

N° 983

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 juin 1998

## RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

*en application de l'article 145 du Règlement*

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,  
FAMILIALES ET SOCIALES<sup>(1)</sup>

*sur*  
*l'alcool et la santé*

ET PRÉSENTE

PAR MME HÉLÈNE MIGNON,

Députée.

---

---

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

*La commission des affaires culturelles, familiales et sociales est composée de :* M. Jean Le Garrec, *président* ; MM. René Couanau, Jean-Michel Dubernard, Jean-Paul Durieux, Maxime Gremetz, *vice-présidents* ; Mme Odette Grzegrzulka, MM. Denis Jacquat, Noël Mamère, Patrice Martin-Lalande, *secrétaires* ; MM. Yvon Abiven, Bernard Accoyer, Mme Sylvie Andrieux, MM. André Aschieri, Gautier Audinot, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, MM. Jean-Paul Bacquet, Jean-Pierre Baeumler, Pierre-Christophe Baguet, Jean Bardet, Jean-Claude Bateux, Jean-Claude Beauchaud, Mmes Huguette Bello, Yvette Benayoun-Nakache, MM. Patrick Bloche, Alain Bocquet, Mme Marie-Thérèse Boisseau, MM. Jean-Claude Boulard, Bruno Bourg-Broc, Mme Christine Boutin, MM. Jean-Paul Bret, Victor Brial, Louis de Broissia, Yves Bur, Alain Calmat, Pierre Carassus, Pierre Cardo, Roland Carraz, Mme Véronique Carrion-Bastok, MM. Laurent Cathala, Jean-Charles Cavaillé, Bernard Charles, Jean-Marc Chavanne, Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Georges Colombier, François Cornut-Gentille, Mme Martine David, MM. Bernard Davoine, Lucien Degauchy, Marcel Dehoux, Jean Delobel, Jean-Jacques Denis, Mme Monique Denise, M. Dominique Dord, Mme Brigitte Douay, MM. Guy Drut, Nicolas Dupont-Aignan, Yves Durand, René Dutin, Christian Estrosi, Claude Evin, Jean Falala, Jean-Pierre Foucher, Jean-Louis Fousseret, Michel Françaix, Mme Jacqueline Fraysse, M. Yves Fromion, Mmes Catherine Génisson, M. Germain Gengenwin, Mme Dominique Gillot, MM. Jean-Pierre Giran, Michel Giraud, Jean Glavany, Gaëtan Gorce, François Goulard, Jean-Claude Guibal, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, M. Francis Hammel, Mme Cécile Helle, MM. Pierre Hellier, Michel Herbillon, Guy Hermier, Mmes Anne-Marie Idrac, Françoise Imbert, Mugnette Jacquaint, MM. Maurice Janetti, Serge Janquin, Armand Jung, Bertrand Kern, Christian Kert, Jacques Kossowski, Mme Conchita Lacuey, MM. Jacques Lafleur, Robert Lamy, Edouard Landrain, Pierre Lasbordes, Mme Jacqueline Lazard, MM. Pierre Lequiller, Maurice Leroy, Patrick Leroy, Maurice Ligot, Gérard Lindeperg, Patrick Malavieille, Alfred Marie-Jeanne, Mme Gilberte Marin-Moskovitz, MM. Didier Mathus, Jean-François Mattei, Mme Hélène Mignon, MM. Jean-Claude Mignon, Renaud Muselier, Philippe Nauche, Henri Nayrou, Alain Néri, Yves Nicolin, Bernard Outin, Michel Pajon, Michel Péricard, Mme Geneviève Perrin-Gaillard, MM. Bernard Perrut, Pierre Petit, Mme Catherine Picard, MM. Jean Pontier, Jean-Luc Préel, Alfred Recours, François Rochebloine, Marcel Rogemont, Yves Rome, Jean Rouger, Rudy Salles, André Schneider, Patrick Sève, Michel Tamaya, Pascal Terrasse, Gérard Terrier, Mmes Marisol Touraine, Odette Trupin, MM. Anicet Turinay, Jean Ueberschlag, Jean Valleix, Emile Vernaoudon, Philippe Vuilque, Jean-Jacques Weber, Mme Marie-Jo Zimmermann.

## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>RÉSUMÉ DES PROPOSITIONS DE LA MISSION</b> .....	8
<b>I.- CONNAISSANCE DU PROBLÈME : UNE SITUATION INQUIÉTANTE ET DE GRANDES LACUNES</b> .....	11
A. LES DONNÉES DISPONIBLES RÉVÈLENT UNE SITUATION GRAVE .....	11
1. La mortalité due à l'alcoolisme.....	12
2. La morbidité due à l'alcool.....	13
3. Le coût de l'alcoolisme .....	14
B. L'ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS D'ALCOOLISATION SOULÈVE DE VIVES INQUIÉTUDES .....	15
1. Le changement de nature des boissons consommées .....	15
2. L'apparition de comportements à risque inquiétants parmi les jeunes .....	17
3. Les différentes étapes du processus d'alcoolisation.....	23
<b>II.- PREMIÈRES CONCLUSIONS : LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE ACTIVE DE PRÉVENTION À LA FOIS CIBLÉE ET GLOBALE</b> .....	27
A.- POSTULATS DE DÉPART .....	27
B.- FAIBLESSES DU DISPOSITIF ACTUEL DE PRÉVENTION .....	28
1. Des moyens faibles, des acteurs dispersés .....	28
2. Le rôle contestable des producteurs .....	31
C.- L'INDISPENSABLE ÉDUCATION SANITAIRE .....	37
1. Une prise de conscience lente du problème et des réponses partielles .....	37
2. Des progrès qui restent encore à accomplir .....	39
D.- LA NÉCESSAIRE ÉVALUATION DES PROGRAMMES .....	43
E.- L'IDÉE D'UNE JOURNÉE NATIONALE SANS ALCOOL.....	44
<b>III.- CONDITIONS DE VENTE ET DE CONSOMMATION : L'OPPORTUNITÉ DE METTRE EN ŒUVRE DES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE FORTES ET COHÉRENTES</b> .....	45

A.- POUR UNE TAXATION JUSTE ET CLAIRE .....	45
B.- POUR DES RÈGLES STRICTES DE COMMERCIALISATION.....	50
C.- POUR UNE CLARIFICATION DES RÈGLES CONCERNANT LA PUBLICITÉ .....	54
1. Le problème du contenu des messages publicitaires .....	54
2. Le problème de la publicité par voie d'affichage.....	57
3. Le problème des retransmissions télévisées d'événements sportifs internationaux .....	57
<b>IV.- SÉCURITÉ ROUTIÈRE : DES RÉSULTATS À CONSOLIDER.....</b>	<b>61</b>
A.- L'ALCOOL AU VOLANT : UN RISQUE ÉLEVÉ .....	61
B.- DES RÉSULTATS POSITIFS, FRUITS D'UNE POLITIQUE ACTIVE .....	63
C.- DES RÉSULTATS À CONSOLIDER.....	66
<b>V.- ASSISTANCE ET SOINS : UNE COORDINATION ET UN DISPOSITIF À RENFORCER OU À INSTAURER AUTOUR DU MALADE.....</b>	<b>69</b>
A.- UN DISPOSITIF SPÉCIALISÉ À RENFORCER.....	70
B.- DES ASSOCIATIONS À SOUTENIR.....	72
C.- UN SECTEUR HOSPITALIER À MIEUX IMPLIQUER ET ORGANISER.....	74
D.- UN CORPS MÉDICAL À SENSIBILISER .....	76
<b>EXAMEN DU RAPPORT PAR LA COMMISSION.....</b>	<b>79</b>

## INTRODUCTION

L'alcool, l'alcoolique et l'alcoolisme sont marqués, dans notre pays, par des discours et des comportements fortement ambivalents, masquant une réalité souvent douloureuse.

Cette réalité concerne pourtant l'ensemble de la société, à tout âge, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle ou la zone géographique. Chacun connaît souvent, dans son entourage proche, des personnes souffrant de l'alcoolisme mais ignore, ou se cache volontairement, la gravité de la situation.

L'alcool est en effet à la fois un sujet tabou et un " produit totem ", pour reprendre l'expression de Roland Barthes. Sujet tabou, lorsque l'on considère les sentiments de honte ou d'indifférence entourant l'alcoolisme qui touche pourtant plus de 7 millions de Français.

Les médecins eux-mêmes, confrontés à cette réalité, prennent rarement l'initiative pour prévenir la maladie alcoolique. De fait, il s'agit bien d'une véritable maladie, d'un réel fléau sanitaire et non d'un problème d'ordre public ou d'un désordre mental, frappant les personnes les plus faibles ou les plus marginales.

L'alcool est aussi une boisson totem qui symbolise tout l'art de vivre à la française. Il fait partie de notre culture nationale et l'on s'étonne souvent, avec parfois condescendance, qu'il ne soit pas apprécié par tous, jusqu'à exercer à l'égard des abstinents une véritable dictature du goût et du savoir-vivre.

L'ambivalence tient ainsi à ces images contradictoires entre d'une part l'alcoolique mondain ou l'ivrogne, victimes de jugements hâtifs et discriminatoires, qui gênent et embarrassent et d'autre part, le savoir-vivre et la culture française, qui se déclinent forcément en " savoir- boire ".

L'ambivalence vient aussi de l'Etat pour qui l'alcool est avant tout une activité économique florissante, qui génère des recettes fiscales élevées, d'autant plus attrayantes qu'elles peuvent aisément être augmentées au digne motif de la " santé publique ". En même temps, l'Etat ne pouvant rester passif, se doit de mener une politique de prévention de l'alcoolisme et de prise en charge sanitaire des personnes qui en souffrent. Force est cependant de constater que les moyens humains et financiers consacrés au traitement de l'alcoolisme sont sans rapport avec les recettes perçues et la mortalité associée à l'alcool.

Le monde médical lui-même n'est pas à l'abri de ces contradictions. De nombreuses études scientifiques tendent ainsi à démontrer qu'une consommation modérée de vin rouge est favorable à la santé, oubliant trop vite que ce "*french paradox*" peut-être malencontreusement interprété par des consommateurs peu avertis ou des producteurs.

Ces constats de départ militent pour que soit reconnue et traitée en tant que telle la "maladie alcoolique" en recherchant un équilibre entre une indulgence complice et un discours moralisateur répressif et en accordant, bien sûr, l'attention et les moyens qu'exige un problème sanitaire aussi grave.

L'alcoolisme n'est ni un vice, ni une tare mais au-delà d'une consommation modérée, l'alcool est un produit nocif ; l'alcoolique est un malade déclaré ou en puissance qu'il faut prendre en charge le plus efficacement possible et le plus tôt possible avant que sa santé ne soit atteinte. Il importe donc de prévenir au premier stade une consommation excessive et au deuxième stade une chute dans l'alcool-dépendance.

Inquiète de la récente évolution des comportements d'alcoolisation des jeunes, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales avait souhaité, sous la X<sup>ème</sup> législature, créer une mission parlementaire d'information sur ce sujet.

La tenue en septembre 1996 de la première Conférence nationale de santé, qui a montré que l'alcool était perçu, par une très forte majorité de régions, comme l'un des fléaux sociaux les plus graves, et qui a choisi de ranger la lutte contre l'alcoolisme parmi les dix priorités retenues par la Conférence, devait conduire la commission à élargir les objectifs de la mission.

Par ailleurs, lors de la discussion parlementaire du premier projet de loi de financement de la Sécurité sociale durant l'automne 1996, le besoin de définir une nouvelle politique de santé publique nationale a fait l'objet de nombreuses interventions en ce sens.

La commission avait donc créé une première mission d'information sur le thème "Alcool et santé" composée de M. Denis Jacquat, qui en assurait la présidence, M. Claude Bartolone, M. Michel Ghysel, Mme Muguette Jacquaint, M. Bernard Leccia et M. Francisque Perrut. Son objectif était d'étudier tant la prévention que l'éducation à la santé, la prise en charge sanitaire, le dispositif spécialisé en faveur des malades de l'alcool, les aspects économiques et commerciaux du sujet tels que la taxation, la publicité et le mécénat sportif.

De janvier à mars 1997, la mission a procédé à de nombreuses auditions et s'est rendue en Suède, en Italie, au Canada et aux Etats-Unis. Elle

s'était donnée pour ambition de présenter de nombreuses propositions de réforme pouvant donner, pour certaines, un contenu à la prochaine loi de financement de la sécurité sociale afin que celle-ci soit davantage centrée sur la santé publique.

Reconduite sous l'actuelle législature le 8 juillet 1997, la mission est composée de dix députés, représentant l'ensemble des groupes politiques : Mme Hélène Mignon, rapporteur et présidente, M. Jean Bardet, Mme Huguette Bellot, M. René Dutin, M. Jean-Louis Fousseret, Mme Dominique Gillot, Mme Odette Grzegulka, M. Denis Jacquat, M. Edouard Landrain, M. Anicet Turinay.

A partir des travaux conduits par la première mission, elle s'est efforcée de dresser l'état de la question de l'alcool et de la santé et d'établir des propositions concrètes, présentées dans le corps du présent rapport et résumées ci-après.

Ces propositions, adoptées par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le 17 juin 1998, ont reçu un accueil favorable comme le prouve le changement du mode de financement et de statut juridique des anciens centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), initié par un amendement de la commission, à la loi de lutte contre les exclusions, adoptée le 29 juillet 1998 et parachevé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 adoptée le 4 décembre 1998. Nombre d'autres réformes restent cependant à mettre en place. Telle est l'ambition de ce rapport qui souhaite ainsi participer à cette nécessaire prise de conscience.

## RESUMÉ DES PROPOSITIONS DE LA MISSION

- *La connaissance du problème de l'alcoolisme*

1 - Evaluer avec précision le coût de l'alcoolisme pour notre pays

- *L'alcoolisme des jeunes*

2 - Créer une structure spécifique d'observation de l'alcoolisme des jeunes

3 - Rendre effective l'interdiction de vente aux mineurs et porter l'âge de l'interdiction à 18 ans

- *La prévention et l'éducation sanitaire*

4 - Privilégier les actions dirigées vers les " buveurs excessifs "

5 - Adapter les campagnes nationales aux situations locales

6 - Viser l'ensemble des dépendances (tabac, drogues, alcool, médicaments)

7 - Mettre fin à l'éparpillement des acteurs et des moyens

8 - Ne pas laisser aux producteurs de boissons alcooliques la définition du contenu et la mise en oeuvre des campagnes de prévention

9 - Intégrer l'éducation à la santé dans les programmes de l'enseignement scolaire

10 - Assurer à tous les professeurs d'école une formation initiale et continue à l'éducation sanitaire

11 - Donner aux médecins et infirmiers scolaires un rôle de soutien aux enseignants et d'alerte sur les conduites à risques

12 - Evaluer systématiquement les actions de prévention

13 - Instaurer une journée sans alcool

- *Le régime fiscal des boissons alcooliques*

14 - Taxer les boissons alcooliques proportionnellement à leur degré d'alcool

15 - Taxer les bières en fonction de leur degré “ Plato ”

- ***Les conditions de vente***

16 - Interdire totalement la vente d’alcool dans les stations à essence

17 - Limiter à cinq par an l’ouverture de buvettes dans les stades ou, si un chiffre supérieur était retenu, restreindre la consommation aux boissons de catégorie 2 (vins, bières, cidres,...)

- ***La publicité pour l’alcool et les retransmissions télévisées d’événements sportifs***

18 - Etudier l’opportunité de renverser la réglementation sur le contenu des messages publicitaires afin de préciser les circonstances d’interdiction de la publicité

19 - Revenir aux règles d’origine de la “ loi Evin ” sur l’affichage

20 - Définir des règles communes au niveau européen sur la publicité en faveur de l’alcool et du tabac, notamment à l’occasion des retransmissions d’événements sportifs

- ***La sécurité routière***

21 - Multiplier les contrôles aléatoires et harmoniser les pratiques

22 - Renouveler régulièrement les campagnes de prévention

23 - Équiper les voitures d’alcootests électroniques

- ***Les acteurs de la lutte contre l’alcoolisme***

24 - Créer des réseaux de prise en charge du malade alcoolique avec l’appui d’un “ référent alcool ” au sein des directions départementales et régionales des affaires sociales

25 - Augmenter de manière significative les crédits des CASEA (ex-CHAA) et assurer une couverture totale du territoire par ces institutions

26 - Étendre le régime fiscal des restaurants du coeur aux associations de lutte contre l’alcoolisme

27 - Relancer dans tous les CHR et CHU le dispositif d’équipe multidisciplinaire et de référent alcool

28 - Insérer l'hôpital dans les réseaux de prise en charge du malade alcoolique

29 - Reconvertir les lits excédentaires d'hôpitaux de court et moyen séjour en lits de postcure

30 - Donner une formation spécifique aux médecins généralistes sur l'alcoolisme et l'ensemble des comportements à risque

## I.- CONNAISSANCE DU PROBLÈME : UNE SITUATION INQUIÉTANTE ET DE GRANDES LACUNES

### A. LES DONNÉES DISPONIBLES RÉVÈLENT UNE SITUATION GRAVE

L'importance de la consommation d'alcool en France est une spécificité connue. Longtemps, notre pays fut classé premier parmi les pays occidentaux au titre de la consommation d'alcool pur par habitant. Il n'occuperait aujourd'hui " que " le troisième rang avec une moyenne de 11,5 litres, après le Luxembourg et le Portugal, le Grand duché devant vraisemblablement sa première place aux ventes d'alcool hors taxes sur son territoire.

*Consommation d'alcool dans le monde  
exprimée en litres d'alcool pur<sup>1</sup> par habitant et par an en 1996*

<i>Pays</i>	<i>1994</i>	<i>Pays</i>	<i>1995</i>
Luxembourg	11,9	Luxembourg	11,6
France	11,4	France	11,5
Portugal	10,8	Portugal	11
Allemagne	10,3	Hongrie	10,2
Hongrie	10,3	Espagne	10,2
République Tchèque	10,1	République Tchèque	10,1
Danemark	9,9	Danemark	10
Autriche	9,8	Allemagne	9,9
Suisse	9,7	Autriche	9,8
Espagne	9,7	Suisse	9,4
Belgique	9,2	Irlande	9,2
Grèce	8,9	Belgique	9,1
Italie	8,7	Grèce	9
Irlande	8,6	Italie	8,8
Bulgarie	8,3	Bulgarie	8,1
Pays-Bas	7,9	Pays-Bas	8
Australie	7,9	Chypre	7,9
Slovaquie	7,8	Slovaquie	7,8
Chypre	7,8	Australie	7,6
Royaume-Uni	7,5	Royaume-Uni	7,3
Nouvelle-Zélande	7,2	Argentine	7,3
Argentine	7,1	Nouvelle-Zélande	7
Etats-Unis	6,8	Etats-Unis	6,8

*Source : Produkschap voor gedistilleerde Dranken, Schiedam, Pays-Bas (1996)*

<sup>1</sup> Il s'agit de la fraction d'alcool absolu contenu dans une boisson alcoolique. Cette fraction, variable selon les boissons, est exprimée en degrés (ex : un vin à 12° contient 12 % d'alcool pur).

De fait, la consommation d'alcool a connu en France une baisse régulière au cours des dernières décennies. Elle est ainsi passée de 16,3 litres en 1970 à 11,5 litres en 1995, soit une baisse de 42 %.

