

AVIS
D'EXPERTS

4 mai 2017

EXPERTISE

AVIS D'EXPERTS
RELATIF À L'ÉVOLUTION
DU DISCOURS PUBLIC EN MATIÈRE
DE CONSOMMATION D'ALCOOL
EN FRANCE

Résumé

Contexte. Plusieurs événements ont incité à refaire le point sur le discours public sur l'alcool qui se définit par les prises de paroles, les écrits et les actions produits par les instances officielles (repères de consommation, marketing social, informations, avertissements sanitaires, réglementation). Au cours des années récentes, plusieurs pays ont révisé leurs repères de consommation. Les Britanniques ont rendu leur révision publique en janvier 2016. La loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016 a introduit des évolutions législatives. L'une d'elles prévoit des amendes fortes en cas d'incitation de mineurs à la consommation d'alcool¹. Une autre introduit une distinction entre, d'une part, publicité et propagande et, d'autre part, l'information sur la production d'alcool au sens du patrimoine culturel, gastronomique ou paysager qui est autorisée². Un rapport de la Cour des Comptes publié en juin 2016 contient des propositions pour renforcer la lutte contre les consommations nocives d'alcool. En conséquence, la Direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives ont saisi Santé publique France et l'Institut national du cancer afin d'obtenir des recommandations pour renouveler le discours public sur l'alcool en France.

Méthode. Une recherche documentaire a été conduite. Un appel public à candidatures d'experts a été publié au cours de l'été 2016. Huit experts ont été retenus parmi 22 candidatures reçues par un comité de sélection après examen de l'expérience et des déclarations publiques d'intérêt. Le groupe d'experts s'est réuni 9 fois entre le 4 octobre 2016 et le 27 février 2017. Deux types d'auditions ont été conduits, d'une part celles d'experts français ou étrangers et, d'autre part, les parties prenantes qui produisaient des discours publics en tant qu'associations impliquées dans le domaine de la santé ou en tant qu'associations ou fédérations représentant des intérêts économiques. Une analyse de la situation française actuelle en termes de niveaux de consommation, d'historique réglementaire, d'impact de la publicité sur les jeunes et d'historique des repères de consommation a également été menée. Deux travaux ont été commandés. Le calcul du risque de mortalité vie-entière attribuable de la population française selon différents niveaux de consommation d'alcool a été commandé au CAMH. Cette approche était celle recommandée par le groupe d'experts du projet européen RARHA financé par la Commission européenne. D'autre part, une étude qualitative a été réalisée pour mieux appréhender la perception du discours public par la population française, entre autres la compréhension du risque alcool et l'utilisation des repères actuellement promus par divers organismes publics ou privés.

1. L'article 227-19 du code pénal, modifié par la loi du 26 janvier 2016, est désormais rédigé ainsi :

« Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle d'alcool est puni de deux ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. Lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou que les faits sont commis dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux, le fait de se rendre coupable de l'une des infractions définies au présent article porte au double le maximum des peines encourues. »

2. L'article 3323-3-1 du code de la santé publique est rédigé ainsi :

« Ne sont pas considérés comme une publicité ou une propagande, au sens du présent chapitre, les contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références relatifs à une région de production, à une toponymie, à une référence ou à une indication géographique, à un terroir, à un itinéraire, à une zone de production, au savoir-faire, à l'histoire ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée au titre de l'article L. 665-6 du code rural et de la pêche maritime. »

Résultats. Le groupe d'experts propose tout d'abord que les pouvoirs publics informent la population sur les risques sanitaires associés à la consommation d'alcool et recommandent aux consommateurs d'alcool de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 par jour pour les hommes et les femmes. Ils ont choisi des repères qui représentent un risque absolu vie-entière de mortalité attribuable à l'alcool pour la population française située entre 1 pour 100 et 1 pour 1000. Pour les experts, il est donc important que ces repères soient largement connus et accompagnés de stratégies de marketing social de grande ampleur et d'un soutien des professionnels de santé. Ils considèrent que la présence d'un risque sanitaire, même pour des consommations faibles et modérées, implique que l'avertissement sanitaire actuel (« *L'abus d'alcool est dangereux pour la santé* ») soit remplacé par un message signifiant que toute consommation d'alcool est à risque pour la santé. En termes d'information du consommateur, il est pour eux important que cet avertissement soit également présent sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, de même que le pictogramme femme enceintes, le nombre de verres standard à 10 g et le nombre de calories par verre standard.

Par ailleurs, le groupe d'experts propose que le discours public sur l'alcool soit mieux entendu et surtout unifié entre les différents ministères et institutions. Selon les experts, le discours public doit aussi être cohérent avec la réglementation, en particulier celle condamnant l'incitation de consommation des mineurs ou celle sur la taxation, mal comprise du public. En particulier, il est recommandé que la taxation de l'alcool soit proportionnelle à la quantité d'alcool responsable des dommages sanitaires et non pas selon les différents produits et que ses recettes servent à alimenter un fonds dédié aux actions publiques de prévention et de recherche dans le domaine de l'alcool.

Discussion. Suivant l'exemple d'autres pays comme l'Australie, le Canada, l'Italie, la Grande Bretagne, la France a lancé un travail de révision des repères de consommation d'alcool qui avaient été introduits en 1999. Comme dans les autres pays, les experts préconisent des nouveaux repères à la baisse, en particulier en raison du risque de cancer qui avait été négligé dans les recommandations initiales. Ces repères de consommation ne sont pour eux qu'un élément d'un discours public unifié qui se veut prévenir les risques liés à la consommation d'alcool tout en ne niant pas les intérêts économiques associés. Pour être cohérent, ce discours doit également être lié à des actions sur la fiscalité, sur la disponibilité des produits et leur promotion, ainsi que des actions d'éducation, de communication et de marketing social.

Abstract

Context. Several events have prompted the need to review the public discourse on alcohol, which is defined by the words, writings and actions produced by official bodies (drinking guidelines, social marketing, information, health warnings, regulation). In recent years, several countries have revised their drinking guidelines. The British Authorities made their revision public in January 2016. The law on the modernization of the health system promulgated on 26 January 2016 introduced legislative developments. One of them aggravates the penalties in terms of fines and imprisonment in the event of the incitement of minors to the consumption of alcohol. Another aggravates the penalties in terms of fines and penalties, imprisonment for the incitement of minors to the consumption of alcohol. Another introduces a distinction between advertising and propaganda on the one hand and information on the production of alcohol in the sense of the cultural, gastronomic or landscape heritage which is authorized. A report by the Court of Auditors published in June 2016 contains proposals to strengthen the fight against harmful consumption of alcohol. As a result, the Directorate-General for Health and the Inter-Ministerial Mission against Addictive Behavior have seized France's Public Health and the National Cancer Institute to obtain recommendations to renew the public discourse on alcohol in France.

Method. A literature search was conducted. A public call for experts was published during the summer of 2016. Eight experts were selected from among 22 applications received by a selection committee after examining the experience and public statements of interest. The group met 9 times between 4 October 2016 and 27 February 2017. Two types of hearings were conducted, on the one hand, French and foreign experts and on the other hand stakeholders which produced public discourses as associations involved in the field of health or as associations or federations representing economic interests. An analysis of the current French situation in terms of consumption levels, regulatory history, the impact of advertising on young people and the history of consumer benchmarks was also conducted. Two works have been commissioned. The calculation of the life-time mortality risk attributable in the French population according to different levels of alcohol consumption was commissioned to CAMH. This approach had been recommended by the expert group of the European RARHA project funded by the European Commission. On the other hand, a qualitative study was carried out to better understand the perception of public discourse by the French population, including the understanding of alcohol risk and the use of the drinking guidelines currently promoted by various public or private organizations.

Results. The expert group first proposes that public authorities inform the public about the health risks associated with alcohol consumption and recommend that alcohol consumers consume no more than 10 standard drinks per week and no more than 2 standard drinks per day for men and women. They have chosen drinking guidelines that represent an absolute lifetime risk of alcohol-related mortality for the French population between 1% and 1 per 1000. They consider that it is therefore important that these guidelines are widely known and accompanied by broad social marketing strategies and support from health professionals. The presence of a health risk even for low and moderate consumption means that the current health warning: *alcohol abuse is dangerous for health* is replaced by a message that *any drinking of alcohol is at risk for the health*. In terms of consumer information, it is concluded as important that this warning also be present on alcoholic beverage packaging units, as well as the pregnant woman pictogram, the number of standard glasses at 10g and the number of calories per standard-glass.

Moreover, the group of experts proposes that the public discourse on alcohol be better understood and above all unified between the various ministries and institutions. According to the experts, the public discourse must also be coherent with the regulation, in particular that condemning inciting minors to drink or that on taxation misunderstood by the public. In particular it is recommended that the taxation of alcohol should be proportional to the quantity of alcohol responsible for health damage and not according to the different products and that its revenue is used to fund a fund dedicated to public prevention and research actions in the field of alcohol.

Discussion. Following the example of other countries such as Australia, Canada, Italy, Great Britain, France has undertaken a work to revise the guidelines for alcohol consumption introduced in 1999. As in other countries, the new guidelines have declined, especially because of the cancer risk that had been neglected in the initial recommendations. The experts assume that these consumption guidelines are only one element of a unified public discourse that aims to prevent the risks associated with alcohol consumption while not denying the associated economic interests. To be coherent, this discourse must also be linked with actions on taxation, product availability and promotion, as well as education, communication and social marketing.

Présentation des intervenants

Groupe d'experts

Président

- Pierre DUCIMETIERE, épidémiologiste et directeur de recherche honoraire à l'Inserm, président du groupe d'experts, Paris.

Membres

- Cathie BOEHM, infirmière scolaire, titulaire d'un master 2 en éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes, Sélestat.
- Catherine FEART-COURET, épidémiologiste chargée de recherche Inserm, Bordeaux Population Health Research Center U1219, Bordeaux.
- Geneviève GAGNEUX, psychothérapeute et chargée de projet en santé, titulaire d'un master en éducation pour la santé, Pontoise.
- Jean-François JUSOT, médecin épidémiologiste et praticien hospitalier au département d'information médicale du Centre hospitalier départemental Georges Daumezon, Fleury-les-Aubrais.
- Philippe NUBUKPO, psychiatre, addictologue, praticien hospitalier et professeur des universités, chef de pôle d'addictologie, CHU de Limoges site Esquirol, unité Inserm 1094, Limoges.
- Jacques YGUEL, addictologue, praticien hospitalier, chef de pôle d'addictologie, Centre hospitalier d'Avesnes-sur-Helpe et médecin au Centre Méthadone CSAPA Étapes-ADNSEA, Avesnes-sur-Helpe.
- Marie ZINS, épidémiologiste, enseignant chercheur, Université Paris Descartes, Paris.

Groupe de soutien scientifique

- Raphaëlle ANCELLIN (Institut national du cancer)
- Pierre ARWIDSON (Santé publique France)
- Chloé COGORDAN (Santé publique France)
- Antoine DEUTSCH (Institut national du cancer)
- Corinne LE GOASTER (Santé publique France)
- Marion TORRÈS (Santé publique France)

Secrétariat

- Véronique COMBY (Santé publique France)
- Christine RICCUCCI (Santé publique France)

Sommaire

<i>Synthèse</i>	8
Contexte de la saisine.....	17
Construction de l'avis d'experts	18
L'audition des parties prenantes et des experts extérieurs.....	18
L'estimation du risque absolu de mortalité de la population française en fonction de différents niveaux de consommation	18
L'étude qualitative <i>ad hoc</i> réalisée par l'Ifop.....	19
Rappel sur la consommation d'alcool en France	20
Marketing et consommation d'alcool.....	22
Le discours public s'inscrit dans une évolution du cadre réglementaire.....	22
Que dit la recherche sur l'impact du marketing sur la consommation d'alcool des jeunes ?	23
Évaluation de l'exposition à la publicité des boissons alcoolisées chez les lycéens en France	24
Les repères de consommation.....	25
Intérêts et limites des repères	27
Historique des repères	27
État des lieux dans les pays utilisant des repères	28
La situation en France	32
Les préconisations des experts de l'action conjointe européenne RARHA au sujet des recommandations nationales de consommation d'alcool	37
Le calcul du risque absolu de mortalité de la population française en fonction de différents niveaux de consommation réalisé par J. Rehm et K. Shield	38
L'indicateur synthétique retenu : la fraction de la mortalité « vie entière » attribuable à la consommation d'alcool.....	38
Le procédé de calcul par simulation.....	39
Les résultats obtenus et leur discussion.....	40
La fixation de repères de consommation.....	44
L'étude qualitative réalisée dans le cadre de cette saisine	45
Contexte	45
Protocole de l'étude	46
Principaux résultats.....	46
Synthèse.....	48
Discussion générale	50
Perception des Français	50
Repères de consommation	52
<i>Comparaison des méthodes et des repères</i>	52
<i>Diminution des repères après les révisions</i>	54

Recommandations aux décideurs.....	55
Principes généraux	55
Recommandations sur les conseils à délivrer au grand public en matière de consommation d'alcool.....	56
<i>Recommandations sur les stratégies de prévention</i>	57
<i>Recommandations sur le rôle et le discours des pouvoirs publics</i>	58
Contexte dans lequel doit s'insérer l'évolution du discours public	61
L'accompagnement et le soin	61
L'évaluation de l'impact des recommandations	61
Les besoins de développer la recherche.....	62
<i>Propositions</i>	62
<i>Principaux axes de recherche à développer</i>	62
Annexes.....	64
Annexe 1 / Lettre de saisine de la Mildeca et de la DGS.....	65
Annexe 2 / Méthode de sélection du groupe d'experts et modalités de travail.....	66
Annexe 3 / <i>Lifetime risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in France: implications for national low-risk drinking guidelines</i>	69
Annexe 4 / Étude sur les représentations liées à l'alcool.....	92
Annexe 5 / Matrice problèmes et objectifs de communication	127
Annexe 6 / Révision des recommandations australiennes	128
Annexe 7 / Révision des recommandations canadiennes	132
Annexe 8 / Révision des recommandations britanniques	135
Acronymes	143
Références bibliographiques	144

SYNTHÈSE

Contexte et objet de la saisine

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et la Direction générale de la santé (DGS) ont saisi Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) le 21 juin 2016 afin de faire des propositions pour le renouvellement du discours public sur l'alcool.

Sont rappelés dans la saisine les points suivants :

- le besoin d'un discours clair et homogène sur le sujet ;
- la méconnaissance des dommages liés à l'alcool, notamment en matière de cancer ;
- le fait qu'il est essentiel qu'une réflexion sur les modalités de communication des pouvoirs publics sur la consommation d'alcool soit engagée ;
- et la nécessité d'aboutir à des propositions opérationnelles adaptées au contexte français pour permettre de structurer le discours officiel des instances de santé publique sur ce sujet pour les prochaines années.

Les objectifs de la saisine s'inscrivent dans le second plan d'actions du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 et dans le plan cancer 2014-2019. Ces objectifs sont également en adéquation avec le rapport de la Cour des Comptes publié en juin 2016 sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool.

La demande de disposer d'éléments d'orientation pour le discours public des autorités sanitaires est donc large et va au-delà de la simple révision des repères de consommation d'alcool. Le discours public sur la consommation d'alcool est constitué des prises de parole et des écrits produits par des instances officielles, qu'il s'agisse du gouvernement, des ministères, agences et autres institutions du secteur sanitaire et social³. Il peut s'agir d'informations, d'avertissements sanitaires ou de campagnes de sensibilisation. La réglementation représente également une forme de discours officiel et son évolution alimente le débat public au moment des discussions parlementaires.

Organisation de l'expertise

Santé publique France a organisé un appel à candidatures et constitué un groupe d'experts multidisciplinaires *ad hoc* pour l'établissement de recommandations du discours public sur l'alcool.

Un jury de sélection composé de collaborateurs des deux agences a été mis en place pour analyser les dossiers et les déclarations publique d'intérêts (DPI) des candidats.

Au final, huit experts ont été retenus parmi les 22 candidatures reçues, associant notamment trois disciplines nécessaires pour traiter du thème de la saisine : épidémiologie, addictologie et éducation pour la santé (**cf. Annexe 2**).

Le groupe d'experts *ad hoc* s'est réuni neuf fois entre octobre 2016 et février 2017.

Il a procédé à des auditions de parties prenantes qui produisaient elles-mêmes un discours public sur l'alcool, et d'experts internationaux impliqués dans la révision des repères au niveau international et/ou national (**cf. Annexe 2**).

3. Santé publique France, Institut national du cancer, Programme national nutrition santé, CnamTS – Améli santé, Haute Autorité de santé, etc.

Par ailleurs, le groupe d'experts s'est appuyé sur :

- les travaux de Jürgen Rehm et Kevin Shield, du *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH) de Toronto, pour l'application à la France d'une simulation de l'impact de différents niveaux de consommations d'alcool sur le risque de mortalité « vie-entière », méthode déjà utilisée dans de nombreux pays dont l'Australie, la Grande-Bretagne et d'autres pays européens dans le cadre du projet RARHA (*Reducing Alcohol Related Harm*) financé par la Commission européenne ;
- une étude qualitative afin d'éclairer la perception d'un échantillon de la population française métropolitaine sur l'alcool et les repères de consommation actuellement utilisés, et de tester les formulations des recommandations récemment mises à jour en Australie, en Grande-Bretagne et au Canada.

Éléments d'analyse du discours public

Deux éléments principaux ressortent de l'analyse du discours public sur l'alcool en France.

- Le premier est l'existence d'un double discours public contradictoire. Un discours souligne le besoin de réduire la consommation d'alcool pour limiter les dangers sanitaires et sociaux liés à la consommation d'alcool ; un autre discours, guidé par le poids économique de l'alcool, promeut un patrimoine culturel. Ces deux discours se superposent et se télescopent, sans qu'il y ait eu à ce jour un effort de réconciliation de la parole gouvernementale. Le public perçoit cette ambiguïté (voir résultats de l'étude qualitative).
- Le second élément est que le discours public est faiblement audible et est noyé par une communication promotionnelle qui trouve progressivement des voies nouvelles d'expression, via Internet ou encore l'œno-journalisme. À cela s'ajoutent les initiatives de campagnes de prévention faites par des associations représentant les intérêts économiques.

Un des éléments centraux, en tout cas symboliquement, du discours public est constitué par les recommandations au public destinées à réduire les risques liés à la consommation d'alcool, qui incluent dans certains pays des repères chiffrés. La France fait partie de la quarantaine de pays qui en utilisent⁴. Des critiques, en particulier Casswell⁵, se sont élevées contre cette approche. D'après Casswell, la logique de cette approche reposerait uniquement sur l'exercice de la responsabilité des individus et pourrait ainsi désamorcer le besoin de responsabilité collective face aux problèmes liés à l'alcool. En réalité, Brownell⁶ indique qu'il ne faut pas opposer ces deux types de responsabilités qui sont complémentaires, la responsabilité collective venant en soutien de la responsabilité individuelle.

Il est donc de notre rôle, en tant qu'agences scientifiques et sanitaires, de faire connaître le risque sanitaire attribuable à l'alcool pour que chaque individu, libre de ses choix, connaisse les risques qu'il prend, ou pas, pour sa santé. Il ne s'agit en aucun cas d'une démarche de prohibition mais de sensibilisation de l'ensemble de la population.

Le compromis qui avait été trouvé autour de la notion de seuils de consommation sans risque ne peut perdurer au vu de la littérature scientifique. Il faut maintenant parler de repères de consommation à faible risque.

4. Kalinowski A, Humphreys K. Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction*. 2016;111(7):1293-8

5. Casswell S. Why have guidelines at all? A critical perspective. *Drug Alcohol Rev*. 2012;31(2):151-2

6. Brownell KD, Kersh R, Ludwig DS, Post RC, Puhl RM, Schwartz MB, et al. Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(3):379-87

L'ensemble de ces travaux a consisté à réviser les repères de consommation à faible risque en fonction des dernières données épidémiologiques et des progrès méthodologiques (travaux de Rehm et Shield), à considérer les actualisations récentes d'autres pays et à analyser les éléments du discours public et sa cohérence avec la réglementation actuelle et la perception d'un échantillon du public français.

Analyses et conclusions des travaux commandés par le groupe d'experts

Travaux de Jürgen Rehm⁷ et Kevin Shield⁸

Leurs travaux (cf. **Annexe 3**) ont montré que le risque absolu de mortalité attribuable augmente plus rapidement chez les femmes que chez les hommes puisqu'il atteint le taux de 1 % dès une consommation de 15g/j « vie entière » pour les premières mais de 25g/j pour les seconds. Dans les deux cas, un effet négatif (pouvant être interprété en termes de « protection ») peut être observé pour les faibles consommations (de l'ordre de 0 à 5g/j). Cette caractéristique est retrouvée pour tous les pays pour lesquels le modèle a été appliqué, même si la limite de 5g/j et l'importance de la protection sont très variables. Elle correspond bien entendu au poids de la mortalité cardiovasculaire dans la mortalité totale, associée négativement aux faibles niveaux de consommation dans le modèle utilisé.

Il est tentant d'interpréter la courbe « en J » ainsi obtenue comme indiquant l'existence d'un seuil de consommation au-dessous duquel la consommation d'alcool serait globalement « protectrice ». Cette interprétation causale de l'association observée dans les études épidémiologiques et, par conséquent, l'existence d'un seuil de consommation en deçà duquel il y aurait un effet protecteur ne sont pas démontrées et sont largement discutées dans la communauté scientifique. Par ailleurs, dans les deux calculs (hommes et femmes), l'intervalle de confiance du risque attribuable pour les faibles niveaux est tel que toute fixation d'un seuil serait illusoire.

La méthodologie utilisée présente de nombreux avantages mais ne peut être pratiquement mise en œuvre qu'au prix de nombreuses hypothèses simplificatrices (cf. p. 38-44).

En l'absence de seuil évident qui aurait conduit à recommander une consommation limite associée à un surrisque nul, les résultats obtenus par J. Rehm et K. Shield permettent néanmoins de définir pour la population française un intervalle de consommation entraînant un risque vie entière considéré comme « faible ». Faire connaître à la population une limite supérieure pour cet intervalle de consommation est une responsabilité essentielle des pouvoirs publics en permettant à chaque individu de confronter sa propre consommation à une valeur repère au-dessus de laquelle il lui est conseillé de réduire sa consommation. Une valeur repère est donc une valeur indicative de consommation fondée scientifiquement mais qui, compte tenu des données et analyses disponibles, ne peut pas être déterminée de manière totalement objective, comme pourrait l'être une valeur seuil. Une valeur indicative résulte d'une analyse scientifique et d'un arbitrage réalisé à l'échelle du pays.

Rehm et coll. ont cherché dans la littérature un cadre de référence pour juger du niveau de risque absolu lié à la consommation d'alcool qui pourrait être « acceptable ». Le premier constat fait par Starr⁹ est que le niveau de risque acceptable pour des expositions liées à des comportements placés sous le contrôle (au moins partiellement) des individus eux-mêmes est 1000 fois supérieur au niveau de risque acceptable pour les expositions subies par des individus sans qu'ils en aient le

7. Rehm J, Lachenmeier DW, Room R. Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks ? BMC Med. 2014;12:189.

8. Shield KD, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R, Rehm J. Lifetime risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. Addiction. 2017 Mar 20. doi: 10.1111/add.13827.

9. Starr C. Social benefit versus technological risk. Science. 1969;165(3899):1232-8

contrôle, comme l'exposition à des produits chimiques contenus dans l'eau, dans l'air, dans les aliments... C'est ainsi qu'un risque absolu vie entière attribuable limité à 1/1 000 000 pourrait être considéré comme acceptable, comme cela a été discuté dans le domaine des produits cancérigènes de l'environnement ou de la sécurité de l'eau en Australie.

