier, par exemple), les opérations de promotion des marques et de parrainage, le placement de produits

dans des films et des spectacles, les présentoirs des points de vente et, plus récemment, les nouveaux médias tels que l'internet, les réseaux sociaux et les smartphones. La réglementation de la publicité est une pratique bien établie dans l'OCDE. Les pays imposent pour la plupart des interdictions partielles pour empêcher le marketing de boissons alcoolisées de certains types (les spiritueux, par exemple), à certains horaires (lorsqu'un public est essentiellement composé de jeunes, par exemple) ou via des médias spécifiques (la télévision, par exemple). La réglementation peut aussi cibler le contenu et le mode de communication des messages publicitaires. La Directive 89/552/CE du Conseil de l'UE d'octobre 1989 considère par exemple que la publicité télévisée pour les boissons alcoolisées ne devraient pas s'adresser spécifiquement aux mineurs ou présenter des mineurs consommant de l'alcool, qu'elle ne devrait pas associer l'alcool à une amélioration de la performance physique, à la conduite, à la réussite sociale ou sexuelle, etc. Dans un certain nombre de cas, ces restrictions s'appliquent parallèlement à des codes d'autoréglementation du secteur des boissons alcoolisées.

Encadré 4.2. Réglementation du marketing de l'alcool en France

En France, le marketing de l'alcool est réglementé par la Loi Évin de 1991 qui est souvent considérée, en particulier dans sa forme originale, comme l'un des codes les plus complets sur le sujet. Il s'agit de l'une des rares politiques sur le marketing de l'alcool qui réglemente à la fois le contenu de la publicité et les médias par le biais desquels les publicités sont diffusées. Cette loi interdit la publicité à la télévision et au cinéma pour toutes les boissons alcoolisées dont le titre alcoométrique dépasse 1.2 %. Le parrainage d'événements sportifs ou culturels est également interdit. Par exemple, la coupe du monde de football qui s'est déroulée en France en 1998 ne pouvait pas être parrainée par des sociétés du secteur des boissons alcoolisées. La publicité pour l'alcool n'est autorisée que dans la presse pour adultes, sur les panneaux d'affichage, sur les stations de radio (sous certaines conditions) et lors de certaines manifestations ou dans certains lieux spécifiques (foires aux vins, par exemple). Dans ce cas, les messages et les images ne doivent pas être conçus pour susciter l'intérêt des jeunes et doivent uniquement avoir pour but d'informer. De ce fait, ils ne peuvent que mentionner des caractéristiques « objectives » du produit (teneur en alcool, origine, modes de production, par exemple). La publicité doit également comporter une mise en garde en matière de santé (« L'abus d'alcool est dangereux pour la santé »). La Loi Évin ne réglemente pas l'envoi par courrier de publicités pour l'alcool ni les manifestations traditionnelles (l'arrivée du beaujolais nouveau en novembre, par exemple).

En 2008, la Loi Évin a été amendée afin de couvrir la publicité pour l'alcool via l'internet et dans les éditoriaux des journaux et magazines. Le marketing de l'alcool est autorisé sur l'internet tant qu'il n'est ni intrusif ni interstitiel (une annonce publicitaire interstitielle est une publicité qui s'affiche avant la page internet visée). En 2012, la cour d'appel de Paris a donné une interprétation plus restrictive du marketing de l'alcool sur les médias sociaux. Concernant une affaire de marketing de l'alcool sur Facebook, la cour est parvenue à la conclusion que le marketing via ce média devait être considéré comme intrusif en raison de son caractère automatique (c'est-à-dire que les utilisateurs ne contrôlent pas les messages présentés).

Le jugement a également mis en lumière deux autres modes de diffusion. Les applications mobiles des marques d'alcool sont autorisées s'il s'agit de logiciels en ligne (c'est-à-dire qu'une connexion internet est nécessaire pour utiliser l'application). La promotion de l'alcool dans des films diffusés sur l'internet n'est pas interdite, sous réserve que leur contenu respecte la loi.

Encadré 4.2. **Réglementation du marketing de l'alcool en France** (suite)

Les infractions à la loi entraînent des sanctions pécuniaires. Toute personne est en droit de contester une publicité et porter à l'attention du tribunal une publicité qu'elle considère comme non conforme à la loi. L'ANPAA (*Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie*), notamment, est intervenue massivement dans ce domaine. Durant les dix premières années qui ont suivi l'adoption de la loi, 50 publicités ont été contestées devant les tribunaux français et 45 des plaintes ont été retenues. L'une des conséquences indirectes de la loi est que les publicités pour l'alcool ont perdu l'essentiel de leur caractère « séduisant ». Une évaluation de la loi a été publiée par le cabinet du Premier ministre en 1999^{*}.

* www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004000708.pdf

Encadré 4.3. **Réglementation du marketing de l'alcool en Norvège**

La Norvège applique sans doute la réglementation du marketing de l'alcool la plus stricte de l'OCDE. La politique est définie dans la Loi sur l'alcool et en particulier son chapitre 9 « Interdiction de la publicité pour les boissons alcoolisées » et les dispositions supplémentaires de son chapitre 14. La Loi sur l'alcool interdit toute forme de communication de masse sur l'alcool, y compris les publicités dans les journaux imprimés, les films, à la radio, la télévision, via les réseaux téléphoniques, les réseaux de données, les panneaux publicitaires, les enseignes et autres dispositifs lumineux similaires, les illustrations et les expositions. La distribution de documents imprimés ou d'échantillons commerciaux est interdite. À l'inverse, il est possible de publier des éditoriaux pour autant que les textes ne soient pas proposés par un producteur d'alcool ou un publicitaire.

La loi est appliquée par le ministère de la Santé et des Services de soins. La Direction des affaires sanitaires et sociales assure la surveillance et impose des sanctions en cas d'infraction à la loi et aux réglementations. Toute personne vivant dans le pays est en droit de déposer plainte contre les publicités auprès de cette Direction, y compris les citoyens et les organisations. Les statistiques indiquent que le nombre de plaintes a augmenté au fil du temps. Si un publicitaire est reconnu coupable, la Direction des affaires sanitaires et sociales demande en général que le marketing illicite cesse. Cependant, si celui-ci est poursuivi, des sanctions peuvent être imposées. La sévérité et la nature des sanctions varient selon les affaires et dépendent des recettes de l'entreprise.

Encadré 4.4. **Réglementation du marketing de l'alcool en Finlande**

En décembre 2013, la Comité des affaires sanitaires et sociales du Parlement finlandais a publié un rapport afin de durcir davantage la réglementation du marketing des boissons alcoolisées dans les lieux publics. L'aspect le plus innovant de cette loi est que la Finlande est l'un des premiers pays de la zone OCDE à tenter de réglementer la publicité sur l'internet et les médias sociaux.

La réglementation du marketing de l'alcool déjà existante interdisait la publicité pour les boissons alcoolisées fortes (titre alcoométrique supérieur à 22 %) à l'exception des publicités dans les magasins d'alcool et les restaurants, ainsi que des publicités ciblant les revendeurs (les propriétaires de restaurant, par exemple). À l'inverse, la publicité pour les boissons modérément alcoolisées (titre alcoométrique compris entre 1.2 % et 22 %) était autorisée tant qu'elle ne ciblait pas les mineurs, ne suggérait pas de lien entre consommation d'alcool et réussite sociale ou sexuelle, et n'était pas diffusée dans les cinémas ou à la télévision entre 7 h 00 et 21 h 00.

Encadré 4.4. **Réglementation du marketing de l'alcool en Finlande** (suite)

La nouvelle réglementation a pour objectif spécifique de réduire l'exposition des enfants aux publicités pour l'alcool. C'est pour cette raison que l'horaire limite de diffusion des publicités à la radio et à la télévision a été repoussé à 22 h 00 afin de tenir compte des évolutions inhérentes à la façon dont les jeunes utilisent les médias. Une nouvelle interdiction de la publicité en extérieur et de la promotion lors de manifestations publiques (à l'exception des foires internationales) a également été instaurée, ainsi qu'une interdiction de la promotion de l'alcool dans les jeux, loteries et activités similaires. Cependant, l'aspect le plus innovant de la nouvelle politique concerne l'instauration de mesures restreignant le marketing de l'alcool via les médias sociaux. L'interdiction couvre les contenus textuels et visuels publiés par les consommateurs (c'est-à-dire les contenus générés par les utilisateurs) ou qui sont destinés à être partagés par les consommateurs. L'interdiction ne couvre pas les pages personnelles des consommateurs, comme les pages personnelles sur Facebook par exemple.

Les enquêtes en recherche de violation de la loi sont effectuées par la Valvira (autorité de surveillance nationale pour le bien-être et la santé) au niveau national et par les autorités des provinces au niveau infranational (si des restaurants ou des publications locales enfreignent la loi, par exemple). En outre, toute personne peut déposer une plainte qui est ensuite traitée par le Conseil de l'éthique publicitaire. La pratique commerciale contrôlée peut être maintenue jusqu'à ce qu'elle soit interdite par l'autorité de surveillance. Cependant, en cas de violation particulièrement évidente de la loi, le publicitaire peut être prié de suspendre l'opération de marketing dans l'attente de la décision finale. Dans la plupart des cas, la sanction se limite à une interdiction, mais la Valvira peut également imposer des amendes pour faire retirer une publicité illicite, par exemple. En cas d'infractions répétées, le publicitaire peut être traduit devant le tribunal de commerce (Market Court) qui peut décider du montant de l'amende.

Encadré 4.5. **Réglementation du marketing de l'alcool en Israël**

Au début 2012, le Parlement israélien a voté une loi qui est entrée en vigueur à la mi-2014 et limite la publicité et le marketing des boissons alcoolisées. La nouvelle loi est issue d'une proposition de loi, mais a été avalisée et promue par le ministère de la Santé. La loi se compose de quatre éléments. Premièrement, une interdiction totale de la publicité en extérieur ainsi que des documents imprimés et des publicités télévisées ciblant les enfants et les adolescents. Deuxièmement, l'interdiction de dons, de primes ou de récompenses sous forme de boissons alcoolisées. Troisièmement, des limites relatives à l'apparence, la structure et la quantité de publicité par édition. Ces limites couvrent les publicités sur l'internet, ce qui n'avait pratiquement jamais été fait, en dépit des complexités de cette démarche.

Le quatrième élément concerne l'apposition obligatoire d'un avis de mise en garde sur les boissons alcoolisées et les publicités autorisées (sur papier, via internet, la télévision et la radio) dont le texte, la longueur, la taille et l'apparence sont prédéterminés. Bien que l'article initial de la loi prévoyait d'apposer la mise en garde sur le « devant de l'emballage », les pressions des secteurs de la production et du commerce des boissons alcoolisées ont permis de déplacer l'avis au « dos de l'emballage », endroit moins stratégique.

La loi s'est accompagnée d'une réforme de la fiscalité des boissons alcoolisées adoptée en 2010 et mise en œuvre à la mi-2013. La réforme a entraîné une augmentation de 21.28 NIS à 105 NIS de la taxe sur la teneur en alcool par litre, indépendamment du prix hors taxe de la boisson, avec pour objectif d'augmenter le prix des boissons alcoolisées relativement bon marché à teneur élevée en alcool.

Les effets de ces réformes parallèles seront évalués dans les deux prochaines années.

Réglementer l'étiquetage des boissons alcoolisées

Dans de nombreux pays, l'étiquetage de certains types de produits alimentaires doit fournir aux consommateurs des informations sur leur contenu (les ingrédients, par exemple), la quantité et la longévité des produits, et les mettre en garde contre des risques potentiels pour la santé (allergies par exemple). Selon les informations collectées par l'OMS (2014), la teneur en alcool doit être indiquée sur le récipient dans la grande majorité des pays (116 sur 167). L'obligation de faire figurer sur l'étiquette une mise en garde contre les conséquences pour la santé d'une consommation excessive d'alcool ou des messages destinés à interdire la vente de boissons alcoolisées à des mineurs est une pratique beaucoup moins courante (31 pays sur 167). Dans l'Union européenne, l'étiquetage des boissons alcoolisées est régi par le règlement 1169/2011, concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires, en vertu duquel les récipients des boissons alcoolisées doivent fournir des informations sur la teneur en alcool. Ce règlement exonère cependant les boissons alcoolisées de l'obligation de donner la liste des ingrédients ou de communiquer des informations nutritionnelles. La France est le seul État membre de l'UE qui impose d'intégrer une mise en garde sanitaire sur les étiquettes des boissons alcoolisées.

Encadré 4.6. Étiquetage des boissons alcoolisées aux États-Unis

Les États-Unis sont l'un des rares pays dotés d'une politique d'étiquetage obligatoire pour les récipients de boissons alcoolisées. Les étiquettes de mise en garde sanitaire ont été introduites en 1988 dans le cadre de la Loi sur l'étiquetage des boissons alcoolisées promulguée en tant que loi fédérale. La mise en garde sanitaire indique « MISE EN GARDE DES POUVOIRS PUBLICS : 1) Le directeur général de la Santé déconseille aux femmes enceintes de consommer des boissons alcoolisées en raison de risques de malformations congénitales. 2) La consommation de boissons alcoolisées réduit votre capacité à conduire un véhicule ou à utiliser des machines, et peut occasionner des problèmes de santé ». Selon les textes d'application, la mise en garde sanitaire doit figurer sur l'étiquette de la marque ou sur une étiquette distincte apposée sur le devant ou le dos de « toute boisson alcoolisée ». La mise en garde doit dans tous les cas être distincte et séparée de l'ensemble des autres informations figurant sur l'étiquette du produit. Les textes d'application prévoient également que la mise en garde doit être lisible dans des conditions normales, en stipulant que la mention doit figurer sur un fond contrasté et en imposant une taille minimum pour le message en fonction de la taille du contenant. La formule « mise en garde des pouvoirs publics » doit figurer en lettres capitales et en gras.

Les travaux de Wilkinson et Room (2009) indiquent que l'instauration d'étiquettes obligatoires aux États-Unis a entraîné une sensibilisation accrue de la population aux messages qu'elles véhiculaient. Le procureur général (Attorney General) est chargé de faire appliquer la loi par l'intermédiaire des procureurs de district. Une infraction à la loi peut être portée à l'attention du tribunal de district compétent ayant juridiction pour prévenir et limiter les infractions. La violation de la loi peut constituer un délit civil et faire l'objet d'une amende susceptible d'atteindre 10 000 USD par jour d'infraction (montant ajusté pour tenir compte de l'inflation).

Encadré 4.7. Étiquetage des boissons alcoolisées au Royaume-Uni

En 2007, l'industrie britannique de l'alcool a conclu un accord volontaire avec le ministère de la Santé prévoyant d'instaurer des étiquettes de mise en garde sanitaire sur les récipients des boissons alcoolisées dès 2008. L'accord avait pour objectif de sensibiliser davantage la population et de la familiariser aux directives nationales en matière de consommation d'alcool ainsi qu'aux risques induits par la consommation durant la grossesse. Parmi les cinq éléments inclus dans le système d'étiquetage, trois sont « obligatoires » (pris en compte pour évaluer la conformité) et deux sont « optionnels ». Les éléments obligatoires sont le nombre d'unités d'alcool dans le récipient, les directives de consommation quotidienne du Chief Medical Officer du Royaume-Uni relatives à une consommation à faible risque (c'est-à-dire 3-4 unités/jour pour les hommes et 2-3 pour les femmes), et une mise en garde pour les femmes enceintes. Les éléments optionnels sont une mention du site internet *Drinkaware* (organisme caritatif indépendant promouvant une consommation raisonnable) et un appel à la responsabilité (« à consommer avec modération », par exemple).

Une enquête indépendante menée au début 2009 a révélé que 85 % des étiquettes ne comportaient pas les éléments obligatoires prévus par l'accord volontaire (Mayor, 2010). Les anomalies les plus courantes portaient sur des modifications de la formulation de la mise en garde sanitaire (en incluant, par exemple, le nom de la marque dans le texte), des contrastes de ton insuffisants et l'utilisation de caractères de taille significativement plus petite.

En mars 2011, les pouvoirs publics britanniques ont annoncé un accord de responsabilisation en matière de santé publique qui prévoyait un élargissement du système d'étiquetage volontaire. En vertu du nouvel accord, l'industrie de l'alcool s'engageait à ce que plus de 80 % des produits exposés à la vente portent une étiquette comportant les trois éléments obligatoires en décembre 2013 au plus tard. Un contrôle indépendant a été mandaté au début 2014, dont les résultats n'ont pas encore été publiés. En décembre 2013, le Sous-Secrétaire d'État au ministère de la Santé (Parliamentary Under-Secretary of State, Department of Health) a mentionné des données d'observations du Portman Group (association britannique des principaux producteurs d'alcool) qui indiquent qu'au début 2012, la conformité vis-à-vis de l'accord volontaire d'étiquetage était supérieure à 60 %. Aucune autorité officielle n'a été désignée pour faire appliquer le dispositif ou sanctionner les infractions.

Encadré 4.8. Étiquetage des boissons alcoolisées en Thaïlande

En janvier 2010, la Thaïlande a avisé le Comité des obstacles techniques au commerce de l'OMC de son intention d'adopter une loi plus stricte sur l'étiquetage des boissons alcoolisées. La proposition était fondée sur trois éléments. Le premier concernait l'interdiction de faire figurer sur l'emballage des mots ou des phrases susceptibles d'inciter le consommateur à croire que l'alcool peut améliorer la santé ou qu'une boisson alcoolisée spécifique est moins nocive qu'une autre pour la santé. Le deuxième prévoyait de faire figurer sur l'emballage une mise en garde indiquant qu'il est interdit de vendre des boissons alcoolisées aux mineurs. Le troisième, et l'obligation la plus novatrice, était que les emballages de boissons alcoolisées devaient comporter des mises en garde graphiques similaires à celles déjà utilisées pour les produits du tabac. La mise en garde doit être en couleur, fixée de façon permanente sur le récipient et couvrir 30 % au moins de la surface de l'emballage.

Les pouvoirs publics thaïlandais ont présenté six formules de mise en garde devant être renouvelées toutes les 1 000 unités produites. Les images montrent, par exemple, un foie cirrhotique et doivent être associées à une mise en garde sanitaire sur les effets potentiels de la consommation nocive (consommation d'alcool susceptible d'entraîner une cirrhose du foie, par exemple).

Un certain nombre de pays membres du comité de l'OMC ont exprimé leur inquiétude à l'égard de la proposition de la Thaïlande, pour des motifs techniques et législatifs. La nouvelle loi sur l'étiquetage des boissons alcoolisées n'a pas encore été appliquée à ce jour.

Limiter l'accès à l'alcool

Pratiquement tous les pays imposent un âge minimum légal pour l'achat de boissons alcoolisées. La plupart des pays mentionnés dans le graphique 4.2 utilisent le même seuil d'âge minimum pour les ventes d'alcool à consommer sur place (bars, restaurants, par exemple) et à emporter (magasins, par exemple). Les seuils diffèrent dans de rares cas et sont généralement plus élevés pour les ventes d'alcool à consommer sur place. Une deuxième manière de limiter l'accessibilité aux boissons alcoolisées consiste à restreindre la densité des points de vente, soit par un monopole d'État soit par une réglementation commerciale. Autre méthode : imposer des restrictions sur l'octroi de licences et les heures d'ouverture des points de vente. La réglementation de l'offre des boissons alcoolisées est susceptible de produire des effets considérables sur la consommation d'alcool (Stockwell et Chikritzhs, 2009 ; Livingston et al., 2007 ; Gruenewald, 2007) et sur la santé. Cependant, une politique régissant rigoureusement l'accessibilité des boissons alcoolisées doit toujours être accompagnée de mesures de coercition efficaces, dès lors l'effet indirect pourrait être l'apparition d'activités informelles sur le marché.

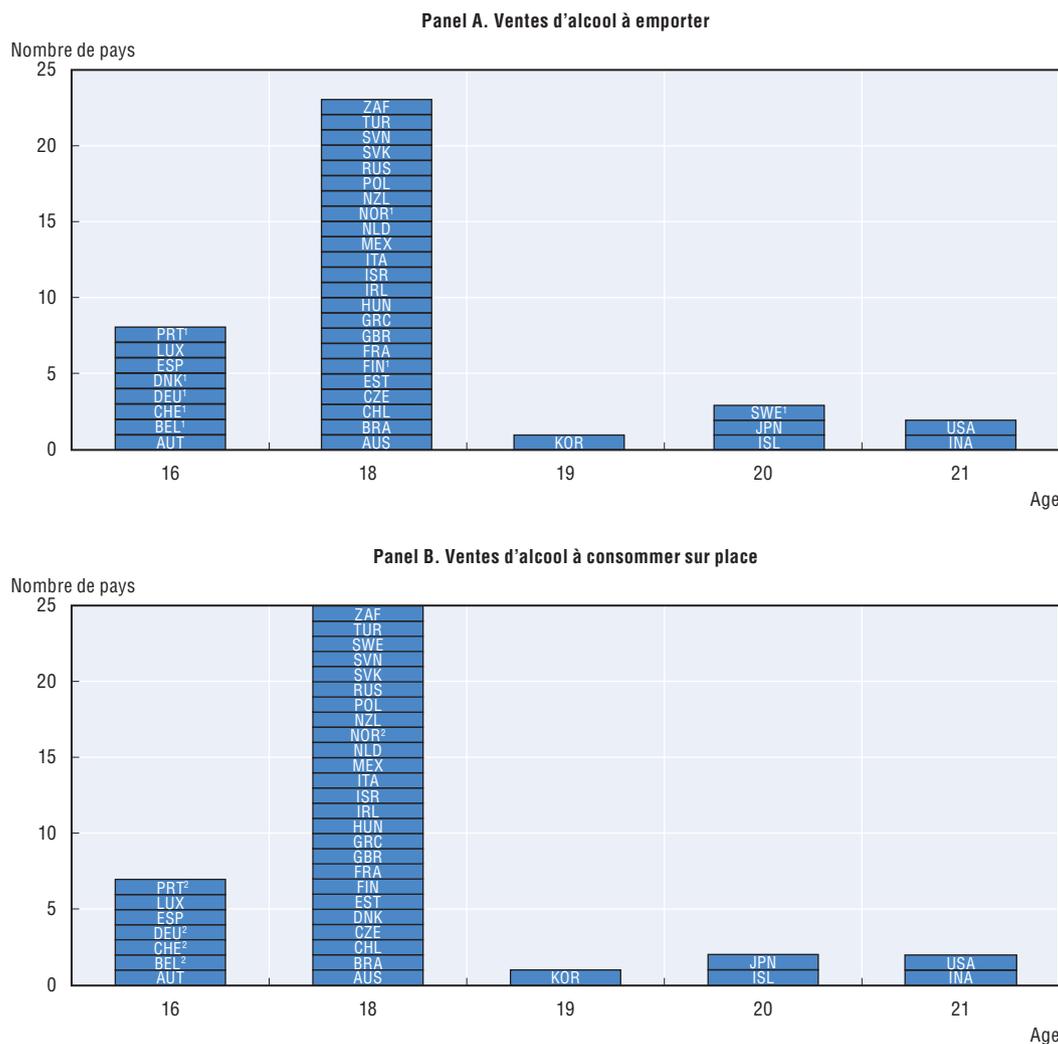
La limitation de l'accessibilité aux boissons alcoolisées est une méthode utilisée par de nombreux États pour réduire la consommation et les méfaits au niveau individuel. Les mesures dans ce domaine peuvent affecter les distributeurs (alcool à emporter) ainsi que les bars et les restaurants (alcool à consommer sur place), et reposer sur différentes approches visant à réduire l'accessibilité. Il peut s'agir, par exemple, d'interdictions de vente dans des zones, points de vente ou situations spécifiques, de régimes de monopole public pour la vente en magasin, de la fixation d'un âge minimum légal pour acheter et consommer de l'alcool, de restrictions des horaires d'ouverture ou de vente en magasin, et de réglementations de la densité des points de vente par le biais de licences ou autrement (Anderson et al., 2012b). Trois analyses systématiques récentes fournissent un résumé complet des données d'observation des effets de ces politiques (Popova et al., 2009 ; Hahn et al., 2010 ; Bryden et al., 2012).

Dans les pays où il existe des monopoles publics, les importations et les ventes d'alcool sont contrôlées de façon centralisée – l'État détient directement les points de vente au détail ou impose des régimes stricts d'octroi des licences dans l'intérêt de l'ordre public. De solides données d'observation démontrent, en particulier dans les pays du nord de l'Europe, que cette politique est efficace pour réduire la consommation d'alcool. Des travaux estiment que la fin des monopoles là où ils existent pourrait entraîner une augmentation significative de la consommation nocive (Holder, 2008). Des monopoles partiels (couvrant certains types de boissons uniquement) peuvent entraîner un phénomène de substitution marqué par une augmentation de la consommation d'autres types de boissons (Nelson, 2003). Dans les pays de l'OCDE où il n'existe pas de monopole, il est peu probable qu'un tel système soit mis en place à l'avenir.

Tous les pays de l'OCDE sont déjà dotés d'une politique fixant l'âge minimum légal auquel les jeunes peuvent acheter ou détenir de l'alcool. L'application de cette mesure est parfois difficile et il est fréquent que les mineurs consomment de l'alcool dans de nombreux pays. Les données d'observation existantes indiquent que l'instauration d'une politique fixant un âge minimum améliore les résultats en matière de santé (Carpenter et Dobkin, 2011) bien que les effets puissent être de courte durée (Miron et Tetelbaum, 2009). La marge de manœuvre d'un durcissement de cette politique semble limitée dans les pays de l'OCDE. Toutefois, les pays qui débattent d'un éventuel abaissement de l'âge minimum

légal fixé pour consommer de l'alcool (États-Unis, par exemple) pourraient profiter d'une évaluation des effets de ces politiques. Le graphique 4.2 présente un résumé des niveaux de l'âge minimum légal dans des pays de l'OCDE et l'annexe A une liste plus détaillée des âges minimums dans différents pays.

Graphique 4.2. **Âge minimum légal national pour les ventes d'alcool, pays de l'OCDE et principaux partenaires**



Note Panel A (1) : En Allemagne, en Belgique, au Danemark, au Portugal et en Suisse, l'âge minimum pour les spiritueux est de 18 ans. En Finlande et en Norvège, il est de 20 ans. En Suède, l'âge minimum est de 20 ans pour le vin et les spiritueux, et de 18 ans pour la bière.

Note Panel B (2) : En Allemagne, en Belgique, au Portugal et en Suisse, l'âge minimum est de 18 ans pour les spiritueux. Il est de 20 ans en Norvège.

Source : OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, OMS, Genève, et correspondants nationaux de l'OCDE. Plus de détail dans le tableau A.3 de l'annexe A.

Parmi les interventions utilisées par les pouvoirs publics des pays de l'OCDE pour limiter l'accessibilité de l'alcool, la réglementation de la densité des points de vente et/ou des horaires d'ouverture est une mesure documentée par les données d'observation relativement nombreuses. Un important corpus d'informations existe sur les effets de ces politiques, même si les études sont très hétérogènes. Un large éventail de mesures sont évaluées

par rapport à un vaste ensemble d'effets (réduction de la consommation d'alcool, des violences, des agressions, des accidents de la circulation, des hospitalisations, etc., par exemple) et les études révèlent que ces mesures n'ont pas toutes des effets positifs et statistiquement significatifs. En conséquence, il peut s'avérer particulièrement difficile d'établir des prévisions solides des effets probables d'une politique donnée si elle est adoptée dans un contexte spécifique.

La corrélation entre la densité des points de vente et les méfaits de l'alcool est clairement confirmée par les données d'observation (Babor et al., 2010), mais celles-ci sont moins claires concernant le lien entre la densité et la consommation d'alcool, comme en attestent les conclusions contradictoires des travaux de Scribner et al. (2000) et Pollack et al. (2005). Aucune corrélation statistiquement significative n'a été découverte entre la densité et la consommation moyenne d'alcool, mais un lien a été identifié avec la suralcoolisation épisodique (Connor et al., 2011). On dispose d'informations probantes de l'efficacité des restrictions imposées aux horaires d'ouverture au niveau local dans des pays tels que l'Australie (Douglas, 1998 ; Gray et al., 1999, par exemple) et au niveau international en Suède (Norstrom et Skog, 2005). Cependant, la majeure partie des études s'intéressent aux effets des élargissements des horaires d'ouverture et non à leur réduction.

Encadré 4.9. **Limiter l'accès à l'alcool en Islande**

La politique de l'alcool de l'Islande se fonde essentiellement sur une réglementation de l'accessibilité de l'alcool dans le but, notamment, de limiter l'accès des jeunes aux boissons alcoolisées. Cette mesure est principalement mise en œuvre par le biais d'une restriction des ventes de boissons alcoolisée très taxées. Les ventes d'alcools sont régies par un monopole d'État (ÁTVR) qui gère à ce jour 48 magasins de vente d'alcool (12 dans la capitale) et un magasin de vente en ligne. Les magasins sont généralement ouverts entre 11h00 et 18h00, mais certains points de vente ont des horaires légèrement plus larges et peuvent rester ouverts jusqu'à 20h00, par exemple. L'Islande n'a pas adopté de politique pour réglementer la densité des points de vente d'alcool et, en réalité, le nombre de magasins par habitants a augmenté au fil du temps. En 1922, il n'y avait qu'un magasin d'alcool pour 13 600 habitants et ce nombre a augmenté à un pour 6 800 habitants en 2010. Cependant, dans la mesure où l'ÁTVR est détenu par le ministère des Finances, il est clair que les pouvoirs publics disposent d'un important pouvoir décisionnel en ce qui concerne le nombre de points de vente. À l'inverse, les ventes d'alcool à consommer sur place et la production des boissons alcoolisées ne sont réglementées que par le biais d'un régime de licences. L'une des autres caractéristiques du système islandais est que l'âge légal pour acheter de l'alcool est de 20 ans bien que l'âge de la majorité soit de 18 ans. L'État islandais considère le recours à un régime de monopole comme le moyen plus efficace pour faire appliquer l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool. Une enquête sur les attitudes des Islandais vis-à-vis des dispositions actuelles relatives aux ventes d'alcool révèle qu'environ 20 % seulement de la population n'en sont pas satisfaits (Jónsson et Kristjánsson, 2013 ; ministère des Affaires sociales, 2014). Les établissements de soins, les établissements scolaires et les transports publics sont des lieux où l'alcool est interdit en vertu de la loi. Des restrictions statutaires partielles existent pour les bureaux de l'administration publique et les événements sportifs, tandis qu'une autoréglementation volontaire s'applique aux autres espaces publics (les rues, les parcs, par exemple), les lieux de travail et les manifestations récréatives. En janvier 2014, la Direction de la Santé d'Islande et les ministères de l'Intérieur, de l'Éducation et des Affaires sociales ont approuvé une nouvelle politique de prévention des drogues et de l'alcool qui restera en vigueur jusqu'en 2020. Son premier objectif est de restreindre l'accès à l'alcool. L'un des autres objectifs de la politique est de prévenir une initiation précoce à la consommation d'alcool. Les mesures pratiques qui permettront d'atteindre ces objectifs font encore l'objet de débats.

Encadré 4.10. **Limiter l'accès à l'alcool en Italie**

En août 2010, l'Italie a élargi les modalités de la loi interdisant les ventes nocturnes de boissons alcoolisées dans les stations-services sur les grandes routes et les aires de service des autoroutes. Initialement, la loi interdisait les ventes de spiritueux à consommer sur place entre 22 h 00 et 6 h 00. La nouvelle loi a étendu cette interdiction à la vente de spiritueux à emporter et interdit la vente de tout type d'alcool entre 2 h 00 et 6h00. Les infractions à la loi sont passibles d'amendes susceptibles de s'élever à 10 500 EUR et, en cas de récidive, à un mois de suspension de licence de vente d'alcool. Depuis que la loi est appliquée, le nombre d'accidents sur les routes a considérablement diminué durant les heures visées. Selon les dernières statistiques publiées par l'Institut national des statistiques italien (ISTAT), les accidents de voiture sur les grandes routes faisant au moins un blessé ou un décès ont diminué de 15.3 % entre 2010 et 2011, et de 14 % supplémentaires entre 2011 et 2012.

Politiques de prévention de la conduite sous l'emprise de l'alcool

Une concentration élevée d'alcool dans le sang est un facteur de risque important pour les accidents, les blessures et les décès sur la route. Tous les pays ont adopté des politiques visant à empêcher la conduite d'un véhicule motorisé sous l'emprise de l'alcool. Un certain nombre d'entre eux ont instauré des seuils différents d'alcoolémie, d'ordinaire plus stricts, pour les conducteurs professionnels et les jeunes car ils sont plus exposés au risque d'accident de la route. La vérification du respect des seuils fixés est généralement assurée par la mise en place de postes de contrôle de l'alcoolémie où des alcootests sont effectués de manière aléatoire. Les sanctions qu'encourent les conducteurs présentant un degré d'alcoolémie supérieur au seuil toléré varient, allant des amendes et à la suspension ou à la révocation du permis de conduire, et peuvent comprendre des peines de prison et un traitement obligatoire pour les conducteurs alcoolodépendants. Une stratégie stricte en matière d'application de la loi est essentielle pour que les politiques de lutte contre l'alcool au volant soient efficaces.

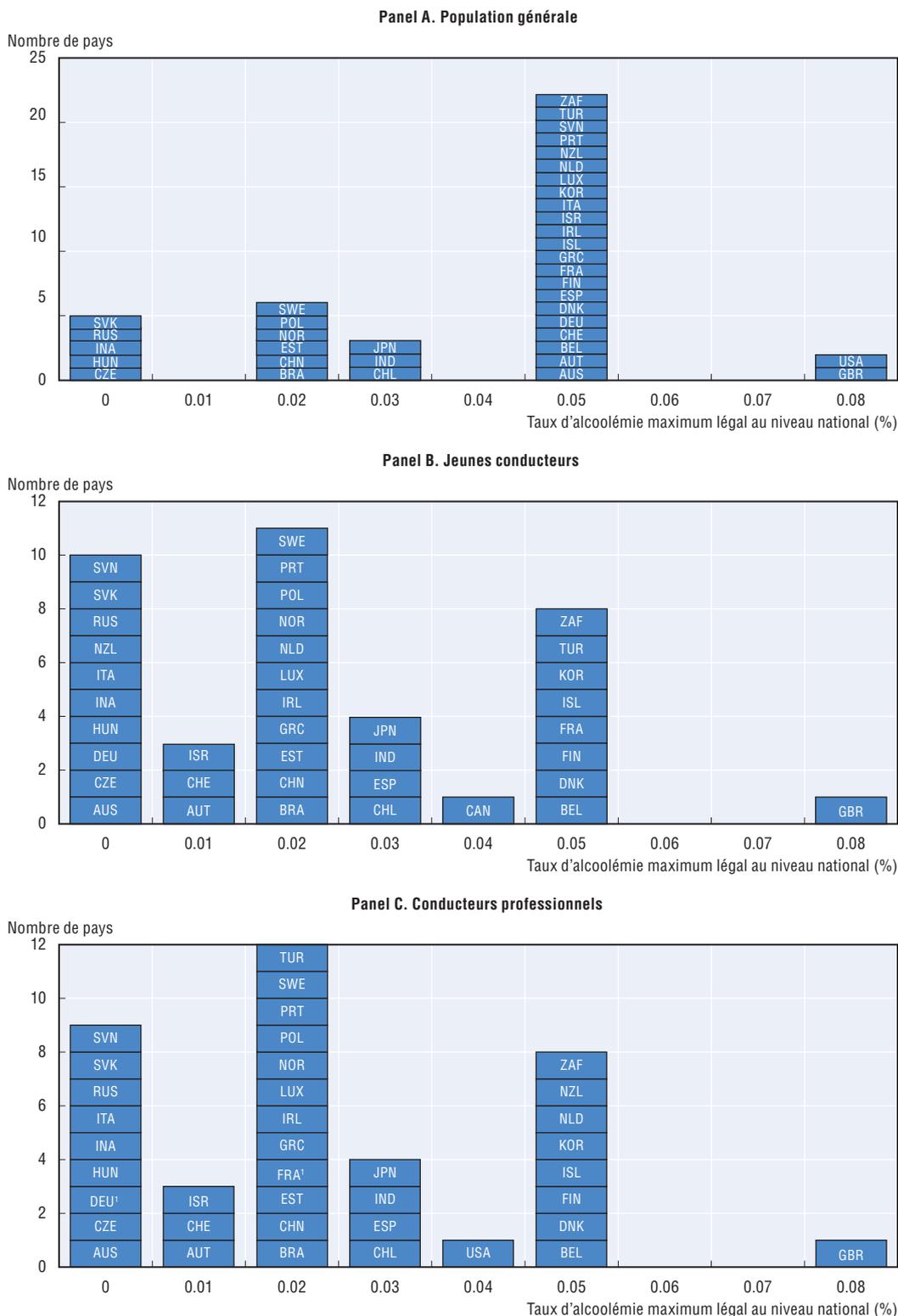
L'alcool est l'un des principaux facteurs à l'origine des décès de la route d'enfants et de jeunes adultes de 5 à 29 ans (Peden, 2004). En général, on considère que l'application des lois interdisant la conduite sous l'emprise de substances (telles que l'alcool) est une mesure appropriée pour limiter les préjudices, mais dans la pratique, cette application est souvent aléatoire et la sanction n'intervient pas toujours en temps voulu et n'est pas toujours proportionnelle aux délits commis (Babor et al., 2010). De ce fait, les politiques existantes de lutte contre la conduite sous l'emprise de l'alcool ne sont pas toujours aussi efficaces qu'elles pourraient l'être et il reste beaucoup à faire pour améliorer leur capacité à réduire les accidents et les décès de la route dans de nombreux pays. Une étude du Bureau régional Europe de l'OMS (2009) consacrée aux mesures d'action publique destinées à lutter contre la conduite sous l'emprise de l'alcool et leur efficacité a envisagé diverses options : instauration ou abaissement des limites de taux d'alcoolémie pour tous les conducteurs ou pour des catégories de conducteurs à haut risque (tels que les jeunes et les conducteurs professionnels) ; désignation d'un « capitaine de soirée » (conducteur sobre) ; suspension du permis de conduire ; points de contrôle où des alcootests sont pratiqués.

Des données d'observation indiquent régulièrement que la capacité des conducteurs à conduire un véhicule est progressivement affectée par la prise d'alcool en raison de la hausse du taux d'alcoolémie, et l'on considère par conséquent que la fixation d'une limite légale de concentration d'alcool dans le sang a des effets positifs (Mann et al., 2001 ; Shults et al., 2001 ; Nagata et al., 2008). Les conducteurs dont le taux d'alcoolémie se situe entre 0.02 et 0.05 « ont au moins un risque trois fois supérieur de décéder dans un accident d'automobile et ce risque augmente à au moins six fois avec un taux d'alcoolémie compris entre 0.05 et 0.08, et à 11 fois avec un taux de 0.08 à 0.10 » (Killoran et al., 2010). Cependant, les effets positifs de cette mesure semblent diminuer avec le temps du fait d'une moindre perception du risque d'être pris en infraction (OMS – Bureau régional Europe, 2009), même si deux études au moins (Albalate et al., 2008 ; Eisenberg et al., 2003) n'ont pas recensé de diminution au bout de deux ans ou plus. Le contrôle du taux d'alcoolémie est l'intervention la plus courante dans les pays de l'OCDE et de nombreux pays imposent déjà des limites plus basses pour les jeunes et les conducteurs professionnels (jusqu'à une « tolérance zéro », comme en Australie). L'efficacité de cette mesure est bien documentée (Dee, 2001 ; Shults et al., 2001 ; Albalate, 2008 ; Russell et al., 2011). Le graphique 4.3 présente un résumé des niveaux de taux d'alcoolémie dans des pays de l'OCDE et l'annexe A une liste plus détaillée des limites dans chaque pays.

Les mesures promouvant la désignation d'un « capitaine de soirée », c'est-à-dire d'un membre d'un groupe de buveurs désigné pour rester sobre et conduire, ont une efficacité faible ou marginale (Ditter et al., 2005). Les interventions éducatives, telles que l'éducation en milieu scolaire, les programmes de formation des conducteurs et les campagnes grand public, se sont révélées inefficaces ou ont donné des résultats inégaux (Novoa et al., 2009 ; Elder et al., 2004), avec toutefois des résultats plus positifs pour les campagnes de sensibilisation à la sécurité routière (Phillips et al., 2011). La suspension administrative du permis de conduire ou sa révocation semblent des mesures efficaces pour réduire la conduite sous l'emprise de l'alcool lorsque la loi est appliquée (Wagenaar et al., 2007 ; Babor et al., 2010).

La Commission européenne et l'OMS insistent sur l'importance de la coercition pour garantir l'efficacité des lois interdisant la conduite sous l'emprise de l'alcool, et indiquent que les contrôles sélectifs d'alcoolémie et les contrôles aléatoires d'alcoolémie pour tester le taux d'alcoolémie constituent les interventions les plus pertinentes (Anderson et al., 2012). Les contrôles sélectifs, plus largement utilisés aux États-Unis, font que les agents chargés de veiller à l'application de la loi arrêtent systématiquement les véhicules en des endroits prédéterminés, souvent en fin de semaine ou la nuit. Si l'agent suspecte que le conducteur n'est pas en état de conduire, un test d'alcoolémie est demandé. Dans le cas des contrôles aléatoires, plus largement utilisés en Australie et en Europe, un conducteur peut être arrêté à tout moment et soumis à un alcootest. Ces interventions sont souvent mises en place avec le soutien de campagnes médiatiques pour sensibiliser davantage les conducteurs et accroître l'impact des messages de prévention (Shults et al., 2001). Les deux méthodes se sont avérées efficaces, mais une enquête nationale américaine et des données empiriques d'autres pays indiquent que les interventions à un point de contrôle et avec des alcootests ne font pas l'objet d'un déploiement systématique (Fell et al., 2003, par exemple).

Graphique 4.3. Taux d'alcoolémie maximum légal au niveau national, pays de l'OCDE et principaux partenaires



Note Panel C (1) : Les valeurs indiquées pour la France et l'Allemagne s'appliquent aux conducteurs de transports publics ; dans les deux pays, les autres conducteurs professionnels sont soumis à une limite de 0.05 %.

Source : OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, OMS, Genève, et correspondants nationaux de l'OCDE. Plus de détail dans le tableau A.3 de l'annexe A.

Encadré 4.11. Lutte contre la conduite sous l'emprise de l'alcool au Japon

Au début des années 2000, le Japon a engagé des réformes pour rendre sa politique de lutte contre la conduite sous l'emprise de l'alcool plus stricte. Les dispositions suivantes du code de la route ont été durcies par les deux réformes de juin 2002 et de septembre 2007.

Le premier point concerne la définition de la conduite sous l'emprise de l'alcool. La limite du taux d'alcoolémie a été abaissée à son niveau actuel de 0.3 mg/1 ml pour toutes les catégories de conducteurs (population générale, jeunes/jeunes conducteurs et conducteurs professionnels). Les conducteurs qui refusent de se soumettre à un alcootest sont passibles d'une amende limitée à 500 000 JPY ou d'une peine d'emprisonnement qui peut aller jusqu'à trois mois. En outre, les agents de police peuvent, à leur entière discrétion, déclarer un conducteur intoxiqué (c'est-à-dire en fort état d'ébriété) quel que soit son taux d'alcoolémie.

Le deuxième point concerne la sévérité des sanctions si le taux d'alcoolémie d'un conducteur est supérieur au seuil ou en cas d'accident de la circulation. Par rapport à avant 2002, le montant de l'amende a été multiplié par dix et peut atteindre 500 000 JPY (environ 5 000 USD) pour les conducteurs dont le taux d'alcoolémie est supérieur à 0.3 mg/1 ml et 1 million JPY (10 000 USD) pour les conducteurs déclarés intoxiqués. L'amende pécuniaire est associée à une suspension ou une révocation du permis de conduire en fonction de la gravité de l'infraction. Un conducteur reconnu en état d'ébriété est passible d'une amende qui ne peut excéder 1 million JPY ou d'une peine d'emprisonnement qui peut aller jusqu'à cinq ans et, en cas de conduite sous l'emprise de l'alcool, le conducteur est passible d'une amende qui ne peut excéder 500 000 JPY ou d'une peine d'emprisonnement qui peut aller jusqu'à trois ans. Si le conducteur est responsable d'un accident mortel, dès lors qu'il ne pouvait conduire normalement étant sous l'influence de l'alcool, il est passible d'une peine de prison qui va de un à vingt ans.

L'une des caractéristiques spécifiques de la loi japonaise est que des sanctions similaires sont appliquées aux personnes qui ont fourni un véhicule au contrevenant, à celles qui ont servi les boissons alcoolisées et aux autres passagers du véhicule. Malheureusement, nous ne disposons d'aucune donnée officielle concernant le degré d'application de la loi interdisant la conduite sous l'emprise de l'alcool. Les travaux de Nakahara et Ichikawa (2010) indiquent que le degré d'application n'a pas beaucoup évolué, sauf lors de campagnes de répression ponctuelles qui sont généralement lancées pendant les périodes de fêtes (fin d'année, par exemple). La notation de l'OMS relative au degré d'application de la loi par le Japon est l'une des plus élevées (8 sur une échelle de 1 à 10).

Encadré 4.12. Lutte contre la conduite sous l'emprise de l'alcool en Australie

L'Australie dispose de certaines des réglementations les plus anciennes et les plus complètes pour lutter contre la conduite sous l'emprise de l'alcool. Dans l'ensemble des États, il est illégal de conduire un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie de 0.05 g/100 ml ou supérieur. Les conducteurs professionnels (tels que les chauffeurs-routiers ou les conducteurs de bus), les jeunes conducteurs et les personnes ayant précédemment été sanctionnées pour conduite sous l'emprise de l'alcool doivent avoir un taux d'alcoolémie de zéro.

Après l'adoption de limites légales dans les années 80, la police a mis en place des mesures de coercition à grande échelle, principalement par le biais de points de contrôle de la sobriété et de contrôles aléatoires par alcootest. La plupart des États et territoires australiens fixent un objectif annuel pour le nombre de contrôles aléatoires d'alcoolémie équivalent à un tiers du nombre de conducteurs ayant un permis dans leur juridiction. Les agents de police sont autorisés à arrêter tout véhicule pour soumettre son conducteur à un alcootest ou d'autres personnes du véhicule s'ils ont des raisons suffisantes de suspecter qu'elles conduisaient.

Encadré 4.12. Lutte contre la conduite sous l'emprise de l'alcool en Australie (suite)

La police australienne peut arrêter une voiture sans motif ou preuve que le conducteur pourrait être en état d'ébriété. Le refus de se soumettre à un alcootest est considéré comme un délit grave. Dans le Queensland, par exemple, cette attitude est passible d'une amende de 4 000 AUD (3 733 USD) ou de six mois d'emprisonnement. Fournir un échantillon non probant (en ne soufflant pas comme il faut dans le kit d'alcootest, par exemple) est considéré comme un refus de se soumettre au contrôle. Les personnes dont le taux d'alcoolémie dépasse la limite légale sont passibles de lourdes amendes et d'un retrait de permis. Les contrevenants les plus dangereux sont passibles d'emprisonnement.

Des délits plus graves entraînent une augmentation significative du montant de l'amende et peuvent mener à un retrait du permis de conduire. En outre, un système d'antidémarrage éthylométrique peut être installé sur le véhicule de personnes reconnues coupables d'infractions graves à la loi interdisant la conduite sous l'emprise de l'alcool. Un tel système empêche de démarrer un véhicule si son conducteur a consommé de l'alcool. Le système d'antidémarrage impose au conducteur de se soumettre à un éthylotest avant de démarrer le véhicule et pendant un trajet.

Au cours des 30 dernières années, toutes les juridictions ont réussi à réduire les accidents et les décès de la route causés par l'alcool. En 1980, l'alcool jouait un rôle dans près de 45 % des décès de la route, et les dernières données de l'OMS indiquent que ce chiffre est tombé à 30 %.

Politiques éducatives

Les stratégies d'éducation et de persuasion comptent parmi les méthodes les plus courantes pour éviter, ou au moins retarder et réduire, la consommation de boissons alcoolisées chez les jeunes. Souvent, les interventions en milieu scolaire sont en particulier considérées comme des approches potentiellement efficaces pour prévenir les problèmes liés à l'alcool. Ces interventions ont pour principal objectif de sensibiliser les élèves aux dangers d'une consommation nocive d'alcool afin que les jeunes soient moins susceptibles de consommer de façon excessive. Les interventions portent pour la plupart sur les différents comportements qui sont mauvais pour la santé (habituellement la prise de tabac, d'alcool et de stupéfiants) plutôt que sur un seul. Elles peuvent comprendre une éducation normative (enseignement) et une formation aux aptitudes à résister. Les interventions peuvent cibler exclusivement les élèves ou inclure leur famille ou leur communauté aux activités. En général, ces programmes s'imposent à tous les élèves d'une classe ou d'une école, mais peuvent parfois être mis en place pour des sous-groupes spécifiques de population considérés à haut risque. Dans certains cas, ces interventions sont dispensées en une seule fois, mais la mise en place de sessions « de rappel » ultérieures semblent favoriser la pérennisation de comportements positifs dans le temps (Foxcroft et al., 2003 ; Foxcroft et al., 2011).

Les campagnes de sensibilisation aux risques d'une consommation excessive d'alcool sont courantes dans les pays de l'OCDE, y compris en dehors des milieux scolaires. Un examen des données d'observation existantes montre que de telles campagnes renforcent la connaissance des risques liés à une consommation nocive d'alcool (Anderson et al., 2012), mais l'évolution des conduites d'alcoolisation tend à être limitée et de courte durée. Toutefois, les campagnes d'information et d'éducation peuvent contribuer à l'ensemble des mesures de lutte contre la consommation nocive d'alcool car elles génèrent d'éventuelles synergies avec d'autres interventions. On a constaté que l'offre de messages éducatifs par des organismes de parrainage privés n'avait aucun effet significatif en matière de santé publique (Christie et al., 2001 ; Smith et al., 2006 ; Barry et Goodson, 2010).

Politiques de santé pour les gros buveurs et les buveurs dépendants

Dans la plupart des pays, les services de santé proposent des traitements pour les personnes qui consomment de grandes quantités d'alcool ou qui sont touchées par un problème de dépendance (OMS, 2010). On observe souvent deux types d'interventions. De brefs conseils sont dispensés aux patients par un médecin qualifié en vue de les informer des méfaits causés par une consommation excessive d'alcool, et de les aider à retrouver la maîtrise de leur consommation afin de la ramener à un niveau acceptable. Pour les patients atteints de problèmes plus graves, tels qu'une dépendance, les interventions associent habituellement une thérapie cognitivo-comportementale à un traitement pharmacologique. La difficulté qu'il y a à toucher la population concernée, qui limite donc la couverture globale, est le principal obstacle à une plus grande efficacité de cette approche. Selon une étude OMS-Europe (2009), moins de 10 % de la population ayant une consommation nocive d'alcool sont généralement repérés, et moins de la moitié des personnes diagnostiquées reçoit des conseils.

Interventions brèves dans le cadre des soins de santé primaires

Des services de conseil destinés aux personnes ayant une consommation nocive d'alcool sont proposés sous différentes formes dans les pays de l'OCDE, par l'intermédiaire par exemple du système médical (hôpitaux, foyers, services ambulatoires) ou de services sociaux. Les médecins généralistes jouent notamment un rôle essentiel en tant que premier point de contact pour les patients ayant besoin de services de soins et en tant que conseillers sur le mode de vie et la prévention pour les patients qui ne sont pas en demande de soins. S'agissant de l'alcool, les interventions brèves ciblent généralement cette deuxième catégorie de patients et ont pour but de réduire la consommation chez les gros buveurs. Un important corpus de données d'observation a été constitué pour évaluer un certain nombre d'approches différentes ou d'approches combinées. Plusieurs études quantitatives et qualitatives s'intéressent à l'efficacité escomptée des interventions brèves mises en œuvre dans différents contextes, testent les effets des interventions gérées par des personnels non médecins et révèlent l'importance du dépistage en tant que composante complémentaire de l'intervention. D'anciennes études indiquent également que les faibles taux de couverture de cette intervention (OMS-Europe, 2009) sont dus au manque de temps des médecins et à des obstacles liés aux mécanismes de remboursement (NICE, 2010).

Malgré des conclusions qui justifient la mise en œuvre d'un dépistage de routine de l'alcool et démontrent ses avantages, le taux de dépistage de l'alcool dans les centres de soins demeure relativement faible. Aux États-Unis, par exemple, le CDC a calculé qu'une personne sur six seulement a déjà parlé à un médecin ou à un autre professionnel de santé de sa consommation d'alcool (CDC, 2014a). En Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord, un tiers des personnes admises dans les hôpitaux avec une maladie du foie liée à l'alcool connue ne sont pas aiguillées dans le cadre de leurs soins vers des services de soutien susceptibles de les aider à arrêter de boire (NCEPOD, 2013). En Italie, 15 % seulement des personnes ayant eu un contact avec un médecin ont été interrogées sur leur consommation d'alcool (CNEPS, 2014).

Plusieurs stratégies ont été identifiées comme efficaces pour promouvoir le recours à des procédures de dépistage d'autres problèmes médicaux (maladies cardio-vasculaires, par exemple) dans les centres de soins. Ces stratégies peuvent être classées en cinq grandes catégories : i) sessions éducatives de groupe, ii) éducation par des collègues respectés (c'est-à-dire des leaders d'opinion), iii) retour d'information sur les résultats, iv) formation des médecins (c'est-à-dire formation continue), v) incitations financières ou sanctions (Fleming, 1997).

Aux États-Unis, le CDC et d'autres agences fédérales soutiennent et encouragent les efforts visant à intégrer le dépistage des problèmes d'alcool et les interventions brèves dans des structures de soins primaires, notamment au travers d'un guide qui identifie un processus et des ressources pour aider les établissements de soins primaires à planifier et mettre en oeuvre de telles actions (CDC, 2014b). Kaiser Permanente a développé un programme fondé sur un outil de dépistage convivial qui a fait progresser le taux de recours chez les patients, jusqu'à atteindre des taux de 90 % dans les centres où le dispositif est fortement appuyé par les managers (alors que le taux est de 65 % en moyenne)¹. La loi sur les soins financièrement abordables (Affordable Care Act) impose aux nouveaux plans d'assurance maladie de couvrir le dépistage des problèmes d'alcool et les interventions brèves sans participation du patient à la dépense.

Les pouvoirs publics britanniques ont intégré le dépistage de l'alcool comme l'une des cinq interventions clés du Clinical Directed Enhanced Services Project (projet pour des services cliniques améliorés et ciblés) en 2008. En 2012-13, les médecins généralistes ont reçu une rémunération supplémentaire de 2.38 GBP pour effectuer un dépistage et une intervention brève auprès des nouveaux patients de plus de 16 ans. Plusieurs commissions locales ont augmenté les incitations financières afin d'élargir la couverture. Une étude d'Hamilton et al. (2013) est parvenue à la conclusion que les incitations financières entraînaient une augmentation statistiquement significative du pourcentage de patients dépistés pour consommation abusive d'alcool.

Interventions brèves sur le lieu de travail

Le lieu de travail peut présenter toute les caractéristiques nécessaires pour mener à bien des programmes efficaces de prévention. La majeure partie de la population adulte est employée et passe beaucoup de temps sur son lieu de travail où l'environnement et la pression des collègues façonnent les comportements et les modes de vie des individus, habitudes de consommation d'alcool comprises. Du point de vue de l'employeur, la mise en place de programmes de prévention destinés à s'attaquer à la consommation nocive d'alcool peut générer des effets économiques positifs. Différentes études soulignent les conséquences négatives des habitudes nocives de consommation sur l'absentéisme, le « présentéisme », la baisse de productivité, les mauvaises relations entre travailleurs, le chômage et les coûts de santé (Anderson et al., 2012). La mise en oeuvre de programmes de prévention pourrait renforcer les évolutions positives du mode de vie des employés et réduire les coûts à la charge des employeurs liés aux effets négatifs des comportements dangereux d'alcoolisation des travailleurs (Dale et Livingstone, 2010). Ces interventions sont commentées plus en détail dans la Section spéciale IV de Marjana Martinic présentée après ce chapitre.

Thérapies pharmacologiques et psychosociales de la dépendance à l'alcool

L'alcoolodépendance affecte des millions de personnes dans la zone OCDE. La dépendance est associée à une importante morbidité et il existe des traitements efficaces pour réduire celle-ci. Pour la seule Union européenne, on estime qu'entre 11 millions (Rehm et al., 2012) et 12 millions de personnes (OMS, 2008), essentiellement des hommes, sont affectées par cet état, lequel est considéré responsable de trois quarts des décès imputables à l'alcool et de 60 % des coûts sociaux de l'alcool. On a de plus en plus recours au traitement pharmacologique – lequel est souvent associé à une thérapie psychosociale – pour réduire la consommation d'alcool ou pérenniser l'abstinence dans le cadre du traitement de

personnes alcoolodépendantes. Le traitement peut être dispensé dans des centres de soins primaires et communautaires, même si dans la pratique il est souvent proposé, ou tout du moins initié, par des spécialistes et dans des milieux hospitaliers.

Plusieurs médicaments existants (globalement équivalents) ont été testés dans des études primaires et des analyses systématiques (Rösner et al., 2010 ; Rösner et al., 2011). Les essais parviennent le plus souvent à la conclusion que les médicaments peuvent être efficaces pour traiter l'alcoolodépendance sous réserve qu'ils soient utilisés parallèlement à des interventions ciblant le comportement (psychosociales). Ces interventions ont été décrites et testées dans un certain nombre d'études (Morley et al., 2006 ; Baltieri et Guerra de Anchade, 2004 ; Lui et al., 2008 ; Mason et al., 2006).

Le rôle des entreprises du secteur des boissons alcoolisées

Tout comme les pouvoirs publics ont intensifié leurs interventions suivant les directions décrites dans ce chapitre, certaines entreprises du secteur des boissons alcoolisées – principalement les producteurs et les distributeurs – ont également renforcé leurs engagements de responsabilisation sociale et leurs tentatives pour nouer un dialogue avec les pouvoirs publics concernant les actions à mener. Les grands brasseurs se sont montrés particulièrement investis dans ce domaine. Il est probable que le degré relativement élevé de concentration du secteur de la bière (par rapport, par exemple, au secteur de la production viticole) et que la teneur relativement faible en alcool de nombreuses bières placent les brasseurs en meilleure position que les autres producteurs d'alcool pour investir dans des mesures de responsabilisation sociale de leur entreprise.

De nombreux gouvernements sont, dans une certaine mesure, prêts à collaborer avec les producteurs et les distributeurs d'alcool pour concevoir des programmes en vue de réduire la consommation nocive d'alcool. Le secteur alimentaire révisé couramment la composition des produits afin d'avoir moins recours à des ingrédients nocifs pour la santé tels que le sel (Golan et Unnevehr, 2008 ; Mozaffarian et al., 2010) et répondre ainsi aux exigences d'amélioration de la qualité du point de vue nutritionnel (Sassi, 2010). Cette pratique est de plus en plus appliquée aux boissons alcoolisées.

Cela étant, les travaux d'Alston et al. (2011) indiquent que la teneur en alcool du vin n'a cessé d'augmenter entre 1992 et 2007, et ce pour deux raisons principales. Premièrement, les vins de pays qui ne sont pas des producteurs traditionnels – dont la teneur en alcool est plus élevée – sont de plus en plus appréciés par les consommateurs. En outre, la teneur en alcool de la bouteille moyenne a augmenté d'environ 0.5 % par an (le titre alcoométrique passant de 12,7 % en 1992 à 13.7 % en 2007). Les viticulteurs ont tendance à retarder les vendanges pour obtenir des grappes plus sucrées, et donc une teneur en alcool plus élevée, sous la pression des consommateurs dont le goût a évolué en faveur de vins plus corsés et d'arômes plus intenses. Mais un processus inverse peut être activé s'il est soutenu par des incitations appropriées. En 2012, pour éviter une augmentation des droits, de nombreux brasseurs du Royaume-Uni ont réduit de 0.2 % la teneur en alcool de leurs marques vendues dans ce pays tout en maintenant le titre alcoométrique antérieur pour les autres marchés (Moyle, 2012). Le secteur de la bière produit et commercialise de longue date des boissons peu et pas alcoolisées, entre autres, mais il existe aussi des technologies permettant d'abaisser la teneur en alcool de nombreux vins.

Il est cependant difficile de persuader les consommateurs de s'orienter vers des boissons moins fortes, et cette stratégie prend du temps. En outre, les défenseurs de la santé publique redoutent que l'introduction de nouvelles boissons à faible teneur en alcool,

Encadré 4.13. **Collaboration public-privé en Angleterre et au Danemark**

On a un exemple intéressant de collaboration public-privé avec le Public Health Responsibility Deal (pour l'Angleterre), accord de responsabilisation passé entre le ministère de la Santé britannique et une série d'entreprises parties prenantes. L'accord couvre des secteurs, non limités à l'alcool, dans lesquels les intérêts commerciaux influent sur la santé des gens au travers des produits qu'ils consomment. Le principe sous-jacent de l'accord est que les entreprises concernées s'engagent à réaliser certains objectifs fixés par le ministère de la Santé après consultation des parties prenantes, le ministère contrôlant les effets de ces engagements par rapport aux objectifs visés. Dans un récent rapport sur les engagements vis-à-vis de la consommation d'alcool et leurs premiers effets, le ministère de la Santé recense les initiatives des fabricants et des distributeurs d'alcool dans le cadre de l'accord de responsabilisation (UK Department of Health, 2014) :

- 125 entreprises environ se sont engagées à inciter les personnes à consommer de l'alcool dans le respect des directives.
- 93 entreprises se sont engagées à ce que 80 % des bouteilles et des canettes comportent des informations de santé et unitaires ainsi qu'une mise en garde pour les femmes enceintes d'ici à la fin 2013.
- 70 chaînes de pubs et distributeurs se sont engagés à faire figurer des informations de santé et unitaires.
- 64 entreprises soutiennent Drinkaware [site internet de conseil sur l'alcool] au moyen de contributions financières (plus de 5 millions GBP par an) et de contributions en nature.
- 63 entreprises se sont engagées à réduire et à prévenir les ventes d'alcool aux mineurs dans le cadre des programmes Challenge 21 et Challenge 25.
- 92 entreprises se sont engagées à se conformer à la dernière édition du Code de pratique du Portman Group lancée en mai (2013) qui fixe des normes en matière de marketing responsable de l'alcool.
- 57 entreprises se sont engagées à soutenir des zones locales par le biais de programmes tels que : Best Bar None, Pubwatch, Purple Flag, Community Alcohol Partnerships et Business Improvement Districts.
- Plus de 30 producteurs et distributeurs d'alcool se sont engagés à retirer chaque année du marché 1 milliard d'unités d'alcool d'ici à décembre 2015, principalement en incitant les consommateurs à s'orienter vers des boissons moins alcoolisées.

L'accord de responsabilisation britannique met en particulier l'accent sur la réduction de la teneur en alcool des boissons et sur la réorientation des consommateurs vers des boissons moins alcoolisées lorsqu'il en existe, notamment en « offrant aux consommateurs un choix plus large de boissons moins fortes et des rations plus petites » (Home Office, 2012).

En 2014, le gouvernement danois a lancé une politique de prévention, « Une vie plus saine pour tous », appuyée sur une stratégie de partenariat. Cette politique s'articule autour de sept objectifs de santé à l'échelon national, dont l'un vise à réduire la consommation nocive d'alcool en retardant l'accès à la consommation d'alcool chez les jeunes et en réduisant d'un tiers le nombre de personnes qui ont une consommation dangereuse d'alcool. Entre autres initiatives, le gouvernement danois a alloué plus de 1 million EUR pour financer deux partenariats pendant trois ans pour aider à atteindre l'objectif santé par rapport à l'alcool. Au total, 38 partenariats ont bénéficié de financements, sans que les pouvoirs publics soient jamais partenaire.

Le « Partenariat pour une culture responsable de l'alcool » implique des partenaires commerciaux tels que des organisations du secteur des boissons, le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, la chambre danoise du commerce et l'association danoise des commerçants. L'objectif du partenariat est de créer un forum pour une action coordonnée à l'échelle de la nation en matière d'alcool, et encourager par des incitations positives une « culture responsable de l'alcool » qui amène les gens à modifier leur comportement. Le partenariat met l'accent sur le respect des limites d'âge pour la vente d'alcool et sur les initiatives visant à faire évoluer la culture de l'alcool dans les bars. Par ailleurs, le « Partenariat pour les jeunes et l'alcool » implique les municipalités et les organisations de la société civile, l'objectif étant de différer la consommation d'alcool chez les jeunes et de réduire l'accès prématuré à l'alcool au travers d'initiatives locales en direction des jeunes, en collaboration avec les autorités locales et la société civile. Il n'a pas encore été réalisé d'évaluation des effets potentiels ou effectifs de ces partenariats.

plutôt que la diminution du titre alcoométrique des boissons déjà présentes sur le marché, ait pour seul effet de renforcer la consommation actuelle et d'encourager les buveurs à multiplier le nombre de situations dans lesquelles ils consomment de l'alcool. Par exemple, certains craignent que les restrictions à la publicité pour les boissons alcoolisées soient contournées par la promotion des boissons sans alcool qui permet de mettre en avant les marques et l'image des entreprises auprès du public, ainsi que dans des lieux en principe non destinés à l'affichage de publicités commerciales pour les boissons alcoolisées (de Bruijn, 2012).

Un certain nombre d'organisations des secteurs HoReCa et de la distribution ont également élaboré des programmes destinés à sensibiliser leurs membres à la manière de prévenir l'intoxication alcoolique et de gérer les personnes intoxiquées. Ces programmes incluent généralement des interventions de sensibilisation aux restrictions légales imposées à la vente d'alcool aux mineurs. L'association professionnelle finlandaise des épiceriers, qui représente pratiquement l'ensemble des ventes de produits d'épicerie en Finlande, a mis en place un programme intitulé « contrôle des passeports » pour former tous les caissiers/ères à vérifier l'âge de tous les clients ayant l'air d'avoir moins de 30 ans qui achètent de l'alcool ou du tabac. Les caissiers/ères doivent suivre un cours en ligne et valider un test.

Dans certains pays, des interventions tentent aussi de cibler la conduite sous l'emprise de l'alcool. En Italie, par exemple, une organisation professionnelle du secteur de la vie nocturne s'est associée à une organisation d'assureurs automobiles et à la police nationale pour lancer la campagne « conduire avec prudence ». À l'entrée des boîtes de nuit, tout groupe d'amis est invité à désigner un conducteur pour la nuit qui doit s'abstenir de boire. L'initiative est promue tout le long de la soirée par les DJ, par exemple, et des éthylo-tests sont gratuitement mis à disposition à la sortie de la boîte de nuit. La police surveille l'application de ces mesures et les conducteurs désignés qui restent sobres se voient offrir des tickets gratuits pour les boîtes de nuit qui participent au programme.

Note

1. <http://share.Kaiserpermanente.org/article/heading-off-and-helping-with-unhealthy-alcohol-use/>.