Cependant, la consommation excessive d'alcool, qui ne doit pas être confondue avec la consommation moyenne d'alcool, demeure l'un des principaux problèmes de santé publique de notre pays, comme le montrent les statistiques de mortalité et de morbidité, ainsi qu'une analyse approfondie des modes de consommation.

### **1. La mortalité due à l'alcoolisme**

L'évaluation de la mortalité due à l'alcoolisme est difficile dans la mesure où l'alcool intervient comme cause adjuvante ou déterminante de décès accidentels ou inscrits dans les statistiques sous différentes rubriques. Si l'on considère seulement la mortalité directement due à l'alcool, on dénombrait, en 1994, 23 400 décès dont 2 600 pour psychose alcoolique, 8 600 pour cirrhose et 12 200 pour cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), causés le plus souvent par l'association d'une consommation d'alcool et de tabac.

Psychoses alcooliques et cirrhoses représentent ainsi 6 % de la mortalité prématurée des hommes et 5,5 % de celle des femmes. Pour ces dernières, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable liée aux habitudes de vie, après les suicides.

Ces chiffres ont sensiblement baissé depuis les années 1960 grâce à la baisse régulière de la consommation moyenne d'alcool. Cependant, ainsi que le notait le Haut Comité de la santé publique (HCSP) dans son rapport sur la santé en France en 1996, cette baisse s'est brutalement interrompue en 1992, atteignant un pallier de décès qui semble relativement incompressible. Il faut par ailleurs souligner que ces statistiques officielles ne tiennent pas compte de la mortalité due indirectement à l'alcool qu'il est difficile d'évaluer exactement, par exemple dans les accidents du travail, les accidents domestiques, les suicides ou dans les maladies où l'alcool intervient comme un facteur aggravant. On estime toutefois à près de 25 000 le nombre de ces décès chaque année. Au total, la mortalité imputable à l'alcool, selon les estimations minimales, se chiffre entre **40 000 et 50 000 décès par an**.

*Décès à la suite d'une psychose alcoolique*

<i>Années</i>	<i>Total des deux sexes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
1960	5 074	3 294	1 150
1970	4 063	3 125	938
1980	3 344	2 669	675
1990	2 821	2 258	563
1993	2 614	2 075	539
1994	2 593	2 033	560

*Décès à la suite d'une cirrhose*

<i>Années</i>	<i>Total des deux sexes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
1960	13 401	9 007	4 394
1970	16 954	11 814	5 140
1980	14 881	10 504	4 377
1990	9 641	6 725	2 916
1993	8 790	6 088	2 702
1994	8 591	6 003	2 588

Source : INSERM.

## 2. La morbidité due à l'alcool

A partir des critères habituellement retenus par les épidémiologistes et des statistiques de fréquentation du système de soins, on peut estimer, avec le HCSP, à **cinq millions** le nombre de personnes que la consommation excessive d'alcool expose à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social, et à **deux millions** le nombre de personnes dépendantes de l'alcool. Des enquêtes menées dans les hôpitaux démontrent par ailleurs que la prévalence des risques et maladies liées à l'alcool est de 25 à 35 % pour les hommes et de 5 à 10 % pour les femmes. L'alcool serait en outre responsable d'un quart des hospitalisations en urgence et, de manière générale, la durée moyenne du séjour à l'hôpital se trouve allongée par la présence d'un problème avec l'alcool.

Le dispositif sanitaire n'est hélas pas adapté à cette situation car, dans la plupart des cas, les professionnels de santé, confrontés à des patients en difficulté avec l'alcool ne les prennent en charge, le plus souvent, qu'au titre de leur pathologie associée, et non au titre de leur consommation d'alcool. La circulaire

de la direction générale de la santé en date du 19 novembre 1996<sup>2</sup> constatait ainsi que “ *cette absence de prise en charge spécifique présente des conséquences financières et humaines considérables (rechutes et hospitalisations répétées) qu’il importe de réduire.* ”

### 3. Le coût de l’alcoolisme

Le nombre de décès ou de maladies dus à l’alcool n’illustre que partiellement, hélas, le coût de l’alcoolisme pour l’ensemble de la société.

Le Centre canadien sur l’abus de substances a conduit, en juin 1996, une volumineuse étude recensant et évaluant l’ensemble des coûts générés par l’alcoolisme dans le pays. Il estime que l’alcool y aurait coûté, en 1992, 649 dollars canadiens par an et par habitant (soit plus de 2700 francs), coût évalué au total à **2,7 % du PIB**. En Italie, des travaux récents estiment que l’alcool coûte 55 à 60 % de ce qu’il rapporte à l’Etat. En France, les statistiques disponibles sont peu précises et mal fondées ; elles évaluaient le coût de l’alcool en 1987 de 100 à 200 milliards de francs.

Les travaux canadiens ont un intérêt pour les autres pays dans la mesure où ils cernent avec pertinence l’ensemble des coûts et présentent des techniques d’évaluation sérieuses. Il distinguent et évaluent :

- **les coûts directs de prévention de l’alcoolisme** qui incluent le coût des campagnes d’information ou de communication, des formations des éducateurs ou des acteurs du système de soins, de la recherche sur l’alcool ou l’abus de substance... ;
- **les coûts médicaux** qui englobent les frais d’hospitalisation, les consultations, les traitements de postcure, les médicaments ;
- **les coûts “légaux”** en terme de surcharge de travail pour les services de police, de justice et pour les douanes ;
- **les coûts matériels divers** qui couvrent les saccages ou dégâts divers dus aux violences entraînées par l’abus d’alcool ;
- **les coûts psychologiques** subis par les alcooliques eux-mêmes ou par leur entourage, en particulier les enfants, en termes de violences familiales, de mal-être et de troubles de la personnalité ;

---

<sup>2</sup> Circulaire n° 707 relative à la promotion du travail en réseau pour l’organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l’alcool.

- **les coûts économiques indirects** de perte de productivité dus à la délinquance, à l'inefficacité au travail, aux congés maladie répétés, mais aussi dus à la mortalité prématurée (sous l'angle des années de vie perdues préjudiciables à la société, à la fiscalité et aux comptes sociaux).

Les coûts de l'alcoolisme sont donc très divers et, il faut l'admettre, mal connus en France.

*La mission souhaite que l'ensemble des services de l'Etat concernés, en collaboration avec les caisses d'assurance maladie, évaluent précisément le coût de l'alcoolisme dans notre pays, à l'instar du Canada qui a prouvé cette évaluation possible. Ce travail, en l'absence de statistiques sûres et complètes sur l'alcoolisme, permettrait de mesurer l'exacte ampleur du problème.*

## **B. L'ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS D'ALCOOLISATION SOULEVE DE VIVES INQUIETUDES**

La consommation moyenne d'alcool a baissé, mais cette réduction cache une évolution, à certains égards inquiétante, des modes d'alcoolisation. La "théorie de Ledermann", selon laquelle il existe une relation directe entre la consommation moyenne d'alcool et la proportion de buveurs excessifs, théorie qui a longtemps fondé la politique de santé publique française, n'est plus vérifiée. On ne peut plus dire en effet que le nombre de buveurs excessifs augmente ou diminue avec la consommation moyenne d'alcool. Deux changements majeurs sont en effet venus saper les fondements de cette théorie : une modification des habitudes de consommation au profit des spiritueux et l'apparition de conduites à risques parmi les jeunes.

### **1. Le changement de nature des boissons consommées**

L'évolution comparée des consommations de vin, de bière et de spiritueux montre que c'est le vin qui contribue le plus à la baisse de la consommation d'alcool en France. De 1970 à 1995, la part des vins dans cette consommation *per capita* a diminué de 42 %, passant de 74 % à 60 %.

*Consommation d'alcool en France (en litres par personne et par an)*

	1970		1995		Evolution 1995/1970
Vin	12,0	74 %	6,9	60 %	- 42 %
Bière	2,0	12 %	2,0	18 %	-
Spiritueux	2,3	14 %	2,5	22 %	= 9 %
<b>Total</b>	<b>16,3</b>	<b>100 %</b>	<b>11,4</b>	<b>100 %</b>	<b>- 30 %</b>

Source : World Drink Trends

En revanche, la consommation de spiritueux, sur la même période, a augmenté de 51 %, passant de 293 millions de bouteilles<sup>3</sup> (soit 820 000 hl d'alcool pur) à 443 millions de bouteilles (soit 1 239 000 hl d'alcool pur). Au sein de la catégorie des spiritueux, on peut noter le fort développement du whisky et accessoirement des gins et vodkas au détriment de eaux de vie d'AOC<sup>4</sup> (cognac, armagnac et calvados). Il semble donc bien que la consommation d'alcool diminue en France tout en se durcissant, les alcools les plus forts représentant une part plus importante des produits consommés, part d'autant plus grande si l'on raisonne en litres d'alcool pur. Au total, selon les Douanes, les Français ont consommé en 1995 :

- 31 549 169 hl de vin,
- 23 860 380 hl de bière,
- 3 230 865 hl de spiritueux (sur la base de spiritueux à 40 % vol.).

Par ailleurs, on constate qu'à l'intérieur de la catégorie des vins, les vins d'appellation ont vu leur consommation croître fortement en dépit de la baisse de l'ensemble de la catégorie, ce qui accrédite la thèse d'une consommation accrue de vins de qualité, produits du terroir ou produits de luxe. Les Français tendent à délaisser le vin de table en tant que boisson quotidienne du repas pour privilégier une consommation "d'agrément" de vins de meilleure qualité.

<sup>3</sup> La bouteille étant calculée sur la base de spiritueux à 40 % volume dans une bouteille de 70 cl.

<sup>4</sup> Appellation d'origine contrôlée.

*Consommation de vin en France (en hectolitres)*

<i>Campagne</i>	<i>Cons. taxée VDT (*)</i>	<i>Cons. taxée AOC et VDQS</i>	<i>Consommation en franchise</i>	<i>Total</i>
1991/1992	21 568 562	13 427 024	1 961 788	36 957 374
1992/1993	20 603 470	14 655 661	2 673 548	37 932 679
1993/1994	19 537 502	15 359 276	1 439 350	36 336 128
1994/1995	19 581 770	15 534 993	1 266 506	36 383 269

Source : Direction générale des douanes

(\*) VDT : Vins de table (catégorie comprenant également les vins de pays)

AOC : Appellation d'origine contrôlée

VDQS : Vins délimités de qualité supérieure

Consommation en franchise : consommation par le producteur, exonérée des taxes fiscales

La consommation de bière reste pour sa part stable et concentrée essentiellement dans le Nord et l'Est de la France. La bière est en même temps la boisson préférée des jeunes, de plus en plus attirés par les bières fortes (à 8° et plus) vendues en canettes de grande contenance et surnommées "shooters".

*Consommation de bière (en hectolitres)*

<i>Année</i>	<i>Consommation totale</i>	<i>Bières de luxe ( 4,4°) et spéciales ( 5,5°)</i>
1970	21 043 035	14 409 713 (*)
1980	23 747 796	20 700 257
1990	23 351 245	20 685 816
1994	22 885 760 (*)	

Source : Association des Brasseurs de France

(\*) Bière de luxe uniquement

(\*\*) dont 594 hectolitres de bières sans alcool, soit 2,6 % du total.

## 2. L'apparition de comportements à risque inquiétants parmi les jeunes

Les données statistiques et les études épidémiologiques sont incontestables : on assiste, depuis le début de la décennie, à une radicalisation de l'alcoolisation des jeunes avec l'apparition de comportements qualifiés de toxicomaniaques.

En 1994, deux enquêtes menées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et par le Comité français pour l'éducation et la santé (CFES) montraient que les jeunes commencent de plus en plus tôt à consommer plus volontiers de la bière et des alcools forts : 47 % des 12-18 ans déclarent consommer de l'alcool occasionnellement et 4 % régulièrement. La proportion de ceux qui recherchent les ivresses de façon répétitive ne cesse d'augmenter depuis les années 1980. Plus d'un garçon sur quatre a déjà connu au moins trois ivresses et l'on trouve des consommateurs réguliers dans la tranche des 12-13 ans. La bière est le premier produit consommé (43,50 % pour le CFES et 54 % selon l'INSERM), viennent ensuite les alcools forts et enfin le vin.

La consommation d'alcool est plus fréquente chez les garçons que chez les filles et s'accroît avec l'âge. Ainsi, à 18 ans, 80 % des garçons consomment de l'alcool et 22 % de façon régulière (plus de trois fois par semaine). Quant aux raisons qui les poussent à boire, les temps de rencontres (famille et amis) sont considérés comme des moments privilégiés pour consommer davantage de boissons alcoolisées. Cependant, lors de fêtes de famille, les jeunes s'enivrent moins que lors des soirées entre amis. Ils reconnaissent aussi volontiers que les moments de "cafard" ou de tristesse les poussent à boire beaucoup plus.

En avril 1995, une enquête réalisée par l'Institut IPSOS, à la demande du ministère chargé de la santé et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), aboutit aux conclusions selon lesquelles les jeunes boivent plus tandis que leur mode de consommation évolue rapidement. L'étude montre en effet que 65 % des jeunes de 12-18 ans consomment de l'alcool (contre 47 % en 1994) et leur pratique s'avère souvent excessive. A 14-15 ans, près d'un jeune consommateur sur quatre a connu une ivresse dans l'année. Cette proportion est doublée à l'âge de 17 ans.

La consommation d'alcool chez les jeunes varie aussi en fonction d'autres facteurs. On compte ainsi trois fois plus de consommateurs d'alcool parmi les fumeurs que parmi les non-fumeurs et cette proportion est deux fois plus élevée parmi ceux qui ont déjà fumé du haschich. Quant aux jeunes qui déclarent être "mal dans leur peau", ils boivent également deux fois plus que les autres.

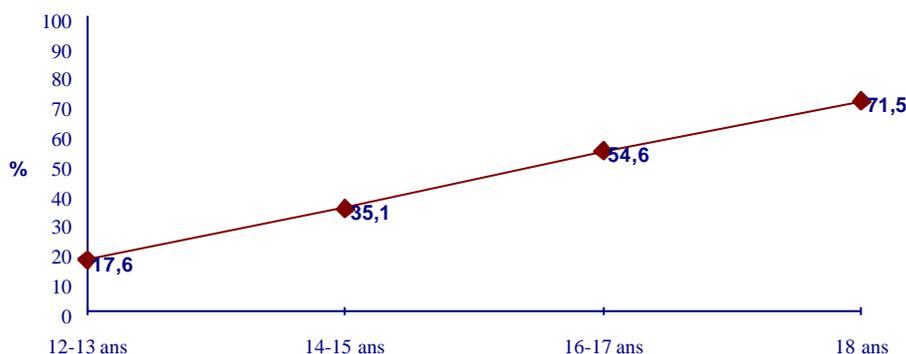
Enfin, les alcools forts deviennent la boisson de prédilection des jeunes consommateurs tandis que la bière arrive en seconde position : 55 % des jeunes de 18 ans en consomment contre 69 % pour les alcools forts. Quant au vin, il a perdu de son attrait mais il n'en reste pas moins la "boisson initiatique" par excellence.

Une autre enquête, commandée par le CFES en mars 1996 à l'occasion du deuxième lancement de la campagne de prévention "Tu t'es vu quand t'as

bu”, confirme cette évolution et en renforce même les aspects alarmistes. Elle démontre que :

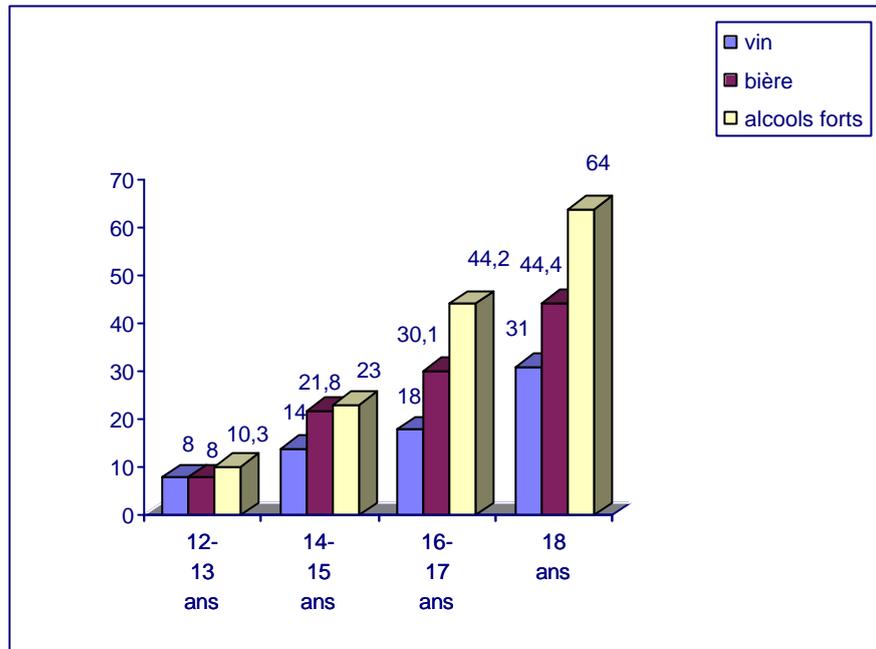
- La prise d’alcool se fait manifestement le week-end, 85 % des 12-18 ans ayant bu au moins une fois dans la semaine déclarant avoir bu seulement le week-end ;
- La consommation, contrairement aux années précédentes, ne dépend plus du sexe mais de différents facteurs tels que l’âge, comme l’illustre le graphique ci-après, et la consommation parallèle de tabac ou de haschich. Ainsi, parmi les jeunes fumeurs, 70 % ont consommé au moins une boisson alcoolisée dans la semaine contre 28 % parmi les jeunes non-fumeurs. Parmi les jeunes consommateurs de haschich, 80 % ont consommé de l’alcool contre 35 % des non-consommateurs de haschich.

**Pourcentage de consommateurs d’alcool selon l’âge**



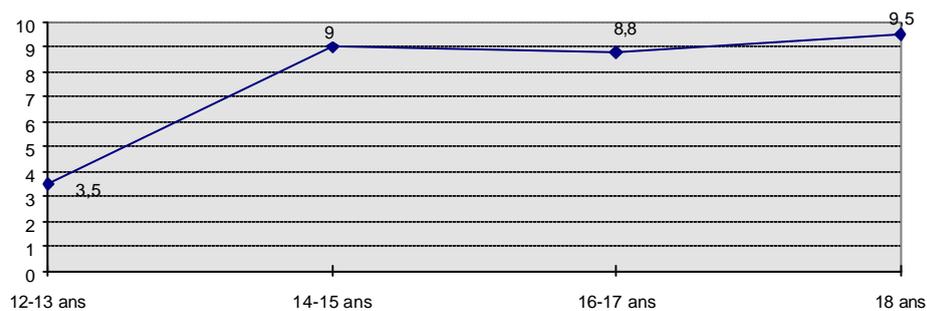
La consommation de spiritueux est par ailleurs devenue la plus fréquente parmi les boissons alcoolisées ; elle devient même majoritaire à partir de 14-15 ans et progresse avec l’âge, ainsi que le montre le graphique ci-après. Elle reste fortement associée au week-end bien que 10 % des jeunes de 12 ans en aient consommé dans la semaine et 60 % des jeunes âgés de 18 ans. Pendant la semaine, 22 % des jeunes ont consommé de la bière au moins une fois (3 % au moins trois fois), cette consommation concernant davantage les garçons (32 %) que les filles (20 %). Le vin est toujours peu consommé et reste une boisson exceptionnelle. Environ 16 % des jeunes interrogés ont bu du vin au moins une fois dans la semaine (moins d’1 % en a bu plus de trois fois dans la semaine). Comme pour toutes les autres boissons alcoolisées, sa consommation croît avec l’âge.