D'après Rehm, le risque acceptable pour des expositions placées sous le contrôle des individus eux-mêmes pourrait en conséquence se situer autour d'1/1000. Remarquons qu'on ne dispose pas d'estimation directe de ce niveau d'acceptabilité tel qu'il est apprécié par les individus eux-mêmes (voir étude qualitative un peu plus bas).

D'autres définitions du risque volontaire acceptable ont été utilisées¹⁰. Pour les recommandations australiennes et les recommandations britanniques, un repère standard de 1/100 a semble-t-il été implicitement utilisé. Selon Rehm, différents repères doivent être considérés mais une limite de 1/100 ne pourrait, semble-t-il être considérée comme acceptable pour aucun autre comportement sous le contrôle des individus que celui de la consommation d'alcool. Il existe donc sans doute une spécificité d'origine culturelle et économique dans l'arbitrage entre les points de vue collectif et individuel noué autour de la consommation d'alcool.

Étude qualitative

L'analyse a montré que les repères actuels sont peu connus et peu utilisés. Les stratégies de contrôle adoptées par les participants sont globalement non sanitaires : les sensations immédiates sont utilisées comme signal pour réduire sa consommation ; les motivations à contrôler sa consommation sont essentiellement liées au fait d'avoir ou non à conduire un véhicule, à l'état de fatigue de la personne, à la volonté de ne pas faire mauvaise figure ou d'être vulnérable, au fait d'avoir un « engagement » professionnel ou scolaire dans un délai proche, à l'hygiène de vie globale (poids pour les femmes et sport pour les jeunes hommes) et à l'état du compte bancaire (surtout parmi les CSP-). Ceci signifie qu'il ne suffit pas d'établir des repères, mais qu'il faut également s'attacher à les faire connaître et à expliquer les objectifs qu'ils visent.

Il apparaît que les autorités sanitaires sont perçues comme légitimes pour émettre des repères de consommation. Néanmoins, certains ont souligné l'ambivalence de l'État qui a une attitude hypocrite en recommandant de limiter sa consommation tandis que la vente d'alcool est autorisée et qu'il perçoit des taxes sur ces ventes. Il est ainsi nécessaire de lever ces ambiguïtés.

Il est nécessaire de lutter contre l'ignorance et les fausses croyances et que les risques liés à la consommation d'alcool soient mieux connus. Les recommandations doivent apporter des informations précises sur les risques encourus selon les modes de consommation (à l'aide de quelques données chiffrées par exemple) et expliquer les objectifs que les repères visent en termes de santé.

Étant donné la persistance des difficultés à se retrouver dans les quantités absolues d'alcool pur selon la taille des verres et la nature des boissons alcoolisées, il est important que le schéma des équivalences soit largement diffusé et expliqué. Le verre standard de 10 grammes, après avoir été critiqué, reste in fine l'unité de mesure la plus parlante pour les participants. Étant donné la diversité des habitudes de consommation, il paraît nécessaire d'avoir un double référentiel jour et semaine. De plus, il apparaît extrêmement important de prévoir des repères qui n'impliquent pas une consommation quotidienne, devenue minoritaire et synonyme, pour la majorité, de dépendance et qui, de ce fait, ne serait pas comprise.

10. Rifkin E., Bower E. *The Illusion of Certainty: Health Benefits and Risks*: New York: Springer, 2007

Si on observe scientifiquement des différences quant au risque absolu entre femmes et hommes, la distinction selon le genre peut provoquer des interrogations avec en arrière-plan un éventuel soupçon de sexisme ou d'obstacle à l'émancipation des femmes.

Le ton des recommandations gagnerait à être dans le registre du conseil, de la pédagogie, de l'explication, de l'aide et non de l'injonction. Il est important que les différents éléments soient présentés dans un seul et même document très structuré. Les recommandations étrangères qui sont dans le registre de l'empathie sont les plus appréciées.

Il serait utile de prétester les recommandations une fois finalisées. Les Britanniques¹¹ ont pris le temps de le faire pour s'assurer de la compréhension et de l'adhésion de la population aux nouveaux messages. Suite à cette étude, certains ajustements ont été faits avant la publication des recommandations.

Recommandations des experts

Recommandations sur les conseils à délivrer au grand public en termes de consommation d'alcool

Recommandation 1

Cet avis recommande que soient délivrées au grand public les informations suivantes.

Les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé au cours de la vie augmentent avec la quantité consommée ;

- à long terme, la consommation d'alcool est une cause de morbidité et de mortalité pour certaines maladies chroniques comme la cirrhose, certains cancers comme ceux des voies aérodigestives, du foie et du sein et certaines maladies cardiovasculaires, comme l'hypertension artérielle (HTA) et l'accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- à court terme, la consommation d'alcool est responsable de traumatismes intentionnels et non intentionnels, notamment des accidents pouvant causer des blessures (et la mort dans certains cas), la mauvaise évaluation des situations à risque et la perte du contrôle de soi. C'est en particulier vrai en cas de consommation ponctuelle importante.

Si vous consommez de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie :

- de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ;
- d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Et pour chaque occasion de consommation, il est recommandé :

- de réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez ;
- de boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- d'éviter les lieux et les activités à risque ;
- de s'assurer que vous avez des gens que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.

11. Porter T. Qualitative research on draft alcohol guidelines. Prepared for Public Health England. London: Cragg Ross Dawson; 2016.

Pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour votre santé et celle de votre enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

Pour les jeunes et les adolescents : pour limiter les risques pour votre santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

D'une façon générale, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas :

- de conduite automobile ;
- de manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.) ;
- de pratique de sports à risque ;
- de consommation de certains médicaments ;
- de l'existence de certaines pathologies.

Il faut noter qu'on autorise une alcoolémie à 0,5g/l ou à 0,2 g/l pour les détenteurs d'un permis de moins de deux ans, alors qu'il existe un sur-risque entre 0 et 0,5g/l.

Recommandations sur les stratégies de prévention

Recommandation 2

Les études réalisées sur la connaissance et la compréhension des repères de consommation réalisées en France ou dans d'autres pays indiquent que leur notoriété est souvent faible et leur utilisation par le public très limitée. Cet avis recommande que les stratégies de communication génèrent une notoriété importante des nouveaux repères de consommation (cf. Recommandation 1).

Recommandation 3

La promotion des boissons alcoolisées se retrouve dans la publicité par affiches, par magazines, à la radio, sur Internet, dans les magasins de distribution, dans les fictions à la télévision et au cinéma... En 2011, 460 millions d'euros d'investissements publicitaires auraient été consacrés à la promotion de la consommation d'alcool, qui sont à comparer aux 3 millions environ consacrés à la prévention par Santé publique France. De plus, des campagnes de « prévention » sont mises en oeuvre par des associations regroupant les producteurs d'alcool afin d'être reconnus comme acteurs de prévention. En comparaison, la prévention organisée par les pouvoirs publics n'est pas suffisamment financée, structurée ; elle est donc peu visible.

Cet avis recommande une présence plus forte des pouvoirs publics, afin de contrer le poids des actions de promotion des producteurs d'alcool. Cette présence plus forte pourrait se faire d'une part par le renforcement des informations sanitaires obligatoires (publicités, contenant), d'autre part par le renouvellement des stratégies publiques de prévention incluant des initiatives innovantes, en s'engageant davantage dans des campagnes de marketing social.

Recommandation 4

Les professionnels de santé et ceux des champs médico-social et éducatif constituent un relais essentiel pour la diffusion des messages de prévention et le développement d'interventions de réduction des risques liés à la consommation d'alcool.

Il est important que les instances de prévention et les services spécialisés en addictologie puissent les accompagner et les soutenir de façon continue.

Cet avis recommande d'informer les professionnels de la santé et du secteur médico-social, de les sensibiliser et de les outiller pour faire face aux risques liés à la consommation d'alcool.

Recommandations sur le rôle et le discours des pouvoirs publics

Recommandation 5

Actuellement, la structure de la taxation dépend du type de boissons alcoolisées (vins, bière, etc.). Or la littérature montre que la nocivité de l'alcool est principalement liée à l'éthanol et à ses métabolites et non pas au type de boissons alcoolisées. Comme le rappelle la Cour des Comptes, la structure actuelle des taxes ne vise pas les réductions de consommation. Seules des taxes proportionnelles à la quantité d'alcool rendraient crédible la volonté de l'État de réduire les dommages par une action sur les prix. Une grande partie de ces taxes dépendant de directives européennes, l'idéal serait de modifier la structure des taxes au niveau européen. Toutefois, même si la structure des droits d'accises dépend de la directive 92/83/CEE, la législation européenne actuelle n'en fixe que les taux minimaux, laissant les États membres libres d'appliquer les taux qu'ils souhaitent.

Les droits d'accises varient en France de 0,003 euro par verre standard pour le vin à 0,14 euro pour les spiritueux, soit un rapport de 1 à 50.

Cet avis recommande que les taxes soient proportionnelles à la quantité d'alcool et non pas au type de boissons alcoolisées à des fins de clarté du discours public et de cohérence de l'action publique. En France, il serait possible en restant dans le cadre de la directive européenne de l'obtenir. Il suffirait d'appliquer à l'ensemble des boissons alcoolisées le taux d'imposition minimum le plus élevé, c'est-à-dire celui des spiritueux, soit le taux européen de 0,044 euro par verre standard ou le taux français de 0,139 euro par verre standard. La même logique pourrait être appliquée aux contributions à la Sécurité sociale.

Recommandation 6

Le discours public de l'État varie selon l'émetteur entre un discours purement sanitaire (ministère chargé de la santé) sur les dommages et leur prévention et un discours purement économique sur la filière et son développement (ministères chargés de l'Agriculture et de l'Économie). Ces discours apparaissent aujourd'hui comme irréconciliables. Il serait plus intéressant de mieux estimer les dépenses et les recettes publiques générées par la consommation d'alcool. L'acceptation collective et sociétale d'un niveau de risque ou de dommages lié à la consommation d'alcool permettrait de réconcilier les deux discours.

Cet avis recommande de construire une politique publique cohérente qui tienne compte de la prévention des dommages sanitaires et sociaux, sans pour autant nier le souci gouvernemental du développement économique des filières concernées.

Recommandation 7

La recherche française concernant les consommations d'alcool est quasi inexistante au niveau international. Par ailleurs, la recherche publique en France ne dispose que de budgets très limités, laissant le champ libre à une politique de recherche financée par les industriels de l'alcool, générant ainsi une situation de conflit d'intérêt. Il en est de même de la prévention. Or le maintien et l'amélioration de la santé de la population sont des responsabilités essentielles de l'État.

Cet avis recommande qu'une part des taxes sur l'alcool soit allouée à un fonds dédié aux actions publiques de prévention et de recherche dans le domaine de l'alcool. Cela permettra de mieux comprendre, suivre, adapter les politiques en fonction de l'évolution des connaissances et de la société.

Recommandation 8

Les études ont montré une augmentation de la morbidité et de mortalité, à court et long termes, pour des consommations faibles d'alcool par jour¹². Ainsi, ce n'est pas l' « abus d'alcool » qui est à risque mais une consommation même faible. L'avertissement actuel sanitaire réglementaire est donc obsolète.

Cet avis recommande que l'avertissement réglementaire obligatoire apposé sur les publicités pour l'alcool soit revu :

- en modifiant l'information qui figure actuellement « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » ;
- en empêchant les annonceurs d'ajouter un autre message à celui imposé par la loi (tels que « À consommer avec modération »).

Le nouvel avertissement pourrait être : « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé. »

Recommandation 9

Actuellement, l'information des consommateurs achetant des boissons alcoolisées n'obéit pas aux mêmes règles que pour les autres aliments ou boissons à ingérer. Les boissons alcoolisées sont pour l'instant exclues de la directive européenne InCO¹³. En attendant l'évolution de la réglementation européenne, les pays membres ont la possibilité d'avoir des réglementations nationales (article 41).

Par ailleurs, les études ont montré que le public a des difficultés à quantifier l'alcool consommé. Le pourcentage par unité de volume et la quantité de liquide introduisent des ambiguïtés pour le consommateur. Le nombre de verres standard de 10 grammes (ou la quantité d'alcool en grammes) inscrit(e) sur le contenant donnerait une information plus compréhensible au consommateur.

Cet avis recommande que figurent sur l'étiquette des contenants par unité de conditionnement les informations suivantes :

- le nombre de verres standard à 10 grammes ;
- le nombre de calories par verre standard ;
- un avertissement sanitaire tel que « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé. » ;
- un pictogramme pour la femme enceinte plus visible.

12. Expertise collective. Alcool. Effets sur la santé. Paris : Les éditions Inserm ; 2001, p. 358.

13. Union européenne. Règlement no 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires. Journal officiel de l'Union européenne. 2011;304:18-63.

Recommandation 10

La publicité pour l'alcool est autorisée en France (affiches, magazines radio, Internet, lieux de vente et de production...), avec quelques restrictions (télévision entre autres, heures d'écoute, publics visés), ce qui donne aux annonceurs une capacité de promotion de leurs produits et donc ipso facto une pression favorable à la consommation d'alcool, en particulier pour les jeunes.

À l'origine, la publicité a été interdite à la télévision car ce média était très puissant et touchait tous les publics. Cela est vrai aujourd'hui pour Internet.

Cet avis recommande que l'encadrement de la publicité pour les boissons alcoolisées sur Internet soit renforcé en tenant compte des évolutions et des usages de ce support.

CONTEXTE DE LA SAISINE

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et la Direction générale de la santé (DGS) ont saisi Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) le 21 juin 2016 afin de faire des propositions pour le renouvellement du discours public sur l'alcool (Annexe 1).

Les points suivants sont rappelés dans la saisine :

- le besoin d'un discours clair et homogène sur le sujet ;
- la méconnaissance des dommages liés à l'alcool, notamment en matière de cancer ;
- le fait qu'il est essentiel qu'une réflexion sur les modalités de communication des pouvoirs publics sur la consommation d'alcool soit engagée ;
- la nécessité d'aboutir à des propositions opérationnelles adaptées au contexte français pour permettre de structurer le discours officiel des instances de santé publique sur ce sujet pour les prochaines années.

Les objectifs de la saisine s'inscrivent dans le second plan d'actions du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [1] et dans le plan cancer 2014-2019 [2]. Ces objectifs sont également en adéquation avec le rapport de la Cour des comptes publié en juin 2016 sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool [3].

La troisième recommandation de la Cour est rédigée ainsi :

« Adapter les messages en direction des consommateurs à risque au vu des résultats des travaux sur les repères de consommation et des recherches en cours sur les fractions attribuables à l'alcool de la morbi-mortalité. »

La demande de disposer d'éléments d'orientation pour le discours public des autorités sanitaires est donc large et va au-delà de la simple révision des repères de consommation d'alcool. Elle inclut également des recommandations en termes de stratégies de prévention d'une part et de modifications de la réglementation d'autre part.

CONSTRUCTION DE L'AVIS D'EXPERTS

La première étape a été de constituer un groupe d'experts indépendants, chargé d'auditionner les parties prenantes ainsi que des experts extérieurs sur les thèmes évoqués dans la saisine (cf. Annexe 2).

L'élaboration des recommandations a été effectuée ensuite par le groupe à partir des données de la littérature et de la documentation scientifiques, particulièrement volumineuses dans ce domaine. Cependant les délais impartis ne permettaient pas d'effectuer une synthèse formelle des connaissances et l'avis des experts a, en conséquence, joué un rôle particulièrement important.

Les débats entre experts ont permis de répondre à la saisine à l'aide de deux études *ad hoc*, l'une de nature qualitative réalisée par l'Ifop, l'autre utilisant une modélisation réalisée par deux spécialistes du *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH) de Toronto (J. Rehm et K. Shield) et dont les résultats ont pu être mis à la disposition du groupe dans des délais raisonnables (cf. Annexes 3 et 4).

Ces deux travaux, complétés par la documentation quasi-exhaustive sur la réglementation en France et à l'étranger et les actions de prévention qui y sont menées, ont représenté le support essentiel de l'expertise.

L'audition des parties prenantes et des experts extérieurs

Les instances officielles de santé publique (Santé publique France, Institut national du cancer, Haute Autorité de santé, Assurance maladie, etc.) ne sont pas les seules à porter un discours public sur le thème de l'alcool. Il était donc nécessaire de prendre connaissance des discours produits par d'autres émetteurs. À titre d'exemple, l'association « Avec Modération ! » conduit une campagne d'information nommée 2340 depuis 2007 et plus récemment l'association « Vin & Société » a publié la campagne « *Le vin. Je l'aime, je le respecte* » dont le slogan était « *Aimer le vin, c'est avoir un grain de raison* ».

Les associations de prévention comme l'Agence nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), les sociétés savantes ou professionnelles (Société française d'alcoologie, Fédération Addiction) ont également des prises de parole publique dont il convient de tenir compte. Ces auditions ont été complétées par des experts ayant travaillé sur les repères dont la liste se trouve en annexe 2. Ceci a été fait lors de séances du groupe d'experts consacrés à leurs auditions.

L'estimation du risque absolu de mortalité de la population française en fonction de différents niveaux de consommation

Dans les dernières années, l'action conjointe européenne *Reducing Alcohol Related Harm* (RARHA) a joué un rôle très important dans l'élaboration d'une méthodologie opérationnelle susceptible de donner une base rationnelle claire à la détermination de repères de consommation d'alcool dans une population donnée selon les risques de santé encourus. Les difficultés rencontrées sur le chemin d'une telle perspective épidémiologique sont telles que cette méthodologie ne peut en aucune façon être considérée comme définitivement fixée même si son

emploi est recommandé [4] par le groupe des experts représentant les 27 pays européens¹⁴ participant à RARHA. Cette méthode a été appliquée dans sept pays européens participant à RARHA [5, 6] et également dans la révision des recommandations publiques australiennes (2009) et britanniques (2016). En choisissant la méthodologie initialement proposée par J. Rehm et ses collègues, le groupe d'experts a suivi les recommandations du groupe de travail européen RAHRA.

Appliqués à la population française les résultats obtenus par cette méthode ont conduit le groupe d'experts à proposer des repères quantitatifs de consommation associés à des risques de santé considérés comme « faibles ». Il est important de bien distinguer, dans la discussion de ce travail, les choix, obligatoirement limités, des indicateurs utilisables (au prix de nombreuses approximations et hypothèses simplificatrices) à partir des données épidémiologiques dont on dispose, du choix des niveaux de risque considérés comme « faibles » qui ne dépendent, du moins en théorie, que du degré d'aversion au risque des individus qui composent la population.

Si les difficultés de nature épidémiologique peuvent sans aucun doute être en partie levées à l'avenir par le progrès de la recherche, il n'en n'est pas de même du paramètre essentiel représenté dans le concept de « risque acceptable » qui exprime l'état, à un moment donné, de l'arbitrage entre les points de vue collectif et individuel tels qu'ils ont été introduits précédemment. Ce paramètre ne peut donc en pratique résulter que du débat à l'intérieur de la population et de l'éventuel consensus qui peut être dégagé.

Les recommandations établies par le groupe d'experts ont dans un deuxième temps été confrontées à celles issues des travaux récents de révision des repères de consommation d'alcool à faible risque en Australie (2009) [7], au Canada (2011) [8], en Grande-Bretagne (2016) [9], complétées par l'audition du Pr Gerard Hastings pour la révision britannique, du Pr Emanuele Scafato pour la révision italienne et de Serge Karsenty pour le projet de recommandations françaises.

L'étude qualitative *ad hoc* réalisée par l'Ifop

Cette étude a permis de faire le point sur les perceptions actuelles de la population française sur la consommation d'alcool, la connaissance et la compréhension des recommandations officielles...

Les données complètent utilement celles obtenues dans les enquêtes périodiques de l'OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies) et du Baromètre cancer. En ce qui concerne la connaissance et la perception des risques, elle a permis en particulier d'interroger les possibilités d'arbitrage entre le point de vue collectif (visant l'amélioration de la santé de la population par la prévention) et le point de vue individuel (laissant à chacun le choix de décider « librement » de sa consommation).

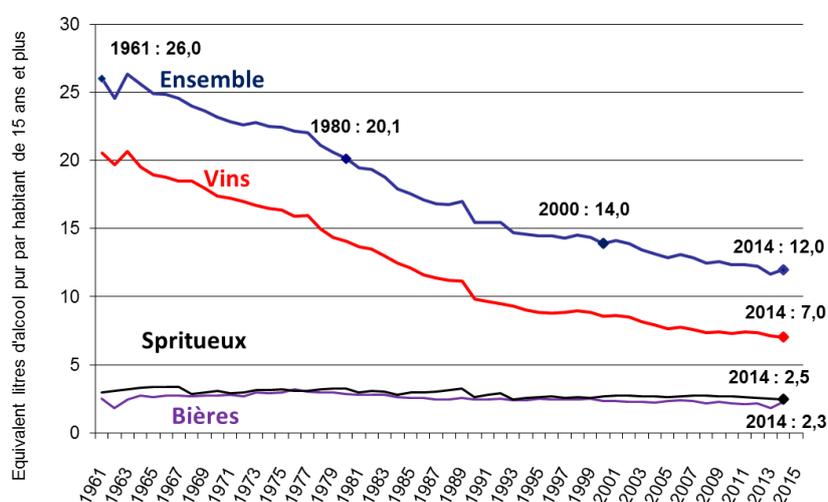
14. Seul un pays sur les 28 pays de l'Union européenne n'a pas participé à l'action conjointe RARHA. Se sont associés également l'Islande, la Norvège et la Suisse qui ne sont pas membres de l'UE.

RAPPEL SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

La consommation d'alcool en France, diminue depuis les années 1960, essentiellement en lien avec la diminution de la consommation de vin. En 2014, elle est estimée d'après les données de ventes à 12 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (l'équivalent d'environ 2,6 verres standard par jour) [10]¹⁵. Cette moyenne recouvre une très grande diversité de comportements, certains ne buvant pas du tout d'alcool ou rarement, d'autres buvant des quantités beaucoup plus élevées. Les hommes boivent des quantités d'alcool nettement plus importantes que les femmes. Cette tendance à la baisse de la consommation est moins forte depuis les années 1990 et semble se stabiliser ces dernières années. On note toutefois une légère hausse en 2014 qui reste à confirmer (figure 1). Elle pourrait résulter d'une augmentation du degré moyen d'alcool des bières [10].

I FIGURE 1 I

Vente d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres d'alcool pur)



Source : OMS, Insee [10]

La France reste parmi les pays les plus consommateurs d'alcool au monde, se situant au 6^e rang des pays les plus consommateurs d'alcool chez les 15 ans et plus parmi les 34 pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) [11].

15. OFDT. Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur). <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant/>

Consommation d'alcool chez les 15-75 ans en France en 2014

- Consommateurs quotidiens : *1 Français sur 10*
- Consommateurs hebdomadaires : *5 Français sur 10*
- Expérimentateurs d'alcoolisation ponctuelle importante au cours des douze derniers mois : *4 Français sur 10*

D'après l'étude du Baromètre santé 2014, près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, un sur dix quotidiennement, ce type de consommation se rencontrant presque exclusivement chez les personnes âgées de plus de 50 ans. L'alcoolisation ponctuelle importante (API), correspondant au fait d'avoir bu six verres ou plus en une même occasion, au cours des douze derniers mois, concerne 38 % des 15-75 ans, touchant en particulier les personnes les plus jeunes [12].

En 2015, l'enquête ESPAD confirme un recul de l'usage d'alcool chez les lycéens depuis 2011, surtout parmi les élèves les plus jeunes. La consommation récente d'alcool (au moins une fois au cours des trente derniers jours) des élèves de 15-16 ans en France est dans la moyenne européenne : 47 %. Les API sont moins fréquentes en France (35 %) que dans les autres pays concernés par l'étude. La France est l'un des pays affichant les plus fortes baisses entre 2011 et 2015 [13].