Bibliographie

- Albalade, D. (2008), « Lowering Blood Alcohol Content Levels to Save Lives: The European Experience », *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 27, n° 1, pp. 20-39.
- Ally, A.K. et al. (2014), « Alcohol Tax Pass-through Across the Product and Price Range: Do Retailers Treat Cheap alcohol Differently? », *Addiction*, <http://dx.doi.org/0.1111/add.12590>.
- Alston, J.M. et al. (2011), « Splendide Mendax: False Label Claims about High and Rising Alcohol Content of Wine », *Document de travail American Association of Wine Economists*, n° 82.
- An, R. et R. Sturm (2011), « Does the Response to Alcohol Taxes Differ Across Racial/ethnic Groups? Some Evidence from 1984-2009 Behavioral Risk Factor Surveillance System », *Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 14, n° 1, pp. 13-23, mars.
- Anderson, P., D. Chisholm et D.C. Fuhr (2009a), « Effectiveness and Cost-effectiveness of Policies and Programmes to Reduce the Harm Caused by Alcohol », *The Lancet*, vol. 373, n° 9682, pp. 2234-2246.
- Anderson, P. et al. (2009b), « Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 44, n° 3, pp. 229-243.

- Anderson, P., L. Møller et G. Galea (2012), *Alcohol in the European Union Consumption. Harm and Policy Approaches*, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, Copenhague.
- Anderson, P., M. Suhrcke et C. Brookes (2012), *An Overview of the Market for Alcohol Beverages of Potentially Particular Appeal to Minors*, HAPI, Londres.
- Australian National Preventive Health Agency (2012), « Exploring the Public Interest Case for a Minimum (floor) for Alcohol », Canberra.
- Babor, T.F. et al. (2010), « Alcohol: No Ordinary Commodity », *Research and Public Policy*, Oxford University Press.
- Baldwin, J., J. Stogner et B. Miller (2014), « It's Five O'clock Somewhere: An Examination of the Association Between Happy Hour Drinking and Negative Consequences », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 9, n° 17, pp. 1-12, www.biomedcentral.com/content/pdf/1747-597X-9-17.pdf (extrait le 1^{er} novembre 2014).
- Baltieri, D.A. et A. Guerra De Andrade (2004), « Acamprosate in Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Efficacy Study in a Standard Clinical Setting », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 65, pp. 136-139.
- Barry, A.E. et P. Goodson (2010), « Use (and Misuse) of the Responsible Drinking Message in Public Health and Alcohol Advertising: A Review », *Health Education & Behavior*, vol. 37, n° 2, pp. 288-303.
- Brennan, A. et al. (2008), « Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion. Part B: Modelling the Potential Impact of Pricing and Promotion Policies for Alcohol in England », School of Health and Related Research, Sheffield.
- Bryden, A. et al. (2012), « A Systematic Review of the Influence on Alcohol Use of Community Level Availability and Marketing of Alcohol », *Health & Place*, vol. 18, pp. 349-357.
- Bureau régional de l'Europe de l'OMS (2009), « Evidence for the Effectiveness and Cost-effectiveness of Interventions to Reduce Alcohol-related Harm », Bureau régional de l'Europe de l'OMS, Copenhague.
- Byrnes, J. et al. (2012), « The Efficiency of a Volumetric Alcohol Tax in Australia », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 10, n° 1, pp. 37-49.
- Carpenter, C. et C. Dobkin (2011), « The Minimum Legal Drinking Age and Public Health », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 25, n° 2, pp. 133-156.
- CCLT – Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2012), *Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool : Réduire les méfaits au Canada*, Ottawa, www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Alcohol-Price-Policy-Brief-Canada-2012-fr.pdf.
- Christie, J. et al. (2001), « The Effects of Bar-Sponsored Alcohol Beverage Promotions across Binge and Nonbingers », *Journal of Public Policy & Marketing*, vol. 20, n° 2, pp. 240-253.
- CNEPS – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (2014), « La sorveglianza Passi – consumo di alcool », disponible à l'adresse : www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol.asp.
- Corrao, G. et al. (2004), « A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases », *Preventive Medicine*, vol. 38, n° 5, pp. 613-619.
- Connor, J.L. et al. (2011), « Alcohol Outlet Density, Levels of Drinking and Alcohol-related Harm in New Zealand: A National Study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 65, pp. 841-846.
- Dale, C.E. et M.J. Livingston (2010), « The Burden of Alcohol Drinking on Co-workers in the Australian Workplace », *Medical Journal of Australia*, vol. 193, n° 3, pp. 138-140.
- de Bruijn, A., E. van den Wildenberg et A. van den Broeck (2011), « Commercial Promotion of Drinking in Europe: Key Findings of Independent Monitoring of Alcohol Marketing in Five European Countries », Institut néerlandais pour les politiques en matière d'alcool (STAP), 2012, disponible à l'adresse : http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/Ammie_repport_2012.pdf?PHPSESSID=35ci20qg5dv9k73h8ugq6dho71.
- Dee, T.S. (2001), « Does Setting Limits Save Lives? The Case of 0.08 BAC Laws », *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 20, n° 1, pp. 111-128.
- Di Castelnuovo, A. et al. (2006), « Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Women: An Updated Meta-analysis of 34 Prospective Studies », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 22, pp. 2437-2445.
- Ditter, S.M. et al. (2005), « Effectiveness of Designed Driver Programs for Reducing Alcohol-impaired Driving: A Systematic Review », *American journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 5, pp. 280-287.

- Douglas, M. (1998), « Restriction of the Hours of Sale of Alcohol in a Small Community: A Beneficial Impact », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 22, pp. 714-719.
- Eisenberg, D. (2003), « Evaluating the Effectiveness of Policies Related to Drunk Driving », *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 22, n° 2, pp. 249-274.
- Elder, R.W. et al. (2010), « Task Force on Community Preventive Services. The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 38, n° 2, pp. 217-229, février.
- Elder, R.W. et al. (2004), « Task Force on Community Preventive Services. Effectiveness of Mass Media Campaigns for Reducing Drinking and Driving and Alcohol-Involved Crashes », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27, n° 1, pp. 57-65.
- Fell, J.C. et al. (2003), « Why Are Sobriety Checkpoints Not Widely Adopted as an Enforcement Strategy in the United States? », *Accident Analysis & Prevention*, vol. 35, pp. 897-902.
- Fleming, M.F. (1997), « Strategies to Increase Alcohol Screening in Health Care Settings », *Alcohol Health & Research World*, vol. 21, pp. 340-347.
- Fogarty, J. (2008), « The Demand for Beer, Wine and Spirits: Insights from a Meta-analysis Approach », *Document de travail AAWE n° 31*, American Association of Wine Economists.
- Fogarty, J. (2006), « The Nature of the Demand for Alcohol: Understanding Elasticity », *British Food Journal*, vol. 108, n° 4, pp. 316-332.
- Foxcroft, D. et al. (2011), « WITHDRAWN: Primary Prevention for Alcohol Misuse in Young People », *Base de données Cochrane de revues systématiques*, vol. 9, CD003024.
- Foxcroft, D.R. et al. (2003), « Longer-term Primary Prevention for Alcohol Misuse in Young People: A Systematic Review », *Addiction*, vol. 98, n° 4, pp. 397-411.
- FTC – Federal Trade Commission (2014), « Self-Regulation in the Alcohol Industry », rapport de la Commission fédérale du commerce, mars 2014, disponible à l'adresse : www.ftc.gov/reports/self-regulation-alcohol-industry-report-federal-trade-commission-0.
- Gallet, C.A. (2007), « The Demand for Alcohol: A Meta-analysis of Elasticities », *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, vol. 7, n° 51, pp. 121-135.
- Golan, E. et L. Unnevehr (2008), « Food Product Composition, Consumer Health, and Public Policy: Introduction and Overview of Special Section », *Food Policy*, vol. 33, n° 6, pp. 465-469.
- Gouvernement d'Écosse (2012), « Final Business and Regulatory Impact Assessment for Minimum Price per Unit of Alcohol as Contained in Alcohol Minimum Pricing Bill. 2012 ».
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (2009), « Communiqué de presse – 31 mars 2009 Tobacco Taxes, Liquor Markups to Increase », 31 mars 2009.
- Gray, D. et al. (1999), « Beating the Grog: An Evaluation of the Tennant Creek Liquor Licensing Restrictions », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 24, pp. 39-44.
- Grieshaber-Otto, J., S. Sinclair et N. Schacter (2000), « Impacts of International Trade, Services and Investment Treaties on Alcohol Regulation », *Addiction*, vol. 95, pp. 491-504.
- Gruenewald, P.J. (2007), « The Spatial Ecology of Alcohol Problems: Niche Theory and Assortative Drinking », *Addiction*, vol. 102, pp. 870-878.
- Hahn, R.A. et al. (2010), « Effectiveness of Policies Restricting Hours of Alcohol Sales in Preventing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, n° 6, pp. 590-604.
- Hamilton, F.L. et al. (2013), « Effect of Financial Incentives on Delivery of Alcohol Screening and Brief Intervention (ASBI) in Primary Care: Longitudinal Study », *Journal of Public Health*, Oxford.
- HM Revenue & Customs (2013), « Measuring Tax Gaps 2013 – Tax Gap Estimates for 2011-12 », publication de statistiques officielles, 11 octobre 2013, disponible à l'adresse : www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/249537/131010_Measuring_Tax_Gaps_ACCESS_2013.pdf.
- Holder, H. (dir. pub.) (2008), « Alcohol Monopoly and Public Health: Potential Effects of Privatization of the Swedish Alcohol Retail Monopoly », Institut national de santé publique de Suède, Stockholm.
- Hunt, P., L. Rabinovich et B. Baumberg (2011), « Preliminary Assessment of Economic Impacts of Alcohol Pricing Policy Options in the UK », RAND Europe, www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR858-1.pdf.

- Jernigan, D.H. et al. (2013), CDC MMWR Report, vol. 62, n° 44, pp 877-880.
- Jones, S.C., D. Hall et G. Munro (2008), « How Effective Is the Revised Regulatory Code for Alcohol Advertising in Australia? », *Drug and Alcohol Review*, vol. 27, pp. 29-38.
- Jónsson R.M. et S. Kristjánsson (2013), « Alcohol Policy and Public Opinion in Iceland, 1989-2012 », *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 30, n° 6, pp. 539-549.
- Keen, M. (1998), « The Balance Between Specific and Ad Valorem Taxation », *Fiscal Studies*, vol. 19, n° 1, pp. 1-37.
- Killoran, A. et al. (2010), « Review of Effectiveness of Laws Limiting Blood Alcohol Concentration Levels to Reduce Alcohol-related Road Injuries and Deaths », National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- KPMG LLP (2008), « Review of the Social Responsibility Standards for the Production and Sale of Alcoholic Drinks », KPMG, Londres.
- Kuo, M. et al. (2003), « Does Price Matter? The Effect of Decreased Price on Spirits Consumption in Switzerland », *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, vol. 27, n° 4, pp. 720-725, avril.
- Laming, M.F. (1997), « Strategies to Increase Alcohol Screening in Health Care Settings », *Alcohol Health & Research World*, vol. 21, n° 4, pp. 340-347.
- Lerner, B.H. (2012), « The Art of Medicine – Drunk Driving Across the Globe: Let's Learn from One Another », *The Lancet*, vol. 379, n° 9829, pp. 1870-1871.
- Livingston, M., T. Chikritzhs et R. Room (2007), « Changing the Density of Alcohol Outlets to Reduce Alcohol-related Problems », *Drug and Alcohol Review*, vol. 26, pp. 553-562.
- Loi du Kansas (2010), « Chapter 41: Intoxicating Liquors and Beverages », http://kansasstatutes.lesterama.org/Chapter_41/ (extrait le 12 novembre 2014).
- Ludbrook, A. et al. (2012), « Tackling Alcohol Misuse, Purchasing Patterns Affected by Minimum Pricing for Alcohol », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 10, n° 1, pp. 51-63.
- Lui, S., M. Terplan et E.J. Smith (2008), « Psychosocial Interventions for Women Enrolled in Alcohol Treatment During Pregnancy », *Base de données Cochrane de revues systématiques*, vol. 3, art. n° CD006753.
- Mann, R.E. et al. (2001), « The Effects of Introducing or Lowering Legal Per Se Blood Alcohol Limits for Driving: An International Review », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 33, pp. 569-583.
- Manning, W.G., L. Blumberg et L.H. Moulton (1995), « The Demand for Alcohol: The Differential Response to Price », *Journal of Health Economics*, vol. 14, n° 2, pp. 123-148, juin.
- Mason, B.J. et al. (2006), « Effect of Oral Acamprosate on Abstinence in Patients with Alcohol Dependence in a Double-blind, Placebo-controlled Trial: The Role of Patient Motivation », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 40, pp. 383-393.
- Mayor S. (2010), « Ministers May Legislate After Finding 85% of Labels on Alcohol to Be Inadequate », *British Medical Journal*, vol. 340, p. c966.
- Meng, Y. et al. (2013), « Modelled Income Group-specific Impacts of Alcohol Minimum Unit Pricing in England 2014/15: Policy Appraisals Using New Developments to the Sheffield Alcohol Policy Model (v2.5) », addendum examinant l'impact d'une interdiction de la vente à perte, ScHARR, Université de Sheffield.
- Ministère de la Santé du Royaume-Uni, Direction de la santé publique, Division de la santé et du bien-être, Service de l'alcool et des drogues (2014), « Responsibility Deal Alcohol Network – Pledge to Remove 1 Billion Units of Alcohol from the Market by End 2015 », Premier rapport de surveillance intermédiaire, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/306529/RDAN_-_Unit_Reduction_Pledge_-_1st_interim_monitoring_report.pdf.
- Ministère de l'Intérieur du Royaume-Uni (2012), « The Government's Alcohol Strategy », Stationery Office, Londres.
- Ministère des Affaires sociales d'Islande (2014), « Policy on Alcohol and Drug Prevention, 2020 », disponible à l'adresse : <http://eng.velferdarraduneyti.is/newsinenglish/nr/34482>, consulté le 07/04/2014.
- Miron, J.A. et E. Tetelbaum (2009), « Does the Minimum Legal Drinking Age Save Lives? », *Economic Inquiry*, vol. 47, n° 2, pp. 317-336.

- Morley, K.C. et al. (2006), « Naltrexone Versus Acamprosate in the Treatment of Alcohol Dependence: A Multi-centre, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial », *Addiction*, vol. 101, pp. 451-1462.
- Moylan, J. (2012), « Will Weaker Beers Help the Brewing Industry? », site internet de la BBC, Londres, disponible à l'adresse : www.bbc.co.uk/news/business-17399368 (consulté le 12 novembre 2014).
- Mozaffarian, D., M.F. Jacobson et J.S. Greenstein (2010), « Food Reformulations to Reduce Trans Fatty Acids », *New England Journal of Medicine*, vol. 362, n° 21, pp. 2037-2039, 27 mai.
- Nagata, T. et al. (2008), « Effectiveness of a Law to Reduce Alcohol-impaired Driving in Japan », *Injury Prevention*, vol. 14, pp. 19-23.
- Nakahara, S. et M. Ichikawa (2010), « Effects of High-profile Collisions on Drink-driving Penalties and Alcohol-related Crashes in Japan », *Injury Prevention*, vol. 17, n° 3, pp. 182-188.
- NCEPOD – National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (2013), « Measuring the Units: A Review of Patients Who Died with Alcohol-related Liver Disease », NCEPOD, Londres.
- Nelson, J.P. (2003), « Advertising Bans, Monopoly, and Alcohol Demand: Testing for Substitution Effects Using Panel Data », *Review of Industrial Organization*, vol. 22, pp. 1-25.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2010), « Alcohol-use Disorders: Preventing the Development of Hazardous and Harmful Drinking », NICE Public Health Guidance 24, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londres.
- Norstrom, T. et O.J. Skog (2005), « Saturday Opening and Alcohol Retail Shops in Sweden: An Experiment in Two Phases », *Addiction*, vol. 100, pp. 767-777.
- Novoa, A.M., K. Perez et C. Borrell (2009), « Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura », *Gac Sanit*, vol. 23, n° 6, pp. 553.e1-553.e14.
- OCDE (2014), *Consumption Tax Trends 2014: VAT/GST and Excise Rates, Trends and Policy Issues*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/ctt-2014-en>.
- OMC – Organisation mondiale de la santé (2012), « OMC : Nouvelles 2012 – Obstacles techniques au commerce : réunion formelle. Les règlements relatifs à la santé publique restent au premier plan des préoccupations des Membres », disponible à l'adresse : www.wto.org/french/news_f/news12_f/tbt_20mar12_f.htm, consulté le 14 août 2012.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, OMS, Genève.
- OMS (2011), *Global Status Report on Alcohol and Health 2011*, OMS, Genève.
- OMS (2010), *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, OMS, Genève.
- OMS (2008), *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, OMS, Genève.
- OMS (2007), « WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption (second report) », *Série de Rapports techniques n° 944*, OMS, Genève.
- OMS (1979), « Résolution WHA32.40. Développement du programme de l'OMS relatif aux problèmes liés à la consommation d'alcool », Trente-neuvième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 25 mai 1979.
- Peden, M. (2004), « Global Collaboration on Road Traffic Injury Prevention », *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, vol. 12, n° 2, pp. 85-91.
- Phillips, R.O., P. Ulleberg et T. Vaa (2011), « Meta-analysis of the Effect of Road Safety Campaigns on Accidents », *Accident Analysis & Prevention*, vol. 43, n° 3, pp. 1204-1218.
- Pollack, C.E., C. Cubbin et D. Ahn (2005), « Neighbourhood Deprivation and Alcohol Consumption: Does the Availability of Alcohol Play a Role? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, pp. 772-780.
- Popova, S. et al. (2009), « Hours and Days of Sale and Density of Alcohol Outlets: Impacts on Alcohol Consumption and Damage: A Systematic Review », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 44, n° 5, pp. 500-516.
- Purshouse, R.C. et al. (2010), « Estimated Effect of Alcohol Pricing Policies on Health and Health Economic Outcomes in England: An Epidemiological Model », *The Lancet*, vol. 375, pp. 1355-1364.
- Rabinovich, L. et al. (2012), « Further Study on the Affordability of Alcoholic Beverages in the EU », RAND Europe.

- Rabinovich, L. et al. (2009), « The Affordability of Alcoholic Beverages in the European Union – Understanding the Link Between Alcohol Affordability, Consumption and Harms », Santa Monica, RAND Corporation, États-Unis.
- Rehm, J. et al. (2012), « Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence », Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Rice, P. (2012), « Health Benefits Matter, Not Tax Revenue », *British Medical Journals*, vol. 344, p. e1781.
- Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventative Medicine*, Oxford University Press, New York.
- Rösner, S. et al. (2011), « Acamprosate for Alcohol Dependence », *Base de données Cochrane de revues systématiques*, vol. 9, art. n° CD004332.
- Rösner, S. et al. (2010), « Opioid Antagonists for Alcohol Dependence », *Base de données Cochrane de revues systématiques*, vol. 12, art. n° CD001867.
- Russell, K.F., B. Vandermeer et L. Hartling (2011), « Graduated Driver Licensing for Reducing Motor Vehicle Crashes Among Young Drivers », *Base de données Cochrane de revues systématiques*, n° 10, art. n° : CD003300.
- Sassi, F. (2010), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr>.
- Sassi, F., A. Belloni et C. Capobianco (2013), « The Role of Fiscal Policies in Health Promotion ». *Documents de travail de l'OCDE sur la santé* n° 66, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k3twr94kvzx-en>.
- Scribner, R.A., D.A. Cohen et W. Fisher (2000), « Evidence of a Structural Effect for Alcohol Outlet Density: A Multilevel Analysis », *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, vol. 24, pp. 188-195.
- Shults, R.A. et al., et la Task Force on Community Preventive Services (2001), « Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcohol-Impaired Driving », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21(4S), pp. 66-88.
- Smith, A. (1776), *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, W. Strahan et T. Cadell, Londres.
- Smith, S.W., C.K. Atkin et J. Roznowski (2006), « Are “Drink Responsibly” Alcohol Campaigns Strategically Ambiguous? », *Health Communication*, vol. 20, n° 1, pp. 1-11.
- Snyder, L.B. et al. (2006), « Effects of Alcohol Advertising Exposure on Drinking Among Youth », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 160, n° 1, pp. 18-24, janvier.
- Stockwell, T. et T. Chikritzhs (2009), « Do Relaxed Trading Hours for Bars and Clubs Mean More Relaxed Drinking? A Review of International Research on the Impacts of Changes to Permitted Hours of Drinking », *Crime Prevention and Community Safety*, vol. 11, pp. 171-188.
- Stockwell, T. et al. (2013), « Minimum Alcohol Prices and Outlet Densities in British Columbia, Canada: Estimated Impacts on Alcohol-attributable Hospital Admissions », *American Journal of Public Health*, vol. 103, pp. 2014-2020.
- Stockwell, T. et al. (2012a), « Does Minimum Pricing Reduce Alcohol Consumption? The Experience of a Canadian Province », *Addiction*, vol. 107, n° 5, pp. 912-920, mai.
- Stockwell, T. et al. (2012b), « The Raising of Minimum Alcohol Prices in Saskatchewan, Canada: Impacts on Consumption and Implications for Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 12, pp. 103-110.
- Thombs, D. et al. (2009), « A Field Study of Bar-sponsored Drink Specials and their Associations with Patron Intoxication », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 70, n° 2, pp. 206-214.
- Thombs, D.L. et al. (2008), « Drink Specials and the Intoxication Levels of Patrons Exiting College Bars », *American Journal of Health Behavior*, vol. 32, n° 4, pp. 411-419.
- Wagenaar, A.C. et M. Maldonado-Molina (2007), « Effects of Drivers' License Suspension Policies on Alcohol-related Crash Involvement: Long-term Follow-up in Forty-six States », *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, vol. 31, pp. 1399-1406.
- Wagenaar, A.C., M.J. Salois et K.A. Komro (2009), « Effects of Beverage Alcohol Price and Tax Levels on Drinking: A Meta-analysis of 1003 Estimates from 112 Studies », *Addiction*, vol. 104, n° 2, pp. 179-190, février.

- Wilkinson, C. et R. Room (2009), « Warnings on Alcohol Containers and Advertisements: International Experience and Evidence on Effects », *Drug and Alcohol Review*, vol. 28, n° 4, pp. 426-435.
- Xu, X. et F.J. Chaloupka (2011), « The Effects of Prices of Alcohol Use and its Consequences », *Alcohol Research & Health*, vol. 34, n° 2, pp. 236-245.
- Young, D.J. et A. Bielinska-Kwapisz (2002), « Alcohol Taxes and Beverage Prices », *National Tax Journal*, vol. 55, n° 1, pp. 57-73.

Section spéciale II

Publicité sur l'alcool et consommation excessive

Par

Henry Saffer

National Bureau of Economic Research, New York

Introduction

L'industrie de l'alcool dépense chaque année des milliards de dollars pour essayer de créer des images de marque positives, améliorer la notoriété des marques et, au final, accroître ses profits. En 2012, la liste des 100 premiers annonceurs mondiaux d'**Advertising Age** incluait cinq producteurs d'alcool : Anheuser-Busch InBev, Diageo, Heineken, Pernod Ricard et SABMiller (Advertising Age, 2012). Des données sur la publicité indiquent que les entreprises ont dépensé environ 1.1 milliard USD en 2011 pour des publicités télévisées sur l'alcool pour les seuls États-Unis (WSJ, 2012). En 2007, les publicités télévisées sur l'alcool dans huit pays européens en 2007 représentaient environ 750 millions d'euros (de Bruijn, 2013). On estime que les dépenses consacrées à différents médias et autres formes de promotion commerciale sont encore plus importantes (Anderson et al., 2009 ; de Bruijn, 2013).

Toutes ces dépenses augmentent-elles la consommation totale d'alcool ? En outre, dans la mesure où les conséquences néfastes de la consommation d'alcool sont associées à une consommation excessive plutôt qu'à une consommation modérée ou légère, quel serait l'impact d'une réduction de la publicité sur la consommation excessive ?

Dans ce document, nous étudierons brièvement de quelle manière est faite la publicité sur l'alcool. Nous examinerons ensuite des données factuelles tirées des recherches en psychologie, neuroscience et économétrie qui semblent indiquer que les gros buveurs sont plus réactifs à la publicité sur l'alcool que les buveurs modérés, alors que les taxes sur l'alcool ont plus d'influence sur ces derniers. Nous concluons que la limitation de la publicité sur l'alcool est une mesure sous-exploitée pour réduire les méfaits d'une consommation excessive d'alcool.

Publicité sur l'alcool

Les médias qui servent de support à la publicité sur l'alcool englobent la télévision, les magazines, les affiches dans les points de vente et les panneaux d'affichage extérieurs. L'internet joue aussi un rôle majeur. Les entreprises de boissons alcoolisées diffusent souvent des informations sur des produits, des événements, des artistes, des recettes et des réductions de prix sur les pages Facebook et d'autres médias sociaux ainsi que sur leurs propres sites internet et leurs propres applications. Ces sites et applications permettent aux individus de publier leurs propres avis concernant la consommation d'un produit, et les entreprises font du marketing direct par courriel ou l'intermédiaire d'un autre média. Le placement de produits, qui est l'utilisation payante d'un produit de marque par les personnages d'un film ou d'un programme de télévision, constitue une autre forme importante de publicité sur l'alcool. Les produits dérivés des marques proposés aux distributeurs et aux consommateurs peuvent également être considérés comme de la publicité et servent à améliorer la visibilité de la marque et à renforcer l'image de marque.

Les dépenses substantielles consacrées à la publicité sur l'alcool augmentent-elles (ou non) la consommation totale d'alcool ou affectent-elles simplement les parts de marché ? La réponse à cette question demeure controversée. Les travaux de Nelson (2011) se sont

interrogés sur la validité statistique d'anciennes études sur la publicité sur l'alcool avant de conclure que le lien de causalité entre publicité et consommation d'alcool n'est peut-être pas justifié¹. Cependant, un nombre croissant d'études considèrent que les publicités sur l'alcool augmentent la consommation. L'analyse de Gallet (2007) a porté sur 132 études économétriques axées sur la demande d'alcool qui incluaient une composante publicitaire. Les économistes quantifient l'effet de la publicité au moyen d'un concept dit d'élasticité par rapport à la publicité. L'élasticité par rapport à la publicité correspond au pourcentage de variation de la consommation qui résulte du pourcentage de variation de la publicité. Des chiffres plus élevés d'élasticité par rapport à la publicité sont représentatifs d'un effet plus important de la publicité sur la consommation. Les travaux de Gallet concluent que la publicité sur l'alcool augmente effectivement la consommation totale d'alcool et constatent une valeur moyenne de l'élasticité par rapport à la publicité de 0.03².

Les priorités de santé publique en matière d'alcool ciblent les gros buveurs qui sont principalement à l'origine des coûts sociaux de l'alcool, mais les études analysées par Gallet ne font pas la distinction entre les effets de la publicité sur les gros buveurs et ses effets sur ceux qui consomment avec modération. Dans la mesure où la plupart des consommateurs d'alcool font partie de cette deuxième catégorie, l'incapacité à distinguer les individus en fonction de leur niveau de consommation est susceptible de masquer les effets de la publicité sur les buveurs excessifs. Bien qu'aucune étude parmi les anciens travaux économétriques ne traite de cette question, les travaux de psychologie et de neuroscience fournissent quelques indications.

Travaux de recherche de psychologie et de neuroscience

Une étude de psychologie cognitive de Townshend et Duka (2001) s'est interrogée pour savoir s'il y avait une différence entre les gros buveurs et un groupe de personnes consommant avec modération en termes d'attention sélective aux stimuli liés à l'alcool. L'étude a évalué l'attention sélective à des images et des mots liés à l'alcool dans un cadre expérimental. Ses résultats ont montré que les gros buveurs étaient plus sensibles aux stimuli liés à l'alcool que les buveurs modérés. L'étude a également indiqué que les gros buveurs ont plus d'attentes positives vis-à-vis de l'alcool et sont peut-être moins à même de s'autoréguler que les buveurs modérés.

Deux travaux de neuroscience, l'un de George et al. (2001) et l'autre de Myrick et al. (2004), portent sur des tests permettant de voir s'il existe des différences d'activité cérébrale pendant une exposition aux stimuli liés à l'alcool entre les gros buveurs et les buveurs modérés. Après une gorgée d'alcool, seuls les gros buveurs voyaient leur activité augmenter dans des régions du cerveau associées aux substances addictives en visionnant des représentations d'alcool par rapport à ceux qui visionnaient des représentations d'autres types de boissons. Les gros buveurs ont également indiqué avoir des envies d'alcool plus importantes que les buveurs modérés. Ces études révèlent que les gros buveurs réagissent plus aux représentations d'alcool que ne le font les buveurs modérés.

Une autre étude de neuroscience, de Tapert et al. (2003), s'intéresse à l'ampleur des réactions d'adolescents ayant des troubles liés à la consommation d'alcool et d'adolescents consommant modérément à des représentations d'alcool, dans le cas présent des publicités sur l'alcool. L'étude a testé des échantillons correspondants d'adolescents de 14 à 17 ans. Un échantillon se composait d'individus présentant des troubles liés à la consommation d'alcool et l'autre était composé de buveurs occasionnels. Des représentations de boissons alcoolisées et de boissons non alcoolisées ont été montrées aux sujets pendant une séance

d'imagerie à résonance magnétique fonctionnelle. Chaque sujet a fait un rapport sur ses envies avant et après être exposé aux images. Les adolescents ayant des troubles liés à la consommation d'alcool ont montré une activité cérébrale beaucoup plus intense en réaction aux images de boissons alcoolisées que l'autre groupe de jeunes, principalement dans des régions du cerveau associées aux substances addictives. L'ampleur de la réaction cérébrale aux représentations d'alcool a été plus élevée chez les jeunes qui consommaient plus de verres par mois et déclaraient une envie de boire plus importante.

Une étude de neuroéconomie de Bernheim et Rangel (2004) présente une théorie sur la manière dont les représentations peuvent affecter une consommation addictive en s'appuyant sur deux principaux points.

Premièrement, la théorie fait valoir que l'effet des représentations sur la consommation addictive est une conséquence de l'effet hédonique anticipé de la substance plutôt que de l'effet hédonique lui-même. C'est ce que l'on appelle parfois le conditionnement pavlovien. L'effet hédonique est le plaisir tiré de la consommation. L'effet hédonique anticipé prévoit l'ampleur du plaisir que l'on tirera de la consommation et se distingue de l'effet hédonique réel. L'anticipation hédonique se produit dans une région du cerveau qui est différente de la région où se produit l'effet hédonique lui-même. Les travaux de Bernheim et Rangel (2004) commentent une série d'expérimentations de neuroscience sur les représentations et le niveau de l'anticipation hédonique. Dans ces expériences, lorsque le sujet voit une représentation et reçoit ensuite une récompense, on constate un niveau correspondant d'activité neurale. Cependant, alors que l'expérience basée sur la récompense se poursuit, l'activité neurale se produit en réaction à la représentation plutôt qu'à la récompense.

Deuxièmement, la théorie fait valoir que la prévision d'un effet hédonique produit par des représentations augmente de pair avec l'accroissement de la consommation passée. Dans des études expérimentales, lorsque la récompense est augmentée mais que la représentation reste la même, l'activité neurale augmente proportionnellement au nouveau niveau de récompense. C'est-à-dire que l'effet hédonique anticipé est proportionnel aux anciens niveaux de consommation plutôt qu'au niveau de la représentation.

Travaux de recherche économétrique

Si l'on se base sur les travaux de neuroscience et de psychologie, il apparaît que les gros buveurs soient subconsciemment plus sensibles aux représentations d'alcool que les buveurs modérés et les abstinents. Les publicités sur l'alcool proposent une quantité considérable de ces représentations. Il est cependant important d'étudier l'effet des publicités réelles sur l'alcool sur la consommation d'alcool dans un cadre non expérimental avant de tirer des conclusions pour mettre en place une intervention. Une étude économétrique constitue une approche non expérimentale. Elle analyse un ensemble de données qui incluent la consommation d'alcool et des observations sur les individus pendant différentes périodes et dans différents contextes. Le type de données indique les variations de l'exposition à la publicité et des prix de l'alcool qui ont naturellement lieu pendant différentes périodes et dans différents lieux géographiques. Les avantages de l'approche économétrique sont notamment de pouvoir observer les comportements en dehors d'un environnement de laboratoire contrôlé, d'utiliser des échantillons considérablement plus importants que ceux qui servent aux études expérimentales et d'établir des estimations quantitatives de l'ampleur des effets. L'un de ses inconvénients est que les données utilisées peuvent inclure un niveau plus important d'erreurs de mesure que celui que l'on trouve dans des études expérimentales.

Saffer, Dave et Grossman (2012) ont conduit une étude économétrique de l'effet différentiel de la publicité sur l'alcool par niveau de consommation. L'étude a utilisé des données sur trois ans de la National Longitudinal Survey of Youth (enquête longitudinale nationale sur la jeunesse) de 1997 (NLSY97). La NLSY97 est un ensemble de données comportant des observations collectées annuellement portant sur 8 000 individus. Elle fournit des informations permettant de relier la consommation individuelle d'alcool à la publicité et aux prix dans des lieux géographiques et pendant des périodes spécifiques.

Les chercheurs ont également élaboré un modèle économique comportemental de réaction à la publicité sur l'alcool et aux prix basé sur des travaux de neuroscience et de psychologie. Le modèle suppose un scénario pratique au plan analytique fondé sur trois systèmes cérébraux distincts qui peuvent agir simultanément pour se traduire par une décision unique.

- Le système *heuristique* est un système subconscient capable de prendre des décisions rapides avec des résultats à court terme généralement bénéfiques. Il ne peut ignorer les expériences passées non pertinentes ni ajuster les prévisions avant l'acquisition de nouvelles expériences.
- Le système *rationnel* élabore des modèles de causalité du monde et raisonne sur les conséquences de différents choix. Le système rationnel a besoin de temps et de ressources cognitives pour raisonner et faire un choix
- Le système *régulateur* est également énergivore et peut modérer la consommation souhaitée par les systèmes heuristique et rationnel au profit d'objectifs futurs. Ce processus est appelé autorégulation.

Ce modèle économique comportemental prévoit que la publicité a un effet positif sur la consommation et que cet effet augmente avec le niveau de consommation passée. Ceci implique que les gros buveurs sont plus réactifs à la publicité sur l'alcool que les buveurs modérés. Le modèle prévoit également que le prix a un effet négatif sur la consommation et qu'avec une diminution de l'autorégulation, l'effet négatif lié au prix se réduit. Dans la mesure où les bas niveaux d'autorégulation sont associés à des niveaux plus élevés de consommation, les gros buveurs sont moins susceptibles que les buveurs modérés de réduire leur consommation du fait d'une hausse de prix.

Les travaux de Saffer, Dave et Grossman (2012) ont mis en évidence que les élasticités par rapport à la publicité augmentent avec l'accroissement de la consommation actuelle et passée. Ils ont circonscrit les données aux consommateurs d'alcool et estiment une élasticité par rapport à la publicité d'environ 0.03 pour les buveurs modérés et d'environ 0.08 pour les gros buveurs. Pour les buveurs modérés, l'élasticité est la même que celle de l'estimation de Gallet (2007) qui incluait à la fois les buveurs et les non buveurs. Les résultats des travaux de Saffer, Dave et Grossman (2012) indiquent que l'élasticité par rapport à la publicité sur l'alcool augmente avec le niveau de consommation d'alcool, comme prévu par le modèle économique comportemental et suggéré par les travaux de neuroscience et de psychologie.

Ils ont également estimé des élasticités par rapport au prix (comment la consommation réagit à des hausses ou des baisses de prix) qui entrent dans la fourchette des élasticités par rapport au prix de l'alcool que l'on trouve dans des études antérieures (Wagenaar et al., 2009) et considèrent que les élasticités par rapport au prix diminuent avec un accroissement de la consommation d'alcool, comme prévu par le modèle économique comportemental. Des études de Manning et al. (1995), Wagenaar et al. (2009) et Ayyagari et al. (2013) font également état de cette diminution.

Conclusions

L'ensemble des données factuelles indique que la publicité sur l'alcool augmente la consommation totale d'alcool et que cet effet est plus important pour les gros buveurs. L'ampleur des élasticités par rapport à la publicité estimées par les travaux de Saffer, Dave et Grossman (2012) peut être mise en perspective en comparant les élasticités par rapport aux taxes sur l'alcool. Ces dernières fournissent un élément de comparaison pertinent car les taxes sont un levier d'action publique grâce auquel l'État peut modifier les prix de l'alcool. Les travaux d'An et Sturm (2011) identifient des élasticités par rapport aux taxes pour les buveurs légers d'environ -0.25 et pour les gros buveurs d'environ -0.07, ce qui signifie que la consommation des gros buveurs est moins affectée que celle des buveurs modérés par les variations des taxes. Le tableau SFII1 présente les variations prévues de la consommation d'alcool qui résulteraient d'une diminution de 50 % de la publicité et d'une augmentation de 50 % des taxes. Les prévisions portent à la fois sur les buveurs modérés et les gros buveurs. Ces prévisions sont basées sur les élasticités par rapport à la publicité indiquées dans les travaux de Saffer, Dave et Grossman (2012) et sur les élasticités par rapport aux taxes indiquées dans les travaux d'An et Sturm (2011). Comme le tableau SFII1 le montre, une diminution de 50 % de la publicité entraînerait une diminution de la consommation d'environ 1.5 % des buveurs modérés et d'environ 4 % des gros buveurs. Une augmentation de 50 % des taxes se traduirait par une diminution de la consommation d'environ 12.5 % des buveurs modérés et d'environ 3.5 % des gros buveurs. Les données du tableau SFII1 indiquent qu'une hausse des taxes associée à une limitation de la publicité aurait pour effet de réduire la consommation excessive d'alcool. Cependant, une hausse des taxes aurait aussi un impact massif sur les buveurs modérés alors qu'une limitation de la publicité aurait peu d'effet sur eux. On peut en déduire que les limitations de la publicité sur l'alcool sont des mesures sous-exploitées pour réduire les méfaits occasionnés par une consommation excessive d'alcool.

Tableau SFII.1. Réductions prévues de la consommation d'alcool liées à une diminution de la publicité sur l'alcool et à une augmentation des taxes sur l'alcool

	Buveurs légers/modérés	Gros buveurs
Diminution de 50 % de la publicité sur l'alcool	-1.5 %	-4 %
Augmentation de 50 % des taxes sur l'alcool	-12.5 %	-3.5 %

Notes

1. Nelson déclare avoir été consultant auprès de cabinets juridiques représentant SABMiller et Anheuser-Busch, et avoir reçu des financements du Centre international des Politiques en matière d'alcool (ICAP) qui est financé par les grands producteurs de boissons alcoolisées.
2. Les élasticités n'ont pas d'unité de mesure permettant des comparaisons des élasticités entre les études qui utilisent différents types de données pour mesurer la publicité.

Bibliographie

- Advertising Age (2012), *Top 100 Global Advertisers*, <http://adage.com/datacenter/globalmarketers2012>.
- An, R. et R. Sturm (2011), « Does the Response to Alcohol Taxes Differ Across Racial/ethnic Groups? Some Evidence from 1984-2009 Behavioral Risk Factor Surveillance System », *Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 14, n° 1, pp. 13-23.

- Anderson P. et al. (2009), Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies, *Alcohol and Alcoholism* vol. 44, n° 3, pp. 229-243, doi : 10.1093/alcac/agn115.
- Ayyagari, P. et al. (2013), « Understanding Heterogeneity in Price Elasticities in the Demand for Alcohol for Older Individuals », *Health Economics*, vol. 22, n° 1, pp. 89-105.
- Bernheim, B.D. et A. Rangel (2004), « Addiction and Cue-triggered Decision Processes », *American Economic Review*, pp. 1558-1590.
- De Bruijn A. (2013), Report on the Volume of Youth Exposure to Alcohol Advertisements in European Countries, AMPHORA Deliverable D1.4, disponible à l'adresse : http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA_WP4_D1.4.pdf.
- Gallet, C.A. (2007), « The Demand for Alcohol: A Meta-analysis of Elasticities », *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, vol. 51, n° 2, pp. 121-135.
- George, M.S. et al. (2001), « Activation of Prefrontal Cortex and Anterior Thalamus in Alcoholic Subjects on Exposure to Alcohol-specific Cues », *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, n° 4, pp. 345-352.
- Manning, W.G., L. Blumberg et L.H. Moulton (1995), « The Demand for Alcohol: The Differential Response to Price », *Journal of Health Economics*, vol. 14, n° 2, pp. 123-148.
- Myrick, H. et al. (2004), « Differential Brain Activity in Alcoholics and Social Drinkers to Alcohol Cues: Relationship to Craving », *Neuropsychopharmacology*, vol. 29, pp. 393-402.
- Nelson, J.P. (2011), « Alcohol Marketing, Adolescent Drinking and Publication Bias in Longitudinal Studies: A Critical Survey Using Meta-analysis », *Journal of Economic Surveys*, vol. 25, n° 2, pp. 191-232.
- Saffer, H., D. Dave et M. Grossman (2012), *Behavioral Economics and the Demand for Alcohol: Results from the NLSY97*, National Bureau of Economic Research, New York, document de travail n° 18180.
- Tapert, S.F. et al. (2003), « Neural Response to Alcohol Stimuli in Adolescents with Alcohol Use Disorder », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, pp. 727-735.
- Townshend, J.M. et T. Duka (2001), « Attentional Bias Associated with Alcohol Cues: Differences Between Heavy and Occasional Social Drinkers », *Psychopharmacology*, vol. 157, pp. 67-74.
- Wagenaar, A.C., M.J. Salois et K.A. Komro (2009), « Effects of Beverage Alcohol Price and Tax Levels on Drinking: A Meta-analysis of 1003 Estimates from 112 Studies », *Addiction*, vol. 104, n° 2, pp. 179-190.
- WSJ – Wall Street Journal (2012), Liquor Ads Win Airtime, 23 août, disponible à l'adresse : <http://online.wsj.com/news/articles/SB10000872396390444082904577605140973375290>.

Section spéciale III

Quel effet un prix unitaire minimum de l'alcool a-t-il sur les différents types de consommateurs ?

Par

Anne Ludbrook
Université d'Aberdeen

Introduction

En 2012, les pouvoirs publics écossais ont voté une loi afin d'instaurer un prix unitaire minimum (PUM) pour l'alcool. La loi stipule que l'alcool ne doit pas être vendu à un prix inférieur à 50 pence (0.615 euros¹) par unité d'alcool (une unité étant égale à 10 ml d'alcool pur). Cette loi n'a pas encore été appliquée en raison d'un recours juridique toujours en cours devant les tribunaux. L'État irlandais envisage aussi d'intégrer un PUM dans sa stratégie de lutte contre l'alcool. Les pouvoirs publics du Royaume-Uni ont organisé des consultations sur le PUM mais ont initialement envisagé d'instaurer une restriction concernant la vente à perte – interdiction de vendre de l'alcool au-dessous d'un prix équivalent au prix majoré des droits d'accise et de la TVA. Les droits d'accise sur l'alcool n'étant pas uniquement prélevés en fonction de la teneur en alcool, cette proposition se traduirait par une variation du prix le plus bas autorisé de 11 pence ou moins par unité d'alcool pour les cidres non gazeux à faible teneur en alcool à 42 pence par unité pour les cidres pétillants à forte teneur en alcool, les autres boissons alcoolisées se situant entre ces deux extrêmes (Home Office, 2014).

Le PUM a été proposé pour s'attaquer à un ensemble spécifique de problèmes affectant le marché de l'alcool au Royaume-Uni. Les prix bas, en particulier des alcools vendus dans les supermarchés, magasins et autres lieux où il n'est pas consommé sur place (le secteur dit « à emporter »), avaient contribué à rendre l'alcool plus abordable financièrement. La hausse des droits d'accise sur l'alcool a été considérée comme une réponse moins efficace car son impact dépendait de la répercussion, par le distributeur, de la hausse de prix au consommateur. Cette répercussion n'était pas garantie car les boissons alcoolisées servaient de « produits d'appel », les supermarchés cherchant à inciter les clients à entrer chez eux. Il était par ailleurs évident que l'effet des hausses de prix moyennes sur la consommation d'alcool pouvait être minimisé si les consommateurs se tournaient vers d'autres boissons moins chères. L'une des premières études visant à démontrer l'effet des hausses de prix ciblant différents segments de marché a été réalisée en Suède. En exploitant les données de Systembolaget, les travaux de Gruenewald et al. (2006) ont estimé qu'une hausse de 10 % des prix de toutes les boissons réduirait les ventes de 1.7 % alors que le ciblage des marques moins chères uniquement réduirait le volume total d'alcool vendu de 4.2 %. L'effet le plus important était sur les bières bon marché (-11.1 %) avec, parallèlement, une baisse (-1.9 %) du volume des spiritueux à bas prix. Les travaux ont estimé une augmentation (+3.1 %) des volumes de vente d'alcool sous forme de vin bon marché, ce dernier se substituant à la bière et aux spiritueux.

Le chapitre 5 examine des données factuelles concernant l'efficacité relative du PUM comme intervention destinée à réduire les méfaits de l'alcool. Toutefois, certains se sont inquiétés de savoir si le prix minimum pouvait avoir un effet régressif sur les ménages à faible revenu ainsi que de l'impact que ce prix pourrait avoir sur les buveurs modérés, par opposition à ceux qui consomment des volumes nocifs et dangereux. Cette section spéciale résume les données factuelles relatives à cette question et la replacent dans le contexte de l'impact d'autres interventions sur les prix, telles que les droits d'accise sur l'alcool et les restrictions concernant la vente à perte.

Effets des prix sur les sous-groupes de population

L'impact de l'intervention sur le prix minimum sur différents groupes de population dépend essentiellement des réponses aux questions suivantes : qui sont les principaux acheteurs de boissons alcoolisées bon marché, combien en achètent-ils et à quel point sont-ils réactifs aux variations de prix (« élasticité de la demande par rapport au prix »). L'efficacité relative des hausses de prix sur la réduction de la consommation des gros buveurs par rapport aux buveurs modérés fait l'objet de débats dans les études. L'essentiel de ces débats a été axé sur la comparaison des élasticités par rapport aux prix pour différents groupes. Cependant, cette approche pose un certain nombre de problèmes.

Bien que de solides données factuelles montrent que le prix a un impact au niveau de la population générale (Elder et al., 2010 ; Wagenaar et al., 2009, 2010), l'estimation des résultats pour des sous-groupes de population fait l'objet d'un certain nombre de problèmes de méthodologie et liés à la qualité des données. L'alcool n'est pas un produit unique et les différences de type et de qualité ont une incidence sur la disposition des individus à payer pour un produit spécifique. La demande d'alcool résulte donc du cumul de différents paramètres, et si différents sous-groupes de population préfèrent différents produits alcoolisés et doivent payer différents prix, les estimations sont susceptibles d'être faussées. Une meilleure vision pourra sans doute être obtenue en se concentrant plus directement sur les données factuelles relatives au choix des produits par différents groupes de population et à la variation des volumes d'alcool achetés ou consommés.

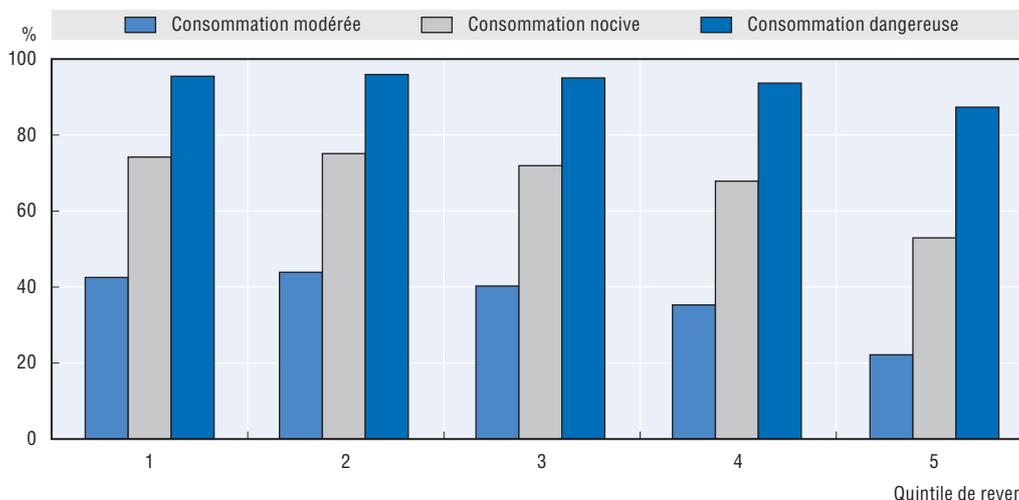
L'un des points qui fausse potentiellement l'estimation des élasticités par rapport au prix pour différents groupes de consommateurs concerne les gros acheteurs en quête de prix plus faibles. Les travaux de Black et al. (2011) ont comparé le comportement d'achat des patients traités pour des problèmes de santé liés à l'alcool à celui de la population générale en Écosse. Ces patients payaient un prix moyen de 43 pence par unité pour l'alcool acheté par rapport à une moyenne de 71 pence par unité pour la population générale. Quatre-vingt-trois pour cent des unités achetées l'étaient à des prix inférieurs au PUM proposé de 50 pence.

Habitudes d'achat d'alcool à bas prix

Le comportement d'achat ou de consommation de groupes ayant des niveaux de revenu et de consommation différents révèle des habitudes plutôt cohérentes. Différentes données factuelles montrent que le revenu a une incidence sur la probabilité d'acheter de l'alcool à bas prix et sur le nombre d'unités achetées par une catégorie donnée de consommateurs (consommation modérée, consommation nocive et consommation dangereuse²). Toutefois, les effets sont relativement limités par rapport à la différence bien plus importante entre les types de consommation.

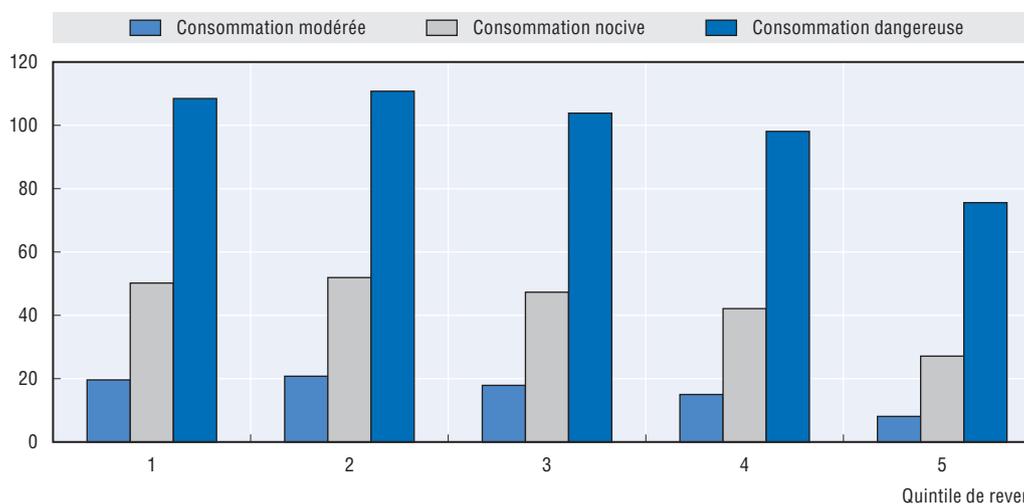
Ce point est illustré dans notre étude (Ludbrook et al., 2012) qui s'est appuyée sur trois années de données (2006-08) d'une enquête sur les ménages au Royaume-Uni (Expenditure and Food Survey/Living Costs and Food Survey). Dans le cadre de celle-ci, les ménages devaient enregistrer tous leurs achats pendant une période échantillon de deux semaines. Les ménages étaient répartis en cinq quintiles de revenu³ et quatre catégories définies en fonction de leurs achats d'alcool : aucun achat et des niveaux d'achat cohérents avec une consommation modérée, nocive et dangereuse. Bien que les données aient à la fois couvert les achats d'alcool à consommer sur place et à emporter, notre analyse a privilégié les achats d'alcool à emporter dans la mesure où c'est la catégorie visée par le PUM.

Graphique SFIII.1. Probabilité prévue moyenne que les ménages achètent de l'alcool à emporter bon marché (< 45 pence par unité) par quintile de revenu et niveau d'achat – en cas d'achat d'alcool à emporter



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303691>

Graphique SFIII.2. Volume prévu moyen d'alcool bon marché (< 45 pence par unité) à emporter par quintile de revenu et niveau d'achat – en cas d'achat d'alcool à emporter



Source : Données de l'étude de Ludbrook, A. et al. (2012), « Tackling Alcohol Misuse: Purchasing Patterns Affected by Minimum Pricing for Alcohol », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 10, n° 1, pp. 51-63.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303708>

Les figures SFIII.1 et SFIII.2 résument la probabilité d'achat d'alcool bon marché et le nombre prévu d'unités, respectivement, pour les ménages qui achetaient un certain volume d'alcool à emporter. Le niveau de revenu semble avoir moins d'effet que le type de consommation. Cependant, ceux qui n'achetaient pas d'alcool sont surreprésentés dans le quintile des ménages à faible revenu de sorte que si l'on inclut les ménages qui n'ont pas acheté d'alcool à emporter dans la période d'enquête, alors l'effet revenu devient moins visible et apparaît légèrement positif pour le groupe des ménages ayant une consommation dangereuse.

Étant donné que les données utilisées couvraient uniquement une période de deux semaines, bon nombre de ces non acheteurs sont en réalité plus susceptibles d'être des acheteurs occasionnels. Les travaux de Leicester (2011) s'appuyant sur des données relatives

aux ménages obtenues par lecture optique ont analysé les habitudes d'achat sur une année. Ils ont découvert une faible relation entre la propension des ménages à acheter de l'alcool bon marché et leur niveau de revenu, mais les unités à bas prix représentaient une part plus importante des unités achetées par les ménages à faible revenu. L'effet proportionnel du PUM sur les ménages à faible revenu est donc plus important, mais, conformément à des conclusions antérieures, le PUM induit une différence plus grande entre les catégories d'achat d'alcool qu'entre les catégories de revenu.

Plus récemment les travaux de Holmes et al. (2014) ont exploité le modèle de politique de l'alcool de Sheffield pour modéliser l'effet du PUM par catégorie de revenu et de consommateur. Leurs résultats révèlent que l'effet sur la consommation des groupes à faible revenu est plus important que sur celle des groupes à revenu élevé, mais également que l'effet est plus important sur ceux qui ont une consommation dangereuse que sur ceux dont la consommation est modérée. Avec un PUM de 45 pence, il est prévu que les buveurs modérés à faible revenu réduisent leur consommation de 29 unités par année, contre moins d'une unité pour ceux dont le revenu est le plus élevé. Concernant ceux dont la consommation est dangereuse, il est prévu qu'ils la réduisent de 138 unités par année en moyenne, avec une fourchette allant de 300 unités pour le groupe des ménages à faible revenu à 34 unités pour le groupe dont le revenu est le plus élevé. Globalement, l'effet du PUM sur ceux dont le revenu est faible est concentré parmi les plus gros buveurs, mais ceux dont la consommation est dangereuse et qui ont un revenu faible enregistrent aussi la réduction de consommation d'alcool la plus forte, dépensent ce fait moins de et en tirent les meilleurs bénéfices en termes de santé. Cette conclusion est cohérente avec celle d'autres études qui indiquent que ce sont les groupes défavorisés qui sont disproportionnellement touchés par les méfaits de l'alcool (Johnston et al., 2012).

Autres interventions sur les prix

La vente à perte a récemment été interdite en Angleterre, mais la définition utilisée – vendre au-dessous d'un prix incluant les droits d'accise et la TVA – a pour effet que cela n'affecte qu'une petite partie seulement du marché de l'alcool. Toutefois, certaines données indiquent que ceux qui achètent le plus d'alcool à emporter ont acheté une plus grande proportion d'unités à un prix inférieur à leur coût (Leicester, 2011). On estime que l'impact de l'interdiction de la vente à perte sur la consommation et les dépenses moyennes est très inférieur à celui du PUM et aura donc un effet différentiel relativement faible par catégorie de revenu ou type de consommateur.

L'effet de la hausse des droits d'accise sur l'alcool diffère selon que l'on prend en compte tous les ménages ou seulement ceux qui achètent de l'alcool. La hausse des taxes sur l'alcool a un effet progressif lorsque l'on considère tous les ménages, mais un effet régressif si l'on tient uniquement compte de ceux qui achètent de l'alcool (Leicester, 2011), et ce, même si les auteurs indiquent que les données d'enquête sur les ménages utilisées surestiment peut-être la proportion de ceux qui n'achètent pas du tout d'alcool dans la mesure où elles ne couvrent qu'une période de deux semaines. Les droits d'accise sont complexes au Royaume-Uni car prélevés à différents taux sur différents produits et non proportionnels à la teneur en alcool. L'impact des hausses des droits d'accise par catégorie de revenu dépendra du type de produits touchés et de l'ampleur de la hausse, et il pourra devenir de plus en plus difficile de cibler les types de consommation. Dans le passé, les hausses des droits d'accise étaient considérées comme un moyen pour s'attaquer à des boissons présentant un « problème » particulier, telles que les « alcopops », mais les effets

d'interventions fragmentées ont fortement tendance à inciter les consommateurs à se tourner vers d'autres produits plutôt qu'à réduire la consommation globale d'alcool.

Conclusion

Le PUM a été proposé comme une mesure visant spécifiquement à s'attaquer aux conditions de marché en Écosse et ailleurs. Les inquiétudes à l'égard de l'impact potentiel sur les buveurs modérés à faible revenu semblent infondées car leurs niveaux d'achat sont relativement peu affectés. Les buveurs modérés à divers niveaux de la distribution de revenu seront peu affectés par le PUM. Les gros buveurs à faible revenu semblent le groupe susceptible d'être le plus touché en termes de réduction de leur consommation, alors que les gros buveurs à revenu élevé peuvent avoir les moyens de pérenniser leurs habitudes de consommation dangereuse.

Notes

1. Taux de change 1 GBP = 1.23 EUR, 29 mai 2014.
2. Les types de consommation sont basés sur des directives du Royaume-Uni : consommation modérée (jusqu'à 14 unités pour les femmes et 21 pour les hommes), consommation nocive (14-35 unités pour les femmes et 21-50 pour les hommes), consommation dangereuse (plus de 35 pour les femmes et plus de 50 pour les hommes). Ces catégories sont appliquées aux quantités consommées ou achetées, selon les données disponibles.
3. Sur la base du revenu brut équivalent.

Bibliographie

- Black, H., J. Gill et J. Chick (2011), « The Price of a Drink: Levels of Consumption and Price Paid per Unit of Alcohol by Edinburgh's Ill Drinkers with a Comparison to Wider Alcohol Sales in Scotland », *Addiction*, vol. 106, n° 4, pp. 729-736.
- Elder, R.W. et al. (2010), « The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 38, pp. 217-229.
- Gruenewald, P.J. et al. (2006), « Alcohol Prices, Beverage Quality, and the Demand for Alcohol: Quality Substitutions and Price Elasticities », *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, vol. 30, n° 1, pp. 96-105.
- Holmes, J. et al. (2014), « Effects of Minimum Unit Pricing for Alcohol on Different Income and Socioeconomic Groups: A Modelling Study », *The Lancet*, en ligne, 10 février, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62417-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4).
- Home Office (2014), « Guidance on Banning the Sale of Alcohol Below the Cost of Duty Plus VAT », www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/311735/Guidance_on_BBCS_3.pdf, dernière consultation le 28 avril 2014.
- Johnston, M., A. Ludbrook et M. Jaffray (2012), « Inequalities in the Distribution of the Costs of Alcohol Misuse in Scotland: A Cost of Illness Study », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 47, n° 6, pp. 725-731, <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/ags092>.
- Leicester, A. (2011), « Alcohol Pricing and Taxation Policies », *IFS Briefing Note* n° BN124, Institute for Fiscal Studies, Londres, www.ifs.org.uk/bns/bn124.pdf, dernière consultation le 28 avril 2014.
- Ludbrook, A. et al. (2012), « Tackling Alcohol Misuse: Purchasing Patterns Affected by Minimum Pricing for Alcohol », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 10, n° 1, pp. 51-63.
- Meng, Y. et al. (2013), « Modelled Income Group-specific Impacts of Alcohol Minimum Unit Pricing in England 2014/15: Policy Appraisals Using New Developments to the Sheffield Alcohol Policy Model, (v2.5) », www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.291621!/file/julyreport.pdf accessed 28/04/2014.
- Wagenaar, A.C., A.L. Tobler and K.A. Komro (2010), « Effects of Alcohol Tax and Price Policies on Morbidity and Mortality: A Systematic Review », *American Journal of Public Health*, vol.100, pp. 2270-2278.
- Wagenaar, A.C., M.J. Salois and K.A. Komro (2009), « Effects of Beverage Alcohol Prices and Tax Levels on Drinking: A Meta-analysis of 1003 Estimates from 112 Studies », *Addiction*, vol. 104, pp. 179-190.

Section spéciale IV

Bien-fondé de la réduction des méfaits de l'alcool sur le lieu de travail

Par

Marjana Martinic

pour le compte du Comité consultatif économique
et industriel auprès de l'OCDE (BIAC)

Introduction

Le lieu de travail constitue un point d'entrée utile pour les interventions visant à lutter contre les problèmes liés à l'alcool et les méfaits associés. Il donne en effet accès à un large pan de la population en âge de travailler et peut permettre d'identifier les individus exposés à un risque accru de conséquences néfastes et à des contextes à haut risque. Pour les employeurs comme pour les salariés, s'attaquer aux problèmes liés à l'alcool sur le lieu de travail répond aussi à une logique économique.

Comprendre les relations entre les habitudes d'alcoolisation, les contextes de consommation d'alcool et les risques associés permet d'identifier des solutions pour faire évoluer les caractéristiques du milieu professionnel liées à une consommation excessive et adapter des interventions à des situations particulières dans lesquelles le risque de conséquences néfastes peut être accru. Si les interventions sur le lieu de travail peuvent servir à lutter contre la consommation d'alcool sur ce lieu lui-même et en dehors, elles ont aussi un impact sur l'environnement professionnel, la productivité et les relations des salariés.

La complexité de la lutte contre la consommation excessive d'alcool sur le lieu de travail et dans le milieu professionnel impose une approche large et interdisciplinaire pour unir les efforts des employeurs et d'autres. Des partenariats multipartites sont souhaitables si l'on veut améliorer les approches existantes et rendre leur mise en œuvre plus cohérente.

Dans la mesure où la mise en œuvre de politiques de l'alcool sur le lieu de travail incombe souvent à des employeurs individuels et où elle est rarement mandatée par les États, le secteur privé dispose de l'opportunité unique de montrer l'exemple par son engagement et d'attester de la responsabilité sociale de l'entreprise.

Raisonnement de la lutte contre les problèmes liés à l'alcool sur le lieu de travail

Selon certaines estimations, environ 10 % de l'ensemble des salariés adultes sont susceptibles d'avoir une consommation excessive d'alcool (Henderson et al., 1996). S'alcooliser au travail peut entraîner des blessures et des accidents, et consommer de façon excessive en dehors du travail peut entraîner des « gueules de bois » et des journées d'arrêt maladie qui ont des répercussions sur les horaires de travail (Cook, 1997a et 1997b), ce qui contribue à une moindre efficacité et une perte de productivité (Bacharach et al., 2010 ; Pidd et al., 2006b).

Le coût financier direct de la maladie et du décès, et de l'investissement nécessaire pour remplacer la perte d'individus (et de compétences) est élevé. Les problèmes liés à l'alcool ont également un impact sur les coûts de santé, des congés de maladie, des rééducations, sur les indemnités de licenciement ainsi que sur les coûts juridiques. La perte de productivité liée à l'absentéisme et au « présentéisme » (être présent sur le lieu de travail mais toujours sous l'emprise de l'alcool) a été identifiée comme la principale composante du coût social des méfaits de l'alcool (Rehm et al., 2006 ; Rehm et al., 2009 ; Collins et Lapsley, 2008 ; Sloan et al., 2000 ; Anderson et al., 2012).

Parallèlement, il a été démontré qu'une meilleure santé et sécurité sur le lieu de travail contribuait à la satisfaction du travailleur et améliorait la productivité. De plus, les employeurs ont à la fois pour responsabilité éthique et juridique d'éviter les accidents et les blessures (Sloan et al., 2000). Les investissements nécessaires pour mettre en place des politiques et des programmes sur le lieu de travail sont relativement minimes pour les employeurs comparés aux coûts des conséquences néfastes, et sont plus que compensés par la réduction de ces coûts (Collins et Lapsley, 2008 ; Hantula et al., 2001 ; Oxenburgh et Marlow, 2005).

Interventions sur le lieu de travail : efficacité et rapport coût-efficacité

Les interventions ciblant l'alcool sur le lieu de travail s'étendent des obligations légales dans certains pays à une dépendance complète vis-à-vis des programmes et mesures mis en place par les employeurs dans d'autres. Cependant, même lorsqu'il existe une loi, son application peut dans une large mesure reposer sur le volontariat et sa portée être laissée à la discrétion de l'employeur, en particulier dans le secteur privé. L'Organisation internationale du Travail a élaboré un modèle de cadre pour gérer les problèmes liés à l'alcool sur le lieu de travail dans son Recueil de directives pratiques (OIT, 1996). De plus, le projet européen sur le lieu de travail et l'alcool [*European Workplace and Alcohol (EWA) project*] co-financé par la Commission européenne et implémenté dans 12 pays de l'Union européenne établit des recommandations sur l'implémentation des interventions relatives à la prévention de la consommation d'alcool (Dawson et al., 2013).

D'autres approches incluent des stratégies destinées à aider les salariés dont la consommation pourrait être excessive ou le placer face à un risque accru de conséquences néfastes. Les données factuelles relatives à l'efficacité de différents programmes sur le lieu de travail destinés à modifier les comportements et à réduire les méfaits de l'alcool sont contrastées (Webb et al., 2009). Certaines études ont toutefois recensé un impact sur la réduction de la consommation et les problèmes d'alcool (Anderson et Larimer, 2002 ; Pidd et al., 2006a ; Walters et Woodall, 2003) ainsi que sur les intentions futures de s'adonner à une consommation excessive (Lapham et al., 2003 ; Dale et Livingston, 2012). Une autre étude a également révélé un effet sur la productivité et les économies pour les employeurs (Osilla et al., 2010). La combinaison de différentes interventions génère de meilleurs résultats que les approches individuelles (Osilla et al., 2010 ; Hermansson et al., 2010).