*Consommation de différentes boissons alcoolisées selon l'âge (en %)*



Autre signe marquant d'une évolution des comportements, le nombre d'ivresses déclarées augmente sensiblement. Environ un quart des 12-18 ans déclare avoir déjà été ivre, les garçons plus que les filles (26 % contre 20 %). Le nombre moyen d'épisodes d'ivresse dans l'année augmente avec l'âge : un épisode en moyenne à 12 ans et cinq à 18 ans, la moyenne s'établissant à quatre fois dans l'année (6 fois chez les garçons et trois fois chez les filles). Au cours de leur dernière ivresse, le nombre moyen de verres consommés était de 9 (10 chez les garçons et 8 chez les filles) mais un quart des jeunes qui ont été ivres ont bu plus de 12 verres (ce chiffre pouvant aller jusqu'à 30).

*Nombre moyen de verres à la dernière ivresse*



- L'enquête montre par ailleurs la très forte corrélation de l'ivresse avec la consommation de tabac (51 % des fumeurs ont déjà été ivres contre 8 % des non-fumeurs), et celle de haschich (75 % des consommateurs de haschich ont déjà été ivres contre 13 % des non-consommateurs de haschich) et au mal-être (ceux qui se sentent mal en famille ou à l'école sont deux fois plus nombreux à avoir déjà été ivres que les autres).

Ces données soulignent une progression inquiétante de la polyconsommation de substances psychoactives par les jeunes. Pour de nombreux experts, l'alcool deviendrait la "porte d'entrée" à d'autres substances psychoactives. On assiste, à n'en pas douter, à un glissement des comportements d'alcoolisation des jeunes vers le "modèle" anglo-saxon ou nordique (ivresses répétées des fins de semaine et préférence pour des alcools forts). Si ces faits semblent bien établis, nul ne sait en revanche sur quelles attitudes déboucheront ces nouveaux comportements lorsque ces jeunes seront adultes. Peut-il y avoir un phénomène de banalisation de l'alcoolisation ou au contraire une disparition progressive de ces pratiques "de jeunesse" ? En tout état de cause, les risques entraînés par cette nouvelle situation sont indubitables pour les jeunes ainsi fragilisés dans leur santé mais aussi dans leur avenir, avec un risque de marginalisation, d'échec scolaire et de mal-être pouvant avoir des conséquences déterminantes sur leur vie d'adulte.

Ainsi que le soulignaient les professeurs Roger Henrion et Philippe Parquet<sup>5</sup>, lors de leur audition devant la commission le 15 octobre 1997, ce phénomène de polyconsommation, très répandue chez les jeunes, qui les conduit à mélanger divers produits psychotropes légaux et illégaux (drogues, ecstasy, alcool, médicaments), milite pour une approche globale sur l'abus de substances psychotropes. Les dangers pour la santé auxquels s'exposent les consommateurs de ces mélanges, avides de sensations fortes et à la recherche de ce qu'ils appellent couramment la "défonce", sont immenses tant du point de vue des risques immédiats sur la santé que des effets de dépendance psychologique et physiologique créés par cette polyconsommation. Le professeur Philippe Parquet concluait ainsi à la nécessité d'ouvrir au sein de la population un large débat sur l'ensemble des substances psychotropes afin qu'une évolution des mentalités soit possible vers une prise de conscience des dangers de ces substances, y compris de l'alcool, autour duquel s'est créée une véritable "culture nationale", dans le but de promouvoir une autre culture : "celle de la santé".

---

<sup>5</sup> Auteurs du rapport au Gouvernement "Pour une politique de prévention des comportements de consommation de substances psycho-actives".

Le problème de l'alcoolisation des jeunes en France devient donc extrêmement grave. Il a d'ailleurs mobilisé très vite l'attention de la commission des affaires culturelles de l'Assemblée nationale qui avait souhaité, lors de l'examen de la première loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, instaurer une taxe spéciale de santé publique frappant les "prémix", boissons mélangeant des alcools forts à des sodas ou des jus de fruits et présentées dans des canettes, aux prix, aux logos et aux noms très attractifs pour la jeunesse.

Cette taxe a bien eu l'effet escompté, permettant de "tuer" ce marché, certes petit par sa taille mais important par ses effets dévastateurs au sein de la jeunesse. Les producteurs ne s'y étaient d'ailleurs pas trompés en dénonçant le caractère discriminatoire de cette taxe, dont le champ a été étendu pour toucher tous les mélanges d'alcool en canettes, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il importe cependant de rester vigilant face à des stratégies commerciales agressives en direction de la jeunesse.

*La mission souhaite qu'à l'instar de l'Italie où l'Etat et les producteurs ont créé une institution autonome appelée " Observatoire permanent sur les jeunes et l'alcool ", les comportements des jeunes vis-à-vis de l'alcool en France soient mieux étudiés afin que soit conduite à leur intention une politique de prévention et d'éducation sanitaire spécifique, bien adaptée à la réalité des situations.*

*La mission souhaite également que l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs de moins de seize ans soit effective au moyen de contrôles répétés sur l'application de cette interdiction, en particulier dans les grandes surfaces, en étudiant l'opportunité d'augmenter les sanctions en cas d'infraction ainsi que l'âge minimum d'achat à 18 ans.*

*La mission souligne avec inquiétude les risques certains auxquels conduit l'évolution de cette alcoolisation de la jeunesse : fragilité psychologique, échec scolaire, " mal-être ", voire tentations suicidaires, banalisation de la consommation d'alcool et polyconsommation de substances psychotropes pouvant enclencher une dépendance physique et psychologique croissante avec, à terme, un processus d'exclusion, sans parler des risques purement sanitaires ou accidentels directement liés à la consommation d'alcool. Plus que jamais, il faut donc s'interroger sur les racines de ce fléau, c'est-à-dire sur les motivations guidant ces conduites à risque et sur les facteurs d'exposition afin de définir une politique globale efficace et cohérente en faveur des jeunes.*

### **3. Les différentes étapes du processus d'alcoolisation**

L'insuffisance des données disponibles sur les comportements d'alcoolisation, soulignée précédemment, a pour conséquence de méconnaître les différents stades pouvant conduire jusqu'à la maladie alcoolique. De ce fait, la politique de prévention et celle de prise en charge sanitaire des personnes "ayant un problème avec l'alcool", dans notre pays, se sont trop souvent réduites à quelques groupes précis sans que se dessine une approche globale ou n'ont visé que les alcoolo-dépendants, c'est-à-dire ceux qui ont atteint le dernier stade de la maladie alcoolique.

Cette approche, hélas, qui s'est longtemps appuyée sur la théorie précitée, aujourd'hui contestée, de Ledermann, néglige les premières phases d'alcoolisation et, de ce fait, sous-estime les risques auxquels sont exposés les consommateurs excessifs, qui représentent pourtant plus de cinq millions de personnes. Elle a donc trop privilégié l'aval aux dépens de l'amont, c'est-à-dire d'une prévention active.

Le schéma ci-après, conçu par un cabinet de consultants en alcoologie, illustre bien ces différents stades depuis la consommation occasionnelle liée à des événements festifs épisodiques, à la consommation excessive en passant par la consommation d'habitude, plus régulière, et par la consommation quotidienne. Les données médicales s'accordent à fixer à trois verres pour les hommes et à deux verres de vin pour les femmes le niveau moyen de consommation quotidienne d'alcool au-dessus duquel des problèmes de santé peuvent apparaître, mais ce taux indicatif diffère d'une personne à l'autre en fonction de son âge, de son poids, de sa masse musculaire, de son état (la consommation d'alcool par les femmes enceintes étant par exemple formellement déconseillée) ou encore des circonstances de consommation d'alcool (la consommation étant plus nocive à jeun qu'au cours d'un repas).

***Schéma des différentes étapes  
du processus d'alcoolisation***

Le schéma montre également quelle peut être l'évolution, ou plutôt le déclin d'une personne devenue alcoolo-dépendante qui sombre dans la maladie alcoolique. Le tableau est certes très noir et pessimiste, mais il semble bien, au vu de tous les témoignages recueillis par la mission au cours de ses nombreuses auditions, que la maladie alcoolique entraîne le malade dans un véritable cercle vicieux dont il est extrêmement difficile de sortir. Rares sont en effet les guérisons à l'issue d'une et de deux cures de sevrage tant la fragilité psychologique de la personne est grande à ce stade. Encore faut-il qu'elle ait pris conscience de son état ou que son entourage familial, professionnel ou médical, l'y ait encouragée. Le moment où la personne bascule dans la dépendance et la maladie est difficile à établir tant les circonstances sont importantes. Outre les conditions tenant à l'état sanitaire de la personne, les circonstances plus personnelles qui le placent en situation d'extrême fragilité psychologique, telle que la perte d'un emploi, le décès d'un proche, un divorce ou une situation d'exclusion sociale, jouent un rôle déterminant.

Il faut donc éviter à tout prix qu'une partie des buveurs excessifs ne basculent dans la catégorie des alcoolo-dépendants, stade où la guérison est particulièrement difficile et où les souffrances de la personne et de son entourage sont immenses.

*La mission considère donc que la politique de lutte contre l'alcoolisme doit privilégier, à côté de la prévention en direction des jeunes et du traitement des personnes alcoolo-dépendantes, la prévention des buveurs excessifs. Dans ce but, les dangers d'une alcoolisation excessive doivent être mieux expliqués aux consommateurs et les actions préventives doivent viser à ce qu'ils puissent contrôler et maîtriser leur consommation pour préserver leur santé.*



## **II.- PREMIÈRES CONCLUSIONS : LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE ACTIVE DE PRÉVENTION À LA FOIS CIBLÉE ET GLOBALE**

### **A.- POSTULATS DE DÉPART**

Toute politique de prévention soulève les mêmes questions quant aux conditions de son efficacité :

Que privilégier ? L'efficacité exige-t-elle des campagnes répétées ? Extrêmement ciblées ou générales ? Visant l'ensemble de la population ou une partie de celle-ci seulement ? Ces campagnes ciblées doivent-elles distinguer les personnes selon leur âge, la nature de leur problème avec l'alcool ? Par région ou par ville ou à l'échelle nationale ? Quels moyens de communication utiliser avec quels intermédiaires (écoles, milieu de travail, personnel médical, ...) ?

La nature des messages transmis pose également problème. D'aucuns privilégient les campagnes à caractère général telle que celle lancée en 1986 sur le thème "un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts", tandis que d'autres en critiquent le caractère simpliste, voire caricatural (un verre de vin n'étant pas équivalent, du point de vue de sa nocivité à un verre de whisky).

Les uns se félicitent de l'impact reçu par la campagne visant les jeunes en 1996 déclinant le slogan "Tu t'es vu quand t'as bu" alors que les autres l'estiment trop culpabilisante pour être efficace d'un point de vue pédagogique.



*Les premiers constats dressés par le présent rapport militent pour une complémentarité entre des politiques ciblées sur des groupes particulièrement fragiles, tels que les jeunes ou les femmes enceintes, et des politiques plus générales soulignant, en direction de l'ensemble de la population, les dangers d'une consommation excessive et le besoin d'apprendre à contrôler et maîtriser sa propre consommation, à l'instar des campagnes de la sécurité routière depuis plusieurs années.*

*Il est par ailleurs souhaitable d'assurer également la complémentarité entre des campagnes nationales et des campagnes locales, à l'échelle des régions ou des villes, les premières pouvant être relayées par les secondes afin de s'adapter aux situations locales. L'Observatoire permanent sur les jeunes et l'alcool en Italie s'applique ainsi à définir, pour ses campagnes de sensibilisation des jeunes, des stratégies générales qui sont ensuite adaptées à l'échelon des municipalités après avoir étudié les comportements et les besoins locaux.*

*La mission considère par ailleurs qu'il serait opportun de mettre en place une politique de prévention visant toutes les dépendances (tabac, drogues, alcool, médicaments), en raison de la pratique croissante des polyconsommations qui traduit, en fait, les mêmes troubles ou la même détresse.*

*Enfin, la mission souligne la nécessité de privilégier une prévention qui responsabilise les individus en leur transmettant des messages pédagogiques et non autoritaires.*

*Il faut donc promouvoir l'idée d'une prévention axée sur la responsabilisation de la personne acteur de sa santé, capable de bien peser les bénéfices/risques de tout comportement dangereux pour sa santé.*

## **B.- FAIBLESSES DU DISPOSITIF ACTUEL DE PRÉVENTION**

### **1. Des moyens faibles, des acteurs dispersés**

Il est difficile d'avancer une évaluation des moyens financiers et humains consacrés à la prévention de l'alcoolisme dans notre pays tant ceux-ci sont dispersés entre une multiplicité d'acteurs et d'actions. L'Etat, les organismes nationaux et locaux d'assurance maladie, le CFES, le Haut comité de santé publique (HCSP), les associations, les producteurs... tous participent à une

politique de prévention avec plus ou moins de succès et, en tout état de cause, avec peu de cohérence en l'absence de coordination entre eux.

La direction générale de la santé du ministère chargé de la santé dispose d'un bureau, pour lequel travaillent seulement dix-sept personnes de "catégorie A et B", consacré à la santé mentale, aux toxicomanies et aux dépendances (bureau "SP 3"). Les crédits budgétaires gérés pour la lutte contre l'alcoolisme sont essentiellement dédiés au financement du "dispositif spécialisé" d'accompagnement et de traitement des maladies alcooliques.

Au titre de la prévention, l'Etat alimente, avec les caisses de sécurité sociale, le budget du CFES (23,4 millions de francs pour 1998) <sup>6</sup> ainsi que les comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé <sup>7</sup>. Les campagnes de lutte contre la consommation excessive d'alcool sont plus ou moins privilégiées d'une année sur l'autre en fonction des priorités de santé publique fixées par l'Etat et ses partenaires. Des fonds sont toujours disponibles, à des niveaux variables, pour poursuivre la communication sur le risque alcool. Par ailleurs, le Gouvernement a récemment décidé d'étendre la compétence de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) à l'alcool. On ignore encore cependant quels seront les objectifs et les moyens que consacrera la MILDT à la lutte contre l'alcoolisme.

Intervient également le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) géré par la CNAMTS, dont les orientations sont fixées par son conseil d'administration, en accord avec l'Etat, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion du 30 avril 1997 entre l'Etat et la CNAMTS.

---

<sup>6</sup> Il s'agit du budget "régulier" qui finance le fonctionnement et les activités régulières du CFES. S'y ajoutent des contributions (CNAMTS, MILDT) et des ressources affectées portant le budget de campagnes du Comité à près de 150 millions de francs pour 1998.

<sup>7</sup> Les comités, au nombre de 98, sont des associations relevant de la loi de 1901, membres du CFES et agréés par lui après avis des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales. Leur financement est assuré par l'Etat, les Conseils généraux et les caisses d'assurance maladie.

**Extrait de la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la  
CNAMTS**

[ ... ]

*3. Les actions de prévention de la branche maladie seront développées au service des priorités de santé publique.*

***3.1 Les actions de prévention***

*Au niveau national, la CNAMTS, dans le cadre du fonds national de prévention, réalisera et financera des actions répondant aux priorités de santé publique définies par le Parlement et le Gouvernement compte tenu des travaux de la conférence nationale de santé. L'Etat s'engage à modifier les textes relatifs au FNPEIS (décret du 18 mai 1989 et arrêté programme de 1993) pour tenir compte de la contractualisation pluriannuelle entre l'Etat et la CNAMTS.*

*En conséquence, l'Etat et la CNAMTS, sur la base de priorités de santé publique, se concerteront afin, d'une part, de déterminer les actions nécessaires à entreprendre, et d'autre part, les modalités de leur participation financière respective. La CNAMTS, dans le cadre des priorités de santé publique retenues par l'Etat, mène des actions financées sur le FNPEIS dans les domaines suivantes :*

- dépistage des cancers,*
- dépistage des maladies génétiques,*
- prévention et dépistage bucco-dentaire,*
- programme de vaccinations,*
- campagnes d'éducation pour la santé (tabac, alcool, bon usage du médicament, Sida, dorsalgies, accidents de la vie courante...),*
- prévention du suicide.*

*L'engagement de l'assurance maladie mérite d'être précisé dans quatre domaines :*

***1. L'éducation pour la santé***

*Pour les campagnes d'éducation pour la santé dont la CNAMTS assure le financement sans participation de l'Etat, elle décide seule de leur mise en oeuvre en prenant notamment comme opérateur le CFES, structure nationale spécialisée en éducation pour la santé, avec laquelle elle signe une convention d'objectifs et de financement.*

[...]

Les ressources du fonds sont loin d'être négligeables puisqu'il était doté, en 1997, de 1 367 millions de francs dont 17,7 millions au titre de la seule prévention de l'alcoolisme. Il convient d'y ajouter les crédits versés par le fonds aux caisses régionales et primaires d'assurance maladie pour leurs actions d'éducation sanitaire, chaque caisse disposant d'un fonds d'action sanitaire et sociale et pour la très grande majorité d'entre elles d'un service d'éducation pour la santé propre.

Les sociétés mutualistes conduisent de leur côté des programmes de prévention et d'éducation sanitaire. La Mutualité française a ainsi constitué un fonds de prévention et créé, dans chaque union départementale, des équipes de prévention.

Les associations, et en particulier les grandes associations nationales de lutte contre l'alcoolisme ou d'anciens buveurs mènent également des actions de prévention, d'éducation et de communication.

*La mission regrette cet éparpillement des acteurs et des moyens de la prévention de l'alcoolisme. Cette situation porte de fait préjudice à la politique de prévention menée dans notre pays en l'absence de coordination de tous les intervenants et de ligne directrice claire. Il peut en résulter des messages contradictoires voir contre-productifs vis-à-vis de certains groupes de population, tels que les jeunes, partagés entre des discours culpabilisants et responsabilisants.*

## **2. Le rôle contestable des producteurs**

Si l'intervention des caisses d'assurance maladie, des mutuelles et des associations spécialisées à côté de l'Etat dans la lutte contre l'alcoolisme semble légitime, on peut en revanche remettre en question celle des producteurs d'alcool. Trois cas doivent toutefois être distingués.

- Le premier concerne l'Institut de recherches scientifiques sur les boissons (IREB), organisme regroupant douze sociétés productrices de boissons alcoolisées qui contribuent, par leur financement (3,5 millions de francs en 1997) à soutenir la recherche en alcoologie. Il peut s'agir de subventions à des recherches sur des thèmes proposés par le comité scientifique de l'Institut et

réalisées par des chercheurs pour la plupart institutionnels (INSERM, CNRS, universités...). Le chercheur est alors entièrement maître de ses travaux, dont les résultats font l'objet d'une publication par l'Institut. Il peut s'agir encore d'études initiées et financées par l'IREB portant, par exemple, sur les attitudes et comportements des jeunes face à l'alcool. L'IREB entend ainsi “ *être à la fois un organisme de recherches et une source de documentation et d'information sur l'alcool en direction des milieux scientifiques et médicaux, des pouvoirs publics, des médias et du grand public* ”.