Concernant l'expérimentation, les adolescents ont accusé une baisse notable sur la période 2010-2014. Ainsi, à l'âge de 11 ans, l'expérimentation d'alcool est passée de 58 % à 50 % en quatre ans et de 86 % à 79 % parmi les jeunes de 15 ans.

Les adolescents, sans pour autant consommer plus d'alcool de façon globale, ont modifié leurs modes de consommation au profit d'alcoolisations ponctuelles importantes plus fréquentes. Entre 2005 et 2014, les API ont nettement progressé parmi les jeunes de 17 ans, passant de 46 % à 49 %. Les API répétées (au moins trois dans le mois) sont aussi orientées à la hausse, passant de 18 % à 22 % sur la même période. Ces comportements s'observent aussi chez les adolescents, qui boivent très occasionnellement, laissant entendre que ces modes d'alcoolisation sont largement partagés [14].

MARKETING ET CONSOMMATION D'ALCOOL

Le discours public s'inscrit dans une évolution du cadre réglementaire

La loi Évin du 10 janvier 1991 [15] a permis de définir un cadre réglementaire sur la publicité directe et indirecte en faveur de boissons alcoolisées supérieures à 1,2°. L'objectif de la loi était d'interdire les supports publicitaires qui s'imposent à tous et ne relèvent pas d'un choix volontaire (télévision, cinéma, affichage principalement). Elle avait pour but de protéger les jeunes contre la publicité en faveur de l'alcool.

La loi autorisait la publicité des boissons alcoolisées dans la presse écrite pour adultes, par voie d'affichage ou de plipostage, à la radio et dans les manifestations telles que les foires agricoles.

Toutefois, cette publicité était limitée dans la forme, au seul nom du produit, sa couleur, son degré d'alcool, ses conditions de vente et sa zone de production pouvaient être mentionnés.

Le contenu des messages publicitaires devait par ailleurs indiquer obligatoirement que « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » [16].

Un premier assouplissement de la loi Évin a eu lieu en 1994 où faute de pouvoir définir ceux-ci réglementairement, l'affichage a été libéralisé, en tout lieu, même sur les stades où il était auparavant interdit.

Suite à l'émergence d'Internet, la loi HPST du 21 juillet 2009 [17] a encadré la publicité de boissons alcoolisées sur Internet, média où la publicité s'impose à tous et qui est utilisé massivement par les jeunes. Elle précise en effet que cette publicité est autorisée « sous réserve qu'elle ne soit pas intrusive », et elle exclut toute publicité en faveur des produits alcooliques sur les sites destinés à la jeunesse, dédiés au sport et/ou à l'activité physique.

En 2016, un nouvel assouplissement de la loi Évin a été introduit dans la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 [18]. L'article 13 stipule que « *ne sont pas considérés comme une publicité ou une propagande, au sens du présent chapitre, les contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références relatifs à une région de production, à une toponymie, à une référence ou à une indication géographique, à un terroir, à un itinéraire, à une zone de production, au savoir-faire, à l'histoire ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée au titre de l'article L. 665-6 du code rural et de la pêche maritime.* »

Par ailleurs cette même loi modifie et aggrave les peines encourues en cas de l'incitation de mineurs à la consommation d'alcool, en particulier pour les responsables d'établissement avec des peines passant de 3 à 4 ans et de 75 000 euros à 90 000 euros. L'article 227-19 du code pénal, modifié par la loi du 26 janvier 2016, est désormais rédigé ainsi : « *Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle d'alcool est puni de deux ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. Lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou que les faits sont commis dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux le fait de se rendre coupable de l'une des infractions définies au présent article porte au double le maximum des peines encourues.* »

Comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport publié en juin 2016 [3] sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool en France, l'introduction de cet article avait suscité des réactions publiques émanant d'institutions de santé et de l'ensemble des sociétés savantes impliquées dans la prévention alcool.

Selon ces acteurs, ce nouvel article restreint le champ d'application de la loi Évin en autorisant ce qui pourrait être considérée comme de la « publicité » pour les boissons alcoolisées liés à un terroir, une appellation ou un savoir-faire et ce quel que soit les supports y compris ceux destinés à la jeunesse.

Ceci pourrait permettre de nouvelles formes de promotion à la télévision et en amont de vidéos sur Internet. À titre d'exemple, les producteurs pourraient parrainer des émissions à la télévision ou à la radio, aux heures de grande écoute où l'audience est familiale, ou bien produire des programmes courts présentant des recettes à base de spiritueux par exemple.

Que dit la recherche sur l'impact du marketing sur la consommation d'alcool des jeunes ?

Renforcer la visibilité d'un produit, c'est encourager ou faciliter sa consommation : une augmentation de 1 % des investissements dans les publicités pour l'alcool, c'est 0,15 % d'alcool consommé en plus. Le lien entre l'exposition à la publicité et l'augmentation de la consommation d'alcool, notamment chez les jeunes, a été démontré dans 13 études internationales, sur plus de 38 000 jeunes [19, 20].

Les auteurs ont mis en lumière un lien entre l'exposition à la publicité sur l'alcool (médias et promotion) et l'initiation à la consommation d'alcool chez les adolescents non buveurs puis l'augmentation de la consommation chez les jeunes déjà buveurs. Jernigan *et al.* ont conduit une synthèse plus récente arrivant aux mêmes conclusions [21].

McClure *et al.* ont montré [22] que la consommation ponctuelle importante est associée à des expositions régulières à des publicités pour l'alcool : placement dans les films, possessions d'objets à l'effigie des marques. Ainsi, outre l'influence des pairs et des parents, les activités marketing des producteurs influencent aussi les comportements d'alcoolisation excessive des jeunes.

Une étude menée en France a permis de montrer les effets significatifs de l'exposition accidentelle liée au parrainage de l'alcool dans les événements sportifs et des répercussions sur les attitudes implicites vis-à-vis de la marque annoncée et de l'alcool en général. L'effet de la publicité incidente sur les attitudes implicites est aussi probablement dû à un simple effet d'exposition [23].

En dépit du contexte réglementaire français, les producteurs développent des outils marketing pour promouvoir leurs produits, améliorer l'image de leurs marques et inciter les consommateurs à acheter et à consommer. Dans son observatoire « Alcoolator 2012 » des stratégies marketing des producteurs, l'association « Avenir Santé » recense de nombreuses publicités aux évocations très positives (glamours, rencontres, fêtes, etc.) qui sont diffusées dans des médias qui touchent les jeunes via les affichages et Internet. Cet observatoire, non exhaustif, met en lumière des stratégies marketing ciblant les jeunes sur Internet [24].

Des chercheurs européens mettent en évidence que plus un adolescent est exposé sur Internet à des actions marketing en faveur de l'alcool, plus il est consommateur d'alcool.

Les auteurs de l'étude, qui a porté sur 9 038 jeunes âgés de 14 ans en moyenne, scolarisés en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas et en Pologne, a mesuré leur temps d'exposition à de la publicité pour l'alcool sur Internet. Elle l'a comparé à leur consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours.

Les résultats montrent que dans les quatre pays les jeunes sont fréquemment exposés à la publicité pour l'alcool sur Internet. Plus l'exposition est grande, plus il y a de risque pour ces jeunes de commencer à boire de l'alcool ou d'avoir eu une pratique de *binge drinking* au cours des 30 prochains jours. Les campagnes marketing sollicitant l'interaction du jeune sont celles qui influencent le plus sa consommation. Les chercheurs concluent que l'association entre l'exposition des adolescents au marketing de l'alcool et leur consommation est significative dans tous les pays étudiés [25].

Évaluation de l'exposition à la publicité des boissons alcoolisées chez les lycéens en France

Une étude publiée dans *Addiction* [26] en janvier 2017 permet de montrer qu'en 2015, la loi Évin ne protège pas les jeunes contre l'exposition à la publicité en faveur de l'alcool en France.

Cette étude a été menée dans le cadre de l'enquête ESPAD auprès d'un échantillon représentatif de 6 642 lycéens (âge moyen de 17,3 ans). Les lycéens ont rempli un questionnaire anonyme auto-administré.

Parmi les jeunes sondés, 29,8 % ont déclaré avoir été exposés aux publicités en faveur de l'alcool chaque jour au cours des douze derniers mois, les garçons étant nettement plus exposés (ou réceptifs à l'exposition) que les filles (33,3 % contre 26,5 %, pour tous les médias).

Les principaux lieux d'exposition sont les supermarchés : 73,2 % des élèves indiquent avoir vu une publicité ou une promotion au moins une fois au cours du mois écoulé (une à deux fois par mois, au moins une fois par semaine, presque tous les jours).

Ils déclarent, par ailleurs, y avoir été exposés au moins une fois par mois via la présence d'une marque d'alcool dans les films (66,1 %), les magazines et journaux (59,1 %), les affiches dans la rue (54,5 %), Internet (54,1 %), à la radio (49,6 %) et sur les affichages dans les transports publics (39,6 %).

L'exposition se révèle également fréquente lors d'événements sportifs ou de concerts (36,4 %), via la présence d'une marque d'alcool dans les jeux vidéo (23,0 %) et sur des cadeaux (16,8 %).

LES REPÈRES DE CONSOMMATION

Ce chapitre est consacré aux repères de consommation d'alcool qui existent depuis l'Antiquité et qui se sont développés dans la période contemporaine à partir des pays anglo-saxons et maintenant dans de nombreux pays. La révision de ces repères, fondée sur des travaux épidémiologiques récents et des méthodes plus sophistiquées, a été effectuée dans plusieurs pays et en France dans le cadre de cette saisine. Ces différentes révisions et leurs méthodes sont décrites.

Intérêts et limites des repères

De nombreux pays ont adopté des repères de consommation d'alcool à faible risque depuis les années 1980 (37 pays en 2016 d'après Kalinowski [27]). Cette mesure ne fait pourtant pas partie des outils de politiques publiques efficaces d'après Thomas Babor *et al.* [28]. Johns et Bellis du *Behavioural Expert Group* impliqués dans la récente révision des repères britanniques, arrivent aux mêmes conclusions [29]. Peu d'études ont été faites pour mesurer l'efficacité de cette mesure. On trouve néanmoins des travaux sur la compréhension des verres standard et de leurs différences avec les contenants utilisés dans la vie réelle [30, 31]. La plupart des études qui ont consisté à demander à des enquêtés de verser des verres-standard devant les enquêteurs ont montré le dépassement de la quantité versée allant jusqu'à 26 % pour les spiritueux dans une étude hollandaise de Lemmens [32]. Gill a trouvé qu'un échantillon d'Écossais versait environ le double d'alcool pur (1,92 unité pour le vin et 2,3 unités pour les spiritueux) [33]. De façon similaire, Boniface [34] a trouvé qu'un échantillon de 236 personnes habitant le sud de l'Angleterre versait en moyenne 1,9 unité au lieu d'une demandée. Cette difficulté en pratique a conduit le groupe RARHA à recommander que le nombre de verres standard soit indiqué sur les contenants [31].

D'autres travaux concernent la notoriété des repères par le public [35, 36] ou leur perception et leur compréhension par le public [37-39]. Livingston [38] par exemple, constate une très faible connaissance des repères australiens un an après leur révision et fait un plaidoyer pour le renforcement de la communication. Lovatt [37] constate que les recommandations britanniques avant la révision étaient peu connues, peu comprises et peu utilisées.

Au-delà de la révision du niveau chiffré des recommandations qui a été réalisée en 2009 en Australie [7], en 2011 au Canada [8] et en 2016 en Grande-Bretagne [9] et qui est attendue en France depuis longtemps [40], il est nécessaire de prendre un peu de recul. On trouve des adversaires des repères comme Casswell et des défenseurs comme Heather.

Casswell [41] fait une critique politique des repères officiels de consommation comme appartenant à l'idéologie néo-libérale qui permet à un gouvernement, lointain, de donner un conseil et de laisser les individus faire des choix informés. D'après elle, le défaut de cette approche est qu'elle détournerait l'attention aux dépens de politiques plus efficaces. Elle rappelle que les recommandations de l'État de boire raisonnablement sont submergées par les images de plaisir, de liberté et d'excitation véhiculées par les publicités. Casswell constate aussi que l'introduction des recommandations en Grande-Bretagne s'est accompagnée d'une augmentation de la consommation d'alcool et de la morbi-mortalité associée. Casswell insiste sur l'effet physiologique de l'alcool, désinhibition à court terme et dépendance à long terme, ce qui milite contre l'idée d'un homme rationnel en situation de faire des choix informés sur « combien il faut boire ». Cela peut être un outil éducationnel mais qui aurait, d'après Casswell, le défaut d'éloigner les mesures potentiellement plus efficaces.

Au contraire, Heather [42] estime que les recommandations sont essentielles car le public a le droit de connaître les conséquences de ses propres comportements à partir des dernières données épidémiologiques. Il estime également que les recommandations connues du public devraient aider le médecin généraliste dans ses activités de repérage précoce et d'intervention brève et servir de socle à d'autres interventions à distance (aide téléphonique, application de coaching, etc.)¹⁶.

C'est dans ce cadre que le groupe d'experts a souhaité disposer d'une étude qualitative pour mieux comprendre les perceptions des Français sur les repères existants et sur le risque alcool.

I TABLEAU 1 I

Intérêts et limites de la fixation des repères de consommation d'alcool

Intérêts	Limites
Pourrait aider ceux qui consomment plus à diminuer (non vérifiés par les études disponibles)	Effet de normalisation
Repères qui peuvent être repris dans les interventions des professionnels de santé ou les outils d'aide à distance pour aider les buveurs à risque	Pourrait inciter les non-consommateurs à consommer
Donner une information importante pour le public (obligation morale de l'Etat)	Pourrait inciter les petits consommateurs à augmenter leur consommation jusqu'aux limites proposées
	Aucune recommandation générale ne peut être donnée en raison des différences morphologiques, génétiques, métaboliques, etc.

16. "Because the public has a right to know how much can be drunk without increased risk; and (ii) because guidelines must form the basis of advice in brief interventions, Internet resources and other self-help approaches aimed at hazardous drinkers".

Historique des repères

Ball et coll. [43] nous rappellent que les recommandations sur les quantités raisonnables d'alcool à consommer remontent à l'Antiquité. Des règles existaient pour le symposium qui prend place après le banquet où on dissertait en buvant du vin coupé d'eau. Le poète grec comique Eubulus fait dire à Dionysos dans ses Fragments les recommandations suivantes¹⁷ :

Trois verres que je sers pour les personnes sobres : un pour la santé qu'ils finissent en premier, le second pour l'amour et le plaisir, le troisième pour dormir. Quand ce dernier est bu, les invités sages rentrent chez eux. Après les choses se détériorent rapidement. Le quatrième bol n'est plus le nôtre mais appartient à l'orgueil, le cinquième au tumulte, le sixième à la bêtise, le septième aux yeux noirs, le huitième fait venir la police, le neuvième provoque des vomissements et le dixième appartient à la folie et au jet de meubles.

Prestwich indique qu'en 1872, l'Académie nationale de médecine française conseillait de ne pas dépasser un litre de vin par jour pour un homme actif et de ne pas boire sur un estomac vide. Sir Francis Anstie a établi en 1877 la loi de la consommation en sécurité d'alcool (*Anstie's Law of Safe Drinking*). Il conseillait de ne pas dépasser 35 g d'alcool pur par jour (1,5 once par jour). La loi Anstie s'est propagée dans le monde anglo-saxon. Ball [43] cite Anstie¹⁸ :

La quantité d'alcool autorisée, indiquée au-dessus, correspond à une quantité d'alcool pur que nos propres recherches expérimentales ont montré être la limite que des personnes menant une vie pas très active peuvent consommer sans souffrir de malaise chronique signe d'un empoisonnement réel par l'alcool.

Concernés par l'accroissement d'admissions hospitalières dues à des maladies liées à l'alcool en Grande-Bretagne [44], des éducateurs pour la santé et des cliniciens ont développé en 1981 le concept de consommation raisonnable d'alcool (*sensible drinking*) [45]².

La consommation raisonnable d'alcool était définie comme le contraire du mésusage d'alcool qui était le fait de boire en excès ou de boire dans des situations qui auraient pu mettre en danger le buveur ou autrui¹⁹.

En 1984, le Conseil britannique d'éducation pour la santé (*Health Education Council - HEC*) a proposé de préciser la consommation d'alcool raisonnable par une limitation à 18 verres standard pour les hommes et 9 verres standard pour les femmes.

En 1987, le HEC a révisé ces limites qui ont été augmentées jusqu'à 21 unités pour les hommes et 14 unités pour les femmes. Ces recommandations reposaient sur des études des effets à court terme montrant les associations entre problèmes sociaux, psychologiques ou admissions hospitalières [46] et différents niveaux de consommation [47, 48]^{4,5}.

Ces recommandations ont ensuite été reprises par trois sociétés savantes (*Royal College of General Practitioners, of Psychiatrists and of Physicians*) et finalement adoptées par le gouvernement britannique en 1992⁶.

17. Three kraters [cups] do I mix for the temperate: one to health, which they empty first, the second to love and pleasure, the third to sleep. When this bowl is drunk up wise guests go home.' After this things rapidly deteriorate: 'The fourth bowl is ours no longer but belongs to hubris, the fifth to uproar, the sixth to prancing about, the seventh to black eyes, the eighth brings the police, the ninth belongs to vomiting, and the tenth to insanity and the hurling of furniture'.

18. "The daily allowance above-mentioned includes an amount of absolute alcohol which our own experimental researches have shown to be about the limit of what can habitually be taken by persons leading a not very active life without provoking symptoms of chronic malaise, indicative of actual alcohol poisoning" (Anstie, 1877).

19. "Drinking sensibly was defined as opposed to alcohol misuse which is "drinking to excess or drinking in situations which are not appropriate when the effect in either case is to put the drinker or others at risk of harm".

I TABLEAU 2 I

Évolutions des recommandations britanniques avant la mise à jour de 2016

Année	Émetteur	Recommandations
1979	Royal College of Psychiatrists	4 pintes ou 4 doubles spiritueux ou 1 litre de vin (70-80 g)
1984	Health Education Council (GB) "Know your limits"	H 8 - 18 verres standard F 4 - 9 verres standard
1987	Health Education Authority "Know your limits" 2 ^e édition	H < 21 U / sem F < 14 U / sem
1995	Comité interministériel + experts + représentants des intérêts économiques (Portman Group)	H < 28 U / sem (3-4 / j) F < 21 U / sem (2-3 / j)
1995	BMA + autres sociétés savantes contre-attaquent	H < 21 U / sem F < 14 U / sem

D'autres pays ont adopté cette approche, comme par exemple le Danemark qui a fait des campagnes de 1990 à 2000 et qui faisait la promotion de ces repères [49].

Dans le même temps, le questionnaire international AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) était développé par un groupe de travail de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une méthode simple pour le repérage des buveurs à risque [50]. Une intervention brève a été conçue et proposée aux médecins généralistes des pays participants pour aider les buveurs à risque à réduire leur consommation d'alcool. Les experts leaders du groupe de travail ont proposé d'utiliser les repères de consommation raisonnable utilisés dans leurs pays d'origine (Grande-Bretagne, Australie, etc.) : 21 unités par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes [51].

Les limites proposées par ce groupe de travail de l'OMS comme un outil pour des interventions brèves en soins de santé primaire ont ensuite été à tort considérées dans différents pays européens comme les repères officiels de l'OMS pour la population générale. En fait, l'OMS n'a jamais donné aucune recommandation officielle chiffrée en matière de consommation d'alcool. De plus, dans le plan européen alcool, le message "moins c'est mieux" qui a été lancé lors d'une conférence de l'OMS Europe en 1995 était la seule recommandation constamment promue.[52].

État des lieux dans les pays utilisant des repères

Les repères nationaux de consommation d'alcool à faible risque sont extrêmement variables selon les pays et cette hétérogénéité est remarquée à la fois par les représentants des industriels du secteur (*International Alliance for Responsible Drinking ou IARD*²⁰) et par le milieu universitaire [27].

20. <http://www.iard.org/wp-content/uploads/2016/04/Policy-Review-National-Drinking-Guidelines.pdf>

L'IARD a répertorié 41 pays dans le monde qui en 2016 donnaient des repères quantifiés.

- Moins de 10 grammes par jour : 3 % des pays (n=1) pour les hommes et 8 % des pays (n=3) pour les femmes.
- Entre 10 et 20 grammes d'alcool pur par jour : 44 % des pays (n=16) pour les hommes et 86 % (n=31) des pays pour les femmes.
- Entre 21 et 30 grammes d'alcool pur par jour : 36 % des pays (n=13) pour les hommes et 3 % des pays (n=1) pour les femmes.
- Entre 31 à 40 grammes d'alcool pur par jour : 11 % (n=4) des pays pour les hommes et 0 pays pour les femmes.

Six des quarante et un pays donnent des recommandations similaires selon le sexe : Albanie, Australie, Grenade, Guyane, Pays-Bas et Grande-Bretagne.

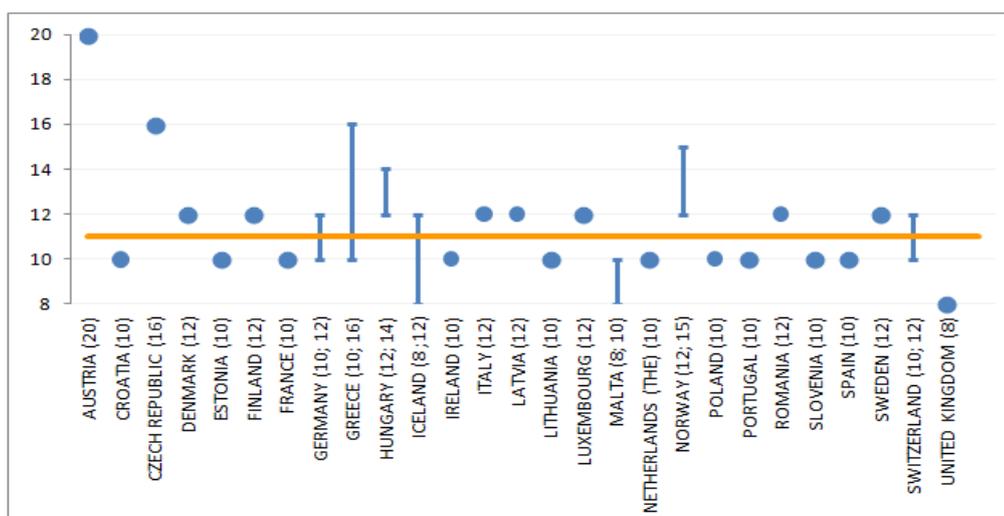
Kalinowski et Humphreys de l'université de Stanford [27] ont fait un travail de repérage similaire à celui de l'IARD. Ils ont trouvé l'information d'une recommandation chiffrée pour 37 pays. Le verre standard variait énormément de 8 à 20 g d'alcool pur. Ils ont également trouvé que le niveau de consommation à faible risque variait de 10 à 42 grammes par jour (ou 98–140 g par semaine) pour les femmes et de 10 à 56 grammes d'alcool pur par jour (ou 150–280 g par semaine) pour les hommes.

Dans le cadre du projet RARHA (*Reducing Alcohol Related Harm*), une étude a été lancée auprès des États membres afin de valider les données nationales sur les recommandations alcool collectées par l'OMS.

Premièrement, l'étude notait que la taille des verres standard variait de 8 à 20 grammes d'alcool pur selon les pays (mode=10 g ; moyenne et médiane=11 g) (Figure 2).