Dans certains pays, tels que les États-Unis, le dépistage obligatoire de l'alcool (généralement associé à un dépistage de la consommation de drogue) est assez courant, en particulier dans des métiers dans lesquels le risque de blessures est élevé. Cette approche a permis d'établir certaines données factuelles sur son efficacité dans la réduction des blessures à court terme, même si l'impact à long terme sur les taux d'accidents s'est révélé moins marqué (Spicer et Miller, 2005). Toutefois, une étude américaine fait état d'une réduction de 23 % des risques d'accidents mortels dans le secteur des transports à la suite d'un dépistage obligatoire de l'alcoolémie chez les chauffeurs (Brady et al., 2009). D'autres études suggèrent que le dépistage et le test d'alcoolémie peuvent aussi améliorer l'efficacité d'autres interventions.

Lorsque des programmes ciblant l'alcool sont appliqués sur le lieu de travail, les programmes d'aide aux employés (qui incluent généralement une composante de conseil) sont courants, notamment dans les grandes entreprises (Roman et Blum 2002 ; Hartwell et al., 1996 ; Jepson et al., 2010) et souvent imposés par leurs règlements internes. Une étude a révélé que les programmes d'aide aux employés réduisaient de façon significative

le présentéisme, mais pas l'absentéisme (Osilla et al., 2010 ; Goetzel et al., 2004). Cependant, les améliorations consécutives de la productivité ont été importantes et ont permis de générer des économies de 1 200 USD par salarié sur la période de quatre semaines étudiée (Osilla et al., 2010).

Lorsqu'elles sont appliquées individuellement, des mesures telles que le conseil, la formation aux compétences psychosociales ou le dépistage et les interventions brèves destinées aux consommateurs excessif révèlent un impact minime, voire aucun impact, sur les comportements (Hermansson et al., 1998 ; Hermansson et al., 2010) même si elles peuvent avoir une incidence sur le désir de changement des individus (Lapham et al., 2003 ; Matano et al., 2007 ; Cook et al., 1996 ; Heirich et Sieck, 2000). Cependant, lorsque des approches combinées sont intégrées aux programmes d'aide aux employés ou à un programme plus complet qui remplace la consommation d'alcool dans le contexte plus large des facteurs de mode de vie et des risques globaux pour la santé, la réduction des méfaits de l'alcool donne des résultats prometteurs (Webb et al., 2009).

Le dépistage et les interventions brèves des programmes d'aide aux employés présentent aussi un bon rapport coût-efficacité pour lutter contre les problèmes et les méfaits liés à l'alcool sur le lieu de travail, même si peu d'études ont été réalisées en dehors du cadre des soins de santé (Rehm et al., 2006 ; Rehm et al., 2009 ; Collins et Lapsley, 2008 ; Sloan et al., 2000 ; Bergström et al., 2008 ; Ames et al., 2000 ; Frone, 2006, 2008, 2009 ; Frone et Brown, 2010 ; Rospenda et al., 2009). Une étude (Cowell et al., 2011) a révélé que les coûts du dépistage et des interventions brèves sur le lieu de travail pouvaient être sensiblement inférieurs aux coûts dans le cadre de soins primaires. Les coûts pour l'employeur dépendent, entre autres facteurs, du soutien complet (ou non) des programmes par leur assurance-maladie, comme aux États-Unis, ou du subventionnement (ou non) par les systèmes de santé publics, comme dans certains pays européens. Certains employeurs ont mis en place des interventions conduites par les pairs pour réduire les conséquences néfastes liées à l'alcool en mettant l'accent sur l'évolution de la culture d'entreprise, des attitudes et des perceptions sur le lieu de travail concernant l'alcool (Frone et Brown, 2010 ; Bennett et al. 2004). Dans le secteur des transports, un programme a permis de réduire de 30 % le taux d'accidents, ce qui s'est traduit par des économies d'environ 48 millions USD pour l'employeur cette année-là (Spicer et Miller, 2005 ; Miller et al., 2007). L'employeur a évité des coûts nets d'accidents de 1 850 USD par salarié au cours de l'année étudiée. Le ratio entre les bénéfices totaux pour l'employeur et le coût de mise en œuvre des interventions conduites par les pairs dans le cadre de ce programme spécifique a été estimé de 26/1, ce qui a conforté son rapport coût-efficacité (Miller et al., 2007).

Les interventions en ligne (via l'internet) constituent une autre approche prometteuse qui permet des retours d'information personnalisés susceptibles d'être complétés par des entretiens de motivation. Ces interventions offrent une certaine flexibilité aux salariés en leur permettant d'aller à l'issue du programme à leur propre rythme tout en préservant leur intimité. Le coût de mise en œuvre des interventions en ligne est relativement faible, d'où leur bon rapport coût-efficacité. Ces interventions offrent une solution pratique aux employeurs dont les ressources sont limitées. L'étude des interventions en ligne a révélé qu'à court terme (dans certains cas jusqu'à trois mois à l'issue de l'intervention) des réductions significatives de la consommation à haut risque pouvaient être obtenues (Matano et al., 2007 ; Doumas et Hannah, 2008 ; Hester et al., 2011).

Les programmes complets de promotion de la santé mettant l'accent sur les problèmes d'alcool se sont révélés prometteurs, en particulier ceux qui insistent sur l'activité physique. Bien que l'on dispose actuellement de données factuelles globalement limitées, ces programmes bénéficient des taux de participation plus élevés et de meilleurs résultats concernant la réduction de la consommation à risque (Sieck et Heirich, 2010). Ils semblent par ailleurs prometteurs en termes de rapport coût-efficacité (Chapman, 2003, 2005 ; Baicker et al., 2010).

Exemples sectoriels des interventions axées sur l'alcool

Les programmes ciblant l'alcool sont appliqués à différents degrés dans différents secteurs. Certains employeurs privilégient principalement la sécurité, d'autres intègrent les activités de lutte contre l'alcool sur le lieu de travail à des programmes plus larges visant la santé et le bien-être. Les industries de l'acier et du fer ont par exemple pris conscience depuis longtemps de l'impact potentiel de la consommation d'alcool sur le lieu de travail et la sécurité (OIT, 2005), et ont mis en œuvre de nombreuses reprises des initiatives bien avant que des réglementations publiques ne soient instaurées. L'Organisation de l'aviation civile internationale a fixé des obligations relatives à la consommation d'alcool, des délais entre la consommation d'alcool et la prise des commandes d'un avion, et des limites de taux d'alcoolémie autorisés pour les pilotes, les contrôleurs aériens ou le personnel de bord dans les états membres (OACI, 1995).

L'alcool étant au cœur de leur activité, les fabricants de boissons alcoolisées consacrent une attention particulière à la question de l'alcool sur le lieu de travail. Les interventions visant ce problème incluent les programmes d'aide aux employés, le conseil et les interventions brèves ainsi que le traitement, le cas échéant. L'éducation et la sensibilisation aux questions d'alcool, eu égard à la santé et à l'exécution du travail, et aux lois spécifiques du pays constituent une autre composante clé, de même que la formation des salariés. Les producteurs mondiaux sont au minimum dotés de politiques qui s'appliquent à tous les marchés sur lesquels ils interviennent et sont adaptées aux lois locales.

Les normes mondiales d'Anheuser-Busch InBev relatives à la consommation responsable des employés (ABI, 2008) constituent un exemple qui s'applique à la fois à la consommation sur le lieu de travail et à l'extérieur de celui-ci. En vertu de ces normes, une certaine consommation d'alcool dans le cadre du travail est tolérée dans certaines circonstances, mais les troubles liés à l'alcool ne le sont pas. Le programme Cool@Work de Heinken propose des approches différentes en fonction des habitudes de consommation des salariés et du niveau de risque (Heineken International, 2005). Le distillateur français Pernod Ricard s'est doté d'un large cadre qui prend position sur la responsabilité et la consommation durant l'activité professionnelle (Pernod Ricard, 2006). Une étude interne non publiée indique que le programme de formation DRINKiQ de Diageo a accru la sensibilisation des participants à ce qu'est la consommation responsable et renforcé leur intention de modifier leurs habitudes de consommation.

La Charte de sécurité routière de Pernod Ricard (Pernod Ricard et Délégation Interministérielle à la Sécurité Routière, 2002) impose d'éduquer les salariés aux questions de sécurité routière et de respect des lois ainsi que le recours aux éthylo-tests et à des conducteurs sobres désignés. Selon une étude interne, l'implication de salariés dans des accidents de la circulation (tant liés à l'alcool qu'en cas de non consommation d'alcool) a diminué entre 2002 et 2006 (Pernod Ricard, données non publiées). Il convient toutefois de noter que d'autres variables externes, telles que le durcissement du Code de la route français et son application pendant cette période, sont susceptibles d'avoir contribué à cette baisse.

Obstacles aux interventions sur le lieu de travail

Les données factuelles sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité des différentes interventions sont minces en raison d'obstacles tant à leur mise en œuvre qu'à leur évaluation. L'évaluation peut être entravée par le manque de cohérence des approches évaluées et la difficulté qu'il y a à comparer des programmes hétérogènes, le nombre limité de sujets susceptibles d'être représentatifs de l'ensemble de la population active, les incohérences concernant les résultats spécifiques évalués et la fiabilité des résultats autodéclarés (Webb et al., 2009). Il est nécessaire d'améliorer la cohérence entre les programmes et les outils utilisés pour quantifier les impacts si l'on veut améliorer l'évaluation de ce qui est efficace et de ce qui ne l'est pas.

Les considérations éthiques relatives à la mise en œuvre de programmes sur le lieu de travail pour lutter contre la consommation excessive et les problèmes d'alcool soulèvent d'importantes difficultés, notamment concernant les questions d'intimité et de confidentialité (Cowell et al., 2011 ; Verstraete et Pierce, 2001 ; OIT, 2009 ; Slavik et al., 2009). Il n'existe pas à ce jour d'études à grande échelle qui évaluent soit l'ampleur des mesures de lutte contre l'alcool lors des sessions de conseil, soit, ultérieurement, l'ampleur de la couverture ou de l'impact.

Certains problèmes font également obstacle à une mise en œuvre efficace des programmes ciblant l'alcool sur le lieu de travail. En général, les grands employeurs sont plus susceptibles d'appliquer des mesures que les petits, et d'avoir les ressources nécessaires pour le faire (Linnan et al., 2008). Toutefois, la majorité de la population active mondiale est employée par des microentreprises ou des PME (Eurostat, 2011) qui manquent souvent de ressources pour mettre en œuvre de façon appropriée des programmes ciblant l'alcool sur le lieu de travail, et ce bien que l'impact de la consommation excessive d'alcool sur ce lieu soit relativement plus important dans les petites entreprises.

Sur le marché du travail, la tendance croissante à l'externalisation, à la sous-traitance et au recours à des contrats à court terme fait surgir un autre obstacle. Cette tendance s'est traduite, pour les travailleurs, par une perte de droits et de prestations (y compris d'interventions visant à lutter contre la consommation excessive d'alcool) qui vont généralement de pair avec un emploi à temps plein (OCDE, 2002 ; ONUDAES, 2007). Parallèlement, les systèmes publics de protection sociale ont également été restreints dans de nombreux pays sans être remplacés par des dispositifs de soins efficaces. Paradoxalement, les périodes de ralentissement économique, souvent associées à des suppressions d'emploi et des licenciements, sont à juste titre précisément les périodes pendant lesquelles il est particulièrement nécessaire de renforcer la lutte contre la consommation excessive d'alcool. Bien que les données factuelles soient contrastées (Ruhm, 1995; Ruhm et Black, 2002), des études portant sur les États-Unis (par exemple Bor et al., 2013) et l'Espagne (Gili, 2013) ont montré que ces périodes peuvent coïncider avec une augmentation des problèmes d'alcool.

La dimension culturelle fait aussi obstacle aux politiques et aux interventions sur le lieu de travail car elle matérialise le degré de tolérance à l'égard de l'alcoolisation dans les sociétés et, de façon plus limitée, dans les lieux de travail. La culture d'entreprise peut entraîner des problèmes d'organisation si la direction se refuse à considérer la consommation excessive d'alcool comme une priorité absolue (Bell et al., 1996). La consommation est susceptible d'être tolérée sur le lieu de travail, car propice à la camaraderie et à la complicité, et la direction peut se contenter de fermer les yeux sur le problème.

Bibliographie

- ABI – Anheuser-Busch InBev (2008), « Global Standards for Employee Responsible Drinking Policy », Communiqué interne.
- Ames, G., J. Grube et R.S. Moore (2000), « Social Control and Workplace Drinking Norms: A Comparison of Two Organizational Cultures », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 61, pp. 203-219.
- Anderson, B.K. et M.E. Larimer (2002), « Problem Drinking in the Workplace: An Individualized Approach to Prevention », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 16, pp. 243-251.
- Anderson, P., L. Møller et G. Galea (2012), « Alcohol in the European Union. Consumption, Harm and Policy Approaches », Organisation mondiale de la santé, Copenhague.
- Bacharach, S.B., P. Bamberger et M. Biron (2010), « Alcohol Consumption and Workplace Absenteeism: The Moderating Effect of Social Support », *Journal of Applied Psychology*, vol. 95, pp. 334-348.
- Baicker, K., D. Cutler et Z. Song (2010), « Workplace Wellness Programs Can Generate Savings », *Health Affairs*, vol. 29, pp. 304-311.
- Bell, N.S. et al. (1996), « Workplace Barriers to the Effective Management of Alcohol Problems », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 38, pp. 1213-1219.
- Bennett, J.B. et al. (2004), « Team Awareness, Problem Drinking, and Drinking Climate: Workplace Social Health Promotion in a Policy Context », *Behavior Change*, vol. 19, pp. 103-113.
- Bergström, G. et al. (2008), « A Comprehensive Workplace Intervention and Its Outcome with Regard to Lifestyle, Health and Sick Leave: The AHA Study », *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, vol. 31, pp. 167-180.
- Bor, J. et al. (2013), « Alcohol Use During the Great Recession of 2008-2009 », *Alcohol & Alcoholism*, vol. 48, pp. 343-348.
- Brady, J.E. et al. (2009), « Effectiveness of Mandatory Alcohol Testing Programs in Reducing Alcohol Involvement in Fatal Motor Carrier Crashes », *American Journal of Epidemiology*, vol. 17, pp. 775-782.
- Chapman, L.S. (2005), « Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies », *American Journal of Health Promotion*, 2005 update, vol. 19, pp. 1-11.
- Chapman, L.S. (2003), « Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies », *The Art of Health Promotion*, vol. 6, pp. 1-16.
- Collins, D.J. et H.M. Lapsley (2008), « The Avoidable Costs of Alcohol Abuse in Australia and the Potential Benefits of Effective Policies to Reduce Social Costs of Alcohol », Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra.
- Cook, C.C.H. (1997a), « Alcohol and Aviation », *Addiction*, vol. 92, n° 5, pp. 539-555.
- Cook, C.C.H. (1997b), « Alcohol Policy and Aviation Safety », *Addiction*, vol. 92, n° 7, pp. 793-804.
- Cook, R.F., A.S. Back et J. Trudeau (1996), « Preventing Alcohol Use Problems Among Blue-collar Workers: A Field Test of the Working People Program », *Substance Use and Misuse*, vol. 31, pp. 255-275.
- Cowell, A.J., J.W. Bray et J.M. Hinde (2011), « The Cost of Screening and Brief Intervention in Employee Assistance Programs », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 39, pp. 55-67.
- DAES – Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (2007), *The Employment Imperative: Report on the World Social Situation 2007*, Organisation des Nations Unies, New York.
- Dale, C.E. et M.J. Livingston (2012), « The Burden of Alcohol Drinking on Co-workers in the Australian Workplace », *Medical Journal of Australia*, vol. 193, pp. 138-140.
- Dawson, J. et al. (2013), « European Workplace and Alcohol Toolkit for Alcohol-Related Interventions in Workplace Settings », Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelone.
- Doumas, D.M. et E. Hannah (2008), « Preventing High-risk Drinking in Youth in the Workplace: A Web-based Normative Feedback Program », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, pp. 263-271.
- Eurostat (2011), « Statistiques structurelles sur les entreprises – vue d'ensemble », Commission européenne, Bruxelles, disponible à l'adresse http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Structural_business_statistics_overview/fr.
- Frone, M.R. (2009), « Does Permissive Workplace Substance Use Climate Affect Employees Who Do Not Use Alcohol and Drugs at Work? A U.S. National Study », *Psychology of Addictive Behavior*, vol. 23, pp. 386-390.

- Frone, M.R. (2008), « Are Work Stressors Related to Employee Substance Use? The Importance of Temporal Context Assessments of Alcohol and Illicit Drug Use », *Journal of Applied Psychology*, vol. 93, pp. 199-206.
- Frone, M.R. (2006), « Prevalence and Distribution of Alcohol Use and Impairment in the Workplace: A U.S. National Survey », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 67, pp. 147-156.
- Frone, M.R. et A.L. Brown (2010), « Workplace Substance-use Norms as Predictors of Employee Substance Use and Impairment: A Survey of U.S. Workers », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 71, pp. 526-534.
- Gili, M. et al. (2013), « The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain: Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010 », *European Journal of Public Health*, vol. 23, pp. 103-108.
- Goetzel, R.Z. et al. (2004), « Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, pp. 219-224.
- Hantula, D.A. et al. (2001), « The Value of Workplace Safety. A Time-based Utility Analysis Model », *Journal of Organizational and Behavior Management*, vol. 21, pp. 79-98.
- Hartwell, T.D. et al. (1996), « Aiding Troubled Employees: The Prevalence, Cost, and Characteristics of Employee Assistance Programs in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 86, pp. 804-808.
- Harwood, H.J., D. Fountain et G. Livermore (1998), « Economic Costs of Alcohol Abuse and Alcoholism », *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 14, pp. 307-330.
- Heineken International (2005), *Cool@Work. Policy and Guidelines for Implementation*, 2^e édition, Heineken NV, Amsterdam.
- Heirich, M. et C.J. Sieck (2000), « Worksite Cardiovascular Wellness Programs as a Route to Substance Abuse Prevention », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 42, pp. 47-56.
- Henderson, M., G. Hutcheson et J. Davies (1996), *Alcohol and the Workplace*, WHO Regional Publications, European Series, n° 67, Organisation mondiale de la santé – Bureau régional de l'Europe, Copenhague.
- Hermansson, U. et al. (2010), « Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-year Randomized Controlled Study », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 45, pp. 252-257.
- Hermansson, U. et al. (1998), « Feasibility of Brief Intervention in the Workplace for the Detection and Treatment of Excessive Alcohol Consumption », *Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 4, pp. 71-78.
- Hester, R.K., H.D. Delaney et W. Campbell (2011), « ModerateDrinking.com and Moderation Management: Outcomes of a Randomized Clinical Trial with Non-dependent Problem Drinkers », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 79, pp. 215-224.
- Jepson, R.G. et al. (2010), « The Effectiveness of Interventions to Change Six Health Behaviours: A Review of Reviews », *BMC Public Health*, vol. 10:538.
- Lapham, S.C., C. Gregory et G. MacMillan (2003), « Impact of an Alcohol Misuse Intervention for Health Care Workers. 1. Frequency of Binge Drinking and Desire to Reduce Alcohol Use », *Alcohol & Alcoholism*, vol. 38, pp. 176-182.
- Linnan, L. et al. (2008), « Results of the 2004 National Worksite Health Promotion Survey », *American Journal of Public Health*, vol. 98, pp. 1503-1509.
- Matano, R.A. et al. (2007), « A Pilot Study of an Interactive Web Site in the Workplace for Reducing Alcohol Consumption », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 32, pp. 71-80.
- Miller, T.R., E. Zaloshnja et R.S. Spicer (2007), « Effectiveness and Benefit-cost of Peer-based Workplace Substance Abuse Prevention Coupled with Random Testing », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 39, pp. 565-573.
- OACI – Organisation de l'aviation civile internationale (1995), *Manuel sur la prévention de l'usage de substances posant problème sur les lieux de travail en aviation*, OACI, Montréal.
- OCDE (2002), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2002*, chapitre « Maintenir le bon cap pour l'emploi », Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2002-fr.
- OIT – Organisation internationale du travail (2009), *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, 4^e édition, OIT, Genève.

- OIT (2005), *Recueil de directives pratiques sur la sécurité et la santé dans l'industrie du fer et de l'acier*, OIT, Genève.
- OIT (1996), *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail. Recueil de directives pratiques*, OIT, Genève.
- Osilla, K.C. et al. (2010), « Exploring Productivity Outcomes from a Brief Intervention for At-risk Drinking in an Employee Assistance Program », *Addictive Behaviors*, vol. 35, pp. 194-200.
- Oxenburgh, M. et P. Marlow (2005), « The Productivity Assessment Tool: Computer-based Cost-benefit Analysis Model for the Economic Assessment of Occupational Health and Safety Interventions in the Workplace », *Journal of Safety Research*, vol. 36, pp. 209-214.
- Pernod Ricard (2006), « Charte de développement durable », Pernod Ricard, Paris, disponible à l'adresse www.pernod-ricard.com/medias/resources/static/Entreprendre/chartegb_def.pdf.
- Pernod Ricard et délégation interministérielle à la sécurité routière (2002), « Charte de sécurité routière », Paris.
- Pidd, K., R. Boeckmann et M. Morris (2006a), « Adolescents in Transition: The Role of Workplace Alcohol and Other Drug Policies as a Prevention Strategy », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 13, pp. 353-365.
- Pidd, K. et al. (2006b), « Estimating the Cost of Alcohol-related Absenteeism in the Australian Workforce: The Importance of Consumption Patterns », *Medical Journal of Australia*, vol. 185, pp. 637-641.
- Rehm, J. et al. (2009), « Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorders », *The Lancet*, vol. 373, pp. 2223-2233.
- Rehm, J. et al. (2006), *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa.
- Roman, P.M. et T.C. Blum (2002), « The Workplace and Alcohol Problem Prevention », *Alcohol Research & Health*, vol. 26, pp. 49-57.
- Rospenda, K.M., J.A. Richman et C.A. Shannon (2009), « Prevalence and Mental Health Correlates of Harassment and Discrimination in the Workplace: Results from a National Study », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 24, pp. 819-843.
- Ruhm, C.J. (1995), « Economic Conditions and Alcohol Problems », *Journal of Health Economics*, vol. 14, pp. 583-603.
- Ruhm, C.J. and W.E. Black (2002), « Does Drinking Really Decrease in Bad Times? », *Journal of Health Economics*, vol. 21, pp. 659-678.
- Sieck, C.J. et M. Heirich (2010), « Focusing Attention on Substance Abuse in the Workplace: A Comparison of Three Workplace Interventions », *Journal of Workplace Behavioral Health*, vol. 25, pp. 72-87.
- Slavit, W., A. Reagin et R.A. Finch (2009), « An Employer's Guide to Workplace Substance Abuse Strategies and Treatment Recommendations », Center for Prevention and Health Services, National Business Group on Health, Washington, DC.
- Sloan, F.A. et al. (2000), « Drinkers, Drivers, and Bartenders: Balancing Private Choices and Public Accountability », University of Chicago Press, Chicago.
- Spicer, R.S. et T. Miller (2005), « Impact of a Workplace Peer-focused Substance Abuse Prevention and Early Intervention Program », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 29, n° 4, pp. 609-611.
- Verstraete, A.G. et A. Pierce (2001), « Workplace Drug Testing in Europe », *Forensic Science International*, vol. 121, n° 1-2, pp. 2-6.
- Walters, S.T. et W. Woodall (2003), « Mailed Feedback Reduces Consumption Among Moderate Drinkers Who Are Employed », *Prevention Science*, vol. 4, pp. 287-294.
- Webb, G. et al. (2009), « A Systematic Review of Work-place Interventions for Alcohol-related Problems », *Addiction*, vol. 104, pp. 365-377.

Chapitre 5

Impacts sur l'économie et la santé des principales mesures possibles en matière d'alcool

Par

Franco Sassi, Michele Cecchini, Marion Devaux, Roberto Astolfi

Les politiques en matière d'alcool offrent d'immenses possibilités pour limiter les méfaits de l'alcool, améliorer la santé, renforcer la productivité, faire reculer les délits et les actes de violence et diminuer les dépenses publiques. La Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool propose une liste de mesures envisageables fondées sur le consensus international, que l'OCDE a utilisée comme point de départ pour recenser un ensemble d'actions et les évaluer dans le cadre d'une analyse économique s'appuyant sur un modèle de simulation par ordinateur. Les actions évaluées dans trois pays – le Canada, la République tchèque et l'Allemagne – incluent des politiques de prix, des mesures de réglementation et d'application de la législation, des programmes d'éducation et des interventions sanitaires. Les résultats de l'analyse de l'OCDE montrent que l'on peut considérablement améliorer la santé par de brèves interventions dans le domaine des soins primaires, qui ciblent généralement les consommateurs d'alcool à haut risque, mais aussi par des hausses de taxes, qui concernent tous les consommateurs d'alcool.

Principaux résultats

- Selon les analyses de l'OCDE portant sur le Canada, la République tchèque et l'Allemagne, il s'avère que les politiques visant une augmentation des prix des boissons alcoolisées, les mesures de réglementation et d'application de la législation, les programmes éducatifs et les interventions sanitaires sont tous des choix efficaces et efficients pour les pouvoirs publics qui cherchent à réduire les méfaits de l'alcool et à améliorer la santé de la population.
- Dans les trois pays précités, plusieurs politiques en matière d'alcool peuvent réduire les taux de suralcoolisation épisodique ou régulière et de dépendance à l'alcool de l'ordre de 5 % à 10 %, et permettre ainsi à ces pays de faire un grand pas vers la réalisation de l'objectif volontaire de réduire l'usage nocif de l'alcool de 10 % d'ici 2025, conformément au Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013.
- La Stratégie mondiale de l'OMS de réduire l'usage nocif de l'alcool a servi de point de départ pour recenser un ensemble de mesures qui seront évaluées dans le cadre d'une analyse économique. L'inclusion de certaines mesures dans l'analyse, et l'exclusion d'autres, ne signifient pas leur validation ou leur rejet.
- Si des interventions brèves sont systématiquement proposées dans les structures de soins primaires, elles pourront générer des bénéfices importants en termes de santé et d'espérance de vie au Canada, en République tchèque et en Allemagne. Un relèvement des taxes conduisant à une augmentation moyenne de 10 % des prix de l'alcool produirait elle aussi un impact considérable.
- Associer les politiques en matière d'alcool dans une stratégie de prévention cohérente renforcerait considérablement les impacts escomptés, selon les analyses de l'OCDE.
- Un ensemble de mesures budgétaires et réglementaires, une série d'interventions dans le domaine de la santé et une stratégie mixte permettraient chacun de gagner environ 37 000 années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par an au Canada, de 23 à 29 000 AVCI en République tchèque et de 119 à 137 000 AVCI en Allemagne.
- Les stratégies de lutte contre l'alcool associant de multiples actions permettraient de réaliser chaque année des économies dans les dépenses de santé pouvant atteindre 4, 8 et 6 USD à PPA par personne, respectivement, dans ces trois pays.
- Les mesures appliquées dans les structures de soins de santé sont les plus onéreuses à mettre en œuvre, suivies des mesures assurant le respect des restrictions relatives à l'alcool au volant et des programmes sur le lieu de travail. Les politiques de prix et de réglementation sont nettement moins onéreuses.
- Les économies en termes de dépenses de santé seraient suffisamment importantes pour financer la mise en œuvre de plusieurs politiques parmi celles examinées, mais même les politiques les plus onéreuses en matière d'alcool présentent un rapport coût-efficacité avantageux.

- Près de 5 % des hommes en âge de travailler en République tchèque, 3 % en Allemagne et 1.5 % au Canada pourraient chaque année éviter de subir des incapacités liées à l'alcool si des interventions brèves étaient systématiquement proposées dans les structures de soins primaires. De moindres gains, quoique toujours importants, peuvent être réalisés avec d'autres politiques en matière d'alcool.

Évaluer l'impact des politiques en matière d'alcool

L'objectif prioritaire des politiques de lutte contre l'alcool est d'en réduire la consommation dangereuse, que ce soit en tentant de prévenir les comportements d'alcoolisation à haut risque ou en appliquant des mesures plus larges affectant l'ensemble des consommateurs. Ce chapitre présente les conclusions d'une analyse détaillée de l'impact de toute une série de stratégies prises dans trois pays (le Canada, la République tchèque et l'Allemagne), en s'appuyant sur un modèle de simulation par ordinateur décrit ci-dessous dans l'encadré 5.1.

Dans le présent chapitre, nous présentons d'abord des données factuelles tirées de précédentes évaluations économiques des politiques en matière d'alcool, et examinons ensuite ce que l'on peut raisonnablement attendre des simulations modélisées. De façon cohérente, la réussite des autres mesures possibles présentées dans ce chapitre a été évaluée dans notre analyse en termes de capacité des politiques à réduire les méfaits que peut provoquer la consommation d'alcool. Le principal objet de cette analyse est l'impact sur la santé de l'alcool et des politiques en la matière, mesuré en termes d'années de vie ou d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) vécues par les individus d'une population nationale donnée sur une période de 40 ans. Les formes de handicap qui sont prises en compte sont exclusivement celles provoquées par les maladies et les traumatismes les plus graves liés à l'alcool, lesquels sont recensés dans l'encadré 5.1 et dont l'incidence, la prévalence et la mortalité ont également été analysées dans la présente étude.

Un bref tour d'horizon des politiques de l'alcool au Canada, en République tchèque et en Allemagne sert de cadre général à notre évaluation de l'impact des autres politiques en matière d'alcool dans les trois pays, notamment la prévalence de la consommation dangereuse et nocive de l'alcool (telle que la définit l'OMS) ainsi que la prévalence de la suralcoolisation épisodique et de la dépendance à l'alcool. La même section illustre d'autres impacts des politiques en termes de nombre moyen d'années de vie et d'AVCI pouvant être gagnées chaque année dans les pays étudiés.

Les politiques en matière d'alcool ont pour objectif de réduire l'incidence et la mortalité d'un ensemble d'affections pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque. Notre analyse reconnaît que l'alcool n'est que l'un des facteurs, et non l'unique, responsables de ces maladies, lesquelles existeraient aussi en l'absence d'une consommation d'alcool (à l'exception des pathologies liées à la consommation d'alcool, naturellement). Elle tient également compte de la perte de certains effets protecteurs de l'alcool contre certaines maladies cardio-vasculaires lorsque les politiques de lutte contre l'alcool se soldent par une réduction de la consommation modérée d'alcool parmi certains groupes de population (les hommes plus âgés principalement).

Une évaluation approfondie de l'impact des interventions au-delà des résultats en matière de santé (impacts sur le travail et les délits, par exemple) n'est pas entrée dans le champ de notre analyse. Toutefois, la capacité des mesures de lutte contre l'alcool à

renforcer l'emploi et la productivité se traduit par un nombre accru d'années vécues sans incapacités liées à l'alcool par les personnes en âge de travailler, lequel a été évalué dans l'analyse.

Les politiques efficaces en matière d'alcool sont susceptibles d'éviter ou de retarder la survenue d'incapacités et l'apparition de différentes maladies chroniques liées à la consommation d'alcool. Elles peuvent également réduire le risque, chez les personnes ayant déjà développé des maladies chroniques, de décéder de leur maladie. Dans tous les cas, on constatera des impacts sur les dépenses de santé, qui sont largement tributaires des financements publics dans la plupart des pays de l'OCDE, du fait des évolutions de la demande de traitements pour lutter contre les maladies et traumatismes liés à la consommation d'alcool. Le signe et l'ampleur de ces impacts dépendent de la durée des effets des politiques sur la consommation d'alcool, de la probabilité que les personnes ayant évité toute maladie liée à l'alcool restent en bonne santé pendant plus longtemps, et de la durée de survie des personnes souffrant de maladies chroniques. Les effets combinés de ces facteurs sont difficiles à prévoir, mais peuvent être estimés au moyen d'un modèle de simulation, comme nous l'avons fait dans notre analyse pour une série de politiques en matière d'alcool. Les estimations correspondantes sont présentées dans la section 5.8. Toutefois, elles ne représentent qu'une facette de l'impact des politiques de l'alcool sur les dépenses, l'autre facette étant les coûts habituellement supportés par les États pour mettre en œuvre ces politiques.

Le rapport coût-efficacité est l'indicateur le plus couramment utilisé pour évaluer l'efficacité des politiques publiques dans le secteur de la santé. Il offre un moyen de comparer différentes allocations budgétaires en termes de résultats de santé obtenus pour les dépenses engagées. Notre analyse a utilisé cette approche pour comparer les politiques de l'alcool entre elles et avec d'autres emplois possibles des fonds consacrés à la santé. Le rapport coût-efficacité des politiques a été estimé sur la base des coûts de mise en œuvre, nets de toute économie future éventuelle sur les dépenses de santé, et des résultats dans le domaine de la santé, mesurés en termes d'AVCI gagnées. Un rapport coût-efficacité dans le temps fournit des informations supplémentaires qui permettent d'éclairer les décisions des pouvoirs publics, et des moyens additionnels pour comparer les atouts et les points faibles relatifs des autres options envisageables. Les estimations et rapports coût-efficacité dans le temps sont illustrés ci-dessous pour les politiques de l'alcool à l'examen.

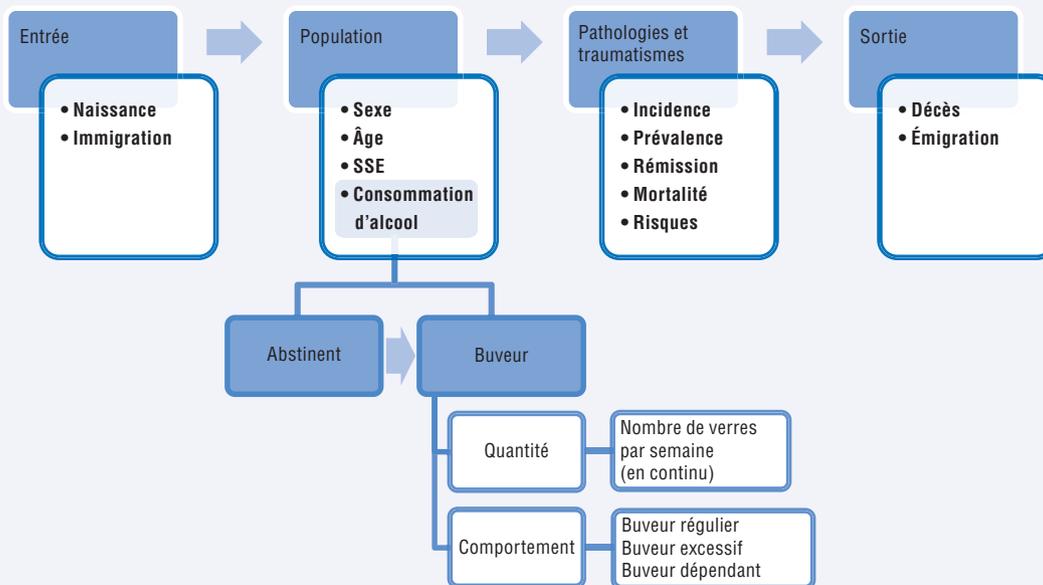
L'analyse a évalué l'impact cumulé qui pourrait résulter de l'association de plusieurs mesures et a conclu que les résultats étaient largement cumulatifs. L'analyse a également examiné quels étaient les groupes qui retireraient les meilleurs avantages des politiques en matière d'alcool. En règle générale, les hommes en bénéficient davantage que les femmes, mais l'âge a une influence considérable sur l'impact de diverses politiques. Enfin, la solidité des conclusions de la modélisation a été étudiée et certains des facteurs liés à la réussite des politiques en matière d'alcool sont présentés dans la section finale du présent chapitre. En plus des avantages dont bénéficient les grands buveurs, l'analyse fournit des données factuelles qui attestent de gains importants en matière de santé publique pour l'ensemble de la population.

Encadré 5.1. Le modèle PMC-alcool

Le modèle de prévention des maladies chroniques, PMC-alcool, a été mis au point pour simuler des dynamiques démographiques à partir de caractéristiques et de résultats individuels, notamment les caractéristiques démographiques et socio-économiques, les habitudes et niveaux de consommation d'alcool, l'incidence des maladies et la mortalité propre à chaque maladie. Le point de départ de chaque simulation reflète la situation du pays concerné en 2010, et la simulation fait une projection démographique à 40 ans. Lors de la conception du modèle PMC-alcool, on a en particulier cherché à garantir la pertinence du modèle pour de multiples contextes nationaux, comme sa flexibilité et son adaptabilité à d'autres contextes démographiques, épidémiologiques et stratégiques et à différents schémas nationaux de consommation d'alcool.

Le modèle est conçu comme un modèle semi-markovien de microsimulation d'événements discrets de type Montecarlo, fondé sur une population dynamique. Il est structuré en temps discret et des transitions d'états ont lieu selon des cycles annuels. Il comprend trois principaux modules : a) un module démographique, qui simule les naissances, les décès et les flux migratoires, b) un module de consommation d'alcool, qui simule des trajectoires individuelles de consommation, y compris les niveaux et les comportements d'alcoolisation, et c) un module maladie, qui simule l'apparition et l'évolution naturelle d'une série de maladies liées à l'alcool. Cette structure modulaire est illustrée dans le graphique A ci-dessous. Le modèle a été élaboré au moyen du logiciel TreeAge Pro 2013 (Treeage Software Inc.) et compilé dans Java®.

Graphique A. Structure de base du modèle PMC-alcool



La population de départ correspond à la pyramide des âges et des sexes de la population en 2010, tandis que les dynamiques démographiques sont basées sur les taux futurs de naissance, de migration et de décès tirés des projections démographiques officielles du pays concerné. La consommation d'alcool est le seul facteur de risque (modifiable) simulé dans le modèle. Deux de ses paramètres ont été modélisés : le volume d'alcool consommé (nombre continu de verres par semaine) et les habitudes de consommation (buveur régulier, buveur excessif, buveur dépendant) basées sur des données factuelles selon lesquelles les habitudes de consommation sont au moins aussi importantes que les volumes de consommation dans le développement de certaines maladies non transmissibles, telles que les troubles liés à l'alcool (Rehm et al., 2003) et les maladies coronariennes (Rehm et al., 2003), ainsi que les traumatismes. Le modèle associe de façon aléatoire des buveurs à des habitudes de consommation à partir de distributions

Encadré 5.1. Le modèle PMC-alcool (suite)

de probabilité modélisées en fonction de l'âge, du sexe et du volume d'alcool absorbé. Tous les individus naissent abstinents dans la simulation et le restent jusqu'à l'âge de 10 ans. Le passage de l'abstinence à la consommation d'alcool se fait progressivement à partir de l'âge de 11 ans et s'arrête lorsque le sujet atteint l'âge de 26 ans (statistiquement, il est très rare de commencer à consommer de l'alcool après 25 ans). Une fois passés au statut de buveurs, les individus visés par la simulation peuvent réduire leur consommation d'alcool, y compris l'arrêter, mais ne retrouveront jamais le statut d'abstinents. Ceci se fonde sur des données factuelles existantes selon lesquelles une grande partie des risques (et des bénéfices éventuels) de la consommation perdurent pendant longtemps chez ceux qui arrêtent de boire, de sorte qu'ils ne peuvent pas être totalement assimilés à des abstinents. Tout au long de la simulation, les individus peuvent modifier leur comportement vis-à-vis de l'alcool et, de ce fait, les risques auxquels ils s'exposent, selon des algorithmes propres à chaque pays qui découlent de données d'enquêtes nationales. En particulier, la consommation d'alcool dans une population est modélisée pour suivre une distribution binomiale négative (pour le Canada, un modèle binomial négatif à inflation de zéros a été utilisé) à partir d'un mélange Gamma-Poisson. En particulier, le nombre de verres hebdomadaires de chaque individu est déterminé à partir d'une distribution Poisson dans laquelle le paramètre λ est une fonction aléatoire de l'âge, du sexe et du statut socio-économique de chaque individu, selon une distribution gamma. Le modèle actuel ne fait pas la distinction entre les différents types d'alcool (bière, vin, spiritueux, etc., par exemple) et lieux de consommation (sur place ou à l'extérieur).

Le modèle PMC-alcool prend explicitement en compte dix affections dont l'incidence varie en fonction du volume et/ou des habitudes de consommation d'alcool. Ces affections sont les suivantes : troubles liés à la consommation d'alcool ; traumatismes ; cirrhose du foie ; cancer du foie ; épilepsie ; cardiopathie ischémique ; maladies cérébro-vasculaires ; cancer de l'œsophage ; cancers de la bouche et de l'oropharynx et cancer du sein (voir le graphique B). Selon les estimations les plus récentes de l'OMS au moment de la définition du modèle (OMS, 2011), ce groupe de maladies représente environ 98 % des AVCI perdues et 93 % de la mortalité liée à l'alcool.

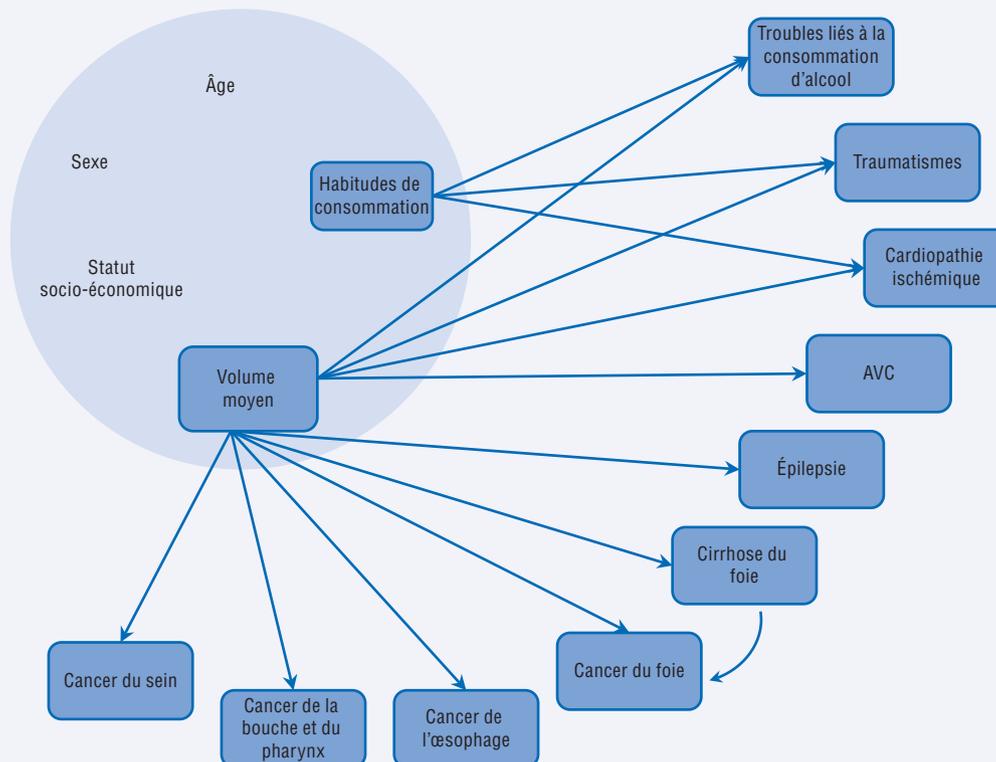
Cela signifie que certains effets préjudiciables, ainsi que des effets protecteurs, de la consommation d'alcool sur la santé ont été omis, mais la contribution (positive ou négative) de ces effets à la charge mondiale de morbidité est modeste. Un exemple d'effet bénéfique de l'alcool qui n'est pas pris en compte dans les analyses est le diabète de type 2, lequel, d'après des données récentes, serait moins susceptible de se développer chez les buveurs ayant une consommation faible à modérée (Rubin, 2014). Cependant, d'après les dernières estimations de l'OMS de la charge mondiale de morbidité, les effets protecteurs de l'alcool sur le diabète représentent moins de 0,5 % de la charge de morbidité imputable à l'alcool dans le monde, et 1,3 % dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, ce qui est largement inférieur aux effets préjudiciables de la consommation d'alcool non comptabilisés dans les dix affections incluses dans le modèle. Les effets bénéfiques de l'alcool sur la santé que le modèle prend en compte sont ceux qui sont liés aux cardiopathies ischémiques et aux accidents ischémiques cérébraux. Lorsque les politiques en matière d'alcool amoindrissent la capacité des buveurs à jouir de ces effets bénéfiques, cet impact est visible dans les résultats des simulations réalisées à l'aide du modèle PMC-alcool au niveau des risques relatifs d'accidents ischémiques associés à une consommation d'alcool régulièrement faible à modérée (généralement inférieur à 1). Dans les futures analyses PMC-alcool, le groupe d'affections explicitement modélisées pourrait être adapté au profil des pays concernés en matière de charge de morbidité, ce qui présenterait des avantages supplémentaires en termes d'exactitude des estimations de l'impact des politiques.

Les niveaux d'incapacité associés à des affections particulières sont fondés sur les coefficients de pondération de l'incapacité utilisés au départ dans l'étude de l'OMS (2008) sur la charge mondiale de morbidité. Les risques de décès (c'est-à-dire les risques de mortalité) liés au sexe, à l'âge et à une maladie sont fonction du volume et des habitudes de consommation d'alcool, sur la base de risques relatifs modélisés à partir des meilleures

Encadré 5.1. **Le modèle PMC-alcool** (suite)

données factuelles disponibles (liste des sources de données dans l'annexe A). Compte tenu de la rareté des données factuelles tirées des études épidémiologiques existantes (Holmes et al., 2012), il a été impossible de modéliser l'incidence de la mortalité et de la maladie en fonction de la consommation passée ou cumulée d'alcool, et la modélisation a uniquement pu être réalisée en fonction des habitudes et des niveaux actuels de consommation. Pour la plupart des maladies, cette approche se révélera sans doute appropriée (Anderson et al., 2012 ; Rehm et al., 2012), mais elle semble moins adaptée aux maladies telles que les cancers, pour lesquels les effets de la consommation d'alcool et de son évolution ont tendance à être retardés de plusieurs années. La section 5.4 commente brièvement les conséquences possibles de l'approche utilisée.

Un scénario de simulation de départ pour chaque pays projette dans l'avenir les tendances actuelles de population, de consommation et de maladie, en partant du principe que les politiques restent inchangées. D'autre part, un certain nombre de scénarios projettent les résultats de tel ou tel changement de politiques, en s'appuyant sur les données existantes de l'efficacité de différentes mesures pour modifier les niveaux et habitudes individuels de consommation d'alcool. Chaque scénario est comparé au scénario de départ pour estimer les effets nets des changements de politique. Dans chaque simulation, le modèle est conçu pour un échantillon d'une personne sur 10 000 dans la population canadienne, une sur 25 000 dans la population allemande et une sur 3 000 dans la population tchèque. Toutefois, vu que le degré de variation stochastique des résultats issus du modèle est élevé par rapport à l'importance des effets produits par les politiques examinées, un grand nombre de simulations ont été effectuées pour chaque pays (davantage pour les pays les plus peuplés, c'est-à-dire 5 000 pour la République tchèque, 10 000 pour le Canada et 20 000 pour l'Allemagne), afin d'améliorer le degré de confiance concernant les résultats estimés. Les intervalles de confiance qui ont résulté de ces travaux sont présentés pour chaque intervention dans le graphique 5.2.

Graphique B. **Maladies liées à l'alcool incluses dans le modèle PMC-alcool**

Que nous disent les données factuelles antérieures ?

Cette section résume les conclusions des évaluations économiques des mesures de lutte contre l'alcool qui étaient disponibles avant la publication du présent rapport. Ces évaluations identifient les hausses de prix, les restrictions de disponibilité et les interdictions publicitaires comme les trois mesures les plus rentables pour réduire les méfaits de l'alcool (Anderson, 2015 ; Forum économique mondial et OMS, 2011). Les politiques en matière d'alcool ne présentent pas toutes un bon rapport coût-efficacité : les données factuelles sont insuffisantes, en particulier, sur les programmes en milieu scolaire et les campagnes grand public, dont l'efficacité n'a pas été complètement établie (Anderson et al., 2009a). Une bonne partie des données factuelles existantes au niveau international sont basées sur un modèle OMS-CHOICE élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé au début des années 2000 (voir par exemple, Chisholm et al., 2004 ; Anderson et al., 2009a).

Un grand nombre d'études ont montré que les hausses des taxes pouvaient contribuer à réduire les méfaits de l'alcool, les décès, les coûts pour les systèmes de santé et de justice pénale, et la baisse de productivité (Österberg, 2011 ; Lai et al., 2007 ; Anderson et al., 2009a ; Chisholm et al., 2004 ; Chisholm et al., 2006). Les effets bénéfiques des hausses des taxes peuvent être minimisés par la production illicite d'alcool, la fraude fiscale et le commerce illicite dans certains territoires. On estime que les mesures visant à réduire cette consommation non recensée, par le biais de stratégies concertées de recouvrement de l'impôt par des agents en charge de l'application de la législation et du recouvrement des droits d'accise, coûtent davantage qu'une hausse des taxes et produisent des effets d'un niveau similaire (Anderson et al., 2009a). Pour être efficaces, les hausses des taxes doivent tenir compte de l'évolution de l'accessibilité financière de l'alcool par rapport à d'autres produits (Rabinovich et al., 2009). Les taxes ciblant certains types d'alcools sont moins étayées par les données factuelles existantes (Anderson et al., 2012). Il s'avère aussi que fixer un prix minimum pour les boissons alcoolisées est une mesure efficace et rentable pour réduire les méfaits de l'alcool, en ce qu'elle est capable de prévenir la consommation excessive d'alcool, qu'elle soit régulière ou épisodique (Purshouse et al., 2010 ; Stockwell et al., 2012).

Il a été démontré que limiter la disponibilité de l'alcool en réduisant le nombre d'heures pendant lesquelles la vente d'alcool est autorisée réduisait de manière rentable les actes de violence, les dégradations, les agressions et les meurtres (Anderson et al., 2009a ; Chisholm et al., 2004 ; Chisholm et al., 2006). Plusieurs analyses économiques montrent également l'efficacité potentielle des interdictions publicitaires, sous réserve qu'elles soient largement appliquées (Anderson, 2009 ; Anderson et al., 2009a ; Chisholm et al., 2004 ; Chisholm et al., 2006).

Les interventions brèves au sein du système de santé se sont avérées rentables, mais plus onéreuses que les stratégies embrassant l'ensemble de la population (Anderson et al., 2009a ; Chisholm et al., 2004, 2006 ; Vos et al., 2010). L'application de la loi sur l'alcool au volant et de mesures telles que les contrôles aléatoires de l'alcoolémie ont aussi montré un bon rapport coût-efficacité dans un certain nombre d'études de modélisation dans différents contextes nationaux (Anderson, 2009 ; Anderson et al., 2009a ; Chisholm et al., 2004 ; Chisholm et al., 2006 ; Chisholm et al., 2012 ; Vos et al., 2010).

Il est démontré qu'une stratégie de santé publique de lutte contre l'alcool qui associe un certain nombre d'interventions efficaces génère des effets bénéfiques supplémentaires sur la santé tout en restant efficace par rapport à son coût (Anderson, 2009 ; Anderson et al., 2009a ; Chisholm et al., 2004, 2006).

Études de modèles antérieurs

Dans la plupart des cas, il est pratiquement impossible d'effectuer une évaluation empirique de l'impact des stratégies de prévention au moyen d'études expérimentales conçues à ces fins. De même, il est difficile de déduire des liens de causalité à partir des données d'observation, parce que ces études peuvent contenir des informations hétérogènes sur les interventions possibles et que la diversité des facteurs concomitants peut brouiller les effets potentiels des mesures mises en œuvre. Pour conduire une évaluation exacte et complète de la valeur de la prévention, il est essentiel d'adopter une approche fondée sur des données factuelles qui englobe les impacts à moyen et à long terme des stratégies de prévention, de quantifier les marges d'incertitude qui les entourent et d'isoler ces impacts des effets découlant d'éventuels facteurs de confusion, tout en tenant compte du caractère hétérogène des acteurs, des expositions et des comportements. L'utilisation de modèles de simulation est particulièrement courante dans un domaine dans lequel une grande partie des impacts des mesures ont tendance à apparaître à moyen-long terme, c'est pourquoi il est difficile, sinon impossible, d'utiliser un modèle expérimental et une observation empirique pour déterminer les effets des mesures de lutte contre l'alcool.

Outre le modèle OMS-CHOICE évoqué plus haut, les dispositifs suivants ont été utilisés pour évaluer les politiques en matière d'alcool.

- Le programme australien « ACE-Prevention » (Cobiac et al., 2009) a pour objectif de tester un certain nombre de mesures de prévention primaire et secondaire contre d'importants facteurs de risques et maladies dans un cadre cohérent. Ses analyses des politiques en matière d'alcool ont conclu que l'efficacité des politiques fiscales était confortée par des données factuelles solides et que ces politiques pouvaient générer des économies. L'interdiction publicitaire et le relèvement à 21 ans de l'âge minimum légal pour consommer de l'alcool sont moins étayés par les données disponibles, mais si ces mesures sont efficaces, elles réduisent aussi sans doute les coûts. Il s'est avéré que les interventions brèves dans le cadre de la santé primaire, les contrôles des licences et les tests d'alcoolémie sur les routes étaient des mesures efficaces et rentables, alors que les données étayant les campagnes grand public contre l'alcool au volant étaient plus limitées.
- Élaboré par l'Institut national néerlandais pour la santé publique et l'environnement, le modèle des maladies chroniques (CDM) a été utilisé pour étudier les liens entre la consommation d'alcool et un petit groupe de maladies, parmi lesquelles les maladies cardio-vasculaires et le cancer (cavité buccale, larynx, œsophage, sein) et la mortalité totale. Les analyses du modèle des maladies chroniques ont montré que différentes hausses des taxes étaient rentables, par rapport aux niveaux d'imposition en vigueur aux Pays-Bas en 2008, de même que le recours aux interventions brèves, lesquelles affichent des rapports coût-efficacité légèrement supérieurs à 5 000 euros par AVCI gagnée (van den Berg et al., 2008 ; Tariq et al., 2009).
- Le modèle Dynamo-HIA est principalement un modèle d'évaluation de l'impact sur la santé. Il a été utilisé pour estimer l'impact d'une majoration d'impôts dans les pays de l'UE sur une période de dix ans, et a montré qu'une augmentation des prix jusqu'à atteindre les niveaux en vigueur en Finlande pourrait entraîner d'importants bénéfices en termes de santé, mais le rapport coût-efficacité de cette mesure n'a pas été évalué (Lhachimi et al., 2012).
- Le modèle de politique en matière d'alcool de Sheffield a été largement utilisé, en particulier en Angleterre et en Écosse, pour évaluer les impacts d'une série de politiques de l'alcool, notamment les taxes, les prix unitaires minimums, les interdictions de rabais,

les interventions brèves et autres. Le modèle de Sheffield présente un grand nombre de caractéristiques uniques, notamment sa capacité à simuler des comportements d'alcoolisation détaillés et leurs impacts sur diverses maladies chroniques et aiguës. En outre, il tient compte des effets des mesures sur des domaines autres que la santé, notamment la criminalité et le marché du travail (voir par exemple Meier et al., 2010 ; Purshouse et al., 2010).

Que pouvons-nous apprendre (ou pas) d'un modèle de simulation ?

Une approche individuelle de modélisation par simulation à l'échelle de l'ensemble de la population peut constituer un socle robuste pour évaluer l'efficacité et la rentabilité relatives d'une série de stratégies de prévention et de lutte contre l'alcool, en dépassant les limites des autres approches. Un modèle global des politiques en matière d'alcool peut produire des estimations cohérentes des ressources engagées, des coûts et des résultats. Plus particulièrement, une approche de micro-simulation basée sur des cas spécifiques offre la meilleure solution pour modéliser des trajectoires de vies individuelles réalistes en prenant en considération l'hétérogénéité des populations et des comportements individuels susceptibles d'influer sur les préjudices que l'alcool peut engendrer ainsi que l'efficacité relative des mesures dans les différents groupes de population. Ces modèles intègrent l'ensemble complexe d'interactions entre la consommation passée et actuelle d'alcool, mais aussi la demande dont il fait l'objet, et la distribution correspondante des conséquences pour la santé, la société et l'économie.

L'envergure internationale de l'analyse de l'OCDE couvre un éventail plus large de facteurs individuels, sociaux, environnementaux et stratégiques qu'aucune analyse au niveau national ne pourrait traiter. Comme dans le cas des analyses des mesures envisageables pour lutter contre l'obésité, les régimes mauvais pour la santé et le manque d'activité physique, lesquelles ont été réalisées précédemment par l'OCDE (voir par exemple Sassi, 2010 ; Cecchini et al., 2010), on peut mieux comprendre les aspects qui sont particulièrement susceptibles de déterminer les résultats que l'on peut escompter de la mise en œuvre de ces politiques en comparant leurs impacts dans plusieurs pays présentant différentes caractéristiques et habitudes de consommation de l'alcool. C'est particulièrement important dans le cas des politiques en matière d'alcool, car divers facteurs historiques, sociaux et économiques ont entraîné une grande variabilité entre les pays quant au traitement du problème de l'alcool et aux démarches adoptées par les pouvoirs publics pour en modérer les méfaits.

Le principal atout des modèles, à savoir leur capacité à distinguer les effets de politiques des facteurs de confusion potentiels, peut aussi être considéré comme un point faible par ceux qui cherchent à tirer des prévisions de leurs résultats. La modélisation des politiques n'a pas pour objet de prédire l'avenir, précisément parce que bon nombre des facteurs qui sont maintenus constants dans une simulation, afin de dégager les effets des politiques, sont voués à évoluer dans des scénarios de vie réelle, agissant comme des facteurs de confusion faisant différer les résultats réels des résultats modélisés. L'intérêt de ces derniers réside dans leur capacité à estimer les effets progressifs des politiques sur les résultats visés, quelles que soient les évolutions induites par d'autres facteurs.

Habituellement, les modèles exploitent pleinement les données disponibles issues de sources potentiellement très diverses, mais ils ne peuvent pas remplacer les données quand elles n'existent pas. Il faut parfois émettre des hypothèses, lesquelles contribueront inévitablement à déterminer les résultats de la modélisation. Avec le modèle utilisé ici,

certaines des données qui pourraient dans l'idéal servir de données de départ n'existent tout simplement pas, et il aurait même été difficile d'émettre des hypothèses. Par exemple, il n'existe pas de données tangibles des liens longitudinaux entre la consommation d'alcool et bon nombre des maladies prises en compte dans l'analyse, y compris les délais entre la consommation d'alcool et le développement de la maladie (comme les travaux de Holmes et al., 2012 en attestent). De même, il n'existe pas de preuve directe d'un changement dans la production et le commerce illicites d'alcool à la suite de l'évolution des prix du marché du type et de l'ampleur, par exemple, de celui entraîné par les relèvements des taxes ou la fixation de prix minimums. En outre, on ne dispose généralement pas d'informations sur les habitudes individuelles de consommation de différentes boissons alcoolisées ni sur les lieux de consommation, ce qui limite la capacité des modèles de microsimulation à prendre en compte ces aspects de la consommation d'alcool.

Dans d'autres cas, il est possible que l'on ne dispose pas de données pour certains pays ou groupes de population, mais des variables de substitution fiables peuvent les remplacer. Les risques relatifs d'incidence d'une maladie, ou de mortalité, dont les meilleures estimations sont généralement tirées de méta-analyses d'études habituellement conduites dans divers contextes – en sont un bon exemple (voir Corrao et al., 2004). Bien que, strictement parlant, ces estimations ne reflètent pas les risques relatifs dans tel ou tel pays, elles sont des variables de substitution fiables si l'on suppose qu'il n'existe pas de différences majeures entre les pays eu égard à ces risques relatifs. Un raisonnement similaire s'applique, par exemple, aux estimations de l'élasticité par rapport au prix de l'alcool, utilisées pour évaluer les impacts des variations des taxes. Même si l'on dispose parfois d'estimations par pays qui sont tirées d'études locales, la fiabilité statistique des méta-analyses existantes à grande échelle indique que ces dernières sont plus susceptibles, en moyenne, de prévoir avec fiabilité les impacts des variations de prix sur la consommation d'alcool.

Notre analyse évalue les politiques en matière d'alcool sur 40 ans, ce qui est long par rapport à l'horizon habituel de la plupart des décisions des pouvoirs publics, mais court par rapport au temps nécessaire pour que certaines politiques produisent l'ensemble de leurs effets (politiques visant les enfants et les jeunes adultes, par exemple). Ainsi, il est possible que notre étude ne prenne pas pleinement en compte certains des impacts à plus long terme des mesures étudiées. D'autres aspects des impacts des politiques que notre analyse n'exploite pas sont ceux liés aux délits, à la violence, à l'emploi et à la productivité du travail, ainsi que les éventuelles conséquences sur le bien-être des mesures visant à faire évoluer la consommation d'alcool en modifiant les conditions de marché (les prix, par exemple).

Nouvelle évaluation : les actions possibles

La Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool propose une liste d'actions possibles fondées sur le consensus international, que l'OCDE a utilisée comme point de départ pour recenser un ensemble de mesures à évaluer dans le cadre d'une analyse économique s'appuyant sur une méthode de simulation par ordinateur. Toutefois, les types d'actions étudiés dans la Stratégie mondiale ne se prêtent pas tous à une analyse économique quantitative. Certaines actions en particulier (suivi et surveillance, par exemple) sont importantes dans le contexte d'une stratégie globale de lutte contre les méfaits de l'alcool, mais n'ont que des effets indirects sur la consommation d'alcool et ses dangers, et ces effets sont très difficiles à mesurer ou à estimer. D'autres actions

se sont révélées efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool, mais leur efficacité n'a été établie que dans le cadre d'études qualitatives, souvent à partir de résultats hétérogènes ne pouvant être inclus dans un cadre de modélisation quantitatif. S'agissant des autres actions, certaines sont étayées par des preuves d'efficacité plus robustes que d'autres qui proviennent d'études existantes.

En conséquence, l'analyse que nous présentons ici est axée sur un sous-ensemble des possibilités d'action envisagées dans la Stratégie mondiale et dans le débat d'orientation actuel, sans laisser supposer pour autant que l'inclusion de telle ou telle mesure dans la série de celles évaluées corresponde à son approbation. Le choix des actions résulte de consultations élargies auprès des pays membres de l'OCDE et des acteurs concernés, principalement dans le cadre du Groupe d'experts de l'OCDE sur l'économie de la prévention et du Comité de la santé de l'OCDE. L'objectif de la sélection n'est pas de définir un programme d'actions différent de celui qui a été avalisé par l'OMS, mais simplement d'axer l'analyse ultérieure sur les actions pouvant faire l'objet d'une évaluation utile. Le tableau 5.1 présente les options retenues. Les six options incluses dans l'analyse principale (indiquées en gras dans le tableau) sont celles dont l'efficacité est confirmée par des données factuelles plus solides et cohérentes, généralement sous la forme d'examens systématiques et de méta-analyses d'un grand nombre d'études individuelles de qualité élevée. Les trois options restantes, évaluées dans une analyse complémentaire, sont au centre du débat actuel, mais ont été évaluées dans un plus petit nombre d'études (politiques de prix minimum) ou dans un grand nombre d'études mais avec des résultats contradictoires (programmes en milieu scolaire et interventions sur le lieu de travail). Notre évaluation des données existantes s'appuie sur des examens détaillés antérieurs (par exemple Babor et al., 2010 ; le Guide to Community Preventive Services¹ des CDC), des études individuelles, des enquêtes systématiques et des méta-analyses de l'efficacité d'autres mesures possibles des pouvoirs publics contre l'alcool.

Tableau 5.1. **Mesures possibles de lutte contre l'alcool évaluées dans l'analyse**

Cible	Politiques des prix	Réglementation/application	Éducation	Santé
<i>Tout type de consommation</i>	Hausse des taxes	Réglementation de la publicité		
<i>Consommation massive/dépendance</i>	Prix minimum		Programmes en milieu scolaire	Interventions brèves Traitement de la dépendance Interventions sur le lieu de travail
<i>Traumatismes</i>		Restrictions concernant l'alcool au volant Réglementation des horaires d'ouverture		

Note : Les actions figurant en gras sont incluses dans l'analyse principale, les autres font partie d'une analyse complémentaire.

Rendre l'alcool moins abordable financièrement

Hausse des prix

Les États qui souhaitent réduire les méfaits de l'alcool décident souvent de recourir à des mesures pour rendre l'alcool moins abordable financièrement, y compris en augmentant les taxes existantes sur les boissons alcoolisées. Le scénario d'action évalué

dans l'analyse consiste à modifier les dispositifs existants de taxation de l'alcool de manière à entraîner une hausse moyenne de 10 % du prix de toutes les boissons alcoolisées dans les lieux de consommation. Les systèmes et les taux de taxation varient considérablement selon les pays. En conséquence, aucune hypothèse spécifique n'a été émise sur la manière d'appliquer les hausses de prix susmentionnées, que ce soit, par exemple, en augmentant les taux des droits d'accise, en modifiant d'autres taxes existantes, ou en instaurant de nouvelles mesures budgétaires. Pour mettre en œuvre une mesure similaire à l'échelon national, de nombreuses modifications seraient probablement nécessaires au niveau de la taxation de l'alcool pour obtenir une hausse de 10 % du prix de toutes les boissons alcoolisées, dans la mesure où elles sont souvent taxées différemment et où les taxes sont généralement répercutées sur les consommateurs à des taux différents selon les boissons, ce qui dépend en partie du lieu où elles sont habituellement ou principalement consommées. Le scénario implique également de redoubler d'efforts en matière d'application de la législation pour éviter une propagation de l'évasion fiscale et de la consommation d'alcool non recensé notamment issu du commerce illicite et de la production informelle et illicite. Selon les données factuelles disponibles, la hausse des taxes se traduirait de façon quasi immédiate par une hausse du prix des boissons alcoolisées (Young et Bielinska-Kwapisz, 2002).

Plusieurs examens systématiques et méta-analyses de grande qualité étudient le lien entre les prix de l'alcool et les niveaux de consommation d'alcool (Dhalwani, 2011 ; Elder et al., 2010 ; Gallet., 2007 ; Fogarty, 2008 ; Wagenaar et al., 2009 ; Wagenaar et al., 2010 ; Nelson, 2013a). La modélisation de cette intervention dans le modèle PMC-alcool se fonde principalement sur deux études. Les élasticités par rapport au prix sont tirées d'une méta-analyse de 112 études qui ont pris en compte plus de 1 000 estimations différentes (Wagenaar et al., 2009) alors que l'effet lié au sexe et aux groupes d'âge a été calculé à partir d'une autre méta-analyse qui rend compte de façon plus détaillée des effets d'un certain nombre de caractéristiques individuelles sur l'élasticité par rapport au prix (Gallett, 2007). En s'appuyant sur des études ayant montré que les buveurs excessifs réagissaient encore moins aux hausses de prix (Ayyagari et al., 2013 ; Nelson, 2013b), un autre scénario a été élaboré pour tester la sensibilité des résultats de la modélisation à des hypothèses relatives aux élasticités par rapport aux prix.