*La mission, convaincue de l'utilité et de l'impartialité des travaux menés dans ce cadre, constate que cette initiative souligne les lacunes de l'Etat, précédemment relevées, quant aux moyens mis en œuvre pour mieux connaître et comprendre l'alcoolisme d'un point de vue scientifique. Elle préférerait cependant que l'Etat assume pleinement ses responsabilités, les producteurs pouvant contribuer au financement de la recherche.*

- Le second cas concerne le “groupe de réflexion et d'initiatives de producteurs de boissons ” *Entreprise et prévention*. Cette association, créée en 1990, regroupe dix-sept entreprises productrices de vins et champagnes, de spiritueux, de bières, de cidres et d'apéritifs à base de vin réalisant en France plus de la moitié du chiffre d'affaires global du secteur de ces boissons. Elle a officiellement pour but de “ *donner aux producteurs un rôle actif et reconnu dans la prévention de la consommation excessive d'alcool* ” en poursuivant trois missions :

*“- Participer à une véritable politique d'éducation et de prévention des excès de consommation par des mesures concrètes et réalistes aux plans économique et social.*

*- Assurer un rôle de concertation avec les pouvoirs publics et les partenaires professionnels.*

*- Initier des actions de terrain en recherchant le partenariat des organismes de santé publique. ”*

En direction des jeunes, *Entreprise et prévention* a mis en œuvre de nombreuses actions en partenariat avec différents acteurs locaux de la prévention et de l'éducation à la santé, des caisses primaires d'assurance maladie aux collectivités locales, en passant par les CHAA et les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA). Le programme “Soif de vivre”, à partir de

différents supports écrits ou visuels (jeux vidéos, bandes dessinées, concerts, karaoké, démonstrations sportives...) a pour objectif “ *d’inciter les jeunes à un comportement responsable et non générateur de risque vis-à-vis de l’alcool* ”.

*La mission approuve cet objectif de responsabilisation des jeunes mais reste sceptique sur la totale impartialité des messages divulgués en leur direction par une telle association de producteurs. Sont-ils réellement sincères dans leur démarche ? S’efforcent-ils réellement de pallier les carences de l’Etat dans la lutte contre l’alcoolisme pour se disculper face aux maux d’une consommation excessive d’alcool ? Celle-ci ne risque-t-elle pas d’être banalisée parmi les jeunes ? Les messages ne sont-ils pas biaisés ?*

*La mission éprouve un certain scepticisme vis-à-vis de telles initiatives. Elle n’a pas, en particulier, été convaincue s’agissant du discours tenu par les représentants de l’association sur les prémix.*

L’intervention des producteurs d’alcool dans le cadre économique paraît en revanche plus légitime. Les membres d’*Entreprise et prévention* ont ainsi adopté, en décembre 1996, une “Charte déontologique de commercialisation des boissons alcoolisées” tout à fait intéressante. Elle fixe des principes déontologiques quant à la dénomination des produits, à leur conditionnement, à leur distribution et précise les engagements en la matière des producteurs “ *dans le souci du développement responsable et bien compris des nouvelles boissons alcoolisées ou des nouvelles présentations de boissons existantes* ”.

**Charte déontologique de commercialisation des boissons alcoolisées des producteurs membres d’“ *Entreprise et prévention* ”**

***Dénomination des produits :***

La dénomination des produits commercialisés par les adhérents d’*Entreprise et prévention* ne pourra en aucune façon

- induire une confusion sur la nature alcoolisée des produits,
- encourager une consommation excessive,
- suggérer la violence, l’agressivité ou une situation dangereuse,
- suggérer la réussite sexuelle,

- tirer parti d'un degré alcoolique élevé dans le nom du produit

**Conditionnement des produits et information sur le point de vente :**

En plus des exigences légales de conditionnement, d'étiquetage et d'information sur le point de vente, les adhérents d'Entreprise et prévention s'engagent à observer les principes suivants :

- la nature alcoolisée et le degré alcoolique des produits seront clairement indiqués au consommateur sur les emballages,
- le titre alcoolique ou la force alcoolique d'un produit ne pourront constituer le thème dominant d'un emballage ou de l'information délivrée sur le point de vente,
- s'agissant du mélange d'une boisson alcoolisée et d'une boisson non-alcoolisée, cette dernière ne peut constituer le thème dominant de l'emballage ou de l'information sur le point de vente,
- la conception et le design des emballages ne pourront pas être fondés ou ressembler à des personnages ou des concepts notoirement prédominants dans la culture des adolescents, ni suggérer la réussite sexuelle,
- les emballages ne pourront imiter des formes ou des objets associés à des comportements dangereux pour la santé ou la société (seringues, bombes, etc.).

**Distribution des produits :**

Sachant que les entreprises ne peuvent légalement exercer un contrôle absolu de la distribution et de la mise en rayon de leurs produits, les adhérents d'Entreprise et prévention s'engagent à veiller à ce que :

- leurs produits soient proposés dans des rayons clairement distincts de ceux des boissons non alcoolisées,
- les distributeurs et revendeurs respectent les réglementations en vigueur et particulièrement les interdictions de vente aux mineurs édictées par le code des débits de boissons, ainsi que les interdictions de vente dans les distributeurs automatiques.

**Publicité des produits :**

La loi du 10 janvier 1991 s'applique bien entendu à l'ensemble des boissons alcoolisées et restreint déjà strictement le contenu de la publicité et les supports autorisés.

Concernant les nouvelles boissons alcoolisées, les adhérents d'Entreprise et prévention :

- s'engagent néanmoins à préciser clairement la nature alcoolisée de leurs produits dans toute publicité,
- et recommandent de faire figurer, dans le message sanitaire, le titre alcoolique de la boisson présentée.

- Le troisième et dernier cas d'intervention des producteurs dans la politique de prévention de l'alcoolisme s'inspire de l'association créée en 1989 au Québec par des producteurs et négociants d'alcool en collaboration avec la Régie des alcools et la Société des alcools du Québec qui sont chargés de la réglementation, de l'importation, de la distribution et de la vente au détail. " Educ'Alcool " ainsi dénommée s'est fixée pour objectifs :

- " *d'éduquer le grand public et particulièrement les jeunes à la consommation de boissons alcooliques* ", notamment en donnant de l'information sur les effets psychologiques et physiologiques de l'alcool ;

- " *de valoriser la notion de plaisir liée à une consommation réfléchie et équilibrée des produits alcoolisés* ;

- " *de prévenir et dénoncer les méfaits causés par l'abus d'alcool* " ;

- " *de proposer une image positive des partenaires de l'industrie des boissons alcooliques à travers leur implication dans leur milieu* " .

L'association développe avec succès de nombreuses campagnes d'information et de prévention centrées sur le choix et la responsabilité que met en avant le slogan " *la modération a bien meilleur goût* ", en l'adaptant aux publics visés : jeunes (supports visuels, livres offerts aux écoles, jeux, concours...), femmes enceintes (en collaboration avec le corps médical), population en général (" spots " télévisés, chroniques radiophoniques, panneaux d'affichage...), serveurs et propriétaires d'établissements servant de l'alcool (guides, formations de sensibilisation...). Fréquemment, les messages s'efforcent de combiner le mode humoristique à la prise de conscience en faveur d'une consommation modérée, comme l'illustre une campagne d'affichage représentant différentes boissons alcoolisées avec un slogan adapté : " *On peut prendre un pot sans prendre un coup (vin) ; on peut lever son verre sans lever son coude (bière) ; on peut prendre un verre sans prendre une tasse (whisky) ; on peut prendre un ballon sans devenir rond (cognac) ; on peut porter un toast sans se beurrer (vin mousseux).* "

La " petite sœur " d'Educ'Alcool créée en France en 1994, à l'initiative d'organisations professionnelles du secteur viticole, " Educ'Alcool France ", ne semble pas, hélas, poursuivre des buts toujours clairs et louables. Si elle se donne bien comme objectif celui de " *développer des programmes de prévention de la consommation abusive de boissons alcoolisées* ", elle admet aussi officiellement vouloir " *faire la promotion de la consommation modérée des boissons alcoolisées* ". D'où la très grande ambiguïté de son action en direction des écoles où les messages divulgués peuvent être déformés en faveur d'un

apprentissage du plaisir que peut procurer, certes avec modération, l'alcool et en particulier le vin.

En octobre 1996, l'association lançait ainsi une grande campagne dans les collèges et lycées français en adressant à dix mille d'entre eux un "kit pédagogique" comprenant un film de six minutes intitulé "Arsène Lupin, gentleman dégustateur", film vidéo tiré du synopsis imaginé par une classe lauréate d'un concours organisé par Educ'Alcool France sur le thème de la modération. On pouvait y voir un ivrogne, surpris en train de voler du vin dans une propriété du vignoble bordelais et un Arsène Lupin mettant en avant ses talents d'œnologue et d'homme de goût, comparant le vin à une jolie femme qu'il faut savoir respecter et apprécier, parlant de sa "robe" et de son "bouquet". Cette campagne a fait l'objet d'une sévère mise en garde du ministre de l'éducation nationale. Dans sa circulaire du 5 décembre 1996 adressée aux recteurs et inspecteurs d'académie ainsi qu'aux chefs d'établissements, celui-ci émet " *les plus grandes réserves quant au message délivré par le film (...) (qui), très ambigu, va à l'encontre du message d'éducation préconisé auprès des jeunes par une précédente circulaire.* " Au terme de ce document, le ministre " *compte particulièrement sur la compétence des enseignants pour évaluer le bénéfice-risque de ce programme et les engage à s'appuyer sur les services départementaux de promotion de la santé en faveur des jeunes* " en coopération avec les CDPA.

*La mission émet les plus vives réserves à l'égard de telles initiatives dont la sincérité peut paraître douteuse et dont les effets peuvent être inverses à ceux qui sont recherchés en faveur d'une réelle prévention de l'alcoolisme. Ces initiatives critiquables soulignent avec acuité les lacunes mêmes de l'Etat qui ne peut ni ne doit déléguer cette haute responsabilité qu'est la promotion de la santé publique.*

*Les producteurs de boissons alcoolisées et alcooliques ne doivent pas pour autant être écartés de cette politique de prévention s'ils souhaitent y apporter leur contribution financière. Il faut cependant et impérativement que l'Etat garde la maîtrise de la politique de prévention, tant dans la définition de son contenu que dans sa mise en œuvre, afin de préserver sa cohérence et son efficacité.*

## C.- L'INDISPENSABLE ÉDUCATION SANITAIRE

Le chapitre précédent a souligné la nécessité de mettre en place une politique de prévention à l'égard des jeunes, active et responsabilisante dont la maîtrise reviendrait à l'Etat, qui doit en assumer toute la responsabilité. Cette nécessité pose le problème du rôle de l'école. La situation existante montre que beaucoup de progrès restent à faire pour renforcer ce rôle essentiel.

### 1. Une prise de conscience lente du problème et des réponses partielles

Depuis longtemps, le risque alcool, à l'instar du risque tabac, est passé au second plan dans les actions d'éducation sanitaire conduites à l'école au profit de la lutte contre la drogue et le SIDA. Jusqu'à un passé récent, la prévention se limitait essentiellement à l'enseignement de la sécurité routière et à des actions ponctuelles liées aux initiatives de la médecine scolaire ou à celles des projets d'établissement plus ou moins sensibilisées au problème de l'alcoolisme. Les interventions extérieures dépendaient, et dépendent toujours, de l'accueil réservé par le chef d'établissement aux projets éducatifs proposés par des associations (anciens buveurs, Educ'Alcool ...) ou des partenaires plus institutionnels (médecine scolaire, gendarmerie, justice...). Le ministère ou l'académie peut bien donner son agrément en faveur de tel ou tel intervenant, comme cela a été récemment fait au niveau national pour l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) mais le choix de développer au nom de telles actions de prévention revient toujours au chef d'établissement. L'approche peut donc être totalement différente d'une école, d'un collège ou d'un lycée à un autre.

Récemment, une prise de conscience, au sein du monde éducatif, en faveur du renforcement de l'éducation sanitaire pour lutter contre l'alcoolisme des jeunes s'est développée. La circulaire du 31 mai 1996, présentée ci-après, souligne *“ l'importance d'une information des élèves favorisant la prévention contre ce fléau ”* et affirme l'engagement du ministère de l'éducation nationale en faveur d'une *“ démarche qui vise à développer chez les élèves le sens des responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis d'autrui. ”* Il revient cependant toujours au chef d'établissement d'accorder une attention plus ou moins grande à la prévention de l'alcoolisme dans le projet d'établissement, en collaboration avec les acteurs de la médecine scolaire, qui sont également incités à mettre en place des actions d'éducation à la santé.

*Circulaire du 31 mai 1996 sur les jeunes et l'alcool*

*(Texte adressé aux recteurs ; aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux médecins ; aux infirmiers et assistants sociaux ; aux conseillers techniques ; aux chefs d'établissement)*

J'appelle tout particulièrement votre attention sur les dangers qui peuvent être liés, pour les jeunes en particulier, à la consommation d'alcool, et à l'importance qu'il convient d'accorder au développement de la prévention dans ce domaine.

Le contexte dans lequel se situent les risques liés à la consommation d'alcool et la lutte à mener contre ces risques, soulignent l'importance d'une information des élèves favorisant la prévention contre ce fléau.

Dans notre pays où la consommation globale d'alcool avait diminué de 20 % entre 1980 et 1993, on assiste actuellement à une inquiétante remontée du processus d'alcoolisation chez les jeunes de douze à dix-huit ans.

Par ailleurs, l'alcool au volant, qui fait peser sur les conducteurs de dix-huit à vingt-cinq ans un risque majeur, a tué trois mille personnes en 1994. Cela a conduit les pouvoirs publics à édicter une réglementation qui a abaissé le seuil maximum d'alcoolémie compatible avec la conduite automobile à 0,5g/l de sang (décret n° 95-962 du 29 août 1995 publié au J.O. du 30 août 1995)

Le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche est engagé dans une démarche qui vise à développer chez les élèves le sens des responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis d'autrui. Ce sens des responsabilités de l'élève doit s'exercer autant à sa propre santé et à celle des autres.

A côté de l'enseignement à la sécurité routière qui est dispensé à tous les niveaux, et plus particulièrement au collège, pour permettre aux élèves d'obtenir, et cela depuis 1977, l'attestation scolaire de sécurité routière, une place prépondérante a été accordée à la formation à la citoyenneté ainsi qu'à la prévention des conduites à risques.

Devant le danger que peut représenter la consommation d'alcool, seul, ou associé à d'autres substances, l'éducation nationale dans le cadre de sa mission d'éducation à la responsabilité, se doit à nouveau d'alerter et de mobiliser face à l'alcool l'ensemble des membres de la communauté éducative.

C'est pourquoi, je vous invite à développer les mesures suivantes :

- les chefs d'établissement doivent favoriser l'approche de ce problème à travers le projet d'établissement ou le volet santé du projet d'établissement ;

- les enseignants, notamment les professeurs principaux et les professeurs de biologie accorderont à ce thème la place qui lui revient dans le cadre des programmes ;

- les médecins, les infirmiers, les assistants sociaux, compétents en matière de promotion de la santé s'attacheront à susciter ou à développer dans les collèges et les lycées, la mise en oeuvre d'actions d'éducation à la santé destinées à sensibiliser, à informer et à développer le sens des responsabilités des élèves face au risque représenté par l'alcool.

Je vous remercie de l'intérêt que vous accorderez à ma recommandation et vous prie d'adresser sous le présent timbre des exemples d'actions d'éducation à la santé que vous jugerez significatifs pour les collèges, les lycées et les lycées professionnels par académie.

François Bayrou

Le ministère chargé de l'enseignement scolaire a cependant pris récemment des décisions concrètes visant à renforcer la prévention et l'éducation à la santé :

*“L'éducation à la santé sera généralisée, de l'école maternelle et élémentaire, où elle s'appuiera sur l'apprentissage du respect du corps, jusqu'au collège au sein duquel sera mis en place un enseignement de vingt heures d'éducation à la santé expérimenté depuis trois ans de façon positive dans les académies de Créteil, Grenoble et Lille.*

*La création de comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté à partir des comités d'environnement social permettra une meilleure prévention des conduites à risque chez les adolescents. Ces comités réuniront tous les partenaires de la communauté éducative<sup>8</sup>”.*

Un dépistage plus efficace des problèmes de santé sera par ailleurs organisé grâce à la coordination des services de la médecine scolaire.

Cinq millions de francs de mesures nouvelles ont été débloqués en juillet 1999 dans le budget de cette année pour financer les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Cependant, la circulaire qui en précise les orientations (N°98-237) n'a été publiée que le 24 novembre 1998. Il est à craindre qu'en pratique, ces nouvelles orientations ne puissent être appliquées au cours de la présente année scolaire 1998-1999.

*La mission se félicite de ces récentes décisions qui marquent un réel progrès dans la prise de conscience du besoin de renforcer l'éducation sanitaire à l'école en particulier vis-à-vis du risque alcool. Elle considère cependant que ces efforts doivent être poursuivis dans d'autres directions afin d'apporter des réponses plus approfondies ou plus appropriées au problème de l'alcoolisme.*

## **2. Des progrès qui restent encore à accomplir**

- S'agissant des caractéristiques de l'éducation sanitaire

Comme cela a été précédemment souligné, il convient de renforcer une éducation à la santé qui fasse de l'enfant ou du jeune le propre acteur de sa santé

---

<sup>8</sup> Communication de Mme Ségolène Royal présentée au Conseil des ministres du 11 mars 1998.

en lui transmettant des messages responsabilisants et positifs. Le professeur Maurice Tubiana défendait ainsi, devant la mission, l'idée **d'une éducation globale**, et non parcellisée entre les différents risques (alcool, tabac, SIDA, drogue...). Cette éducation ne doit pas être fondée sur la peur mais sur des sentiments positifs renforçant *“ le désir de l'enfant d'être bien portant, de grandir et de se développer. Elle doit insister sur la puissance et la fragilité de l'organisme d'un jeune et donc insister sur ce qui favorise la croissance (alimentation équilibrée, sommeil, sport) et ce qui la menace (les toxiques, l'obésité, l'absence d'exercice physique, les médicaments non indispensables tels les tranquillisants, les somnifères). ”*

Le moment où cette éducation est transmise est crucial. Un rapport de novembre 1994 sur la formation des professeurs d'école à l'éducation, pour la santé, réalisé à la demande du ministère de l'éducation nationale, préconise **d'agir très tôt** *“ quand l'esprit de l'enfant n'est pas encore conditionné par son milieu, que les mauvaises habitudes ne sont pas encore prises et quand l'enfant est encore réceptif, (c'est-à-dire) avant la puberté puisque la puberté va brutalement changer les attitudes et rendre l'esprit peu réceptif à ce qui n'est pas le sexe, le désir de paraître ou de vivre en bande. ”* Le rapport rappelait par ailleurs qu'une telle éducation, transmise à l'école quelque soit le milieu socioprofessionnel des parents, est un puissant facteur de réduction des inégalités face à la santé.