I FIGURE 2 I

Taille des verres standard selon les pays (source RARHA)

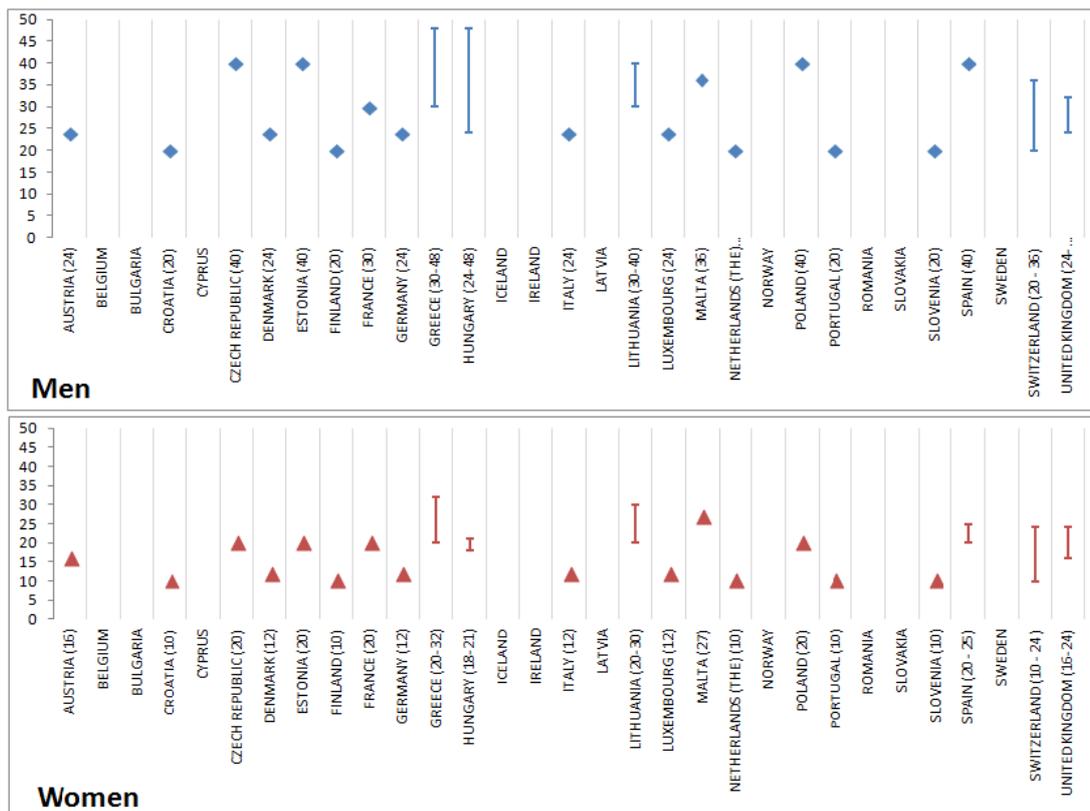


De plus, les recommandations avaient été introduites de façon indépendante dans les pays, sans aucune coordination. Bien que les autorités nationales et les comités d'experts se soient basés sur les connaissances internationales sur les risques liés à la consommation d'alcool, ils étaient tout de même arrivés à des conclusions différentes dans leurs formulations.

L'enquête relevait que les deux tiers (21/31) des pays investigués avaient publié des recommandations nationales pour une consommation à moindre risque, notamment de la part du gouvernement ou des organismes de santé publique. La plupart des recommandations étaient exprimées en termes de moyenne de grammes d'alcool pur à ne pas dépasser par jour, et ce, de façon différente pour les hommes et les femmes. Les moyennes de grammes d'alcool pur à ne pas dépasser par jour variaient de 20 à 48 grammes pour les hommes et de 10 à 32 grammes pour les femmes.

I FIGURE 3 I

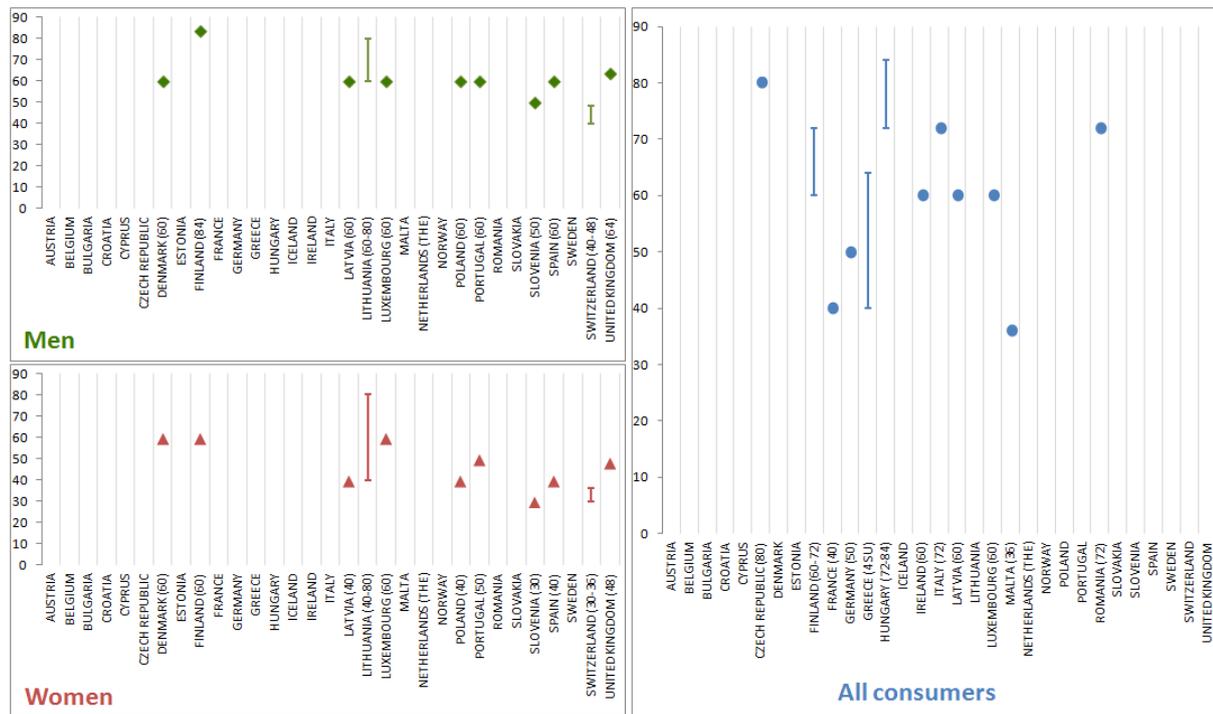
Repères exprimés en grammes d'alcool pur à ne pas dépasser par jour selon les pays et selon le sexe (source RARHA)



Dans les 20 pays où des recommandations visant à réduire les consommations ponctuelles intensives existaient, la consommation maximale à ne pas dépasser variait considérablement : de 30 à 84 grammes d'alcool pur. Dans la moitié des pays, les femmes avaient une valeur limite plus basse que celle des hommes, tandis que dans l'autre moitié, la valeur limite était la même quel que soit le sexe.

I FIGURE 4 I

Consommation maximale à ne pas dépasser selon les pays (source RARHA)



En ce qui concerne les groupes spécifiques :

- mineurs de moins de 18 ans : des recommandations existaient pour 15 des 31 pays investigués ;
- personnes âgées : seuls 7 pays avaient publié des recommandations spécifiques ;
- femmes enceintes et allaitement : ce cas spécifique était plus communément souligné avec 25 pays recommandant aux femmes de limiter leur consommation, voire, dans la majorité des cas, de s'abstenir complètement pendant la grossesse et l'allaitement.

Plus de la moitié des pays investigués (17/31) soulignaient la dangerosité de l'alcool dans leurs recommandations nationales nutritionnelles, et deux d'entre eux dans leurs recommandations concernant l'activité physique. Près de la moitié des pays (14/31) avaient des recommandations spécifiques pour les lieux de travail.

Pour la conduite, la limite légale de concentration d'alcool dans le sang était la mesure la plus communément utilisée. En lien avec la *Commission's Recommendation for Uniform BAC Limits*, la limite légale de concentration d'alcool dans le sang était de 0,5g/l ou moins pour tous les pays investigués sauf deux pays membres de l'UE où elle était de 0,8g/l. Toujours en lien avec la Commission, une limite plus basse était souvent spécifiée pour les conducteurs jeunes ou novices (mode=0,2g/l), de même que pour les conducteurs professionnels ou les commerciaux (mode=0,2g/l).

La situation en France

En France, l'une des premières campagnes contemporaines utilisant la télévision a été produite par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en 1984 :

1984 : un verre ça va... 3 verres bonjour les dégâts (campagne CFES).

Le message a été inventé par le publicitaire Daniel Robert. La campagne était composée de huit films tournés par Jean Becker et de trois affiches réalisées par le dessinateur Cabu. Les scènes tournées mettaient davantage en avant les problèmes sociaux et comportementaux à court terme, liés à l'ivresse, que les risques de maladies chroniques à long terme.

C'est en 1999, que fut introduite en France la notion de repères de consommation d'alcool liés à des risques sanitaires à long terme dans les campagnes médiatiques et les documents du CFES.

1999 : Buvez-vous plus de 3 verres d'alcool par jour ? (campagne CFES).

Les objectifs de cette initiative étaient de lutter contre le flou du concept de modération. Les repères ont été introduits en France pour préciser le message non réglementaire « *À consommer avec modération* » que les annonceurs ont ajouté pour atténuer le message réglementaire et obligatoire « *L'abus d'alcool est dangereux pour la santé* » (Article L3323-4). Le fait de donner des repères chiffrés, à l'image de ce qui s'est fait dans d'autres pays, a semblé au Comité français d'éducation pour la santé une manière de préciser la notion vague de modération.

Par ailleurs, l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) travaillait à une étude de phase IV pour déterminer le meilleur moyen de déployer en France le repérage précoce du buveur à risque et l'intervention brève (RPIB) en médecine générale avec un groupe de travail conduit par le Pr Nick Heather sous l'égide de l'OMS. Dans les outils d'intervention, il y avait le questionnaire international de repérage du buveur à risque AUDIT et les repères de consommation utilisés dans les pays des experts leaders du projet, c'est-à-dire l'Australie (Pr Saunders, également co-auteur de l'AUDIT avec Marcus Grant²¹ de l'OMS) et la Grande-Bretagne (Pr Heather).

Le Plan national nutrition-santé (PNNS) a participé à la diffusion des recommandations quant à la consommation d'alcool. Dans le premier plan 2001-2005, la recommandation numéro 5 sur les neuf objectifs nutritionnels était rédigée ainsi :

5. Réduire l'apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique.

Ces recommandations ont été ensuite harmonisées sur les repères retrouvés dans de nombreux pays (Grande-Bretagne, Australie, Danemark) repris par le CFES/Inpes.

21. Marcus Grant est ensuite devenu le président de l'*International Centre for Alcohol Policies*, officine de lobbying international financé par les alcooliers (devenu depuis *International Alliance for Responsible Drinking*).

Dans le Plan national nutrition-santé 2006-2010, les repères de consommation pour les boissons alcoolisées sont les suivants :

Boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin (de 10 cl) pour les femmes et 3 pour les hommes. 2 verres sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort. (*à l'exclusion des femmes enceintes auxquelles il est recommandé de s'abstenir de toute consommation d'alcool pendant la durée de la grossesse).*

Dans le Plan national nutrition santé 2011-2015 [53], l'objectif concernant l'alcool est formulé ainsi :

Ne pas dépasser 2 verres d'alcool par jour pour les femmes et 3 pour les hommes.

Ces recommandations sont également dans la version actuelle du guide PNNS grand public le plus diffusé : « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous » (p. 7) :

Limiter la consommation de boissons alcoolisées qui ne devrait pas dépasser, par jour, 2 verres de vin de 10 cl pour les femmes et 3 pour les hommes, du moins pour ceux qui en consomment (2 verres de vin de 10 cl sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort).

La nécessité de refaire le point sur la littérature scientifique a conduit le Comité français d'éducation pour la santé à commander une expertise collective à l'Inserm. Elle a été publiée en 2001 sous le titre *Alcool, effets sur la santé*. [54]. On peut y lire ceci :

De 0 à 20 g/j

La plupart des études n'ont pas mis en évidence d'augmentation du risque de morbidité dans cette zone de consommation. Toutefois, une méta-analyse suggère une augmentation modérée du risque de cancer du sein chez la femme, de 10 % par dose de 10 g, et ce dès une consommation quotidienne de 10 g. L'effet de l'alcool sur le risque de cancer du sein est cependant modulé par un certain nombre de facteurs, en particulier le statut hormonal de la femme.

Pour une consommation réelle mais inférieure à 20 g/j, on observe aussi bien chez l'homme que chez la femme une diminution de la mortalité par maladie cardiovasculaire.

Ainsi que :

Au vu des résultats obtenus sur des modèles animaux, il n'existe pas de consommation sans risque durant toute la grossesse. Pour éviter une exposition du fœtus au tout début de la grossesse, il devrait être conseillé d'éviter les consommations excessives dès qu'un projet de grossesse est en cours.

L'existence d'un risque de cancer à des doses inférieures aux repères de consommations officiels a fait rapidement douter l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) de la pertinence du niveau des repères utilisés dans de nombreux pays. Face à ce risque, l'utilisation de ces repères (2 verres par jour pour les femmes et 3 verres par jour pour les hommes) a été retirée des campagnes médiatiques, et a été limitée aux documents d'information, en particulier ceux destinés aux professionnels de santé.

Cette préoccupation a rejoint celle de l'Institut national du cancer (INCa). L'INCa a publié trois rapports qui faisaient le point sur le lien entre cancer et consommation d'alcool :

- 2007 : Rapport Nacre et Inca : « Alcool et risques de cancer : état des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique » [55] ;
- 2009 : Brochure « Nutrition et prévention du cancer » avec un chapitre boissons alcoolisées et risques de cancer.

Communiqué de presse DGS INCA du 17 février 2009 :

« En matière de prévention des cancers, la consommation d'alcool est déconseillée, quel que soit le type d'alcool (vin, bière, spiritueux). Il convient de ne pas inciter les personnes abstinentes à une consommation régulière, même modérée, car toute consommation régulière est à risque.

En cas de consommation d'alcool, afin de réduire le risque de cancer, il est conseillé de limiter la consommation autant que possible, tant en termes de quantité de consommation que de fréquence de consommation. En cas de difficulté, envisager un accompagnement et éventuellement une prise en charge. Les enfants et les femmes enceintes ne doivent pas consommer de boissons alcoolisées. »

- 2015 : Un rapport d'expertise scientifique actualise le lien entre les facteurs nutritionnels (y compris l'alcool) et les cancers.

La brochure de 2009 a provoqué un remous médiatique important et l'association « Honneur du Vin » a attaqué en référé l'Institut national du cancer. Face à cet incident, un avis a été demandé au Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

Les résultats de l'expertise du HCSP ont été rendus publics le 1^{er} juillet 2009 avec le document « Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool ».

Les experts du HCSP ont indiqué que :

Les données scientifiques objectivent un risque de cancer associé à une faible consommation d'alcool, sans effet seuil. Sur cet argument, en matière de prévention des cancers, l'INCa déconseille la consommation d'alcool. Ce faisant, il est fait le choix de ne pas prendre en compte le possible effet protecteur d'une faible consommation d'alcool sur la survenue de maladies cardiovasculaires.

Ainsi, à ce jour, il n'y a pas d'argument convaincant pour justifier de modifier les recommandations actuelles basées sur des repères de consommation, en faveur d'une abstinence totale, telles que les recommandations de l'INCa ont pu être indument interprétées.

On peut préconiser d'une part, d'harmoniser ces repères, en tenant compte des recommandations internationales les plus récentes (World Cancer Research Fund), et d'autre part de compléter (et non pas de substituer) l'information sur des repères de consommation, par une information factuelle sur le risque de cancer associé à toute consommation, y compris en deçà des repères.

L'Institut national du cancer et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ont publié ensemble en 2010 un article scientifique refaisant le point sur l'historique des repères et faisant le plaidoyer d'une révision des repères à l'aune des dernières connaissances scientifiques sur les liens entre consommation d'alcool et cancer [40] sous le titre « *Alcohol consumption and cancer risk: revisiting guidelines for sensible drinking* ». Cet article a été publié dans la revue *Canadian Medical Association Journal*.

À cette époque, le Canada était en train de travailler sur sa propre révision des repères (voir Annexe 7 / Révision des recommandations canadiennes page 132).

Actuellement un certain nombre d'institutions relaient les repères 14/21 par semaine.

Par exemple, le site Ameli-santé de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) contient le texte suivant²²:

À quoi correspond une consommation d'alcool excessive ?

La frontière entre, d'un côté, une consommation d'alcool qui serait sans risque pour la santé et, de l'autre côté, une consommation dangereuse ou excessive n'est pas établie. Cependant les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont défini des repères qui permettent de distinguer une consommation à faible risque d'une consommation à risque plus élevée.

*À partir de ces chiffres, on a défini des **seuils limites de consommation pour un adulte**, soit :*

- *pour les femmes, 2 verres standard par jour ;*
- *pour les hommes, 3 verres par jour ;*
- *4 verres pour les événements particuliers.*

Par ailleurs, l'OMS conseille de s'abstenir de boire de l'alcool au moins un jour par semaine.

Si la consommation habituelle dépasse les seuils conseillés, elle peut présenter un risque pour la santé physique et/ou mentale.

Par ailleurs, l'alcool est nocif indépendamment de tout seuil dans les cas suivants :

- *le risque de développer certains cancers augmente avec la quantité d'alcool absorbée, dès le premier verre ingéré ;*
- *la prise de boissons alcoolisées est nocive dès le début de la grossesse, quelle que soit la dose bue ;*
- *une consommation ponctuelle excessive, même sans prise quotidienne, peut avoir des retentissements sur la santé, par exemple :*
 - *une diminution des capacités d'apprentissage et de mémorisation, à long terme,*
 - *une impulsivité accrue,*
 - *un impact sur les émotions et l'humeur,*
 - *une augmentation du risque d'alcoolodépendance.*

22. <http://www.ameli-sante.fr/alcool-et-sante/lalcool-definition-et-reperes-de-consommation.html> (accédé le 29 mars 2017).

Dans son « Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève » (RPIB) à destination des professionnels de santé paru en 2015, la Haute Autorité de santé (HAS) [56, 57] définit la consommation d'alcool à risque selon les critères suivants :

I TABLEAU 3 I

Repères de consommation à risque à utiliser en clinique (rapport HAS)

Substance	Questions	Consommation à risque
 <i>quantité et fréquence</i>	Combien de verres standard par jour et par semaine ?	 > 3 verres standard/jour, soit > 21 verres standard/semaine  > 2 verres standard/jour, soit > 14 verres standard/semaine
	Combien de verres standard par occasion ?	  > 4 verres standard par occasion (soirée, fête, repas)

Dans ses recommandations de bonnes pratiques de 2014, la Société française d'alcoologie (SFA) définit [58] :

Les seuils à risque

- *Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel.*
- *Pas plus de 21 verres/semaine pour l'usage régulier chez l'homme.*
- *Pas plus de 14 verres/semaine chez la femme.*

L'usage à risque

- *Dépassement des seuils de manière ponctuelle ou régulière, sans dommage somatique, psychique ou social pour l'instant ;*
- *Consommation en dessous des seuils, mais dans des situations particulières à risque (individu mineur, grossesse, personne âgée, conduite de véhicule, médicaments ou pathologies incompatibles, activité professionnelle ou sportive...).*

En 2002, la SFA recommandait également pour les femmes enceintes [59] :

Conseiller l'abstinence

Eu égard à la toxicité embryofœtale de l'alcool (Grade A) il est recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons alcooliques durant toute la durée de la grossesse. Une dose minimale d'alcoolisation sans conséquences n'étant pas aujourd'hui définie, le conseil quant à une dose minimale qui serait sans danger n'est pas recommandé (Grade B).

À propos des personnes âgées (> 65 ans), la SFA écrivait en 2013 [60] :

L'Alcohol Use Disorders Test (AUDIT), notamment ses versions courtes dont AUDIT-C et AUDIT-5, est indiqué dans toutes les situations où l'utilisation d'un autoquestionnaire est réaliste. [...] les valeurs seuil (cut-off) retenues pour la population adulte ne sont vraisemblablement pas adaptées aux plus âgés et devraient être abaissées, mais aucune étude à ce jour ne propose de seuils validés.

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a réalisé une synthèse sur la question des repères à la demande de la Mildeca [61].

LES PRÉCONISATIONS DES EXPERTS DE L'ACTION CONJOINTE EUROPÉENNE RARHA AU SUJET DES RECOMMANDATIONS NATIONALES DE CONSOMMATION D'ALCOOL

Les experts de RARHA [4, 62] préconisent l'utilisation de la mortalité vie-entière attribuable à l'alcool comme méthode pour établir les recommandations malgré les différences dans les quantités et les modalités de consommation d'alcool selon les pays.

Les experts de RARHA souhaitent également que les recommandations de consommation à faible risque soient soutenues et amplifiées par une action européenne (à l'exemple du Code européen contre le cancer) en lien avec l'Organisation mondiale de la santé et la Commission européenne, afin de diffuser un ensemble de messages sur les risques liés à l'alcool sur lequel il y aurait un large consensus parmi les experts en santé.

Ils demandent à la Commission européenne de s'engager de façon urgente à fournir une information aux consommateurs sur les contenants d'alcool, information qui devrait être du même niveau que celle sur les contenants alimentaires. En plus des ingrédients et des aspects nutritionnels, le nombre de grammes d'alcool devrait figurer sur les contenants pour aider les consommateurs. Des avertissements sanitaires devraient également y figurer, de même que les façons de réduire les risques liés à la consommation d'alcool.

En revanche, un consensus partiel a été trouvé parmi les pays participants, sur le fait que les recommandations devraient aborder la consommation quotidienne et la consommation occasionnelle importante. Ces deux types de consommation étant toutes les deux potentiellement nuisibles pour la santé.

LE CALCUL DU RISQUE ABSOLU DE MORTALITÉ DE LA POPULATION FRANÇAISE EN FONCTION DE DIFFÉRENTS NIVEAUX DE CONSOMMATION RÉALISÉ

PAR J. REHM ET K. SHIELD

Pour répondre aux critiques concernant l'absence de méthode claire dans l'établissement des repères de consommation d'alcool à faible risque, J. Rehm et coll. [63] ont proposé l'utilisation d'une modélisation de la mortalité « vie entière » attribuable à la consommation d'alcool en fonction de son niveau. Il s'agit d'estimer le « sur-risque » de mortalité associé à chaque niveau de consommation afin de préciser ceux pour lesquels il serait « faible » ou « acceptable ». Il ne s'agit en aucune façon de fixer un « seuil » de consommation en-dessous duquel il n'existerait aucun risque mais bien de fournir un « repère », permettant à chacun de régler sa consommation en fonction de ses propres critères d'arbitrage. C'est bien entendu la responsabilité des pouvoirs publics de proposer de tels repères.

Remarquons d'emblée que la mortalité dans la population est le critère unique de santé pour lequel une part attribuable à la consommation d'alcool a été estimée. Ceci représente bien entendu une schématisation très réductrice. Même si la prise en compte de données de morbidité est envisagée pour le futur, la disponibilité de données détaillées de mortalité (y compris par causes) en France (comme dans tous les pays développés) est l'argument décisif pour effectuer ce choix. La structure de la mortalité d'une population représente de toute façon un indicateur essentiel pour la connaissance de son état de santé.

On trouvera en annexe 3 le rapport complet, rédigé par J. Rehm et K. Shield, de l'analyse qu'ils ont réalisée à partir des données françaises. Les résultats sont décrits et discutés ici après un simple rappel des principes méthodologiques de l'analyse.

L'indicateur synthétique retenu : la fraction de la mortalité « vie entière » attribuable à la consommation d'alcool

La notion de fraction attribuable, fondamentale en épidémiologie, permet d'exprimer la part du risque d'apparition d'un événement de santé (ici un décès) due à l'exposition à une cause donnée (ici la consommation d'alcool). Elle est classiquement calculée à partir du nombre de décès que l'on pourrait éviter en supprimant l'exposition.