On estime qu'une hausse de 10 % du prix de toutes les boissons alcoolisées vendues dans un pays entraîne une diminution de la consommation allant de 1.7 % chez les jeunes hommes qui consomment de l'alcool de façon nocive à 6 % chez les femmes adultes (25-59 ans) dont la consommation est modérée, comme le montre le tableau 5.2. Ces estimations se situent à l'extrémité modérée des fourchettes d'élasticité utilisées dans d'autres études de modélisation (voir par exemple Meier, 2008 ; Lai et al., 2007). Les effets sur les consommateurs d'alcool pris individuellement sont déterminés de façon aléatoire à partir d'une distribution normale dont la moyenne correspond aux élasticités évoquées plus haut. Dans le scénario de l'analyse de la sensibilité des résultats, la valeur de la réactivité au prix des hommes et des femmes de tous âges qui consomment de l'alcool de façon nocive a été réduite à un dixième des valeurs utilisées dans le scénario principal de taxation (en supposant, par exemple, une variation de 0.17 % de la consommation chez les jeunes hommes ayant une consommation nocive d'alcool).

Tableau 5.2. Valeurs de l'élasticité par rapport au prix utilisées dans les analyses principales du modèle PMC-alcool

Âge	Hommes, consommation non nocive	Femmes, consommation non nocive	Hommes, consommation nocive	Femmes, consommation nocive
Moins de 25 ans	-0.029	-0.042	-0.017	-0.024
25-59 ans	-0.042	-0.060	-0.024	-0.035
60 ans et plus	-0.041	-0.059	-0.024	-0.034

Source : Adapté de Wagenaar, A.C., M.J. Salois et K.A. Komro (2009), « Effects of Beverage Alcohol Price and Tax Levels on Drinking: A Meta-analysis of 1003 Estimates from 112 Studies », *Addiction*, vol. 104, n° 2, pp. 179-190 et Gallet, C.A. (2007), « The Demand for Alcohol: A Meta-analysis of Elasticities », *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, vol. 7, n° 51, pp. 121-135.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303867>

Le coût estimé d'une hausse des taxes (indiqué dans le tableau A.7 à l'annexe A) inclut la gestion de base, la planification, le suivi et l'application de la législation au niveau national, ce dernier élément représentant la majeure partie du coût total. Les recettes fiscales supplémentaires ne sont pas prises en compte dans l'analyse dans la mesure où elles représentent des transferts plutôt que des coûts ; elles devraient néanmoins être substantielles.

Prix planchers

Une autre solution déjà adoptée par certains États pour rendre l'alcool moins abordable financièrement consiste à *fixer des prix planchers (minimums)* pour les boissons alcoolisées. Le scénario modélisé consiste à fixer des prix minimums pour toutes ces boissons ou à les augmenter (pour les pays qui ont déjà adopté cette solution). La mesure serait conçue pour entraîner une hausse de 10 % des niveaux de prix minimums actuels ou des prix des boissons alcoolisées les moins chères par rapport à leurs prix en vigueur sur les marchés nationaux. Contrairement aux hausses des taxes, cette mesure est généralement conçue pour n'avoir d'incidence que sur le segment le moins cher du marché de l'alcool. Cependant, par rapport aux hausses des taxes, elle aurait en plus pour effet d'empêcher que les prix promotionnels soient inférieurs aux prix minimums fixés. La mise en œuvre de cette mesure impose des efforts au niveau de l'application de la législation pour faire en sorte que les prix minimums soient uniformément appliqués et éviter que le commerce illicite et la production informelle et illicite de boissons alcoolisées ne s'intensifient.

L'essentiel des données factuelles disponibles sur l'efficacité des politiques de prix minimum est tiré d'études conduites dans les provinces canadiennes de Colombie-Britannique (Stockwell et al., 2012a) et de Saskatchewan (Stockwell et al., 2012b) qui analysent les variations associées à des ajustements séquentiels du prix minimum sur les périodes 1989-2010 et 2008-12, respectivement. En utilisant des séries chronologiques et des modèles longitudinaux de la consommation totale d'alcool, Stockwell et ses collègues ont estimé dans quelle mesure une hausse de 10 % des prix minimums faisait baisser la consommation de différentes boissons alcoolisées, ainsi que les décès dus à l'alcool (Zhao et al., 2013) et les hospitalisations (Stockwell et al., 2013). Une étude fondée sur le modèle de politique de Sheffield en matière d'alcool s'est également intéressée aux effets des variations des prix minimums en Colombie-Britannique et a établi des estimations légèrement plus prudentes que les études susmentionnées (Hill-McManus et al., 2012). Le modèle de Sheffield a cependant surtout été utilisé pour prévoir les impacts des politiques de l'alcool et des prix unitaires minimums en Écosse et en Angleterre. Les élasticité par rapport aux prix ont été estimées à partir de données d'enquêtes couvrant différents

groupes de population et différentes boissons alcoolisées. Ces estimations ont ensuite servi à évaluer les effets potentiels des diverses options de prix unitaire minimum, lesquelles allaient de 0.20 à 0.70 GBP en Angleterre (voir par exemple Purshouse et al., 2010) et en Écosse (voir par exemple Meng et al., 2012).

Stockwell et al. (2012) ont estimé qu'une hausse des prix minimums de 10 % en Colombie-Britannique entraînerait une diminution de 6.8 % de la consommation de spiritueux et de liqueurs, de 8.9 % de vin, de 13.9 % de sodas alcoolisés et de cidres, de 1.5 % de bières et de 3.4 % de l'ensemble des boissons alcoolisées. Des estimations basées sur des données de la province de la Saskatchewan (Stockwell et al, 2012b) montrent qu'une augmentation de 10 % du prix minimum pourrait générer une baisse de la consommation de 10.1 % pour la bière, de 5.9 % pour les spiritueux, de 4.6 % pour le vin et de 8.4 % pour l'ensemble des boissons alcoolisées. Dans les analyses PMC-alcool, l'efficacité globale de cette intervention a été modélisée sur la base de l'efficacité la plus faible estimée dans les deux provinces canadiennes (celle de la Colombie-Britannique). Les effets ont été ventilés par groupe de consommateurs sur la base d'estimations tirées des travaux de l'Université de Sheffield sur l'impact potentiel des prix minimums en Angleterre, en particulier eu égard aux différentes réactions des consommateurs d'alcool face à un prix unitaire minimum de 0.50 GBP, pour cadrer avec l'effet moyen calculé pour la Colombie-Britannique. En conséquence, la réduction globale de la consommation d'alcool a été évaluée à 1.7 % pour les consommateurs modérés, à 2.9 % pour ceux dont la consommation est dangereuse et à 6.4 % pour les buveurs excessifs.

Le coût total estimé de cette mesure, indiqué dans le tableau A.7 à l'annexe A, inclut la gestion de base, la planification, le suivi et l'application de la législation au niveau national, ce dernier élément représentant la majeure partie du coût total.

Réglementer l'accès à l'alcool, sa consommation et sa commercialisation

Réglementer la publicité pour l'alcool

Pour les États qui cherchent à réduire la consommation nocive d'alcool, réglementer la publicité peut constituer un enjeu stratégique, en raison de l'ampleur des dépenses dans la publicité et du recours croissant aux médias (internet et les réseaux sociaux, par exemple) qui ont tendance à sortir du champ des formes traditionnelles de réglementation. Le scénario d'une *politique de réglementation de la publicité* n'est pas modélisé comme une interdiction totale, mais comme une série de réglementations susceptibles de conduire à une réduction de 25 % des dépenses publicitaires, limitant ainsi l'exposition de différentes catégories de consommateurs aux publicités pour l'alcool. Cette mesure réglementaire suppose une application des restrictions aux médias traditionnels et nouveaux, aux parrainages, à la valorisation des marques et aux présentoirs dans les points de vente. L'application de cette mesure serait assurée par les autorités de contrôle existantes, étant donné que les infrastructures nécessaires sont déjà en place dans la plupart des pays de l'OCDE.

Cinq examens systématiques (Anderson et al., 2009b ; Bryden et al., 2012 ; Meier, 2008 ; Pinsky et El Jundi, 2008 ; Smith et Foxcroft, 2009) et deux méta-analyses (Gallet, 2007 ; Nelson, 2011) fournissent de nombreuses données factuelles sur les impacts des modifications apportées à la publicité pour l'alcool. Un ensemble d'études a calculé l'élasticité de la consommation d'alcool par rapport aux variations des dépenses publicitaires par branche d'activité. Un deuxième ensemble d'études a exploité des données longitudinales pour évaluer comment certains groupes de personnes (souvent des adolescents) modifient leurs

habitudes de consommation d'alcool à la suite de modifications apportées à leur exposition à la publicité pour l'alcool. Une nouvelle analyse systématique de Cochrane sur les effets des restrictions ou des interdictions de la publicité pour l'alcool a conclu que seules quatre études remplittaient les critères méthodologiques stricts requis pour en faire partie. Les auteurs ont estimé que ces quatre études ne fournissaient pas de données robustes en faveur ou à l'encontre d'une restriction de la publicité pour l'alcool (Siegfried et al., 2014).

Nous avons modélisé cette mesure à partir des données tirées d'une méta-analyse de Gallet (2007) portant sur 322 estimations des élasticités par rapport à la publicité et d'une étude de Saffer et Dave (2006).

Les travaux existants montrent qu'une diminution de 25 % des dépenses publicitaires est supposée réduire de 0.8 % la demande d'alcool (Gallet, 2007). Toutefois, certaines données factuelles indiquent que les jeunes sont plus réactifs aux modifications apportées à la publicité pour l'alcool (Anderson, 2009). Ainsi, dans les analyses PMC-alcool, leur réaction a été modélisée sur la base d'une étude de Saffer et Dave (2006) indiquant des élasticités de 0.034 et 0.065, respectivement, pour tout type de consommation et pour une suralcoolisation épisodique au cours du dernier mois. Pour l'intervention modélisée, les élasticités susmentionnées se traduisent par une réduction de 0.84 % de la consommation moyenne des jeunes consommateurs d'alcool et de 1.6 % du nombre de buveurs excessifs épisodiques (tous âges confondus). Ces hypothèses sont conformes à celles utilisées dans les précédentes études de modélisation, voire plus prudentes. Par exemple, Chisholm et al. (2004) sont partis du principe qu'une interdiction totale de la publicité pour l'alcool conduirait à une diminution de 2 % à 4 % de l'incidence de la consommation dangereuse d'alcool, alors qu'une étude utilisant le modèle de politique de Sheffield en matière d'alcool (Meier, 2008) a estimé les effets d'une interdiction partielle et totale de la publicité en se fondant sur l'hypothèse d'une diminution de 5 % et de 9 % de la consommation totale, respectivement, en cohérence avec les travaux de Saffer et Dave (2002).

Le coût estimé de cette mesure (indiqué dans le tableau A.7 à l'annexe A) inclut les coûts liés à la gestion de base et à la planification aux niveaux national et local. En outre, il pourrait s'avérer nécessaire de dispenser une formation minimale aux membres des autorités de contrôle chargés de superviser la mise en œuvre du programme. Enfin, notre estimation inclut le coût du suivi et de l'application de la nouvelle réglementation, composante la plus onéreuse de l'intervention.

Seuils d'alcoolémie pour les conducteurs

L'un des domaines les plus réglementés dans les pays de l'OCDE est la conduite de véhicules motorisés après une consommation d'alcool. Toutefois, l'application de ces réglementations est peu systématique et varie largement tant dans les pays qu'entre eux. Le scénario d'action modélisé dans l'analyse implique un durcissement du *contrôle de l'application des restrictions relatives à la conduite sous l'emprise de l'alcool*. La mesure est conçue à partir de l'exemple d'un programme de contrôle de la sobriété mis en œuvre à Charlottesville (Virginie, États-Unis), lequel est minutieusement décrit et évalué dans une étude publiée (Voas, 2008). Le dispositif comptait cinq équipes chargées d'arrêter les conducteurs et de tester leur alcoolémie tous les vendredis et samedis soirs pendant quatre heures. Les lieux de contrôle étaient choisis à l'avance et des panneaux avertissaient les conducteurs des postes de contrôle et des tests d'alcoolémie. En l'espace d'une année, 94 opérations de contrôle ont été réalisées pour un total de 1 880 heures de travail pour les agents concernés. Environ 24 000 véhicules ont été stoppés et 290 conducteurs arrêtés.

Une méta-analyse (Erke et al., 2009) et un examen systématique (Shults et al., 2001) servent de base à la modélisation des impacts des programmes de contrôle et de test d'alcoolémie. Parmi les différents résultats publiés dans les études existantes, nous avons retenu les accidents mortels de la circulation comme le principal résultat de l'analyse des impacts au niveau de la population, car les données factuelles sur les effets de tels dispositifs sur la consommation moyenne d'alcool sont moins nombreuses. La méta-analyse d'Erke et al. (2009) conclut que la mise en place de nouveaux programmes et le renforcement des programmes existants ont la même efficacité, ce qui montre que l'on peut générer des bénéfices en termes de santé même dans les pays où des programmes existent déjà. Cependant, la même méta-analyse conclut par ailleurs que l'efficacité de ces programmes diminue dans le temps, avec un pic d'efficacité dans les trois premiers mois de leur mise en œuvre puis des effets de plus en plus faibles qui ont tendance à se stabiliser après quelques années. Enfin, une fois n'est pas coutume, Erke et al. font l'effort de corriger leurs conclusions pour tenir compte du biais de publication, ce qui se traduit par des estimations plus basses, bien que toujours significatives au plan statistique, de l'efficacité. Shults (2001) fournit des estimations de résultats pour les accidents mortels et non mortels, ainsi qu'une évaluation de la faisabilité et des effets indésirables éventuels.

Il s'est avéré que les dispositifs de contrôle de la sobriété étaient très efficaces durant le premier semestre de l'année (Erke et al., 2009). La diminution des accidents de la circulation dans le temps, telle qu'estimée dans la méta-analyse susmentionnée, atteignait 29 % trois mois plus tard, tombait à 21 % au bout de 6 mois et devenait pratiquement stable entre la 1^e et la 8^e année (avec des estimations allant de 13 % à 11 %). D'après Erke et al., la diminution des accidents mortels et de l'ensemble des accidents (15 % et 19 %, respectivement) est globalement conforme à celle constatée par Shults et al. (2001), lesquels ont estimé la diminution des accidents mortels entre 20 % et 26 % en cas de contrôle sélectif d'alcoolémie, et entre 13 % et 36 % (médiane 22 %) en cas de contrôle aléatoire. Dans notre analyse, une réduction correspondante des traumatismes liés à la circulation (mortels et non mortels, en proportions constantes), équivalente à 22 % la première année, 8.9 % la deuxième et 7.9 % ultérieurement, a été appliquée en prenant pour hypothèse une couverture de 80 % de la population.

Les coûts estimés du contrôle de l'application des restrictions sont indiqués dans le tableau A.7 à l'annexe A. L'élément le plus onéreux est le déploiement d'effectifs aux postes de contrôle. Cette stratégie d'action doit comprendre une campagne médiatique.

Octroi de licences aux points de vente

L'un des autres domaines dans lequel les pouvoirs publics prennent actuellement des mesures pour réduire les méfaits de l'alcool est l'octroi de licences aux points de vente. L'octroi de licences permet aux États de contrôler où, quand et sous quelle forme l'alcool est vendu au public. Un scénario d'action a été modélisé ; il comporte des *restrictions relatives aux horaires d'ouverture des points de vente d'alcool à consommer sur place*, lesquelles prévoient une réduction de deux heures, dans l'objectif de réduire l'incidence des traumatismes liés à l'alcool, en particulier du fait des agressions et des accidents de la circulation. L'action était supposée cibler les zones où la densité de la population est la plus élevée dans les pays concernés, ce qui correspond aux villes de taille moyenne et importante. Le scénario implique un renforcement des mesures de contrôle par les autorités chargées de l'octroi des licences et de l'application de la législation.

Il existe trois examens systématiques (Popova et al., 2009 ; Hahn et al., 2010 ; Bryden et al., 2012), qui rendent compte de diverses méthodes de travail et mesures des résultats. Une étude de modélisation par Chisholm et al. (2004) s'est aussi appuyée sur l'impact des restrictions des horaires d'ouverture dans le cadre du projet « ACE Prevention » (Cobiac et al., 2009) et a quantifié l'effet probable de cette mesure sur la base de trois études d'Europe du Nord évaluant les effets de la fermeture le samedi (Leppanen, 1979 ; Nordlund, 1984) ou de l'ouverture le samedi (Norström et Skog, 2003) des points de vente d'alcool (à emporter) dans des situations de monopole d'État. Une actualisation ultérieure de l'étude de Norström et Skog (Norström et Skog, 2005) a mis en évidence des effets conformes à leur évaluation précédente (augmentation de 3.6 % des ventes d'alcool). En moyenne, Chisholm et al. ont constaté que la mesure entraînerait probablement une « réduction modeste de 1.5 %-3.0 % de l'incidence de la consommation dangereuse d'alcool, et de 1.5 %-4.0 % des accidents mortels de la circulation liés à l'alcool ». Compte tenu des incertitudes relatives aux effets sur la consommation d'alcool, notre analyse s'est plutôt intéressée aux impacts sur les traumatismes (liés à la circulation et aux actes de violence), pour lesquels on dispose de données factuelles plus solides et plus cohérentes, comme en atteste une étude de Stockwell et Chikritzhs (2009) et au moins deux études ultérieures (Kypri et al., 2011 ; Rossow et Norström, 2011).

Selon l'étude de Rossow et Norström (2011), une réduction de 2 heures des horaires d'ouverture des points de vente d'alcool à consommer sur place se traduirait par une réduction de 34 % des traumatismes liés aux agressions. En outre, une réduction de 1.5 % des traumatismes liés aux accidents de la circulation a été modélisée, à l'extrémité basse de la fourchette utilisée par Chisholm et al. (2004). La mesure était supposée être mise en place dans des villes de taille moyenne et importante (plus de 30 000 habitants), ce qui correspond à une couverture globale de la population allant de 68 % au Canada à 74 % en Allemagne.

Le coût estimé de cette mesure, indiqué dans le tableau A.7 à l'annexe A, inclut la gestion de base au niveau local et le contrôle de l'application de la loi. L'exécution des nouvelles réglementations constitue la composante la plus onéreuse de la mesure.

Éduquer les jeunes

L'éducation des jeunes, en particulier durant leur scolarité, à des modes de vie sains est une priorité établie de santé publique. Le scénario d'action modélisé dans l'analyse prévoit la mise en œuvre d'un *programme éducatif axé sur les compétences auprès des élèves du secondaire* âgés de 13 ans, sur une période de deux ans. Le scénario est modélisé à partir du projet australien SHARP (School Health and Alcohol Harm Reduction Project) (Mc Bride et al., 2000 ; McBride et al., 2004). Pendant la première année, le programme consiste en 17 activités axées sur les compétences qui sont menées sur 8-10 séances. Ce programme est suivi la seconde année par 12 activités supplémentaires sur une période de 5-7 semaines. Toutes les activités concernées requièrent la participation active des élèves et mettent l'accent sur l'identification des risques potentiellement liés à la consommation d'alcool et sur la manière de les éviter. Les approches utilisées incluent, entre autres, l'étude de scénarios et la prise de décisions en petits groupes. Les élèves reçoivent un manuel et regardent une vidéo de sensibilisation au début de la deuxième année. Les enseignants participant au projet suivent une formation préparatoire de deux jours et reçoivent également un manuel contenant des informations détaillées sur toutes les activités du projet.

De nombreuses données sont disponibles sur l'efficacité de cette intervention, y compris neuf méta-analyses (Bangert-Drowns, 1988 ; Bruvold, 1988 ; Ennet et al., 1994 ; Rundall et Bruvold, 1988 ; Tobler, 1986 ; Tobler, 1992 ; Tobler et Stratton, 1997 ; Tobler et al.,

2000 ; Wilson et al., 2001), deux examens de Cochrane (Foxcroft et al., 2002 ; Foxcroft et Tsertsvadze, 2012) et une analyse de travaux (Jones et al., 2007). Il est difficile de proposer une conclusion globale de l'ensemble de ces documents, car les études dans ce domaine ont tendance à évaluer des résultats très différents (connaissances, intention d'apporter des modifications, changement de comportement, par exemple) et les interventions à s'attaquer à la consommation dangereuse parallèlement à d'autres comportements mauvais pour la santé (tabac et/ou drogues, habituellement). Globalement, les données factuelles existantes étayaient relativement peu le recours aux programmes en milieu scolaire, même si les programmes axés sur le renforcement des compétences de base, telles que la pensée critique et la résistance aux influences sociales (voir par exemple Spoth et al., 2008) paraissent plus prometteurs (Foxcroft et Tsertsvadze, 2012 ; Scott-Sheldon et al., 2014). L'intervention finale a été modélisée sur la base du projet australien SHARP axé sur les compétences (McBride et al., 2000 ; McBride et al., 2004).

L'approche modélisée s'est révélée efficace pour sensibiliser davantage au risque et améliorer les comportements vis-à-vis de l'alcool, avec une diminution de la consommation d'alcool, de la suralcoolisation épisodique (plus de 2/4 verres standard par occasion pour les filles/garçons) et des méfaits de l'alcool (Mc Bride et al., 2000 ; McBride et al., 2004). Les effets seraient les plus importants à l'âge de 14 ans (réduction de 36 % de la consommation d'alcool et de 35 % de la suralcoolisation épisodique) et s'estomperaient avant de disparaître à l'âge de 17 ans. D'autres études ont indiqué que les programmes en milieu scolaire pouvaient avoir des effets à plus long terme (par exemple Skara et Sussman, 2003), mais, dans l'ensemble, les données restent insuffisantes (Strøm et al., 2014).

Le coût estimé du programme modélisé (indiqué dans le tableau A.7 à l'annexe A) comprend le coût de la transposition à grande échelle d'une intervention telle que SHARP au niveau national. Le coût le plus élevé est celui des heures d'enseignement supplémentaire (calculé sur la base d'une moyenne de sept heures d'enseignement supplémentaire par classe de 26 élèves), devant le coût des équipements pour les activités axées sur les compétences. Les enseignants sont censés être formés au début du projet et participer à des sessions de perfectionnement tous les cinq ans.

Rôle des professionnels de santé

Dépistage et interventions brèves

Des services efficaces de soins de santé sont disponibles pour les grands buveurs, afin d'éviter qu'ils ne deviennent dépendants de l'alcool et qu'ils ne connaissent d'autres problèmes de santé. L'analyse a notamment évalué un *programme de dépistage et d'interventions brèves dans le cadre de soins primaires*. Le programme est supposé cibler les buveurs âgés de 18 à 70 ans qui ont une consommation dangereuse (régulière ou épisodique) mais qui ne sont pas dépendants de l'alcool (Kaner et al., 2009). Les consommateurs dépendants, qui peuvent bénéficier du programme de conseil et de prévention de la toxicomanie, ou les patients déjà sous traitement, ne sont pas admissibles (Anderson et al., 2012). L'intervention cible habituellement les personnes qui ne cherchent pas à être prises en charge pour leur consommation excessive d'alcool, c'est pourquoi leur recrutement se fait habituellement de manière opportuniste en examinant les patients qui se rendent dans un centre de soins pour un problème non lié à l'alcool (Kaner et al., 2009). D'importants obstacles existent dans de nombreux pays et limitent l'adoption généralisée

des interventions brèves. Ces obstacles doivent être éliminés afin de renforcer l'impact de ces interventions sur la consommation nocive de l'alcool au niveau de la population.

Le dépistage se fait à l'aide d'un questionnaire (AUDIT ou équivalent) qui recueille des informations sur l'état de santé et la consommation d'alcool et qui est soit fourni sur place soit adressé par courrier à l'adresse du patient. Compte tenu des niveaux de couverture des soins de santé et de la probabilité de consulter régulièrement un médecin généraliste dans les pays visés, on suppose que les personnes du groupe d'âge concerné auraient chaque année 40 % de chances de se voir proposer un tel questionnaire si le programme était systématiquement mis en œuvre dans l'ensemble des cabinets de médecine générale. Après avoir pris en compte les individus ne pouvant bénéficier du dépistage ou de l'intervention (sur la base des travaux de Kaner et al, 2009), on estime que, chaque année, 30 % de ceux qui satisfont aux critères bénéficieront de l'intervention, ce qui correspond par exemple à 6.2 % de l'ensemble des hommes et des femmes âgés de 18 à 70 ans au Canada (et à des pourcentages plus élevés de population en Allemagne et en République tchèque, où la consommation dangereuse d'alcool est plus courante).

L'intervention a été modélisée d'après l'option de « conseil bref sur le mode de vie » proposée dans l'essai anglais du programme SIPS (Screening and Intervention Programme for Sensible drinking) (Kaner et al., 2013). Lors de la première session de cinq minutes, un médecin généraliste explique les méfaits potentiels occasionnés par la boisson et suggère des stratégies pratiques pour réduire la consommation d'alcool en insistant sur les effets bénéfiques du changement de comportement recommandé. Des documents imprimés sont remis aux participants : brochure sur l'autoassistance, livret pour consigner sa consommation et visuel pour comparer sa propre consommation avec la moyenne. Des conseils pour un mode de vie structuré sont ensuite dispensés par un professionnel de santé formé lors d'une visite de suivi de 20 minutes.

Au moins deux examens systématiques et méta-analyses (qui se recoupent partiellement) fournissent des données factuelles solides sur l'efficacité des interventions brèves dans le cadre des soins primaires (Kaner et al., 2009 ; Jonas et al., 2012). Le cadre des soins primaires a été choisi en raison de la disponibilité de données plus nombreuses sur l'efficacité que pour les soins d'urgence (Nielsen et al., 2008), le cadre hospitalier en général (McQueen et al., 2011), les interventions électroniques (Khadjesari et al., 2010 ; Sullivan et al., 2011) et les soins obstétricaux et prénatals (Doggett et al., 2009). Notre analyse est axée sur les interventions brèves plutôt que sur des interventions longues car il s'est avéré que ces dernières entraînaient une réduction de la consommation d'alcool qui n'était pas significativement plus importante (Kaner et al, 2009), ainsi que sur les buveurs non dépendants, vu que l'efficacité des interventions brèves auprès des buveurs dépendants n'a pas été établie (Saitz, 2010).

Durant une intervention brève, les hommes qui consomment de l'alcool, pour les besoins de l'exercice de modélisation, sont supposés réduire leur consommation de 57 grammes/semaine (c'est-à-dire environ 6 verres standard) et les femmes de 10 grammes/semaine, conformément aux travaux de Kaner et al. (2009). Les données factuelles relatives à l'efficacité à long terme de l'intervention signalent une durée limitée. Une analyse de Cochrane des études en milieu hospitalier (McQueen et al., 2011) a révélé « qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes à l'issue d'un suivi d'un an ». De même, d'autres études (Burge et al., 1997 ; Wutzke et al., 2002) ont mis en évidence un bénéfice jusqu'au neuvième mois suivant l'intervention, mais aucune différence significative à l'issue d'une période de 12-18 mois. Compte tenu de ces études et d'une méta-analyse

récente (Jonas et al., 2012), nous avons modélisé une efficacité qui décline linéairement pour disparaître un an après la fin de l'intervention.

Les coûts estimés du dépistage et des interventions brèves (indiqué dans le tableau A.7 à l'annexe A) comprennent le temps des professionnels de santé (médecins généralistes et infirmiers), la fourniture de documents imprimés, la gestion de base, le suivi et la formation des médecins et des infirmiers qui mettent en œuvre l'intervention.

Élargir la prise en charge des patients dépendants de l'alcool

La dépendance à l'alcool est associée à une importante charge de morbidité, et il existe des traitements efficaces pour réduire cette charge. L'intervention modélisée est conçue pour *élargir la prise en charge des patients dépendants de l'alcool* en s'appuyant sur une thérapie pharmacologique et psychosociale combinée ciblant les personnes âgées de 18 à 65 ans qui répondent aux critères de diagnostic de dépendance à l'alcool ou de consommation excessive d'alcool tels que décrits dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ou la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM). Les candidats sont recrutés de façon opportuniste (Morley et al., 2006).

On estime actuellement qu'entre 10 % et 20 % seulement des individus dépendants de l'alcool sont diagnostiqués et que, parmi eux, 10 % seulement reçoivent un traitement (OMS, 2008 ; VisionGain, 2008). L'intervention devrait augmenter de 8 % la probabilité pour une personne développant une dépendance à l'alcool d'être prise en charge, ce qui représente une multiplication par deux au moins des niveaux actuels de traitement médical de la dépendance à l'alcool. Par exemple, on estime à 297 000 le nombre de personnes dépendantes de l'alcool qui sont actuellement prises en charge en Allemagne (Kraus et al., 2014) ; l'intervention modélisée augmenterait initialement ce chiffre d'environ 250 000, avec d'autres augmentations les années suivantes.

Lorsqu'ils ont été traités une fois, les patients sont supposés avoir trois chances sur quatre de recevoir à nouveau un traitement en cas de nouvel épisode de dépendance à l'alcool. Les buveurs dépendants qui suivent un traitement commencent par être désintoxiqués et doivent éviter toute prise d'alcool pendant une période de trois à sept jours. Après cela, ils prennent pendant trois mois du Naltrexone (50 mg/jour) et suivent en même temps un programme psychosocial. La première intervention psychosociale, d'une durée de 20 minutes, est dispensée par un médecin spécialisé dans une structure de soins primaires et comprend une évaluation médicale et un entretien de motivation (Lui et al., 2008). Cette intervention est suivie de cinq visites supplémentaires de 10 minutes chacune au cours des semaines 1, 2, 4, 12 et 26, qui sont assurées par un infirmier formé. Les patients reçoivent un livret contenant des informations sur la manière d'éviter tout élément suscitant l'envie de boire de l'alcool et d'améliorer l'observance du traitement (Morley et al., 2006). Environ 30 % des patients décident d'interrompre le programme avant la fin du traitement (Baltieri et Guerra de Andrade, 2004).

Deux analyses de Cochrane (Rösner et al., 2010 ; Rösner et al., 2011), un rapport de l'OMS (Anderson et al., 2012) et un rapport du Centre de toxicomanie et de santé mentale (Rehm et al., 2012) documentent l'efficacité des traitements pharmacologiques contre la dépendance à l'alcool. La priorité a été accordée aux analyses de Cochrane et au médicament Naltrexone (plutôt qu'à l'Acamprosate) compte tenu de son moindre coût, de la durée plus courte du traitement et de son efficacité équivalente en termes de « reprise de la consommation d'alcool, reprise de la consommation dangereuse d'alcool et durée cumulée de l'abstinence » (Rösner et al., 2010). La mise en œuvre de l'élément comportemental a

été fondée sur la description des interventions conduites lors de quatre essais cliniques (Morley et al., 2006 ; Baltieri et Guerra de Andrade, 2004 ; Lui et al., 2008 ; Mason et al., 2006) dont les résultats ont été inclus dans l'analyse de Cochrane.

Compte tenu des données ci-dessus qui s'appuient sur la combinaison des résultats de 50 essais randomisés contrôlés (Rösner et al., 2010 et 2011), cette intervention, par exemple, réduit de 17 % le risque de reprise d'une consommation excessive pendant le traitement et de 14 % peu après. En outre, pendant le traitement, le volume d'alcool consommé par journée de consommation diminue de 11 %, le nombre de jours de consommation de 4 % et le nombre de jours de consommation excessive de 3 %. On dispose toutefois de données factuelles limitées sur l'efficacité à long terme du Naltrexone. Un examen systématique de Roizen et al. (2006) a conclu que des « données modérées » étaient disponibles sur l'absence d'effets à long terme du Naltrexone sur « le pourcentage de jours de consommation et le délai jusqu'à la première rechute ». Sur la base de ces données, la modélisation de l'intervention s'appuie sur l'hypothèse que la moitié de l'efficacité demeure pendant la première année suivant l'intervention, mais qu'il n'y a plus d'effet positif ultérieurement.

Les coûts estimés du traitement sont indiqués dans le tableau A.7 à l'annexe A. Une partie importante (environ un tiers) concerne le médicament (traitement de trois mois). Le programme psychosocial, la visite dans une structure de soins primaires et les visites de suivi effectuées par un infirmier représentent environ 20 % du coût total. Le reste des coûts correspond aux documents remis aux patients et à l'organisation du programme.

Interventions sur le lieu de travail pour réduire la consommation dangereuse d'alcool

Les interventions de lutte contre la consommation dangereuse d'alcool peuvent aussi être mises en œuvre sur le lieu de travail. L'analyse a porté sur une politique de *dépistage et d'interventions brèves sur le lieu de travail* (entreprises comptant au moins 50 salariés). La participation devrait être volontaire et anonyme pour les travailleurs qui déclarent consommer de l'alcool à des niveaux excessifs ou boire massivement de façon épisodique (Richmond et al., 2000 ; NHMRC, 1992). Les patients diagnostiqués dépendants de l'alcool sont exclus de l'intervention, mais aiguillés vers un centre de traitement approprié. Cette intervention atteindrait 12.3 % de la cible potentielle dans les lieux de travail participants (Richmond et al., 2000).

Elle se compose de trois phases ainsi que d'une période de « lancement » pour promouvoir la participation par la distribution de brochures et d'affiches. Le processus initial de dépistage est conduit pendant la première phase qui dure quatre à cinq mois. Les travailleurs reçoivent un questionnaire qui porte sur leur santé et leur consommation hebdomadaire d'alcool au cours des trois mois précédents. On demande à ceux qui déclarent une consommation quotidienne élevée d'alcool (NHMRC, 1992) de compléter un questionnaire plus complet (deuxième phase) dont les résultats servent à adapter une intervention brève ultérieure (une visite de 20 minutes) dispensée par un médecin généraliste. Pendant la visite, le patient reçoit un livret et des informations sur les effets de la consommation dangereuse d'alcool sur la santé ainsi que des conseils sur la manière de réduire sa consommation. Dix mois après le début du programme, une évaluation finale est réalisée suivant une procédure similaire à celle de la première phase. Un salarié sur cinq qui commence le programme ne l'achève pas (Webb et al., 2009).

Un examen systématique de Webb et al. (2009) a recensé dix études, principalement basées aux États-Unis, qui ont évalué un ensemble hétérogène d'interventions allant de programmes de soutien par les pairs à des interventions brèves et des interventions axées sur le conseil. Seules les interventions brèves ont démontré un effet positif évident bien que

limité (Cook et al., 1996 ; Richmond et al., 2000). Un examen des publications antérieures effectué par Ames et Bennett (2011) a aussi révélé que la base de données factuelles était relativement mince concernant plusieurs types d'interventions. Notre analyse a modélisé un programme d'interventions brèves sur le lieu de travail à partir de l'expérience d'un important réseau postal australien (Richmond et al., 2000). Cette expérience a été choisie en raison de la taille relativement importante de l'échantillon. D'autres études affichaient des taux de participation faibles (voir par exemple Matano et al., 2007) ou ne révélaient pas des résultats significatifs au plan statistique (voir par exemple Hermansson et al., 2010).

L'intervention modélisée sur le lieu de travail est supposée diminuer, pendant sa mise en œuvre, la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes de 4.8 et de 0.7 verres standard par semaine, respectivement, ce qui est cohérent avec les travaux de Richmond et al. (2000). Les données factuelles sur son efficacité à long terme sont peu nombreuses. Comme pour la modélisation des interventions brèves dans le cadre des soins primaires, l'efficacité des interventions sur le lieu de travail en termes de modification de la consommation d'alcool devrait diminuer de moitié durant l'année qui suit la fin de l'intervention, et s'estomper ensuite.

Les coûts estimés des programmes organisés sur le lieu de travail sont indiqués dans le tableau A.7 à l'annexe A. Bien que l'intervention soit réalisée sur le lieu de travail, elle devrait s'inscrire dans le cadre d'un programme parrainé par l'État. Cependant, le temps consacré au programme par les salariés participants ne devrait pas être subventionné. La composante la plus onéreuse de cette intervention, qui est l'intervention brève effectuée par un médecin, représente environ 25 % de son coût total. Les autres coûts correspondent aux documents imprimés (manuel, brochure, affiches et questionnaire) et à l'appui administratif.

Pays examinés : Allemagne, Canada et République tchèque

L'Allemagne possède de loin la population la plus importante des trois pays examinés, soit 81 millions d'habitants. Le Canada arrive ensuite avec 34 millions d'habitants, puis la République tchèque avec près de 10 millions d'habitants. Selon les prévisions, la population canadienne devrait augmenter au cours des quarante prochaines années, principalement sous l'effet des migrations, à la différence de la population de l'Allemagne et de la République tchèque, qui devrait diminuer. La pyramide des âges en Allemagne compte la plus grande part de personnes âgées, suivie par celle de la République tchèque et du Canada. L'Allemagne et le Canada enregistrent une espérance de vie à la naissance analogue, soit environ 81 ans en moyenne, mais celle-ci est inférieure de trois ans en République tchèque. La mortalité par maladies cardio-vasculaires est plus de deux fois supérieure en République tchèque par rapport aux deux autres pays étudiés. La mortalité liée aux accidents de la route est supérieure à la moyenne de la zone OCDE en République tchèque et au Canada, mais nettement plus faible en Allemagne.

La bière est la boisson alcoolisée la plus consommée dans les trois pays, devant les spiritueux en République tchèque et au Canada, et le vin en Allemagne. Dans la zone OCDE, c'est notamment en Allemagne (11 litres) et en République tchèque (11.6 litres) que la consommation moyenne (recensée) d'alcool est la plus élevée. La consommation par habitant est nettement plus faible au Canada, avec une moyenne de 8.1 litres, mais l'OMS affirme qu'environ 20 % de la consommation totale d'alcool dans ce pays ne sont pas recensés, les estimations correspondantes pour l'Allemagne et la République tchèque étant proportionnellement inférieures à la moitié (4 % et 9 %, respectivement). Les niveaux de risque associés aux habitudes typiques de consommation d'alcool, tels qu'ils sont

estimés par l'OMS sur une échelle de cinq points (allant de 1 pour le risque le plus faible à 5 pour le risque le plus élevé) sont équivalents à 1 pour l'Allemagne, 2 pour le Canada et 3 pour la République tchèque. Cependant, d'après des données d'enquêtes nationales, l'Allemagne semble enregistrer des taux plus élevés de consommation dangereuse et nocive, mais aussi de suralcoolisation épisodique, que le Canada, tandis que la République tchèque devance les deux autres pays pour tous les indicateurs considérés.

Les taux de taxation de l'alcool sont assez modérés au Canada (au niveau fédéral), élevés en Allemagne et encore supérieurs en République tchèque. Au Canada, les autorités provinciales et territoriales imposent également des prix et des taux de marge minimums, lesquels contribuent à tempérer la consommation d'alcool à travers l'augmentation des prix. Les concentrations maximales d'alcool dans le sang pour les conducteurs sont également plus modérées au Canada (0,08, abaissé à 0,04 pour les jeunes conducteurs), tandis que la République tchèque applique une politique de tolérance zéro à tous les conducteurs, comme le fait l'Allemagne pour les jeunes conducteurs, en imposant une limite de 0,05 aux autres catégories. Les autres réglementations ont un caractère plus aléatoire, l'accès aux boissons alcoolisées étant seulement restreint pour les personnes en état d'intoxication alcoolique en Allemagne et en République tchèque, et des interdictions limitées étant appliquées en lien avec des événements spéciaux en République tchèque. La réglementation relative à la promotion de l'alcool se limite principalement à la publicité dans les trois pays. En Allemagne, l'âge minimum légal pour acheter de l'alcool est bas (16 ans, et 18 ans pour les spiritueux), tandis qu'en République tchèque, il est fixé à 18 ans et qu'au Canada il diffère selon les provinces.

En dehors de quelques exceptions notables, comme les politiques de prix minimum au Canada et le faible taux d'alcoolémie autorisé en République tchèque et en Allemagne, les politiques en vigueur dans les trois pays considérés ne comptent pas parmi les plus restrictives de la zone OCDE. Les analyses présentées dans cette section évaluent les effets que pourraient avoir de nouvelles mesures dans un certain nombre de domaines dans chacun des trois pays. Les mesures prises sont généralement évaluées de façon progressive, c'est-à-dire en tant que transposition à plus ou moins grande échelle des politiques en vigueur. Font partie en exception les politiques de prix minimum, qui n'existent à l'heure actuelle que dans l'un des trois pays examinés. Celles-ci ont été évaluées en tant que relèvement (de 10 %) des seuils de prix minimum en vigueur au Canada, et en tant que nouvelle stratégie à instaurer éventuellement au niveau national en Allemagne et en République tchèque, laquelle reposerait sur un prix minimum fixé à un niveau susceptible d'entraîner une augmentation analogue des prix moyens (10 %) dans le segment inférieur des marchés nationaux respectifs de l'alcool.

Impact des politiques sur la consommation nocive d'alcool, la longévité et l'incapacité

Réduire la consommation nocive d'alcool

Le modèle PMC-alcool permet de comparer les impacts qu'ont les politiques en matière d'alcool sur les habitudes de consommation. La réduction la plus importante (10 %) de la consommation dangereuse (et nocive) d'alcool est observée pour une hausse des taxes en Allemagne. Les politiques de prix (en particulier les hausses des taxes), les interventions brèves et les restrictions appliquées à la publicité auraient toutes des effets potentiels considérables. Les restrictions de la publicité ont un effet potentiel moindre sur la consommation nocive globale au Canada, mais les résultats du modèle montrent

qu'une proportion relativement importante des plus grands buveurs réduiraient leur consommation dans une certaine mesure. Les programmes en milieu scolaire ne donnent pas les résultats escomptés, du fait qu'ils ciblent une catégorie de la population qui présente des taux comparativement faibles de consommation d'alcool à haut risque, et que les effets supposés de ces dispositifs ont un caractère temporaire. La limitation des heures d'ouverture et le contrôle de l'application des restrictions concernant l'alcool au volant n'étaient pas censées avoir une incidence sur la consommation dans cette analyse, ce qui explique pourquoi leurs effets ne sont pas représentés dans le graphique 5.1 (panels A, B et C, respectivement pour le Canada, la République tchèque et l'Allemagne).

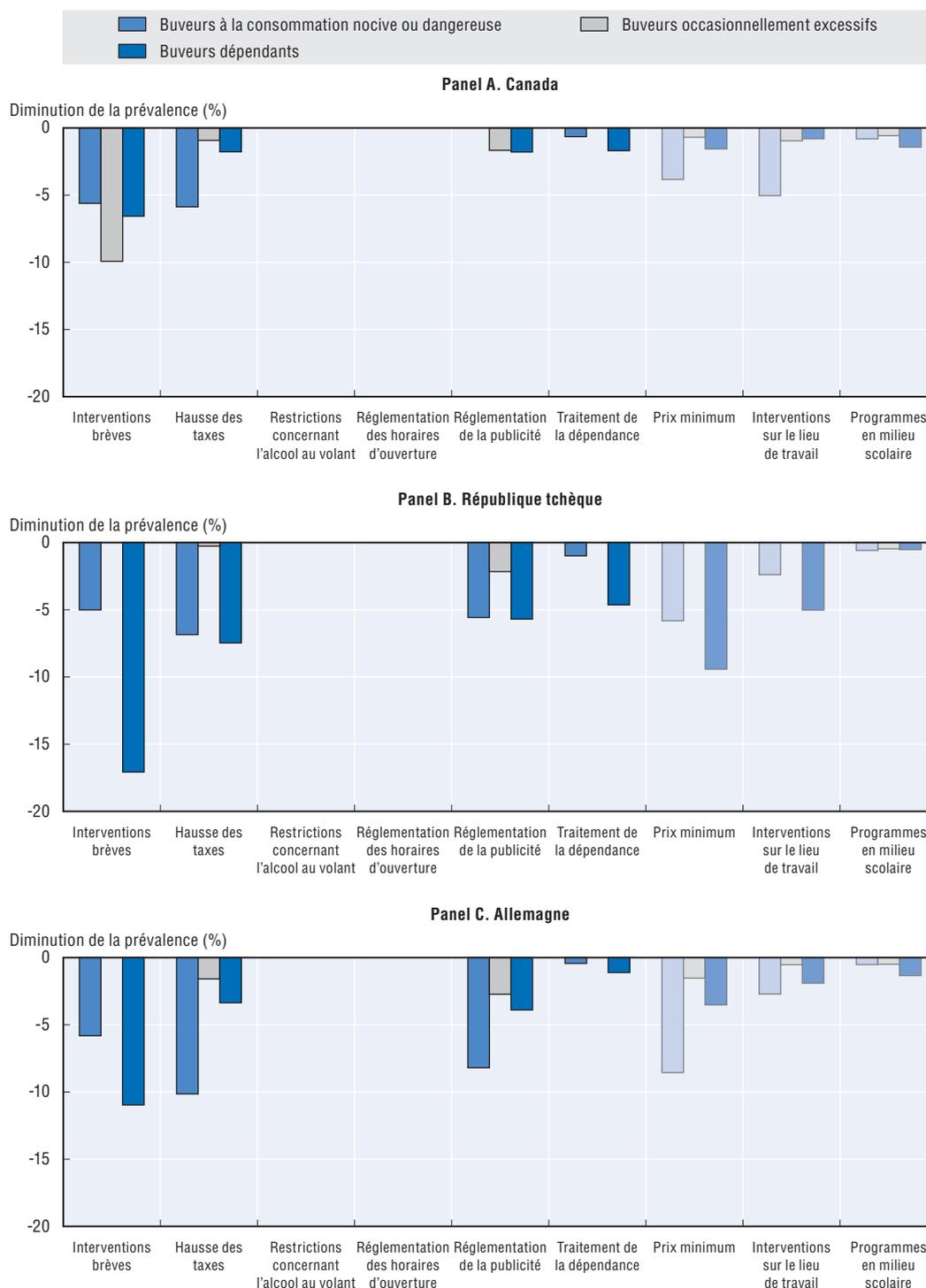
Les interventions brèves, lorsqu'elles sont systématiquement proposées à tous les patients admissibles dans tous les cabinets de médecine générale, auraient la capacité de prévenir un grand nombre de cas de dépendance à l'alcool (pas moins de 17 % en République tchèque, 10.5 % en Allemagne et 6.5 % au Canada, comme indiqué dans le graphique 5.1). Ces interventions brèves sont également efficaces, bien que dans une moindre mesure, lorsqu'elles sont mises en œuvre sur le lieu de travail. En outre, on peut réduire fortement la prévalence de la dépendance à l'alcool grâce à des politiques de prix, des traitements pharmacologiques et psychosociaux de la dépendance, et une réglementation de la publicité. Ces effets sur la dépendance à l'alcool rejoignent l'interprétation des changements observés pour la suralcoolisation épisodique. En particulier, dans les pays où l'on a obtenu une réduction plus importante de la dépendance à l'alcool (habituellement ceux où la dépendance est plus répandue), l'analyse prévoit qu'un certain nombre de personnes qui seraient autrement devenues dépendantes continueront de consommer massivement de l'alcool épisodiquement, compensant ainsi partiellement ou totalement la réduction de la suralcoolisation épisodique obtenue grâce à une diminution du volume d'alcool consommé par d'autres grands buveurs. C'est la principale raison pour laquelle nous voyons, dans le graphique 5.1, des réductions plus importantes de la suralcoolisation épisodique au Canada (où les réductions de la dépendance sont moins marquées) que dans les deux autres pays. Les réglementations de la publicité et les programmes en milieu scolaire ont des effets plus réguliers sur la suralcoolisation épisodique dans les trois pays, du fait de leur nature.

La couverture est aussi importante que la capacité à modifier les comportements individuels vis-à-vis de l'alcool pour déterminer les effets globaux (c'est-à-dire au niveau de la population) d'une intervention. Ainsi, par exemple, les hausses des taxes ont tendance à n'avoir que des effets minimes sur la consommation individuelle d'alcool, mais ciblent d'importants pans de la population (pratiquement tout le monde), ce qui se traduit par des effets d'ensemble considérables. À l'inverse, les interventions brèves ont davantage d'effets sur un nombre plus restreint de personnes.

Gains en termes de santé

Le graphique 5.2 illustre le nombre annuel moyen d'années de vie et d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) susceptibles d'être gagnées pendant la période de simulation en appliquant différentes politiques en matière d'alcool. Les politiques y sont indiquées par ordre décroissant d'efficacité (analyse principale et analyses complémentaires), mais les graphiques ne doivent pas se lire comme de simples classements. Les résultats de chacune des politiques doivent être interprétés à la lumière des hypothèses décrites ci-dessus concernant la couverture et l'efficacité au niveau individuel.

Graphique 5.1. Diminution des taux de prévalence au niveau de la population sur la période de simulation



Note : Barres plus sombres, analyse principale ; barres plus claires, analyse complémentaire

Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.4 à A.6 à l'annexe A.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303554>

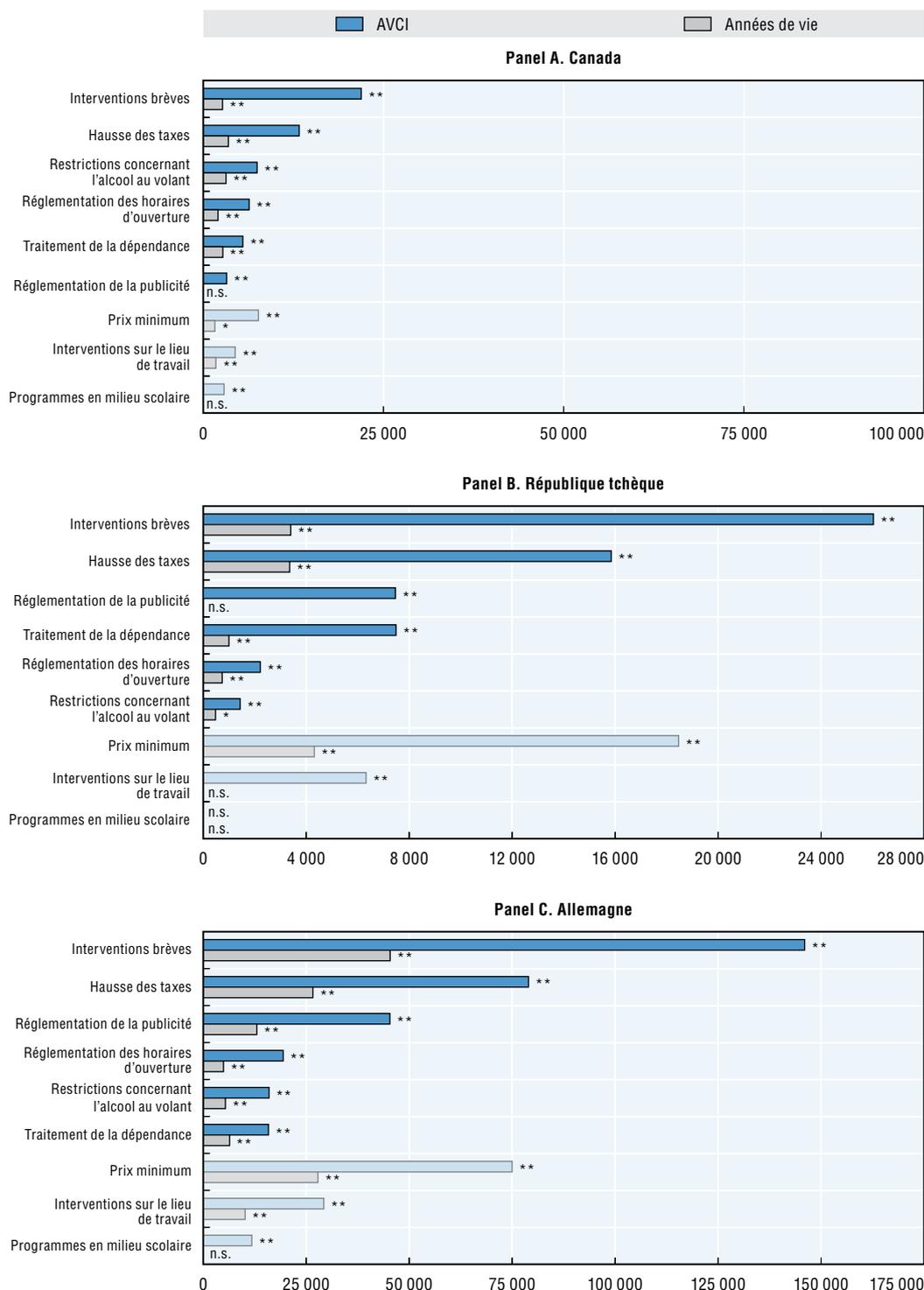
Les interventions brèves dans le cadre des soins primaires peuvent générer des bénéfices relativement importants en matière de santé au niveau de la population. Il convient toutefois de rappeler que les conclusions présentées ici sont basées sur l'hypothèse que les interventions brèves seraient proposées systématiquement dans tous les cabinets de médecine générale d'un pays, tout au long de la période de simulation, ce qui signifie par exemple que chaque année, en Allemagne, 13 % environ des adultes recevraient de brefs conseils en matière d'alcool de la part de leurs médecins généralistes. Cela impliquerait de déployer d'importants efforts pour dépasser les contraintes de capacité, proposer des incitations aux professionnels de santé et les former. Les politiques de prix et la réglementation de la publicité peuvent aussi générer des gains relativement importants en termes de santé (avec des effets moindres prévus pour la seconde mesure au Canada). La réglementation des horaires d'ouverture et les mesures d'application des restrictions concernant l'alcool au volant sont susceptibles, tout comme le traitement de la dépendance à l'alcool et les interventions brèves sur le lieu de travail, de générer des bénéfices moindres – mais toujours significatifs – au niveau de la population. Enfin, les impacts des programmes en milieu scolaire sont faibles ou statistiquement non significatifs sur la période couverte par l'analyse (40 ans).

Emploi et productivité

L'impact que les politiques en matière d'alcool peuvent avoir sur l'emploi et la productivité constitue un aspect particulièrement important des gains obtenus en matière de santé dans l'analyse. Si une évaluation détaillée de ces impacts n'entrait pas dans le champ de l'analyse présentée ici, les résultats indiqués au graphique 5.3 montrent dans quelle mesure les politiques en matière d'alcool pourraient améliorer les résultats sur le front de l'emploi. Le graphique indique en particulier le nombre d'années de vie exemptes de handicaps liés à l'alcool qu'ont gagnées les personnes d'âge actif du fait de l'application des politiques examinées en matière d'alcool. Fondamentalement, l'analyse montre que chaque année, des centaines de milliers de personnes en âge de travailler pourraient éviter des incapacités liées à l'alcool (traumatismes et leurs séquelles, maladies chroniques) dans les trois pays. Par exemple, avec une hausse des taxes entraînant une augmentation de 10 % des prix de l'alcool, 168 000 personnes d'âge actif en Allemagne, 45 000 en République tchèque et 53 000 au Canada éviteraient chaque année des incapacités liées à l'alcool. Les bénéfices estimés des interventions brèves seraient encore plus importants, bien que moins équitablement répartis entre les hommes et les femmes que ceux liés à la hausse des taxes, du fait d'une prévalence plus importante chez les hommes des comportements d'alcoolisation à haut risque et de la dépendance à l'alcool. Des bénéfices plus importants sont aussi observés chez les hommes pour ce qui est des mesures dont les principaux effets concernent les traumatismes liés à l'alcool, ceux-ci étant plus courants chez les hommes que chez les femmes.

Au moment d'élaborer un programme de prévention à long terme, il ne suffit pas de prendre en compte les nombres moyens d'années de vie ou d'AVCI gagnées grâce aux mesures de prévention, tels qu'ils sont mentionnés dans le graphique 5.2. En effet, ce qui se passe en moyenne ne correspond pas nécessairement à ce qui se passe au cours d'une année quelle qu'elle soit, et les résultats futurs sont habituellement moins valorisés que ceux enregistrés à court terme. Les retombées sur la santé des politiques en matière d'alcool interviennent assez rapidement après leur mise en œuvre, en comparaison avec d'autres domaines d'action préventive contre les maladies chroniques. La progression est à peu près linéaire dans le temps, mais a tendance à être plus rapide lors de la phase initiale des politiques de prix et de réglementation de la publicité, alors que plusieurs autres politiques montent en puissance après cinq à dix ans, comme indiqué dans le graphique 5.4.

Graphique 5.2. Résultats en matière de santé au niveau de la population, nombre moyen par an

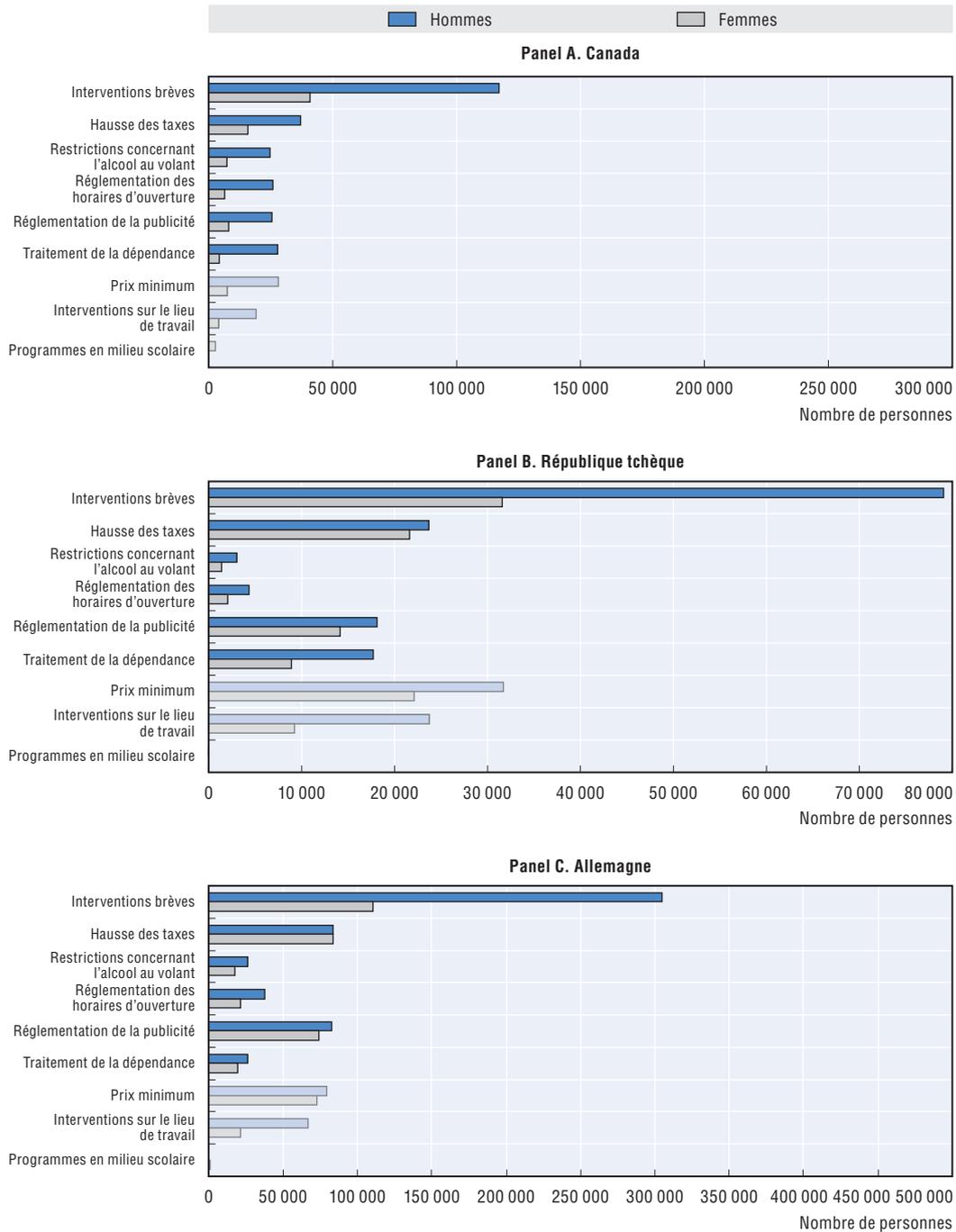


Note : n.s. signifie statistiquement non significatif, (*) statistiquement significatif au niveau de 10 %, (**) statistiquement significatif au niveau de 5 %. Barres plus sombres, analyse principale ; barres plus claires, analyse complémentaire.

Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.4 à A.6 à l'annexe A.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303560>

Graphique 5.3. Nombre de personnes d'âge actif ne présentant aucune maladie liée à l'alcool, effet moyen par an

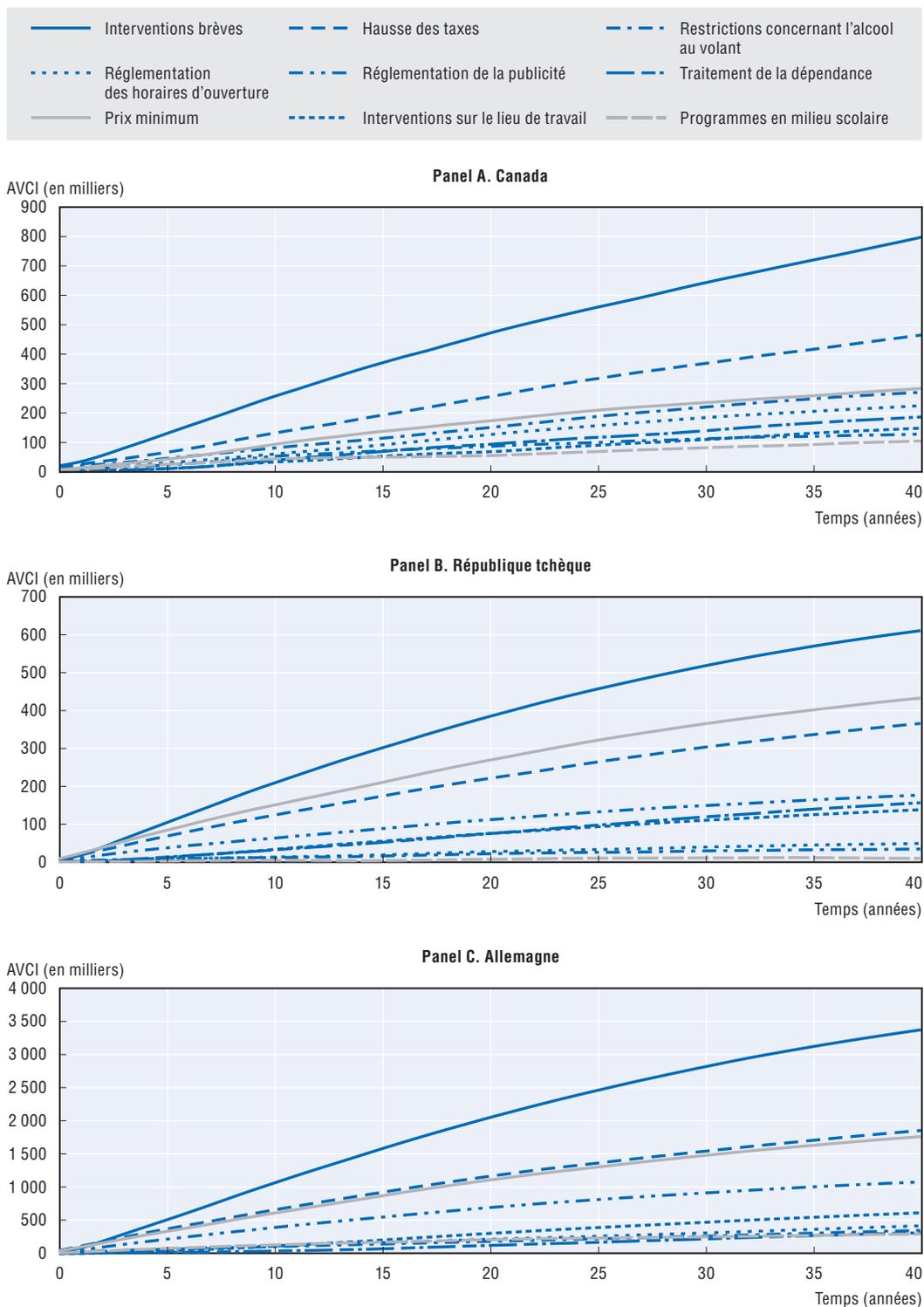


Note : Barres plus sombres, analyse principale ; barres plus claires, analyse complémentaire.

Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.4 à A.6 à l'annexe A.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303579>

Graphique 5.4. **AVCI cumulées épargnées au fil du temps**



Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.4 à A.6 à l'annexe A.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303582>

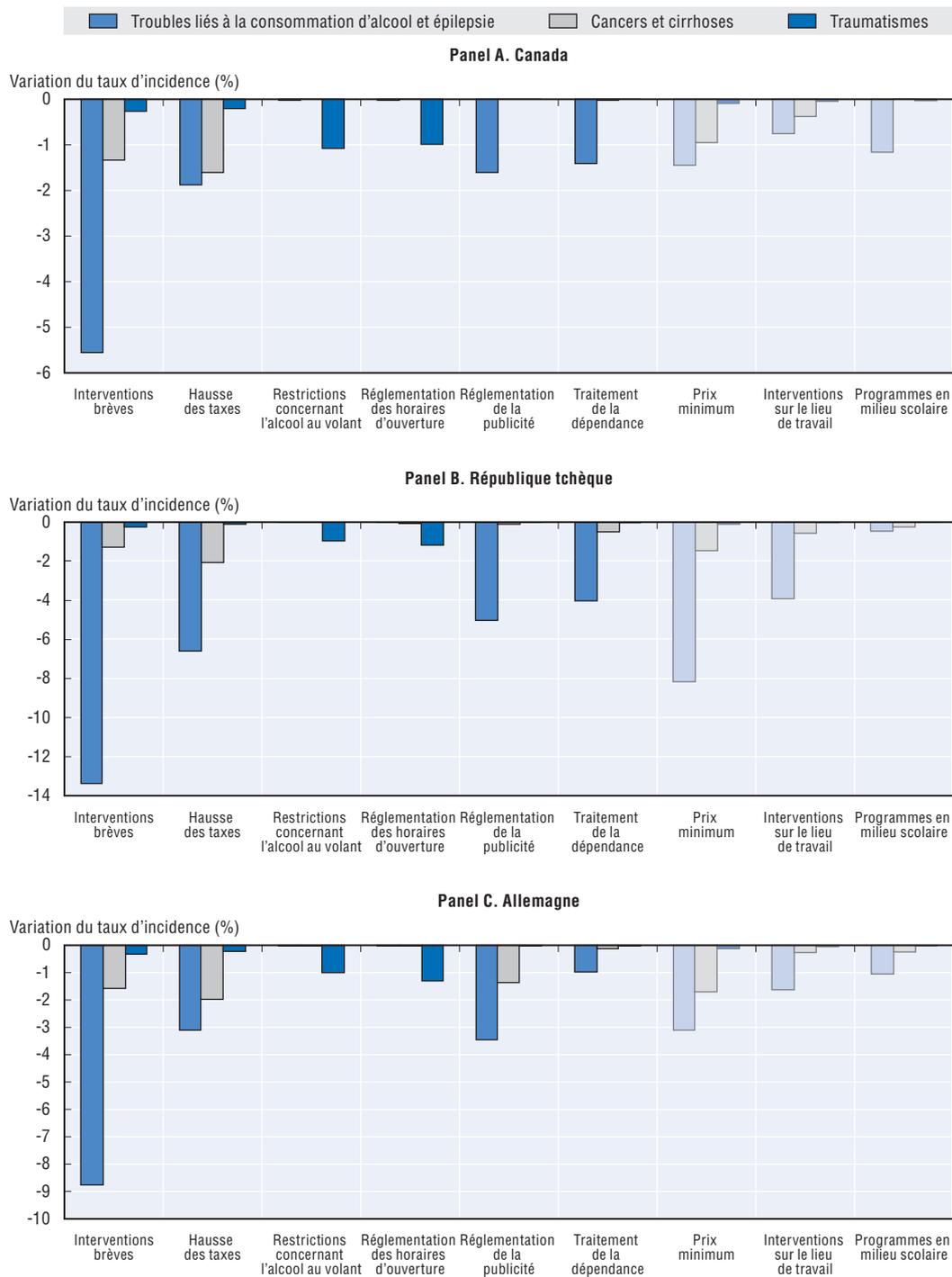
Impact des politiques sur l'incidence des maladies et des traumatismes liés à l'alcool

Les mesures de lutte contre les maladies liées à l'alcool ont le plus d'impact sur les troubles liés à la consommation d'alcool, un ensemble hétérogène de maladies qui inclue, sans s'y limiter, la dépendance à l'alcool. Les troubles liés à la consommation d'alcool représentent la plus grande part de la charge de morbidité associée à l'alcool. Les plus grandes réductions proportionnelles de leur incidence peuvent être obtenues via des interventions brèves dans le secteur des soins primaires, comme le montre le graphique 5.5, essentiellement par le biais de la prévention de la dépendance. Les effets sont plus importants en République tchèque, où la dépendance est plus courante. D'autres mesures ont des impacts plus faibles, et analogues, sur l'incidence des troubles liés à la consommation d'alcool, les politiques de prix et les réglementations de la publicité s'avérant légèrement plus efficaces. La limitation des horaires d'ouverture et le contrôle de l'application des restrictions concernant l'alcool au volant ont le plus d'influence sur les traumatismes, avec une réduction de l'ordre de 1 % au niveau de la population. Ceci correspond, par exemple, à 71 000 et 54 000 traumatismes de moins chaque année grâce à ces deux stratégies, respectivement, en Allemagne (37 000 et 41 000 au Canada). Dans notre analyse toutefois, du fait de leur conception, ces mesures n'ont aucun effet sur la consommation globale d'alcool et d'autres maladies liées à l'alcool.