Sur ces différents points, la circulaire précitée du 24 novembre 1998 semble apporter de bonnes réponses : *“ L'éducation à la santé doit s'inscrire dans un projet éducatif global...(elle) se déroule tout au long de la scolarité des élèves. Elle doit commencer très tôt...Le but est d'aider les élèves à réfléchir et à s'investir, individuellement et collectivement, en utilisant leurs acquis, à propos de situations en rapport avec la santé, vécues ou présentées sous forme de témoignages, d'enquête, de films ou d'autres documents ”*. Toutefois, elle comporte plusieurs éléments d'incertitude ou d'imprécision. L'importance *“ quantitative ”* de l'éducation à la santé pendant la scolarité primaire n'est pas précisée. Pour le collège, à l'inverse, l'horaire **“ moyen indicatif ”** est fixé de 30 à 40 heures au cours des quatre années de collège, ce qui paraît bien modeste pour ne pas dire très insuffisant<sup>9</sup>. Par ailleurs, on peut s'inquiéter du flou entourant la définition et la mise en oeuvre du programme d'éducation à la santé dans les projets d'école ou d'établissement. Enfin, l'accent quasi-exclusif mis sur *“ l'autoévaluation ”* des élèves, l'utilisation de leurs *“ acquis ”* en rapport avec la santé, le *“ respect des consciences, des sensibilités et du droit à l'intimité ”*, qui doit inspirer dans les collèges les **“ rencontres éducatives sur la santé ”**, peuvent faire craindre un

---

<sup>9</sup> D'autant plus que doit s'intégrer, dans ce quota, les séquences obligatoires d'éducation à la sexualité.

affaiblissement du caractère éducatif et pédagogique que doivent revêtir ces actions.

*La mission insiste pour que soit mise en place une éducation à la santé dans les écoles primaires afin qu'elle puisse porter ses fruits dans l'adolescence puis à l'âge adulte. Il convient, dans ce but de s'appuyer sur le maître d'école en qui l'enfant a confiance et qui sera donc le mieux placé pour divulguer cet enseignement. Au collège puis au lycée cette éducation à la santé doit être poursuivie et élargie à l'apprentissage de la citoyenneté en veillant à ce que les programmes soient cohérents et réellement ambitieux du point de vue pédagogique.. Elle devrait être incluse dans les programmes d'enseignement, les professeurs pouvant être formés et aidés par les acteurs de la médecine scolaire, médecins, infirmières ou assistants sociaux éventuellement relayés par des intervenants extérieurs. Il importe toutefois de maintenir un " noyau dur " de cet enseignement pour que chaque élève y ait accès tout au long de sa scolarité de manière continue et cohérente.*

*L'éducation à la santé ne doit pas être une option facultative, ponctuelle et " décousue ". Elle doit être professionnalisée et conçue dans le cadre d'un projet d'enseignement global inscrit dans la durée.*

- S'agissant de la formation des professeurs

En liaison avec ces dernières propositions, il devient essentiel de mettre en place une formation adaptée des professeurs d'école, de collège et de lycée.

Pour les premiers, il faut rappeler qu'il existe dans certains instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) des options d'éducation à la santé : la formation continue des enseignants propose par ailleurs des modules sur ce sujet mais ceux-ci semblent rarement choisis.

*La mission estime souhaitable qu'une formation minimale des professeurs d'école à l'éducation sanitaire soit donnée dans tous les IUFM puis renforcée dans le cadre de la formation continue, sous la forme éventuellement d'un "crédit de formation continue obligatoire". Cette dernière solution pourrait par ailleurs être appliquée aux professeurs de collège et de lycée concernés par l'éducation sanitaire.*

*Il est également nécessaire de mettre à disposition des professeurs d'école, de collège et de lycée des matériels éducatifs adaptés qui soient élaborés en concertation avec des spécialistes de l'éducation et de la santé et qui puissent constituer, pour le corps enseignant, une base commune et fiable de cette éducation à la santé.*

- S'agissant du rôle de la médecine scolaire

Les médecins scolaires, comme les infirmiers et infirmières scolaires, sont tout à fait désireux de développer une politique de prévention des conduites à risque qui frappent les jeunes tel que l'alcoolisme. Nombreux sont ceux, ainsi qu'a pu le constater la mission, qui souhaitent développer l'éducation à la santé en collaboration avec le personnel enseignant. Ils regrettent vivement non seulement leur faible nombre <sup>10</sup>, qui limite d'autant leurs capacités d'initiative, mais aussi l'absence de stratégie d'éducation bien définie avec des supports clairs et un programme codifié.

*La mission estime souhaitable de mettre en place un système souple de formation et de soutien des professeurs appelés à enseigner l'éducation à la santé par les médecins et infirmiers scolaires. Ces derniers pourraient devenir les pivots des projets d'établissement définissant la stratégie éducative en la matière, à partir d'un "noyau dur" commun à tous les établissements. Ils pourraient ainsi imprimer une dynamique à cet enseignement et assurer la coordination de chacun, professeurs et éventuellement intervenants extérieurs. Les médecins devraient par ailleurs jouer un rôle de vigie appelé à détecter le plus tôt possible les conduites à risque (violence, fugue, absentéisme, échec scolaire...) pouvant déboucher sur des comportements dangereux pour la santé et l'avenir même de l'élève.*

---

<sup>10</sup> A la rentrée 1998, on comptait 1 940 équivalents emplois temps plein (ETP) de médecins scolaires et 5 544 ETP d'infirmiers et d'infirmières scolaires.

#### D.- LA NÉCESSAIRE ÉVALUATION DES PROGRAMMES

En France, rares sont les évaluations des programmes de prévention et peu développées les techniques ou les méthodes permettant de les conduire.

Le rapport coût/efficacité de la politique de prévention a été grossièrement mesuré ; l'argent investi en éducation pour la santé serait **dix à cent fois** plus productif que la même somme affectée au dépistage ou aux soins. Une étude américaine démontre par ailleurs qu'un dollar dépensé dans la prévention des accidents peut permettre d'économiser vingt-cinq dollars en dépenses de soins. Différentes études réalisées pour des pathologies spécifiques (diabète, asthme) démontrent indubitablement l'intérêt économique des dépenses de prévention primaire.

Il est donc indispensable de procéder à l'évaluation de chaque programme de prévention.

S'agissant de la prévention de l'alcoolisme, un rapport canadien<sup>11</sup> s'est efforcé de mesurer l'efficacité des différents programmes de lutte contre l'alcool. Il tend à montrer que l'une des conditions du succès est de développer une stratégie globale tandis que les actions sur le climat socioculturel des personnes visées semblent relativement efficaces.

La France doit, pour guider ses choix et améliorer l'efficacité de ses politiques de santé publique, se doter d'instruments et de méthodes d'évaluation des programmes de prévention.

*La mission souhaite que les pouvoirs publics et tous les intervenants en matière de prévention (en particulier les caisses d'assurance maladie) évaluent systématiquement les actions de prévention à partir d'un référentiel et de critères bien établis.*

---

<sup>11</sup> “ L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies ”, rédigé à l'intention de la “ stratégie canadienne antidrogue (SNA) en janvier 1992.

#### **E.- L'IDÉE D'UNE JOURNÉE NATIONALE SANS ALCOOL**

*De même qu'il existe un jour sans tabac, fixé par décret du 26 avril 1991 au 31 mai de chaque année, la mission souhaite que soit instaurée une " journée sans alcool " qui serait l'occasion de mener, dans toute la France, des campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques d'une consommation excessive. Ces campagnes pourraient être organisées dans les écoles, les universités, les établissements de santé, les collectivités locales, les associations sportives... et être relayées dans des émissions radiophoniques et télévisées. Cette journée pourrait être fixée au dernier mardi du mois de janvier (le choix d'un jour de la semaine permettant d'organiser de manière certaine les actions de prévention dans les écoles), soit après la fête de la Saint Vincent, patron des vignerons !*

### III.- CONDITIONS DE VENTE ET DE CONSOMMATION : L'OPPORTUNITÉ DE METTRE EN ŒUVRE DES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE FORTES ET COHÉRENTES

Taxation, commercialisation et publicité des boissons alcooliques doivent faire l'objet de mesures de santé publiques fortes, dans la lignée d'une politique de prévention active et cohérente.

#### A.- POUR UNE TAXATION JUSTE ET CLAIRE

Le régime fiscal actuel des boissons alcooliques est marqué par une grande incohérence.

Deux directives européennes de 1992 le soumettent à des règles strictes d'assiette et de tarification qui limitent d'autant la marge de manœuvre nationale.

Les directives du Conseil du 19 octobre 1992 n° 92/83/CEE, concernant l'harmonisation des structures des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques et 92/84/CEE, concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées, ont défini respectivement :

- les cinq catégories de boissons alcooliques soumises à accises (bières, vins, boissons fermentées autres que le vin ou la bière, produits intermédiaires<sup>12</sup>, alcools éthyliques) ;

- et les tarifs **minima** applicables à ces produits. Ces textes ont également prévu l'introduction de tarifs réduits en complément des tarifs de droit commun auxquels est assujettie chacune des cinq catégories précitées.

Sous réserve du respect de ces règles, les Etats membres disposent d'une marge d'appréciation pour adapter leur fiscalité à la réalité économique et sociale de la production et de la commercialisation de ces boissons alcooliques.

Tel est le cas des vins, pour lesquels sont pratiqués des taux nuls (taux 0), dans sept Etats membres sur quinze pour les vins tranquilles et cinq Etats membres sur quinze pour les vins mousseux. La France a, pour sa part, maintenu pour les vins tranquilles une tarification de l'ordre de 17 centimes par bouteille, afin de préserver le principe d'une répartition de la charge fiscale sur toutes les boissons alcooliques.

Concernant les bases d'imposition, les directives de 1992 ont retenu :

---

<sup>12</sup> Il s'agit de produits fermentés auxquels sont ajoutés de l'alcool : ex. les vins doux naturels (Muscat de Rivesaltes, Maury, Baume de Venise...) tous les vins de liqueurs (Porto, Pineau des Charentes, Floc de Gascogne...).

- un tarif exprimé en hectolitre de produits : vins, boissons fermentées autres que les vins ou la bière, produits intermédiaires ;

- un tarif exprimé en hectolitre d'alcool pur : alcools éthyliques, bières (avec possibilité pour les bières de se référer à des degrés " Plato " <sup>13</sup>).

L'analyse comparée des régimes fiscaux pratiqués dans les différents Etats membres de l'Union européenne montre que la France se situe globalement dans la moyenne, comme le montre le tableau ci-après :

*Accises européennes au 1<sup>er</sup> janvier 1997  
Comparaison des tendances entre les pays membres  
(en écus, valeur au 1<sup>er</sup> septembre 1997)*

	<i>Vins tranquilles (par hl)</i>	<i>Produits intermédiaires (par hl)</i>	<i>Spiritueux (par hl d'alcool pur)</i>
Allemagne	0,00	152,33	1 294,81
Autriche	0,00	50,70	724,27
Belgique	46,72	98,36	1 647,52
Danemark	94,03	140,70	3 667,64
Espagne	0,00	45,92	686,58
Finlande	289,27	850,79	5 104,73
France	3,32	211,28	1 435,17
Grèce	0,00	46,17	985,01
Irlande	292,13	423,87	2 955,16
Italie	0,00	50,04	651,29
Luxembourg	0,00	66,39	1 032,77
Pays-Bas	48,45	84,29	1 494,19
Portugal	0,00	46,59	801,58
Royaume-Uni	205,35	273,78	2 776,72
Suède	317,50	527,19	5 852,39

Source : Fédération française des vins spéciaux

La Direction générale des douanes et des droits indirecte (DGDDI), dont la mission a auditionné des représentants, note ainsi que *“ les autorités compétentes des Etats membres ont adapté la structure de leur fiscalité, dans la limite des règles communautaires, à l'importance économique et*

<sup>13</sup> degrés qui mesurent la densité de la boisson en alcool.

*sociale de la commercialisation ou de la production de chaque catégorie de boissons alcooliques. C'est ainsi que l'importance de la production viticole française se traduit par une taxation qui est la plus réduite parmi les tarifs pratiqués par les autres Etats membres ayant retenu un tarif positif ”.*

Il résulte cependant de la combinaison des règles communautaires et des choix de taxation effectués dans notre pays une situation fiscale incohérente. Ainsi, à quantité d'alcool égale, un verre d'eau de vie ou d'apéritif anisé est taxé 32 fois plus qu'un verre de vin et 5 fois plus qu'un verre de bière. La taxation des bières et des cidres est de son côté inadaptée dans la mesure où les bières fortes (“shooters”) et les cidres forts (“ciders”) sont peu “pénalisés” par rapport à leur titre alcoolique, comparativement aux bières et cidres “classiques”. Ainsi, une bière à 9 degrés présentée en canette de 33 cl est frappée d'une taxe de 1,5 franc par litre, alors qu'une bière de 11,6 dans une canette de 50 cl est taxée à 1,88 francs, tandis que des cidres en canettes de 25 cl sont taxés à 0,24 francs, qu'ils soient à 7,5 ou 8,4 degrés.

*Pour mettre un terme à un régime fiscal sans cohérence avec le titre alcoolique des boissons et dans la logique d'une taxation inspirée par un souci de santé publique, la mission propose d'adopter un système de taxation proportionnelle au degré alcoolique des boissons. Elle souligne qu'à recettes égales, ainsi que le démontre l'étude réalisée par la DGDDI à sa demande, un tel système est réalisable et d'autant plus souhaitable qu'il est plus juste, clair et équitable. Il conduirait, certes, à un déplacement de recettes fiscales des alcools forts vers les vins tranquilles. D'un autre côté, rapportée au prix de vente au détail et compte tenu des quantités vendues, l'augmentation de la pression fiscale paraît acceptable ; elle aurait de plus un effet très fort sur la consommation. Les vins tranquilles seraient ainsi taxés non plus à hauteur de 22 centimes sur une bouteille de un litre, mais à 2,75 francs.*

*S'agissant des bières, la mission estime qu'il serait préférable de choisir l'autre mode de calcul des bases d'imposition, celui du degré “Plato” afin de taxer davantage les bières de plus de 5 degrés.*

Le tableau ci-après illustre ce que donnerait cette taxation proportionnelle au degré alcoolique selon les modalités de calcul et les résultats présentés ci-après.

*Conséquences d'une taxation au degré d'alcool (taux moyen = 2 199 francs par hectolitre d'alcool pur (F/HAP))*

	<i>Tarif au 1.1.97</i>	<i>soit en F/HAP</i>	<i>Recettes 1996 (en millions de F)</i>	<i>Assiette (en HAP)</i>	<i>Recettes reconstituées (en millions de F)</i>	<i>Evolution du tarif (en %)</i>
Droit de consommation (général)	9 510,00 F/HAP		11 198	1 177 575	2 589	- 77
Droit de consommation rhum	5 474,00 F/HAP		400	73 107	161	- 60
Droit spécifique bières > 2,8 % vol.	1 700,00 F/HAP		1 982	1 165 955	2 563	+ 30
Droit spécifique bières < 2,8 % vol.	850,00 F/HAP		11	13 531	30	+ 158
Droit de circulation vins mousseux	54,80 F/HL	456,67	138	301 193	662	+ 382
Droit de circulation vins tranquilles	22,00 F/HL	176,00	684	3 885 634	8 542	+ 1 149
Droit de circulation cidres, poirés...	7,60 F/HL	126,67	12	92 925	204	+ 1 636
Droit de consommation VDN	350,00 F/HL	2 058,82	195	94 838	208	+ 7
Droit de consommation VDL	1 400,00 F/HL	8 235,30	1 028	124 808	274	- 73
Taxe CNAM	840,00 F/HL	2 800,00	2 331	832 657	1 831	- 21
Droit de fabrication parfums	790,00 F/HAP		262	331 487	729	+ 178
Droit de fabrication médicaments	300,00 F/HAP		51	170 580	375	+ 633
Droit de fabrication alcools alimentaires	405,00 F/HAP		28	69 092	152	+ 443
<b>Total</b>			<b>18 320</b>	<b>8 333 388</b>	<b>18 320</b>	

*Source : Direction générale des douanes et droits indirects. Étude réalisée à la demande de la mission d'information " Alcool et santé "*

Pour obtenir des recettes constantes (18 320 millions de F en 1996), il faut appliquer un taux de 2 199 F/HAP<sup>14</sup>, compte tenu d'une assiette totale des divers droits de 8 333 388 HAP.

Pour reconstituer la base d'imposition en hectolitre d'alcool pur du droit de consommation sur les produits intermédiaires, du droit de circulation sur les vins et de la taxe CNAM, les titres alcoométriques suivants ont été retenus :

- vins tranquilles : 12,5 % vol.
- vins mousseux : 12 % vol.
- VDN et VDL : 17 % vol.
- boissons de plus de 25 % vol. assujetties à la taxe CNAM : 30 % vol.

Converti en hectolitre de produits, le taux de 2 199 F/HAP représenterait pour :

- les vins mousseux : 261,94 F/HL
- les vins tranquilles : 274,81 F/HL
- les cidres, poirés : 116,73 F/HL
- les VDN : 373,74 F/HL
- les VDL : 373,75 F/HL

L'application d'un taux uniforme (2 199 F/HAP) aboutirait à un déplacement des recettes :

- les alcools taxés à 9 510 F/HAP qui rapportent actuellement 11 198 MF glisseraient de la 1<sup>ère</sup> place à la 2<sup>ème</sup> en ne rapportant plus que 2 589 MF,

- par contre, les vins tranquilles qui n'ont rapporté en 1996 que 684 MF (5<sup>ème</sup> place) occuperaient la 1<sup>ère</sup> place et réaliseraient 8542 MF de recettes,

---

<sup>14</sup> franc(s) par hectolitre d'alcool pur.

- les bières de plus de 2,8 % vol. continueraient à occuper la 3<sup>ème</sup> place en terme de recettes, mais ces dernières passeraient de 1 982 MF à 2 563 MF,

- enfin, la taxe CNAM qui rapporte actuellement 2 331 MF (2<sup>ème</sup> place) ne rapporterait plus que 1 831 MF (4<sup>ème</sup> place).

En terme de tarif, les plus fortes augmentations concerneraient les cidres, poirés, hydromels et pétillants de raisin (+ 1 636 %), les vins tranquilles (+ 1 149 %), l'alcool utilisé pour la fabrication de médicaments (+ 633 %).

En sens inverse, les alcools autres que le rhum des DOM bénéficieraient d'une baisse de - 77 %, les vins de liqueur (Pineau des Charentes, Floc de Gascogne...) de - 73 %, le rhum des DOM de - 60 %.

Ces évolutions, qui peuvent paraître très importantes, doivent cependant être relativisées, comme cela a été précédemment souligné, en tenant compte de ce que donnerait le prix final de vente au détail de la boisson, en particulier pour la taxation d'un litre de vin tranquille ou de cidre, passant respectivement de 0,22 et 0,076 franc à 2,75 et 1,32 francs.

## **B.- POUR DES RÈGLES STRICTES DE COMMERCIALISATION**

Trois circonstances de commercialisation des boissons alcooliques doivent être examinées et faire l'objet de règles plus strictes.

- ***S'agissant des ventes aux jeunes***

*La mission réitère son vœu de voir davantage contrôlées les conditions de vente d'alcool aux jeunes et plus durement sanctionné le non-respect de l'interdiction de vente aux moins de seize ans, en particulier dans les grandes surfaces. L'interdiction semble être mieux respectée dans les débits de boissons. En revanche, il serait souhaitable que les cafetiers et autres professionnels des débits de boissons soient davantage associés à une politique de prévention de l'alcoolisme des jeunes au travers d'opérations renforçant la sécurité routière (cf. opérations " nez rouge " ou autotests), mais aussi par leur politique commerciale. A cet égard, il serait opportun de revoir à la baisse le prix des boissons non alcoolisées pour réduire l'incitation à la consommation de boissons alcooliques (en particulier dans les discothèques).*

•

### ***S’agissant des ventes dans les stations à essence***

L’article 10, paragraphe X, de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l’alcoolisme (“ loi Evin ”), interdit la vente de “ *boissons alcooliques à emporter entre vingt-deux heures et six heures, dans les points de vente de carburant.* ” (article L. 68 du code des débits de boissons et des mesures contre l’alcoolisme).