Cette proportion dépend du risque de décès (fonction en particulier de l'âge et du sexe) mais à l'évidence également de la « trajectoire » de l'exposition c'est-à-dire de l'historique de la consommation d'alcool avant le décès du sujet. Parler d'une part attribuable de mortalité due à l'alcool dans la population suppose donc d'emblée que l'expérience de la mortalité de la population soit connue et que les conditions de l'exposition soient parfaitement définies c'est-à-dire en particulier que la quantité consommée (en grammes d'alcool par jour par exemple) soit en quelque sorte « standardisée » au cours de la vie entière de chaque individu. Une part attribuable globale de mortalité pourra être calculée pour chaque niveau de consommation à partir du moment où il est considéré comme identique entre les individus et constant au cours du temps pour chacun d'entre eux jusqu'au décès. Les individus abstinentes (vie entière) constituent alors le groupe de référence par rapport auquel les risques attribuables à une consommation donnée (vie entière) sont calculés.

En faisant varier le niveau de consommation dans un tel scénario il est ainsi possible de synthétiser la relation entre le risque dû à l'alcool et le niveau de consommation permettant de proposer des repères de consommation.

Le procédé de calcul par simulation

Plusieurs étapes sont nécessaires pour atteindre ce résultat :

- calcul par âge et par sexe des taux absolus annuels de mortalité attribuable à la consommation d'alcool dans la population (en tenant compte à la fois des causes de décès partiellement attribuable et des décès dus entièrement à l'alcoolisation), en fonction de la quantité d'alcool consommée quotidiennement ;
- calcul par âge et par sexe des taux absolus annuels de mortalité non attribuable à l'alcool ;
- simulation par ordinateur du devenir d'une population théorique d'individus de même sexe au cours de leur vie (en pratique entre 15 et 74 ans) en appliquant pour chaque année d'âge les taux de mortalité annuels attribuable à une consommation quotidienne donnée d'alcool et les taux de mortalité non attribuable ;
- synthèse des résultats de simulation sous la forme d'une courbe reliant la fraction de la mortalité vie entière attribuable à l'alcool au niveau de consommation.

Rappelons que la fraction attribuable à une exposition est calculée classiquement à partir d'observations épidémiologiques (par exemple une étude de cohorte) et donc que son interprétation en termes de causalité peut poser des difficultés. Dans le cas particulier des risques associés à l'alcool, les fractions attribuables retenues sont implicitement considérées comme reflétant la part causale des associations. Une exception importante concerne les risques cardiovasculaires et plus particulièrement les risques de cardiopathies ischémiques pour lesquels les experts sont loin d'être unanimes en dépit du volume important de données épidémiologiques disponibles. La problématique ainsi soulevée sera discutée à la suite de l'exposé des résultats.

Cinq sources de données ont été utilisées dans les deux étapes de calcul et les simulations dont le principe a été rappelé précédemment :

- les causes de décès en France en 2012 [64] ;
- les données sur la structure de la population française par tranche de cinq ans [65] ;
- les données sur la mortalité par cause attribuable à l'alcool en 2012 [66]²³ [67] ;
- les données sur les comportements de consommation (Système international sur l'alcool et la santé et Baromètre santé 2010 (GISAH) [68] [69] qui ont servi à définir par âge et sexe la proportion d'abstinents ;
- la consommation des personnes ayant des troubles liés à l'usage d'alcool obtenue à partir de l'étude-APC (*Alcohol in Primary Care*)²⁴ (non encore publiée) qui a servi à calculer les décès pour lesquels l'alcoolisation est seule en cause (risque attribuable de 100 %).

Les risques relatifs utilisés pour calculer la fraction attribuable pour chaque cause de décès ont été tirés de différentes sources (méta-analyses) et sont les mêmes que celles utilisées dans le travail sur la charge de morbidité (*Global Burden of Disease*) de 2010 [66] ainsi que dans le rapport mondial sur l'alcool et la santé [67]. On se reportera au tableau indiquant les références utilisées pour chaque groupe de causes de décès (CIM10) associés dans la littérature à la consommation

23. Référence 45 à 59

24. L'enquête APC (*Alcohol in Primary Care*) est une enquête représentative auprès de 13 003 médecins généralistes de 6 pays (Allemagne, Hongrie, Italie, Lettonie, Pologne et Espagne). Plusieurs articles issus de cette enquête ont déjà été publiés. (par exemple : Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, *et al.* Alcohol dependence and treatment utilization in Europe - a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Fam Pract.* 2015;16:90.).

d'alcool (Annexe 3 / *Lifetime risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in France: implications for national low-risk drinking guidelines*, page 69).

Il y a deux exceptions : les risques relatifs concernant les maladies cardiovasculaires et la mortalité attribuable à l'alcool chez des patients atteints de sida.

L'impact de la consommation d'alcool sur la mortalité cardiovasculaire a été mis à jour par deux revues systématiques [70] qui confirment : un effet protecteur de l'alcool sur les maladies cardiovasculaires pour des consommations inférieures à 30 grammes par jour, aucun effet protecteur pour les consommations supérieures à 60 grammes par jour, et un accroissement de risque de maladie cardiovasculaire pour les personnes ayant des troubles liés à l'usage de l'alcool [71]. Rehm et coll. [72] ont recalculé les estimations de la mortalité cardiovasculaire mondiale attribuable en 2012 et ont trouvé une baisse de 31 % du nombre de décès attribuables à la suite de ces modifications (780 381 décès au lieu de 1 128 273 décès).

La deuxième exception est l'absence d'utilisation de l'excès de risque de décès de sida pour cause d'une mauvaise observance du traitement médicamenteux liée à une consommation d'alcool car le nombre de décès de sida attribuables à l'alcool en France est trop faible [73].

La population utilisée dans les simulations est âgée de 14 à 74 ans et exclut les abstinents. Le risque de décès n'a pas été calculé entre 0 à 14 ans étant donné la faible consommation [64]. La borne de 74 ans a été choisie compte tenu des erreurs de classification des causes de décès après cet âge [74-76].

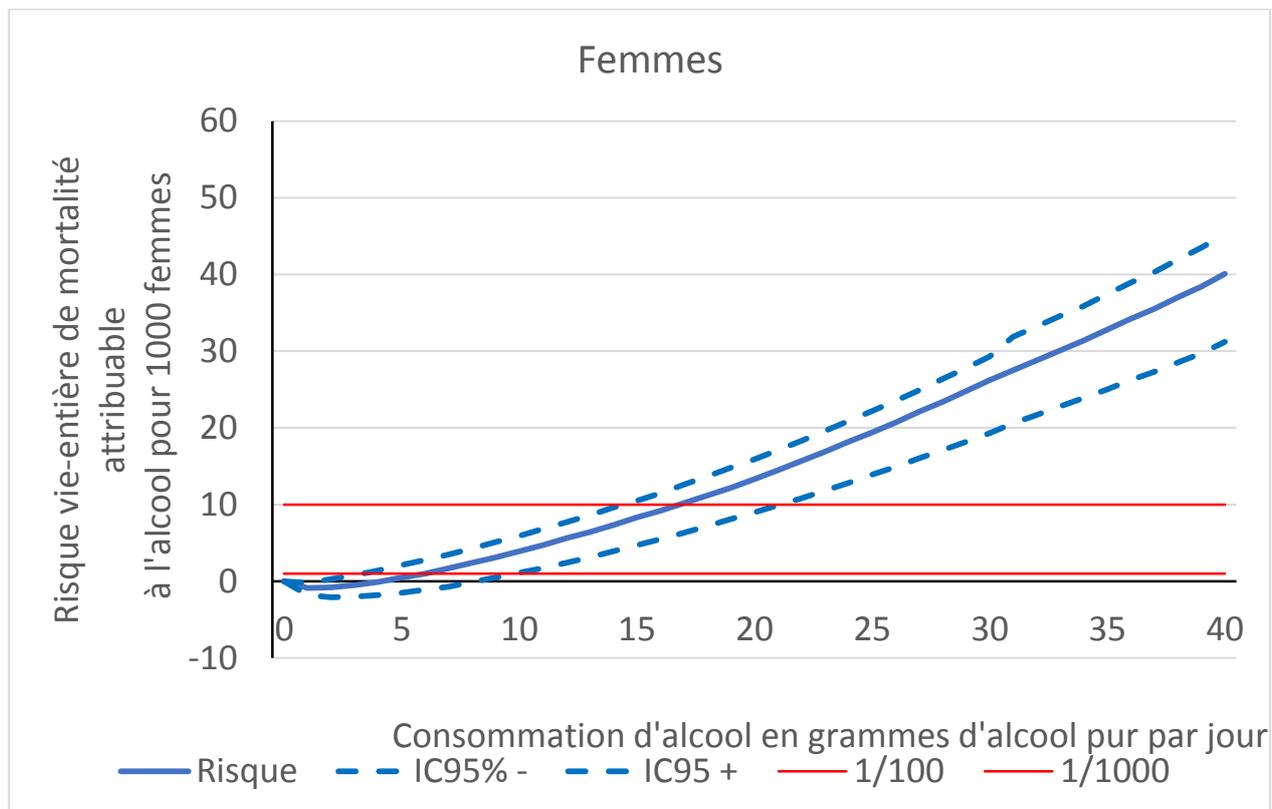
L'incertitude statistique a été prise en compte en répétant les simulations après avoir fait varier aléatoirement les paramètres entrant dans les calculs des deux premières étapes du processus d'après G. Gmel *et al.* [77]. Quarante mille répétitions ont été réalisées. Les percentiles 2,5 et 97,5 des distributions obtenues ont servi d'approximation pour l'établissement des intervalles de confiance.

Les résultats obtenus et leur discussion

La figure 5 représente les risques absolus de mortalité vie entière due à l'alcool pour les femmes et la figure 6 ceux pour les hommes français pour des niveaux de consommation entre 0 et 40 grammes par jour. En France, où un verre standard contient 10 grammes d'alcool pur [31], une quantité de 0 à 40 grammes d'alcool correspond à une consommation de 0 à 4 verres standard.

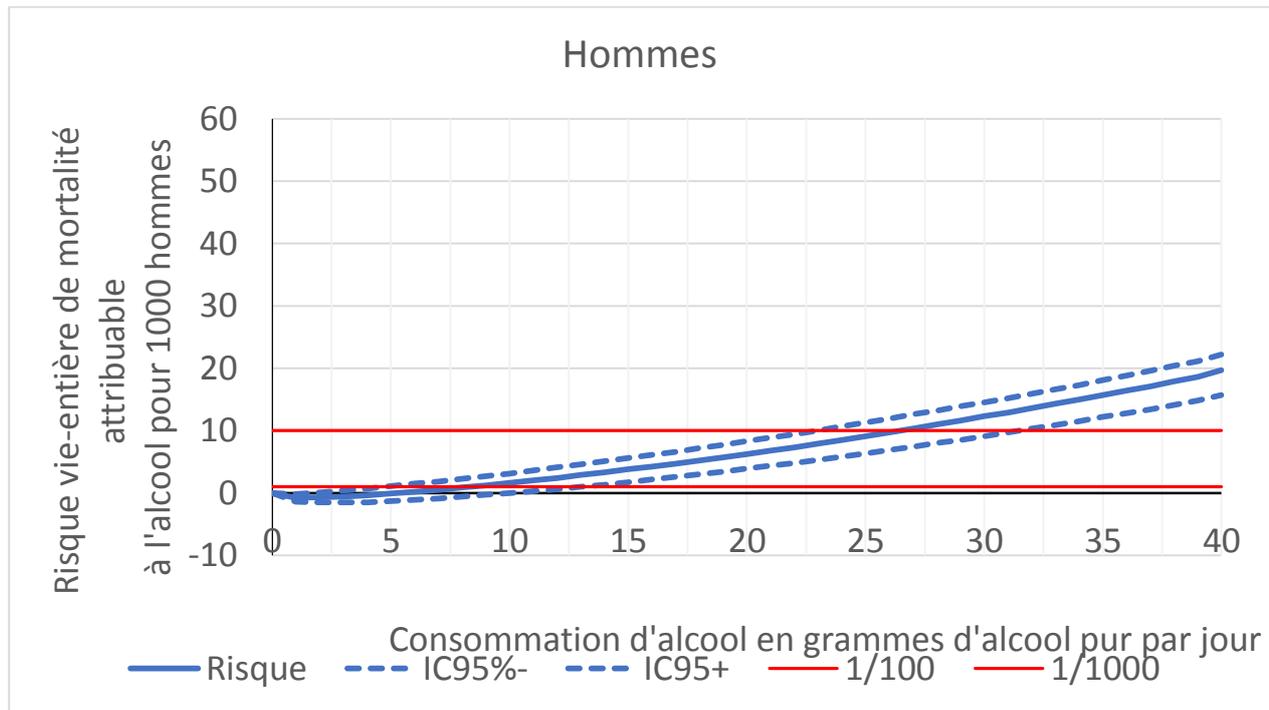
I FIGURE 5 I

Risque vie-entière d'un décès attribuable à l'alcool en France chez les femmes



I FIGURE 6 I

Risque vie-entière d'un décès attribuable à l'alcool en France chez les hommes



Le risque absolu de mortalité attribuable augmente plus rapidement chez les femmes que chez les hommes puisqu'il atteint le taux de 1 % dès une consommation de 15g/j pour les premières mais de 25g/j pour les seconds. Dans les deux cas un effet négatif (pouvant être interprété en termes de « protection ») peut être observé pour les faibles consommations (de l'ordre de 0 à 5g/j). Cette caractéristique est retrouvée dans tous les pays pour lesquels le modèle a été appliqué même si la limite de 5g/j et l'importance de la protection sont très variables. Elle correspond bien entendu au poids de la mortalité cardiovasculaire dans la mortalité totale, associée négativement aux faibles niveaux de consommation dans le modèle utilisé.

Il est tentant d'interpréter la courbe « en J » ainsi obtenue comme indiquant l'existence d'un seuil de consommation au-dessous duquel la consommation d'alcool serait globalement « protectrice ». Ainsi que cela a été dit l'interprétation causale de l'association observée dans les études épidémiologiques et, par conséquent, l'existence d'un seuil de consommation, sont largement discutées. Par ailleurs, dans les deux figures, l'intervalle de confiance du risque attribuable pour les faibles niveaux est tel que toute fixation d'un seuil serait illusoire.

La méthodologie utilisée présente de nombreux avantages mais ne peut être pratiquement mise en œuvre qu'au prix de nombreuses hypothèses simplificatrices.

- L'indicateur retenu permet de relier directement le risque absolu de mortalité due à la consommation d'alcool à son niveau journalier. Il est donc d'interprétation aisée même si le scénario permettant le calcul est construit sur une population fictive (virtuelle) pour laquelle la consommation est supposée fixe au cours de la vie des individus.
- La méthode d'estimation proposée n'est fondée sur aucune donnée d'enquête de consommation d'alcool dans la population (non représentativité, méthodologie variable des questionnaires...), en dehors de la proportion de non consommateurs en fonction de l'âge et du sexe nécessaire pour séparer à l'échelle de la population mortalité attribuable et non attribuable.
- Le choix des causes de décès dépendantes de l'alcool et la fixation des risques relatifs associés sont issus d'analyses bibliographiques rigoureuses. Ils présentent cependant des limites évidentes (identification erronée de causes de décès, risques relatifs estimés à partir de méta analyses d'études hétérogènes, hypothèses de constance des risques relatifs instantanés selon l'âge...).
- La prise en compte des prévalences des troubles d'usage de l'alcool estimées à partir du niveau de consommation (étude APC) permet dans une certaine mesure de corriger la sous-déclaration dans la statistique nationale des décès entièrement causés par l'alcool (accidents, traumatismes...) et donc d'obtenir un risque attribuable qui associe d'une manière plus réaliste la mortalité à court terme et à long terme, ce qui est essentiel dans les analyses vie entière.
- La limite peut être la plus évidente concerne la réduction de l'exposition à la seule quantité d'alcool ingéré par unité de temps, en ne tenant pas compte des conditions très variables de consommation (fréquence, régularité...). Très culturellement dépendantes ces conditions diffèrent surtout entre pays conduisant à s'interroger sur la comparabilité des résultats du modèle. En revanche, on peut imaginer qu'à l'intérieur d'un même pays tenir compte de la quantité ingérée conduit implicitement à ajuster (en partie) les risques sur les conditions de consommation. Les changements rapides de ces conditions en France laissent cependant penser qu'il s'agit là d'une limitation importante des résultats actuels.

La fixation de repères de consommation

En l'absence de seuil évident qui aurait conduit à recommander une consommation limitée entraînant un sur-risque nul, les résultats obtenus par J. Rehm et K. Shield permettent néanmoins de définir pour la population française un intervalle de consommation entraînant un risque « vie entière » considéré comme « faible ». Diffuser dans la population une limite supérieure pour cet intervalle de consommation est une responsabilité essentielle des pouvoirs publics en permettant à chaque individu de confronter sa propre consommation à une valeur repère au-dessus de laquelle il lui est conseillé de réduire sa consommation.

Une valeur repère est donc une valeur indicative de consommation qui ne peut pas être déterminée « objectivement » comme pourrait l'être une valeur seuil et qui ne peut résulter que d'un arbitrage réalisé à l'échelle du pays.

Rehm et coll. ont cherché dans la littérature un cadre de référence pour juger du niveau de risque absolu lié à la consommation d'alcool qui pourrait être « acceptable ».

Le premier constat fait par Starr [78] est que le niveau de risque acceptable pour des expositions liées à des comportements placés sous le contrôle (au moins partiellement) des individus eux-mêmes est 1 000 fois supérieur au niveau de risque acceptable pour les expositions subies par des individus sans qu'ils en aient le contrôle comme l'exposition à des produits chimiques présents dans l'eau de boisson ou présents dans l'air, dans les aliments... C'est ainsi qu'un risque absolu « vie entière » attribuable limité à 1/1 000 000 pourrait être considéré comme acceptable, comme cela a été discuté dans le domaine des produits cancérigènes de l'environnement ou de la sécurité de l'eau en Australie (74).

D'après Rehm, le risque acceptable pour des expositions placées sous le contrôle des individus eux-mêmes pourrait en conséquence se situer autour d'1/1 000. Remarquons qu'on ne dispose pas d'estimation directe de ce niveau d'acceptabilité tel qu'il est apprécié par les individus eux-mêmes (voir étude qualitative).

D'autres définitions du risque volontaire acceptable ont été utilisées [79]. Pour les recommandations australiennes [7] et les recommandations britanniques [9], un repère standard de 1/100 a semble-t-il été implicitement utilisé. Selon Rehm, différents repères doivent être considérés mais une limite de 1/100 ne pourrait, semble-t-il être considérée comme acceptable pour aucun autre comportement sous le contrôle des individus que celui de la consommation d'alcool. Il existe donc sans doute une spécificité d'origine culturelle et économique dans l'arbitrage entre les points de vue collectif et individuel noué autour de la consommation d'alcool.

Sur les figures 5 et 6 (pages 41 et 42) sont indiquées les valeurs limites de consommation associées à un risque absolu attribuable à l'alcool de 1/1000 et de 1/100. Ces limites sont différentes chez les femmes (6 g/jour et 16 g/jour) et chez les hommes (8 g/jour et 24 g/jour respectivement). À partir des connaissances sur les repères actuellement en vigueur en France et des résultats de l'étude qualitative, il est apparu au groupe d'experts qu'un consensus pouvait être atteint en fixant un repère intermédiaire entre ces différentes valeurs. Le choix ayant été fait de proposer à la fois une valeur repère unique pour les deux sexes et de l'exprimer sous la forme d'un nombre de verres standard par semaine dans un but de simplification du message, le consensus s'est établi autour d'une consommation repère de 10 verres standard par semaine, ce qui correspond en moyenne à 14 g/jour d'alcool.

L'ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉE DANS LE CADRE DE CETTE SAISINE

Contexte

Une étude qualitative a été commandée par Santé publique France dans le cadre de cette expertise afin :

- d'éclairer la perception d'un échantillon de la population sur l'alcool et les repères de consommation actuellement utilisés ;
- de tester les formulations des recommandations récemment mises à jour en Australie, au Canada et en Grande-Bretagne.

Ce travail est en cohérence avec les recommandations de G. Hastings, qui soulignait lors de son audition par le groupe d'experts l'importance de trouver l'équilibre entre l'évidence scientifique et ce qu'il appelle l'« épidémiologie profane » (*lay epidemiology*) qui comprend les connaissances et les croyances relatives à la santé et aux maladies construites principalement par des expériences personnelles subjectives, des observations au sein de la famille, des réseaux sociaux, des médias, etc.

Un exemple de ce qu'est l'épidémiologie profane, se retrouve dans les *verbatim* recueillis au cours de l'étude qualitative.

« On est passé d'une consommation journalière à une consommation moins fréquente, par rapport à il y a 10-15 ans, j'ai l'impression. Avant au resto le midi, on prenait toujours une bière, ou du vin, maintenant c'est moins fréquent, ça se fait moins. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris).

« C'est pas très bien vu, c'est moins accepté, moins accepté dans les entreprises, dans les pots, c'est moins toléré, je pense que c'est le regard des autres qui a changé, il y a moins de tolérance, du temps de mes parents, c'était accepté des gens ivres. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris).

« Pour les adultes : moins et moins souvent, nos grands-parents à chaque repas ils avaient leur bouteille de vin alors que nous non » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille).

D'ailleurs, Hastings avait participé à une étude similaire réalisée dans le cadre de la révision des repères britannique [37]. Soixante-six personnes âgées de 19 à 65 ans avaient été interrogées lors de 12 focus groups sur quatre sites [37]. L'échantillon interrogé avait estimé que les recommandations britanniques, dans leur formulation d'avant la révision de 2016, n'étaient pas pertinentes par rapport à leur comportement de consommation d'alcool, et de ce fait n'étaient pas utilisées. Les recommandations quotidiennes n'avaient pas de sens pour ceux qui avaient des consommations hebdomadaires importantes et le niveau des recommandations semblaient non réalistes pour ceux qui cherchaient l'ivresse. Les participants comptaient plutôt en nombre de verres ou de contenants qu'en unités (verre-standard anglais). Ceux qui modéraient leur consommation déclaraient le faire plutôt pour des raisons de responsabilités professionnelles ou familiales que pour des raisons de santé. Les auteurs proposaient ainsi de fonder les recommandations non seulement sur des principes de l'épidémiologie scientifique mais aussi d'une épidémiologie profane afin d'améliorer leur efficacité et leur crédibilité.

Protocole de l'étude

L'institut de sondage Ifop a mené une étude qualitative auprès de huit groupes de huit à dix personnes d'une durée de 3h chacun. Les groupes intégraient des personnes de la population générale âgées de 18 à 60 ans. Les non-consommateurs d'alcool, les consommateurs très ponctuels et les consommateurs à risque de dépendance ont été exclus. Les groupes ont été définis selon différents critères :

- *le sexe : hommes/femmes ;*
- *l'âge : 18-25 ans/26-60 ans ;*
- *la CSP : CSP+ et intermédiaires/CSP- et intermédiaires ;*
- *la localisation géographique : Dijon, Lille, Nantes, Paris, Rennes, Toulouse. Les villes ont été choisies dans un souci de représentativité des différents niveaux de consommation en France d'après l'Atlas des usages de substances psychoactives 2010 [80].*

Au sein des groupes, une mixité des participants a été réalisée en termes d'âges, de niveaux de consommation et de types d'alcool consommés.

L'étude s'est déroulée du 21 au 30 novembre 2016 (cf. dates des entretiens et composition des groupes en Annexe 4).

Principaux résultats

La notion d'alcool était majoritairement associée à des évocations positives, très ancrées dans le plaisir et la convivialité.