Dans l'analyse, ce sont les politiques de prix et les interventions brèves dans le cadre des soins primaires et sur le lieu de travail qui ont l'impact le plus important sur l'incidence du cancer. En particulier, la diminution du nombre de cancers liés à l'alcool pourrait atteindre jusqu'à 2 % si l'on modifiait les taxes sur l'alcool de façon à augmenter les prix de 10 %. Cela correspond à 4 200 cas de moins chaque année en Allemagne, 1 600 au Canada et 500 en République tchèque.

Dans l'analyse, environ deux tiers des cas de cardiopathies ischémiques concernent des personnes ayant une consommation d'alcool faible ou modérée, pour lesquelles le risque n'est pas aggravé par l'alcool. Cependant, l'effet net de la plupart des mesures est une réduction globale des maladies cardio-vasculaires. L'ampleur de ces effets, qui n'est pas illustrée dans le graphique, est généralement modeste.

Graphique 5.5. Diminution du nombre de cas de maladies et de traumatismes, moyenne par an, 2010-50



Note : Barres plus sombres, analyse principale ; barres plus claires, analyse complémentaire.

Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.4 à A.6 à l'annexe A.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303594>

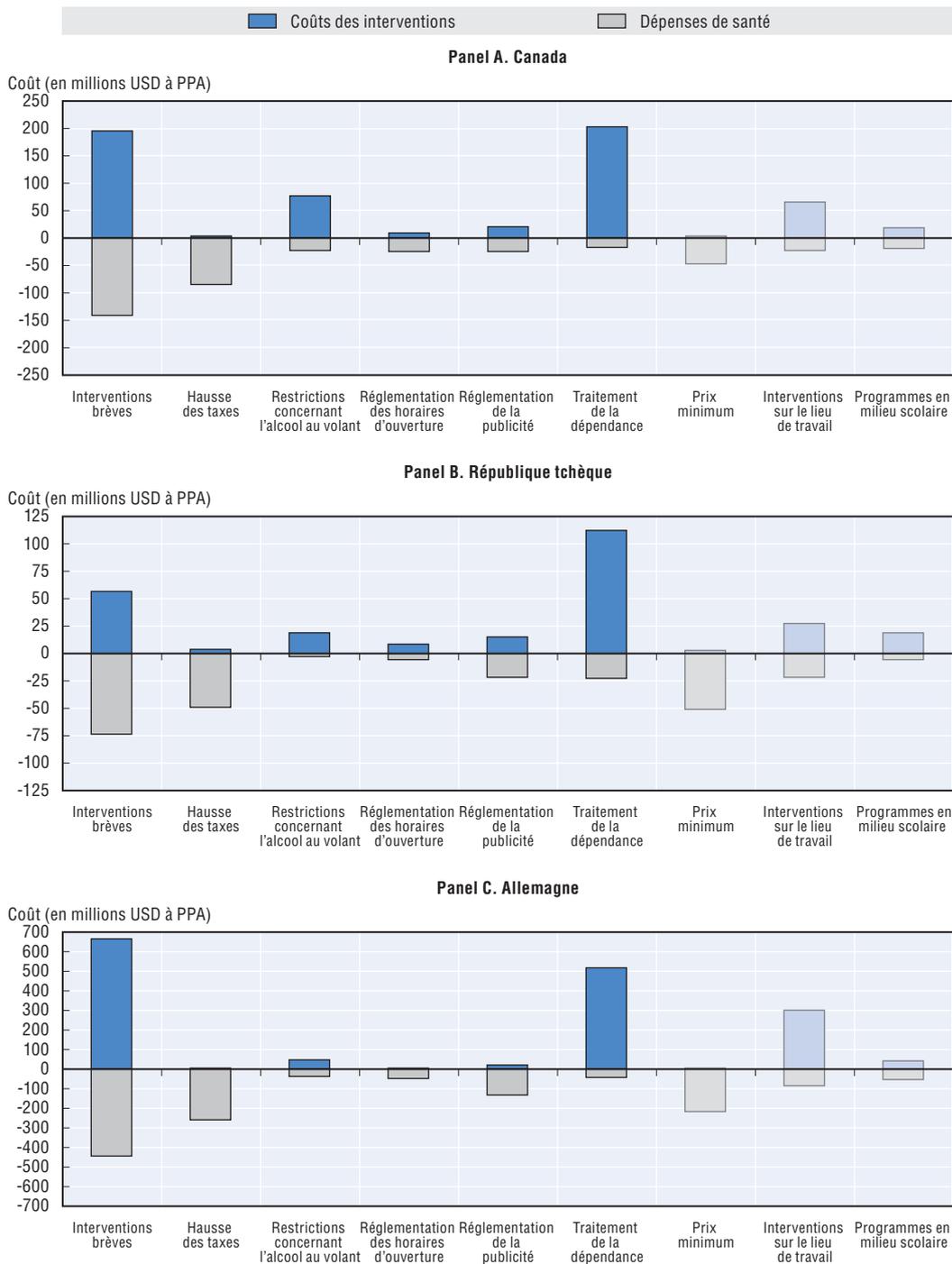
Coûts de mise en œuvre, effets sur les dépenses de santé et rapport coût-efficacité des politiques

Les coûts estimés de la mise en œuvre d'autres politiques en matière d'alcool et les effets nets de celles-ci sur les dépenses de santé dans les trois pays sont indiqués dans le graphique 5.6 (les derniers sous forme de barres au-dessous de l'axe horizontal et les premiers sous forme de barres au-dessus de l'axe).

- Les mesures appliquées dans les structures de soins de santé, y compris les interventions brèves et la prise en charge de la dépendance, entraînent les coûts de mise en œuvre les plus importants, et dans des proportions relativement élevées. Ceci tient aux coûts des personnels et des médicaments nécessaires pour réaliser ces interventions ainsi qu'à l'échelle à laquelle ces dernières ont été modélisées dans l'analyse. Les interventions brèves sont par ailleurs supposées entraîner la réduction des dépenses de santé la plus significative. Cependant, ces réductions sont suffisamment importantes pour compenser les coûts de mise en œuvre et permettre de générer des économies en République tchèque seulement, où le nombre de cas de dépendance évités est le plus grand.
- Plusieurs mesures (surtout les politiques de prix) auraient la capacité de réaliser des économies dans les dépenses de santé qui feraient plus que compenser les coûts de mise en œuvre. Il s'est avéré que les politiques de prix, en particulier les hausses de taxes, étaient moins onéreuses à mettre en œuvre que d'autres mesures, et qu'elles génèrent d'importantes économies dans les dépenses de santé, avec des gains cumulés pouvant atteindre 55 USD par personne en PPA au bout de dix ans en République tchèque, comme le montre le graphique 5.7.
- D'autres politiques sont susceptibles d'entraîner une augmentation nette des dépenses publiques, même si notre analyse ne prend pas en compte les économies associées à la diminution possible des délits.
- Les coûts des interventions sur le lieu de travail et de l'application des restrictions concernant l'alcool au volant sont généralement plus élevés que ceux des mesures réglementaires et budgétaires, et aucune des politiques susmentionnées ne génère d'économies suffisamment importantes pour compenser leurs coûts de mise en œuvre.
- Si les coûts des programmes en milieu scolaire sont modestes, leurs effets le sont aussi.

Même si l'on applique un taux d'actualisation de 3 % aux économies futures, il s'avère que les réductions des dépenses de santé potentiellement générées grâce aux politiques en matière d'alcool sont substantielles et augmentent de façon linéaire dans le temps, comme indiqué dans le graphique 5.7, ce qui confère à ces politiques un rapport coût-efficacité positif. Le graphique 5.8 présente les rapports coût-efficacité des mesures étudiées sur la durée de la période de simulation. Les interventions qui ne sont pas mentionnées dans les trois panels de ce graphique génèrent des économies (d'où l'absence de calcul du rapport coût-efficacité). Les mesures qui ne génèrent pas d'économies présentent généralement de bons rapports coût-efficacité tout au long de la simulation, par rapport à un montant de 50 000 USD par année de vie gagnée en bonne santé, lequel sert souvent de référence dans les économies industrialisées, même si le rapport coût-efficacité des programmes en milieu scolaire en République tchèque et du traitement de la dépendance en Allemagne ne tombe sous le seuil susmentionné qu'après 10 et 20 ans, respectivement. Globalement, ces résultats indiquent clairement que les politiques en matière d'alcool utilisent efficacement les ressources du système de santé, par rapport à beaucoup d'interventions établies dans le domaine de la santé et de technologies médicales largement utilisées.

Graphique 5.6. Impact économique au niveau de la population, moyenne par an, 2010-50

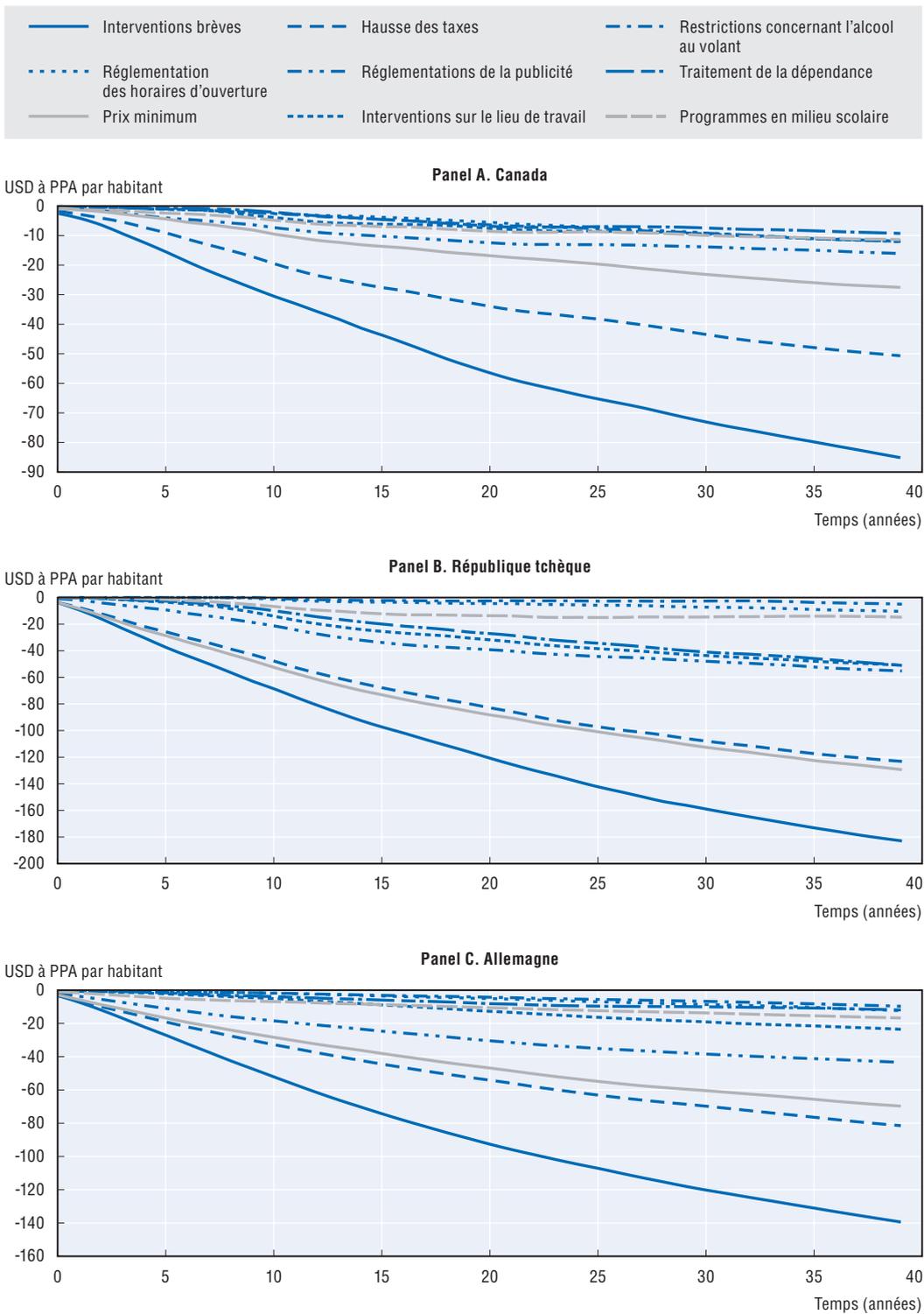


Note : Barres plus sombres, analyse principale ; barres plus claires, analyse complémentaire.

Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.4 à A.6 à l'annexe A.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303601>

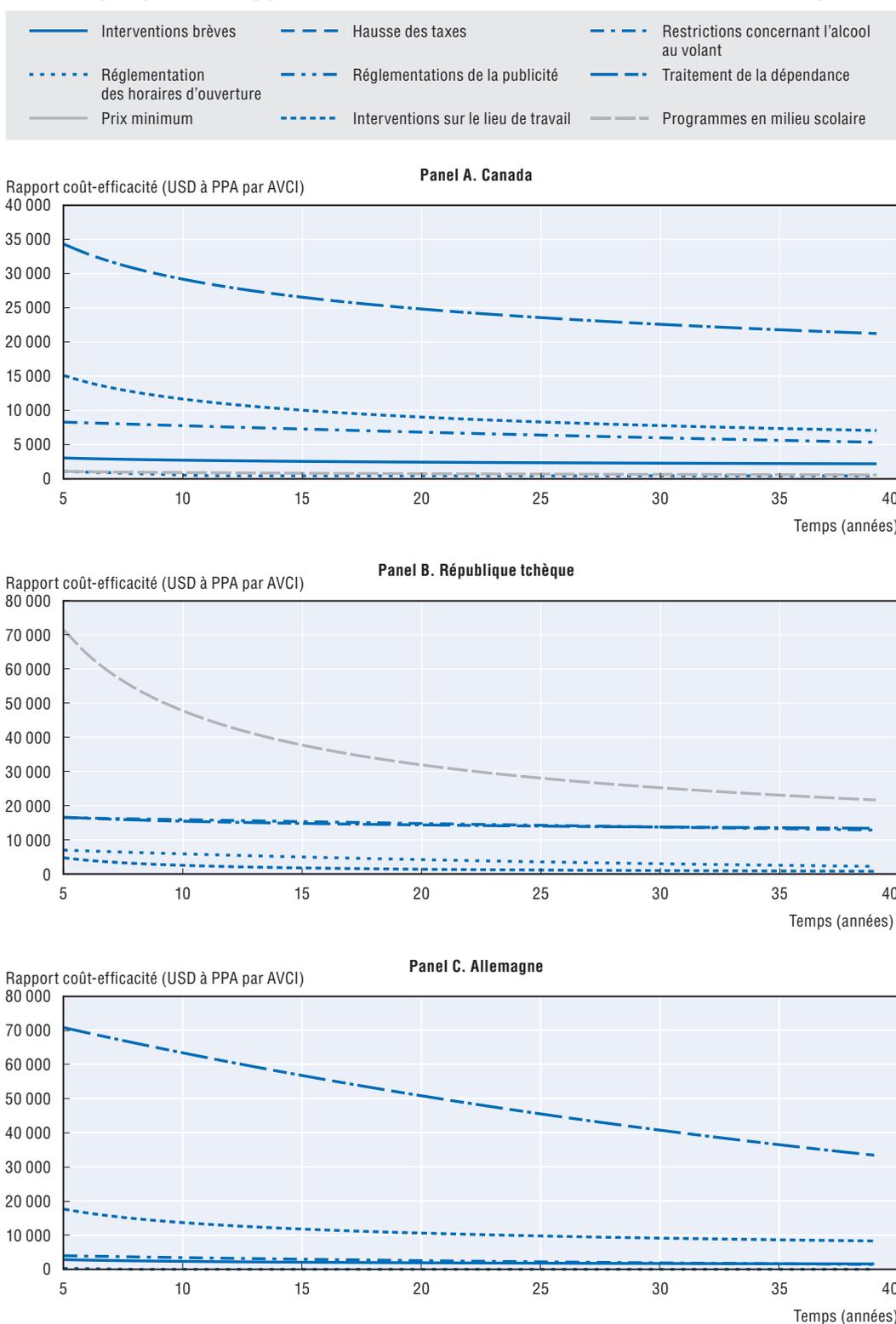
Graphique 5.7. Impact cumulé sur les dépenses de santé dans le temps



Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.4 à A.6 à l'annexe A.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303619>

Graphique 5.8. Rapport coût-efficacité des interventions dans le temps



Note : Les hausses des taxes, les réglementations de la publicité et les prix minimum sont des mesures qui génèrent des économies dans les trois pays ; les interventions brèves permettent de réaliser des économies sur les coûts dans la République tchèque, de même que les programmes en milieu scolaire en Allemagne et, huit ans après son application, la réglementation des horaires d'ouverture.

Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.1 à A.6 de l'annexe A.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303622>

Encadré 5.2. **Les politiques de prix accentuent-elles l'évasion fiscale ainsi que la production et le commerce illicites d'alcool ?**

Les politiques en matière d'alcool visant à rendre les boissons alcoolisées moins abordables financièrement, telles que les hausses des taxes, peuvent induire des comportements d'évasion fiscale ou conduire les individus à rechercher d'autres boissons moins onéreuses, éventuellement d'origine illicite. Ces réactions sont susceptibles de compenser partiellement les effets bénéfiques des politiques de prix, et leurs conséquences sur les activités délictueuses constituent un sujet de préoccupation. En principe, les pratiques illicites, telles que la contrebande et le commerce de boissons alcoolisées contrefaites ou produites de façon informelle, peuvent être accentuées par des hausses des prix de l'alcool licite. Certaines formes d'évasion fiscale, telles que le commerce transfrontalier et le commerce illicite, prospèrent grâce aux grandes différences entre les systèmes et les taux de taxation dans les pays et entre eux. Elles privent les États de recettes fiscales et peuvent renforcer des organisations criminelles et accroître la corruption, en plus d'exposer la population à des menaces sanitaires lorsque les matières premières illégalement négociées sont produites en échappant à tout contrôle sanitaire réglementaire. Toutefois, un examen systématique récent de l'épidémiologie et des effets de la consommation d'alcool non recensé a conclu ce qui suit : « Des volumes très importants d'alcool sont produits dans le monde sans être recensés. Le principal risque lié à ce type d'alcool vient du fait qu'il est habituellement beaucoup moins cher que l'alcool licite. » (Rehm et al., 2014). L'OCDE a mis en place un groupe spécial chargé d'étudier le commerce illicite (Task Force on Charting Illicit Trade) pour contribuer à la connaissance des marchés illicites, y compris celui de l'alcool, et identifier d'éventuelles mesures de lutte.

Le commerce transfrontalier et le commerce illicite de boissons alcoolisées constituent des sujets de préoccupation majeurs dans certains pays aux différents niveaux de revenu. L'OMS a fait une estimation de l'ampleur de la consommation d'alcool non recensée (ce qui couvre également le commerce transfrontalier et le commerce illicite), et ses données révèlent que ce phénomène varie considérablement selon les pays, proportionnellement à la consommation totale estimée. Le graphique A ci-dessous présente des données pour les pays de l'OCDE. Elle illustre également la variation de la consommation d'alcool non recensée (en litres d'alcool pur par habitant) entre 2005 et 2010. Dans la plupart des pays du monde, la consommation non recensée est restée constante, ou a diminué, entre les deux dates. Elle a toutefois augmenté dans un nombre minoritaire de pays (OMS 2014).

L'un des cas dans lesquels les modifications de la taxation ont entraîné une augmentation du commerce transfrontalier a été l'instauration d'un marché unique de l'alcool dans l'Union européenne en 2003 – qui a déclenché une concurrence fiscale entre les États membres (Lockwood et Migali, 2009). La Finlande a réduit d'un tiers ses taxes sur l'alcool à la suite de l'adhésion à l'Union européenne de son voisin l'Estonie où l'on pouvait acheter de l'alcool à des prix largement inférieurs (Anderson et al., 2009a). Cette baisse s'est traduite par une augmentation de la consommation et des décès liés à l'alcool (Koski et al., 2007), ce qui a incité la Finlande à relever ses taxes en 2008 (puis de nouveau les années suivantes). Cependant, ces mêmes effets n'ont pas été observés au Danemark et dans le Sud de la Suède malgré l'adoption de mesures similaires (c'est-à-dire une suppression des quotas restrictifs et une réduction des taxes élevées sur l'alcool) durant la même période (Mäkelä et al. 2008).

Du fait d'une taxation plus élevée, les boissons alcoolisées sont considérablement plus chères en Norvège qu'en Suède. Malgré une réglementation stricte du commerce transfrontalier, les magasins norvégiens situés près de la frontière déclarent des chiffres d'affaires générés par les ventes d'alcool inférieurs à ceux des magasins situés ailleurs dans le pays. Parallèlement les consommateurs vivant dans la même zone déclarent des dépenses inférieures, ce qui donne à penser qu'ils supportent une charge fiscale inférieure à celle des autres consommateurs norvégiens (Beatty et al., 2009). À l'inverse, une étude danoise a révélé que

Encadré 5.2. Les politiques de prix accentuent-elles l'évasion fiscale ainsi que la production et le commerce illicites d'alcool ?(suite)

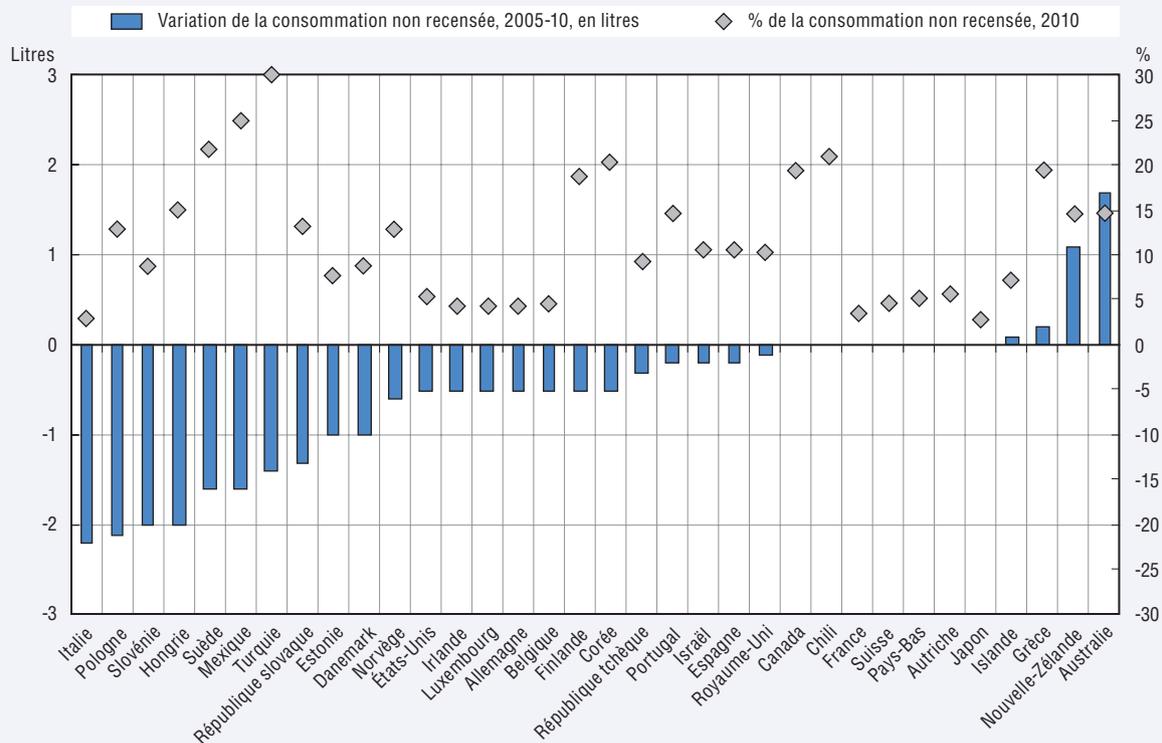
les hausses et les baisses des taxes sont répercutées dans des proportions similaires à différentes distances de la frontière allemande, et ce, en dépit de niveaux de prix plus faibles en Allemagne, susceptibles d'inciter au commerce transfrontalier (Bergman et Hansen, 2013).

La contrebande et le commerce illicite sont des phénomènes plus complexes, déterminés par différents facteurs dont, notamment mais pas seulement, des différentiels de taxes dans les pays et entre eux. Des incidences plus élevées des délits et de la corruption, de même qu'une application moins stricte de la législation, constituent d'autres déterminants potentiels. La production et le commerce illicites de boissons alcoolisées varient considérablement entre les pays et ont tendance à être plus importants dans les pays à faible revenu. Les données commerciales tirées d'études de marché dans des pays d'Afrique (Tanzanie, Nigéria, Botswana et Zimbabwe), où l'incidence de la consommation d'alcool produit de façon informelle est relativement plus élevée, fournissent certaines informations sur les habitudes de consommation d'alcool produit de façon informelle et les éventuels effets des hausses de prix dans ces contextes. Les marchés de l'alcool de chaque pays présentent des spécificités particulières. Toutefois, une représentation disproportionnée des groupes à faible revenu parmi les consommateurs d'alcool produit de façon informelle – lesquels sont essentiellement motivés par sa plus grande accessibilité financière (l'écart d'accessibilité est perçu comme relativement important) – et une prédominance de la consommation sociale d'alcool à emporter produit de façon informelle constituent des tendances communes. La consommation de ce type d'alcool tend à être concentrée pendant la journée et les jours de semaine, au moins dans les pays d'Afrique susmentionnés. Une proportion relativement importante de consommateurs d'alcool produit de façon informelle (jusqu'à 50 %) consomment exclusivement ce type d'alcool. Les autres sont plus susceptibles de passer à d'autres types d'alcool si ceux-ci deviennent plus abordables financièrement. Les consommateurs ayant des revenus faibles sont généralement plus sensibles aux prix que les autres, ce qui suggère que les hausses de prix dans le secteur formel sont susceptibles de conduire certains d'entre eux à revenir vers l'alcool produit de façon informelle. Toutefois, des données factuelles plus nombreuses et directes sont nécessaires pour évaluer si et dans quelle proportion cela pourrait se produire du fait des hausses des taxes.

Des estimations pour le Royaume-Uni suggèrent que le manque à gagner de recettes fiscales lié au commerce illicite d'alcool serait à peine supérieur à 1 milliard GBP pour l'exercice 2011-12, ce qui correspond à une part de marché illicite de 3 % pour les spiritueux, de 9 % pour la bière et de 6 % pour le vin (HMRC, 2013). Les analyses du Trésor britannique révèlent des variations des parts de marché illicite de différentes boissons qui ne semblent pas être en corrélation avec les variations des taxes. À l'inverse, la baisse des taxes appliquée en Finlande en 2004 a été associée à une diminution de la production illicite à domicile et de la contrebande de 0.27 litre par habitant en 2003 à 0.11 litre en 2004 et 0.08 litre en 2006. La production licite à domicile a également diminué de 0.19 litre en 2003 à 0.09 litre en 2006 (Mäkelä et Österberg, 2009). Les statistiques relatives à l'alcool montrent toutefois qu'après le relèvement des taxes, à partir de 2008, la consommation non recensée totale (aucune ventilation disponible en fonction des différentes catégories) n'a que légèrement progressé de 2.2 à 2.3 litres par habitant en 2009, puis est restée stable ultérieurement malgré de nouvelles hausses des taxes (Østhus, 2012).

Encadré 5.2. **Les politiques de prix accentuent-elles l'évasion fiscale ainsi que la production et le commerce illicites d'alcool ?(suite)**

Graphique A. **Consommation non recensée d'alcool dans les pays de l'OCDE**



Source : Système mondial d'information sur l'alcool et la santé de l'OMS (GISAH) ; inclut la consommation non recensée, à savoir la production à domicile, la production illicite ou les importations.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303630>

Associer diverses mesures de lutte contre l'alcool

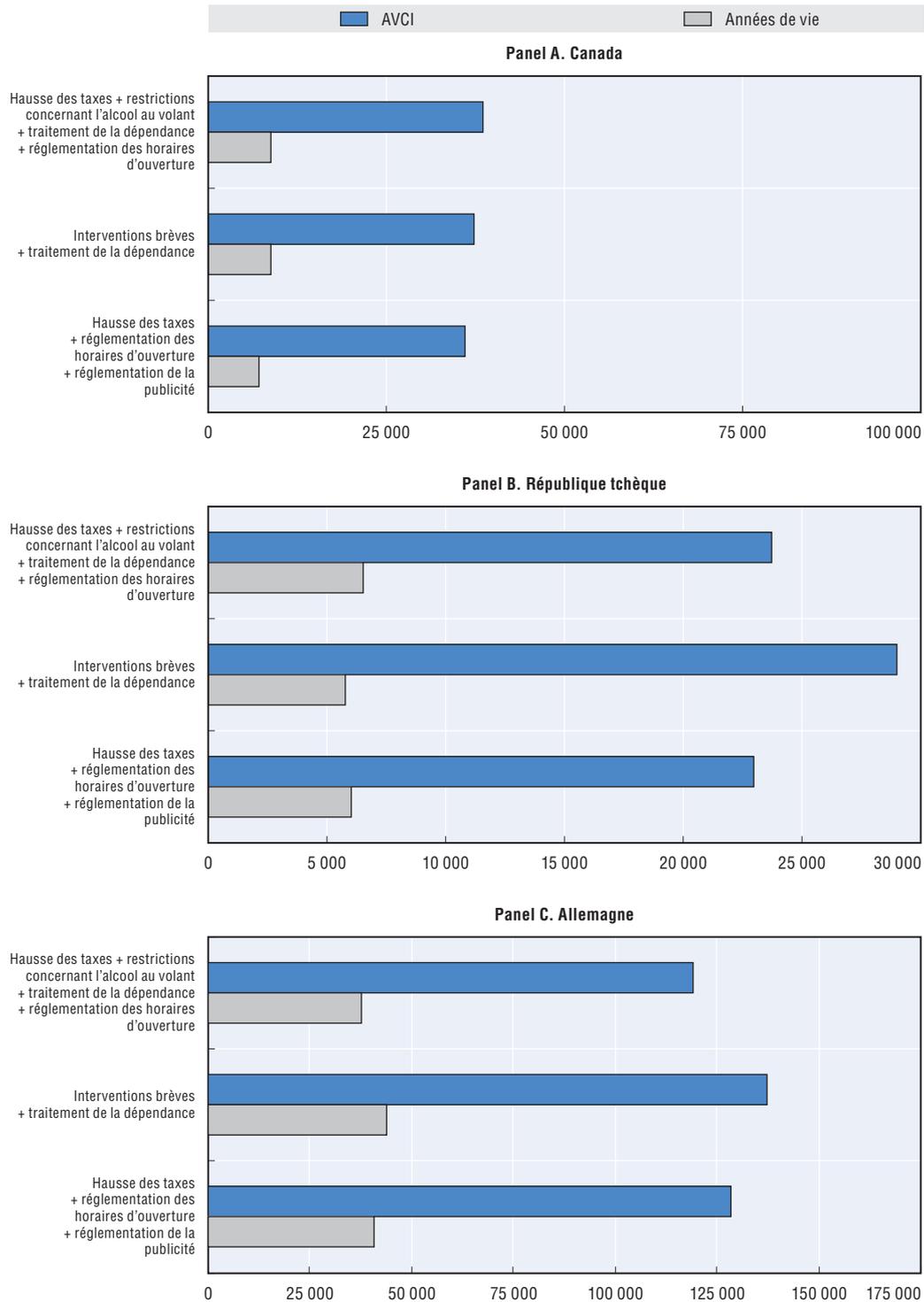
Comme c'est souvent le cas dans le domaine de la prévention, des problèmes aux aspects multiples requièrent des actions diversifiées de la part des pouvoirs publics. Les mesures évaluées dans notre analyse s'attaquent habituellement à différents types de comportements d'alcoolisation, dans différents groupes sociaux, par le biais de différents mécanismes. Les pays qui entendent lutter efficacement contre le problème de la consommation dangereuse d'alcool ne peuvent pas s'appuyer sur des politiques individuelles pour atteindre leur objectif. Les analyses de l'OCDE montrent que les effets combinés de multiples actions seront plus importants que ceux de politiques individuelles. En outre, une approche pluridimensionnelle peut susciter un effet de « masse critique » plus à même de faire évoluer les normes sociales qui régissent les comportements vis-à-vis de l'alcool.

Il s'avère que le fait d'associer plusieurs politiques en matière d'alcool au sein d'une stratégie élargie de prévention a la plupart du temps des effets globaux qui sont proches de la somme des impacts des politiques individuelles qui la composent. Ainsi, le résultat final correspond globalement au cumul des effets individuels, malgré l'hypothèse d'un impact cumulé inférieur à la somme des impacts individuels, en cas d'exposition simultanée aux effets d'au moins deux mesures. Le graphique 5.9 illustre cela en présentant le nombre

d'années de vie et d'AVCI potentiellement gagnées grâce à trois combinaisons possibles de mesures. Parmi ces mesures figurent notamment un « ensemble de mesures budgétaires et réglementaires », qui associe des hausses de taxes à une réglementation de la publicité et des horaires d'ouverture des magasins vendant de l'alcool à emporter ; un « ensemble de mesures dans le domaine de la santé », qui associe des interventions brèves et une prise en charge de la dépendance dans le cadre des soins primaires ; et un « ensemble de mesures mixtes », qui associe des hausses des taxes, une prise en charge de la dépendance et l'application de restrictions concernant l'alcool au volant et les horaires d'ouverture des magasins. Les trois stratégies combinées génèrent des effets relativement similaires dans chaque pays (environ 37 000 AVCI gagnées au Canada, 23-29 000 en République tchèque et 119-137 000 en Allemagne), l'ensemble de mesures dans le domaine de la santé ayant un impact légèrement supérieur à d'autres stratégies combinées en République tchèque et en Allemagne.

Les trois stratégies combinées de prévention sont susceptibles de générer des réductions substantielles des dépenses de santé. Ces réductions sont les plus importantes en République tchèque, où l'ensemble de mesures dans le domaine de la santé peut générer des économies annuelles supérieures à 8 USD à PPA par personne, tandis que l'ensemble de mesures budgétaires et réglementaires permettrait d'économiser à peine plus de 6 USD et 4 USD à PPA par personne en Allemagne et au Canada, respectivement, comme indiqué dans le graphique 5.10. Les coûts de mise en œuvre de l'ensemble de mesures dans le domaine de la santé et de celui des mesures mixtes sont supérieurs aux réductions obtenues au niveau des dépenses de santé (en particulier pour le premier ensemble de mesures), mais le rapport coût-efficacité de ces deux ensembles demeure très positif dans les trois pays, le plus élevé atteignant au Canada 2 800 USD à PPA par AVCI épargnée pour l'ensemble de mesures mixtes, et 6 600 USD à PPA pour l'ensemble de mesures dans le domaine de la santé. L'ensemble de mesures budgétaires et réglementaires entraîne en revanche des coûts de mise en œuvre beaucoup moins élevés et génère globalement des économies.

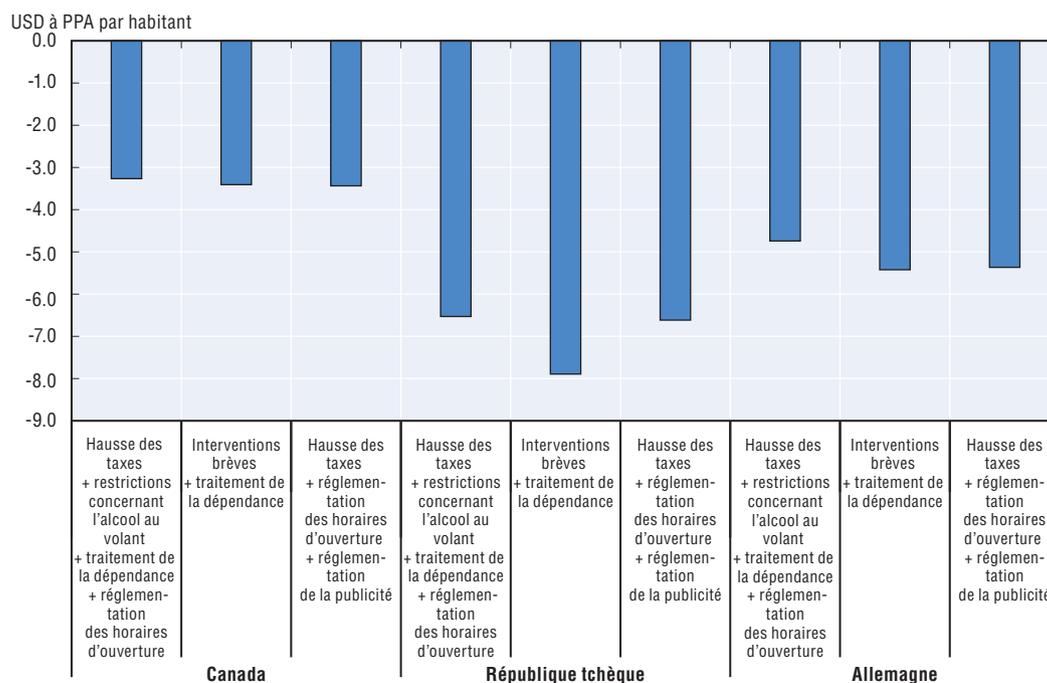
Graphique 5.9. Résultats en termes de santé d'une stratégie combinant de multiples interventions, nombre moyen par année



Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.1 à A.6 à l'annexe A.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933303647>

Graphique 5.10. Impact sur les dépenses de santé d'une stratégie combinant de multiples interventions, moyenne par an, 2010-50



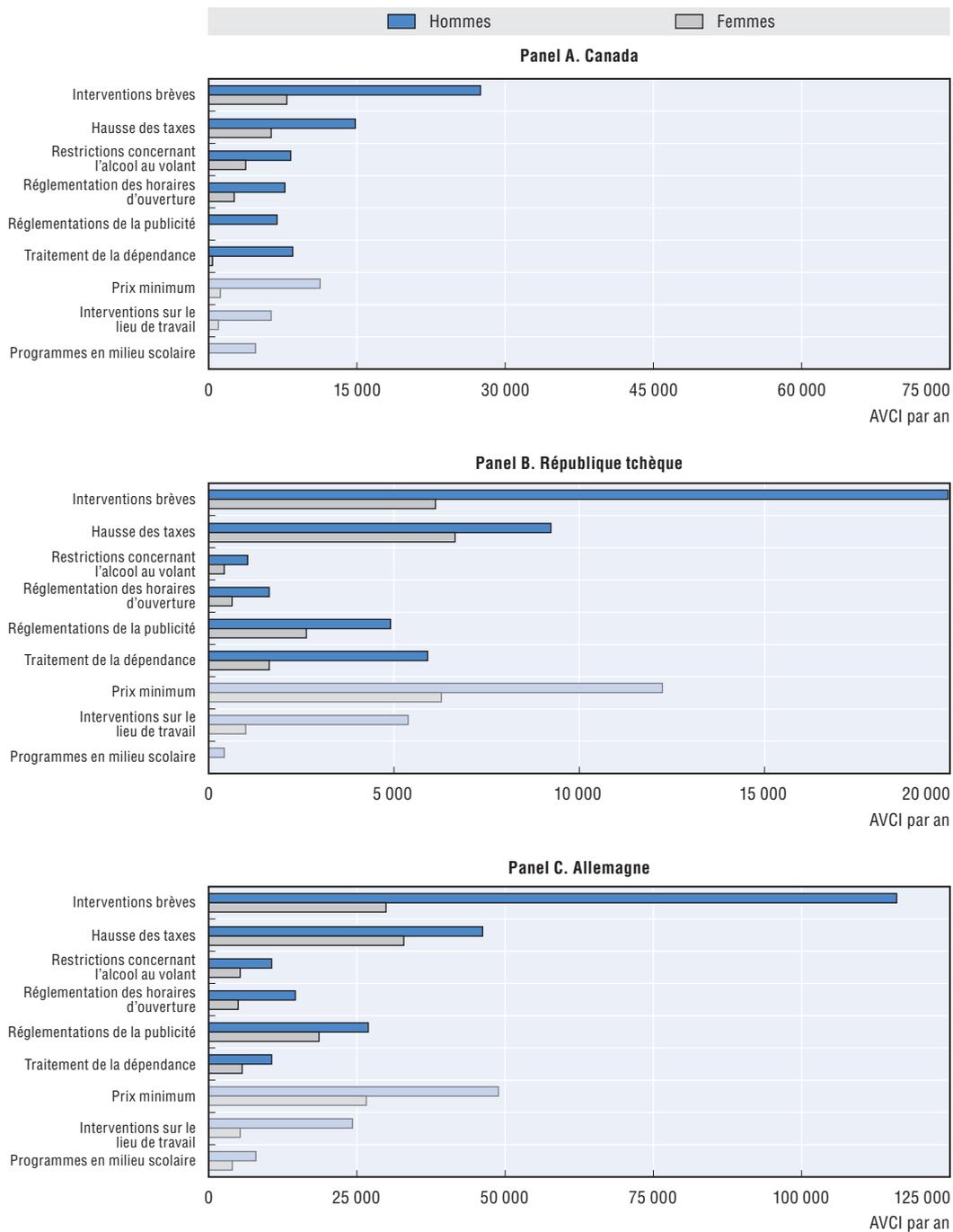
Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.1 à A.6 à l'annexe A.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303658>

Qui bénéficie le plus des politiques en matière d'alcool ?

Comme on pouvait s'y attendre, les gains en termes de santé qui sont générés par les politiques en matière d'alcool ont tendance à bénéficier davantage aux hommes qu'aux femmes, principalement en raison de la plus forte prévalence des comportements d'alcoolisation à risque et de l'incidence accrue de certains types de traumatismes chez les hommes. Les différences d'impact en fonction du sexe sont particulièrement prononcées pour les stratégies dont les principaux effets sont de prévenir et de traiter la dépendance à l'alcool (habituellement, les interventions brèves et les traitements pharmacologiques et psychosociaux de la dépendance). Une plus grande part d'hommes ont besoin, et bénéficient, de ces interventions, et les gains sont en conséquence plus importants chez les hommes que chez les femmes. Le graphique 5.11 illustre clairement ce phénomène ; il montre que les différents effets relatifs de ces interventions dans les trois pays correspondent assez étroitement aux différences observées dans la prévalence de la dépendance à l'alcool chez les hommes et chez les femmes dans ces mêmes pays. De plus, les différences entre les hommes et les femmes sont relativement marquées pour les mesures dont le principal effet est de réduire les traumatismes liés à l'alcool, par exemple l'application de restrictions concernant l'alcool au volant et les horaires d'ouverture des magasins vendant de l'alcool à emporter. Cela tient au fait que les traumatismes et les décès liés aux accidents de la circulation, de même que les violences entre les personnes, concernent plus souvent les hommes que les femmes. Les différences sont moins prononcées pour ce qui est des autres mesures, mais les bénéfiques pour les hommes sont, dans tous les cas, supérieurs à ceux escomptés pour les femmes.

Graphique 5.11. AVCI par sexe, nombre moyen par année



Note : Barres plus sombres, analyse principale ; barres plus claires, analyse complémentaire.

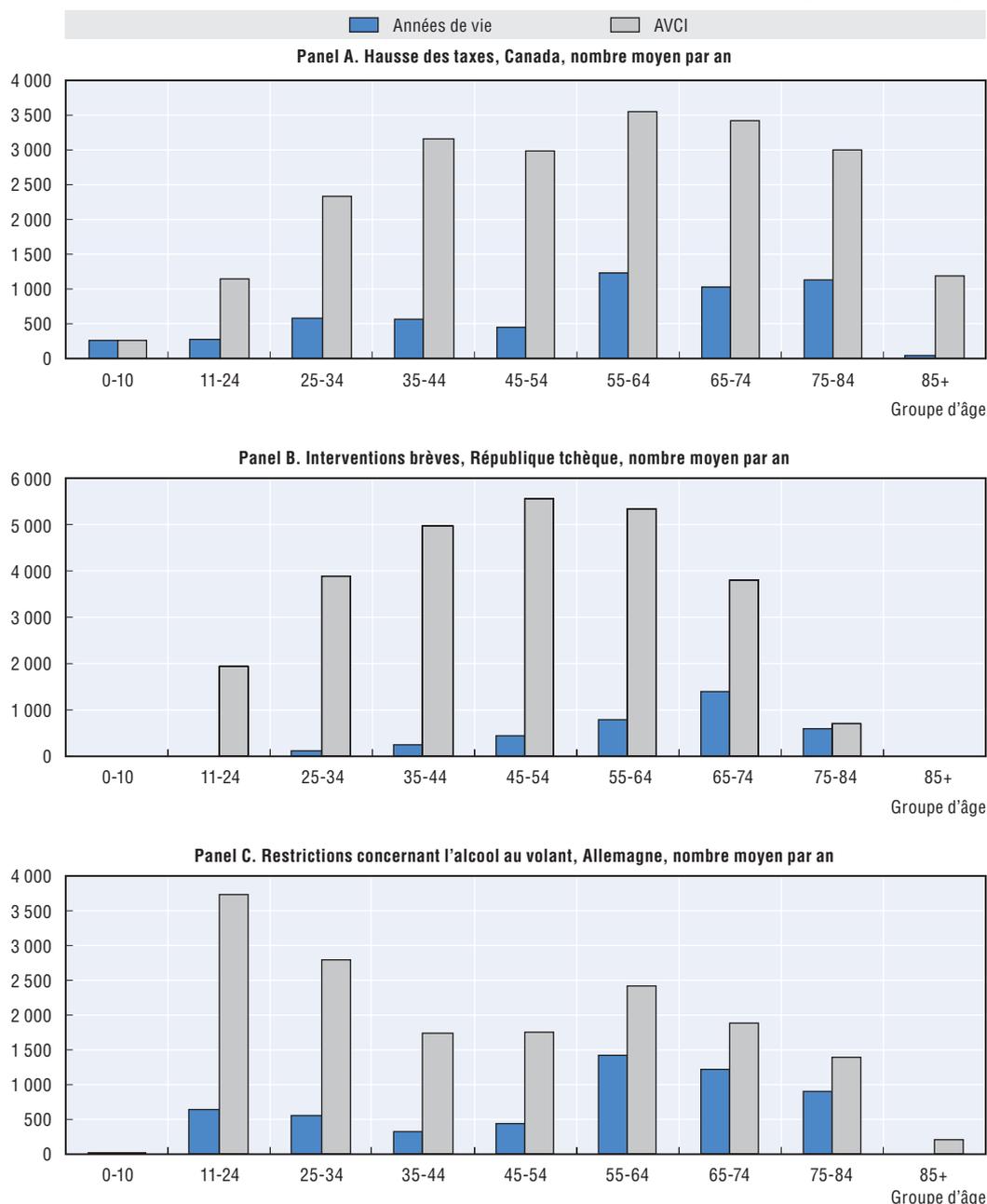
Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.1 à A.6 à l'annexe A.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303669>

Les bénéfices pour la santé des différentes politiques en matière d'alcool varient selon les différents groupes d'âge, comme illustré par les trois exemples du graphique 5.12. Les hausses des taxes (panel A, Canada) ont des effets sur la mortalité et la morbidité dans tous les groupes d'âge, mais ces effets sont accrus chez les adultes, en particulier

chez les cinquantenaires et les sexagénaires. Les effets des interventions brèves (panel B, République tchèque) sont généralement plus importants sur la morbidité que sur la mortalité et atteignent leur maximum chez les quaranténaires (plus tard pour la mortalité). L'application de restrictions concernant l'alcool au volant (panel C, Allemagne) a le plus d'effets sur la morbidité chez les jeunes adultes (principalement à l'âge de la vingtaine et au début de la trentaine), avec des effets moindres sur la mortalité. Ces derniers augmentent avec l'âge et sont les plus élevés chez les cinquantenaires, alors que les effets sur la morbidité ont tendance à se stabiliser.

Graphique 5.12. Effets de certaines interventions pour différents groupes d'âge



Source : Analyse PMC-alcool fondée sur des données tirées de multiples sources dont la liste figure dans les tableaux A.1 à A.6 à l'annexe A.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303671>

Solidité des conclusions tirées de l'analyse de l'impact des politiques

Les modèles génèrent leurs résultats à partir de données, d'algorithmes et d'hypothèses. Toute variation de l'un de ces paramètres modifiera les prévisions du modèle. La solidité des conclusions présentées dans ce chapitre a été testée dans le cadre d'une série d'analyses de sensibilité utilisant le logiciel MCLLeague de l'OMS et portant pour chaque intervention sur la dixième et la quarantième année de la simulation. Tant pour les coûts que pour les effets, les paramètres des données d'entrée intégrées dans les analyses de sensibilité ont été calculés à partir des matrices de données de sortie brutes du modèle PMC-alcool. Les distributions probabilistes des données de sortie ont été modélisées en tant que distributions gaussiennes continues. S'agissant des effets sur la santé, les distributions ont été contraintes (c'est-à-dire tronquées) à l'intervalle de confiance de 95 % autour de la valeur moyenne des données de sortie du modèle PMC-alcool. Le degré de covariance entre les distributions des coûts et les effets sur la santé a également été calculé à partir des données de sortie du modèle PMC-alcool. Une méthode de simulation de Monte Carlo utilisant 1 000 échantillons stochastiques (en l'occurrence des bootstraps) a permis de définir des zones d'incertitude.

Les analyses de sensibilité ont confirmé la validité des conclusions dans une gamme relativement vaste de variations potentielles à la fois des effets et des coûts associés à chaque politique en matière d'alcool, avec des effets aléatoirement non robustes pour les interventions en milieu scolaire en République tchèque, et pour la prise en charge de la dépendance en Allemagne après une période de 10 ans (mais avec un profil favorable à plus long terme pour ce qui est de la robustesse), comme le montrent les graphiques A.9 à A.14 à l'annexe A.

Les effets des principales hypothèses ont également été testés dans les analyses de sensibilité. Par exemple, la couverture des interventions dans le cadre des soins primaires (nombre de personnes à qui on propose ces interventions et qui les acceptent) est un facteur clé des résultats générés en matière de santé, et la réussite de ces interventions est largement tributaire de la capacité des pays à promouvoir efficacement leur mise en œuvre. Les importants effets escomptés des interventions brèves dans le cadre des soins primaires, par exemple, sont basés sur l'hypothèse qu'elles seraient systématiquement proposées dans tous les cabinets de médecine générale des pays concernés, et qu'elles seraient efficaces pour modifier le comportement des consommateurs d'alcool dans des proportions identiques à celles observées dans les conditions d'expérience des études incluses dans une méta-analyse existante (Kaner et al., 2009). Pour ces diverses raisons, les résultats présentés pour les interventions brèves sont interprétés de manière optimale comme les impacts qui pourraient être obtenus dans des circonstances optimales. Au moins deux évaluations économiques des programmes de dépistage et d'interventions brèves dans le cadre des soins primaires sont disponibles pour l'Angleterre et l'Italie, respectivement (Purshouse et al., 2013 ; Angus et al., 2014). Elles s'appuient toutes les deux sur le modèle de politique de Sheffield en matière d'alcool, et parviennent à la conclusion que les interventions brèves sont des moyens efficaces et efficaces de lutter contre les méfaits de l'alcool, même si elles prévoient des impacts globaux sur la santé légèrement inférieurs au niveau de la population. Outre les différences de couverture, l'hypothèse formulée dans les études susmentionnées, selon laquelle l'efficacité au niveau individuel serait réduite du fait d'un contact de plus courte durée avec des professionnels de santé (5 minutes), pourrait expliquer la différence avec les résultats présentés dans ce chapitre. Sur la base du scénario qui reproduit plus fidèlement l'approche utilisée dans l'analyse de

l'OCDE, le rapport coût-efficacité d'un programme de dépistage et d'interventions brèves en Angleterre a été estimé autour de 1 000 GBP par année de vie corrigée de la qualité (AVCQ) gagnée (Purshouse et al., 2012) et autour de 500 EUR par AVCQ gagnée en Italie (Angus et al., 2014). Ces valeurs sont très proches de celles calculées dans notre analyse, notamment 1 300 USD à PPA par AVCI gagnée au Canada et 1 500 en Allemagne, alors que notre analyse indique parallèlement que les interventions brèves génèrent des économies en République tchèque.

D'autres hypothèses ont également été testées concernant les effets des hausses des taxes, en particulier chez les grands buveurs, comme décrit dans la section 5.4. Les conclusions de la modélisation dans cette analyse révèlent que les bénéfices pour la santé qui sont générés par les hausses des taxes sont solides, même en cas de réduction spectaculaire de l'élasticité par rapport au prix de l'alcool qui est supposée pour les grands buveurs, laquelle est susceptible de faire chuter le nombre global d'années de vie et d'AVCI gagnées grâce à une augmentation des taxes pouvant atteindre jusqu'à 5 % dans les trois pays étudiés.

Les gains en termes de santé sont plus importants lorsque les comportements d'alcoolisation à risque sont plus répandus, et la prévalence des différents comportements peut varier de façon significative d'un pays à l'autre. Dans la mesure où les différentes politiques de l'alcool ont tendance à cibler différents groupes de consommateurs et comportements, les décideurs peuvent adapter leurs stratégies de lutte contre l'alcool de façon à répondre au mieux aux besoins et priorités spécifiques de leur pays respectif. Dans les pays où la consommation massive d'alcool et la dépendance à l'alcool sont particulièrement courantes, toute stratégie tirerait profit de l'intégration d'interventions dans le cadre des soins primaires afin de prévenir et de traiter la dépendance. Dans les pays où la suralcoolisation épisodique et les traumatismes, les actes de violence et les délits qui y sont associés sont un sujet de préoccupation majeur, les réglementations qui limitent la disponibilité et la commercialisation de l'alcool et qui imposent des restrictions à la conduite sous l'emprise de l'alcool, ainsi que les mesures de contrôle de leur application, devraient être hautement prioritaires. Certaines de ces mesures de réglementation peuvent aider à retarder l'initiation à la boisson, de même que les politiques de prix et les programmes en milieu scolaire.

Cependant, réduire la prévalence des comportements d'alcoolisation à haut risque n'est pas le seul moyen d'obtenir des bénéfices relativement importants pour la santé au niveau de la population. La réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs les moins problématiques, y compris chez bon nombre de buveurs modérés (en particulier les jeunes hommes et les femmes jeunes et d'âge moyen, pour qui même de très petits volumes d'alcool accroissent la mortalité), peut faire baisser la mortalité et la morbidité et générer des gains en termes de santé qui peuvent être faibles au niveau individuel mais devenir substantiels au niveau de la population, compte tenu du grand nombre d'individus concernés. Les politiques de prix sont les meilleurs exemples de méthodes permettant de réduire la consommation d'alcool en général. Les hausses des taxes, en particulier, ne ciblent pas spécifiquement les comportements d'alcoolisation à haut risque. Les politiques fiscales entraînent systématiquement des bénéfices considérables en termes de santé dans les trois pays examinés dans notre analyse, même si d'après les données disponibles, les grands buveurs sont moins réactifs face aux modifications des prix.

Note

1. Disponible à l'adresse : www.thecommunityguide.org/alcohol.

Bibliographie

- Ames, G.M. et J.B. Bennett (2011), « Prevention Interventions of Alcohol Problems in the Workplace – A Review and Guiding Framework », *Alcohol Research & Health*, vol. 34, n° 2, pp. 175-187.
- Anderson, P. (2015), « Tackling Alcohol-related Harms », dans D. McDaid, F. Sassi et S. Merkur (éditions), *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*, Open University Press, Maidenhead, Royaume-Uni.
- Anderson, P. (2009), « Is it time to ban alcohol advertising? », *Clinical Medicine*, vol. 9, pp. 121-124.
- Anderson, P., D. Chisholm et D. Fuhr (2009a), « Effectiveness and Cost-effectiveness of Policies and Programmes to Reduce the Harm Caused by Alcohol », *The Lancet*, vol. 373, n° 9682, pp. 2234-2246.
- Anderson, P., L. Møller et G. Galea (2012), *Alcohol in the European Union: Consumption, Harm and Policy Approaches*, Organisation mondiale de la santé, Copenhague.
- Anderson, P. et al. (2009b), « Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 44, n° 3, pp. 229-243.
- Angus, C. et al. (2014), « Cost-effectiveness of a Programme of Screening and Brief Interventions for Alcohol in Primary Care in Italy », *BMC Family Practice*, 15:26.
- Ayyagari, P. et al. (2013), « Understanding Heterogeneity in Price Elasticities in the Demand for Alcohol for Older Individuals », *Health Economics*, vol. 22, n° 1, pp. 89-105.
- Baltieri, D.A. et A. Guerra de Andrade (2004), « Acamprosate in Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Efficacy Study in a Standard Clinical Setting », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 65, pp. 136-139.
- Bangert-Drowns, R.L. (1998), « The Effects of School-based Substance Abuse Education – A Meta-Analysis », *Journal of Drug Education*, vol. 18, n° 3, pp. 243-264.
- Beatty, T.K.M., E.R. Larsen et D.E. Sommervoll (2009), « Driven to Drink: Sin Taxes Near a Border », *Journal of Health Economics*, n° 28, pp. 1175-1184.
- Bergman, U.M. et N.L. Hansen (2013), « Are Excise Taxes on Beverages Fully Passed Through to Prices? The Danish Experience », document de travail non publié, Université de Copenhague, disponible à l'adresse : www.econ.ku.dk/okombe.
- Bruvold, W.H. (1988), « A Meta-analysis of the California School-based Risk Reduction Program », *Journal of Drug Education*, vol. 20, n° 2, pp. 139-152.
- Bryden, A. et al. (2012), « A Systematic Review of the Influence on Alcohol Use of Community Level Availability and Marketing of Alcohol », *Health & Place*, vol. 8, n° 2, pp. 349-357, mars.
- Burge, S. et al. (1997), « An Evaluation of Two Primary Care Interventions for Alcohol Abuse Among Mexican-American Patients », *Addiction*, vol. 92, n° 12, pp. 1705-1716.
- Cecchini, M. et al. (2010), « Tackling of Unhealthy Diets, Physical Inactivity, and Obesity: Health Effects and Cost-effectiveness », *The Lancet*, vol. 376, n° 9754, pp. 1775-1784.
- Centers for Disease Control and Prevention (2014a), « Vital Signs: Communication Between Health Professionals and their Patients about Alcohol Use – 44 States and the District of Columbia, 2011 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 63, n° 01, pp. 16-22.
- Centers for Disease Control and Prevention (2014b), « Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Step-by-Step Guide for Primary Care Practices », Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Atlanta, Géorgie.
- Chisholm, D. et al. (2006), « Comparative Cost-effectiveness of Policy Instruments for Reducing the Global Burden of Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use », *Drug and Alcohol Review*, vol. 25, pp. 553-565.
- Chisholm, D. et al. (2004), « Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: A Comparative Cost-Effectiveness Analysis », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 65, pp. 782-793.
- Cobiac, L. et al. (2009), « Cost-effectiveness of Interventions to Prevent Alcohol-related Disease and Injury in Australia », *Addiction*, vol. 104, pp. 1646-1655.

- Cook, R.F., A.S. Back et J. Trudeau (1996), « Preventing Alcohol Use Problems Among Blue Collar Workers: A Field Test of the Working People Program », *Substance Use and Misuse*, vol. 31, n° 3, pp. 255-275.
- Corrao, G. et al. (2004), « A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases », *Preventive Medicine*, vol. 38, n° 5, pp. 613-619.
- Dhalwani, N. (2011), « A Review of Alcohol Pricing and Its Effects on Alcohol Consumption and Alcohol-related Harm », *Journal of Pakistan Medical Students*, n° 1.1, pp. 23-27.
- Doggett, C., S.L. Burrett et D.A. Osborn (2009), « Home Visits During Pregnancy and After Birth for Women with an Alcohol or Drug Problem », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, art. n° CD004456.
- Elder, R.W. et al., et la Task Force on Community Preventive Services (2010), « The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 38, n° 2, pp. 217-229, février.
- Ennet, S.T. et al. (1994), « How Effective Is Drug Abuse Resistance Education? A Meta-Analysis of Project DARE Outcome Evaluations », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 9, pp. 1394-1401.
- Erke, A., C. Goldenbeld et T. Vaa (2009), « The Effects of Drink-driving Checkpoints on Crashes – A Meta-analysis », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 41, pp. 914-923.
- Fogarty, J. (2008), « The Demand for Beer, Wine and Spirits: Insights from a Meta-analysis Approach », *AAWE Working Paper No. 31*, American Association of Wine Economists.
- Forum économique mondial et OMS (2011), « From Burden to 'Best Buys': Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries », Forum économique mondial, Genève.
- Foxcroft, D.R. et A. Tsertsvadze (2012), « Universal School-based Prevention Programs for Alcohol Misuse in Young People », *Evidence-based Child Health*, vol. 7, n° 2, pp. 450-575.
- Foxcroft, D.R. et al. (2002), « Primary Prevention for Alcohol Misuse in Young People », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, CD003024.
- Gallet, C.A. (2007), « The Demand for Alcohol: A Meta-analysis of Elasticities », *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, vol. 7, n° 51, pp. 121-135.
- Hahn, R.A. et al. (2010), « Effectiveness of Policies Restricting Hours of Alcohol Sales in Preventing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, n° 6, pp. 590-604.
- Hermansson, U. et al. (2010), « Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-year Randomized Controlled Study », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 45, pp. 252-257.
- Hill-McManus, D. et al. (2012), « Does Minimum Pricing Reduce the Burden of Disease and Injury Attributable to Alcohol? Model-based Appraisal of Alcohol Minimum Pricing in Ontario and British Columbia », *SCHARR*, Université de Sheffield, disponible à l'adresse : www.carbc.ca/Portals/0/propertyagent/558/files/240/alcminpricingontbc.pdf.
- HM Revenue & Customs (2013), « Measuring Tax Gaps 2013 – Tax Gap Estimates for 2011-12 », publication de statistiques officielles, 11 octobre 2013, disponibles à l'adresse : www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/249537/131010_Measuring_Tax_Gaps_ACCESS_2013.pdf.
- Holmes, J. et al. (2012), « The Temporal Relationship Between Per Capita Alcohol Consumption and Harm: A Systematic Review of Time Lag Specifications in Aggregate Time Series Analyses », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 123, n° 1-3, pp. 7-14.
- Jonas, D.E. et al. (2012), « Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine*.
- Jones, L., E. Stokes et M. Bellis (2007), « A Review of the Effectiveness and Cost-effectiveness of Interventions Delivered in Primary and Secondary Schools to Prevent and/or Reduce Alcohol Use by Young People Under 18 Years Old – Addendum: Additional Economic Evidence Prepared for the Public Health Interventions Advisory Committee (PHIAC) », Université de Liverpool John Moores.
- Kaner, E.F. et al. (2013), « Effectiveness of Screening and Brief Alcohol Intervention in Primary Care (SIPS Trial): Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial », *British Medical Journal*, 346:e8501.
- Kaner, E.F. et al. (2009), « Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, art. n° CD004148.