Cette législation est tout à fait contraire aux impératifs de santé publique et à la politique de sécurité routière. On voit mal en effet pourquoi l’alcool au volant serait moins dangereux au milieu de la nuit que durant la journée.

Par ailleurs, l’existence de tels points de vente ouverts la nuit et pratiquant des tarifs attractifs peut conduire les jeunes en particulier à abuser de l’alcool et à mettre ainsi leur vie en danger. Nombre de témoignages ont fait état, devant la mission, de pratiques répandues consistant, durant les fins de semaines, à acheter en grande quantité de l’alcool avant ou après les sorties en discothèques.

*La mission estime indispensable de revoir l’article L. 68 du code des débits de boissons et des mesures contre l’alcoolisme afin d’interdire totalement la vente d’alcool dans les stations à essence, qu’il s’agisse de boissons à emporter ou à consommer sur place.*

- ***S’agissant des ventes dans les établissements d’activités physiques et sportives***

L’article 10, paragraphe IX, de la loi précitée (“ loi Evin ”) a posé le principe, codifié à l’article L. 49-1-2 du code des débits de boissons et des mesures contre l’alcoolisme, de l’interdiction de la vente et de la distribution des boissons alcooliques “ *dans les stades, dans les salles d’éducation physique, les gymnases, et, d’une manière générale, dans tous les établissements d’activités physiques et sportives* ”. Le législateur a cependant prévu que “ *des dérogations temporaires* ” pourraient être accordées par le préfet “ *dans des conditions fixées par décret...pour des raisons liées à des événements de caractère sportif* ”.

Un premier décret, daté du 26 août 1992, avait autorisé **une dérogation par an et par club**. Un deuxième, du 8 août 1996, a porté ce nombre à **dix par an et par club**, devant l'effet négatif du premier sur les finances des "petits" clubs de sports locaux. Auparavant, un amendement parlementaire à la loi du 28 mai 1996 portant diverses dispositions d'ordre sanitaire, social et sanitaire, dit "l'amendement buvette", avait failli être adopté ; il augmentait à vingt le nombre de dérogations par an et par club.

La mission est consciente du caractère essentiel des ressources que représentent les buvettes pour des petits clubs locaux, qui attachent de plus beaucoup d'importance à la convivialité de ces pratiques. D'un autre côté, il faut convenir que sport et alcool ne doivent pas être associés dans les mentalités, au risque de troubler gravement la teneur des messages de santé publique, en particulier en direction des jeunes, et bien sûr dans la pratique pour prévenir la violence et les débordements parfois mortels entraînés par la consommation d'alcool dans les enceintes sportives.

*La mission considère donc qu'il faut garantir un équilibre entre les impératifs de santé publique et les pratiques locales permettant à des structures locales – sportives mais également culturelles à l'occasion de manifestations à caractère agricole ou touristique – de fonctionner et par là même d'animer la vie communautaire locale. Il faut donc rechercher des solutions pragmatiques, réalistes et dénuées de toute hypocrisie. La mission note d'ailleurs que ceux qui dénoncent l'alcool dans les stades comme facteur de violence sont parfois les mêmes qui sablent le champagne dans les tribunes officielles de certains grands stades !*

Au moment où le présent rapport est rédigé, le rapporteur apprend



que le décret précité du 8 août 1996 a été annulé par le Conseil d'Etat dans sa décision du 30 novembre 1998. La haute juridiction estime en effet que le texte n'a pas respecté l'esprit de la loi qui était d'“ *éviter autant que possible que la pratique du sport puisse être associée à la consommation d'alcool* ”. Le raisonnement sur lequel s'appuie le Conseil d'Etat démontre que, compte tenu du calendrier sportif, des interruptions en cours d'année et des échanges entre clubs, le “décret buvette” autorise la présence d'alcool au cours des manifestations sportives une fois sur deux, voire deux fois sur trois

L'annulation du décret a donc créé un vide juridique. Toutefois, au moment où le présent rapport est rédigé, le législateur a adopté, le 22 décembre 1998, un amendement à la loi de finances rectificative pour 1998 rétablissant à dix la limite des dérogations accordées aux groupements sportifs “ *sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée* ”.

*La mission souhaite qu'un nouveau décret soit publié et fixe à cinq le nombre de dérogations annuelles par club. L'idéal aurait été de fixer un nombre proportionnel à celui des manifestations sportives dans l'année mais cette solution semble difficile à mettre en œuvre.*

*La mission insiste pour que ces dérogations soient strictement respectées au moyen d'un contrôle efficace, les sanctions en cas de non-respect devant être sévèrement appliquées. Dans ce but, il serait souhaitable d'imposer une publicité des ventes d'alcool par les buvettes sportives trois mois avant la date de la manifestation organisée.*

*D'autre part, la mission considère que l'augmentation du nombre de dérogations au-delà de cinq par an et par club ne doit être envisagée que si la nature des alcools vendus est limitée à la catégorie 2 des boissons visées par l'article premier du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme qui vise les vins, bières, cidres, poirés, hydromels et certains vins doux naturels (ce qui exclurait donc les boissons au titre alcoolique plus élevé).*

### C.- POUR UNE CLARIFICATION DES REGLES CONCERNANT LA PUBLICITE

La “loi Evin” précitée du 10 janvier 1991 est aussi controversée que renommée. Ses détracteurs et ses défenseurs ne cessent de s’opposer malgré le temps qui s’est écoulé depuis son adoption. Sans rentrer dans ce débat polémique, il faut reconnaître que la loi a sous-estimé trois phénomènes, intrinsèquement liés entre eux, dont la conjonction a affaibli et remis en cause le dispositif législatif : l’internationalisation croissante de la publicité, la mondialisation du sport et celle de la télévision. Par ailleurs le postulat de départ des promoteurs de cette loi qui croyaient en son pouvoir de modifier les mentalités et les comportements des consommateurs d’alcool ou de tabac, est fréquemment remis en cause.

#### 1. Le problème du contenu des messages publicitaires

La “loi Evin” se fonde, en effet, sur la conviction qu’il existe un lien de causalité entre la consommation de tabac ou d’alcool et l’existence d’une publicité en faveur de ces produits. Ce lien est souvent contesté, à l’appui de sondages ou d’études diverses qui peuvent d’ailleurs apporter des conclusions tout à fait contradictoires.

*La mission croit en l’existence de ce lien de causalité entre consommation et publicité des produits alcooliques. Elle est convaincue qu’en l’absence d’un tel lien, les partisans de l’assouplissement, de la modification en profondeur voire de la suppression de la “loi Evin” seraient moins pugnaces et actifs.*

S’agissant des conséquences de la loi sur le contenu des messages publicitaires, il faut rappeler le renversement de règle opéré par la loi qui s’oppose à la publicité en faveur des boissons alcooliques sauf si celle-ci respecte certains critères restrictifs, alors que la loi précédente du 30 juillet 1987<sup>15</sup>, dite “loi Barzach”, reposait sur la règle inverse autorisant la publicité sauf exceptions et circonstances précisées. L’article L. 18 du code des débits de boissons et des mesures contre l’alcoolisme limite ainsi la “publicité autorisée pour les boissons alcooliques (...) à l’indication du degré volumique d’alcool, de l’origine, de la dénomination, de la composition du produit, du nom et de l’adresse du fabricant, des agents et des dépositaires ainsi que **du mode**

<sup>15</sup> Loi n° 87-588 portant diverses mesures d’ordre social.

*d'élaboration, des modalités de ventes et du mode de consommation du produit.* ”

Le problème des trois dernières indications vient de leur caractère hautement subjectif conduisant à une jurisprudence incertaine et, donc à une situation d'incertitude juridique insatisfaisante. Plusieurs exemples peuvent être donnés à cet égard :

Une décision de la première chambre du Tribunal de grande instance (TGI) de Paris, en date du 7 octobre 1992 <sup>16</sup>, a rejeté la requête du plaignant au motif que la représentation d'objets anciens appartenant à une époque révolue (des livres anciens, sur lesquels repose une paire de lunettes rondes cerclées d'une monture métallique à côté d'une bouteille de whisky) se rapporte bien directement et exclusivement à l'origine historique de la boisson concernée et à son monde d'élaboration (cf. son vieillissement de douze ans). Ce jugement fut confirmé par la Cour d'appel de Paris le 22 juin 1993, le juge “ *considérant que l'exigence d'un fonds neutre ayant été écartée par le législateur, il ne saurait être reproché aux auteurs de la publicité légitime d'avoir insisté sur l'ancienneté du produit* ”. Cependant la Cour de cassation, dans son jugement du 28 juin 1995, devait annuler cette décision “ *considérant que ces indications (cf. le choix des objets entourant le whisky), destinées à enorgueillir la consommation ne rentraient pas dans le cadre des mentions autorisées par l'article L. 18* ”.

Dans une décision de la 31<sup>ème</sup> chambre du TGI de Paris du 8 février 1993<sup>17</sup>, le juge condamnait une série de publicités en faveur d'une bière qui reposait sur l'illustration et les commentaires suivants :

“ *De l'art de verser une bière : incliner d'abord le verre ; verser lentement, très lentement et remplir jusqu'à mi-hauteur, voilà ! Le redresser complètement et verser d'un trait pour obtenir une mousse fine et onctueuse. Harmonie subtile. Attente ultime...* ”.

“ *De l'art de servir la bière à la pression : Amorcer le débit en inclinant soigneusement le verre sous la pression. Laisser couler le blond liquide le long de la paroi puis redresser le verre, tout en le descendant. La mousse s'exprime, le verre s'illumine. Enfin...* ”

Les publicités comportaient en outre l'apposition de l'emblème de la marque avec le slogan “ 3 siècles d'amour de la bière ”.

---

<sup>16</sup> Chivas Regal/ANPA/Mumm, DDB Needhan.

<sup>17</sup> ANPA/Kronenbourg “ 1664 ”

Le juge a considéré, dans cette affaire, que les deux légendes, dans leur première partie, décrivant bien la manière de verser la bière, pouvaient être considérées comme “ *une indication du mode de consommation de ce breuvage* ” mais qu’il n’en était pas de même des expressions “ *harmonie subtile* ”, “ *le verre s’illumine* ”, “ *attente ultime* ”, qui dépassent la stricte description objective d’un processus destiné à servir correctement la boisson en stimulant le plaisir de contempler des verres, savamment éclairés sur les photographies et en rendant perceptible l’attente de l’invisible et potentiel consommateur qu’est le destinataire de ces publicités. ”

Par ailleurs, le juge condamnait également la phrase “ *3 siècles d’amour de la bière* ”, estimant qu’elle “ *ne constitue pas une indication objective de l’origine (géographique ou historique) et de la dénomination de cette boisson, la marque s’entendant comme toute appellation ou signe servant à distinguer les produits ou les services d’une entreprise de ceux d’autres entreprises.* ”

Ces deux exemples illustrent toute la difficulté d’interprétation de la loi par le juge qui place les producteurs des boissons alcooliques et les annonceurs dans une situation juridique incertaine.

*La mission souhaite que soit étudiée l’opportunité de renverser la réglementation sur le contenu des messages publicitaires pour que soient précisées les circonstances d’interdiction de la publicité en faveur des boissons alcooliques. Ce renversement pourrait permettre de lever les doutes existants actuellement sur l’interprétation de la loi en la matière.*

*La mission regrette par ailleurs que l’instance d’évaluation de la “ loi Evin ”, confiée au commissariat général au plan - évaluation prévue à l’article 13 de la loi qui prévoyait la présentation d’un rapport d’évaluation au Parlement par le Gouvernement pour le 1<sup>er</sup> janvier 1995 - n’ait toujours pas rendu ses conclusions. Elle regrette également que cette instance, selon les dernières informations disponibles, ait limité son étude au contexte de l’adoption de la loi et aux constats des dysfonctionnements de son application, sans, apparemment, faire de propositions concrètes de réforme pour apporter des réponses à ces dysfonctionnements ou insuffisances.*

*La mission s’interroge par ailleurs sur l’incidence de la publicité indirecte que représentent les images incitant à la consommation d’alcool dans des programmes télévisés divers, tels que les films et feuilletons*

*retransmis, ainsi que sur la mise en valeur de l'alcool dans certains milieux conduisant à un traitement différencié du problème de l'alcoolisme, en particulier dans le monde du spectacle et dans le monde politique. Ces situations doivent être reconnues pour une prise de conscience responsable et profonde de ce problème.*

## **2. Le problème de la publicité par voie d'affichage**

Initialement, la “loi Evin” autorisait la publicité pour les boissons alcooliques **“sous formes d'affiches et d'enseignes dans les zones de production dans des conditions définies par décret.”** La loi du 9 août 1994<sup>18</sup> a modifié l'article L. 17-3 du code des boissons et des mesures contre l'alcoolisme en supprimant la notion de zones de production ainsi que le renvoi à un décret d'application, modifiant donc en profondeur la restriction initiale.

*La mission regrette vivement que la “loi Evin” ainsi amendée par un texte n'ayant pas un objectif de santé publique ait été ainsi “dépouillée” de certains de ses éléments, perdant ainsi sa cohérence d'ensemble.*

## **3. Le problème des retransmissions télévisées d'événements sportifs internationaux**

Semblable déformation de la “loi Evin” est advenue s'agissant du principe d'interdiction de toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques ou du tabac, sur les chaînes télévisées. Devant le déficit de recettes apportées par le tabac au sport automobile français, qui mettait en danger le circuit de Magny-Cours, le législateur acceptait, dans une discrète mesure législative adoptée en séance de nuit en janvier 1993<sup>19</sup>, d'accorder une dérogation au principe précité permettant *“la retransmission par les chaînes de télévision des compétitions de sport mécanique qui se déroulent dans les pays où la publicité pour le tabac est autorisée (...) jusqu'à ce qu'intervienne une réglementation européenne.”*

<sup>18</sup> portant diverses dispositions d'ordre économique et financier.

<sup>19</sup> Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.

*Bien que concernant le tabac et non l'alcool, la mission déplore que cette dérogation ait été adoptée, créant ainsi des distorsions d'une part entre l'alcool et le tabac et d'autre part entre les événements sportifs retransmis à la télévision.*

L'interdiction de la publicité télévisée en faveur de l'alcool pose par ailleurs un grave problème vis-à-vis de la législation européenne. A plusieurs reprises, le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) s'est opposé à la retransmission d'événements sportifs au motif de l'existence de publicité pour des alcools français dans l'enceinte des stades. On se souvient de la décision de non-retransmission du match de football qui opposait, en mars 1995, les équipes d'Auxerre à Arsenal par une chaîne de télévision privée devant la menace du CSA de la poursuivre en justice.

Le dispositif juridique existant manque par ailleurs de cohérence. Ainsi, depuis le changement de règle précédemment évoqué s'agissant de la publicité par affichage, un fabricant de boisson alcoolique français a la possibilité d'acheter des panneaux publicitaires autour du stade mais une chaîne de télévision qui déciderait de retransmettre un événement sportif sur un terrain de sports parrainé par le même fabricant encourt le risque d'être condamnée pénalement pour "publicité indirecte" en faveur de produits alcooliques.

Cette réglementation, manquant totalement de cohérence, place par ailleurs les producteurs et annonceurs français dans une situation inégale vis-à-vis de leurs homologues européens.

La Commission européenne a d'ailleurs estimé la "loi Evin" contraire au principe de libre circulation des services dans son avis motivé du 21 novembre 1996. Elle considère que "subordonner la diffusion télévisée sur son territoire par des chaînes françaises de manifestations sportives ayant lieu sur le territoire d'autres Etats membres à la suppression des publicités en faveur de boissons alcooliques d'origine française, est contraire à l'article 59 du traité CE" (relatif au principe précité). La France, dans l'une de ses réponses, a souligné que l'impératif de protection de la santé publique est un principe de valeur constitutionnelles justifiant la limitation ou la prohibition de certaines formes de publicité qui ne saurait être contournée par le biais d'une retransmission télévisée. A cet égard, les autorités françaises soutiennent que les annonceurs de produits alcoolisés français se seraient rendus coupables d'un contournement de la "loi Evin" en exploitant la possibilité de retransmission en France d'événements sportifs se déroulant à l'étranger pour montrer leurs panneaux publicitaires. La procédure engagée suit actuellement son cours. Si les

échanges de courrier entre la France et la Commission ne convainquent pas cette dernière du bien-fondé de la législation française, la France pourrait faire l'objet d'une action en manquement pour infraction à l'article 59 du traité CE devant la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE).

La situation actuelle n'est donc pas satisfaisante à divers points de vue. Elle a atteint même les frontières du ridicule lors de la Coupe du monde de football qui s'est déroulée en France l'été dernier. Pour éviter qu'un grand brasseur américain, partenaire privilégié de la fédération internationale de football, ne porte l'affaire devant la Commission européenne ou ne réclame le remboursement des droits versés à la fédération au titre de "sponsor de première catégorie", le Gouvernement précédent avait en effet envisagé "d'extraterritorialiser" le Stade de France durant la coupe du monde, afin d'écarter l'application de la "loi Evin" le temps nécessaire. D'autres solutions furent envisagées pour "alléger" les contraintes de la loi à l'occasion des grands événements sportifs internationaux. En contrepartie, le dispositif aurait été "durci" pour les manifestations purement françaises.

Il faut par ailleurs rappeler que "l'émotion" suscitée par la non-retransmission du match de football évoqué plus haut avait conduit le Gouvernement précédent, en accord avec les chaînes de télévision et le CSA, à adopter un "code de bonne conduite", publié dans le Bulletin officiel du ministre de la jeunesse et des sports du 31 mars 1995. Ce code crée une distinction entre les "manifestations multinationales", qui entrent dans le cadre d'une compétition multinationale telles que les Jeux olympiques, le tournoi des cinq nations, la Coupe du monde et les coupes d'Europe de football, et les "autres manifestations se déroulant à l'étranger". Pour les premières, le code ne soumet leur retransmission à aucune obligation particulière dans la mesure, *dixit*, où les "*images retransmises dans un grand nombre de pays ne peuvent pas être considérées comme visant principalement le public français. Les diffuseurs français, lorsqu'ils transmettent des images dont ils ne maîtrisent pas les conditions de prise de vue, ne sauraient être suspectés de complaisance à l'égard des publicités concernées, même si elles venaient à apparaître à l'écran.*" En revanche, pour la deuxième catégorie de manifestations, le code de conduite prévoit notamment que "*lorsque la législation du pays d'accueil autorise la publicité en faveur des boissons alcooliques sur les lieux de compétition mais que la retransmission vise spécifiquement le public français, il appartiendra à tous ceux qui contractent avec le détenteur des droits de retransmission de mettre en œuvre les moyens disponibles, s'il en existe, pour prévenir l'apparition à l'antenne de marques commerciales concernant les boissons alcooliques.*"

Cependant, ainsi que le notait la Commission européenne dans son avis précité, cette distinction n'a pas toujours été respectée, les règles applicables devenant ainsi de plus en plus floues et incertaines.