La perception de la consommation d'alcool et les risques associés n'étaient pas évalués d'emblée selon des critères sanitaires mais en fonction d'autres types de critères, comme :

- le contexte de consommation : on retrouvait une opposition entre une consommation joyeuse, festive, en groupe, valorisée et valorisante et *a contrario*, une consommation en solo, semblant plus subie que choisie, peu valorisante, triste, voire « honteuse », moins assumée, pour oublier ses problèmes, ses soucis ;
- la temporalité : on retrouvait également une distinction entre une consommation occasionnelle (sous-entendue qui ne peut pas s'apparenter à une addiction) même si elle est excessive, et une quotidienneté, qui ouvre la voie de la dépendance ;
- pour tous, la consommation la plus problématique était celle qui se fait en solitaire de façon quotidienne, et ce en dehors de toute considération sur les quantités consommées.

Au global, la plupart ne consommant pas quotidiennement (en dehors des hommes plus âgés), la référence au nombre de verres par jour n'était donc pas le référentiel spontanément utilisé, notamment par les jeunes.

Quand les participants ont été incités à s'interroger sur les risques, ils s'accordaient tous pour faire la liste des différents risques associés à l'alcool : les dommages corporels liés à des accidents, les répercussions néfastes de l'alcool sur la santé à court terme et à long terme (la cirrhose, principalement, différents types de cancers mais jamais le cancer du sein et le surpoids), les dommages ayant une répercussion physique mais aussi psychique associée au manque de maîtrise et de contrôle de soi à court terme (violence, erreurs de comportement, vulnérabilité) et à plus long terme (l'addiction, le risque d'alcoolodépendance) et les répercussions financières

(surtout parmi les jeunes et les CSP-). Parmi les 18-25 ans, on observait une mise à distance des risques encourus, notamment des risques pour la santé, qui étaient à la fois méconnus et associés à une consommation quotidienne et conséquente. Parmi les 25-60 ans, les risques sur la santé suscitaient davantage d'inquiétudes mais ils étaient tout de même mis à distance car ils référaient à une consommation très forte : les risques étaient perçus comme inquiétants mais peu probables.

En ce qui concernait les stratégies de contrôle de la consommation, celles-ci n'étaient évoquées que dans le cadre d'une consommation ponctuelle. L'évaluation de la consommation se faisait essentiellement au ressenti des effets (sauf dans le cas de la conduite) et aucun des participants n'opérait de réel comptage des verres consommés. Ce comptage était d'ailleurs jugé difficile, notamment lorsque les bouteilles sont vidées collectivement. Les évaluations venaient le plus souvent *a posteriori*, de façon approximative et uniquement lors d'apparition de symptômes (maux de tête...). Certains (surtout parmi les hommes plus âgés) allaient même jusqu'à refuser le principe du nombre de verres, dont l'effet varie selon l'état, la corpulence, et qui est de toute façon relatif selon la taille du verre. Pour autant le verre constituait pour tous l'unité de mesure la plus parlante.

Ainsi, les stratégies de contrôle intervenaient uniquement lors de sensations physiques désagréables (yeux qui ne suivent pas, envie de vomir, environnement qui tangué, difficulté à se déplacer) et visaient à estomper les effets physiques ressentis, au moins temporairement. À l'apparition de ces signes, certains stoppaient leur consommation d'alcool définitivement pour le restant de la soirée, mais pour beaucoup, il s'agissait de rendre les effets ressentis plus tolérables en marquant une pause dans la consommation, pour la reprendre ensuite quand les effets s'étaient amoindris. Les modes opératoires étaient souvent les mêmes : boire de l'eau ou un soda pour faire une pause ; manger quelque chose « pour absorber » ; sortir prendre l'air et/ou fumer une cigarette ; ralentir la cadence de consommation d'alcool ; se fixer une heure à laquelle arrêter de boire.

Les facteurs qui pouvaient influencer la quantité bue à la baisse étaient le fait d'avoir ou non à conduire un véhicule, l'état de la personne au moment où elle consommait (l'évaluation subjective de l'état de fatigue, l'état de santé ou le fait d'être à jeun), l'entourage, avec notamment la présence de personnes devant lesquelles on ne veut pas faire mauvaise figure ou qu'on ne connaît pas ou pas bien (la méfiance, la peur de la vulnérabilité, d'être abusée (pour les jeunes femmes uniquement), l'agenda professionnel ou scolaire, avec des échéances particulières le lendemain, l'hygiène de vie globale (poids pour les femmes et sport pour les jeunes hommes), l'état du compte bancaire (surtout parmi les CSP-).

Les limites fixées (pour ceux qui s'en fixaient) suivaient principalement la logique suivante :

- en nombre de verres pour ceux qui consommaient quotidiennement : 1 par soir (parfois 2) ;
- en fréquence pour les autres : pas tous les jours.

Et pour tous, une consommation fortement limitée quand ils étaient amenés à conduire.

Globalement, les repères n'étaient pas connus (les références des participants se focalisaient sur les quantités autorisées en cas de conduite et sur la quantité d'alcool dans le sang autorisé en cas de contrôle, avec un risque de confusion relativement important).

Les repères en eux-mêmes n'ont pas été perçus comme crédibles car un seul seuil ne peut pas convenir à tout le monde et de plus, ils ne correspondaient pas aux pratiques réelles ni aux représentations que beaucoup se faisaient d'une pratique à risque :

- les 2-3 verres par jour étaient jugés trop importants, voire incitatifs, et légitimaient une consommation journalière perçue comme dangereuse ;
- tandis que les 4 verres en une occasion semblaient irréalistes car trop faibles.

Encore une fois, il apparaissait que ce qui est perçu comme le plus dangereux, ce n'est pas le nombre de verres, mais la fréquence et notamment la quotidienneté. Par ailleurs, séparer les recommandations en deux parties selon que les consommations soient régulières ou occasionnelles n'était, pour certains, pas très bien compris et tendait à inciter à procéder à des ajustements arbitraires (ceux qui ne buvaient pas la semaine avaient le sentiment de bénéficier d'un crédit supplémentaire le week-end).

Le principe de recommandations en matière de consommation d'alcool énoncées par les pouvoirs publics était évalué de manière plus ou moins mitigée selon les groupes : d'un côté, un devoir sanitaire jugé normal, mais de l'autre, il était rejeté (surtout chez les plus jeunes) car sur le sujet de l'alcool, l'énoncé de recommandations globales ne semblait pas faire sens, et ce à cause de mauvaises connaissances : il existe trop de types d'alcools différents, personne ne réagit de la même manière à l'alcool. Certains soulignaient également l'ambivalence de l'État qui, comme pour la cigarette, à la fois autorise la vente d'alcool (en prélevant d'ailleurs des taxes au passage) et cherche à faire de la prévention en matière de consommation, ce qui paraît hypocrite et critiquable à ce titre.

Enfin, l'intérêt pour les recommandations divergeait selon les profils, et semblait beaucoup plus marqué chez les plus âgés, notamment ceux qui auraient aimé pouvoir se repérer dans leur consommation.

Après avoir abordé plusieurs fois les risques liés à l'alcool au cours des entretiens, il était demandé aux participants ce qu'ils penseraient si les autorités sanitaires recommandaient, pour des raisons de santé, de ne pas consommer du tout d'alcool. Cette idée n'était pas du tout appréciée et engendrait des réactions de rejet ou de défiance. Elle était jugée excessive, provocatrice et inadaptée à la culture française. Les participants pointaient du doigt une prise de position hypocrite des autorités qui d'un côté prôneraient le « zéro alcool » et de l'autre continueraient à vendre de l'alcool et à percevoir des taxes.

Synthèse

Les repères actuels ne sont que peu connus et peu utilisés. Les stratégies de contrôle adoptées par les participants sont globalement non sanitaires : les sensations immédiates sont utilisées comme signal pour réduire sa consommation et la motivation à contrôler sa consommation est essentiellement liée au fait d'avoir ou non à conduire un véhicule, mais également à l'état de fatigue de la personne, à la volonté de ne pas faire mauvaise figure ou d'être vulnérable, à l'agenda professionnel ou scolaire, à l'hygiène de vie globale (poids pour les femmes et sport pour les jeunes hommes) et à l'état du compte bancaire (surtout parmi les CSP-). Ceci signifie qu'il ne suffit pas d'établir des repères, mais s'attacher à les faire connaître et à expliquer les objectifs qu'ils visent.

Il apparaît que les autorités sanitaires sont perçues comme légitimes pour émettre des repères de consommations. Néanmoins, certains ont souligné l'ambivalence de l'État qui a une attitude hypocrite en recommandant de limiter sa consommation tandis que la vente d'alcool est autorisée et qu'il perçoit des taxes sur ces ventes. Il est ainsi nécessaire de lever ces ambiguïtés.

Il est nécessaire que les fausses croyances soient corrigées et que les risques liés à la consommation d'alcool soient mieux connus. Les recommandations doivent apporter des informations précises sur les risques encourus selon les modes de consommation (à l'aide de quelques données chiffrées par exemple) et expliquer les objectifs que les repères visent en termes de santé.

Étant donné la persistance des difficultés à se retrouver dans les quantités absolues d'alcool pur selon la taille des verres et la nature des boissons alcoolisées, il est important que le schéma des équivalences soit largement diffusé et expliqué. Le verre-standard de 10 grammes, qui après avoir été critiqué, reste *in fine* l'unité de mesure la plus parlante pour les participants.

Étant donné la diversité des habitudes de consommation, il paraît nécessaire d'avoir un double référentiel jour et semaine. De plus, il apparaît extrêmement important de prévoir des repères qui n'impliquent pas une consommation quotidienne, devenue minoritaire et synonyme, pour la majorité, de dépendance et qui, de ce fait, ne serait pas comprise.

La distinction entre hommes et femmes provoque des interrogations avec en arrière-plan un soupçon de sexisme ou d'obstacle à l'émancipation des femmes.

Le ton des recommandations doit être du registre du conseil, de la pédagogie, de l'explication, de l'aide et non de l'injonction et les différents éléments doivent être présentés dans un seul et même document très structuré. Les recommandations étrangères les plus dans l'empathie sont les plus appréciées.

Il serait utile de prétester les recommandations une fois finalisées. Les Britanniques [39] ont pris le temps de la faire pour s'assurer de la compréhension et de l'adhésion de la population aux nouveaux messages. Suite à cette étude, certains ajustements ont été faits avant la publication des recommandations.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Perception des Français

Les résultats de l'étude qualitative viennent compléter les résultats d'autres études antérieures quantitatives comme par exemple EROPP 2013 et le Baromètre cancer 2015.

Depuis 1999, l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) interroge les Français sur leurs appréciations concernant différents produits licites ou illicites (tabac, alcool, cannabis, cocaïne et héroïne), leurs usagers et les politiques publiques s'y rapportant. Pour le quatrième exercice de l'enquête EROPP (après les éditions de 1999, 2002 et 2008), un échantillon de 2 500 individus représentatif de la population âgée de 15 à 75 ans, a été interrogé par téléphone entre octobre et décembre 2012.

Seuls 11 % des Français considèrent que l'alcool est dangereux dès le premier verre. Après avoir doublé entre 2002 et 2008, cette proportion est restée pratiquement inchangée fin 2012. Pour les trois-quarts de la population (74 %), l'alcool apparaît surtout dangereux au stade de l'usage quotidien. Ceci rejoint exactement la perception des participants de l'étude qualitative. Les doses moyennes au-delà desquelles les consommations d'alcool sont jugées néfastes pour la santé restent de 3,4 verres par jour pour l'alcool. Le seuil estimé de dangerosité est très proche parmi les deux sexes mais varie selon l'âge. Les générations plus âgées estiment qu'il faut une quantité quotidienne d'alcool plus importante pour mettre en péril sa santé (3,8 verres parmi les 65-75 ans, contre 3,0 verres parmi les 25-34 ans) [81].

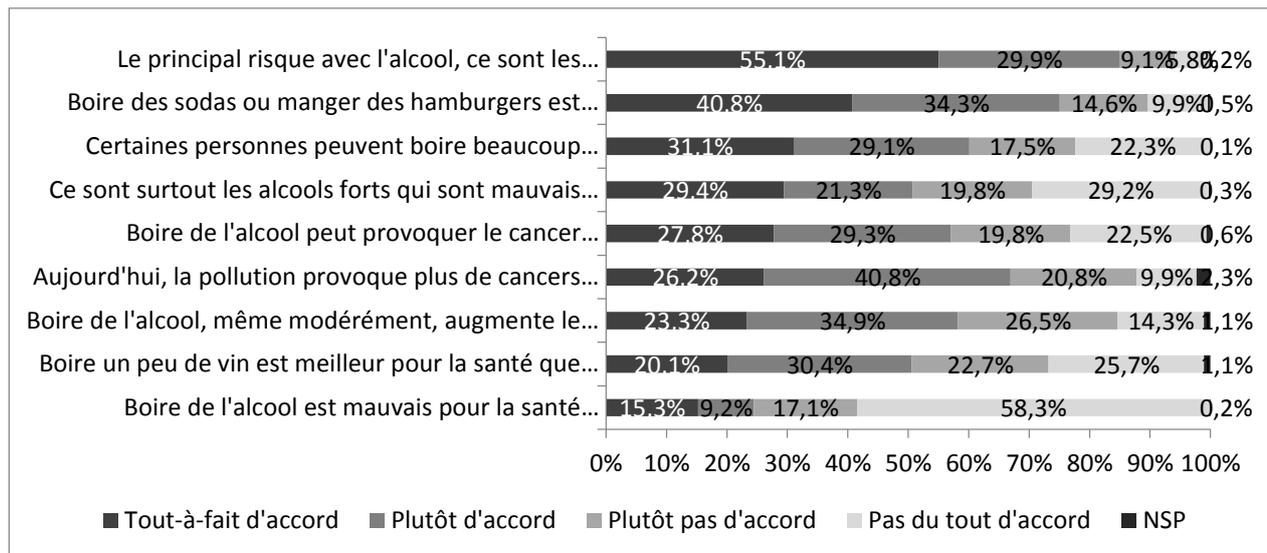
Le Baromètre cancer vise à mieux comprendre les connaissances, les comportements et les attitudes de la population au sujet des cancers, des facteurs de risque, des moyens de prévention et de dépistage, et de la prise en charge. En 2015, l'enquête a été pilotée par l'Institut national du cancer (INCa), à la suite des éditions précédentes de 2005 [82] et 2010 [83], réalisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'INCa. En 2015, 4 000 personnes ont été sollicitées entre la mi-mai et la mi-octobre pour répondre par téléphone à un questionnaire d'une quarantaine de minutes.

Les opinions de la population à l'égard de la dangerosité de l'alcool semblent être sous-estimées par rapport à d'autres facteurs de risques suggérés dans l'enquête (pollution, alimentation, etc.). Certaines opinions relativisent les risques en distinguant les effets de différents types d'alcool, ou en mettant en avant les dangers de l'ivresse.

Ces résultats permettent d'apprécier le niveau d'adhésion de la population à de telles opinions, qui sont susceptibles d'influencer la façon dont sont perçus les messages de prévention et comportements de consommation.

I FIGURE 7 I

Opinions relatives à la dangerosité de l'alcool en 2015²⁵ :



Source : Baromètre cancer 2015

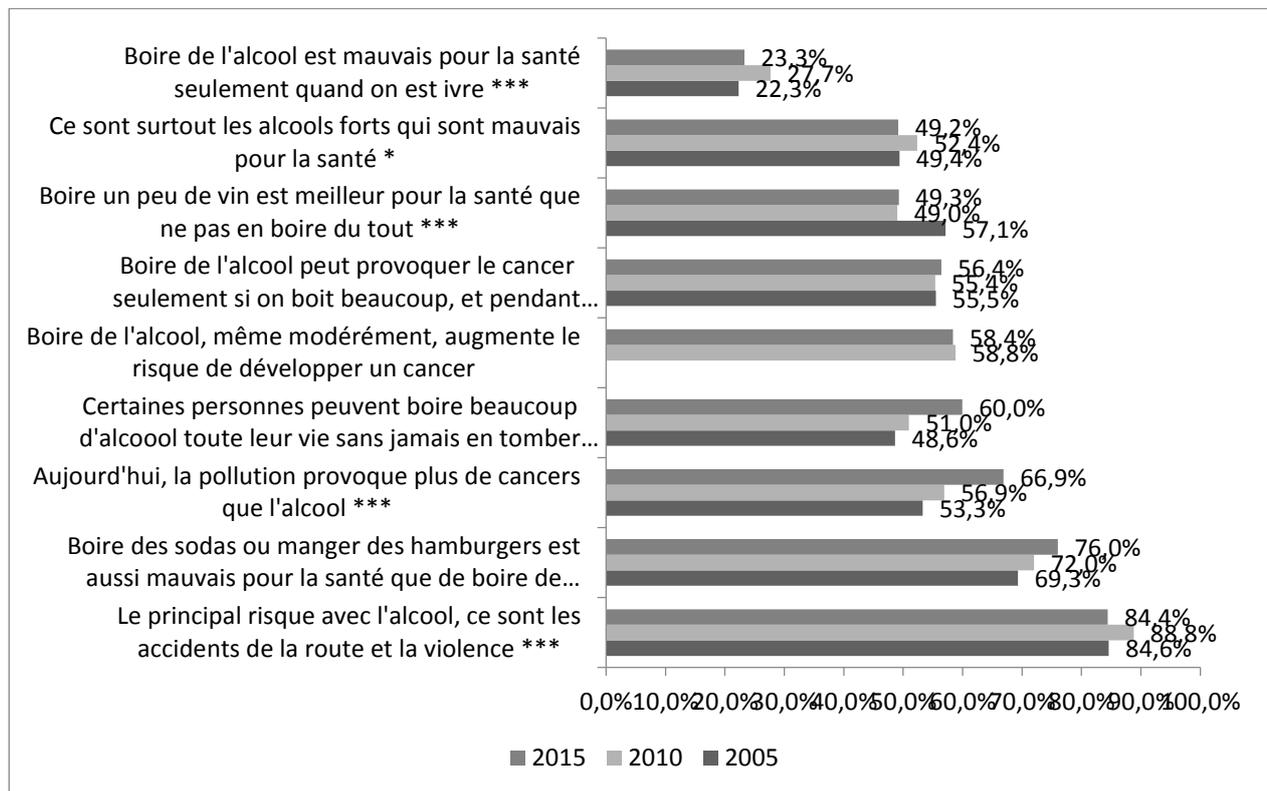
La Figure 8 illustre l'évolution des opinions. On observe que certaines croyances sont plus répandues en 2015 qu'en 2005. Par exemple, l'adhésion à l'assertion « boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool » est passée de 69,3 % à 76,0 %. D'autres idées sont en nette progression depuis dix ans : « aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool » (de 53,3 % à 66,9 %), marquant une mise à distance importante du risque de la consommation d'alcool ou reflétant l'inquiétude grandissante vis-à-vis des risques environnementaux, de même que « certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais tomber malade » (de 48,6 % à 60,0 %). À l'inverse, les effets positifs du vin sont plus réfutés qu'il y a dix ans puisque les Français étaient 57,1 % en 2005 à déclarer que « boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout » contre 49,3 % en 2015. Les autres opinions mesurées sont relativement stables par rapport à 2005 : si certains scores avaient légèrement augmenté en 2010, ils sont depuis revenus aux niveaux de 2005.

L'évolution de ces opinions depuis 2005 peut également s'interpréter comme le reflet d'un manque d'information et d'action de prévention sur l'alcool par rapport à d'autres facteurs de risques plus médiatisés (risques alimentaires et environnementaux).

25. Il s'agit ici de **données provisoires**. Un éventuel retravail de la pondération pourrait modifier ces chiffres à la marge lors de publications à venir.

I FIGURE 8 I

Évolution des opinions relatives à la dangerosité de l'alcool en 2005, 2010 et 2015²⁶ (pourcentages de « tout à fait » ou « plutôt » d'accord)



Source : Baromètre cancer 2015

Repères de consommation

Comparaison des méthodes et des repères

Pour répondre aux critiques concernant l'absence de méthode claire dans l'établissement des repères de consommation d'alcool à faible risque, Rehm et collègues [63] ont proposé l'utilisation d'une modélisation de la mortalité attribuable à l'alcool à partir du calcul de différents niveaux de risque vie entière selon différents niveaux de consommation. Cette approche a été utilisée pour la révision des repères australiens publiés en 2009 [7], dans le cadre du projet européen ALICE-RAP [84], dans le cadre du projet européen RAHRA [5] et dans le cadre de la révision des repères britanniques [85].

26. Il s'agit ici de **données provisoires**. Un éventuel retravail de la pondération pourrait modifier ces chiffres à la marge lors de publications à venir.

I TABLEAU 4 I

Comparaison des méthodes utilisées pour établir les recommandations

	Australie	Canada	Grande-Bretagne	RARHA (7 pays européens)	France
Type de risque	absolu	relatif	relatif et absolu	absolu	absolu
Effet protecteur potentiel sur certaines maladies cardio-vasculaires	non pris en compte en raison des incertitudes	pris en compte	pris en compte (la non-protection cardiovasculaire a été introduite dans les analyses de sensibilité)	pris en compte	pris en compte
Modélisation du risque attribuable vie-entière	oui	non	oui	oui	oui
Mortalité/ Morbidité	risques absolus de mortalité « vie-entière » attribuable à l'alcool	risques relatifs de mortalité et de morbidité, niveau d'équilibre	risque absolu de mortalité « vie-entière » attribuable	risques absolus de mortalité « vie-entière » attribuable à l'alcool	risques absolus de mortalité « vie-entière » attribuable à l'alcool

L'utilisation d'une approche par risque absolu n'a pas été reprise par le Canada qui a utilisé une approche par risque relatif et la Grande-Bretagne a comparé les deux approches. On voit néanmoins dans le tableau 4 que le nombre de verres par semaine, malgré des approches différentes varient entre 10 et 15 verres par semaine.

I TABLEAU 5 I

Comparaison des repères récemment révisés

	Dernière révision	Verres exprimés en semaine	Grammes par verre-standard	Maximum de grammes par semaine
Australie homme et femme	2009	14	10,0	140,0
Canada homme	2011	15	13,5	201,8
Canada femme	2011	10	13,5	134,5
Italie homme	2014	14	12,0	168,0
Italie femme	2014	7	12,0	84,0
Grande-Bretagne homme et femme	2016	14	8,0	112,0
France homme et femme	2017	10	10,0	100,0

Diminution des repères après les révisions

Comme on l'a vu, les recommandations quant à la consommation d'alcool ne datent pas d'hier, puisqu'on en retrouve des traces déjà dans l'Antiquité jusqu'à l'Académie nationale de médecine au XVIII^e siècle. Les recommandations contemporaines datent des années 1990 et ont fait l'objet de révisions qui intègrent les données épidémiologiques les plus récentes et qui emploient des méthodes de plus en plus sophistiquées, en particulier des simulations.

On est donc face à un processus dynamique. Ce processus montre que les repères ont tendance à baisser avec le temps. Par exemple, les recommandations italiennes sont passées de 280g/140g d'alcool pur exprimés par semaine pour les hommes et les femmes en 1997 à 140/70g par jour en 2014. En Australie, les recommandations sont passées de 280g/140g exprimés en semaine en 2001 à 140g pour les hommes et les femmes en 2009, c'est-à-dire à une division par deux pour les hommes. Les recommandations de la province canadienne de Colombie-Britannique sont passées de 270g/135g exprimés en semaine en 2007 à une recommandation au niveau fédéral datant de 2011 de 202g/135g. En Grande-Bretagne, les recommandations ont augmenté entre 1985 et 1995. Entre 1995 et 2016, elles ont diminuées passant de 224g/168g à 112 g pour les hommes et les femmes par semaine.

RECOMMANDATIONS AUX DÉCIDEURS

Principes généraux

Selon le groupe d'experts, il est important que le discours des pouvoirs publics concernant l'alcool obéisse à un certain nombre de principes.