- Khadjesari, Z. et al. (2010), « Can Stand-alone Computer-based Interventions Reduce Alcohol Consumption? A Systematic Review », *Addiction*, vol. 106, pp. 267-282.
- Koski, A. et al. (2007), « Alcohol Tax Cuts and Increase in Alcohol-positive Sudden Deaths: A Time-series Intervention Analysis », *Addiction*, vol. 102, n° 3, pp. 362-368.
- Kraus L. et al. (2014), « Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige [Recours aux soins par les personnes dépendantes de l'alcool] », *Suchttherapie* eFirst doi : 10.1055/s-0034-1376999.
- Kypri, K. et al. (2011), « Effects of Restricting Pub Closing Times on Night-time Assaults in an Australian City », *Addiction*, vol. 106, n° 2, pp. 303-310.
- Lai, T. et al. (2007), « Costs, Health Effects and Cost-effectiveness of Alcohol and Tobacco Control Strategies in Estonia », *Health Policy*, vol. 84, n° 1, pp. 75-88, novembre.
- Leppanen, K. (1979), « Valtakunnallisen lauantaisulkemiskokeilun vaikutuksista alkoholijuomien myyntiin » (Effets de l'expérimentation nationale de la fermeture des ventes d'alcool le samedi), *Alkoholipolitiikka*, vol. 44, pp. 20-21.
- Lhachimi, S.K. et al. (2012), « DYNAMO-HIA – A Dynamic Modeling Tool for Generic Health Impact Assessments », *PLoS One*, vol. 7, n° 5, e33317.
- Lockwood, B. et G. Migali (2009), « Did the Single Market Cause Competition in Excise Taxes? Evidence from EU Countries », *Economic Journal*, vol. 119, n° 536, pp. 406-429, mars.
- Lui, S., M. Terplan et E.J. Smith (2008), « Psychosocial Interventions for Women Enrolled in Alcohol Treatment During Pregnancy », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, art. n° CD006753.
- Mäkelä, P. et E. Österberg (2009), « Weakening of One More Alcohol Control Pillar: A Review of the Effects of the Alcohol Tax Cuts in Finland in 2004 », *Addiction*, vol. 104, n° 4, pp. 554-563.
- Mäkelä, P. et T. Paljärvi (2008), « Do Consequences of a Given Pattern of Drinking Vary by Socioeconomic Status? A Mortality and Hospitalisation Follow-up for Alcohol-related Causes of the Finnish Drinking Habits Surveys », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 62, n° 8, pp. 728-733.
- Mason, B.J. et al. (2006), « Effect of Oral Acamprosate on Abstinence in Patients with Alcohol Dependence in a Double-blind, Placebo-controlled Trial: The Role of Patient Motivation », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 40, pp. 383-393.
- Matano, R.A. et al. (2007), « A Pilot Study of an Interactive Web Site in the Workplace for Reducing Alcohol Consumption », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 32, pp. 71-80.
- McBride, N. et al. (2004), « Harm Minimization in School Drug Education: Final Results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP) », *Addiction*, vol. 99, n° 3, pp. 278-291, mars.
- McBride, N. et al. (2000), « Early Results from a School Alcohol Harm Minimization Study: The School Health and Alcohol Harm Reduction Project », *Addiction*, vol. 95, n° 7, pp. 1021-1042.
- McQueen, J. et al. (2011), « Brief Interventions for Heavy Alcohol Users Admitted to General Hospital Wards », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 8, art. n° CD005191.
- Meier, P. (2008), « Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion – Part A: Systematic Review », Université de Sheffield, Royaume Uni.
- Meier, P.S., R. Purshouse et A. Brennan (2010), « Policy Options for Alcohol Price Regulation: The Importance of Modelling Population Heterogeneity », *Addiction*, vol. 105, n° 3, pp. 383-393.
- Meng, Y., D. Hill-McManus et A. Brennan (2012), « Model-based Appraisal of Alcohol Minimum Pricing and Off-licensed Trade Discount Bans in Scotland Using the Sheffield Alcohol Policy Model (v.2) – Second Update », School of Health and Related Research, Sheffield, Royaume-Uni.
- Morley, K.C. et al. (2006), « Naltrexone Versus Acamprosate in the Treatment of Alcohol Dependence: A Multi-centre, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial », *Addiction*, vol. 101, pp. 451-462.
- Nelson, J.P. (2013a), « Meta-analysis of Alcohol Price and Income Elasticities – With Corrections for Publication Bias », *Health Economics Review*, vol. 3, n° 17.
- Nelson, J.P. (2013b), « Gender Differences in Alcohol Demand: A Systematic Review of the Role of Prices and Taxes », *Health Economics*, publié en ligne sur le site de Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com).
- Nelson, J.P. (2011), « Alcohol Marketing, Adolescent Drinking and Publication Bias in Longitudinal Studies: A Critical Survey Using Meta-analysis », *Journal of Economic Surveys*, vol. 25, n° 2, pp. 191-232.

- NHMRC – National Health and Medical Research Council (1992, *Is There a Safe Level of Alcohol for Men and Women?*, 2^e édition, Australian Government Publishing Service, Canberra.
- Nilsen, P. et al. (2008), « A Systematic Review of Emergency Care Brief Alcohol Interventions for Injury Patients », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 35, pp. 184-201.
- Nordlund, S. (1984), « Effekten av lørdagsstengningen ved Vinmonopolets butikker » (Effets de la fermeture le samedi des points de vente monopolistiques de vins/liqueurs), *Alkoholpolitik-Tidsskrift for nordisk alkoholforskning*, vol. 1, pp. 221-229.
- Norstrom, T. et O.J. Skog (2005), « Saturday Opening and Alcohol Retail Shops in Sweden: An Experiment in Two Phases », *Addiction*, vol. 100, pp. 767-776.
- Norstrom, T. et O.J. Skog (2003), « Saturday Opening and Alcohol Retail Shops in Sweden: An Impact Analysis », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 64, pp. 393-401.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health*, OMS, Genève.
- OMS (2008), *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, OMS, Genève.
- Österberg, E.L. (2011), « Alcohol Tax Changes and the Use of Alcohol in Europe », *Drug and Alcohol Review*, vol. 30, n° 2, pp. 124-129.
- Østhus, S. (2012), « Nordic Alcohol Statistics 2007-2011 », *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 29, n° 6, pp. 611-623.
- Pinsky, I. et S.A. El Jundi (2008), « Alcohol Advertising and Alcohol Consumption Among Youngsters: Review of the International Literature », *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 30, n° 4, pp. 362-374, décembre.
- Popova, S. et al. (2009), « Hours and Days of Sale and Density of Alcohol Outlets: Impacts on Alcohol Consumption and Damage: A Systematic Review », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 44, n° 5, pp. 500-516.
- Purshouse, R.C. et al. (2013), « Modelling the Cost-effectiveness of Alcohol Screening and Brief Interventions in Primary Care in England », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, n° 2, pp. 180-188.
- Purshouse, R.C. et al. (2010), « Estimated Effect of Alcohol Pricing Policies on Health and Health Economic Outcomes in England: An Epidemiological Model », *The Lancet*, vol. 375, pp. 1355-1364.
- Rabinovich, L. et al. (2009), « The Affordability of Alcoholic Beverages in the European Union – Understanding the Link between Alcohol Affordability, Consumption and Harms », rapport de Rand Europe.
- Rehm, J., C.T. Sempos et M. Trevisan (2003), « Alcohol and Cardiovascular Disease – More than One Paradox to Consider. Average Volume of Alcohol Consumption, Patterns of Drinking and Risk of Coronary Heart Disease – A Review », *Journal of Cardiovascular Risk*, vol. 10, n° 1, pp. 15-20.
- Rehm, J. et al. (2014), « A Systematic Review of the Epidemiology of Unrecorded Alcohol Consumption and the Chemical Composition of Unrecorded Alcohol », *Addiction*, vol. 109, n° 6, pp. 880-893, juin.
- Rehm, J. et al. (2012), « Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence », Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto.
- Rehm, J. et al. (2003), « The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease: An Overview », *Addiction*, vol. 98, n° 9, pp. 1209-1228.
- Richmond, R. et al. (2000), « Evaluation of a Workplace Brief Intervention for Excessive Alcohol Consumption: The Workscreen Project », *Preventive Medicine*, vol. 30, pp. 51-63.
- Rozen, H.G. et al. (2006), « A Systematic Review of the Effectiveness of Naltrexone in the Maintenance Treatment of Opioid and Alcohol Dependence », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 16, pp. 311-323.
- Rösner, S. et al. (2011), « Acamprosate for Alcohol Dependence », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 9, art. n° CD004332.
- Rösner, S. et al. (2010), « Opioid Antagonists for Alcohol Dependence », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12, art. n° CD001867.
- Rossow, I. et T. Norström (2011), « The Impact of Small Changes in Bar Closing Hours on Violence. The Norwegian Experience from 18 Cities », *Addiction*, vol. 107, pp. 530-537.
- Rundall, T. et W. Bruvold (1998), « Meta-analysis of School-based Smoking and Alcohol Use Prevention Programs », *Health Education Quarterly*, pp. 317-334.

- Saffer, H. et D. Dave (2002), « Alcohol Consumption and Alcohol Advertising Bans », *Applied Economics*, vol. 34, n° 11, pp. 1325-1334.
- Saffer, H. et D. Dave (2006), « Alcohol Advertising and Alcohol Consumption by Adolescents », *Health Economics*, vol. 15, n° 6, pp. 617-637, juin.
- Saitz, R. (2010), « Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care: Absence of Evidence for Efficacy in People with Dependence or Very Heavy Drinking », *Drug and Alcohol Review*, vol. 29, n° 6, pp. 631-640.
- Sassi, F. (2010), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr>.
- Scott-Sheldon, L.A. et al. (2014), « Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: a meta-analytic review of randomized controlled trials », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 82(2), pp. 177-188.
- Shults, R.A. et al. et la Task Force on Community Preventive Services (2001), « Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcohol-Impaired Driving », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21, n° 4S, pp. 66-88.
- Siegfried, N. et al. (2014), « Restricting or Banning Alcohol Advertising to Reduce Alcohol Consumption in Adults and Adolescents », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 11, art. n° CD010704.
- Skara, S. et S. Sussman (2003), « A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations », *Preventive Medicine*, vol. 37, n° 5, pp. 451-74.
- Smith, L.A. et D.R. Foxcroft (2009), « The Effect of Alcohol Advertising, Marketing and Portrayal on Drinking Behaviour in Young People: Systematic Review of Prospective Cohort Studies », *BMC Public Health*, vol. 9, n° 51, février.
- Spoth, R., M. Greenberg et R. Turrise (2008), « Preventive Interventions Addressing Underage Drinking: State of the Evidence and Steps Toward Public Health Impact », *Pediatrics*, vol. 121, pp. S311-336.
- Stockwell, T. et T. Chikritzhs (2009), « Do Relaxed Trading Hours for Bars and Clubs Mean More Relaxed Drinking ? A Review of International Research on the Impacts of Changes to Permitted Hours of Drinking », *Crime Prevention and Community Safety*, vol. 11, pp. 153-170.
- Stockwell, T. et al. (2013), « Minimum Alcohol Prices and Outlet Densities in British Columbia, Canada: Estimated Impacts on Alcohol-attributable Hospital Admissions », *American Journal of Public Health*, vol. 103, n° 11, pp. 2014-2020, novembre.
- Stockwell, T.M. et al. (2012a), « Does Minimum Pricing Reduce Alcohol Consumption? The Experience of a Canadian Province », *Addiction*, vol. 107, pp. 912-920.
- Stockwell, T. et al. (2012b), « The Raising of Minimum Alcohol Prices in Saskatchewan, Canada: Impacts on Consumption and Implications for Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 12, pp. 103-110.
- Strøm, H.K. et al. (2014), « Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials », *Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy*, vol. 9, n° 48.
- Sullivan, L.E. et al. (2011), « Meta-analysis of the Efficacy of Nonphysician Brief Interventions for Unhealthy Alcohol Use: Implications for the Patient-Centered Medical Home », *American Journal on Addictions*, vol. 20, pp. 343-356.
- Tariq, L. et al. (2009), « Cost-effectiveness of an Opportunistic Screening Programme and Brief Intervention for Excessive Alcohol Use in Primary Care », *PLoS One*, vol. 4, n° 5, e5696.
- Tobler, N. (1992), « Drug Prevention Programs Can Work: Research Findings », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 11, n° 3, pp. 1-28.
- Tobler, N. (1986), « Meta-analysis of 143 Adolescent Drug Prevention Programs: Quantitative Outcome Results of Program Participants Compared to a Control or Comparison Group », *Journal of Drug Issues*, pp. 537-567.
- Tobler, N. et H. Stratton (1997), « Effectiveness of School-based Drug Prevention Programs: A Meta-analysis of the Research », *Journal of Primary Prevention*, vol. 18, n° 1, pp. 71-108.
- Tobler, N.S. et al. (2000), « School-based Adolescent Drug Prevention Programs: 1988 Meta-analysis », *Journal of Primary Prevention*, vol. 20, n° 4, pp. 275-336.

- van den Berg, M. et al. (2008), « The Cost-effectiveness of Increasing Alcohol Taxes: A Modelling Study », *BMC Medicine*, 6:36.
- VisionGain (2008), « The Global Anti-Addiction Market, 2008-2023 », Visiongain, Londres.
- Voas, R.B. (2008), « A New Look at NHTSA's Evaluation of the 1984 Charlottesville Sobriety Checkpoint Program: Implications for Current Checkpoint Issues », *Traffic Injury Prevention*, vol. 9, n° 1, pp. 22-30.
- Vos, T. et al. (2010), « Assessing Cost-Effectiveness in Prevention (ACE-Prevention): Final Report », ACE-Prevention Team, Université du Queensland, Brisbane, et Université Deakin, Melbourne, disponible à l'adresse : www.sph.uq.edu.au/docs/BODCE/ACE-P/ACE-Prevention_final_report.pdf.
- Wagenaar, A.C., M.J. Salois et K.A. Komro (2009), « Effects of Beverage Alcohol Price and Tax Levels on Drinking: A Meta-analysis of 1003 Estimates from 112 Studies », *Addiction*, vol. 104, n° 2, pp. 179-190.
- Wagenaar, A.C., A.L. Tobler et K.A. Komro (2010), « Effects of Tax and Price Policies on Mobility and Mortality: A Systematic Review », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 11, pp. 2270-2278.
- Webb, G. et al. (2009), « A Systematic Review of Work-place Interventions for Alcohol-related Problems », *Addiction*, vol. 104, pp. 365-377.
- Wilson, D.B., D.C. Gottfredson et S.S. Najaka (2001), « School-based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-analysis », *Journal of Quantitative Criminology*, vol. 17, n° 3, pp. 247-271.
- Wutzke, S.E. et al. (2002), « The Long-term Effectiveness of Brief Interventions for Unsafe Alcohol Consumption: A 10-year Follow-up », *Addiction*, vol. 97, pp. 665-675.
- Young, D.J. et A. Bielinska-Kwapisz (2002), « Alcohol Taxes and Beverage Prices », *National Tax Journal*, vol. 55, n° 1, pp. 57-73.
- Zhao, J. et al. (2013), « The Relationship Between Minimum Alcohol Prices, Outlet Densities and Alcohol-attributable Deaths in British Columbia, 2002-09 », *Addiction*, vol. 108, n° 6, 1059.

Section spéciale V

Effets bénéfiques des approches de prévention axées sur la population générale : le cas des prix minimums de l'alcool

Par

Martin McKee

London School of Hygiene and Tropical Medicine

La question d'un prix unitaire minimum (PUM) pour l'alcool a été inscrit à l'ordre du jour des politiques de santé d'un grand nombre de pays après la proposition, par les pouvoirs publics écossais, d'instaurer des prix minimums pour lutter contre la morbidité élevée et en forte croissance liée à l'alcool en Écosse. Cette mesure vise aussi la politique commerciale agressive des grandes chaînes de supermarchés qui proposent de l'alcool à des prix proches à leur prix de revient (droits d'accise et taxes inclus), ou inférieur à celui-ci, comme « produit d'appel » pour attirer les clients chez elles. Cette démarche reconnaît explicitement que les politiques de promotion de la santé les plus efficaces sont celles qui utilisent des approches axées sur l'ensemble de la population plutôt que celles qui ciblent uniquement ceux qui sont les plus exposés au risque (Rose, 1985).

Lorsque l'objectif est d'influer sur la consommation d'un produit qui est soit dangereux (tel que l'alcool en cas de consommation excessive ou le tabac) soit bénéfique (tel que les fruits et les légumes frais), la politique doit être axée sur le prix, la disponibilité et la commercialisation plutôt que sur des interventions éducatives visant les individus – qui sont essentiellement inefficaces, et dans certains cas contreproductives (en faveur desquelles les fabricants de substances dangereuses sont plus enclins à plaider). Les raisons pour lesquelles une approche axée sur la population générale est plus souhaitable sont nombreuses, notamment les suivantes.

- Dans une population, la distribution du risque est inégale, avec un très petit nombre de personnes exposées à un risque élevé et un beaucoup plus grand nombre de personnes exposées à un risque modérément accru. Une politique qui cible uniquement les individus exposés à un risque très élevé générera globalement beaucoup moins d'effets bénéfiques globaux en termes de santé qu'une politique qui vise l'ensemble de la distribution du risque dans la population (Rose, 1985).
- Les politiques ciblant les individus reposent sur l'hypothèse que les personnes font des choix rationnels lorsqu'elles décident (ou non) d'adopter des comportements potentiellement dangereux. Cela suppose des préférences stables, une clairvoyance, des connaissances parfaites et des capacités cognitives appropriées pour prendre des décisions. Ces facteurs sont souvent, et dans certains cas toujours, absents en ce qui concerne les substances potentiellement néfastes (Song et al., 2014).
- Les mesures qui affectent tout le monde, telles que la réglementation, la législation ou les mesures fiscales, sont souvent neutres en termes de coûts ou peuvent même générer des économies, alors que les interventions visant les individus, qui ont été dispensées à chaque membre du groupe cible, s'avèrent souvent onéreuses.
- Les données factuelles sont nombreuses à indiquer que les politiques qui intègrent une série de mesures sont beaucoup plus efficaces que des mesures uniques (Anderson et Baumberg, 2006). La proposition écossaise est une composante d'une politique complète destinée à lutter contre la mauvaise santé de la population écossaise – contre laquelle les pouvoirs publics écossais ont été parmi les premiers à lutter avec des politiques progressistes telles que l'interdiction de fumer dans les espaces publics clos.

Il est nécessaire, avant d'examiner la base de données factuelles relatives à ce projet, d'expliquer pourquoi les pouvoirs publics écossais se sont concentrés exclusivement sur un PUM – étant donné que l'argent supplémentaire dépensé par les consommateurs profitera aux fabricants et distributeurs d'alcool – plutôt que de le combiner avec une approche plus conventionnelle de hausse des taxes, qui s'est révélée très efficace pour lutter contre le tabagisme dans de nombreux pays. L'utilisation simultanée du prix minimum et de la hausse des taxes réduirait la consommation des produits à bas coûts qui attirent les enfants et gros buveurs, et réduirait aussi la consommation totale. Cependant, les pouvoirs publics écossais n'ont pas le pouvoir d'augmenter les taxes, et donc à la différence de beaucoup d'autres administrations, ils ont été empêchés de mettre en place une stratégie complète incluant à la fois un PUM et une augmentation progressive des taxes sur l'alcool.

Concernant la hausse des prix, le raisonnement est simple. Pour la plupart des biens, une hausse des prix est associée à une diminution de la consommation, toutes choses étant égales par ailleurs (à l'exception de ce que l'on appelle les « produits de luxe » pour lesquels un prix élevé est associé à un sentiment d'exclusivité et attire donc davantage ceux qui peuvent se les offrir, ce qui ne s'applique clairement pas à l'alcool bon marché). La relation de variation entre le prix et la demande est appelée « élasticité de la demande ». Elle correspond au pourcentage de variation de la demande d'alcool par rapport au pourcentage de variation de son prix. Deux synthèses récentes des données disponibles ont montré que les élasticités globales de la demande d'alcool par rapport au prix était d'environ -0.5, ce qui signifie qu'une hausse de 10 % du prix entraînerait une diminution de 5 % de la demande (Gallet, 2007 ; Wagenaar et al., 2009). Il convient toutefois de noter que les valeurs précises varient selon les contextes et les produits (Meng et al., 2014 ; Goryakin et al., 2014).

La question qui se pose est alors de savoir ce que cela implique en termes de santé. Une étude clé de chercheurs de l'Université de Sheffield a évalué un large ensemble de politiques des prix. Elle a conclu qu'au sein de la population anglaise, des hausses généralisées des prix réduiraient la consommation, les coûts de santé et les pertes de qualité de vie liée à la santé dans tous les sous-groupes de population étudiés (Purshouse et al., 2010). Elle a également révélé que les politiques de prix minimum seraient les plus efficaces pour les individus ayant une consommation dangereuse, mais un impact réduit sur les buveurs modérés. L'étude a estimé qu'un PUM de 0.45 GBP (0.57 EUR) pourrait permettre d'éviter près de 2 000 décès par an dix ans après la mise en œuvre de la mesure.

L'un des principaux arguments utilisés contre le PUM est qu'il touchera les buveurs modérés qui sont peu exposés aux méfaits de l'alcool et que les coûts supplémentaires affecteront les pauvres de façon disproportionnée. Ces conséquences ont été étudiées par d'autres travaux du groupe de Sheffield (Holmes et al., 2014) qui ont découvert qu'en Angleterre, un PUM de 0.45 GBP entraînerait une réduction immédiate de 1.6 % de la consommation et que la consommation et les dépenses des buveurs modérés n'en seraient que marginalement affectées. À l'inverse, le modèle a estimé une diminution de 3.7 % de la consommation chez ceux qui ont une consommation dangereuse et une progression de ce chiffre à 7.6 % chez ceux qui se classent dans le quintile de revenu le plus bas. Cependant, les effets bénéfiques estimés en termes de santé sont distribués de façon inégale et ceux qui appartiennent au groupe socio-économique le plus bas (42 % de l'échantillon de population) profitaient le plus des effets bénéfiques, à savoir de 82 % de la réduction des décès prématurés et de 87 % des années de vie corrigées de la qualité gagnées.

De façon inévitable, l'industrie de l'alcool a remis en question la validité de cette recherche, étant donné que les estimations sont tirées de modèles et non de la réalité. Cependant, une analyse détaillée des données relatives à la Colombie-Britannique confirme l'efficacité des prix minimums. Dans ce cadre, des prix minimums ont été imposés depuis 1989 et augmentés au fil du temps. Des recherches ont montré qu'une hausse de 10 % du prix minimum moyen des boissons alcoolisées était associée à une réduction de 32 % des décès globalement imputables à l'alcool, avec des associations toujours identifiables jusqu'à trois ans après les hausses de prix (Zhao et al., 2013). Ces effets bénéfiques ont été constatés bien que les prix minimums n'aient concerné qu'une faible proportion des produits. Les effets ont cependant été minimisés dans une certaine mesure par une augmentation du nombre de points de vente après la libéralisation du secteur de la vente d'alcool, ce qui met l'accent sur la nécessité d'une riposte complète s'attaquant au prix, à la disponibilité et à la commercialisation.

Comme l'on pouvait s'y attendre au vu des données factuelles irréfutables qui montrent qu'une hausse des prix réduirait les ventes, cette proposition a attiré des critiques de nombreux acteurs de l'industrie de l'alcool (Hilton et al., 2014), et la Scotch Whiskey Association a déposé un recours juridique. Cette attitude est cohérente avec le peu d'entrain manifesté de longue date par le secteur, commun à ceux qui vendent d'autres produits potentiellement dangereux, à l'égard des approches axées sur la population, leur préférant des mesures moins efficaces fondées sur l'idée de la responsabilité individuelle. L'Association a perdu son recours devant les tribunaux écossais mais fait appel devant la Cour européenne de justice. Il est probable que cela ne fera que retarder la mise en œuvre de la politique, comme ce fût le cas pour la stratégie adoptée par l'industrie du tabac concernant la Directive de l'Union européenne sur les produits du tabac (Tobacco Tactics, 2013).

Bibliographie

- Anderson, P. et B. Baumberg (2006), *L'Alcool en Europe : Une approche en santé publique*, Direction générale santé et protection des consommateurs, Commission européenne, Bruxelles.
- Gallet, C.A. (2007), « The Demand for Alcohol: A Meta-analysis of Elasticities », *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, vol. 51, n° 2, pp. 121-135.
- Goryakin, Y., B. Roberts, et M. McKee (2014), « Price Elasticities of Alcohol Demand: Evidence from Russia », *European Journal of Health Economics*, <http://dx.doi.org/10.007/s10198-014-0565-9>.
- Hilton, S. et al. (2014), « Implications for Alcohol Minimum Unit Pricing Advocacy: What Can We Learn for Public Health from UK Newsprint Coverage of Key Claim-makers in the Policy Debate? », *Social Science & Medicine*, vol. 102, pp. 157-164.
- Holmes, J. et al. (2014), « Effects of Minimum Unit Pricing for Alcohol on Different Income and Socioeconomic Groups: A Modelling Study », *The Lancet*, vol. 383, n° 9929, pp. 1655-1664.
- Meng, Y. et al. (2014), « Estimation of Own and Cross Price Elasticities of Alcohol Demand in the UK. A Pseudo-panel Approach Using the Living Costs and Food Survey 2001-2009 », *Journal of Health Economics*, vol. 34, pp. 96-103.
- Purshouse, R.C. et al. (2010), « Estimated Effect of Alcohol Pricing Policies on Health and Health Economic Outcomes in England: An Epidemiological Model », *The Lancet*, vol. 375, n° 9723, pp. 1355-1364.
- Rose, G. (1985), « Sick Individuals and Sick Populations », *International Journal of Epidemiology*, vol. 14, n° 1, pp. 32-38.
- Song, A.V., P. Brown et S.A. Glantz (2014), « When Health Policy and Empirical Evidence collide: The Case of Cigarette Package Warning Labels and Economic Consumer Surplus », *American Journal of Public Health*, vol. 104, n° 2, pp. 42-51.

- Tobacco Tactic (2013), « PMI's Lobbying Campaign to Undermine the TPD » http://tobaccotactics.org/index.php/PMI%E2%80%99s_Lobbying_Campaign_to_Undermine_the_TPD.
- Wagenaar, A.C., M.J. Salois, et K.A. Komro (2009), « Effects of Beverage Alcohol Price and Tax Levels on Drinking: A Meta-Analysis of 1003 Estimates from 112 Studies », *Addiction*, vol. 104, n° 2, pp. 179-190.
- Zhao, J., et al. (2013), « The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002-09 », *Addiction*, vol. 108, n° 6, pp. 1059-1069.

Chapitre 6

L'alcool, l'individu, la société : appel à la cohérence des politiques de l'alcool

Par
Franco Sassi

Si les États ont d'excellentes raisons de vouloir lutter contre l'abus d'alcool, la conception et la mise en œuvre de mesures efficaces et consensuelles pose d'immenses difficultés. Les intérêts en jeu sont si puissants et si variés, et les points de vue si divergents que, jusqu'ici, c'est souvent l'inertie qui a prévalu. Pourtant, le temps semble désormais propice à l'action : de nouvelles données factuelles attestent des conséquences sanitaires et économiques de l'abus d'alcool et de l'efficacité des mesures prises pour lutter contre ce phénomène. Les voix de la société civile se font mieux entendre et les États acceptent davantage leur propre rôle dans les politiques de l'alcool en adoptant des mesures importantes à l'échelle nationale et internationale. Les données factuelles dont on dispose aujourd'hui, auxquelles le présent ouvrage contribue, constituent de solides fondations à partir desquelles pourront être élaborées des stratégies d'action globales et ambitieuses pour faire évoluer les normes sociales sur lesquelles se fondent de très anciennes habitudes de consommation nocive d'alcool. Les initiatives émanant des entreprises du secteur de l'alcool peuvent contribuer à lutter contre la consommation abusive dans le cadre d'un dispositif d'action impliquant plusieurs acteurs, à condition que la preuve de leur efficacité soit faite par des évaluations rigoureuses et indépendantes.

Principales conclusions

- La lutte contre l'abus d'alcool connaît aujourd'hui un nouvel élan. Les effets de l'alcool sur la santé, ses répercussions sociales plus larges – en termes de violence et de criminalité, notamment – et l'efficacité des politiques de lutte contre l'alcool n'ont jamais été mieux documentés.
- L'évolution de ce phénomène se caractérise aussi par une augmentation des conduites à haut risque et par la concentration progressive du secteur des boissons alcoolisées.
- En termes d'action publique, l'alcool est une question d'une exceptionnelle complexité. Aux obstacles qui entravent la quantification de la consommation et de ses effets s'ajoutent la difficulté qu'il y a à faire la part des choses entre les avantages et des méfaits de l'alcool.
- Les États ont de nombreuses raisons de lutter contre l'abus d'alcool, raisons qui tiennent principalement aux coûts que les buveurs imposent aux autres et qui justifient largement que l'on améliore le bien-être des consommateurs et de la société dans son ensemble par des mesures appropriées.
- Il existe de nombreuses mesures qui ont fait la preuve de leur efficacité et de leur efficience, mais l'un des principaux facteurs de réussite d'une politique de lutte contre l'abus d'alcool tient à la capacité des pouvoirs publics à concevoir et à mettre en œuvre de larges stratégies de prévention en combinant les atouts de différentes méthodes d'action adaptées aux habitudes de consommation propres aux pays.
- Les enquêtes portant sur la consommation d'alcool sont un élément essentiel à l'élaboration de politiques performantes. Les pays et leurs agences de statistique et de santé doivent redoubler d'efforts pour améliorer la cohérence et l'exactitude de ces travaux.
- Les mesures visant à lutter contre l'abus d'alcool qui émanent des entreprises du secteur peuvent contribuer à résoudre le problème. Leur impact doit être démontré de manière plus systématique par des évaluations complètes et pragmatiques, et les considérations anecdotiques et idéologiques doivent céder le pas dans le débat stratégique.

L'alcool : un vieux problème aux dimensions nouvelles

Peu de produits sont aussi ancrés que l'alcool dans la culture et les habitudes des êtres humains. La découverte de pots à bière datant de l'âge de pierre a confirmé que les boissons fermentées existaient déjà au néolithique, il y a environ 12 000 ans (Patrick, 1952), et les anthropologues affirment que les hommes ont commencé à cultiver la terre dans le but de produire des boissons alcoolisées bien avant de savoir cuire les aliments, ce qui fait que cette ancienne forme de bière a été une denrée alimentaire longtemps avant le pain (Katz and Voigt, 1987). De tous temps, l'alcool a occupé une place fondamentale dans les arts et la religion, et il est même devenu un instrument de santé publique important au Moyen Âge où, en raison de l'effet assainissant de la fermentation, le brassage était un moyen de purifier l'eau.

Mais le côté sombre de l'alcool est lui aussi connu depuis toujours. Une consommation excessive est traditionnellement associée à la maladie, à la perte de fonctions physiques et à des difficultés sociales, à la délinquance, la criminalité et la violence, ou encore à l'oisiveté et à la pauvreté (étant bien entendu que les personnes défavorisées ou en marge de la société n'ont en rien l'exclusivité de la consommation excessive, comme l'explique le chapitre 3). Depuis des millénaires, les Etats s'efforcent de contrôler la consommation d'alcool. La Chine, par exemple, a adopté puis abrogé des lois sur la fabrication de vin à plus de quarante reprises entre 1100 avant notre ère et l'an 1400 (ADARFO, 1961).

Toutefois, le problème a pris de nouvelles dimensions liées au phénomène de l'abus d'alcool tout au long de l'histoire de l'humanité (la conduite en état d'ivresse en est un exemple). Même si la consommation d'alcool a diminué ces dernières années dans de nombreux pays de l'OCDE, on ne saurait faire preuve d'aucune complaisance, car la consommation nocive d'alcool demeure l'une des principales menaces pour la santé publique et, de surcroît, augmente partout dans le monde.

La prise de conscience actuelle des risques sanitaires liés à l'abus d'alcool est inédite, et jamais les données factuelles attestant de l'ampleur et de l'importance de ces risques n'ont été aussi abondantes et détaillées. Les conditions sont désormais réunies pour que les pouvoirs publics prennent des mesures fortes contre la consommation nocive de l'alcool, mesures qui, pour la première fois, ne sont pas liées à des raisons morales ou religieuses, ni même exclusivement économiques. Ce sont la santé et le bien-être des individus qui sont devenus la priorité des politiques de l'alcool, tant dans leur conception que dans leur élaboration.

Savoir et agir

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et, plus récemment, l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation ont produit des estimations de la charge mondiale de morbidité qui placent régulièrement l'alcool aux premiers rangs des facteurs de risque provoquant la mort, la maladie et le handicap. Les estimations présentées au chapitre 1 et la contribution Focus spécial de l'OMS, qui montrent que l'alcool est responsable des 5% des décès et de 4% à 5% des AVCI perdues dans le monde, soit une forte augmentation par rapport aux estimations précédentes, (Lim et al., 2012; OMS, 2014), doivent être comprises comme un appel à l'action. La déclaration politique adoptée par les Nations Unies suite à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en 2011, a considéré l'abus d'alcool comme l'une des quatre principales causes de maladies épidémiques et non transmissibles, les autres étant le tabagisme, une alimentation peu saine et le manque d'exercice physique. En 2013, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté un ensemble d'objectifs mondiaux pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, parmi lesquels figurent la réduction d'au moins 10% de l'abus d'alcool avant 2025 (« approprié à chaque contexte national »). Parallèlement, le considérable corpus de données factuelles qui s'est accumulé concernant l'efficacité d'une série de stratégies de lutte contre l'alcool a confirmé non seulement que l'abus d'alcool constituait un lourd fardeau, mais aussi un problème pouvant être résolu et maîtrisé grâce à un ensemble de politiques efficaces. Les mesures visant à augmenter les prix des boissons alcoolisées ont fait l'objet d'études approfondies contenant des milliers d'estimations de la manière dont les consommateurs réagissent aux changements de prix. Des mesures de régulation et de contrôle de l'application des règles – comme les restrictions sur la publicité, l'introduction d'une limite d'âge pour l'achat de boissons alcoolisées ou encore les

mesures interdisant de conduire un véhicule motorisé après avoir consommé de l'alcool – ont été expérimentées et évaluées, tout comme des mesures d'information et d'éducation concernant les risques pouvant être associés à l'alcool, ainsi que les interventions dans le cadre des soins primaires qui visent à éviter la dépendance et l'abus d'alcool, comme indiqué au chapitre 4.

À partir des données factuelles et des engagements présentés ci-dessus, l'OCDE a mis au point une analyse détaillée des effets sanitaires et économiques d'une série de stratégies de lutte contre l'alcool, à l'appui des efforts que les pays déploient pour réduire l'abus d'alcool. Les analyses présentées au chapitre 5 décrivent tout une palette de stratégies et présentent les résultats auxquels les États doivent s'attendre s'ils décident de les mettre en œuvre. Elles montrent notamment que les pays peuvent atteindre l'objectif mondial de l'OMS en matière d'abus d'alcool, et que plusieurs politiques de lutte contre l'alcool, y compris la mise en œuvre à grande échelle de mesures de dépistage, d'interventions dans le cadre de soins primaires, de hausses de taxes et de réglementation de la publicité, entre autres, sont de nature à entraîner une réduction de 5% à 10% de la consommation à risque et nocive, ainsi que de la dépendance à l'alcool. La combinaison de différentes stratégies d'action accroît encore davantage ces effets.

Toutes les données décrites ici n'étaient pas disponibles il y a seulement trente ans. Même si nos connaissances demeurent très lacunaires et s'il faut collecter davantage de données concernant les effets, sous différents aspects, de la consommation d'alcool et les méthodes susceptibles d'en éviter les méfaits, ce que nous savons déjà suffit à donner un vif élan à la lutte contre les méfaits de l'alcool. Un nombre croissant d'organisations de la société civile poursuivent cet objectif en sensibilisant le public et en attirant l'attention des médias sur ce problème. Le secteur médical et sanitaire a progressivement pris conscience de l'ampleur et de la portée des risques associés à l'abus d'alcool, qui dépassent les seules questions de l'addiction et de la dépendance. Les États ont pris à bras-le-corps les dimensions sanitaires et sociales plus larges de l'alcool, en reconnaissant par exemple que les taxes sur les boissons alcoolisées sont plus qu'une simple source de recettes, et qu'il convient d'évaluer la valeur de la production et du commerce de l'alcool comme facteur d'activité et de croissance économique dans le cadre plus large des avantages et des méfaits. Cette évolution des manières de voir se reflète dans les travaux que conduisent les organisations internationales, et le présent ouvrage en est un exemple.

La demande évolue, l'offre aussi

Certaines des nouvelles caractéristiques de l'abus d'alcool sont liées à l'évolution des habitudes de consommation et aux changements intervenus sur le marché de l'alcool. Il est vrai que la consommation d'alcool a diminué dans de nombreux pays de l'OCDE où le niveau de consommation était traditionnellement élevé, surtout dans les grands pays viticoles, mais les tendances décrites au chapitre 2 montrent que certaines conduites d'alcoolisation à haut risque augmentent chez les jeunes. L'abus d'alcool, qu'il soit régulier ou épisodique, s'observe de plus en plus souvent chez des personnes qui, jusqu'à récemment, étaient moins susceptibles d'adopter ce genre de comportement, comme les jeunes et les femmes très instruites, par exemple. Ces nouvelles tendances incitent à se préoccuper des pressions marchandes croissantes qui, par des méthodes commerciales et publicitaires envahissantes, visent à étendre le marché des boissons alcoolisées à de nouveaux consommateurs dans le contexte général de déclin du marché de l'alcool que connaissent de nombreux pays. Les femmes, les minorités ethniques et les jeunes ont tous été les cibles des efforts déployés

pour rendre les produits plus reconnaissables, pour en améliorer l'image de marque et pour assimiler les boissons alcoolisées à des éléments constitutifs d'un mode de vie, et ce via des canaux classiques ou moins classiques – sur internet, par exemple (de Bruijn et al., 2012). Le secteur de l'alcool – surtout les segments des bières et des spiritueux – se concentre de plus en plus, car il lui faut satisfaire les demandes d'un marché mondialisé et pouvoir augmenter les dépenses de marketing afin de maintenir et de développer son activité (Jernigan, 2009).

Le fait que les entreprises s'agrandissent et que le marché se concentre signifie également que les producteurs de boissons alcoolisées ont désormais les moyens d'accroître leurs efforts en matière de responsabilité sociale des entreprises. Les producteurs et les marchands, à titre individuel ou par l'intermédiaire de leurs agences et de leurs organisations professionnelles, ont multiplié les initiatives et les engagements visant à démontrer la volonté des entreprises du secteur de réduire l'utilisation abusive de leurs produits, comme on l'a indiqué au chapitre 4. Que ces initiatives soient le fruit d'efforts sincères ou de tactiques commerciales, elles doivent être rigoureusement évaluées et, lorsqu'elles réussissent, peuvent être intégrées à une stratégie plus générale de lutte contre les méfaits de l'alcool. Certains États ont déjà saisi cette occasion pour inclure des projets émanant d'entreprises dans les programmes nationaux, en leur attribuant des objectifs communs et en effectuant un suivi étroit des résultats obtenus.

L'extrême complexité de la lutte contre l'abus d'alcool

Au cours des dernières décennies, l'attention croissante portée aux effets de la consommation nocive d'alcool entraînant sur la santé publique a fait de l'alcool une priorité politique de plus en plus affirmée dans le monde, et le spectre des mesures que les pays sont prêts à envisager pour lutter contre ce phénomène s'est étoffé. Toutefois, les États constatent que les politiques publiques suscitent tout à la fois l'approbation d'une partie de l'opinion, mais aussi l'opposition de ceux qui y voient une ingérence excessive dans les choix individuels de chacun. Même si les méfaits suscitent peur et réprobation, l'alcool est très apprécié par un grand nombre de personnes pour qui il est source de plaisir individuel et de convivialité, et sa production et son commerce représentent une part importante de l'activité économique dans de nombreux pays. L'alcool « n'est pas un produit ordinaire », selon le titre d'un ouvrage de référence sur les politiques de l'alcool (Barbor et al., 2010), et la complexité de ce phénomène est parfois écrasante tant pour les chercheurs que pour les responsables publics.

La promotion de la santé et la prévention des maladies repose sur un principe économique central (Sassi et Hurst, 2008) :

« Les individus, pour la plupart, aspirent à rester en bonne santé, sans pour autant fonder leurs choix de vie personnels sur ce seul critère. Ils souhaitent pratiquer des activités censées leur apporter du plaisir, de la satisfaction ou contribuer à leur épanouissement, et si certaines de ces activités sont bonnes pour la santé, d'autres le sont moins voire lui nuisent. [...] En évaluant le rôle de la prévention, il convient donc de tenir compte de ces objectifs potentiellement contradictoires. »

La consommation d'alcool en offre un des meilleurs exemples. Pourtant, il est également avéré que certaines formes de consommation d'alcool entraînent des problèmes de santé, la dépendance, la faiblesse de la performance au travail, des comportements antisociaux (y compris la violence et la criminalité) et des méfaits infligés à des tiers (depuis les blessures liées aux accidents de la circulation jusqu'au syndrome d'alcoolisation fœtale). Tout porte à croire que certaines personnes ne prennent pas toute la mesure ou ne tiennent

pas compte des conséquences néfastes de la consommation d'alcool dans leur conduite individuelle d'alcoolisation. Cela justifie que les États adoptent des mesures pour réduire les méfaits de la consommation d'alcool en créant les conditions propices à l'évolution des comportements individuels. Ils doivent trouver un juste milieu entre respect des choix personnels et responsabilisation sociale de chacun.

Une seule substance, d'innombrables produits

Dans ses célèbres gravures intitulées *Beer Street* et *Gin Lane* (« La rue de la bière » et « L'allée du gin »), le peintre William Hogarth a représenté deux cultures de la boisson radicalement différentes dans l'Angleterre du XVIII^e siècle. L'image de l'addiction, de la pauvreté, de la déchéance sociale et de la criminalité de *Gin Lane* se juxtapose aux scènes de joie, de prospérité et de commerces florissants de *Beer Street* pour montrer comment les conditions sociales peuvent façonner les habitudes de consommation d'alcool et réciproquement. Ces gravures ont été réalisées pour accompagner la loi sur la vente de spiritueux (*Sale of Spirits Act*) adoptée par le Parlement britannique en 1751, qui visait à réduire la distillation et la consommation de gin, un phénomène qui, au cours de la première moitié du siècle, était devenu tout à la fois un moteur de croissance économique et un fléau social (Abel, 2001).

Si l'alcool est un phénomène aussi complexe, c'est en partie en raison des innombrables formes sous lesquelles il peut être consommé et des liens étroits que ces formes entretiennent avec telle et telle culture ou société. C'était vrai au XVIII^e siècle ; c'est encore vrai aujourd'hui. L'alcool est une substance unique, mais les individus, eux, consomment tout un éventail de produits très différents qui contiennent de l'alcool – la plupart sont des boissons, mais il s'agit parfois d'aliments solides, voire de produits non alimentaires. L'alcool se consomme différemment selon l'endroit où l'on se trouve, les circonstances, les personnes présentes. Toute boisson alcoolisée est profondément enracinée dans l'histoire et les traditions agricoles et alimentaires de tel pays, de telle région, et représente souvent une part non négligeable de l'économie nationale, surtout si l'on tient compte de ses liens avec les secteurs du tourisme, du divertissement et de l'accueil.

Face à la multitude des comportements et des circonstances, et compte tenu des dimensions sociales, culturelles et économiques de l'alcool, la lutte contre l'abus d'alcool constitue un défi politique majeur. La plupart des mesures qui sont analysées au chapitre 4 sont le fruit d'années d'expérimentations et d'évaluations dans un grand nombre de milieux et de pays. Dans certains cas, les données existantes permettent de déterminer si et comment ces mesures peuvent porter leurs fruits dans telles ou telles catégories de population et de buveurs, et dans quelles circonstances de consommation. Ce qui fonctionne dans tel contexte et pour telle catégorie de buveurs ne fonctionne pas forcément dans d'autres cas. Lorsque les données factuelles existent, chaque pays doit en tenir compte en concevant ses politiques dans ce domaine. L'analyse des effets des politiques que nous présentons au chapitre 5 donne d'importantes indications sur l'ampleur à attendre des résultats de tout une série de stratégies d'action dans certains pays. Elle montre que chacune des politiques de l'alcool peut permettre aux pays qui les appliquent de progresser rapidement en vue d'atteindre l'objectif de l'OMS consistant à réduire de 10% l'abus d'alcool d'ici 2025, et les stratégies combinant plusieurs mesures sont susceptibles de produire des gains en termes de santé qui équivalent à 10% de la charge estimée que représentent les maladies liées à l'alcool dans les trois pays étudiés en 2010 (Lim et al., 2012). Toutefois, la concrétisation ou non de ce potentiel dépend largement de la manière dont une même mesure est élaborée et mise en œuvre.

Peut-on mesurer la consommation ?

La mise en œuvre de politiques de lutte contre l'alcool fondées sur des données factuelles se heurte à un obstacle majeur, qui tient à la difficulté de mesurer la consommation d'alcool des individus et des groupes de population. Ces difficultés sont analysées en détail au chapitre 2, où sont fournies des données attestant des échecs rencontrés par tous les outils de mesure existants et de leurs répercussions sur notre capacité à estimer les tendances de consommation d'alcool et leurs conséquences.

Les estimations globales de la consommation d'alcool au niveau national sont devenues de plus en plus précises au fil du temps. C'est à partir de ces estimations que des organisations telles que l'OCDE et l'OMS sont parvenues à évaluer l'évolution dans le temps de la consommation d'alcool par pays ou par région du monde. Nous avons montré dans le chapitre 2 que les habitants des pays de l'OCDE consomment deux fois plus d'alcool que la moyenne mondiale et que cette consommation n'a décliné que légèrement depuis vingt ans. Cela étant, la consommation d'alcool a considérablement diminué dans certains pays d'Europe méridionale, tandis qu'elle a massivement augmenté dans certains pays de l'Europe septentrionale, centrale et orientale. De même, depuis vingt ans, la consommation a beaucoup augmenté dans certaines économies émergentes comme la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et le Brésil, qui sont tous des partenaires essentiels de l'OCDE. Ces évolutions sont présentées et analysées au chapitre 2.

Cependant, les données ont toujours un certain nombre de limites. Les mesures ne tiennent généralement pas compte de la consommation d'alcool non recensée, laquelle doit être estimée séparément et souvent sur la base d'hypothèses lacunaires. Déduire le niveau de consommation à partir des données sur les ventes pose plusieurs problèmes liés à l'estimation du gaspillage, de l'utilisation de l'alcool en cuisine ou à d'autres fins ou encore de la consommation par les non-résidents, entre autres. Surtout, les estimations globales ne fournissent généralement pas d'informations spécifiques sur les habitudes de consommation de certains groupes de population ou de certaines catégories de buveurs, informations pourtant indispensables lors de la conception de politiques visant à lutter contre l'abus d'alcool.

Les enquêtes sur la consommation individuelle d'alcool – qu'elles portent sur la santé, le mode de vie, l'abus d'alcool, les dépenses des ménages ou d'autres sujets – fournissent des informations qui complètent les données globales. À partir des données recueillies dans plusieurs pays de l'OCDE, nous sommes parvenus à démontrer que la consommation d'alcool est extrêmement concentrée dans l'ensemble des pays étudiés, puisque les 20% de la population qui boivent le plus consomment l'essentiel, et parfois même la quasi totalité de l'alcool. Nous avons aussi mis en lumière l'évolution alarmante du phénomène de suralcoolisation régulière ou épisodique chez les jeunes dans de nombreux pays ; les enfants commencent à boire et font l'expérience de l'ivresse à un âge de plus en plus jeune et, ces dernières années, les filles ont rattrapé les garçons. Les résultats des enquêtes nous ont permis de montrer que les habitudes de consommation des femmes, en particulier celles qui ont un niveau d'instruction plus élevé et qui exercent des emplois mieux rémunérés, convergent avec celles des hommes.

Les enquêtes permettent généralement de compenser les lacunes des données globales en mettant en lumière la manière dont les traits propres à chaque individu et les circonstances de la vie peuvent être liés à telle et telle habitude de consommation d'alcool. Néanmoins, elles reposent sur les déclarations des personnes interrogées puisqu'elles ne peuvent actuellement s'appuyer sur aucune quantification objective de la consommation

d'alcool, et que lesdites déclarations sont notoirement biaisées, comme on l'a vu au chapitre 2. Elles sont biaisées parce que les personnes interrogées ne se souviennent pas précisément de leur consommation ou parce qu'elles souhaitent la dissimuler à dessein, en raison de la stigmatisation sociale liée à certaines conduites d'alcoolisation (voir Studer et al., 2013, par exemple), ce qui peut expliquer pourquoi les déclarations des hommes sont généralement moins exactes que celles des femmes. Un homme sur cinq et une femme sur dix qui disent boire « avec modération » sont en réalité des consommateurs à risque (Ely et al., 2001). En outre, les enquêtes sont souvent biaisées parce qu'elles n'englobent pas les personnes marginalisées, qui courent souvent un risque accru de consommer de l'alcool de manière excessive.

Ce sont les pays, leurs agences de statistique et de santé publique ainsi que le monde de la recherche universitaire qui sont conjointement responsables du fait que les enquêtes sur la consommation d'alcool ne s'améliorent pas, que les rapports ne gagnent pas en exactitude, que la performance des outils alternatifs et l'usage des réponses apportées aux enquêtes ne sont pas mieux évalués, et surtout que les définitions, les seuils et les questions formulées dans les enquêtes ne s'améliorent pas avec le temps dans l'ensemble des juridictions. Les enquêtes sur la consommation sont des instruments essentiels à la conception de politiques de lutte contre l'alcool, et il est urgent d'agir pour améliorer leur pertinence, leur exactitude et leur comparabilité si l'on veut qu'elles contribuent davantage aux efforts futurs pour réduire l'abus d'alcool.

Peut-on mesurer les impacts sanitaires ?

L'apparition de maladies est l'un des principaux méfaits liés à l'alcool, lequel est la cause de plus de 200 pathologies codifiées dans les systèmes internationaux de classification des maladies (OMS, 2014). L'abus d'alcool contribue en effet à engendrer beaucoup, dont des maladies chroniques telles que le cancer, des maladies du foie, des affections cardiovasculaires et des problèmes de santé mentale, ainsi que le suicide, les séquelles de l'état d'ébriété, la dépendance à l'alcool ou encore les blessures (chutes et blessures liées à des accidents de la route). Nous avons montré dans le chapitre 5 que la régulation des horaires d'ouverture des points de vente, par exemple, est susceptible d'éviter 54 000 blessures chaque année en Allemagne, et 41 000 au Canada. Un contrôle plus strict de l'application de la réglementation en vigueur contre l'alcool au volant permettrait d'éviter respectivement 71 000 et 37 000 blessures reçues dans des accidents de la route, y compris les blessures mortelles. Une hausse des taxes entraînant l'augmentation de 10 % du prix des boissons alcoolisées réduirait de 2 % l'apparition de nouveaux cas de cancers liés à l'alcool, soit 4 200 cas de moins en Allemagne, 1 600 au Canada et 500 en République tchèque.

Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer notre capacité à estimer les effets des politiques sur la santé. La compréhension des liens qui existent entre la consommation d'alcool, les maladies et la mort est, pour l'essentiel, fondée sur des études empiriques, qui s'appuient généralement sur la quantification que font les buveurs de leur propre consommation. Les problèmes que posent une telle quantification – présentés ci-dessus – ont souvent tendance à compliquer l'interprétation des données existantes. Les effets liés à une consommation durable d'alcool qui se produisent avec plusieurs années de décalage sont encore plus difficiles à estimer. Il est tout aussi difficile d'évaluer les répercussions qu'entraîne un changement de comportement face à l'alcool – une dimension pourtant importante de toute évaluation des politiques de l'alcool, qui peut ne se concrétiser que longtemps après (Rehm et al., 2007 ; Holmes et al., 2012).

En règle générale, il est difficile d'utiliser les résultats des études empiriques dans l'évaluation des liens de causalité entre la consommation d'alcool et les maladies. Les chercheurs ont pour habitude d'analyser les relations dose-effet comme signes de causalité, ou tentent de concevoir leurs méthodes de recherche sur le modèle d'expériences naturelles, mais ces options ne sont pas toujours valables. Pour estimer le lien de causalité entre la consommation d'alcool et les effets en termes de maladies, il faut comparer des personnes semblables ou presque, sauf pour ce qui est de leurs habitudes de consommation et, lorsqu'elles ne sont pas semblables, il faut au moins pouvoir tenir compte de leurs différences dans l'analyse statistique. Dans le contexte d'une méta-analyse de l'impact de l'alcool sur la mortalité globale, plusieurs formes alternatives d'ajustement statistique visant à tenir compte d'une série de différences entre les personnes étudiées ont fait la preuve qu'elles avaient des répercussions importantes sur l'estimation de la relation entre consommation d'alcool et mortalité (Di Castelnuovo et al., 2006). Dans les études empiriques, le phénomène du « buveur sain » est une distorsion particulièrement sournoise liée à l'hétérogénéité des sujets : la probabilité que les individus en bonne santé consomment de l'alcool est plus forte, tandis qu'elle est plus faible parmi les individus dont la santé s'est détériorée en raison d'une maladie qui peut ou non être liée à l'alcool. Certaines personnes arrêtent de boire parce qu'elles sont en mauvaise santé. En outre, les travaux de recherche ne tiennent pas compte des personnes qui consomment de l'alcool de manière excessive et meurent prématurément. Il se peut dès lors que la corrélation entre la consommation d'alcool, la maladie et la mort, surtout dans les catégories de population les plus âgées, soit sous-estimée dans les études qui ne tiennent pas compte avec exactitude des effets décrits ci-dessus.

Faire la part des choses entre les méfaits et les avantages

D'après de nombreuses études, la consommation modérée d'alcool aurait un effet bénéfique sur la mortalité globale chez les hommes d'âge moyen et mûr ainsi que chez les femmes d'âge mûr pour une consommation plus modeste encore. Cela tient principalement au fait que l'on observe chez ces personnes un taux de cardiopathies ischémiques plus bas. En revanche, les taux d'autres pathologies croissent régulièrement avec la consommation d'alcool, ce qui signifie que les consommateurs des groupes d'âge mentionnés précédemment sont certes moins susceptibles de mourir d'un infarctus du myocarde, entre autres, mais ont plus de risques de mourir, par exemple, de cancer ou d'une blessure accidentelle. Selon l'une des études les plus détaillées sur la consommation d'alcool et la mortalité, toute consommation, à quelque niveau que ce soit, accroît le risque de décès chez tous les hommes âgés de moins de 35 ans et les femmes âgées de moins de 55 ans, pour lesquels les cardiopathies ischémiques ne représentent pas un réel risque de décès (White et al., 2002). Comme on l'a vu dans le chapitre 1, nous estimons qu'au Canada, en République tchèque et en Allemagne, entre 78 % et 83 % des buveurs réduiraient leur risque de décès de toutes causes s'ils diminuaient leur consommation d'une unité (10 grammes) par semaine.

Les bénéfices sanitaires de la consommation d'alcool, qu'ils soient faibles ou importants, s'ajoutent à d'importants avantages en termes de bien-être – le plaisir et les activités sociales qui sont souvent liées à la boisson. De ce fait, l'alcool est, de tous les produits qui font l'objet de mesures de santé publique, un cas à part. S'il est normal que les États envisagent des stratégies de lutte contre l'alcool qui concernent l'ensemble des consommateurs, comme on l'a vu au chapitre 4, la conception de telles mesures doit

néanmoins tenir compte des pertes qui pourraient résulter des restrictions imposées aux buveurs modérés, et qui pourraient annuler les bénéfices obtenus par la réduction de la consommation nocive.

Toutefois, l'impact de l'abus d'alcool dépasse largement les conséquences sanitaires directes qu'il entraîne sur les buveurs eux-mêmes. Une évaluation plus large des répercussions sociales, dont les dérives délictueuses, la violence et la perte de productivité au travail, montre en effet que la société pâtit fortement d'un usage excessif des boissons alcoolisées. Des études sur les coûts sociaux ont été réalisées dans un certain nombre de pays (Rehm et al., 2009). Aux États-Unis, par exemple, d'après les estimations, l'alcool engendrerait 25.6 milliards USD de dépenses de santé supplémentaires et un coût social général de plus de 220 milliards USD, soit près de dix fois les seules dépenses de santé (Bouchery et al., 2011).

L'un des objectifs du présent ouvrage consiste précisément à mieux comprendre le sens de ces différents messages concernant les effets de la consommation d'alcool, en particulier les travaux de modélisation décrits au chapitre 5 qui visent à quantifier ces effets et à mettre en regard les principaux méfaits et avantages liés à la consommation d'alcool et aux politiques censées la réduire.

Les États doivent-ils intervenir ? À quels résultats peuvent-ils parvenir ?

Les travaux de l'OCDE sur l'économie de la prévention ont principalement porté sur la capacité des individus à optimiser leur propre bien-être et celui de la société par leur libre choix de comportement et de consommation de produits ayant un lien avec la santé. Lorsque les conditions dans lesquelles ces choix sont faits ne permettent pas de produire des résultats optimaux, il peut être utile que les pouvoirs publics interviennent. De tous les principaux facteurs de risque pouvant provoquer d'importantes maladies chroniques, l'abus d'alcool est celui pour lequel l'action publique est, sur le plan économique, la plus justifiée, comme on l'a montré au chapitre 1. Certes, la plupart des individus tiennent à leurs habitudes de consommation d'alcool et estiment que leurs choix en la matière relèvent exclusivement de la sphère privée, mais plusieurs facteurs, dont certains seulement dépendent des consommateurs eux-mêmes, sont le témoignage d'un échec qui empêche d'atteindre les résultats les plus souhaitables tant pour les individus que pour les sociétés.

Le premier de ces échecs tient aux coûts que les consommateurs imposent aux autres, coûts qui ne sont pas pris en compte dans le prix qu'ils paient pour leurs boissons au comptoir, même si la taxation est un moyen par lequel l'État leur fait payer au moins une partie de ces coûts externes. Ces coûts englobent par exemple les blessures et les décès qui se produisent suite à des accidents causés par des conducteurs alcoolisés, ou encore les conséquences physiques et sociales des violences domestiques suscitées par l'alcool ; pour tout pays, pour toute société, il s'agit d'une dépense considérable. Comme pour les autres comportements en matière de santé, la consommation d'alcool comporte également des « externalités sociales », dans la mesure où certains individus adoptent des conduites d'alcoolisation à risque parce qu'ils suivent l'exemple de parents, d'amis ou de collègues.

Si les individus n'ont pas conscience des conséquences potentielles de leur propre consommation d'alcool sur les autres lorsqu'ils boivent, il est probable qu'ils ont aussi une compréhension erronée des conséquences que leur consommation a sur eux-mêmes. Au-delà du principe général selon lequel la consommation de grandes quantités d'alcool est mauvaise pour la santé, les consommateurs n'ont qu'une connaissance très imprécise de la manière exacte dont l'alcool menace la santé des hommes et des femmes. Non

seulement la plupart des individus ignorent toute la palette des maladies qui peuvent en résulter, mais de nombreux buveurs ont même du mal à déterminer quelle quantité, quelle fréquence et quelles habitudes de consommation sont susceptibles de mettre leur santé en péril. Comme on l'a vu au chapitre 2, il se pourrait bien que l'incapacité des pays à définir les conduites d'alcoolisation à haut risque avec cohérence contribue à la faible compréhension qu'ont les individus des risques associés à la consommation d'alcool.

Les lacunes de l'information ont des répercussions plus importantes encore lorsqu'elles se conjuguent avec les propriétés addictives de l'alcool, lesquelles contribuent à justifier une intervention extérieure. Que l'addiction à l'alcool soit d'origine biologique, comme c'est le cas pour la dépendance à l'alcool, ou qu'elle soit « rationnelle », selon les théories d'économistes, son effet de synergie avec le manque d'information et la perception erronée des risques empêche nombre d'individus de faire des choix de consommation qui leur permettraient d'atteindre les meilleurs résultats en termes de santé et de bien-être. Les découvertes de la recherche comportementale concernant la consommation à courte vue (privilegiant l'instant présent), notamment, accentuent le caractère préoccupant, du point de vue du bien-être des individus, des échecs constatés en matière d'addiction et d'information. La recherche comportementale fournit également un éclairage sur la tendance des individus à constamment reporter le changement de leurs habitudes, même lorsqu'ils sont conscients des risques liés aux habitudes en question, en raison de préférences temporelles incohérentes s'agissant de la consommation de produits ayant un impact sur la santé tels que les boissons alcoolisées (Sassi et Hurst, 2008).

Le volontarisme des pays en matière de politiques de l'alcool témoigne de la solidité des arguments qui incitent à agir. En 1979, l'Assemblée mondiale de la santé a appelé les États membres de l'OMS à élaborer et à adopter des lois et des mesures adéquates pour lutter contre l'abus d'alcool (WHO, 1979). Ces initiatives ont débouché en 2010 sur l'adoption de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (WHO, 2010) qui porte sur dix domaines d'action à l'échelle nationale, notamment : l'action des services de santé, l'action à l'échelon local, les mesures de lutte contre l'alcool au volant, la réduction de l'accessibilité à l'alcool, l'action sur le marketing et les politiques de prix, l'action contre les conséquences néfastes de l'intoxication alcoolique et la réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool produit de manière illicite et informelle. Il est communément admis que la lutte contre l'alcoolisation nocive passe par l'adoption d'un ensemble de mesures relevant des différents domaines recensés dans la Stratégie mondiale.

Pour veiller à l'emploi efficient des deniers publics dans la lutte contre l'abus d'alcool, les États doivent pouvoir s'appuyer sur des données factuelles concernant les effets économiques et sanitaires de stratégies alternatives à l'échelle de l'ensemble de la population. Le présent ouvrage est en grande partie destiné à fournir aux responsables publics les données nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de l'alcool performantes qui permettent de tirer le meilleur parti des ressources disponibles. Les conclusions présentées au chapitre 5, notamment, résultent de simulations informatiques initiales d'un ensemble de scénarios d'action au Canada, en République tchèque et en Allemagne. Ces analyses portent sur des politiques dont l'efficacité a été évaluée dans des études bien conçues et dotées des moyens adéquats, ainsi que sur des politiques prometteuses qui semblent pouvoir lutter contre l'abus d'alcool.

Effcacité et efficience des politiques de lutte contre l'alcool

Les conclusions produites montrent systématiquement que les programmes nationaux destinés à dépister les gros buveurs et à leur proposer des interventions brèves dans le cadre des soins primaires ainsi que les hausses des taxes applicables aux boissons alcoolisées sont susceptibles de donner de bons résultats sanitaires en réduisant les conduites d'alcoolisation à haut risque, les maladies liées à l'alcool et la mortalité globale. Ces mesures pourraient réduire les besoins en soins médicaux et permettre de réaliser des économies substantielles en dépenses de santé, jusqu'à 70 USD à PPA par personne par des interventions brèves et jusqu'à 55 USD à PPA par personne grâce aux hausses de taxes en République tchèque sur dix ans, ce qui compenserait très largement le coût de mise en œuvre de plusieurs des mesures étudiées. Il suffirait d'étendre le champ des interventions brèves dans le cadre des soins primaires pour que chaque année, 5% des hommes en âge de travailler en République tchèque, 3% en Allemagne et 1.5% au Canada évitent des handicaps liés à l'alcool, ce qui produirait sans doute de considérables gains de productivité.

Un contrôle plus strict de la réglementation en vigueur en matière d'alcool au volant et la limitation des horaires d'ouverture des points de vente – même s'il est admis que ces mesures n'auront d'impact que sur les accidents et les blessures, et non sur le niveau global de consommation d'alcool – sont susceptibles de produire des avantages sanitaires dans tous les pays étudiés. En outre, ce sont des mesures présentant un bon rapport coût-efficacité, en dépit du coût relativement élevé qu'induit le renforcement du contrôle de l'application des règles. De même, la réglementation de la publicité peut provoquer une diminution importante de la consommation d'alcool à haut risque et des méfaits qui y sont associés comme montré au chapitre 5 – diminution plus importante encore si les budgets publicitaires sont réduits, à condition que la réglementation en question permette de juguler les nouvelles formes de publicité qui, souvent, échappent aux mesures de réglementation classiques. La contribution II Focus spécial de Saffer montre que la réglementation de la publicité peut fournir les moyens adéquats pour lutter contre les conduites d'alcoolisation à haut risque, et non seulement la consommation d'alcool en général.

De même, faciliter l'accès aux traitements pharmacologiques et psychosociaux de la dépendance à l'alcool peut permettre de réduire considérablement la morbidité et la mortalité liées à l'alcool, surtout dans les pays où la prévalence de l'abus d'alcool est plus élevée. Cela étant, ces programmes ont tendance à entraîner des coûts de mise en œuvre plus élevés que les mesures réglementaires et fiscales.

Plusieurs études conduites au Canada semblent indiquer que les politiques consistant à instaurer un prix plancher sont susceptibles de réduire la consommation d'alcool (Stockwell et al., 2012a ; 2012b). Si cela se confirme dans d'autres conditions, alors il se pourrait que les prix planchers produisent d'importants gains en matière de santé et réduisent les dépenses de santé, et ce à peu de frais. Il est vrai que les prix planchers ne génèrent pas d'importantes recettes fiscales, mais la contribution III Focus spécial de Ludbrook montre qu'elles sont parfois plus pertinentes pour cibler les gros buveurs que les mesures de taxation. Le scénario des prix planchers évalué au chapitre 5 consiste à fixer un seuil général de prix qui permet de relever les prix du segment le moins cher du marché de l'alcool. Cela étant, les pouvoirs publics disposent pour fixer des prix planchers de manière efficace de toute une batterie de méthodes qui sont décrites dans l'Encadré 4.1 du chapitre 4, et qui sont toutes au moins aussi efficaces, voire plus. Les analyses

présentées dans le chapitre 5 visent à donner des orientations générales quant aux effets sanitaires et économiques qu'il faut attendre d'une série de stratégies d'action largement éprouvées. Pour affiner la conception d'une mesure dans un contexte particulier, il faut disposer d'études à plus haute résolution qui tiennent compte des contraintes politiques et des liens avec le marché en question et le cadre réglementaire.

Fondées sur des données d'observation plus contradictoires, d'autres politiques, comme celles qui consistent à organiser des actions en milieu scolaire et sur le lieu de travail, si elles sont mises en œuvre avec le même esprit que les dispositifs fructueux déjà en vigueur, peuvent aussi permettre d'améliorer les résultats sur le plan de la santé en offrant un bon rapport coût-efficacité, quoique sur une plus longue période (interventions en milieu scolaire) ou à un coût plus élevé que d'autres stratégies d'action (programmes sur le lieu de travail).

Les avantages et les inconvénients des politiques qui visent à réduire l'abus d'alcool en ciblant l'ensemble des consommateurs et celles qui ne concernent que les consommateurs à risque continueront de susciter le débat, aujourd'hui comme à l'avenir. Dans ce domaine, les points de vue des différents acteurs, notamment les entreprises du secteur, le monde de la santé publique et les groupes de pression, sont voués à demeurer polarisés. Dans le chapitre 4, nous examinons les données et les différents points de vue, et en concluons qu'*in fine*, le périmètre des politiques de l'alcool relève d'une décision politique. Tant que les objectifs et les résultats sont quantifiables et transparents, il appartient aux pouvoirs publics de rechercher le consensus autour d'une stratégie visant à réduire l'abus d'alcool. Cependant, les données analysées pour les besoins du présent ouvrage semblent indiquer que si un État est déterminé à réduire la consommation nocive d'alcool, il ne devra pas se contenter de choisir telle ou telle mesure, mais devra recourir à une palette d'instruments d'action en tirant le meilleur parti de leurs synergies et de leurs complémentarités. La stratégie qui en résultera comprendra probablement des outils plutôt bruts et peu ciblés, mais qui permettent à peu de frais de toucher un grand nombre de potentiels consommateurs à risque, ainsi que des outils plus sophistiqués et mieux ciblés.

Les racines culturelles et économiques de l'alcool et les liens inextricables que les habitudes de consommation entretiennent avec des normes sociales plus générales sont tels qu'aucune mesure particulière ne saurait à elle seule avoir quelque effet que ce soit sur le problème de l'abus d'alcool. Comme les autres grandes questions de santé publique qui se posent dans le monde actuel, l'abus d'alcool ne peut être traité que par une action globale et des efforts touchant l'ensemble de la société.