*La mission déplore cette situation qui manque de cohérence mais aussi de solides bases juridiques. Elle se félicite que l'actuel Gouvernement ait fait preuve de fermeté vis-à-vis du brasseur américain dans l'affaire évoquée précédemment. Elle constate cependant que la législation ne peut demeurer en l'état sous peine d'être condamnée par la CJCE. Il convient donc d'y apporter rapidement des solutions acceptables tant du point de vue juridique que du point de vue de la santé publique. Il faudrait donc que l'instance d'évaluation de la "loi Evin", ou à défaut le Gouvernement fasse en la matière des propositions concrètes. La mission considère pour sa part que la meilleure solution consisterait à adopter des règles communes au sein de l'Union européenne sur la publicité en faveur de l'alcool et du tabac et en particulier sur les règles applicables aux retransmissions télévisées d'événements sportifs ou autres.*

## IV.- SÉCURITÉ ROUTIÈRE : DES RÉSULTATS À CONSOLIDER

### A.- L'ALCOOL AU VOLANT : UN RISQUE ÉLEVÉ

L'alcool est aujourd'hui en cause dans quatre accidents de la route mortels sur dix et est à l'origine de 20 % des accidents corporels pour lesquels un contrôle d'alcoolémie a été effectué; il est ainsi responsable, chaque année, de plus de 3 000 décès.

Les statistiques montrent que le risque d'accident est multiplié par deux au taux de 0,5 g/litre de sang<sup>20</sup> et par dix au taux de 0,8 g/litre de sang.

#### *Risque d'avoir un accident par rapport à un usager n'ayant pas bu d'alcool*

<i>Taux d'alcoolémie, au-delà des valeurs indiquées</i>	<i>Risque d'accident</i>
0,5 g/l	x 2
0,8 g/l	x 10
1,2 g/l	x 35
2 g/l	x 80

Les études montrent cependant de très grandes variations locales dans le rôle accidentel de l'alcool, comme le montre le tableau ci-après :

<i>Proportions d'impliqués dans les accidents corporels les plus faibles</i>	<i>Proportions d'impliqués dans les accidents corporels les plus fortes</i>	<i>Proportions d'impliqués dans les accidents mortels les plus faibles</i>	<i>Proportions d'impliqués dans les accidents mortels les plus fortes</i>
Provence (5 %)	Champagne (11 %)	Limousin (7 %)	Franche-Comté (33 %)
Corse (5 %)	Franche-Comté (11 %)	Picardie (10 %)	Alsace (31 %)
Ile-de-France (6 %)	Bretagne (10 %)	Ile-de-France (13 %)	Rhône-Alpes (23 %)
Aquitaine (7 %)	Pays-de-la-Loire (10 %)	Haute Normandie (13 %)	Auvergne (21 %)
		Poitou-Charentes (13 %)	Champagne (20 %)

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière - mars 1997.

<sup>20</sup> Taux d'alcoolémie correspondant à une consommation moyenne de deux verres d'alcool.

Les trois quarts des accidents constatés, occasionnés par des conducteurs alcoolisés ont lieu la nuit, alors que la circulation de nuit ne représente que 20 % du volume total de la circulation.

Toutefois, il ne semble pas possible d'établir un profil-type du conducteur alcoolisé, en dehors du cas de l'alcoolodépendant. Nombreuses sont ainsi les personnes susceptibles de conduire avec un taux d'alcoolémie excessivement élevé : jeune après une soirée entre amis ou à la sortie d'une discothèque, homme d'affaires après un déjeuner de travail, père de famille après une fête familiale, sportif après la " troisième mi-temps "...

Les effets de l'alcool sur les capacités de conduite sont bien connus. Contrairement à une idée reçue, ces effets commencent très tôt, bien avant le stade de l'ivresse, et ne sont pas toujours perceptibles par un alcootest.

- L'alcool rétrécit le champ visuel, essentiellement pour les objets mobiles.
- Il augmente la sensibilité à l'éblouissement.
- Il altère l'appréciation des distances, des largeurs ainsi que l'évaluation des risques.
- Il déclenche un effet euphorisant qui provoque, chez le conducteur, une surestimation de ses capacités.
- Enfin, il diminue les réflexes et donc la durée moyenne du temps de réaction devant des obstacles ou des événements dangereux.

Le tableau ci-après, établi par la sous-direction de l'action interministérielle de la sécurité routière, résume les effets progressifs de la consommation d'alcool sur la conduite automobile.

<i>Alcoolémie</i>	<i>Effets</i>
0,5 g/l - 0,8 g/l	Altération de la vigilance - rétrécissement du champ visuel et altération de l'appréciation des distances - perturbation de l'évaluation des risques et tendance à transgresser les interdits
0,8 g/l - 1,20 g/l	Aggravation de toutes les anomalies des fonctions cérébrales
1,20 g/l - 2 g/l	<b>Début de l'ivresse</b> - les inhibitions disparaissent - libération des pulsions agressives
2 g/l et au-delà	<b>Ivresse confirmée</b> - réduction de l'activité relationnelle, parfois délire, hallucinations, troubles du comportement, puis coma

## B.- DES RÉSULTATS POSITIFS, FRUITS D'UNE POLITIQUE ACTIVE

A l'instar de la plupart des autres pays de l'Union européenne, la France a conduit une politique active de prévention des accidents de la route avec des résultats positifs, en particulier depuis le début des années 1990.

### *Evolution du nombre de tués (à 30 jours) par accident de la route*

	<i>1985</i>	<i>1986</i>	<i>1987</i>	<i>1988</i>	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>
Par million de véhicules automobiles	467	482	410	424	413	394	369	341	325	306	296
Par million d'habitants	206	217	194	206	205	198	183	172	166	155	153

	Accidents corporels		dont Accident s mortels	Tués		Blessés graves	Blessés légers	Total blessés		Gravité (tués/100 accidents corporels)
	Nombre	Evol (%)		Nombre	Evol (%)			Nombre	Evol (%)	
1976	261 275	+ 1,2	-	13 787	+ 4,7	102 059	255 392	357 451	+ 1,1	5,28
1977	257 698	- 1,4	-	13 104	- 5,0	101 907	252 998	354 905	- 0,7	5,09
1978	247 785	- 3,8	-	12 137	- 7,4	96 659	241 855	338 514	- 4,6	4,90
1979	253 208	+ 2,2	-	12 480	+ 2,8	99 084	248 834	347 918	+ 2,8	4,93
1980	248 469	- 1,9	-	12 543	+ 0,5	95 099	244 533	339 632	- 2,4	5,05
1981	239 734	- 3,5	-	12 428	- 0,9	90 973	243 316	334 289	- 1,6	5,18
1982	230 701	- 3,8	-	12 410	- 0,1	84 532	236 853	321 385	- 3,9	5,38
1983	216 139	- 6,3	-	11 946	- 3,7	79 447	221 987	301 434	- 6,2	5,53
1984	202 637	- 6,2	-	11 685	- 2,2	73 314	211 593	284 907	- 5,5	5,77
1985	191 132	- 5,7	9 217	10 448	- 10,6	66 925	203 874	270 799	- 5,0	5,47
1986	184 615	- 3,4	9 682	10 960	+ 4,9	63 496	195 507	259 003	- 4,4	5,94
1987	170 994	- 7,4	8 686	9 855	- 10,0	57 902	179 734	237 636	- 8,2	5,76
1988	175 887	+ 2,9	9 341	10 548	+ 7,0	58 172	185 870	244 042	+ 2,7	6,00
1989	170 590	- 3,0	9 302	10 528	- 0,2	55 086	180 913	235 999	- 3,3	6,17
1990	162 573	- 4,7	9 128	10 289	- 2,3	52 578	173 282	225 860	- 4,3	6,33
1991	148 890	- 8,4	8 509	9 617	- 6,5	47 119	158 849	205 968	- 8,8	6,46
1992	143 362	- 3,7	8 114	9 083	- 5,6	44 965	153 139	198 104	- 3,8	6,34
1993	137 500	- 4,1	8 005	9 052	- 0,3	43 535	145 485	189 020	- 4,6	6,58
1994	132 726	- 3,5	7 609	8 533	- 5,7	40 521	140 311	180 832	- 4,3	6,43
1995	132 949	+ 0,2	7 453	8 412	- 1,4	39 257	142 146	181 403	+ 0,3	6,33
1996	125 406	- 5,7	7 178	8 080	- 3,9	36 204	133 913	170 117	- 6,2	6,44

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

Ces bons résultats sont à mettre en parallèle avec la politique de prévention et de répression de la conduite en état d'alcoolisation progressivement mise en place, dont le tableau ci-après présente les différentes étapes. La dernière mesure, relative à l'abaissement à 0,5 g par litre de sang du taux maximum autorisé d'alcoolémie, adoptée en juin 1995, a eu une incidence certaine sur la baisse du nombre de blessés et de tués par accident de la route. Cet effet a été d'autant plus fort que cette mesure fit l'objet de plusieurs campagnes de

responsabilisation sur le thème : “Après deux verres...tout s’accélère”. Cependant, de récentes analyses montrent que cette mesure influe sur les alcoolémies “moyennes” (entre 0,5 et 0,8 g/l), pour lesquelles on constate bien un glissement vers le bas, à la suite de l’abaissement du taux légal, et non sur les alcoolémies fortes (supérieures à 0,8 g/l).

*L’évolution de la réglementation*

- 1954** Loi autorisant la recherche du taux d’alcoolémie dans le sang du conducteur en cas d’accident grave.
- 1959** Ordonnance du 15 décembre permettant de sanctionner la conduite en état d’ivresse manifeste mais aussi sous l’empire d’un état alcoolique.
- 1965** Loi du 18 mai autorisant le dépistage, par l’air expiré, de l’imprégnation alcoolique des conducteurs lors d’infractions (alcootest).
- 1970** Loi du 9 juillet, applicable le 1<sup>er</sup> octobre, fixant les seuils du taux d’alcoolémie des conducteurs à :
- 0,80 g/l de sang pour la contravention
  - 1,20 g/l de sang pour le délit
- 1978** Loi du 12 juillet portant sur la prévention de la conduite d’un véhicule sous l’empire d’un état alcoolique et sur les conditions d’organisation des opérations de dépistage préventif (cette loi a eu un effet global immédiat : - 19 % du nombre de tués en juillet, et - 9 % en 6 mois. Ensuite, l’effet s’est estompé, les contrôles n’étant alors pas assez fréquents).
- 1983** . Arrêté de septembre modifiant le Code des assurances : la prime d’assurance est majorée jusqu’à 150 % pour le responsable d’un accident dans lequel l’alcool est en cause.
- . Loi du 8 décembre fixant à 0,40 mg/l d’air expiré ou 0,80 g/l de sang le taux maximum d’alcool autorisé pour la conduite automobile. Le seuil du délit d’alcoolémie, fixé jusque-là à 1,20 g/l de sang, est abaissé à 0,80 g/l.
- 1986** Loi du 17 janvier instituant la possibilité de retrait immédiat du permis de conduire en cas de conduite sous l’empire d’un état alcoolique.
- 1987** . Loi du 10 juillet : renforcement des peines en cas d’alcoolémie (confiscation du véhicule en cas de récidive entre autres).
- . Loi du 30 juillet 1987 interdisant toute publicité en faveur des boissons alcoolisées ayant un rapport avec les véhicules à moteur.

<b>1989</b>	Loi du 10 juillet instituant le permis à points (et renforçant les peines encourues). En cas de récidive (délit d'alcoolémie et d'homicide ou blessures involontaires), l'intéressé ne pourra solliciter un nouveau permis de conduire avant l'expiration d'un délai de dix ans, sous réserve qu'il soit reconnu apte après examen médical déjà prévu dans la loi de 1983).
<b>1990</b>	Loi du 31 octobre portant sur les contrôles d'imprégnation alcoolique à l'initiative des forces de l'ordre.
<b>1994</b>	Décret du 11 juillet abaissant le seuil maximum d'alcoolémie autorisé à 0,7 g/l d'alcool dans le sang (ou 0,35 mg d'alcool par litre d'air expiré). Le seuil du délit d'alcoolémie reste fixé à 0,80 g/l (ou 0,40 mg/l d'alcool par litre d'air expiré).
<b>1995</b>	15 septembre : entrée en vigueur du nouveau seuil maximum d'alcoolémie autorisé à 0,5 g/l d'alcool dans le sang (ou 0,25 mg d'alcool par litre d'air expiré). Le seuil du délit d'alcoolémie reste fixé à 0,80 g/l.

Les résultats positifs, démontrés par les statistiques disponibles, sont à mettre à l'actif d'une politique active combinant la prévention, par la voie de campagnes d'information ou de sensibilisation (cf. la multiplication des opérations "autotestez-vous"), la répression (amendes, retrait de points de permis de conduire, retrait ou suspension du permis, travaux d'intérêt général, peines d'emprisonnement) et les contrôles (systématiques ou aléatoires).

### C.-DES RÉSULTATS À CONSOLIDER

Faut-il réduire encore le taux maximum d'alcoolémie, sachant par ailleurs que la majorité des autres pays membres de l'Union européenne ont adopté un taux plus élevé, en moyenne égal à 0,8 g/l ? La Suède a adopté un taux de 0,2 g/l, à l'instar de l'Autriche qui l'applique seulement pour les jeunes.

*La mission considère que le taux actuel de 0,5 g/l est satisfaisant dans la mesure où son abaissement n'aurait pas d'effet certain sur la réduction des accidents de la route mortels. En revanche, elle souhaite que les contrôles aléatoires, visant à s'assurer du respect de ce taux, soient multipliés et mieux organisés. Il convient à cet effet d'harmoniser les critères et les objectifs de ces contrôles qui sont aujourd'hui trop différents, voire peu cohérents, selon les départements.*

*Il semble par ailleurs souhaitable de poursuivre les opérations et les campagnes de responsabilisation qui peuvent prendre la forme de la vente ou de dons d'alcootests dans des lieux ou à des moments "sensibles", de*

*services de raccompagnement (cf. opérations “ nez rouge ” ou opérations associant les restaurateurs ou les serveurs d’alcools dans les bars et discothèques consistant, par exemple, à offrir des boissons non alcoolisées au client qui raccompagne ses amis...).*

*La mission estime également souhaitable de renouveler les campagnes de prévention permettant de mieux faire comprendre à tous les conducteurs les risques de l’alcool au volant et à les responsabiliser, la répétition des messages étant un gage de leur mémorisation et, à terme, de leur efficacité.*

*Enfin, la mission propose qu’à l’instar de la Suède, les voitures puissent être équipées d’alcootests électroniques. Cet équipement pourrait faire l’objet d’une aide publique sous une forme à déterminer. Pour les conducteurs récidivistes ayant déjà conduit en état d’ivresse, cet équipement pourrait leur être imposé. On peut d’ailleurs s’inspirer une nouvelle fois des Suédois qui ont mis au point des véhicules dont la mise en route dépend de l’alcootests négatif du conducteur.*



## V.- ASSISTANCE ET SOINS : UNE COORDINATION ET UN DISPOSITIF À RENFORCER OU À INSTAURER AUTOUR DU MALADE

La notion de réseau est aujourd'hui très à la mode s'agissant de l'organisation des soins. Elle prend tout son sens dans l'assistance et les soins dont a besoin le malade alcoolique. Le dispositif médical et médico-social ainsi que les associations interviennent en effet de manière dispersée et isolée alors qu'ils devraient s'organiser autour du malade. Cette situation présente un coût financier et humain considérable, l'absence de liens et de coordination entre les différents acteurs pouvant entraîner des rechutes et des hospitalisations répétées.

Les réseaux de lutte contre l'alcoolisme devraient donc se multiplier, suivant ainsi les exemples existant à ce jour dont le succès est avéré.

Une circulaire de la direction générale de la santé en date du 19 novembre 1996 préconise d'ailleurs ce mode d'organisation **pour une prise en charge précoce** des problèmes liés à l'alcool.

*La mission souhaite que des aides soient apportées à la constitution de réseaux autour du malade alcoolique. Cette aide pourrait, notamment, prendre la forme de la création, au sein des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), d'un poste de " référent alcool " chargé, en particulier, d'inciter les acteurs à se réunir en réseaux et d'animer ou d'apporter une aide conceptuelle à ces derniers.*

*Le bon fonctionnement de ces réseaux suppose cependant que le rôle et la place de chacun soient bien déterminés.*

### A.- UN DISPOSITIF SPECIALISÉ À RENFORCER

La circulaire du 23 novembre 1970 a initié la création des premiers centres d'hygiène alimentaire (CHA) d'accès anonyme et gratuit, destinés aux

buveurs excessifs ; ils privilégiaient une approche globale du problème de l'alcoolisme, en s'intéressant notamment à ses causes et à l'environnement familial, professionnel et social des malades.

Le succès de ces premières structures a conduit les pouvoirs publics à généraliser leur existence en leur assignant des missions d'“*accueil, de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'aide aux buveurs excessifs et malades au premier degré d'alcoolisation*” (circulaire du 31 juillet 1975) puis en élargissant ces missions à la prévention et en ne limitant plus leur clientèle aux seuls buveurs excessifs (circulaire du 15 mars 1983). Ce dernier texte prenait acte de l'évolution de fait de l'activité des CHA, devenus désormais CHAA (centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie), dont les activités de prévention (information, communication...) s'étaient spontanément développées et qui prenaient en charge de plus en plus de malades lourds alcoolo-dépendants.

Dotés d'équipes pluridisciplinaires, composées de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et parfois de psychologues, les CHAA offrent gratuitement des soins<sup>21</sup> et mènent des actions d'accompagnement social orientées vers la réinsertion familiale (groupes de parole, information des proches du malade...), sociale et professionnelle (accompagnement dans certaines démarches). Une grande majorité de CHAA développent aussi des activités de prévention.

Le travail accompli par ces structures, au nombre de 219<sup>22</sup> est considérable. En 1995, les CHAA, qui comptaient 1 322 salariés soit 603 équivalents temps plein, accueillaient ainsi près de 100 000 consultants par an dont 42 % de nouveaux “buveurs”. Les statistiques disponibles montrent par ailleurs que le recrutement des CHAA devient de plus en plus important parmi les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle régulière mais qui sont en âge ou en situation de travailler (43,5 % des consultants en 1995) et parmi les alcoolo-dépendants (61,3 % des consultants la même année).

Le travail accompli, dans ce contexte de marginalisation des populations les plus accueillies dans les CHAA, est d'autant plus remarquable que le financement de ces structures, qui est assuré à 72 % par dotation du budget de l'Etat, est depuis plusieurs années réduit.

---

<sup>21</sup> *Seuls les médicaments éventuellement prescrits sont à la charge du patient.*

<sup>22</sup> *dont les deux tiers sont des entités juridique de droit privé, à savoir des associations parmi lesquelles l'ANPA est largement majoritaire. Celles qui relèvent du droit public sont gérées soit par les hôpitaux, soit par des communes à l'intérieur de centres de santé.*

En 1996 et 1997, les crédits du ministère chargé de la santé affectés au dispositif spécialisé (chapitre 47-17) étaient ainsi simplement reconduits à leur niveau de l'année précédente, soit 183 millions de francs, ce qui correspond à une baisse des crédits en francs réels. Dans la loi de finances pour 1998, ils s'élèvent à 185 millions de francs, ce qui est notoirement très en deçà des besoins. Le fonctionnement des CHAA repose ainsi bien souvent sur le dévouement de leur personnel, disponible sans compter, qui offre ses services à tout consultant **sans délai d'attente**. Le coût du traitement d'un consultant, qui s'élève entre 1500 et 2000 F par an, est peu élevé si on le compare à celui d'une cure de sevrage impliquant hospitalisation et post-cure.