Ce discours public doit :

- rendre accessibles les données issues de la littérature scientifique au grand public par des informations compréhensibles. Cette responsabilité est essentielle au bon exercice de la responsabilité des individus eux-mêmes dans leur choix de consommer (93) ;
- être cohérent entre les différentes institutions d'État appelées à intervenir publiquement en matière d'alcool et tout particulièrement les ministères chargés de la Santé, de l'Économie et de l'Agriculture ;
- être cohérent avec la politique générale du pays en matière de consommation et tout particulièrement la politique réglementaire ayant cours en France en 2017 ;
- rendre plus compréhensibles les ambiguïtés ressenties par le public dans les actions publiques qui visent à la fois le développement d'un secteur économique et la réduction des dommages sanitaires et sociaux liés à la consommation d'alcool ;
- être soucieux du nécessaire équilibre entre d'une part la responsabilité collective de réduire les dommages et d'autre part la responsabilité individuelle de choisir son niveau et son mode de consommation ;
- être suffisamment présent, audible et lisible pour équilibrer les nombreuses activités de promotion de la consommation menées par les marques.

Par ailleurs, le groupe d'experts tient à rappeler qu'il est de la responsabilité des pouvoirs publics de veiller à la santé de la population, et donc notamment à la protection de la santé de la population vis-à-vis des conséquences néfastes de la consommation d'alcool. À cet égard, il est important de rappeler que la politique de prévention relève de la responsabilité pleine et entière des pouvoirs publics et que ceux-ci ne peuvent laisser d'autres acteurs intervenir dans ces domaines sans exercer un contrôle strict des contenus de leurs messages.

Recommandations sur les conseils à délivrer au grand public en matière de consommation d'alcool

Recommandation 1

Le groupe d'experts recommande que soient délivrées au grand public les informations suivantes :

Les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé au cours de la vie augmentent avec la quantité consommée ;

- à long terme, la consommation d'alcool est une cause de morbidité et de mortalité pour certaines maladies chroniques comme la cirrhose du foie, certains cancers comme ceux des voies aérodigestives, du foie et du sein et certaines maladies cardiovasculaires, comme l'hypertension artérielle (HTA) et l'accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- à court terme, la consommation d'alcool est responsable de traumatismes intentionnels et non intentionnels, notamment des accidents pouvant causer des blessures (et la mort dans certains cas), la mauvaise évaluation des situations à risque et la perte du contrôle de soi. C'est en particulier vrai en cas de consommation ponctuelle importante.

Si vous consommez de l'alcool, pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie, il est recommandé de :

- ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ;
- avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Et pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :

- réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez à chaque occasion ;
- boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- éviter les lieux et les activités à risque ;
- s'assurer que vous avez des personnes que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.

Pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour votre santé et celle de votre enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

Pour les jeunes et les adolescents : pour limiter les risques pour votre santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

D'une façon générale, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas de :

- conduite automobile ;
- manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.) ;
- pratique de sports à risque ;
- consommation de certains médicaments ;
- existence de certaines pathologies.

Il faut noter qu'on autorise une alcoolémie à 0,5g/l ou à 0,2 g/l pour les détenteurs d'un permis de moins de deux ans, alors qu'il existe un sur-risque entre 0 et 0,5g/l.

Recommandations sur les stratégies de prévention

Recommandation 2

Les études réalisées sur la connaissance et la compréhension des repères de consommation réalisées en France ou dans d'autres pays indiquent que leur notoriété est souvent faible et leur utilisation par le public très limitée.

Le groupe d'experts recommande que les stratégies de communication génèrent une notoriété importante des nouveaux repères de consommation (cf. Recommandation 1).

Recommandation 3

La promotion des boissons alcoolisées se retrouve dans la publicité par affiches, par magazines, à la radio, sur Internet, dans les magasins de distribution, dans les fictions à la télévision et au cinéma... En 2011, 460 millions d'euros d'investissements publicitaires auraient été consacrés à la promotion de la consommation d'alcool qui sont à comparer aux 3 millions environ consacrés à la prévention par Santé publique France. De plus des campagnes de « prévention » sont mises en œuvre par des associations regroupant les producteurs afin d'être reconnus comme acteurs de prévention. En comparaison, la prévention organisée par les pouvoirs publics n'est pas suffisamment financée, structurée ; elle est donc peu visible.

Le groupe d'experts recommande une présence plus forte des pouvoirs publics, afin de contrer le poids des actions de promotion des producteurs d'alcool. Cette présence plus forte pourrait se faire d'une part par le renforcement des informations sanitaires obligatoires, d'autre part par le renouvellement des stratégies publiques de prévention incluant des initiatives innovantes en s'engageant davantage dans des campagnes de marketing social.

Recommandation 4

Les professionnels de santé et ceux du champ médicosocial et éducatif constituent un relais essentiel pour la diffusion des messages de prévention et le développement d'interventions de réduction des risques liés à la consommation d'alcool.

Il est important que les instances de prévention et les services spécialisés en addictologie puissent les accompagner et les soutenir de façon continue.

Le groupe d'experts recommande d'informer les professionnels de la santé et du secteur médico-social, de les sensibiliser et de les outiller pour faire face aux risques liés à la consommation d'alcool.

Recommandations sur le rôle et le discours des pouvoirs publics

Recommandation 5

Actuellement, la structure de la taxation dépend du type de boissons alcoolisées (vins, bière, etc.). Or la littérature montre que la nocivité de l'alcool est principalement liée à l'éthanol et à ses métabolites et non pas au type de boissons alcoolisées. Comme le rappelle la Cour des comptes [3], la structure actuelle des taxes ne vise pas les réductions de consommation. Seules des taxes proportionnelles à la quantité d'alcool rendraient crédible la volonté de l'État de réduire les dommages par une action sur les prix. Une grande partie de ces taxes dépend de directives européennes, l'idéal serait de modifier la structure des taxes au niveau européen. Toutefois, même si la structure des droits d'accises dépend de la directive 92/83/CEE, la législation européenne actuelle n'en fixe que les taux minimaux, laissant les États membres libres d'appliquer les taux qu'ils souhaitent.

I TABLEAU 6 I

Taux minimum imposé par la directive européenne

Type d'alcool	Unités de taxation	Europe
Bière<2,8 degrés	par hectolitre/degré	1,87
Bière>2,8 degrés	par hectolitre/degré	1,87
Vin tranquille	par hectolitre de volume	0
Vin mousseux	par hectolitre de volume	0
Produits intermédiaires (ex : porto, sherry)	par hectolitre de volume	45
Spiritueux	hectolitre d'alcool pur	550

On observe dans le tableau 6 que les droits d'accises varient en France de 0,003 euro par verre standard pour le vin à 0,14 euro pour les spiritueux soit un rapport de 1 à 50.

I TABLEAU 7 I

Comparaison des droits d'accises par verres standard de 10 g

	unité	taxe	par litre	nb de ml d'alcool pur par litre	par ml d'alcool pur	par gramme d'alcool pur (dens. 0,8)	par verre standard de 10 grammes
Bières <2,8 ex : 2 %	par hectolitre/degré	3,70	0,0370	20	0,0019	0,001480	0,01480
Bières >2,8 ex : 4 %	par hectolitre/degré	7,41	0,0741	40	0,0019	0,001482	0,01482
Vins tranquilles France	par hectolitre de volume	3,77	0,0377	120	0,000314	0,000251	0,00251
Vins mousseux France	par hectolitre de volume	9,33	0,0933	120	0,0008	0,000622	0,00622
Produits intermédiaires	par hectolitre de volume	188,41	1,8841	180	0,0105	0,008374	0,08374
Spiritueux France	hectolitre d'alcool pur	1747,57	17,48	1000	0,01748	0,013981	0,13981

Le groupe d'experts recommande que les taxes soient proportionnelles à la quantité d'alcool et non pas au type de boissons alcoolisées [3] à des fins de clarté et de cohérence de l'action publique. En France, il serait possible en restant dans le cadre de la directive européenne de l'obtenir. Il suffirait d'appliquer à l'ensemble des boissons alcoolisées le taux d'imposition minimum le plus élevé, c'est-à-dire celui des spiritueux²⁷.

Recommandation 6

Le discours public de l'État varie selon l'émetteur entre un discours purement sanitaire (ministère chargé de la santé) sur les dommages et leur prévention et un discours purement économique sur la filière et son développement (ministères chargés de l'agriculture et de l'économie). Ces discours apparaissent comme irréconciliables. Il serait plus intéressant de mieux estimer les dépenses et les recettes publiques générées par la consommation d'alcool. L'acceptation collective et sociétale d'un niveau de risque ou de dommages lié à la consommation d'alcool permettrait de réconcilier les deux discours.

Cet avis recommande de construire une politique publique cohérente qui tienne compte de la prévention des dommages sanitaires et sociaux, sans pour autant nier le souci gouvernemental du développement économique des filières concernées.

Recommandation 7

La recherche française concernant les consommations d'alcool est quasi inexistante au niveau international. Par ailleurs, la recherche publique en France ne dispose que de budgets très limités, laissant le champ libre à une politique de recherche financée par les industriels de l'alcool, générant ainsi une situation de conflit d'intérêt. Il en est de même de la prévention. Or le maintien et l'amélioration de la santé de la population sont des responsabilités essentielles de l'État.

Le groupe d'experts recommande qu'une part des taxes sur l'alcool soit allouée à un fonds alloué aux actions publiques de prévention et de recherche dans le domaine de l'alcool. Cela permettra de mieux comprendre, suivre, adapter les politiques en fonction de l'évolution des connaissances et de la société.

Recommandation 8

Les études ont montré une augmentation de la morbidité et de mortalité, à court et long terme, pour des consommations faibles d'alcool par jour [54]. Ainsi, ce n'est pas « l'abus d'alcool » qui est à risque mais une consommation, même faible. L'avertissement actuel sanitaire réglementaire est donc obsolète.

Le groupe d'experts recommande que l'avertissement réglementaire obligatoire apposé sur les publicités pour l'alcool soit revu :

- en modifiant l'information qui figure actuellement « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » et en la remplaçant par exemple par « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé » ;
- et en empêchant les annonceurs d'ajouter un autre message à celui imposé par la loi (tel que « À consommer avec modération »).

27. Soit le taux européen de 0,044 euro par verre standard ou le taux français de 0,139 par verre standard. La même logique pourrait être appliquée aux contributions à la Sécurité sociale.

Recommandation 9

Actuellement, l'information des consommateurs achetant des boissons alcoolisées n'obéit pas aux mêmes règles que pour les autres aliments ou boissons à ingérer. Les boissons alcoolisées sont pour l'instant exclues de la directive européenne InCO [86]²⁸. En attendant l'évolution de la réglementation européenne²⁹, les pays membres ont la possibilité d'avoir des réglementations nationales (article 41)³⁰.

Par ailleurs, les études ont montré que le public a des difficultés à quantifier l'alcool consommé. Le pourcentage par unité de volume et la quantité de liquide introduisent des ambiguïtés pour le consommateur. Le nombre de verres standard de 10 grammes inscrit (ou la quantité d'alcool en grammes) sur le contenant, donnerait une information plus compréhensible au consommateur.

Le groupe d'experts recommande que figurent les informations suivantes sur l'étiquette des unités de conditionnement :

- *le nombre de verres standard à 10 grammes ;*
- *le nombre de calories par verre standard ;*
- *un avertissement sanitaire tel que « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé » ;*
- *avec un pictogramme pour la femme enceinte plus visible.*

Recommandation 10

La publicité pour l'alcool est autorisée et encadrée en France (affiches, magazines, radio, Internet, lieux de vente et de production...), avec quelques restrictions (télévision entre autres, heures d'écoute, publics visés), ce qui donne aux annonceurs une capacité de promotion de leurs produits et donc *ipso facto* une pression favorable à la consommation d'alcool, en particulier pour les jeunes.

À l'origine, la publicité a été interdite à la télévision car ce média était très puissant et touchait tous les publics. Cela est vrai aujourd'hui pour Internet.

Le groupe d'experts recommande que l'encadrement de la publicité pour les boissons alcoolisées sur Internet soit renforcé en tenant compte des évolutions et des usages de ce support.

28. Sans préjudice d'autres dispositions de l'Union européenne requérant une liste des ingrédients ou une déclaration nutritionnelle obligatoire, les mentions visées à l'article 9, paragraphe 1, points b) et l), ne sont pas obligatoires pour les boissons titrant plus de 1,2 % d'alcool en volume (article 16 point 4).

29. Il convient d'inviter la Commission européenne à poursuivre son analyse des exigences en matière d'information à fournir sur les boissons alcoolisées, compte tenu de leur caractère particulier. Ainsi, la Commission devrait élaborer, dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du présent règlement, en veillant à assurer la cohérence avec d'autres politiques pertinentes de l'Union, un rapport sur l'application aux boissons alcoolisées des exigences en matière d'information sur les ingrédients et d'information nutritionnelle. En outre, compte tenu de la résolution du Parlement européen du 5 septembre 2007 sur une stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool (1), de l'avis du Comité économique et social européen (2), des travaux de la Commission et de la préoccupation du grand public au sujet des effets nocifs de l'alcool, en particulier sur les consommateurs jeunes ou vulnérables, la Commission, après consultation des parties prenantes et des États membres, devrait étudier la nécessité de définir les mélanges alcoolisés spécialement destinés aux jeunes, tels que les «alcopops». La Commission devrait également proposer, le cas échéant, des exigences particulières concernant les boissons alcoolisées dans le cadre du présent règlement.

30. Article 41 « Boissons alcoolisées ». En attendant l'adoption des dispositions de l'Union visées à l'article 16, paragraphe 4, les États membres peuvent maintenir des mesures nationales en ce qui concerne l'énumération des ingrédients des boissons titrant plus de 1,2 % d'alcool en volume.

CONTEXTE DANS LEQUEL DOIT S'INSÉRER L'ÉVOLUTION DU DISCOURS PUBLIC

Le renouveau du discours public sur l'alcool doit s'intégrer dans l'organisation de la prévention, des soins, de l'évaluation et de la recherche qu'il est important de préciser. Pour cette raison, certaines propositions d'évolution de ces thèmes ont été discutées par le groupe d'experts.

L'accompagnement et le soin

Il est possible de distinguer plusieurs discours qu'il est nécessaire de hiérarchiser. En effet, on ne s'adresse pas de la même manière aux professionnels de santé et aux usagers, et parmi les usagers, à ceux qui ont un trouble lié à l'usage de l'alcool et à ceux qui ont juste un usage récréatif.

Néanmoins, les repères de consommation à destination du grand public peuvent aussi être utilisés dans le cadre de consultations. Il peut s'agir d'une cible à atteindre, en rappelant que toute diminution de consommation est utile. Ainsi pour les personnes ayant un mésusage de l'alcool, les repères peuvent représenter un objectif vers lequel tendre et à défaut de les atteindre, toute réduction de consommation et donc de réduction des risques et des dommages peut leur apporter des bénéfices de santé à long terme. Ainsi, toute diminution des consommations d'alcool améliore la qualité de vie (qualité relationnelle, cohésion familiale, efficacité professionnelle...), la vie psychologique (sommeil, sexualité, mémoire, moral...), et la vie physique (espérance de vie...).

Les services publics doivent rendre lisibles et encore plus accessibles les dispositifs de repérage³¹ déjà existants auprès des populations ciblées et auprès du grand public pour proposer une prise en charge. Les dispositifs d'information de prévention ou d'aide (Consultations Jeunes Consommateurs - CJC, Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA...) devront relayer cette information. Il sera nécessaire d'intégrer les nouveaux repères dans les outils d'intervention qui est l'affaire de tous les professionnels de santé.

Il faudra davantage associer les professionnels du secteur sanitaire et social pour qu'ils deviennent les relais de ce discours grâce à une information préalable, par exemple par le biais des sociétés savantes, des associations professionnelles avant la diffusion vers le grand public de ces recommandations

L'évaluation de l'impact des recommandations

Il ne suffit pas de définir des repères de consommation d'alcool pour qu'ils soient compris, considérés comme utiles et utilisés par la population. Il est nécessaire d'en tester la forme et l'acceptabilité avant leur diffusion. Il en est de même des autres recommandations.

Il est également essentiel de suivre les perceptions de la population et de certains sous-groupes spécifiques, et de mettre en place des études d'impact de ces recommandations (acceptation, pénétration, appropriation, freins...). Il est également nécessaire de suivre et d'analyser l'évolution des codes publicitaires utilisés par les annonceurs et les autres voies d'influence qui peuvent être véhiculées par les fictions par exemple.

31. Ces dispositifs sont essentiellement les consultations jeunes consommateurs (CJC), les dispositifs d'évaluation et de soins comme les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), les consultations d'addictologie, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les services de soins résidentiels complexes, les hôpitaux de jour, et les dispositifs de réhabilitation comme les services de soin de suite et de réadaptation (SSR), les groupes d'entraide.

Les besoins de développer la recherche

La recherche française concernant les consommations d'alcool est quasi inexistante au niveau international. Les travaux envisageant le problème de l'alcool sous un angle populationnel sont inexistant au profit d'une problématique le situant à l'échelle individuelle : étude des comportements, des mécanismes biologiques et génétiques de l'addiction ; la recherche sur la prévention est pratiquement inexistante. Globalement, ces orientations amènent à se focaliser sur la responsabilité individuelle des consommateurs, négligent la dimension sociale, économique et culturelle des déterminants et les modalités de consommation à l'échelle de la population.

Un autre point saillant est que la recherche publique en France ne dispose que de budgets très limités, laissant le champ libre à une politique de recherche financée par l'industrie privée, générant ainsi des situations de conflit d'intérêt.

Propositions

Elles s'inscrivent dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

- Soutenir et encourager les travaux visant à l'intervention à l'échelle individuelle auprès des consommateurs excessifs ou de populations à risque. Il est en particulier nécessaire d'avoir une approche qui prenne en compte le différentiel de dommages causées par l'alcool selon les catégories sociales.
- Développer la recherche au niveau populationnel des consommations d'alcool, leurs modalités et leurs déterminants, et la recherche sur les politiques de prévention. Globalement, les comportements individuels sont largement déterminés par ceux de l'ensemble de la population et la proportion des individus en situation d'abus est dans un rapport de proportionnalité avec les consommations à l'échelle de la population³².

Principaux axes de recherche à développer

- La collecte et l'analyse régulière de données permettant l'estimation de l'impact populationnel des consommations d'alcool sur la morbi-mortalité et ses conséquences socioéconomiques sont des activités indispensables pour définir et évaluer les politiques publiques. Elles concernent la mortalité prématurée, les fractions et nombres attribuables (déclinés selon des groupes de population spécifiques : jeunes, personnes âgées...), le coût des prises en charges médico-sociales, la perte de productivité (arrêts de travail, invalidité...).
- L'étude approfondie des déterminants socioéconomiques et culturels de la consommation d'alcool et de ses modalités, notamment chez les jeunes, est un élément nécessaire pour construire des politiques de prévention primaire efficaces et efficientes.
- L'optimisation et l'évaluation des actions de prévention concernant le marketing social (choix des populations cibles, des messages d'information, des actions diverses) et les actions de prévention collective (réglementaire, taxation, prix).

32. Rose G, Day S. The population mean predicts the number of deviant individuals. Br Med J, 1990;301:1031-4.

- Les aspects éthiques concernant les choix de seuils de risque acceptables à l'échelle individuelle et collective, en considérant que si la consommation d'alcool est un acte individuel, elle est largement déterminé par le contexte social.
- Le renforcement de la recherche interventionnelle dans le domaine de la prévention et de la prise en charge.
- L'analyse du rôle des industriels dans les décisions de santé publique concernant l'alcool, de leurs stratégies dans les messages de prévention combinant messages de prévention et messages de promotion.

Annexes

Annexe 1 / Lettre de saisine de la Mildeca et de la DGS

Annexe 2 / Méthode de sélection du groupe d'experts et modalités de travail

Annexe 3 / Lifetime risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in France: implications for national low-risk drinking guidelines

Annexe 4 / Étude sur les représentations liées à l'alcool

Annexe 5 / Matrice problèmes et objectifs de communication

Annexe 6 / Recommandations australiennes

Annexe 7 / Recommandations canadiennes

Annexe 8 / Recommandations britanniques

Annexe 9 / Recommandation RARHA quant aux repères nationaux

Annexe 1 / Lettre de saisine de la Mildeca et de la DGS

MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE
CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES
ADDICTIVES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE
LA SANTÉ

La Présidente

Le Directeur général de la santé

21 JUIN 2016

MM les Directeurs généraux,

Les développements récents relatifs à la problématique de la consommation d'alcool et de ses conséquences sur la santé ont mis en exergue le besoin pour les acteurs sanitaires et la société civile d'avoir accès à un discours public clair et homogène sur ce sujet.

En effet, il ressort des débats parlementaires relatifs à la loi de modernisation de notre système de santé une méconnaissance des dommages, notamment en matière de cancer, que peut entraîner la consommation d'alcool qui constitue la deuxième cause de mortalité évitable dans notre pays. Par ailleurs, les campagnes de communication sur la consommation dite « responsable » financées par des entreprises du secteur de l'alcool contribuent à minimiser les risques liés à l'alcool favorisant ainsi la normalisation de consommations nocives au sein de notre société.

Aussi, il apparaît essentiel qu'une réflexion sur les modalités de communication des pouvoirs publics sur la consommation d'alcool soit engagée afin d'agir sur des connaissances et perceptions collectives souvent erronées. Les enjeux sont d'une part de s'inscrire dans le cadre d'une démarche d'information et de réduction des risques et d'autre part d'éviter de laisser la place à une communication des secteurs économiques qui visent à banaliser une consommation d'alcool à des niveaux élevés.

Cet objectif est inscrit dans le second plan d'actions du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (action 95), et dans le plan cancer 2014-2019.

Dès lors la Direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives sollicitent l'Agence nationale de santé publique, Santé publique France, et l'Institut national du cancer pour mener à bien ce travail.

Une revue de la littérature scientifique récente et indépendante constituera la première étape de votre travail sur laquelle vous vous baserez pour élaborer un discours de santé publique sur l'alcool. Vous ferez appel à des partenaires et experts indépendants des intérêts économiques (par exemple réseau REUNIRA de recherche national sur l'alcool) et prendrez en compte les récents travaux menés à l'étranger (Australie, Suisse, Grande Bretagne, etc.) ainsi que les travaux de l'action conjointe de l'Union Européenne Reducing alcohol related harm.

Un comité de pilotage, comprenant notamment une représentation de la DGS et de la MILDECA, sera instauré et se réunira de manière régulière afin d'échanger sur les différentes étapes de cette démarche et les valider.

Nous souhaitons que cette démarche puisse aboutir à un ensemble de propositions opérationnelles adaptées au contexte français pour permettre de structurer le discours officiel des instances de santé publique sur ce sujet pour les prochaines années. Nous attendons qu'elle soit innovante et compréhensible du grand public afin que chacun puisse opérer des choix éclairés quant à sa consommation d'alcool.

Cette démarche devra pouvoir, à terme, s'intégrer dans une approche cohérente et plus globale de réponse publique en matière de lutte contre l'usage nocif d'alcool.

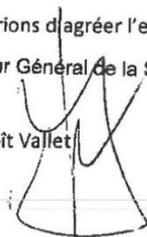
Les résultats et propositions sont attendus pour janvier 2017.

Je vous saurais gré de bien vouloir transmettre vos éléments de propositions afin de pouvoir entamer la construction de cette démarche concertée dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur Général de la Santé,

Pr Benoît Vallet



Danièle Joudain-Menninger

Annexe 2 / Méthode de sélection du groupe d'experts et modalités de travail

Santé publique France a lancé, en collaboration avec l'Institut national du cancer (INCa), un appel à candidatures en vue de la constitution d'un groupe d'experts *ad hoc* sur les repères de consommation d'alcool en France.

Cet appel à candidatures a été publié sur le site Internet de Santé publique France au cours de l'été 2016 (19/07/2016–31/08/2016).