La portée d'une approche impliquant plusieurs acteurs pour lutter contre l'abus d'alcool

Dans un certain nombre de pays, le secteur de l'alcool représente avec ses retombées une part importante de l'économie, et les États ont tendance à lui accorder une attention particulière compte tenu de l'ampleur des recettes fiscales liées à la vente de boissons alcoolisées. Au Royaume-Uni, par exemple, la valeur cumulée des différents segments du secteur et des activités économiques connexes (le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, par exemple) représente 1.7% du produit intérieur brut, selon les estimations commandées par les entreprises du secteur (Brink et al., 2011; Ernst & Young, 2013). Toutefois, on estime – cf. le chapitre 1 – que les coûts sociaux liés à l'alcool représentent eux aussi une part significative du PIB.

C'est en partie en raison de son volume et de son importance économique que l'Association médicale américaine a décrit le secteur de l'alcool comme un secteur « politiquement puissant et capable d'influencer et d'orienter de nombreuses politiques nationales et locales de maîtrise de l'alcool », et « qui parvient à influencer la manière dont les médias, l'opinion et les responsables publics envisagent l'alcool, sa consommation et les problèmes qu'il crée » (Yoast et Williams, 2004). Dans une déclaration récente, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé a souligné le fait que « le secteur de l'alcool n'a pas à prendre part à la formulation des politiques, car elles doivent être préservées de toute distorsion liée à des intérêts commerciaux ou particuliers » (Chan, 2013). Toutefois, face à un débat public sur l'alcool qui ne cesse de s'affiner, il est incontestable que, dans nombre de pays et de régions du monde, certains acteurs du secteur de l'alcool ont considérablement renforcé leur action en termes de responsabilité sociale des entreprises. En outre, plusieurs pays se sont dits ouverts à une coopération avec ces acteurs pour résoudre le problème de l'abus d'alcool. Au Royaume-Uni, par exemple, la description qu'a faite le Ministère de la santé des initiatives que les entreprises du secteur ont prises dans le cadre du Responsibility Deal – présentées au chapitre 4 – donne une image remarquable de la récente prolifération de ce type de projets (Department of Health, 2014). Parmi ces initiatives figure notamment la promesse de réduire les ventes annuelles d'un million d'unités d'alcool d'ici décembre 2015.

Certaines pratiques vont à l'encontre de l'orientation générale des politiques publiques, comme le recours généralisé aux promotions sur les prix et l'adoption de techniques de marketing toujours plus ingénieuses, ainsi que l'utilisation des médias, pratiques qui ciblent souvent des populations particulièrement vulnérables face aux méfaits de l'alcool. L'efficacité des méthodes d'autorégulation de la commercialisation des boissons alcoolisées fait débat (OMS, 2007 ; Anderson et al., 2009). Certaines évaluations ont fait apparaître une faible participation et un manque de discipline, ainsi que de nombreux cas de non-respect de normes pourtant librement acceptées (Jones et al., 2008; KPMG LLP, 2008). La modification des produits visant à réduire leur teneur en alcool est une piste prometteuse pour les entreprises. Nombreux sont les engagements pris dans le cadre du Responsibility Deal au Royaume-Uni qui vont précisément dans ce sens. Dans le secteur brassicole, la vente de boissons faiblement alcoolisées ou sans alcool est une tradition déjà ancienne. Ailleurs, pourtant, les initiatives sont sporadiques et souvent déclenchées par une incitation économique particulière. Ainsi, la teneur en alcool de nombreuses bières commercialisées au Royaume-Uni a été réduite en 2012 pour éviter la hausse du taux des taxes applicables (Moyle, 2012).

Il existe peu de données factuelles susceptibles de confirmer ou d'infirmer l'efficacité des initiatives que prennent les entreprises pour contribuer à la lutte contre l'abus d'alcool. Certaines évaluations sont en cours, notamment dans le cadre du programme Responsibility Deal au Royaume-Uni, mais, pour l'instant, le débat tourne surtout autour d'exemples anecdotiques et de considérations idéologiques. Comme dans d'autres grands domaines de l'action de santé publique, il convient d'adopter une approche pragmatique consistant à investir sans compter dans l'évaluation du potentiel dont dispose chaque type de mesure pour s'intégrer à un dispositif d'action efficace et efficient.

Dans le cadre de ses travaux sur l'économie de la prévention, l'OCDE a estimé que l'adoption d'une approche impliquant plusieurs acteurs est la manière la plus judicieuse d'améliorer la prévention des maladies chroniques liées au mode de vie (voir Sassi, 2010, par exemple). Certes, les intérêts en jeu sont souvent contradictoires, mais aucune partie

n'est en mesure de produire des changements significatifs concernant les conduites de santé et les maladies chroniques qui y sont liées sans la coopération des autres acteurs. Le dialogue ouvert et la coopération avec les fabricants d'alcool, les principaux distributeurs et d'autres secteurs concernés peuvent – comme c'est déjà le cas dans certains pays – faire partie intégrante d'une stratégie efficace de lutte contre les méfaits de la consommation d'alcool. Il n'en reste pas moins que le secteur privé pourrait prendre des mesures de portée plus grande et d'un caractère plus percutant, et que l'impact de ces mesures pourrait faire l'objet d'une évaluation plus approfondie, qui soit source d'enseignements pour les responsables de l'action gouvernementale.

Bibliographie

- Abel, E.L. (2001), « The Gin Epidemic: Much Ado About What? », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 36, n° 5, pp. 401-405.
- ADARFO – Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation of Ontario (1961), *It's Best to Know about Alcoholism*, ADARFO, Toronto.
- Anderson, P. et al. (2009), « Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 44, pp. 229-243.
- Babor, T.F. et al. (2010), « Alcohol: No Ordinary Commodity », *Research and Public Policy*, Oxford University Press.
- Bouchery, E.E. et al. (2011), « Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006 », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 5, pp. 516-524.
- Brink, M. et al. (2011), *The Contribution Made by Beer to the European Economy*, Report commissioned by the Brewers of Europe and conducted by Ernst & Young Tax Advisors and Regioplan Policy Research, Amsterdam, septembre.
- Chan, M. (2013), « WHO's Response to Article on Doctors and the Alcohol Industry », *British Medical Journal*, vol. 1, n° 346, p. f2647, mai.
- Department of Health (2014), « Responsibility Deal Alcohol Network – Pledge to Remove 1 Billion Units of Alcohol from the Market by End 2015 – First Interim Monitoring Report », Department of Health, Public Health Directorate, Health and Wellbeing Division, Alcohol and Drugs Branch, Royaume-Uni.
- de Bruijn, A., E. van den Wildenberg et A. van den Broeck (2012), « Commercial Promotion of Drinking in Europe: Key Findings of Independent Monitoring of Alcohol Marketing in Five European Countries », Institut néerlandais des politiques de l'alcool (STAP), disponible à l'adresse suivante : http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/Ammie_repport_2012.pdf?PHPSESSID=35ci20qg5dv9k73h8ugq6dho71.
- Di Castelnuovo, A. et al. (2006), « Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Women: An Updated Meta-analysis of 34 Prospective Studies », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, pp. 2437-2445.
- Ely, M. et al. (2001), « Methods of Estimating Individual Levels of Alcohol Consumption in the General Population », *Alcohol Insight* n° 9, Alcohol Research UK.
- Ernst & Young (2013), « The Wine and Spirit Trade Association – Economic Impact Assessment », décembre.
- Holmes, J. et al. (2012), « The Temporal Relationship Between Per Capita Alcohol Consumption and Harm: A Systematic Review of Time Lag Specifications in Aggregate Time Series Analyses », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 123, n° 1-3, pp. 7-14.
- Jernigan, D.H. (2009), « The Global Alcohol Industry: An Overview », *Addiction*, vol. 104, Suppl. 1, pp. 6-12.
- Jones, S.C., D. Hall et G. Munro (2008), « How Effective Is the Revised Regulatory Code for Alcohol Advertising in Australia? », *Drug and Alcohol Review*, vol. 27, pp. 29-38.
- Katz, S.H. et M.M. Voigt (1987), « Bread and Beer: The Early Use of Cereals in the Human Diet », *Expedition*, vol. 28, n° 2, pp. 23-34.
- KPMG LLP (2008), « Review of the Social Responsibility Standards for the Production and Sale of Alcoholic Drinks », KPMG, Londres.

- Lim, S.S. et al. (2012), « A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », *The Lancet*, vol. 15, n° 380(9859), pp. 2224-2260, décembre.
- Moylan, J. (2012), « Will Weaker Beers Help the Brewing Industry? », site internet de la BBC, disponible à l'adresse suivante : www.bbc.co.uk/news/business-17399368, consultée le 4 septembre 2012.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), « Global Status Report on Alcohol and Health », Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2010), « Global Alcohol Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol », Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2007), « WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption (second report) », *WHO Technical Report Series* n° 944, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (1979), « Resolution WHA32.40. Development of the WHO Programme on Alcohol-related Problems », *Thirty-ninth World Health Assembly*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 25 mai 1979.
- Patrick, C.H. (1952), *Alcohol, Culture, and Society*, Duke University Press, Durham, Caroline du Nord, 1952, pp. 12-13, nouvelle édition par AMS Press, New York, 1970.
- Rehm, J., J. Patra et S. Popova (2007), « Alcohol Drinking Cessation and Its Effect on Esophageal and Head and Neck Cancers: A Pooled Analysis », *International Journal of Cancer*, vol. 121, pp. 1132-1137.
- Rehm, J. et al. (2009), « Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol Use Disorders », *The Lancet*, vol. 373, n° 9682, pp. 2223-2233.
- Sassi, F. (2010), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr>.
- Sassi, F. et J. Hurst (2008), « The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases: An Economic Framework », *OECD Health Working Papers*, n° 32, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/243180781313>.
- Stockwell, T.M. et al. (2012a), « Does Minimum Pricing Reduce Alcohol Consumption? The Experience of a Canadian Province », *Addiction*, vol. 107, pp. 912-920.
- Stockwell, T.M. et al. (2012b), « The Raising of Minimum Alcohol Prices in Saskatchewan, Canada: Impacts on Consumption and Implications for Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 12, pp. 103-110.
- Studer, J. et al. (2013), « Examining Non-response Bias in Substance Use Research – Are Late Respondents Proxies for Non-respondents? », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 132, pp. 316-323.
- White, I.R., D.R. Altmann et K. Nanchahal (2002), « Alcohol Consumption and Mortality: Modelling Risks for Men and Women at Different Ages », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 191.
- Yoast, R.A. et J. Williams (2004), « Reducing Underage Drinking Through Coalitions », *Alcohol Industry 101: Its Structure & Organization*, American Medical Association, Chicago, États-Unis.

ANNEXE A

Graphiques et tableaux complémentaires

1. Tableaux et graphiques complémentaires associés aux chapitres 2 et 3

Le tableau A.1 contient une liste d'ensembles de données issus d'enquêtes nationales et utilisés pour les analyses présentées aux chapitres 2 et 3. Le tableau A.2 contient des informations relatives aux directives en matière de consommation d'alcool dans les pays de l'OCDE, telles qu'elles ont été communiquées par les représentants nationaux en avril 2014. Les directives figurant au tableau A.2 concernent l'ensemble de la population, et non des groupes de population spécifiques (femmes enceintes ou personnes dépendantes à l'alcool, par exemple).

Tableau A.1. Description des données des enquêtes nationales sur la santé utilisées dans les analyses présentées aux chapitres 2 et 3

	Nom de l'enquête	Vagues d'enquête disponibles	Origine des données
Australie	National Health Survey	1989-90, 1995, 2001, 2004-05, <u>2007-08</u>	Bureau australien de la statistique
Canada	National Health Population Survey and Canadian Community Health Survey	1994/95, 2000/01, 2003, 2005, <u>2007/08, 2009/10, 2011/12</u>	Statistique Canada
Chili	Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (ex-CONACE)	<u>2008, 2010</u>	Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique
République tchèque	Enquête européenne par entretien sur la santé en République tchèque (EHIS)	<u>2008</u>	Institut d'information et de statistique sanitaires
Angleterre	Health Survey for England	1991- <u>2011</u> (chaque année)	Bureau du recensement de la population et des enquêtes démographiques (1991-93), puis (depuis 1994) conduites conjointement par le Centre national pour la recherche sociale (NatCen) et le Groupe de recherche et d'enquête sanitaires et sociales au département d'épidémiologie de l'University College de Londres
Finlande	Finrisk	1997, 2002, <u>2007</u>	Institut national de la santé et du bien-être
France	Enquête santé et protection sociale	2002, 2004, 2006, <u>2008, 2010</u>	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
Allemagne	Enquête épidémiologique sur l'abus de substances	1995, 1997, 2000, 2003, <u>2006, 2009</u>	GESIS – Institut Leibniz pour les sciences sociales
Hongrie	Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS)	<u>2009</u>	Office statistique central de Hongrie
Irlande	Survey on Lifestyle and Nutrition	1998, 2002, <u>2007</u>	Archives irlandaises des données en sciences sociales
Italie	Aspects de la vie quotidienne Multiscopo	2005, 2006, 2007, 2008, <u>2009, 2010</u>	Institut national de statistique italien
Japon	Enquête nationale sur la consommation d'alcool et les modes de vie	<u>2003, 2008</u>	Université Tottori
Corée	Enquête nationale par examen sur la santé et l'alimentation	<u>2008</u>	Conduite conjointement par l'Institut coréen pour les affaires sanitaires et sociales et par l'Institut coréen du développement du secteur de la santé
Nouvelle-Zélande	National Health Survey	1996/97, 2002/03, <u>2006/07</u>	Ministère de la Santé
Portugal	Enquête démographique générale sur les substances psychoactives	<u>2007</u>	Effectuée par C. Balsa, docteur de l'École de sociologie et de sciences humaines CESNova de l'Université NOVA de Lisbonne, sur demande de l'Institut des drogues et de la toxicodépendance, IP.
République slovaque	Enquête européenne par entretien sur la santé 2009 (EHIS)	<u>2009</u>	Centre national d'information sur la santé (ministère de la Santé)
Slovénie	Enquête européenne par entretien sur la santé 2007 (EHIS)	<u>2007</u>	Institut de santé publique
Espagne	Encuesta Nacional de Salud de Espana	<u>2006</u>	Institut national de statistique et ministère de la Santé publique, des Services sociaux et de l'Égalité
Suisse	Enquête suisse sur la santé	1992, 1997, 2002, <u>2007</u>	Office fédéral de la statistique, Suisse
États-Unis	National Health and Nutrition Examination Survey and National Survey on Drug Use and Health	NHANES: 1999/2000, 2001/02, 2003/04, 2005/06, <u>2007/08, 2009/10</u> NSDUH: 1999-2009	Centre national pour les statistiques de santé (NHANES/NCHS-CDC), Administration des services de santé mentale et d'abus de substances (NSDUH, SAMHSA).

Note : Les analyses tendanciennes utilisent toutes les années couvertes par les enquêtes, tandis que les analyses des inégalités ne portent que sur les années les plus récentes (soulignées).

Tableau A.2. **Directives nationales en matière de consommation d'alcool**

	Quantité (en grammes d'alcool pur) contenue dans une boisson standard	Seuil de consommation à risque (limite au-delà de laquelle les individus mettent leur santé en danger)	Seuil de suralcoolisation épisodique (recommandation maximale du nombre de verre par session de consommation)
	Définition nationale	Directives nationales	Définition et directives nationales dans les enquêtes nationales
Australie	10 g	> 2 verres/jour (20 g)	Directive : > 4 verres/session (40 g) Questionnaire NHS: hommes 7+ verres femmes 5+ verres en une journée (70 g/50 g) Plus récemment : 4+ verres par session
Autriche ¹	8 g	Hommes : > 3 verres/jour (24 g/jour) Femmes : > 2 verres/jour (16 g/jour)	Directive : non définie
Belgique	Non définie	Non définie	Directive : non définie
Canada	13.6 g	Hommes : > 3 verres/jour et jusqu'à 15 verres/semaine (30 g/jour) Femmes : > 2 verres/jour et jusqu'à 10 verres/semaine (20 g/jour)	Directive (2012): hommes 4+ verres femmes 3+ verres par session (54/41 g) Questionnaire : 5+ verres par session (68 g)
Chili	13-15.5 g	Hommes : > 4 verres/jour (52-62 g/jour) Femmes : > 3 verres/jour (39-46.5 g/jour)	Directive : 5+ verres par session (> 69 g) Questionnaire SENDA : 6+ verres par session, autre enquête : 5+ verres par session
République tchèque ²	16 g	Hommes : 40 g/jour Femmes : 20 g/jour	Directive : non définie Questionnaire : 5+ verres par session (80 g)
Danemark ³	12 g	Hommes : > 2 verres/jour (24 g/jour) Femmes : > 1 verre/jour (12 g/jour)	Directive : 4+ verres par session (48 g)
Estonie	10 g	Hommes : > 4 verres/jour (40 g/jour) à raison d'au moins trois jours sans alcool par semaine Femmes : > 2 verres/jour (20 g/jour) à raison d'au moins trois jours sans alcool par semaine	Directive : non définie Questionnaire : 6+ verres par session (60 g)
Finlande	12 g	Hommes : 2 verres/jour (24 g) Femmes : 1 verre/jour (12 g) <i>Risque élevé dans les directives cliniques publiées par l'Association de médecine : Hommes > 24 verres/semaine (40 g/jour)</i> <i>Femmes > 16 verres/semaine (27 g/jour)</i>	Directive : pas de directive mais <i>Hommes : 5+ et femmes : 7+ défini comme risque élevé dans les directives cliniques de l'Association de médecine</i> Questionnaire : hommes 7+ verres femmes 5+ verres par session (84/60 g)
France ⁴	10 g	Hommes : > 3 verres/jour (30 g/jour) Femmes : > 2 verres/jour (20 g/jour)	Directive : non définie Questionnaire : 6+ verres par session
Allemagne	12 g	Hommes : > 24 g/jour Femmes : > 12 g/jour, pas plus de 5 jours/semaine	Directive : non définie Questionnaire : 5+ verres par session (60 g)
Grèce	10 g	Hommes : > 3 verres/jour (30 g) Femmes : > 2 verres/jour (20 g)	Directive : non définie
Hongrie	12 g/16 g	Hommes : > 3 verres/jour (36-48 g) Femmes : > 2 verres/jour (24-32 g)	Directive : non définie Questionnaire : 6+ verres par session (72-96 g)
Islande	12 g	Non défini ⁵	Directive : non définie
Irlande	10 g	Hommes : > 17 verres/semaine – 2.4 verre/jour (24 g) Femmes : > 11 verres/semaine – 1.6 verre/jour (16 g)	Directive : 6+ verres par session (60 g) Questionnaire : 6+ verres par session (60 g)
Israël	14 g	Hommes : > 3 verres/jour (30 g) Femmes : > 2 verres/jour (20 g)	Directive : non définie
Italie	12 g	Hommes : > 2-3 verres/jour (24-36 g) Femmes : > 1-2 verres/jour (12-24 g)	Directive : non définie Questionnaire : 5/6+ verres par session (60-72 g)
Japon	10 g	Hommes : > =4 verres/jour (40 g) Femmes : > =2 verres/jour (20 g)	Directive : non définie Questionnaire : 7+ verres par session

Tableau A.2. **Directives nationales en matière de consommation d'alcool (suite)**

	Quantité (en grammes d'alcool pur) contenue dans une boisson standard	Seuil de consommation à risque (limite au-delà de laquelle les individus mettent leur santé en danger)	Seuil de suralcoolisation épisodique (recommandation maximale du nombre de verre par session de consommation)
	Définition nationale	Directives nationales	Définition et directives nationales dans les enquêtes nationales
Corée ⁶	8.5 g	Hommes : 14 unités par semaine Femmes : 10 unités par semaine	Directive : non définie Questionnaire : Hommes + de 7 Femmes + de 5 verres par session
Luxembourg	12 g	Hommes : > 2 verres/jour (24 g) Femmes : > 1 verre/jour (12 g)	Directive : 5+ verres par session (60 g) Questionnaire : 5+ verres par session (60 g)
Mexique	Non définie ⁷	Non défini ⁷	Directive : non définie Questionnaire : 5+ verres par session pour les hommes ; 4+ verres par session pour les femmes
Pays-Bas	10 g	Hommes : > 2 verres/jour (20 g) Femmes : > 1 verre/jour (10 g)	Directive : non définie
Nouvelle-Zélande	12 g	Hommes : > 3 verres/jour (30 g) et pas plus de 15 par semaine Femmes : > 2 verres/jour (20 g) et pas plus de 10 par semaine	Directive : Hommes + de 5 Femmes + de 4 verres par session (50/40 g) Questionnaire : Hommes + de 6 Femmes + de 4 verres par session
Norvège	Non définie ⁸	Non défini	Directive : non définie Questionnaire : 6+ verres par session
Pologne	10 g	Hommes : > 4 verres/jour (40 g) Femmes : > 2 verres/jour (20 g)	Directive : Hommes 6+ Femmes 4+ verres par session (60/40 g) Questionnaire : 6+ verres/session
Portugal	12 g	Hommes : > 2-3 verres/jour (24-36 g) Femmes : > 1-2 verres/jour (12-24 g)	Directive : Hommes 6+ Femmes 5+ verres par session (72/60 g)
République slovaque ⁹	Pas de définition officielle	Pas de recommandation nationale obligatoire	Directive : non définie Questionnaire : 6+ verres/session
Slovénie	10 g	Hommes : > 2 verres/jour (> 20 g) Femmes : > 1 verre/jour (> 10 g)	Directive : Hommes 50 g/Femmes 30 g par session Questionnaire : Hommes 6+ Femmes 4+ verres par session
Espagne	10 g	Hommes : > 4 verres/jour (40 g) Femmes : > 2 verres/jour (20 g)	Directive : Hommes 6+ Femmes 4+ verres par session (60/40 g) Questionnaire : 6+ verres/session
Suède ¹⁰	12 g	Hommes : > 14 verres/semaine (> 24 g/jour) Femmes : > 9 verres/semaine (> 15 g/jour)	Directive : Hommes 5+ Femmes 4+ verres par session (60/48 g) Questionnaire : 60 g par session
Suisse	10-12 g	Directive (2008) : Hommes : > 4 verres/jour (40-48 g) Femmes : > 2 verres/jour (20-24 g)	Directive (2008) : Hommes 5+ Femmes 4+ verres par session (50-60/40-48 g) Questionnaire (Enquête suisse sur la santé) : 6+ verres/session (60-72)
Turquie	Non définie	Non défini	Directive : non définie
Royaume-Uni (Angleterre)	8 g	Hommes : > 21 verres/semaine (> 24 g/jour) Femmes : > 14 verres/semaine (> 16 g/jour)	Directive : Hommes 8+ Femmes 6+ verres par session (64/48 g) Questionnaire : idem
États-Unis	11	11	11

Note : Les directives nationales concernant les seuils de consommation à risque couvrent l'ensemble de la population et ne concernent pas toujours des groupes spécifiques (comme les femmes enceintes).

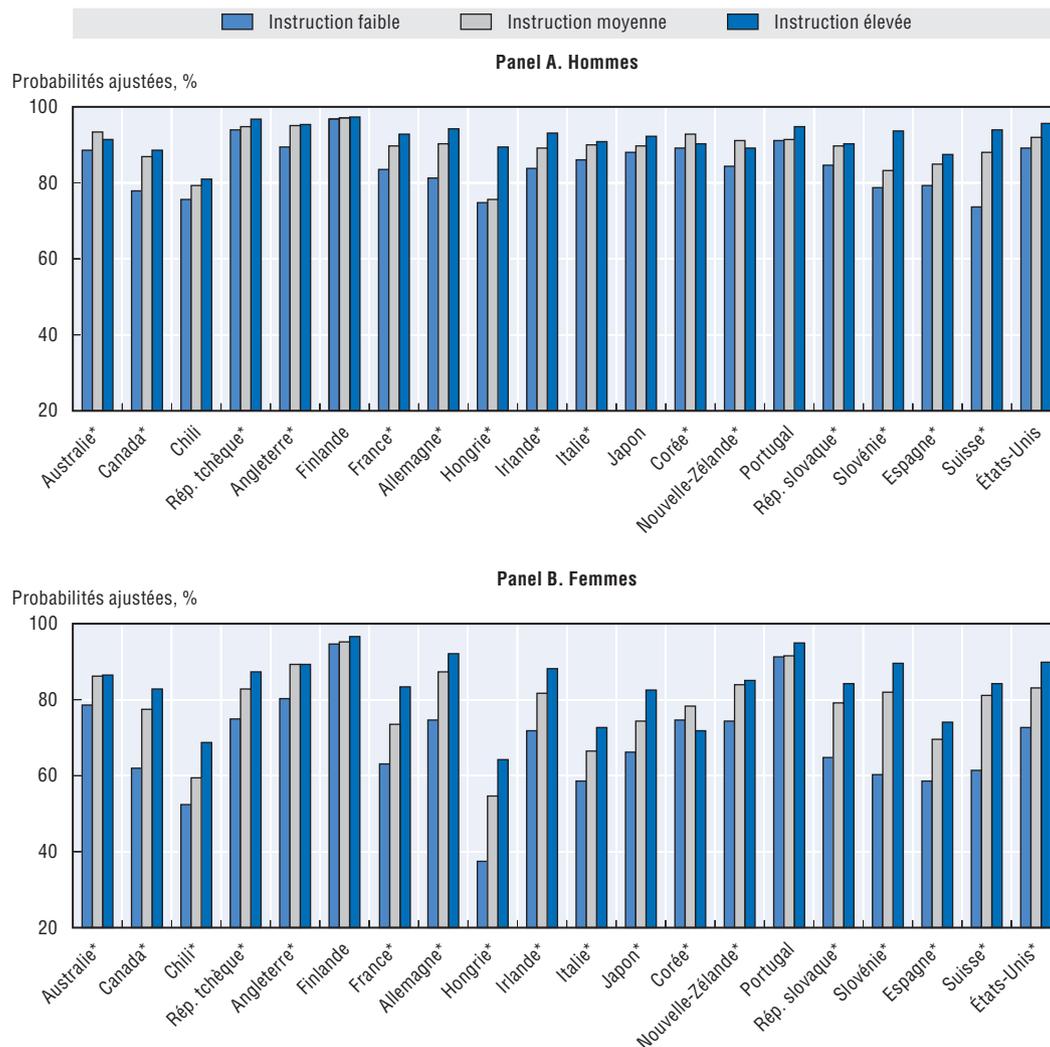
1. En Autriche, il n'existe aucune définition du contenu d'une boisson standard et des seuils de consommation.
2. Pas de directive officielle, les seules limites pertinentes pouvant être déduites des questionnaires contenus dans l'enquête nationale.
3. Le Danemark a fixé des seuils de consommation à faible risque et à risque élevé. Ici, la définition de la consommation à risque correspond à un risque faible.
4. En France, la quantité mentionnée est la quantité maximale, mais une moindre quantité est préférable. Il est recommandé aux femmes enceintes de ne consommer aucune boisson alcoolisée.

Tableau A.2. **Directives nationales en matière de consommation d'alcool** (suite)

5. En Islande, les directives cliniques pour les soins primaires comprennent un critère de référence fixé à 21 unités hebdomadaires pour les hommes et 14 unités hebdomadaires pour les femmes. Toutefois, ces recommandations ne sont ni publiées ni diffusées.
6. En Corée, il n'existe pas de définition nationale. Les limites indiquées ici correspondent à celles de l'Enquête nationale par examen sur la santé et l'alimentation.
7. Au Mexique, il n'existe pas de définition officielle de la boisson alcoolisée standard, mais une étude de 2001 a estimé que la boisson mexicaine standard contient 13 grammes d'alcool pur (disponible à l'adresse suivante : www.alcoholinformate.org.mx/seminarios/Cuaderno11.pdf). Il n'existe aucune directive nationale se référant au seuil de consommation à risque. Cependant, il existe une Norme officielle mexicaine qui précise la relation entre le niveau d'éthanol dans le sang et le degré d'intoxication grâce aux symptômes (disponible à l'adresse suivante : www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/NormasPorTema/Alcohol.aspx). Cette norme s'applique aux travailleurs qui manipulent de l'éthanol, mais elle apparaît également dans la directive nationale sur le traitement des intoxications sévères à l'éthanol dans la population adulte.
8. L'Institut norvégien de santé publique a défini les limites de la boisson standard à 12-15 grammes.
9. En République slovaque, il n'existe pas de définition officielle du contenu d'une boisson standard et des seuils de consommation.
10. En Suède, il est recommandé à l'ensemble de la population de ne consommer aucune boisson alcoolisée pour se prémunir des risques.
11. Aux États-Unis, les réponses peuvent varier car ce sont les États et les juridictions locales qui fixent les politiques. Le Système d'information sur les politiques NIAAA contient davantage d'informations : <https://alcoholpolicy.niaaa.nih.gov>.
- Source : Correspondants nationaux de l'OCDE ; les seuils de suralcoolisation épisodique sont issus des questionnaires contenus dans les enquêtes nationales, cf. tableau A.1.

Les graphiques A.1 à A.6 présentent les probabilités ajustées de trois types de consommation : consommation globale au cours des 12 derniers mois, consommation à risque au cours des 12 derniers mois, et suralcoolisation épisodique (SAE) au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois. Les graphiques A.1 à A.3 présentent les probabilités par niveau d'instruction, tandis que les graphiques A.4 à A.6 les présentent en fonction du statut socio-économique (SSE, mesuré soit en fonction de la profession, soit en fonction du revenu du ménage, comme l'expliquent les notes des graphiques). Les graphiques A.1 à A.4 font apparaître un gradient net : les personnes ayant un meilleur niveau d'instruction et d'un meilleur statut socio-économique ont une plus forte probabilité d'avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Les tendances sont moins nettes pour ce qui concerne la consommation à risque et la SAE. Dans la plupart des pays, les hommes dont le niveau d'instruction et le statut socio-économique sont moindres ont une probabilité plus grande d'avoir une consommation à risque mais c'est l'inverse chez les femmes : la probabilité d'une consommation à risque est plus forte chez celles dont le niveau d'instruction et le statut socio-économique sont plus élevés, malgré quelques exceptions.

Graphique A.1. **Consommation globale au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'instruction, sélection de pays de l'OCDE**

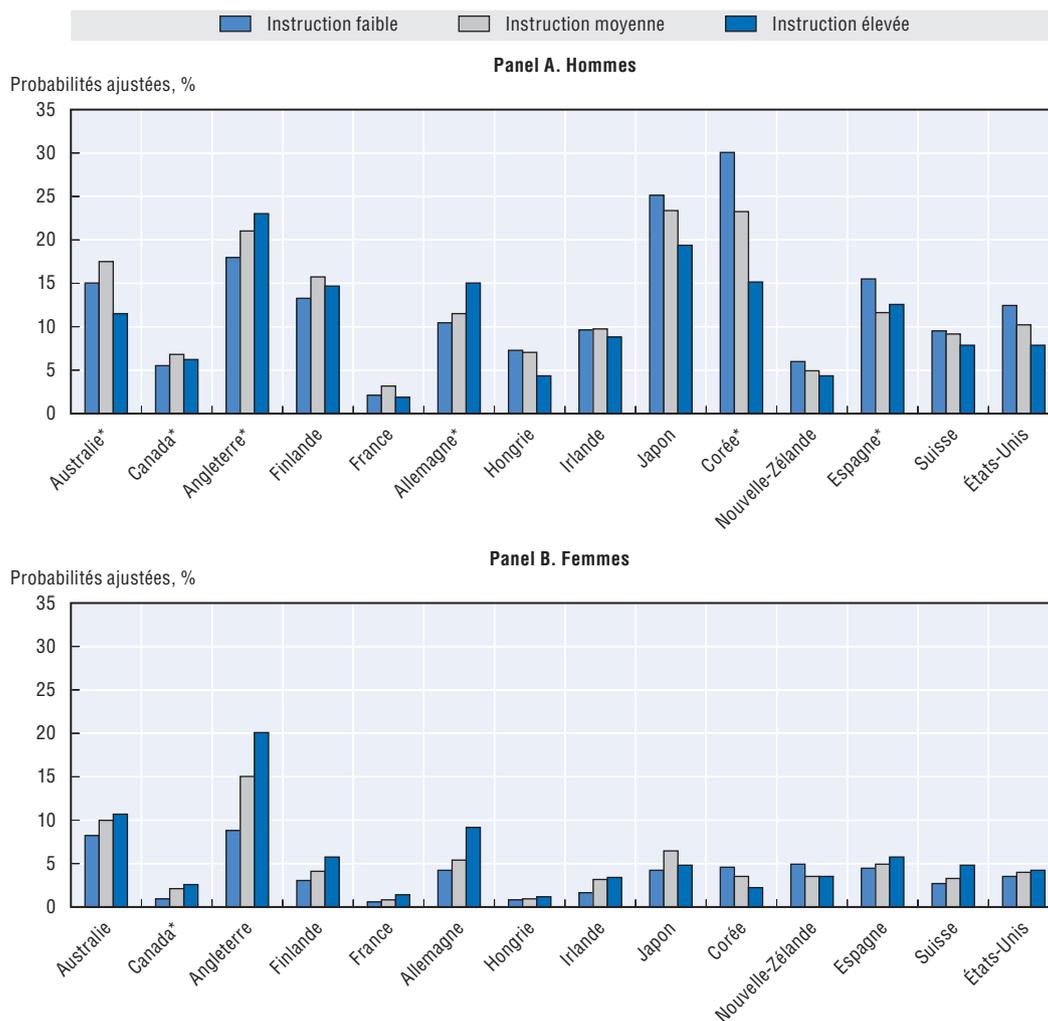


Note : L'analyse couvre les personnes âgées de 25 ans et plus, sauf en République tchèque, République slovaque et Slovénie, où toutes les personnes âgées de 16 ans et plus sont concernées. Les probabilités ajustées sont calculées pour un individu moyen âgé de 40 ans et toutes les covariables (statut marital, statut d'emploi, tabagisme, ethnicité) sont fixées à un niveau moyen. (*) désigne les cas dans lesquels le gradient global est significatif.

Source : Analyses par l'OCDE des données contenues dans les enquêtes nationales de santé (détails fournis au tableau A.1).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303711>

Graphique A.2. **Consommation à risque au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'instruction, sélection de pays de l'OCDE**

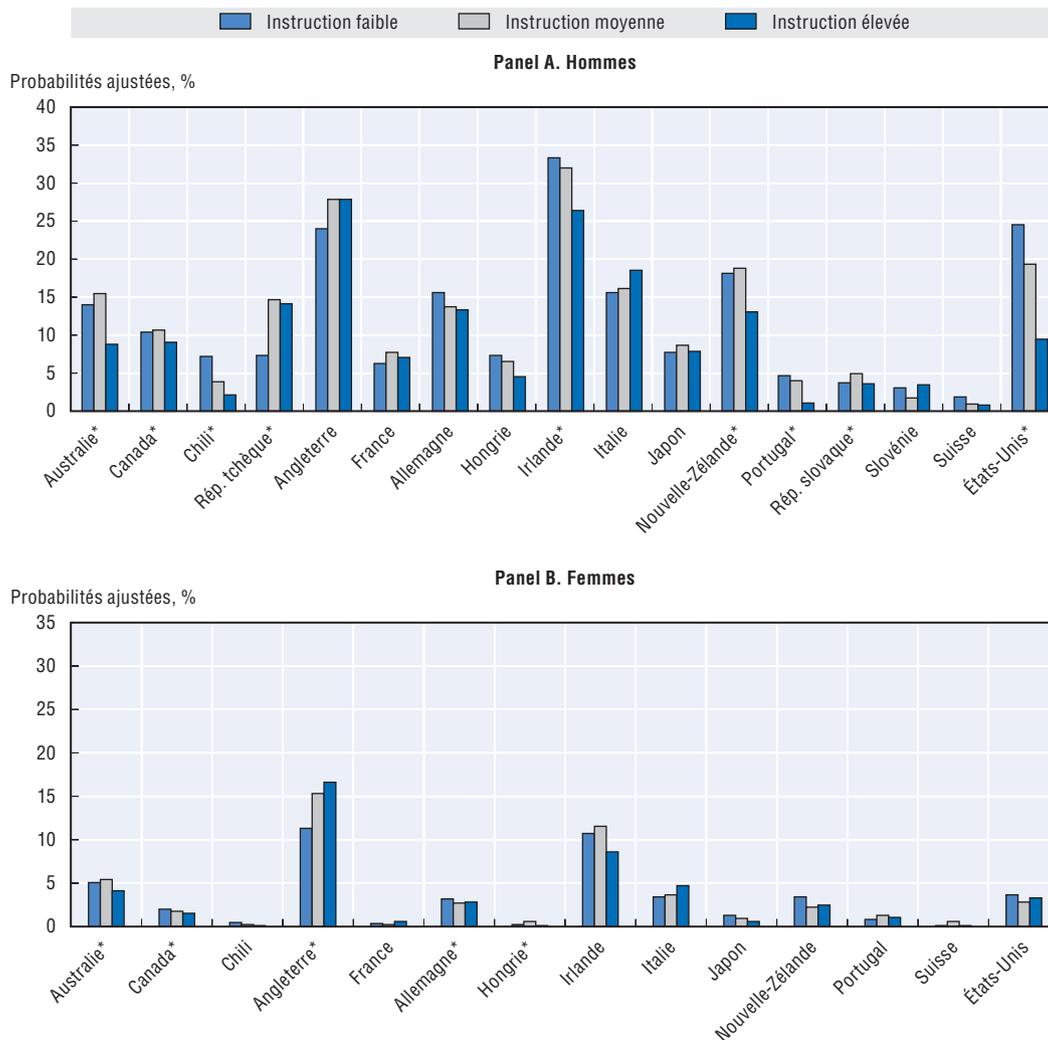


Note : L'analyse couvre les personnes âgées de 25 ans et plus. Les probabilités ajustées sont calculées pour un individu moyen âgé de 40 ans et toutes les covariables (statut marital, statut d'emploi, tabagisme, ethnicité) sont fixées à un niveau moyen. (*) désigne les cas dans lesquels le gradient global est significatif.

Source : Analyses par l'OCDE des données contenues dans les enquêtes nationales de santé (détails fournis au tableau A.1).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303723>

Graphique A.3. Suralcoolisation épisodique au moins une fois par semaine au cours des derniers mois en fonction du niveau d'instruction, sélection de pays de l'OCDE

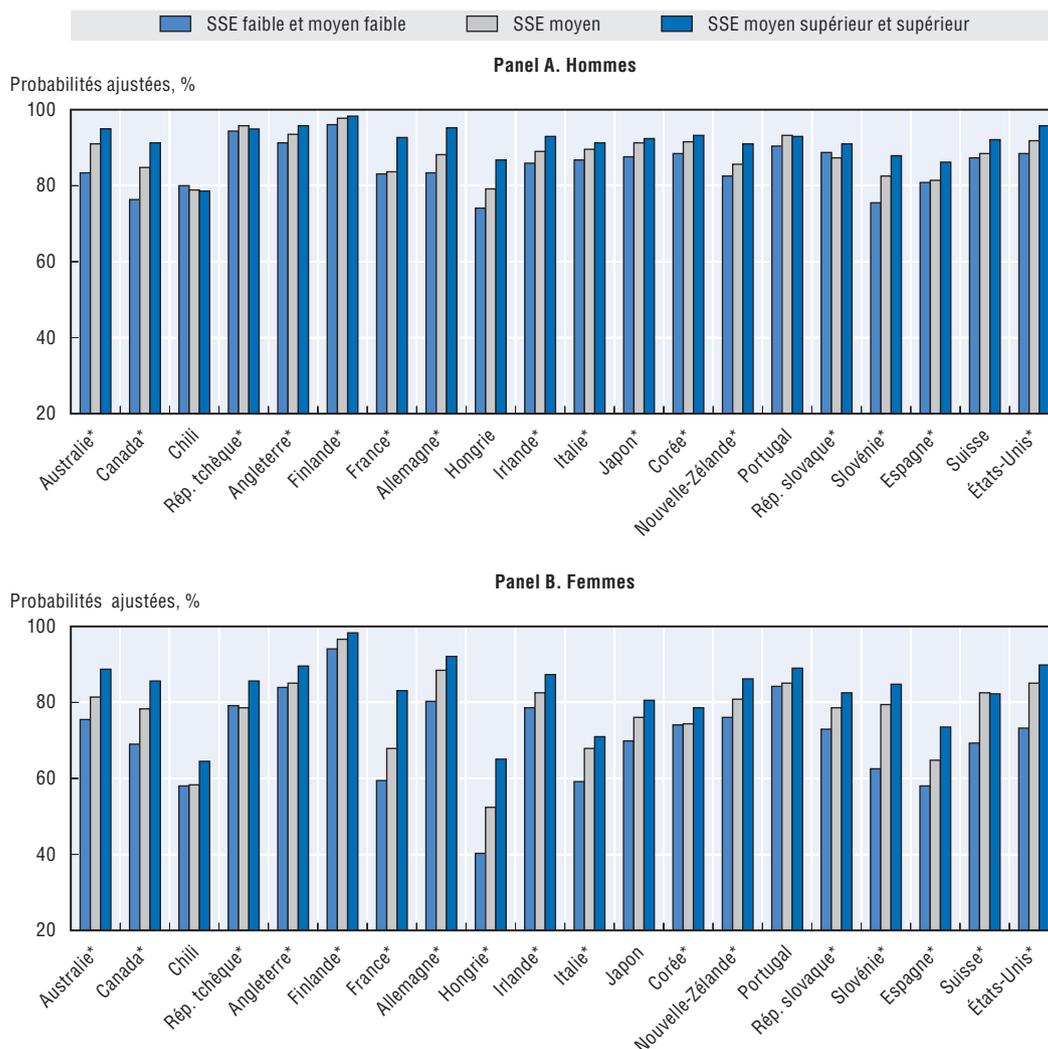


Note : L'analyse couvre les personnes âgées de 25 ans et plus. Les probabilités ajustées sont calculées pour un individu moyen âgé de 40 ans et toutes les covariables (statut marital, statut d'emploi, tabagisme, ethnicité) sont fixées à un niveau moyen. (*) désigne les cas dans lesquels le gradient global est significatif.

Source : Analyses par l'OCDE des données contenues dans les enquêtes nationales de santé (détails fournis au tableau A.1).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303730>

Graphique A.4. **Consommation globale au cours des 12 derniers mois en fonction du statut socio-économique (SSE), sélection de pays de l'OCDE**

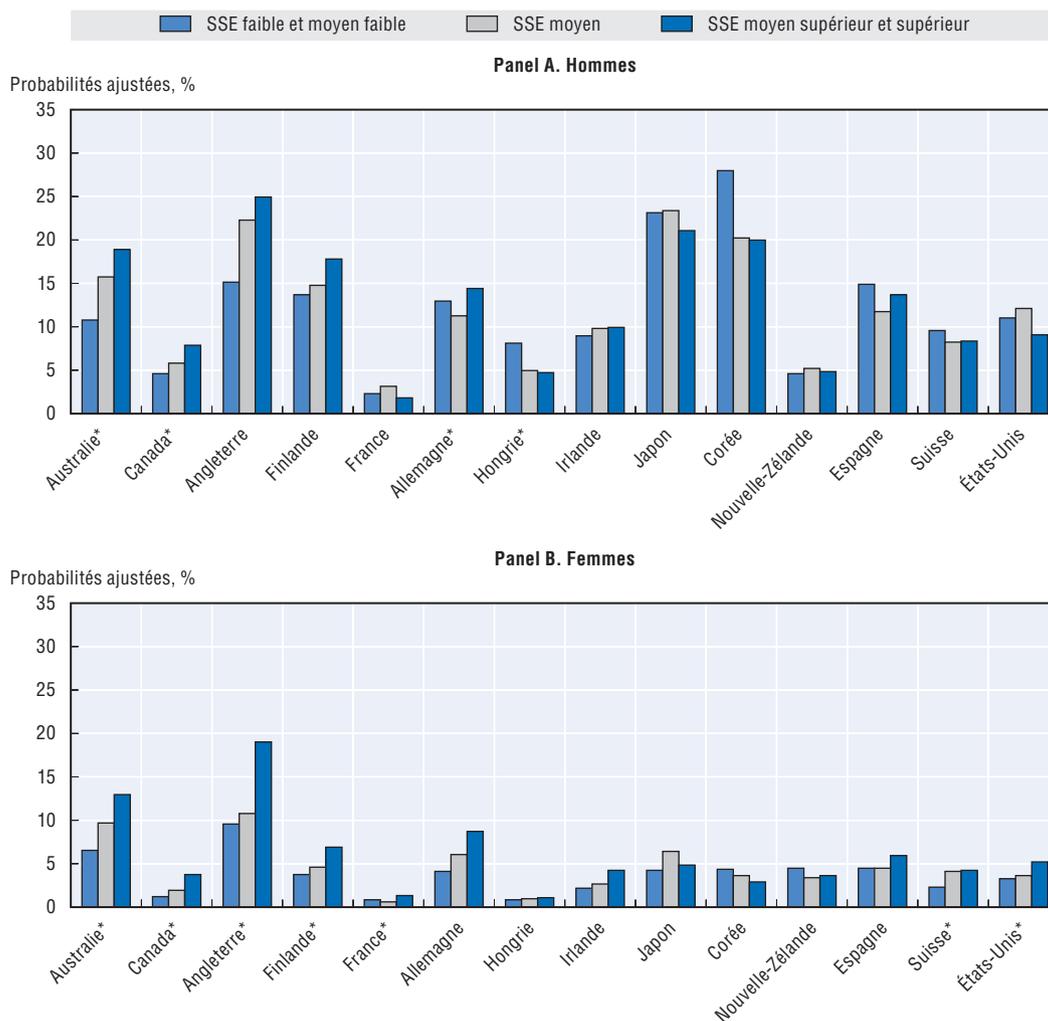


Note : L'analyse couvre les personnes âgées de 25 ans et plus, sauf en République tchèque, République slovaque et Slovénie, où toutes les personnes âgées de 16 ans et plus sont concernées. Les probabilités ajustées sont calculées pour un individu moyen âgé de 40 ans et toutes les covariables (statut marital, statut d'emploi, tabagisme, ethnicité) sont fixées à un niveau moyen. Le SSE est fondé sur la profession au Chili, en Angleterre, en France, en Hongrie, en Italie, au Japon, au Portugal, en Espagne et en Suisse, et sur le revenu des ménages dans les autres pays. (*) désigne les cas dans lesquels le gradient global est significatif.

Source : Analyses par l'OCDE des données contenues dans les enquêtes nationales de santé (détails fournis au tableau A.1).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303745>

Graphique A.5. **Consommation à risque au cours des 12 derniers mois en fonction du statut socio-économique (SSE), sélection de pays de l'OCDE**

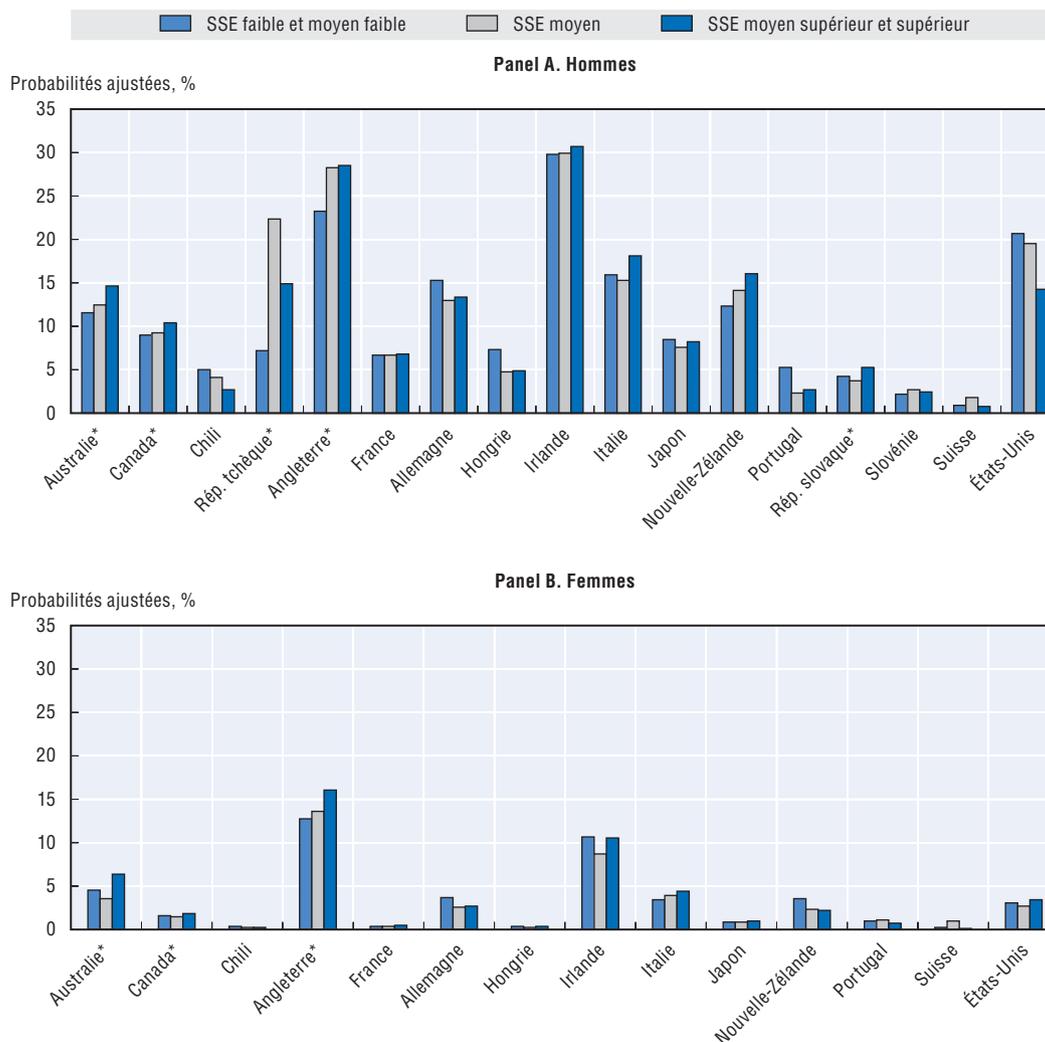


Note : L'analyse couvre les personnes âgées de 25 ans et plus. Les probabilités ajustées sont calculées pour un individu moyen âgé de 40 ans et toutes les covariables (statut marital, statut d'emploi, tabagisme, ethnicité) sont fixées à un niveau moyen. Le SSE est fondé sur la profession en Angleterre, en France, en Hongrie, au Japon, en Espagne et en Suisse, et sur le revenu des ménages dans les autres pays.

Source : Analyses par l'OCDE des données contenues dans les enquêtes nationales de santé (détails fournis au tableau A.1).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303756>

Graphique A.6. **Suralcoolisation épisodique au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois en fonction du statut socio-économique (SSE), sélection de pays de l'OCDE**



Note : L'analyse couvre les personnes âgées de 25 ans et plus, sauf en République tchèque, République slovaque et Slovénie, où toutes les personnes âgées de 16 ans et plus sont concernées. Les probabilités ajustées sont calculées pour un individu moyen âgé de 40 ans et toutes les covariables (statut marital, statut d'emploi, tabagisme, ethnicité) sont fixées à un niveau moyen. Le SSE est fondé sur la profession au Chili, en Angleterre, en France, en Hongrie, en Italie, au Japon, au Portugal et en Suisse, et sur le revenu des ménages dans les autres pays.

Source : Analyses par l'OCDE des données contenues dans les enquêtes nationales de santé (détails fournis au tableau A.1).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303766>

2. Tableaux et graphiques complémentaires associés au chapitre 4

Le tableau A.3 présente des informations propres à chaque pays concernant les principaux domaines d'action en matière de lutte contre l'alcool : âge légal national minimum pour la vente sur place ou à emporter de bière, de vin et de spiritueux ; restrictions sur les ventes sur place et à emporter de boissons alcoolisées ; concentration légale nationale maximale d'alcool dans le sang ; réglementation juridiquement contraignante concernant la publicité pour les boissons alcoolisées. Le *Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé* de l'OMS constitue la principale source d'information. Toutefois, ces informations ont été validées et parfois amendées par les correspondants nationaux de l'OCDE. Seules les

politiques nationales, ou celles appliquées de façon cohérente par toutes les juridictions infranationales d'un pays, ont été rapportées dans le tableau. Cependant, dans certains pays, les juridictions infranationales ont différentes politiques en place, et celles-ci ne sont pas rapportées dans le tableau. Des informations complémentaires et des descriptions narratives des mesures recensées dans le tableau figurent au chapitre 4.

Tableau A.3. **Aperçu d'une série de politiques de l'alcool dans les pays de l'OCDE et dans des économies partenaires**

	Australie	Autriche	Belgique	Brésil	Canada	Chili	Chine	République tchèque	Danemark	Estonie
Âge légal national minimum pour la vente à emporter										
Bière	18	16	16	18	Infra	18	N	18	16	18
Vin	18	16	16	18	Infra	18	N	18	16	18
Spiritueux	18	Infra	18	18	Infra	18	N	18	18	18
Âge légal national minimum pour la vente sur place										
Bière	18	16	16	18	Infra	18	N	18	18	18
Vin	18	16	16	18	Infra	18	N	18	18	18
Spiritueux	18	Infra	18	18	Infra	18	N	18	18	18
Restrictions à la vente sur place et à emporter de boissons alcoolisées										
Durée (heures/jour)	O/O	O/O	N/N	N/N	O/O	O/O	N/N	N/N	O/O	O/N
Emplacement (lieu/densité)	O/O	O/N	N/N	N/N	O/O	O/O	N/N	O/N	N/N	O/N
Manifestations particulières	O	N	O	O	O	O	N	O	N	N
Personnes intoxiquées	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Stations d'essence	O	N	O	O	O	O	N	N	N	N
Maximum légal national de concentration d'alcool dans le sang (%)										
Général	0.05	0.05	0.05	0.02	Infra	0.03	0.02	0	0.05	0.02
Jeunes	0	0.01	0.05	0.02	0.04	0.03	0.02	0	0.05	0.02
Professionnels	0	0.01	0.05	0.02	Infra	0.03	0.02	0	0.05	0.02
Réglementation juridiquement contraignante										
Publicité	O	O	N	O	O	N	O	O	O	O
Placement des produits	N	O	N	O	N	N	N	O	O	N
Parrainage	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N
Promotion des ventes	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Avertissements sanitaires (annonce/contenants)	N/N	N/N	N/N	O/O	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	O/N
	Finlande	France	Allemagne	Grèce	Hongrie	Islande	Inde	Indonésie	Irlande	Israël
Âge légal national minimum pour la vente à emporter										
Bière	18	18	16	18	18	20	Infra	21	18	18
Vin	18	18	16	18	18	20	Infra	21	18	18
Spiritueux	20	18	18	18	18	20	Infra	21	18	18
Âge légal national minimum pour la vente sur place										
Bière	18	18	16	18	18	20	Infra	21	18	18
Vin	18	18	16	18	18	20	Infra	21	18	18
Spiritueux	18	18	18	18	18	20	Infra	21	18	18
Restrictions à la vente sur place et à emporter de boissons alcoolisées										
Durée (heures/jour)	O/O	N/N	N/N	N/N	N/N	O/O	O/O	O/N	O/O	O/N
Emplacement (lieu/densité)	O/O	O/O	N/N	N/N	O/N	N/N	O/O	O/N	O/O	N/N
Manifestations particulières	O	O	N	O	O	O	O	N	O	N
Personnes intoxiquées	O	O	O	N	O	O	N	N	O	N
Stations d'essence	N	O	N	N	N	O	O	N	O	N
Maximum légal national de concentration d'alcool dans le sang (%)										
Général	0.05	0.05	0.05	0.05	0	0.05	0.03	0	0.05	0.05
Jeunes	0.05	0.05	0	0.02	0	0.05	0.03	0	0.02	0.01
Professionnels	0.05	0.05/0.02(+)	0.05/0(+)	0.02	0	0.05	0.03	0	0.02	0.01
Réglementation juridiquement contraignante										
Publicité	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O
Placement des produits	O	O	O	N	O	O	O	O	O	N
Parrainage	O	O	N	N	N	O	O	O	N	N
Promotion des ventes	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O
Avertissements sanitaires (annonce/contenants)	N/N	O/O	N/N	N/N	N/N	N/N	O/O	O/O	N/N	O/O

Tableau A.3. **Aperçu d'une série de politiques de l'alcool dans les pays de l'OCDE et dans des économies partenaires (suite)**

	Italie	Japon	Corée	Luxembourg	Mexique	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Norvège	Pologne	Portugal
Âge légal national minimum pour la vente à emporter										
Bière	18	20	19	16	18	18	18	18	18	16
Vin	18	20	19	16	18	18	18	18	18	16
Spiritueux	18	20	19	16	18	18	18	20	18	18
Âge légal national minimum pour la vente sur place										
Bière	18	20	19	16	18	18	18	18	18	16
Vin	18	20	19	16	18	18	18	18	18	16
Spiritueux	18	20	19	16	18	18	18	20	18	18
Restrictions à la vente sur place et à emporter de boissons alcoolisées										
Durée (heures/jour)	O/N	N/N	N/N	O/N	O/N	N/N	O/O	O/O	N/N	O/N
Emplacement (lieu/densité)	O/N	N/N	N/N	N/O	O/N	O/N	O/N	N/N	O/N	O/N
Manifestations particulières	O	N	N	N	O	O	N	N	O	O
Personnes intoxiquées	O	N	N	O	O	O	O	O	O	O
Stations d'essence	O	N	N	N	N	O	O	O	N	O
Maximum légal national de concentration d'alcool dans le sang (%)										
Général	0.05	0.03	0.05	0.05	Infra	0.05	0.05	0.02	0.02	0.05
Jeunes	0.00	0.03	0.05	0.02	Infra	0.02	0.00	0.02	0.02	0.02
Professionnels	0.00	0.03	0.05	0.02	Infra	0.05	0.05	0.02	0.02	0.02
Réglementation juridiquement contraignante										
Publicité	O	N	O	N	O	O	O	O	O	O
Placement des produits	N	N	N	N	O	N	N	O	O	O
Parrainage	O	N	N	N	O	N	N	O	O	O
Promotion des ventes	O	N	N	N	O	N	O	O	O	O
Avertissements sanitaires (annonce/contenants)	N/N	N/N	N/O	N/N	O/O	N/N	N/N	N/N	O/N	N/N

	Fédération de Russie	Slovaquie	Slovénie	Afrique du Sud	Espagne	Suède	Suisse	Turquie	Royaume-Uni	États-Unis
Âge légal national minimum pour la vente à emporter										
Bière	18	18	18	18	16	18*	16	18	18	21
Vin	18	18	18	18	16	20	16	18	18	21
Spiritueux	18	18	18	18	16	20	18	18	18	21
Âge légal national minimum pour la vente sur place										
Bière	18	18	18	18	16	18	16	18	18	21
Vin	18	18	18	18	16	18	16	18	18	21
Spiritueux	18	18	18	18	16	18	18	18	18	21
Restrictions à la vente sur place et à emporter de boissons alcoolisées										
Durée (heures/jour)	O/N	N/N	O/N	O/N	N/N	O/O	N/N	O/N	O/N	Infra
Emplacement (lieu/densité)	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/O	O/N	O/N	N/O	Infra
Manifestations particulières	O	O	O	N	O	O	O	O	O	Infra
Personnes intoxiquées	N	O	O	O	N	O	N	N	O	Infra
Stations d'essence	N	N	O	N	O	O	N	O(‡)	O	Infra
Maximum légal national de concentration d'alcool dans le sang (%)										
Général	0.00	0	0.05	0.05	0.02	0.05	0.05	0.05	0.08	0.08
Jeunes	0.00	0	0	0.05	0.03	0.02	0.01	0.05	0.08	Infra
Professionnels	0.00	0	0	0.05	0.03	0.02	0.01	0.02	0.08	0.04
Réglementation juridiquement contraignante										
Publicité	O	O	O	N	O	O	O	O	O	N
Placement des produits	N	O	N	N	N	O	N	O	O	N
Parrainage	N	O	N	N	N	O	O	O	N	N
Promotion des ventes	N	N	N	N	N	O	O	O	N	N
Avertissements sanitaires (annonce/contenants)	O/O	N/N	O/N	N/O	N/N	O/N	N/N	N/N	N/N	O/O

Note : (†) En France et en Allemagne, les conducteurs professionnels de véhicules transportant des passagers ont une limite de la concentration d'alcool dans le sang plus stricte que les autres conducteurs professionnels ; (*) L'âge minimum en Suède est 18 ans pour la bière contenant moins de 3.5% d'alcool ; (‡) La vente de bière est autorisée dans les stations d'essence en Turquie. Infra : infranational.

Source : Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé 2014 et correspondants nationaux de l'OCDE.

3. Tableaux et graphiques complémentaires associés au chapitre 5

Les tableaux A.4 à A.6 contiennent la liste des principaux paramètres d'entrée utilisés dans les analyses modélisées qui sont présentées au chapitre 5, ainsi que les références correspondant aux sources respectives. Les références sont indiquées à côté des paramètres d'entrée.

Le tableau A.7 représente le coût par personne (par unité de population) des interventions évaluées dans les analyses de l'OCDE. Seuls les coûts associés à la réalisation des interventions sont pris en compte et exprimés en dollars américains (USD) à parité de pouvoir d'achat (PPA).

Le graphique A.7 représente l'efficacité cumulée des stratégies d'interventions multiples sur la durée dans les trois pays étudiés. L'axe des ordonnées représente le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) gagnées (milliers), tandis que l'axe des abscisses correspond à la période sur laquelle a porté l'analyse. Les AVCI sont actualisées de manière exponentielle à un taux de 3 %.

Le graphique A.8 décrit l'impact cumulé des stratégies d'interventions multiples sur les dépenses de santé sur la durée dans les trois pays étudiés. L'axe des ordonnées représente l'impact cumulé des interventions sur les dépenses de santé (USD à PPA par personne), et l'axe des abscisses correspond à la période sur laquelle a porté l'analyse. Les données sont actualisées de manière exponentielle à un taux de 3%.

Les graphiques A.9, A.11 et A.13 illustrent les ratios annuels moyens coût-efficacité des différentes mesures dix ans après leur entrée en vigueur. L'axe des ordonnées représente les coûts d'intervention (millions d'USD à PPA), tandis que l'axe des abscisses montre les effets des interventions (milliers d'AVCI). Les nuages de points correspondant à chaque intervention reflète l'incertitude stochastique qui entoure les estimations de coûts et d'effets dans les simulations modélisées. Les nuages qui se trouvent principalement ou complètement en deçà des lignes de seuil correspondent à des bilans coût-efficacité favorables.

Les graphiques A.10, A.12 et A.14 représentent les ratios annuels moyens coût-efficacité des différentes mesures 40 ans après leur entrée en vigueur. Ces données ont les mêmes caractéristiques que celles qui figurent dans les graphiques A.9, A.11 et A.13.

Tableau A.4. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – Canada

	Répartition de la population	United States Census Bureau. International Data Base. Disponible à l'adresse suivante : www.census.gov/population/international/data/idb/region.php .
	Mortalité totale	Human Mortality Database, Université de Californie, Berkeley (Etats-Unis) et Institut Max Planck pour la recherche démographique (Allemagne). Disponible à l'adresse suivante : http://www.mortality.org .
	Taux de fécondité	Division de la population de l'ONU. Base de données en ligne, indicateurs détaillés. Disponible à l'adresse suivante : http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm .
	Taux de migrations	Calculs de l'OCDE sur la répartition de la population et les données relatives à la mortalité.
	Risque relatif SSE – mortalité	Mackenbach, J.P., A.E. Kunst, A.E. Cavelaars, F. Groenof et J.J. Geurts (1997), "Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe", <i>The Lancet</i> , vol. 349, n° 9066, pp. 1655-1659. Pappas, G., S. Queen, W. Hadden et G. Fisher (1993), "The Increasing Disparity in Mortality Between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986", <i>New England Journal of Medicine</i> , vol. 329, n° 2, pp. 103-109.
	Poids des handicaps	Lopez, A.D., C.D. Mathers, M. Ezzati, D.T. Jamison et C.J.L. Murray (2006), <i>Global Burden of Disease and Risk Factors</i> , Oxford University Press/The World Bank, New York.
Consommation d'alcool	Probabilité de l'initiation	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Ottawa, Statistique Canada, 2012. Disponible à l'adresse suivante : www.statcan.gc.ca/concepts/health-sante/index-eng.htm .
	Volume Habitudes	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Ottawa, Statistique Canada, 2012. Disponible à l'adresse suivante : www.statcan.gc.ca/concepts/nphs-ensp/index-eng.htm .
Cancers	Incidence	
	Prévalence	IARC. Globocan database. Website http://globocan.iarc.fr/ .
	Mortalité	
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP.
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619. Lhachimi, S.K., K.J. Cole, W.J. Nusselder, H.A. Smit, P. Baili, K. Bennett, J. Pomerleau, M. McKee, K. Charlesworth, M.C. Kulik, J.P. Mackenbach et H. Boshuizen (2012), "Health Impacts of Increasing Alcohol Prices in the European Union: A Dynamic Projection", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 55, n° 3, pp. 237-243.
	Risque relatif SSE – incidence [oropharynx, sein]	van Loon, A.J., J. Brug, R.A. Goldbohm, P.A. van den Brandt et J. Burg (1995), "Differences in Cancer Incidence and Mortality Among Socio-economic Groups", <i>Scandinavian Journal Social Medicine</i> , vol. 23, n° 2, pp. 110-120.
Risque relatif SSE – incidence [foie, oesophage]	Ferraroni, M., E. Negri, C. La Vecchia, B. D'Avanzo et S. Franceschi (1989), "Socioeconomic Indicators, Tobacco and Alcohol in the Aetiology of Digestive Tract Neoplasms", <i>International Journal of Epidemiology</i> , vol. 18, n° 3, pp. 556-562.	
Risque relatif cirrhose – cancer [foie]	Ha, N.B., N.B. Ha, A. Ahmed, W. Ayoub, T.J. Daugherty, E.T. Chang, G.A. Lutchman, G. Garcia, A.D Cooper, E.B. Keeffe et M.H. Nguyen (2012), "Risk Factors for Hepatocellular Carcinoma in Patients with Chronic Liver Disease: A Case-control Study", <i>Cancer Causes Control</i> , vol. 23, n° 3, pp. 455-462.	
Cardiopathies ischémiques	Incidence	Statistique Canada. Statistiques de l'état-civil, base de données sur les décès. Ottawa, Statistique Canada.
	Prévalence	Calibrage OCDE des calculs PHAC avec DisMod II.
	Mortalité	Statistique Canada. Statistiques de l'état-civil, base de données sur les décès. Ottawa, Statistique Canada.
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence*.
	Rémission/durée	Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP.
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619. Roercke, M. et J. Rehm (2010), "Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-analysis", <i>American Journal of Epidemiology</i> , vol. 171, n° 6, pp. 633-644.
	Risque relatif SSE – incidence	Forssas, E.H., I.T. Keskimäki, A.R. Reunanen et S.V. Koskinen (2008), "Coronary Heart Disease Among Diabetic and Nondiabetic People – Socioeconomic Differences in Incidence, Prognosis and Mortality", <i>Journal of Diabetes and its Complications</i> , vol. 22, n° 1, pp. 10-17. Salomaa, V., M. Niemelä, H. Miettinen, M. Ketonen, P. Immonen-Räihä, S. Koskinen, M. Mähönen, S. Lehto, T. Vuorenmaa, P. Palomäki, H. Mustaniemi, E. Kaarsalo, M. Arstila, J. Torppa, K. Kuulasmaa, P. Puska, K. Pyörälä et J. Tuomilehto (2000), "Relationship of Socioeconomic Status to the Incidence and Prehospital, 28-day, and 1-year Mortality Rates of Acute Coronary Events in the FINMONICA Myocardial Infarction Register Study", <i>Circulation</i> , vol. 101, n° 6, pp. 1913-1918.