Cette situation budgétaire restrictive n'a ni permis d'alléger la charge de travail des CHAA existants, ni d'en créer là où les besoins se font les plus criants ou dans départements qui en sont encore aujourd'hui dépourvus (à savoir le Lot, l'Aude, la Haute-Corse et l'Ariège). On est loin ainsi de l'objectif que s'était fixée la circulaire du 31 juillet 1975 qui prévoyait la création d'un CHAA pour 100 000 habitants. Le gel des crédits a de plus figé les situations héritées du passé, conduisant à une grande hétérogénéité dans la répartition géographique des CHAA et de leurs dotations budgétaires. Ainsi, si certains départements paraissent relativement bien pourvus (tels que la Loire-Atlantique, les départements alsaciens ou la Seine-Saint-Denis qui comptent, respectivement 10 et 16 structures) ; d'autres sont laissés pour compte en dépit de besoins locaux très forts. De plus, la moyenne nationale des crédits alloués s'établit seulement à 2,85 francs par habitant mais une dizaine de départements se trouvent à plus de 6 francs par habitant.

Consciente de la faiblesse tant du financement que du nombre et du statut des CHAA, lequel ne reposait jusqu'à une période récente, que sur une circulaire, la mission a souhaité conforter l'action de ces comités et consolider leur situation à l'occasion de l'examen de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Un amendement présenté par la présidente de la mission a ainsi été adopté, contre l'avis du Gouvernement, donnant aux CHAA un statut juridique stable, définissant précisément leurs missions, et les assurant d'un financement pérenne de l'Etat dans le cadre sanitaire et social défini par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

Devenant des institutions sociales et médico-sociales, les CHAA ont depuis pris l'appellation de centres ambulatoires de soins en alcoologie (CASEA). Ce changement représentant un réel progrès, mais en même temps il entraînait une certaine complexité s'agissant du financement des CASEA qui devait être assuré par l'Etat, au titre des dépenses d'aide sociale obligatoire, et par l'assurance maladie pour ce qui concerne les dépenses de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, adoptée le 3 décembre dernier, a apporté un nouveau changement au statut des CASEA, sur l'initiative du Gouvernement, consistant à préciser expressément à l'article L. 355-1 du code de la santé publique, que l'ensemble des dépenses médico-sociales des CASEA sont à la charge de l'assurance maladie. La loi prévoit en outre l'exonération pour tous les assurés sociaux de toute participation aux frais pour les soins dispensés dans un CASEA.

*La mission est tout à fait satisfaite de la solution finalement retenue pour le financement des anciens CHAA, devenus CASEA. Elle présente en effet le mérite de la clarté et de la pérennité des crédits dont disposeront ces structures, car il est difficile, voire impossible, de distinguer parmi les services apportés ceux qui relèvent strictement du social, du médico-social ou du médical.*

*Pour l'année 1999, les crédits seront reconduits à l'identique par rapport à l'année 1998, ce que la mission regrette vivement. Elle souhaite que, par la suite, la dotation des CASEA soit d'une part augmentée de manière significative, afin de répondre mieux aux fortes demandes locales et de créer des structures là où elles n'existent pas, et d'autre part mieux répartie. Elle engage donc les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), compétents pour donner l'avis motivé nécessaire à la création ou à la transformation des établissements sociaux et médico-sociaux, ainsi que les préfets, à donner priorité à ce renforcement du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme.*

## **B.- DES ASSOCIATIONS À SOUTENIR**

Les associations de lutte contre l'alcoolisme sont aussi nombreuses que variées. Laïques ou non, avocates de l'abstinence ou de la modération, privilégiant les témoignages d'anciens buveurs, l'aide et l'encadrement des familles, l'accompagnement social, les "groupes de parole"..., elles s'appuient essentiellement sur le bénévolat de leurs membres dont le dévouement est d'autant plus remarquable que les moyens dont disposent ces associations sont extrêmement faibles.

Dans le cadre du chapitre budgétaire consacré par l'Etat à la lutte contre l'alcoolisme, l'Etat accorde une aide à plusieurs de ces associations, sous la forme de subventions, qui n'a cessé de décroître telle une "peau de chagrin."

Pour 1998, la loi de finances prévoit ainsi 7 millions de francs au chapitre 47-17-10, contre 11,85 millions de crédits votés pour l'année 1996 (soit une baisse de - 41 %). Il en résulte, chaque année, des situations difficiles pour ces associations, voire des disparitions ou des licenciements, alors même qu'elles jouent un rôle essentiel dans le traitement et le suivi du malade alcoolique. La mission a été très impressionnée par le travail accompli par ces hommes et ces femmes, pauvres en moyens mais riches en volonté et pugnacité. Seules des associations peuvent en effet s'intégrer dans la vie familiale ou sociale avant ou au cours de la guérison. Seules des associations dans le cadre professionnel peuvent faire prendre conscience à des salariés de la réalité et du danger de leur problème avec l'alcool, en dehors de la suspicion qui entoure naturellement la médecine du travail. On pourrait ainsi multiplier les exemples.

*La mission souhaite rendre hommage à ces associations qui jouent un rôle capital dans notre pays, palliant souvent les insuffisances et carences du dispositif social ou médico-social.*

*Pour soutenir leurs actions, la mission considère qu'en période de restriction budgétaire, mais également pour ne pas rendre le secteur associatif dépendant de subventions publiques, il n'est pas souhaitable de prôner l'augmentation des aides publiques directes en leur faveur.*

*En revanche, elle propose que leur soit accordé le même privilège fiscal que celui existant pour les "restaurants du cœur" afin de susciter davantage de dons privés en leur faveur. Ce privilège fiscal pourrait d'ailleurs être étendu à tous les dons privés en faveur d'associations reconnues d'utilité publique et œuvrant contre les grands fléaux sanitaires : alcoolisme, SIDA, drogue, maltraitance...*

*Parallèlement, il est nécessaire d'insérer davantage le secteur associatif dans une politique de réseaux de lutte contre l'alcoolisme, évoquée précédemment. Le rôle du "référént alcool" régional ou départemental pourrait être ainsi de sensibiliser le corps médical, libéral ou hospitalier, sur l'aide que peuvent apporter les associations au malade alcoolique au cours de sa guérison, en coordination avec lui.*

### C.- UN SECTEUR HOSPITALIER À MIEUX IMPLIQUER ET ORGANISER

L'hôpital a, de toute évidence, un rôle essentiel à jouer dans la lutte contre l'alcoolisme.

Statistiquement d'abord, il accueille un très grand nombre de malades alcooliques. Comme cela a été indiqué précédemment, selon une étude du CREDES, 3 % des personnes sont hospitalisées pour une maladie **directement** liée à l'alcoolisme mais pour 10 % des patients hospitalisés pour un autre motif (tumeurs des voies aérodigestives supérieures, polynévrites, troubles mentaux...), l'alcool est déclaré comme facteur de risque déterminant. Le coût de l'hospitalisation pour alcoolisme *stricto sensu* est estimé à plus de **6,4 milliards de francs**.

S'agissant de l'organisation et des soins spécifiques au traitement de l'alcoolisme, la situation selon les établissements de santé est très hétérogène ; elle varie, doit-on conclure, selon la plus ou moins grande sensibilité que les services ont développé à l'égard de ce problème.

Certains hôpitaux disposent ainsi d'une unité d'alcoologie comptant des lits et un personnel propres. D'autres accueillent les malades alcooliques dans les services de médecine générale ou dans les services spécialisés de gastro-entérologie ou de neurologie.

Une circulaire en date du 28 mars 1978 avait tenté de mettre en place une nouvelle organisation bâtie autour d'une **équipe multidisciplinaire** animée par un médecin "**réfèrent alcool**", chargé d'assurer la coordination interdisciplinaire pour le traitement global des sujets dans tous les services de médecine, générale et spécialisée et de psychiatrie. Cette cellule, chargée d'accueillir le malade alcoolique mais également de le détecter dans les autres services, peut être dotée de quelques lits. Sa vocation est cependant de "tourner" à l'intérieur des services de l'ensemble de l'hôpital pour aider tous les patients ayant un problème avec l'alcool tout en sensibilisant l'ensemble du corps médical à la détection et au traitement de ce problème.

*La mission est fortement favorable à ce dispositif d'équipe multidisciplinaire et de médecin "réfèrent alcool" qui a démontré son efficacité dans les quelques établissements où il a été expérimenté. Elle regrette que la circulaire précitée n'ait pas été respectée et que son application se ait été limitée. Elle souhaite donc que soit relancé et soutenu*

*ce dispositif, au moins pour tous les centres hospitaliers régionaux ou universitaires. Ce dispositif paraît sans conteste préférable à celui des unités d'alcoologie, qui risquent pour leur part de "ghettoïser" le malade alcoolique<sup>23</sup>. Il convient toutefois de doter ces cellules de quelques lits par établissement afin de disposer des structures nécessaires aux cures de sevrage et, en application de la loi, aux hospitalisations d'office des "alcooliques dangereux".*

La sortie de l'hôpital, à la suite d'une cure de sevrage<sup>24</sup> ou d'un autre traitement du malade alcoolique, pose de graves problèmes. Les centres de post-cure de consolidation (pour une durée de un à deux mois) ou de réhabilitation (jusqu'à six mois), dont les frais sont couverts par l'assurance maladie sur prescription médicale après une cure de sevrage, sont en effet au nombre très réduit de seize pour toute la France, soit 674 lits<sup>25</sup>. D'où des listes d'attente extrêmement longues qui ne permettent pas de garantir des risques de rechute.

*La mission attache une grande importance au suivi du malade à l'issue d'une cure de sevrage ou d'un traitement lui ayant révélé l'existence de son problème avec l'alcool. La solution réside selon elle dans la bonne articulation des réseaux de soins autour du malade alcoolique. L'hôpital doit donc s'ouvrir aux associations et au dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme. La malade doit en effet pouvoir être informé de l'existence des structures qui peuvent, à sa sortie de l'hôpital, le suivre et l'accompagner dans sa guérison..*

*S'agissant de l'insuffisance de lits de post-cure, la mission préconise la reconversion des lits d'hôpitaux de court ou moyen séjour excédentaires en lits de post-cure. Il lui semble relativement aisé d'adapter les structures et de former le personnel à cette activité qui répond à des besoins très forts et qui serait économiquement justifié.*

---

<sup>23</sup> Il existe environ 49 unités hospitalières d'alcoologie regroupant près de 1 063 lits.

<sup>24</sup> La durée de ces cures peut varier de trois jours à trois mois selon la gravité de la maladie et la situation du malade.

<sup>25</sup> Ces centres sont gérés par des associations à but non lucratif, par des collectivités publiques ou locales ou sont à but lucratif.

#### D.- UN CORPS MÉDICAL À SENSIBILISER

Les médecins, au premier rang desquels les médecins généralistes, ne jouent pas le rôle qui devrait leur incomber dans la lutte contre l'alcoolisme. Une récente étude américaine<sup>26</sup> démontre pourtant avec certitude l'effet positif et durable sur les buveurs excessifs non dépendants de deux entretiens de quinze minutes avec un médecin traitant sur la consommation d'alcool. L'étude montre qu'après douze mois de suivi, la consommation moyenne hebdomadaire, le nombre d'ivresses aiguës et la durée des hospitalisations sont sensiblement réduits.

Les causes de la déficience des médecins sont multiples : difficultés de communication en l'absence de pathologies déclarées directement liées à l'alcoolisme, sentiment d'inutilité de leur rôle dans la modification des comportements d'alcoolisation, malaise (en particulier dans le cas de violence familiale), insuffisante formation...

*La mission souhaite souligner le rôle que devraient jouer les médecins généralistes dans la détection et le traitement des maladies alcooliques. Elle souhaite qu'une formation spécifique, initiale et continue, leur soit donnée qui pourrait d'ailleurs être étendue aux autres comportements à risque que l'alcool. Il est essentiel en effet de favoriser une médecine plus prédictive que curative.*

*Par ailleurs, la mission recommande une meilleure insertion du corps médical dans les réseaux afin que les hôpitaux, le dispositif spécialisé et les associations puissent intervenir, si besoin, de concert pour conforter l'intervention du médecin et garantir ainsi plus fortement la guérison du malade.*

\*

\* \*

---

<sup>26</sup> cf. le " Journal of the American association " du 2 avril 1997.

A l'issue de ce rapport d'information, la mission souhaite remercier toutes les personnes qu'elle a auditionnées pendant plusieurs mois pour l'aide précieuse qu'elles lui ont apportée, contribuant à enrichir sa réflexion et ses propositions.

Elle espère que les propositions formulées ne resteront pas lettres mortes. Il est temps, en effet, de lever le tabou général qui pèse sur l'alcoolisme. Le savoir-vivre, au sens propre du terme, implique en effet le savoir-boire, mais il convient que chacun prenne conscience de ses responsabilités et des risques qu'il fait peser sur sa santé et sur celle des autres en cas de consommation excessive d'alcool.

Devant le coût exorbitant de l'alcoolisme pour notre société, et surtout devant la détresse qui se cache toujours derrière une alcoolisation excessive, il convient d'agir sans retard et avec détermination. L'alcoolodépendance est une maladie grave qui doit être traitée, mais il ne faut pas négliger toutes les actions, qui peuvent être menées avec succès, avant d'atteindre ce stade hélas trop avancé. La politique qu'il faut conduire, ainsi qu'a tenté de le démontrer la mission, doit être globale, coordonnée et cohérente. Une première étape a été franchie avec l'adoption d'un statut et d'un financement stable pour le dispositif spécialisé des nouveaux CASEA. Il faut désormais aller plus loin en pensant d'abord à la santé et à l'avenir des plus jeunes de nos concitoyens.



## EXAMEN DU RAPPORT PAR LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le rapport d'information présenté par **Mme Hélène Mignon, rapporteur**, au cours de sa séance du mercredi 17 juin 1998.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

**Le président Jean Le Garrec** a souligné l'intérêt du rapport présenté par Mme Hélène Mignon et a souhaité que sa publication soit autorisée par la commission. Il est important de briser le tabou de l'alcoolisme qui reste fort comme l'ont montré les débats sur un amendement au projet de loi sur l'exclusion, sur le statut des CHAA.

Les études faites dans la région Nord-Pas-de-Calais montrent que les inégalités régionales en matière de santé ne sont que partiellement dues à l'insuffisance des structures de soins et relèvent aussi de différences de comportement, particulièrement en ce qui concerne l'alcoolisme.

**M. Denis Jacquat**, après s'être félicité du caractère consensuel de cette mission d'information, a regretté que le Gouvernement ne s'intéresse pas davantage au travail parlementaire. Il est en effet singulier de constater que la presse se fait actuellement l'écho d'un rapport demandé à des experts par le Gouvernement, sans que la mission ait été informée de la commande et de la remise de cette étude. Une fois de plus les parlementaires sont les derniers informés des initiatives de l'exécutif.

Sur le fond, le développement récent des polytoxicomanies qui conduit au mélange d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes constitue un phénomène particulièrement préoccupant. On notera à cet égard qu'aux Pays-Bas, 75 % des personnes consommant des drogues dures ont auparavant pris des drogues douces et que 7 % des personnes n'ayant consommé que des drogues douces présentent néanmoins des troubles neuro-psychiatriques. Il paraît donc particulièrement important de ne pas banaliser certains comportements pouvant avoir des conséquences préoccupantes.

**M. Bernard Accoyer** a regretté que nombre d'affaires importantes se traitent exclusivement entre le Gouvernement et les médias, le Parlement étant tenu à l'écart. Face à ce problème de fond qui touche au fonctionnement de la démocratie, il conviendrait d'adresser une protestation solennelle au

Gouvernement : si les choses ne changent pas, on sera bientôt amené à s'interroger sur l'utilité des travaux de la commission, compte tenu de leur caractère quasi-confidentiel et du fait que les débats se déroulent dans les médias.

En ce qui concerne le rapport sur la dangerosité relative des drogues légales ou illégales qui vient d'être rendu public, on peut se demander si la consommation de cannabis ne risque pas d'être banalisée au point d'être assimilée à celle de vitamines.

**Le président Jean Le Garrec**, après avoir indiqué qu'il souhaitait que soit mieux reconnue l'importance des travaux parlementaires, a souligné qu'il entendait en conséquence développer la pratique consistant à désigner un rapporteur pour suivre l'application des lois importantes, ainsi que cela a déjà été fait pour les "emplois-jeunes" et est prévu pour les trente-cinq heures.

S'agissant du présent rapport, il a indiqué qu'il comptait le transmettre officiellement aux ministres concernés, en leur demandant de rencontrer ses auteurs.

**Mme Odette Grzegorzulka** a regretté que le rôle de l'alcool dans les accidents de la route soit parfois passé sous silence et a souligné que, dans l'exemple des accidents récents ayant impliqué Gérard Depardieu et un ancien député, l'existence d'un fort taux d'imprégnation alcoolique (2,7 g en fin de matinée dans les deux cas) n'avait été révélée que plusieurs jours après les faits, sans qu'elle provoque une réelle indignation.

**M. Pierre Hellier** a souhaité connaître les conséquences des mesures fiscales prises à l'encontre des premix dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, à l'initiative de la commission.

**Le rapporteur** a indiqué que la consommation de premix était en chute libre grâce à l'augmentation de leur taxation et qu'il conviendrait de prendre des mesures analogues pour les cidres et les bières fortes, qui font également des ravages dans la jeunesse.

**M. Jean-Pierre Baeumler**, après avoir souligné la qualité du rapport présenté par Mme Hélène Mignon, a souhaité connaître son appréciation sur le dispositif français de prise en charge des personnes souffrant d'alcoolisme et a souligné l'importance des actions de prévention et d'éducation pour lutter efficacement contre l'alcoolisme.

**Le rapporteur** a indiqué que, si les personnes déjà dépendantes vis à vis de l'alcool étaient globalement prises en charge de manière convenable, celles

qui consomment de l'alcool de manière excessive sans être dépendantes sont trop souvent oubliées par notre système de soins.

**M. Bernard Accoyer** a souligné l'importance du problème des polytoxicomanies chez les jeunes, la perte de capacité de jugement et de réflexe due à l'association cannabis-alcool étant à l'origine de nombreux accidents de la circulation mortels. Les habitudes prises dès la petite enfance ayant une part de responsabilité importante dans le développement de l'alcoolisme de l'adulte, il est indispensable de développer une politique de prévention active, la France étant dans ce domaine très en retard par rapport aux autres pays développés. La dernière Conférence nationale de santé demande d'ailleurs que les dépendances au tabac, à la drogue et à l'alcool soient traitées de la même manière, car elles sont étroitement liées.

**M. Philippe Nauche** a souligné la nécessité d'une prise en charge précoce de l'alcoolisme et a souhaité que la consultation d'un spécialiste soit proposée aux personnes admises aux urgences dans les établissements de soins dans un état d'ivresse. Par ailleurs, il convient de renforcer le rôle des CHAA, afin qu'ils puissent servir de base au développement des réseaux proposé par la mission.

**Le rapporteur** a souligné que le statut juridique donné à ces centres dans un article additionnel au projet de loi relatif à la lutte contre les exclusions devait permettre de les aider à accomplir leurs missions.

**La commission a décidé, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.**

N°983. - RAPPORT D'INFORMATION de Mme Hélène MIGNON déposé en application de l'article 145 du Règlement par *la commission des affaires culturelles* sur l'alcool et la santé