Tableau A.4. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – Canada (suite)

	Risque relatif SSE – mortalité	<p>Haan, M., G.A. Kaplan et T. Camacho (1987), "Poverty and Health. Prospective Evidence from the Alameda County Study", <i>American Journal of Epidemiology</i>, vol. 125, n° 6, pp. 989-998.</p> <p>Logue, E.E. et D. Jarjoura (1990), "Modeling Heart Disease Mortality with Census Tract Rates and Social Class Mixtures", <i>Social Science & Medicine</i>, vol. 31, n° 5, pp. 545-550.</p> <p>Kaplan, G.A. et J.E. Keil (1993), "Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: A Review of the Literature", <i>Circulation</i>, vol. 88(4Pt1), pp. 1973-1998.</p>
Maladies cardio-vasculaires	Incidence	Statistique Canada. Statistiques de l'état-civil, base de données sur les décès. Ottawa, Statistique Canada.
	Prévalence	Calibrage OCDE des calculs PHAC avec DisMod II.
	Mortalité	Statistique Canada. Statistiques de l'état-civil, base de données sur les décès. Ottawa, Statistique Canada.
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP.
	Risque relatif alcool – incidence	<p>Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i>, vol. 38, n° 5, pp. 613-619.</p> <p>Lhachimi, S.K., K.J. Cole, W.J. Nusselder, H.A. Smit, P. Baili, K. Bennett, J. Pomerleau, M. McKee, K. Charlesworth, M.C. Kulik, J.P. Mackenbach et H. Boshuizen (2012), "Health Impacts of Increasing Alcohol Prices in the European Union: A Dynamic Projection", <i>Preventive Medicine</i>, vol. 55, n° 3, pp. 237-243.</p>
	Risque relatif SSE – incidence	<p>Kuper, H., H.O. Adami, T. Theorell et E. Weiderpass (2007), "The Socioeconomic Gradient in the Incidence of Stroke: A Prospective Study in Middle-aged Women in Sweden", <i>Stroke</i>, vol. 38, n° 1, pp. 27-33.</p> <p>Hart, C.L., D.J. Hole et G.D. Smith (2000), "The Contribution of Risk Factors to Stroke Differentials, by Socioeconomic Position in Adulthood: The Renfrew/Paisley Study", <i>American Journal of Public Health</i>, vol. 90, n° 11, pp. 1788-1791.</p>
	Risque relatif SSE – mortalité	<p>Arrich, J., W. Lalouschek et M. Müllner (2005), "Influence of Socioeconomic Status on Mortality After Stroke: Retrospective Cohort Study", <i>Stroke</i>, vol. 36, n° 2, pp. 310-314.</p> <p>Arrich, J., M. Müllner, W. Lalouschek, S. Greisenegger, R. Crevenna et H. Herkner (2008), "Influence of Socioeconomic Status and Gender on Stroke Treatment and Diagnostics", <i>Stroke</i>, vol. 39, n° 7, pp. 2066-2072.</p> <p>Jakovljević, D., C. Sarti, J. Sivenius, J. Torppa, M. Mähönen, P. Immonen-Räihä, E. Kaarsalo, K. Alhainen, K. Kuulasmaa, J. Tuomilehto, P. Puska et V. Salomaa (2001), "Socioeconomic Status and Ischemic Stroke: The FINMONICA Stroke Register", <i>Stroke</i>, vol. 32, n° 7, pp. 1492-1498.</p>
Troubles de l'alcool	Incidence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Prévalence	OMS. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gho/data/view.main.58000 .
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011).
	Létalité	OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Rémission/durée	<p>Hasin, D.S., F.S. Stinson, E. Ogburn et B.F. Grant (2007), "Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", <i>Archives of General Psychiatry</i>, vol. 64, n° 7, pp. 830-842.</p> <p>Dawson, D.A., B.F. Grant, F.S. Stinson, P.S. Chou, B. Huang et W.J. Ruan (2006), "Recovery from DSM-IV Alcohol Dependence: United States, 2001-2002", <i>Alcohol Research and Health</i>, vol. 29, n° 2, pp. 131-142.</p>
	Risque relatif alcool – incidence	<p>Meier, P. (2008), "Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion – Part B: Modeling the Potential Impact of Pricing and Promotion Policies for Alcohol in England: Results from the Sheffield Alcohol Policy Model", Sheffield: University of Sheffield.</p> <p>Dawson, D.A., T.K. Li et B.F. Grant (2008), "A Prospective Study of Risk Drinking: At Risk for What?", <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, vol. 95, n° 1-2, pp. 62-72.</p>

Tableau A.4. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – Canada (suite)

Cirrhose du foie	Incidence	Calculs de l'OCDE.
	Prévalence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	Fauci, A.S., E. Braunwald, D.L. Kasper, S.L. Hauser, D.L. Longo, J.L. Jameson et J. Loscalzo (2009), <i>Harrison's Manual of Medicine</i> , McGraw Hill Professional, London.
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619.
	Risque relatif SSE – incidence	Najman, J.M., G.M. Williams et R. Room (2007), "Increasing Socioeconomic Inequalities in Male Cirrhosis of the Liver Mortality: Australia 1981-2002", <i>Drug and Alcohol Review</i> , vol. 26, n° 3, pp. 273-278.
		Crombie, I.K. et E. Precious (2011), "Changes in the Social Class Gradient of Cirrhosis Mortality in England and Wales Across the 20th Century", <i>Alcohol and Alcoholism</i> , vol. 46, n° 1, pp. 80-82.
Epilepsie	Incidence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Prévalence	Statistique Canada. Base de données CANSIM : problèmes neurologiques, selon le groupe d'âge et le sexe. Disponible à l'adresse suivante : www5.statcan.gc.ca/cansim/ .
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Risque relatif alcool – incidence	Meier, P. (2008), "Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion – Part B: Modeling the Potential Impact of Pricing and Promotion Policies for Alcohol in England: Results from the Sheffield Alcohol Policy Model", Sheffield: University of Sheffield.
	Risque relatif SSE – incidence	Heaney, D.C., B.K. MacDonald, A. Everitt, S. Stevenson, G.S. Leonardi, P. Wilkinson et J.W. Sander (2002), "Socioeconomic Variation in Incidence of Epilepsy: Prospective Community Based Study in South East England", <i>British Medical Journal</i> , Vol. 325, No. 7371, pp. 1013-1016.
		Benn, E.K., W.A. Hauser, T. Shih, L. Leary, E. Bagiella, P. Dayan, R. Green, H. Andrews, D.J. Thurman et D.C. Hesdorffer (2008), "Estimating the Incidence of First Unprovoked Seizure and Newly Diagnosed Epilepsy in the Low-income Urban Community of Northern Manhattan, New York City", <i>Epilepsia</i> , Vol. 49, No. 8, pp. 1431-1439.
Blessures	Incidence	Sauve-qui-pense : Le Fardeau économique des blessures au Canada (2009).
	Prévalence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Mortalité	Statistique Canada. Mortalité : liste sommaire des causes. Ottawa : Statistique Canada (2009).
	Létalité	Calculs de l'OCDE.
	Rémission/durée	Sauve-qui-pense : Le Fardeau économique des blessures au Canada (2009).
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619.
	Risque relatif alcool – mortalité	White, I.R., D.R. Altmann et K. Nanchahal (2002), "Alcohol Consumption and Mortality: Modelling Risks for Men and Women at Different Ages", <i>British Medical Journal</i> , vol. 325, n° 7357, p. 191.
	Risque relatif SSE – incidence	Cubbin, C., F.B. LeClere et G.S. Smith (2000), "Socioeconomic Status and the Occurrence of Fatal and Nonfatal Injury in the United States", <i>American Journal of Public Health</i> , vol. 90, n° 1, pp. 70-77.

Tableau A.5. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – République tchèque

	Répartition de la population	United States Census Bureau. International Data Base. Disponible à l'adresse suivante : www.census.gov/population/international/data/idb/region.php .
	Mortalité totale	Division de la population de l'ONU. Perspectives d'avenir de la population mondiale, ensemble de données étendues. Disponible à l'adresse suivante : http://esa.un.org/unpd/wpp/ASCII-Data/DISK_NAVIGATION_ASCII.htm .
	Taux de fécondité	Division de la population de l'ONU. Base de données démographiques en ligne, indicateurs détaillés. Disponible à l'adresse suivante : http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm .
	Taux de migrations	Calculs de l'OCDE sur la répartition de la population et les données relatives à la mortalité.
	Risque relatif SSE – mortalité résiduelle	Mackenbach, J.P., A.E. Kunst, A.E. Cavelaars, F. Groenhouf et J.J. Geurts (1997), "Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe", <i>The Lancet</i> , vol. 349, n° 9066, pp. 1655-1659. Pappas, G., S. Queen, W. Hadden et G. Fisher (1993), "The Increasing Disparity in Mortality Between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986", <i>New England Journal of Medicine</i> , vol. 329, n° 2, pp. 103-109.
	Poids des handicaps	Lopez, A.D., C.D. Mathers, M. Ezzati, D.T. Jamison et C.J.L. Murray (2006), <i>Global Burden of Disease and Risk Factors</i> , Oxford University Press/The World Bank, New York.
Consommation d'alcool	Probabilité de l'initiation	Institut pour la recherche thérapeutique. Enquête épidémiologique sur l'abus de substances (1995, 1997, 2000, 2003, 2006, and 2009). Disponible à l'adresse suivante : http://www.gesis.org .
	Volume Habitudes	Analyses de l'Institut national tchèque de la santé publique sur : Enquête nationale 2012 sur le tabagisme et la consommation d'alcool en République tchèque ; Enquête nationale 2005 sur la santé mentale ; étude GENACIS 2002.
Cancers	Incidence	CIRC. Base de données Globocan. Disponible à l'adresse suivante : http://globocan.iarc.fr/ .
	Prévalence	
	Mortalité	
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP.
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619. Lhachimi, S.K., K.J. Cole, W.J. Nusselder, H.A. Smit, P. Bailly, K. Bennett, J. Pomerleau, M. McKee, K. Charlesworth, M.C. Kulik, J.P. Mackenbach et H. Boshuizen (2012), "Health Impacts of Increasing Alcohol Prices in the European Union: A Dynamic Projection", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 55, n° 3, pp. 237-243.
	Risque relatif SSE – incidence (oropharynx, sein)	van Loon, A.J., J. Brug, R.A. Goldbohm, P.A. van den Brandt et J. Burg (1995), "Differences in Cancer Incidence and Mortality Among Socio-economic Groups", <i>Scandinavian Journal Social Medicine</i> , vol. 23, n° 2, pp. 110-120.
	Risque relatif SSE – incidence (foie, œsophage)	Ferraroni, M., E. Negri, C. La Vecchia, B. D'Avanzo et S. Franceschi (1989), "Socioeconomic Indicators, Tobacco and Alcohol in the Aetiology of Digestive Tract Neoplasms", <i>International Journal of Epidemiology</i> , vol. 18, n° 3, pp. 556-562.
Cardiopathies ischémiques	Risque relatif cirrhose – cancer (foie)	Ha, N.B., N.B. Ha, A. Ahmed, W. Ayoub, T.J. Daugherty, E.T. Chang, G.A. Lutchman, G. Garcia, A.D. Cooper, E.B. Keeffe et M.H. Nguyen (2012), "Risk Factors for Hepatocellular Carcinoma in Patients with Chronic Liver Disease: A Case-control Study", <i>Cancer Causes Control</i> , vol. 23, n° 3, pp. 455-462.
	Incidence	OMS Europe. Base de données européenne sur la morbidité à l'hôpital. Disponible à l'adresse suivante : http://data.euro.who.int/hmdb/index.php .
	Prévalence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP.
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619. Roerecke, M. et J. Rehm (2010), "Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-analysis", <i>American Journal of Epidemiology</i> , vol. 171, n° 6, pp. 633-644.

Tableau A.5. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – République tchèque (suite)

	Risque relatif SSE – incidence	<p>Forssas, E.H., I.T. Keskimäki, A.R. Reunanen et S.V. Koskinen (2008), "Coronary Heart Disease Among Diabetic and Nondiabetic People – Socioeconomic Differences in Incidence, Prognosis and Mortality", <i>Journal of Diabetes and its Complications</i>, vol. 22, n° 1, pp. 10-17.</p> <p>Salomaa, V., M. Niemelä, H. Miettinen, M. Ketonen, P. Immonen-Räihä, S. Koskinen, M. Mähönen, S. Lehto, T. Vuorenmaa, P. Palomäki, H. Mustaniemi, E. Kaarsalo, M. Arstila, J. Torppa, K. Kuulasmaa, P. Puska, K. Pyörälä et J. Tuomilehto (2000), "Relationship of Socioeconomic Status to the Incidence and Prehospital, 28-day, and 1-year Mortality Rates of Acute Coronary Events in the FINMONICA Myocardial Infarction Register Study", <i>Circulation</i>, vol. 101, n° 16, pp. 1913-1918.</p>
	Risque relatif SSE – mortalité	<p>Haan, M., G.A. Kaplan et T. Camacho (1987), "Poverty and Health. Prospective Evidence from the Alameda County Study", <i>American Journal of Epidemiology</i>, vol. 125, n° 6, pp. 989-998.</p> <p>Logue, E.E. et D. Jarjoura (1990), "Modeling Heart Disease Mortality with Census Tract Rates and Social Class Mixtures", <i>Social Science & Medicine</i>, vol. 31, n° 5, pp. 545-550.</p> <p>Kaplan, G.A. et J.E. Keil (1993), "Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: A Review of the Literature", <i>Circulation</i>, vol. 88(4Pt1), pp. 1973-1998.</p>
Maladies cardiovasculaires	Incidence	Truelsen, T., B. Piechowski-Józwiak, R. Bonita, C. Mathers, J. Bogousslavsky et G. Boysen (2006), "Stroke Incidence and Prevalence in Europe: A Review of Available Data", <i>European Journal of Neurology</i> , vol. 13, n° 6, pp. 581-598.
	Prévalence	
	Mortalité	<p>OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011).</p> <p>OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).</p>
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP.
	Risque relatif alcool – incidence	<p>Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zamboni et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i>, vol. 38, n° 5, pp. 613-619.</p> <p>Lhachimi, S.K., K.J. Cole, W.J. Nusselder, H.A. Smit, P. Baille, K. Bennett, J. Pomerleau, M. McKee, K. Charlesworth, M.C. Kulik, J.P. Mackenbach et H. Boshuizen (2012), "Health Impacts of Increasing Alcohol Prices in the European Union: A Dynamic Projection", <i>Preventive Medicine</i>, vol. 55, n° 3, pp. 237-243.</p>
	Risque relatif SSE – incidence	<p>Kuper, H., H.O. Adami, T. Theorell et E. Weiderpass (2007), "The Socioeconomic Gradient in the Incidence of Stroke: A Prospective Study in Middle-aged Women in Sweden", <i>Stroke</i>, vol. 38, n° 1, pp. 27-33.</p> <p>Hart, C.L., D.J. Hole et G.D. Smith (2000), "The Contribution of Risk Factors to Stroke Differentials, by Socioeconomic Position in Adulthood: The Renfrew/Paisley Study", <i>American Journal of Public Health</i>, vol. 90, n° 11, pp. 1788-1791.</p>
	Risque relatif SSE – mortalité	<p>Arrich, J., W. Lalouschek et M. Müllner (2005), "Influence of Socioeconomic Status on Mortality After Stroke: Retrospective Cohort Study", <i>Stroke</i>, vol. 36, n° 2, pp. 310-314.</p> <p>Arrich, J., M. Müllner, W. Lalouschek, S. Greisenegger, R. Crevenna et H. Herkner (2008), "Influence of Socioeconomic Status and Gender on Stroke Treatment and Diagnostics", <i>Stroke</i>, vol. 39, n° 7, pp. 2066-2072.</p> <p>Jakovljević, D., C. Sarti, J. Sivenius, J. Torppa, M. Mähönen, P. Immonen-Räihä, E. Kaarsalo, K. Alhainen, K. Kuulasmaa, J. Tuomilehto, P. Puska et V. Salomaa (2001), "Socioeconomic Status and Ischemic Stroke: The FINMONICA Stroke Register", <i>Stroke</i>, vol. 32, n° 7, pp. 1492-1498.</p>
Troubles de l'alcool	Incidence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Prévalence	OMS. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gho/data/view.main.58000 .
	Mortalité	<p>OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011).</p> <p>OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).</p>
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	<p>Hasin, D.S., F.S. Stinson, E. Ogburn et B.F. Grant (2007), "Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", <i>Archives of General Psychiatry</i>, vol. 64, n° 7, pp. 830-842.</p> <p>Dawson, D.A., B.F. Grant, F.S. Stinson, P.S. Chou, B. Huang et W.J. Ruan (2006), "Recovery from DSM-IV Alcohol Dependence: United States, 2001-2002", <i>Alcohol Research and Health</i>, vol. 29, n° 2, pp. 131-142.</p>

Tableau A.5. **Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – République tchèque (suite)**

		Meier, P. (2008), "Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion – Part B: Modeling the Potential Impact of Pricing and Promotion Policies for Alcohol in England: Results from the Sheffield Alcohol Policy Model", Sheffield: University of Sheffield.
		Dawson, D.A., T.K. Li et B.F. Grant (2008), "A Prospective Study of Risk Drinking: At Risk for What?", <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , vol. 95, n° 1-2, pp. 62-72.
Cirrhose du foie	Incidence	OMS Europe. Base de données européenne sur la morbidité à l'hôpital. Disponible à l'adresse suivante : http://data.euro.who.int/hmdb/index.php .
	Prévalence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Remission/durée	Fauci, A.S., E. Braunwald, D.L. Kasper, S.L. Hauser, D.L. Longo, J.L. Jameson et J. Loscalzo (2009), <i>Harrison's Manual of Medicine</i> , McGraw Hill Professional, London.
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619.
	Risque relatif SSE – incidence	Najman, J.M., G.M. Williams et R. Room (2007), "Increasing Socioeconomic Inequalities in Male Cirrhosis of the Liver Mortality: Australia 1981-2002", <i>Drug and Alcohol Review</i> , vol. 26, n° 3, pp. 273-278. Crombie, I.K. et E. Precious (2011), "Changes in the Social Class Gradient of Cirrhosis Mortality in England and Wales Across the 20th Century", <i>Alcohol and Alcoholism</i> , vol. 46, n° 1, pp. 80-82.
Epilepsie	Incidence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Prévalence	Pugliatti, M., E. Beghi, L. Forsgren, M. Ekman et P. Sobocki (2007), "Estimating the Cost of Epilepsy in Europe: A Review with Economic Modeling", <i>Epilepsia</i> , vol. 48, n° 12, pp. 2224-2233.
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Risque relatif alcool – incidence	Meier, P. (2008), "Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion – Part B: Modeling the Potential Impact of Pricing and Promotion Policies for Alcohol in England: Results from the Sheffield Alcohol Policy Model", Sheffield: University of Sheffield.
	Risque relatif SSE – incidence	Heaney, D.C., N.K. MacDonald, A. Everitt, S. Stevenson, G.S. Leonardi, P. Wilkinson et J.W. Sander (2002), "Socioeconomic Variation in Incidence of Epilepsy: Prospective Community Based Study in South East England", <i>British Medical Journal</i> , vol. 325, n° 7371, pp. 1013-1016. Benn, E.K., W.A. Hauser, T. Shih, L. Leary, E. Bagiella, P. Dayan, R. Green, H. Andrews, D.J. Thurman et D.C. Hesdorffer (2008), "Estimating the Incidence of First Unprovoked Seizure and Newly Diagnosed Epilepsy in the Low-income Urban Community of Northern Manhattan, New York City", <i>Epilepsia</i> , vol. 49, n° 8, pp. 1431-1439.
Blessures	Incidence	EuroSafe. Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2008-2010. Amsterdam: EuroSafe (2013).
	Prévalence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Létalité	Calculs de l'OCDE.
	Rémission/durée	Sauve-qui-pense : Le Fardeau économique des blessures au Canada (2009).
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619.
	Risque relatif alcool – mortalité	White, I.R., D.R. Altman et K. Nanchahal (2002), "Alcohol Consumption and Mortality: Modelling Risks for Men and Women at Different Ages", <i>British Medical Journal</i> , vol. 325, n° 7357, p. 191.
	Risque relatif SSE – incidence	Cubbin, C., F.B. LeClere et G.S. Smith (2000), "Socioeconomic Status and the Occurrence of Fatal and Nonfatal Injury in the United States", <i>American Journal of Public Health</i> , vol. 90, n° 1, pp. 70-77.

Tableau A.6. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – Allemagne

	Répartition de la population	Office statistique fédéral. Bevölkerungsvorausberechnung. Disponible à l'adresse suivante : destatis.de .
	Mortalité totale	Office statistique fédéral. Bevölkerung Deutschlands bis 2060 Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Disponible à l'adresse suivante : www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/Bevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060.html .
	Taux de fécondité	Division de la population de l'ONU. Base de données démographiques en ligne, indicateurs détaillés. Disponible à l'adresse suivante : http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm .
	Taux de migrations	Calculs de l'OCDE sur la répartition de la population et les données relatives à la mortalité.
	Risque relatif SSE – mortalité résiduelle	Mackenbach, J.P., A.E. Kunst, A.E. Cavelaars, F. Groenhouf et J.J. Geurts (1997), "Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe", <i>The Lancet</i> , vol. 349, n° 9066, pp. 1655-1659. Pappas, G., S. Queen, W. Hadden et G. Fisher (1993), "The Increasing Disparity in Mortality Between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986", <i>New England Journal of Medicine</i> , vol. 329, n° 2, pp. 103-109.
	Poids des handicaps	Lopez, A.D., C.D. Mathers, M. Ezzati, D.T. Jamison et C.J.L. Murray (2006), <i>Global Burden of Disease and Risk Factors</i> , Oxford University Press/The World Bank, New York.
Consommation d'alcool	Probabilité de l'initiation Volume Habitudes	Institut pour la recherche thérapeutique. Enquête épidémiologique sur l'abus de substances (1995, 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009). Disponible à l'adresse suivante : http://www.gesis.org .
Cancers	Incidence Prévalence Mortalité Létalité Rémission/durée Risque relatif alcool – incidence Risque relatif SSE – incidence (oropharynx, sein) Risque relatif SSE – incidence (foie, œsophage) Risque relatif cirrhose – cancer (foie)	CIRC. Base de données Globocan. Disponible à l'adresse suivante : http://globocan.iarc.fr/ . Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence. Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP. Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619. Lhachimi, S.K., K.J. Cole, W.J. Nusselder, H.A. Smit, P. Biali, K. Bennett, J. Pomerleau, M. McKee, K. Charlesworth, M.C. Kulik, J.P. Mackenbach et H. Boshuizen (2012), "Health Impacts of Increasing Alcohol Prices in the European Union: A Dynamic Projection", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 55, n° 3, pp. 237-243. van Loon, A.J., J. Brug, R.A. Goldbohm, P.A. van den Brandt et J. Burg (1995), "Differences in Cancer Incidence and Mortality Among Socio-economic Groups", <i>Scandinavian Journal Social Medicine</i> , vol. 23, n° 2, pp. 110-120. Ferraroni, M., E. Negri, C. La Vecchia, B. D'Avanzo et S. Franceschi (1989), "Socioeconomic Indicators, Tobacco and Alcohol in the Aetiology of Digestive Tract Neoplasms", <i>International Journal of Epidemiology</i> , vol. 18, n° 3, pp. 556-562. Ha, N.B., N.B. Ha, A. Ahmed, W. Ayoub, T.J. Daugherty, E.T. Chang, G.A. Lutchman, G. Garcia, A.D Cooper, E.B. Keeffe et M.H. Nguyen (2012), "Risk Factors for Hepatocellular Carcinoma in Patients with Chronic Liver Disease: A Case-control Study", <i>Cancer Causes Control</i> , vol. 23, n° 3, pp. 455-462.
Cardiopathies ischémiques	Incidence Prévalence Mortalité Létalité Rémission/durée Risque relatif alcool – incidence	OMS Europe. Base de données européenne sur la morbidité à l'hôpital. Disponible à l'adresse suivante : http://data.euro.who.int/hmdb/index.php . Robert Koch Institute. GEDA 2010: Coronary heart disease facts and figures. Disponible à l'adresse suivante : www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/KoronHerzKH/KoronHerzKH.html?nn=2370692 . OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011). Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence. Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP. Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619. Roerecke, M. et J. Rehm (2010), "Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-analysis", <i>American Journal of Epidemiology</i> , vol. 171, n° 6, pp. 633-644.

Tableau A.6. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – Allemagne (suite)

	Risque relatif SSE – incidence	<p>Forssas, E.H., I.T. Keskimäki, A.R. Reunanen et S.V. Koskinen (2008), "Coronary Heart Disease Among Diabetic and Nondiabetic People – Socioeconomic Differences in Incidence, Prognosis and Mortality", <i>Journal of Diabetes and its Complications</i>, vol. 22, n° 1, pp. 10-17.</p> <p>Salomaa, V., M. Niemelä, H. Miettinen, M. Ketonen, P. Immonen-Räihä, S. Koskinen, M. Mähönen, S. Lehto, T. Vuorenmaa, P. Palomäki, H. Mustaniemi, E. Kaarsalo, M. Arstila, J. Torppa, K. Kuulasmaa, P. Puska, K. Pyörälä et J. Tuomilehto (2000), "Relationship of Socioeconomic Status to the Incidence and Prehospital, 28-day, and 1-year Mortality Rates of Acute Coronary Events in the FINMONICA Myocardial Infarction Register Study", <i>Circulation</i>, vol. 101, n° 16, pp. 1913-1918.</p>
	Risque relatif SSE – mortalité	<p>Haan, M., G.A. Kaplan et T. Camacho (1987), "Poverty and Health. Prospective Evidence from the Alameda County Study", <i>American Journal of Epidemiology</i>, vol. 125, n° 6, pp. 989-998.</p> <p>Logue, E.E. et D. Jarjoura (1990), "Modeling Heart Disease Mortality with Census Tract Rates and Social Class Mixtures", <i>Social Science & Medicine</i>, vol. 31, n° 5, pp. 545-550.</p> <p>Kaplan, G.A. et J.E. Keil (1993), "Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: A Review of the Literature", <i>Circulation</i>, vol. 88(4Pt1), pp. 1973-1998.</p>
Maladies cardiovasculaires	Incidence	Truelsen, T., B. Piechowski-Józwiak, R. Bonita, C. Mathers, J. Bogousslavsky et G. Boysen (2006), "Stroke Incidence and Prevalence in Europe: A Review of Available Data", <i>European Journal of Neurology</i> , vol. 13, n° 6, pp. 581-598.
	Prévalence	
	Mortalité	<p>OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011).</p> <p>OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).</p>
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	Calculs de l'OCDE utilisant le modèle CDP.
	Risque relatif alcool – incidence	<p>Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zamboni et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i>, vol. 38, n° 5, pp. 613-619.</p> <p>Lhachimi, S.K., K.J. Cole, W.J. Nusselder, H.A. Smit, P. Baille, K. Bennett, J. Pomerleau, M. McKee, K. Charlesworth, M.C. Kulik, J.P. Mackenbach et H. Boshuizen (2012), "Health Impacts of Increasing Alcohol Prices in the European Union: A Dynamic Projection", <i>Preventive Medicine</i>, vol. 55, n° 3, pp. 237-243.</p>
Risque relatif SSE – incidence	<p>Kuper, H., H.O. Adami, T. Theorell et E. Weiderpass (2007), "The Socioeconomic Gradient in the Incidence of Stroke: A Prospective Study in Middle-aged Women in Sweden", <i>Stroke</i>, vol. 38, n° 1, pp. 27-33.</p> <p>Hart, C.L., D.J. Hole et G.D. Smith (2000), "The Contribution of Risk Factors to Stroke Differentials, by Socioeconomic Position in Adulthood: The Renfrew/Paisley Study", <i>American Journal of Public Health</i>, vol. 90, n° 11, pp. 1788-1791.</p>	
Risque relatif SSE – mortalité	<p>Arrich, J., W. Lalouschek et M. Müllner (2005), "Influence of Socioeconomic Status on Mortality After Stroke: Retrospective Cohort Study", <i>Stroke</i>, vol. 36, n° 2, pp. 310-314.</p> <p>Arrich, J., M. Müllner, W. Lalouschek, S. Greisenegger, R. Crevenna et H. Herkner (2008), "Influence of Socioeconomic Status and Gender on Stroke Treatment and Diagnostics", <i>Stroke</i>, vol. 39, n° 7, pp. 2066-2072.</p> <p>Jakovljević, D., C. Sarti, J. Sivenius, J. Torppa, M. Mähönen, P. Immonen-Räihä, E. Kaarsalo, K. Alhainen, K. Kuulasmaa, J. Tuomilehto, P. Puska et V. Salomaa (2001), "Socioeconomic Status and Ischemic Stroke: The FINMONICA Stroke Register", <i>Stroke</i>, vol. 32, n° 7, pp. 1492-1498.</p>	
Troubles de l'alcool	Incidence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Prévalence	OMS. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gho/data/view.main.58000 .
	Mortalité	<p>OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011).</p> <p>OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).</p>
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	<p>Hasin, D.S., F.S. Stinson, E. Ogburn et B.F. Grant (2007), "Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", <i>Archives of General Psychiatry</i>, vol. 64, n° 7, pp. 830-842.</p> <p>Dawson, D.A., B.F. Grant, F.S. Stinson, P.S. Chou, B. Huang et W.J. Ruan (2006), "Recovery from DSM-IV Alcohol Dependence: United States, 2001-2002", <i>Alcohol Research and Health</i>, vol. 29, n° 2, pp. 131-142.</p>
	Rémission/durée	<p>Meier, P. (2008), "Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion – Part B: Modeling the Potential Impact of Pricing and Promotion Policies for Alcohol in England: Results from the Sheffield Alcohol Policy Model", Sheffield: University of Sheffield.</p> <p>Dawson, D.A., T.K. Li et B.F. Grant (2008), "A Prospective Study of Risk Drinking: At Risk for What?", <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, vol. 95, n° 1-2, pp. 62-72.</p>

Tableau A.6. Paramètres d'entrée utilisés dans le modèle PMC-alcool et références utiles – Allemagne (suite)

Cirrhose du foie	Incidence	OMS Europe. Base de données européenne sur la morbidité à l'hôpital. Disponible à l'adresse suivante : http://data.euro.who.int/hmdb/index.php .
	Prévalence	Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Rémission/durée	Fauci, A.S., E. Braunwald, D.L. Kasper, S.L. Hauser, D.L. Longo, J.L. Jameson et J. Loscalzo (2009), <i>Harrison's Manual of Medicine</i> , McGraw Hill Professional, London.
	Risque relatif alcool – incidence	Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619.
	Risque relatif SSE – incidence	Najman, J.M., G.M. Williams et R. Room (2007), "Increasing Socioeconomic Inequalities in Male Cirrhosis of the Liver Mortality: Australia 1981-2002", <i>Drug and Alcohol Review</i> , vol. 26, n° 3, pp. 273-278. Crombie, I.K. et E. Precious (2011), "Changes in the Social Class Gradient of Cirrhosis Mortality in England and Wales Across the 20th Century", <i>Alcohol and Alcoholism</i> , vol. 46, n° 1, pp. 80-82.
Epilepsie	Incidence	Deutsche Epilepsievereinigung. Prévalence de l'épilepsie en Allemagne. Disponible à l'adresse suivante : www.epilepsie.sh/Haeufigkeit.319.0.html .
	Prévalence	Kamtsiuris, P., K. Atzpodien, U. Ellert, R. Schlack and M. Schlaud (2007), "Prevalence of Somatic Diseases in German Children and Adolescents. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)", <i>Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz</i> , Vol. 50, No. 5-6, pp. 686-700. Deutsche Epilepsievereinigung. Prevalence of Epilepsy in Germany. Available at: www.epilepsie.sh/Haeufigkeit.319.0.html .
	Mortalité	OMS. Mortality and burden of disease for member states. Genève : OMS (2011). OMS. Causes of death summary tables. Genève : OMS (2011).
	Létalité	Calculs de l'OCDE sur les données de mortalité/prévalence.
	Risque relatif alcool – incidence	Meier, P. (2008), "Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion – Part B: Modeling the Potential Impact of Pricing and Promotion Policies for Alcohol in England: Results from the Sheffield Alcohol Policy Model", Sheffield: University of Sheffield.
	RR SES – incidence Risque relatif SSE – incidence	Heaney, D.C., B.K. MacDonald, A. Everitt, S. Stevenson, G.S. Leonardi, P. Wilkinson et J.W. Sander (2002), "Socioeconomic Variation in Incidence of Epilepsy: Prospective Community Based Study in South East England", <i>British Medical Journal</i> , vol. 325, n° 7371, pp. 1013-1016. Benn, E.K., W.A. Hauser, T. Shih, L. Leary, E. Bagiella, P. Dayan, R. Green, H. Andrews, D.J. Thurman et D.C. Hesdorffer (2008), "Estimating the Incidence of First Unprovoked Seizure and Newly Diagnosed Epilepsy in the Low-income Urban Community of Northern Manhattan, New York City", <i>Epilepsia</i> , vol. 49, n° 8, pp. 1431-1439.
	Blessures	Incidence
Prévalence		Calculs de l'OCDE utilisant DisMod II.
Mortalité		Base de données fédérale de suivi sanitaire. Décès par causes externes et leurs séquelles. Disponible à l'adresse suivante : www.gbe-bund.de .
Létalité		Calculs de l'OCDE.
Rémission/durée		Sauve-qui-pense : Le Fardeau économique des blessures au Canada (2009).
Risque relatif alcool – incidence		Corrao, G., V. Bagnardi, A. Zambon et C. La Vecchia (2004), "A Meta-analysis of Alcohol Consumption and the Risk of 15 Diseases", <i>Preventive Medicine</i> , vol. 38, n° 5, pp. 613-619.
Risque relatif alcool – mortalité		White, I.R., D.R. Altmann et K. Nanchahal (2002), "Alcohol Consumption and Mortality: Modelling Risks for Men and Women at Different Ages", <i>British Medical Journal</i> , vol. 325, n° 7357, p. 191.
Risque relatif SSE – incidence	Cubbin, C., F.B. LeClere et G.S. Smith (2000), "Socioeconomic Status and the Occurrence of Fatal and Nonfatal Injury in the United States", <i>American Journal of Public Health</i> , vol. 90, n° 1, pp. 70-77.	

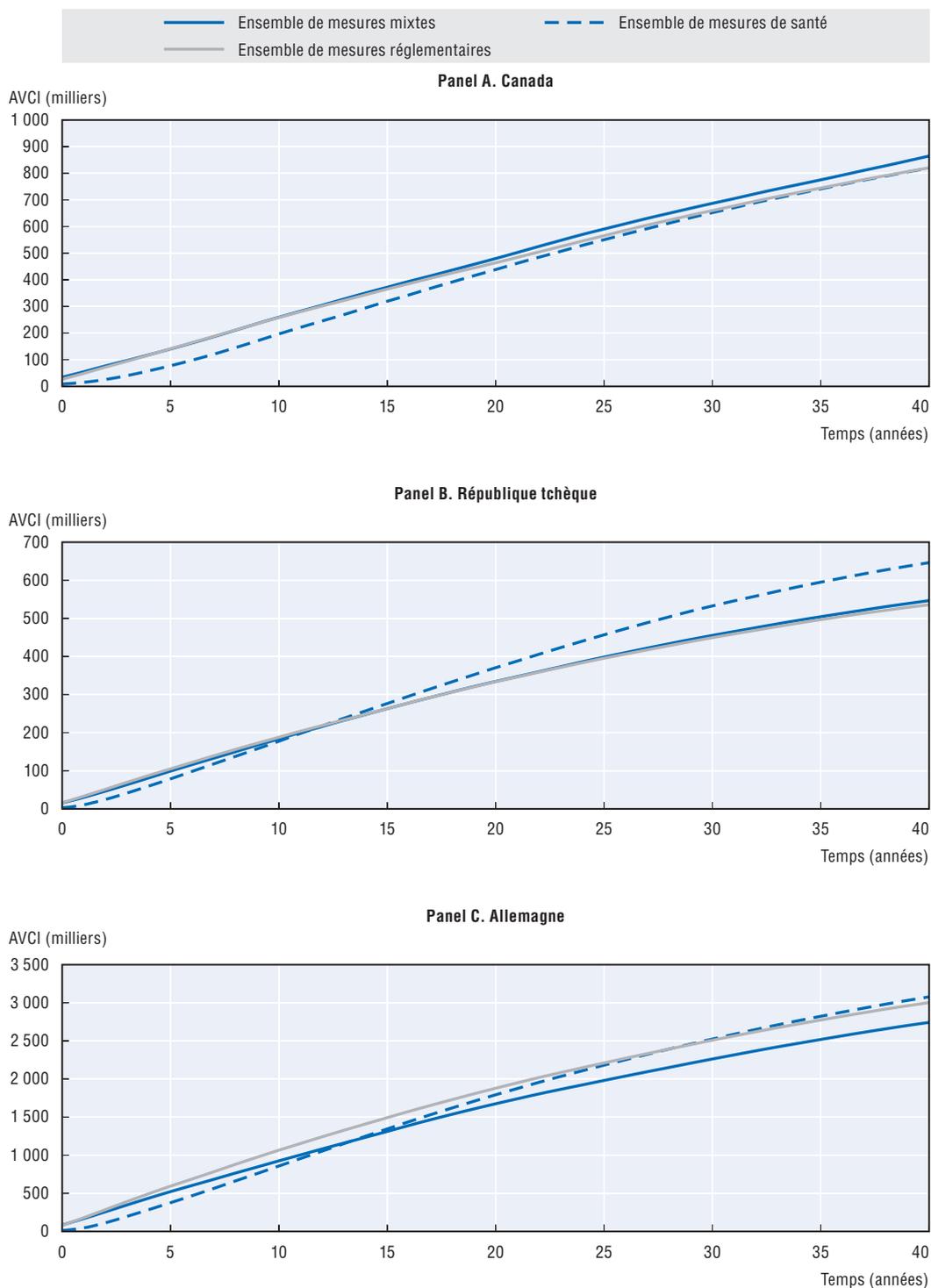
Tableau A.7. **Coûts par personne d'une série de politiques de lutte contre l'abus d'alcool (USD à PPA)**

	Canada	République tchèque	Allemagne
Interventions brèves	5.11	6.02	8.96
Hausses des taxes	0.13	0.42	0.06
Restrictions en matière d'alcool au volant	2.05	2.05	0.63
Régulation des horaires d'ouverture	0.26	0.90	0.13
Régulation de la publicité	0.54	1.66	0.30
Traitement de la dépendance	5.26	12.21	7.10
Prix minimum	0.12	0.30	0.08
Interventions sur le lieu de travail	1.70	2.96	4.09
Programmes en milieu scolaire	0.51	2.05	0.56
Ensemble de mesures mixtes	5.37	9.38	6.22
Ensemble de mesures de santé	9.19	17.01	14.00
Ensemble de mesures fiscales et réglementaires	0.93	2.97	0.49

Source : analyse de l'OCDE fondée sur la méthode OMS-CHOICE (www.who.int/choice/cost-effectiveness/inputs/en/).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303545>

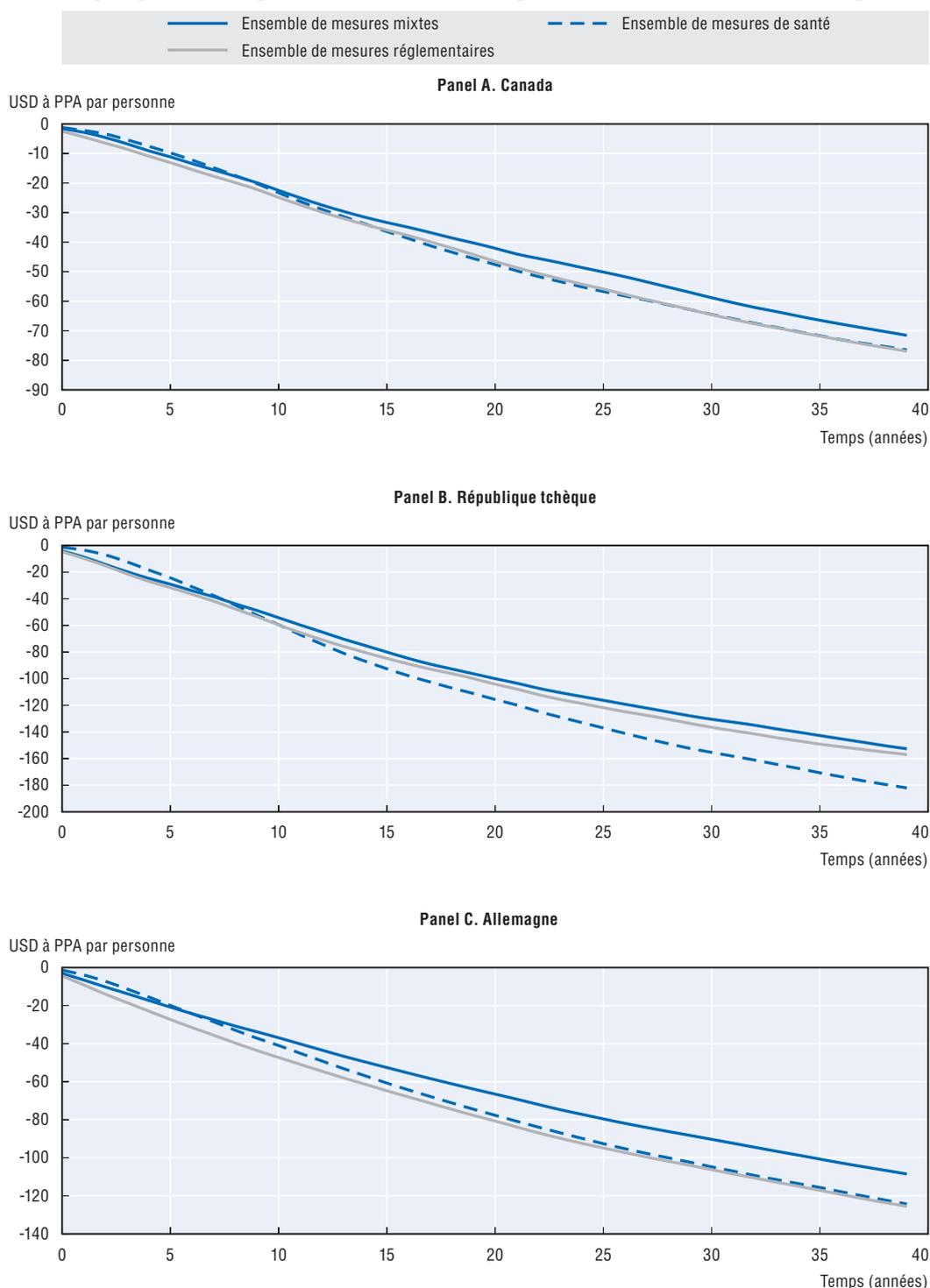
Graphique A.7. AVCI cumulées gagnées au fil du temps



Source : Analyse PMC-Alcool fondée sur des données d'entrée provenant de sources multiples indiquées aux tableaux A.4 à A.6

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303778>

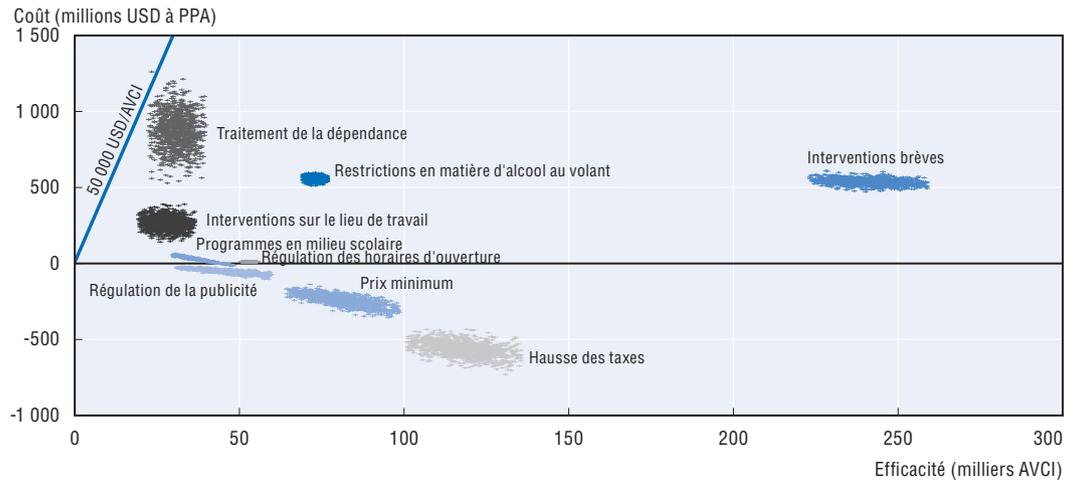
Graphique A.8. Impact cumulé sur les dépenses de santé au fil du temps



Source : Analyse PMC-Alcool fondée sur des données d'entrée provenant de sources multiples indiquées aux tableaux A.4 à A.6.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303786>

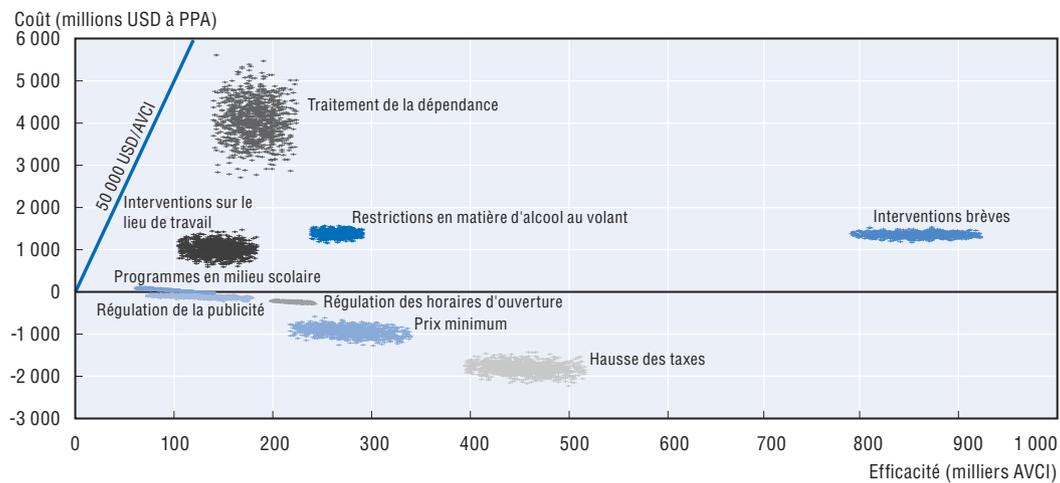
Graphique A.9. Canada : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de dix ans



Source : Analyse MCLeague fondée sur des données d'entrée issues du modèle PMC-alcool.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303793>

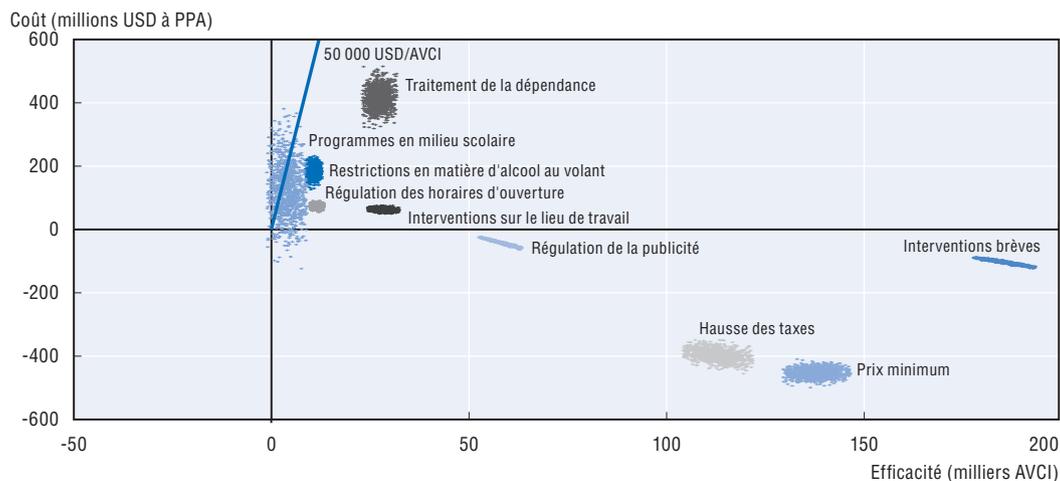
Graphique A.10. Canada : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de 40 ans



Source : Analyse MCLeague fondée sur des données d'entrée issues du modèle PMC-alcool.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303808>

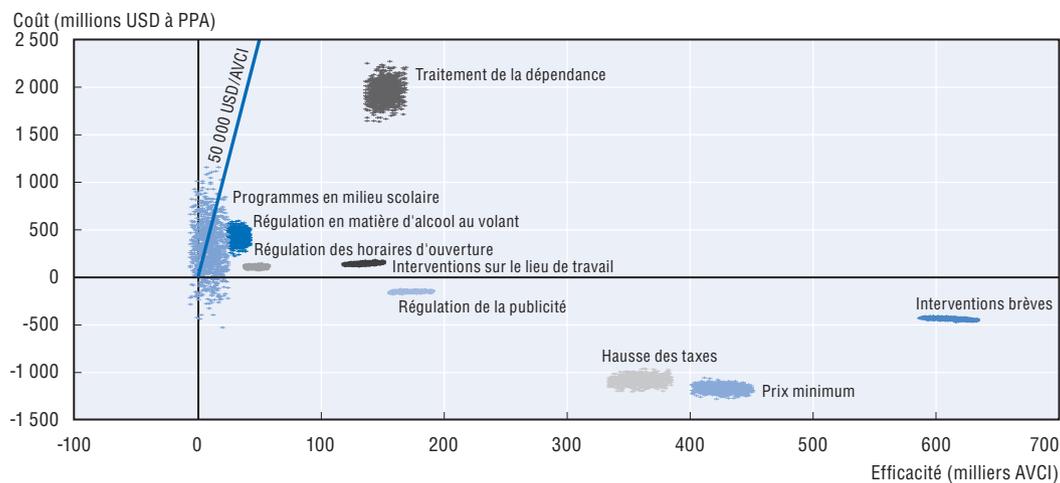
Graphique A.11. République tchèque : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de dix ans



Source : Analyse MCLeague fondée sur des données d'entrée issues du modèle PMC-alcool.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303818>

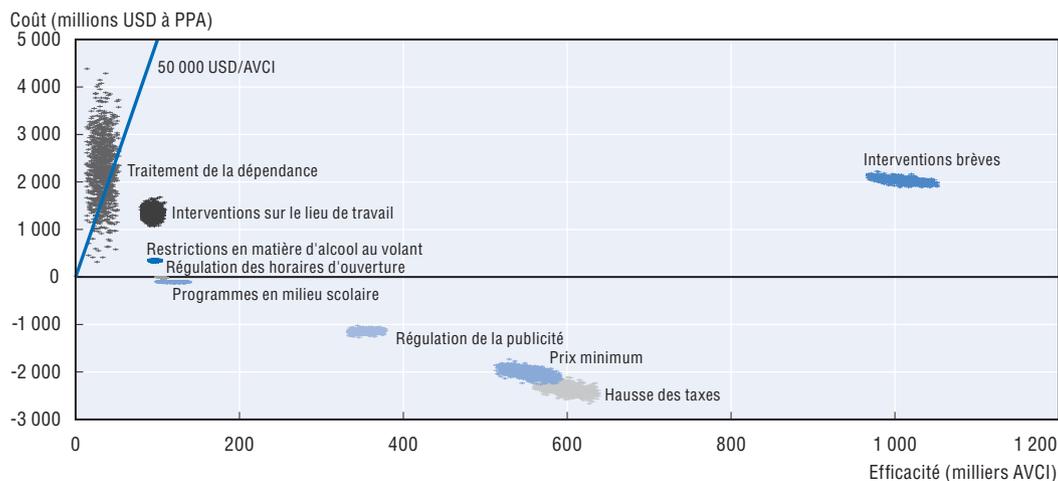
Graphique A.12. République tchèque : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de 40 ans



Source : Analyse MCLeague fondée sur des données d'entrée issues du modèle PMC-alcool.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303821>

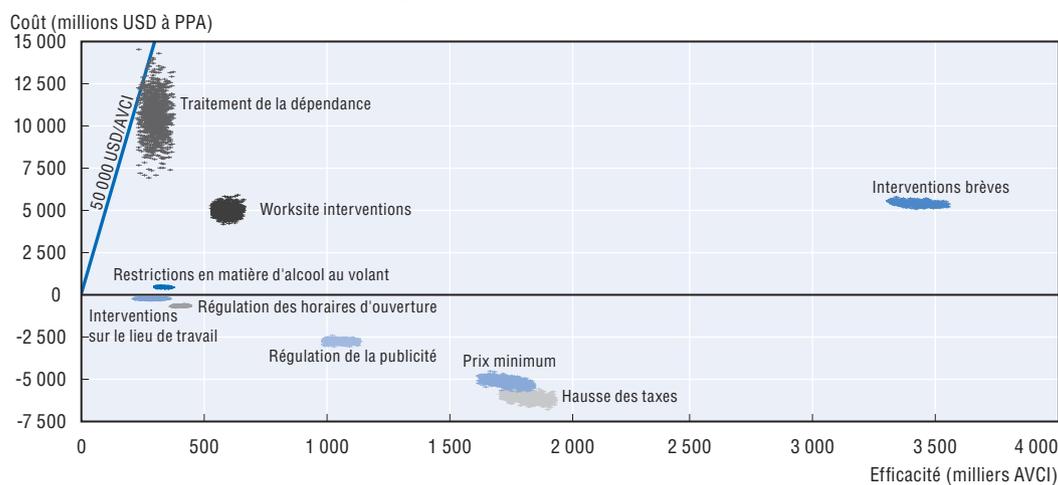
Graphique A.13. Allemagne : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de dix ans



Source : Analyse MCLeague fondée sur des données d'entrée issues du modèle PMC-alcool.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303836>

Graphique A.14. Allemagne : Analyse de sensibilité probabiliste du rapport coût-efficacité des politiques de l'alcool au bout de 40 ans



Source : Analyse MCLeague fondée sur des données d'entrée issues du modèle PMC-alcool.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933303845>

ANNEXE B

Notices biographiques des auteurs et des contributeurs

Franco Sassi est responsable du programme de Santé publique à l'OCDE. Il est économiste senior dans le domaine de la santé à la Division de la santé de l'OCDE. Il est l'auteur principal de *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé* (2010), et d'un grand nombre de publications sur l'économie de la prévention des maladies chroniques. Auparavant, il était conférencier senior sur les questions de politique de santé à la London School of Economics and Political Science (LSE) et a été pendant huit ans directeur du programme Politique, planification et financement de la santé proposé conjointement par la LSE et la London School of Hygiene & Tropical Medicine. Franco Sassi est titulaire d'un diplôme de premier cycle de l'Université Bocconi (Milan) et a obtenu son doctorat en économie de la santé à l'Université de Londres. Le thème dominant de ses travaux de recherche et de ses publications, tout au long de sa carrière, a été l'évaluation des interventions en santé. Il a été professeur associé ou invité dans plusieurs universités des États-Unis, dont l'Université de Californie à Berkeley, l'Université Harvard, l'Université de Californie à San Francisco et l'Université Duke, ainsi qu'à l'Université de Montréal au Canada et à l'Université catholique de Rome. En 2000-01, il a bénéficié d'une bourse du Commonwealth Fund (Harkness Fellowship) dans le domaine de la politique des soins de santé.

Marion Devaux est analyste des politiques de santé à la Division de la santé de l'OCDE. Elle est titulaire d'un master en statistiques de l'École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (ENSAI, France), et d'un doctorat en économie de la santé de l'Université de Paris-Dauphine. Auparavant, elle a travaillé sur la transmission intergénérationnelle des inégalités de santé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES, Paris), et a publié dans de nombreuses revues universitaires. À l'OCDE depuis 2008, Marion a contribué à divers projets sur la prévention de l'obésité, les caractéristiques des systèmes de santé, l'inégalité en santé et les inégalités de recours aux soins. Elle est responsable d'un projet concernant les effets des maladies chroniques et des facteurs de risque associés sur le marché du travail, en particulier l'emploi, la productivité, les salaires, les congés pour maladie, la perception des prestations sociales et la retraite anticipée.

Michele Cecchini est économiste et analyste des politiques de la santé à la Division de la santé de l'OCDE, où il travaille au programme sur l'Économie de la Prévention depuis 2007. Ses sujets de recherche portent principalement sur l'établissement des priorités et l'évaluation des programmes dans le secteur de la santé, et notamment l'évaluation sanitaire et économique des politiques qui influencent les déterminants non médicaux de

la santé (alimentation, activité physique et consommation d'alcool). Michele est professeur associé en économie de la santé appliquée à la Faculté de santé publique de l'Université de Sienne, et est professeur invité au Centre de recherches sur les services et systèmes sanitaires de l'École doctorale de médecine Duke-NUS à Singapour. Il a aussi été conseiller temporaire dans plusieurs agences publiques et internationales, dont l'OMS et le CIRC, sur une série de questions portant sur les régimes alimentaires et l'activité physique. Après avoir obtenu un diplôme de médecine et de chirurgie de l'Université de Gênes, Michele a achevé sa formation spécialisée en santé publique à l'Université de Sienne. Il a également obtenu un master en politiques, planification et financement de la santé à la London School of Economics et à la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Roberto Astolfi est économiste et statisticien à l'OCDE. Il est actuellement le chef de l'unité « Indicateurs composites avancés et comptes environnementaux » à la Direction des statistiques. Auparavant, il était responsable de la collecte et du traitement des données relatives aux dépenses de santé à la Division de la santé de l'OCDE, où il a également participé au programme Économie de la Prévention. Avant d'entrer à l'OCDE, il était chercheur au département des comptes nationaux de l'ISTAT en Italie, et analyste des cycles économiques à Eurostat, à Luxembourg. Roberto a obtenu son doctorat en « Analyse économique, mathématique et statistique des phénomènes sociaux » à l'Université La Sapienza de Rome. Ses principaux sujets de recherche portent sur l'économétrie de l'analyse des séries chronologiques, la sélection et les prévisions modélisées et la macro-économie appliquée et l'économie de la santé.

Annalisa Belloni est analyste des politiques de santé à la Division de la santé de l'OCDE, où elle travaille depuis 2010. Elle est titulaire d'un master en économie et gestion de la santé de l'Université catholique du Sacré-Cœur (UCSC, Rome). À l'OCDE, elle a participé au programme sur l'Économie de la Prévention ; elle a notamment travaillé sur l'analyse du rôle des mesures fiscales dans la promotion de la santé en examinant les arguments théoriques et les données empiriques concernant les principaux facteurs que les pouvoirs publics doivent prendre en compte lorsqu'ils adoptent des mesures fiscales dans des secteurs tels que le tabac, l'alcool, les produits alimentaires et les boissons non alcoolisées. Elle a également participé à de nombreux projets concernant la tarification des médicaments et les politiques de remboursement, ainsi que les différences géographiques des soins de santé dans les pays de l'OCDE.

Anne Ludbrook est responsable thématique sur les comportements et les inégalités en matière de santé à l'Unité de recherche en économie de la santé (Health Economics Research Unit, HERU) de l'Université d'Aberdeen. Ses recherches en cours portent principalement sur l'utilisation de l'économie dans l'amélioration de la santé, et elle s'intéresse tout particulièrement à l'alcool, à l'obésité et au tabagisme. Anne a dirigé l'examen des impacts sanitaires et économiques du tabagisme dans les lieux publics, qui a conduit à l'adoption d'une législation anti-tabac en Écosse. Ses autres travaux récents ont porté sur le prix unitaire minimum pour les boissons alcoolisées, les inégalités de répartition des méfaits liés à l'alcool, les facteurs économiques qui influencent les choix alimentaires, les effets de la promotion des déplacements actifs sur l'activité physique et l'emploi de mesures incitatives pour s'arrêter de fumer. Anne est diplômée de l'Université de York et travaille à la HERU depuis plus de trente ans.

Marjana Martinic est vice-présidente de l'Alliance internationale pour une consommation responsable, où elle est responsable de l'ensemble des programmes scientifiques, des activités de recherche et des travaux politiques. Marjana a énormément

publié sur les politiques de l'alcool et siège au Groupe scientifique du forum « Alcool et santé » de la Commission européenne. Elle est titulaire d'un master en biologie de l'Université Harvard et d'un doctorat en neurosciences de l'Université Northwestern. Auparavant, elle a travaillé en recherche fondamentale sur le développement du système nerveux central à la Faculté de médecine de l'Université de Virginie et à l'Institut national de la santé des États-Unis.

Martin McKee a obtenu son diplôme de médecine à Belfast, en Irlande du Nord, avant de suivre des formations complémentaires en médecine interne et en santé publique. Il est professeur de santé publique européenne à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, où il a créé le Centre européen sur la santé dans les sociétés en transition (European Centre on Health of Societies in Transition, ECOHOST), un centre collaborateur de l'OMS. Il est également directeur de recherches à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et vient d'être élu président de l'Association européenne de santé publique. Il a publié plus de 760 articles universitaires et 42 ouvrages, et ses contributions aux politiques européennes de la santé ont été saluées par – entre autres – son élection à l'Académie des sciences médicales du Royaume-Uni, à l'Académie des sciences médicales de Roumanie et à l'Institut de médecine des États-Unis, par l'obtention de doctorats honoraires en Hongrie, aux Pays-Bas et en Suède, par des postes de professeur invité dans des universités d'Europe et d'Asie, par la médaille Andrija Stampar qui lui a été décernée en 2003 pour ses contributions à la santé publique européenne, et par le prix Alwyn Smith, qui lui a été remis en 2014 pour l'excellence de ses contributions en matière de santé et de population ; en 2005, il a été fait Commandeur de l'Ordre de l'Empire britannique. Son compte Twitter (@martinmckee) est suivi par de nombreux abonnés.

Henry Saffer a obtenu son doctorat d'économie en 1977 à l'Université de la Ville de New York. Il a publié plusieurs documents sur les politiques publiques et l'abus de substances, y compris des travaux sur les effets de la publicité pour l'alcool et le tabac, la publicité pour des médicaments sur ordonnance, les effets des prix de l'alcool et d'autres politiques de contrôle de l'alcool, et les effets des politiques de lutte contre les drogues illicites. Parmi ses recherches en cours, il travaille à une étude de l'autorégulation et des choix de santé. Il a été chercheur principal dans plusieurs projets financés par l'Institut national sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme, et dans des projets financés par l'Institut national du cancer, l'Institut national sur l'abus de drogues, l'Institut national de santé mentale, la Fondation J.M. et la Fondation Robert Wood Johnson. M. Saffer est actuellement chercheur associé au Bureau national de la recherche économique à New York, et la Banque mondiale le classe parmi les 100 premiers économistes de la santé dans le monde.

Patrick Love, éditeur principal aux Éditions OCDE, a contribué à éditer cet ouvrage. Il est l'auteur ou le coauteur de cinq ouvrages parus dans la série Les essentiels de l'OCDE, et est conseiller éditorial pour d'autres titres de cette série. Il gère le blog « Les essentiels de l'OCDE », auquel il contribue.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements oeuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

Lutter contre la consommation nocive d'alcool

POLITIQUES ÉCONOMIQUES ET DE SANTÉ PUBLIQUE

« Le message positif de ce livre est qu'il existe un certain nombre de mesures efficaces pour réduire la consommation totale d'alcool et cibler les personnes à risque. L'implémentation d'un ensemble de mesures sur l'alcool au niveau national permettra d'atteindre les objectifs de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles visant la réduction de l'usage nocif de l'alcool de 10 % en 2025. »

Zsuzsanna Jakab, directeur régional, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe

« Ce volume publié par l'OCDE constitue une ressource importante pour les décideurs politiques, offrant des données probantes plus que nécessaires pour alimenter la discussion des stratégies politiques visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. À recommander à toute personne impliquée dans les politiques sur l'alcool ! »

Jurgen Rehm, directeur, Département de la recherche sociale et épidémiologique, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Canada

« Ce livre constitue une ressource importante pour les décideurs politiques et les experts académiques qui cherchent à apporter une approche factuelle à un sujet d'intérêt majeur et d'inquiétude pour la santé publique. Les questions traitées sont d'une importance croissante au niveau global. Ce rapport arrive à point nommé, apportant un éclairage à ces questions dans un contexte à la fois local et global. »

Jane Halton, secrétaire du Département australien des finances, ancienne présidente de l'Assemblée mondiale de la santé, ancienne présidente du Comité de la santé de l'OCDE

Sommaire

Chapitre 1. Alcool : l'aspect de santé publique d'un phénomène social *par Franco Sassi et Patrick Love*

Chapitre 2. Évolution de la consommation d'alcool dans les pays de l'OCDE *par Marion Devaux et Franco Sassi*

Chapitre 3. Disparités sociales face à la consommation d'alcool *par Marion Devaux*

Section spéciale I. Impact de la consommation d'alcool sur la santé mondiale
par Vladimir Poznyak and Dag Rekve

Chapitre 4. Lutter contre les méfaits de l'alcool : quelles approches ? *par Michele Cecchini and Annalisa Belloni*

Section spéciale II. Publicité sur l'alcool et consommation excessive *par Henry Saffer*

Section spéciale III. Quel effet un prix unitaire minimum de l'alcool a-t-il sur les différents types de consommateurs ? *par Anne Ludbrook*

Section spéciale IV. Bien-fondé de la réduction des méfaits de l'alcool sur le lieu de travail *par Marjana Martinic*

Chapitre 5. Impacts sur l'économie et la santé des principales mesures possibles en matière d'alcool
par Franco Sassi, Michele Cecchini, Marion Devaux, Roberto Astolfi

Section spéciale V. Effets bénéfiques des approches de prévention axées sur la population générale : le cas des prix minimums de l'alcool *par Martin McKee*

Chapitre 6. L'alcool, l'individu, la société : appel à la cohérence des politiques de l'alcool *par Franco Sassi*

Veillez consulter cet ouvrage en ligne : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264244580-fr>.

Cet ouvrage est publié sur OECD iLibrary, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation.

Rendez-vous sur le site www.oecd-ilibrary.org pour plus d'informations.