Les compétences recherchées étaient les suivantes :

Compétences générales

- intérêt pour les démarches de santé publique ;
- aptitude à travailler de façon collégiale ;
- expérience de participation à des groupes d'experts ;
- expérience de la formulation de recommandations opérationnelles à destination des décideurs et acteurs de la prévention et de la promotion de la santé.

Compétences spécifiques

- sciences humaines et sociales et en particulier sociologie ;
- différentes spécialités médicales comme médecine générale, anesthésie, médecine du travail, médecine scolaire et universitaire, addictologie/alcoologie ;
- santé publique et épidémiologie ;
- prévention et promotion de la santé ;
- sciences de l'éducation ;
- sciences de la communication en santé.

Au total, 22 dossiers de candidatures complets ont été déposés (lettre de motivation, CV, liste des travaux et publications des cinq dernières années, déclaration d'intérêt - DI).

Un jury de sélection a examiné l'ensemble des dossiers de candidatures en septembre 2016.

Il a pris en compte :

- les compétences attendues ;
- les potentiels liens ou conflits d'intérêt sur ce sujet sensible ;
- la nécessité au vu du délai de réponse demandé par les commanditaires, de mettre en place ce groupe d'experts *ad hoc* rapidement, et de les réunir a minima deux fois par mois d'ici début 2017.
- le critère de l'éloignement géographique pour les experts étrangers (Italie et Canada) a pesé sur le choix étant donné le rythme rapproché des réunions.

Le jury a précisé ses critères dans la perspective d'assurer une certaine neutralité initiale des experts par rapport au sujet et indiqué que ne pouvaient pas être retenus des experts qui :

- occupent ou ont occupé depuis moins de cinq ans des fonctions exécutives dans des associations de structure nationale ou des fédérations sur l'alcool ;
- exercent ou ont exercé une activité d'influence sur les politiques publiques ou portent (ont porté) déjà un discours public articulé sur l'alcool ;
- sont déjà responsables de groupes de travail de l'Agence sur cette thématique.

Finalement, huit experts ont été retenus parmi les 22 candidatures reçues.

La composition du groupe d'experts *ad hoc* représente les trois disciplines nécessaires pour traiter du thème de la saisine : épidémiologie, addictologie et éducation pour la santé.

- Pierre DUCIMETIERE, épidémiologiste et directeur de recherche honoraire à l'Inserm, président du groupe d'experts, Paris.
- Cathie BOEHM, infirmière scolaire, titulaire d'un master 2 en éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes, Sélestat.
- Catherine FEART-COURET, épidémiologiste chargée de recherche Inserm, Bordeaux Population Health Research Center U1219, Bordeaux.
- Geneviève GAGNEUX, psychothérapeute et chargée de projet en santé, titulaire d'un master en éducation pour la santé, Pontoise.
- Jean-François JUSOT, médecin épidémiologiste et praticien hospitalier au département d'information médicale du Centre hospitalier départemental Georges Daumezon, Fleury-les-Aubrais.
- Philippe NUBUKPO, psychiatre, addictologue, praticien hospitalier et professeur des universités, chef de pôle d'addictologie, CHU de Limoges site Esquirol, unité Inserm 1094, Limoges.
- Jacques YGUEL, addictologue, praticien hospitalier, chef de pôle d'addictologie, Centre hospitalier d'Avesnes-sur-Helpe et médecin au Centre Méthadone CSAPA Étapes-ADNSEA, Avesnes-sur-Helpe.
- Marie ZINS, épidémiologiste, enseignant chercheur, Université Paris Descartes, Paris.

Modalités de travail du groupe d'experts

Le Groupe d'experts *ad hoc* s'est réuni huit fois entre la mi-octobre 2016 et la fin février 2017.

Il a procédé à des auditions centrées d'une part vers les parties prenantes qui produisaient elles-mêmes un discours public sur l'alcool, et d'autre part vers des experts internationaux impliqués dans la révision des repères au niveau international et/ou national.

Quatre questions ont été posées aux parties prenantes :

- Quelles sont les informations que vous pensez que le public français devrait connaître en matière de santé en matière d'alcool ?
- Quelle est votre analyse de l'information et du discours public actuel sur le thème de la santé et de l'alcool ?
- L'institution que vous représentez est-elle impliquée dans l'information du public ? Pourriez-vous la décrire en précisant son évolution dans le temps et ses perspectives pour l'avenir ?
- Quelles seraient vos recommandations pour le discours futur des autorités sanitaires sur le thème de la santé et de l'alcool ?

Ont été auditionnés :

- L'Association des Brasseurs de France : François Loos, président et Pascal Chevremont délégué général.
- L'Association « Avec Modération » : Alexis Capitant directeur général et Armand Hennon secrétaire général. Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_040517_ACapitant
- L'Association Vin et Société : Joël Forgeau, président, Audrey Bourolleau déléguée générale, Stéphanie Piot responsable des relations institutionnelles et M de Romance. Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_JFargeauABourolleau_040517
- L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) : Bernard Basset, vice-président du Conseil d'administration et du Comité régional de l'Île-de-France.
- La Fédération Addiction : Jean-Michel Delile, vice-président et Caroline Prat, chargée de mission auprès de la Délégation générale. Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_JMDelileCprat_040517
- La Fédération française des spiritueux (contribution écrite seulement). Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_FFS_040517
- La Société française d'addictologie (SFA) : Mickaël Naassila, président.
- M. Serge Karsenty, sociologue, Université de Nantes. Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_SKarsenty_040517
- Gérard Hastings, professeur de marketing social, Université de Stirling, Royaume-Uni (sur les recommandations britanniques). Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_GHastings_040517
- Emanuele Scafato, Istituto Superiore di sanita, Rome, Italie (sur les recommandations italiennes, européennes (RAHRA) et le cadre international de l'Organisation mondiale de la santé). Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_EScafato_RARHA_040517

Par ailleurs, le groupe d'experts :

- a sollicité Jürgen Rehm et Kevin Shield pour l'application à la France d'une simulation de l'impact de différents niveaux de recommandations déjà utilisés dans de nombreux pays dont l'Australie, la Grande-Bretagne et d'autres pays européens dans le cadre du projet RARHA financé par la commission européenne ; Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_JRehmDShield_040517
- a commandé dans le cadre de cette expertise, une étude qualitative afin d'éclairer la perception d'un échantillon de la population française métropolitaine sur l'alcool et les repères de consommation actuellement utilisés, et de tester les formulations des recommandations récemment mises à jour en Australie, en Grande-Bretagne et au Canada. Voir Annexe en ligne : http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_MGariazzo_040517

Annexe 3 / Lifetime risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in France: implications for national low-risk drinking guidelines

Kevin D Shield¹ & Jürgen Rehm²⁻⁷

1. Section of Cancer Surveillance, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France
2. Institute for Clinical Psychology and Psychotherapy, TU Dresden, Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden, Germany
3. Institute for Mental Health Policy Research, CAMH, 33 Russell Street, Toronto, ON, M5S 2S1, Canada
4. Campbell Family Mental Health Research Institute, CAMH, 250 College Street, Toronto, ON M5T 1R8, Canada
5. Institute of Medical Science (IMS), University of Toronto, Medical Sciences Building, 1 King's College Circle, Room 2374, Toronto, ON M5S 1A8, Canada
6. Department of Psychiatry, University of Toronto, 250 College Street, 8th Floor, Toronto, ON M5T 1R8, Canada
7. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, 155 College Street, 6th Floor, Toronto, ON M5T 3M7, Canada

Report to Santé publique France December 2016

Correspondence to :



J. Rehm
Institute for Mental Health Policy Research
CAMH
33 Russell Street
Toronto, Ontario, M5S 2S1
Canada
Mail: jtrehm@gmail.com

ISBN

Print: 978-1-77114-383-7

Digital (PDF): 978-1-77114-384-4

Background

The consumption of alcohol causes a substantial burden of communicable and non-communicable diseases, as well as injuries [64, 67, 87].

In hopes of reducing this burden, many countries have implemented drinking guidelines [88], i.e., recommendations for upper limits per occasion and/or for the average consumption of alcohol per day. The implementation of drinking guidelines fits with the modern ideal of a consumer society, with informed consumers putatively conforming their behaviour based on advice from governmental, research, and professional sources [89, 90]. Over the last decade, the aim of drinking guidelines has changed from the designations of “safe” or “sensible” guidelines to the designation of “low-risk” guidelines, as research has indicated for a number of health outcomes, such as gastrointestinal diseases, cancer and injuries, that there is no safe level of alcohol consumption [67, 84, 91, 92].

There has been a lack of consistency in the thresholds proposed by drinking guidelines within the EU [62], and to a greater degree globally [27, 88]. Differences in the methodology used to formulate guidelines contribute to variations in guidelines between countries and to inconsistent

information being disseminated about what constitutes low-risk drinking, creating confusion for consumers and health care professionals. While there have been thorough efforts to try to summarize the underlying available empirical evidence [7, 63, 93], guideline thresholds on low-risk alcohol consumption are still often set by blue ribbon committees based on meta-analytically derived average alcohol consumption relative risk (RR) curves for all-cause (e.g., [94]) or selected disease mortality. The all-cause mortality RRs are estimated based on large, non-representative cohort studies; these studies are usually constructed for ease of follow-up, and their findings are likely biased by the over-representation of deaths that occur in high-income middle class populations, such as deaths caused by cardiovascular diseases [94, 95].

To improve this situation, in recent years several countries have developed guidelines based on a lifetime risk approach, with the use of standard thresholds derived from consensus [7, 84, 90, 95]. This approach has also been used as one basis in the Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA) project, co-funded by the European Union Health Programme (Rehm, Gmel *et al.* 2015) [5], but in the examples given as the basis for the consensus round, there were no specific thresholds for France.

As country-specific values would be necessary to establish low-risk drinking guidelines for France [95], Santé publique France has asked that specific calculations be undertaken for France to assess the lifetime risk of French men and women with different drinking levels. This report summarizes the results.

Methods

Data sources

Cause-of-death data were obtained from the World Health Organization [64] [96] and population data were obtained from the United Nations [65]; all such data were obtained by sex and age (in 5-year age groups).

Data on alcohol-attributable deaths for 2012 (deaths that would not have occurred under the counterfactual scenario of everyone being a lifetime abstainer) were taken from the World Health Organization's 2014 Global Status Report on Alcohol and Health [67].

Table A1 p. 58 provides an overview of the diseases and injuries causally related to alcohol consumption as determined by the 2014 Global Status Report on Alcohol and Health [67] and the Global Burden of Disease Study 2010 [66], except for HIV/AIDS which was not included due to the small number of alcohol-attributable deaths in Europe when using the current methodology based on medication non-adherence [73]. Furthermore, RRs for these diseases and injuries were obtained from meta-analyses by sex and level of drinking (see table A1).

The data sources for RRs were the same as in recent Comparative Risk Assessments [66, 67], , except for ischemic heart disease and ischemic stroke which have since been updated since the last Global Status Report on Alcohol and Health (see [97] based on [70, 97]).

Data on drinking behaviours and alcohol consumed were obtained from the Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)[68], and survey data were obtained from the Baromètre santé 2010 [69]. For this report, we only required the numbers of drinkers per age and sex.

I TABLEAU A1 I

Categories of alcohol-attributable diseases and the sources used for determining risk relations

Condition ICD 10	Code	Sources of risk relations (for calculating alcohol-attributable fractions)
Infectious and parasitic diseases		
Tuberculosis	A15-19	Lönnroth et al., 2008 [98]; for causal relationship see: Rehm et al., 2009[99]
Human immunodeficiency virus/ Acquired immune deficiency syndrome	B20-24	Gmel et al., 2011[73] ; for estimate on the impact of alcohol on worsening the disease course via disrupting the medication schedule; not relevant for France because of small numbers as cause of deaths
Malignant neoplasms		
Mouth and oropharynx cancers	C00-14	IARC, 2012 [100, 101], Bann et al., 2007[102] ; (based on relative risks from Corrao et al., 2004 [103])
Esophageal cancer	C15	IARC, 2012 [101], Bann et al., 2007[102] ; (based on relative risks from Corrao et al., 2004 [103])
Liver cancer	C22	IARC, 2012 [101], Bann et al., 2007 [102] ; (based on relative risks from Corrao et al., 2004 [103])
Laryngeal cancer	C32	IARC, 2012 [101], Bann et al., 2007[102] ; (based on relative risks from Corrao et al., 2004 [103])
Breast cancer	C50	IARC, 2012 [101], Bann et al., 2007 [102] (based on relative risks from Corrao et al., 2004 [103])
Colon cancer	C18	IARC, 2012[101], Bann et al., 2007 [102]; (based on relative risks from Bagnardi et al., 2015[104])
Rectal cancer	C20	IARC, 2012[101], Bann et al., 2007; (based on relative risks from Corrao 2004 [103])
Diabetes		
Diabetes mellitus	E10-14	Baliunas et al., 2009 [105]
Neuro-psychiatric conditions		
Alcoholic psychoses (part of AUD)	F10.0, F10.3-10.9	Special analysis, see explanation in Methods
Alcohol abuse (part of AUD)	F10.1	Special analysis, see explanation in Methods
Alcohol dependence (part of AUD)	F10.1	Special analysis, see explanation in Methods
Epilepsy	G40-41	Samokhvalov et al., 2010 [106]
Cardiovascular disease		
Hypertensive disease	I10-15	Taylor et al., 2009 [107]
Ischemic heart disease	I20-25	Roerecke et al., 2010 [108], Roerecke et al 2012 [109], Rehm et al., 2014 [72]
Cardiac arrhythmias	I47-49	Samokhvalov et al., 2010 [110]
Ischemic stroke	I63-66	Rehm et al., 2014 [72], Patra et al., 2010 [111]
Hemorrhagic and other non-ischemic stroke	I60-62	Patra et al., 2010 [111]
Digestive diseases		
Cirrhosis of the liver	K70, K74	Rehm et al., 2010 [112] ⁶²
Acute and chronic pancreatitis	K85, K86.1	Irving et al., 2009 [113] ⁶³

Condition ICD 10	Code	Sources of risk relations (for calculating alcohol-attributable fractions)
Respiratory infections		
Lower respiratory infections	J10–18, J20–22	Samokhvalov et al., 2010 [114]
Unintentional injuries		
Motor vehicle accidents	§	Corrao et al., 2004 [103]
Poisonings	X40-49	Corrao et al., 2004 [103]
Falls	W00-19	Corrao et al., 2004 [103]
Fires	X00-09	Corrao et al., 2004 [103]
Drowning	W65-74	Corrao et al., 2004 [103]
Other Unintentional injuries	†Rest of V-series and W20-64, W75-99, X10-39, X50-59, Y40-86, Y88, Y89	Corrao et al., 2004 [103]
Intentional injuries		
Self-inflicted injuries	X60-X84, Y87.0	Corrao et al., 2004 [103]
Homicide	X85-Y09, Y87.1	Corrao et al., 2004 [103]

* Due to lack of data on very specific categories of death, diseases where alcohol is a necessary cause (other than Alcohol Use Disorders), such as alcohol poisonings, were modelled using RRs for the broader category. § V02.1–9, V03.1–9, V04.1–9, V09.2, V09.3, V12.3–9, V13.3–9, V14.3–9, V19.4–6, V20.3–9, V21.3–9, V22.3–9, V23.3–9, V24.3–9, V25.3–9, V26.3–9, V27.3–9, V28.3–9, V29.4–9, V30.4–9, V31.4–9, V32.4–9, V33.4–9, V34.4–9, V35.4–9, V36.4–9, V37.4–9, V38.4–9, V39.4–9, V40.4–9, V41.4–9, V42.4–9, V43.4–9, V44.4–9, V45.4–9, V46.4–9, V47.4–9, V48.4–9, V49.4–9, V50.4–9, V51.4–9, V52.4–9, V53.4–9, V54.4–9, V55.4–9, V56.4–9, V57.4–9, V58.4–9, V59.4–9, V60.4–9, V61.4–9, V62.4–9, V63.4–9, V64.4–9, V65.4–9, V66.4–9, V67.4–9, V68.4–9, V69.4–9, V70.4–9, V71.4–9, V72.4–9, V73.4–9, V74.4–9, V75.4–9, V76.4–9, V77.4–9, V78.4–9, V79.4–9, V80.3–5, V81.1, V82.1, V83.0–3, V84.0–3, V85.0–3, V86.0–3, V87.0–8, V89.2.

†Rest of V = V-series MINUS §

Lifetime risk calculations

To estimate the lifetime risk of an alcohol-attributable death under various average daily alcohol consumption amounts, the lifetime risk of death (non-alcohol attributable and alcohol-attributable) was modelled using 1 gram intervals for people who consumed on average 1 to 40 grams (g) of alcohol per day. The lifetime risk of death was calculated for people 0 to 74 years of age, as there is considerable misclassification of the cause of death for people in older age groups [74-76]. The risk of an alcohol-attributable death was modelled only for people 15 to 74 years of age, as alcohol consumption among people 0 to 14 years of age is typically substantially lower than alcohol consumption among people 15 years of age and older [64]. Accordingly, alcohol-attributable deaths among people 0 to 14 years of age are rare [64].

The estimation of the lifetime risk of death was performed in multiple steps using a probabilistic model, such that the total population at age 0 was equal to 1. The first step in this model was to estimate the absolute age-specific (non-sex-specific) mortality risk for lifetime abstainers on the basis of (i) overall mortality data, (ii) alcohol-attributable mortality data, and (iii) population data for the year 2012 (see presentation in Appendix 1, slide #9 following, for a graphical representation). Specifically, the mortality risk for a lifetime abstainer by age was estimated by subtracting the cause-specific alcohol-attributable deaths, by age, from the overall deaths for that cause. The result of this subtraction was divided by the mid-year population to estimate the cause-specific mortality risk per person per year for a lifetime abstainer.

The second step in this model was to estimate the risk of an alcohol-attributable death by age. For this step, the RRs (adverse or protective) were estimated by cause for all modelled consumption amounts (see details in [5]). Thereafter, the cause-specific mortality risk for lifetime abstainers was multiplied by the sex- and cause-specific excess RR (the RR minus 1) at each alcohol consumption level (see formula in the Appendix 1). These cause-specific mortality risks were then combined to estimate sex- and age-specific mortality risks for an alcohol-attributable death.

The third step in this model was to estimate the lifetime risk of an alcohol attributable death based on a stepwise probabilistic model. For this model, the probability of being alive or dead is estimated in a stepwise fashion (for each year) from age 0 to age 74. The probabilities of dying of an alcohol-attributable death are then summed to estimate the lifetime risk of an alcohol-attributable death. This summed probability is then multiplied by (i) 100, and by (ii) 1000 in order to estimate the lifetime risk of an alcohol-attributable death per 100 people and 1000 people respectively. A more detailed description of the methodology is outlined in Appendix 2.

Uncertainty estimation

Uncertainty was calculated by means of a Monte Carlo methodology with 40,000 simulations of the lowest level parameters [77]. The 2.5 and 97.5 percentiles of each sex-, country- and alcohol consumption-specific lifetime mortality risk simulated distribution were used as approximations for 95% confidence intervals (CI).

Definition of acceptable risk

An acceptable level of risk tends to be defined differently for voluntary behaviours (such as alcohol drinking, smoking, bungee jumping, skiing etc. [78]) compared to risks from involuntary exposures (e.g., air pollution [79, 115, 116]); (for background of the distinction between voluntary and involuntary risk, see [78, 117-119]). The conclusion of Starr's analysis (see [78], p. 1237) can be used to estimate acceptable voluntary risk, namely that the public is willing to accept "voluntary" risks roughly 1,000 times greater than "involuntary" risks (see [78] and [84]).

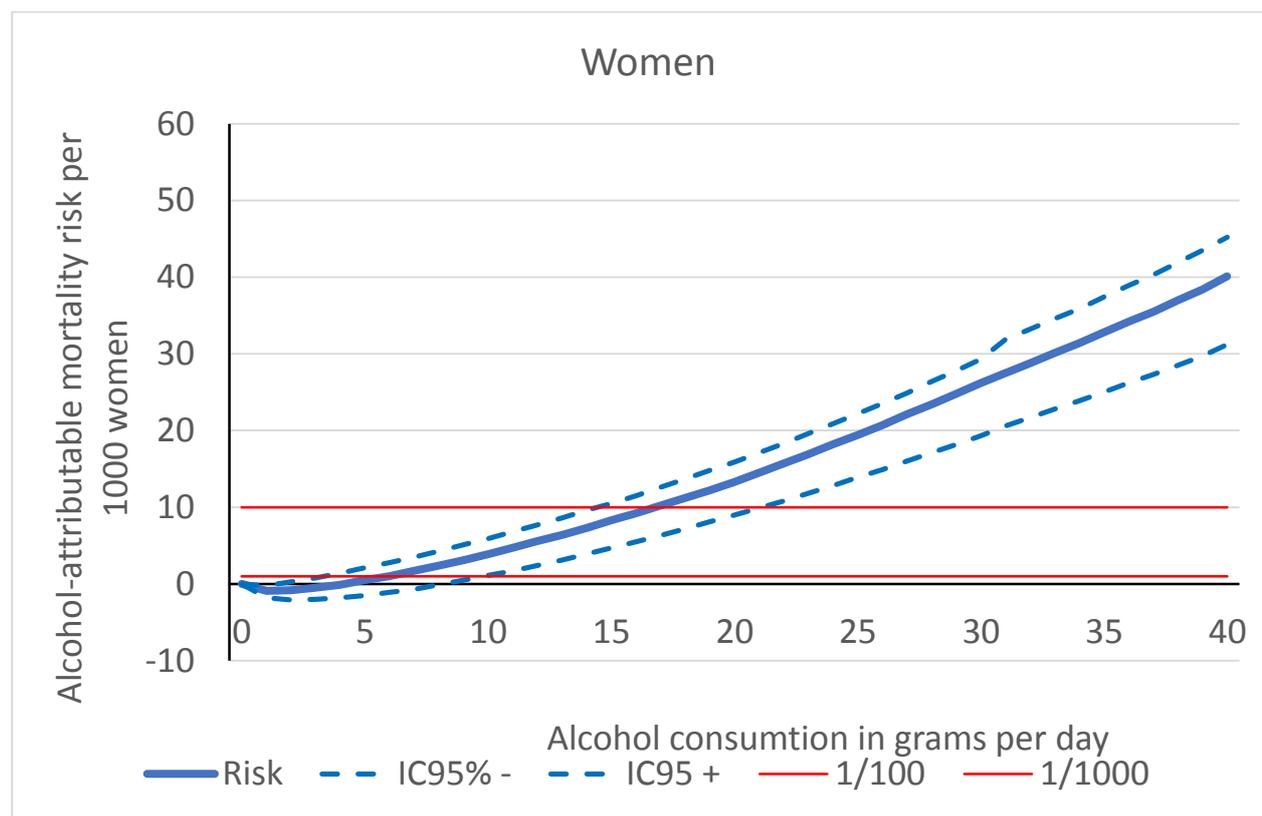
A one in one million lifetime mortality risk has become somewhat of a gold standard of acceptable risk for involuntary exposure, and has been used in different areas such as water safety in Australia and the US [115, 116] and for increases of exposure to carcinogens in air, sediment or soil [79]. Dividing this risk by 1,000 (the ratio taken from [78] as the norm for acceptable levels of voluntary risk) leads to a maximum acceptable voluntary risk of 1 in 1,000 [78]. However, it should be noted that other definitions of acceptable voluntary risk have been used [79]. For the Australian guidelines [7] and the UK guidelines [93], implicitly a standard of 1 in 100 was used, which standard we used for sensitivity analyses.

Results

Figure 14 presents the lifetime risks for French women and men for levels of alcohol consumption between 0 and 40 g/day. In France, where a standard drink size is 10 g of pure alcohol [31], between 0 and 40g of alcohol corresponds to consumption of between 0 and 4 standard drinks.

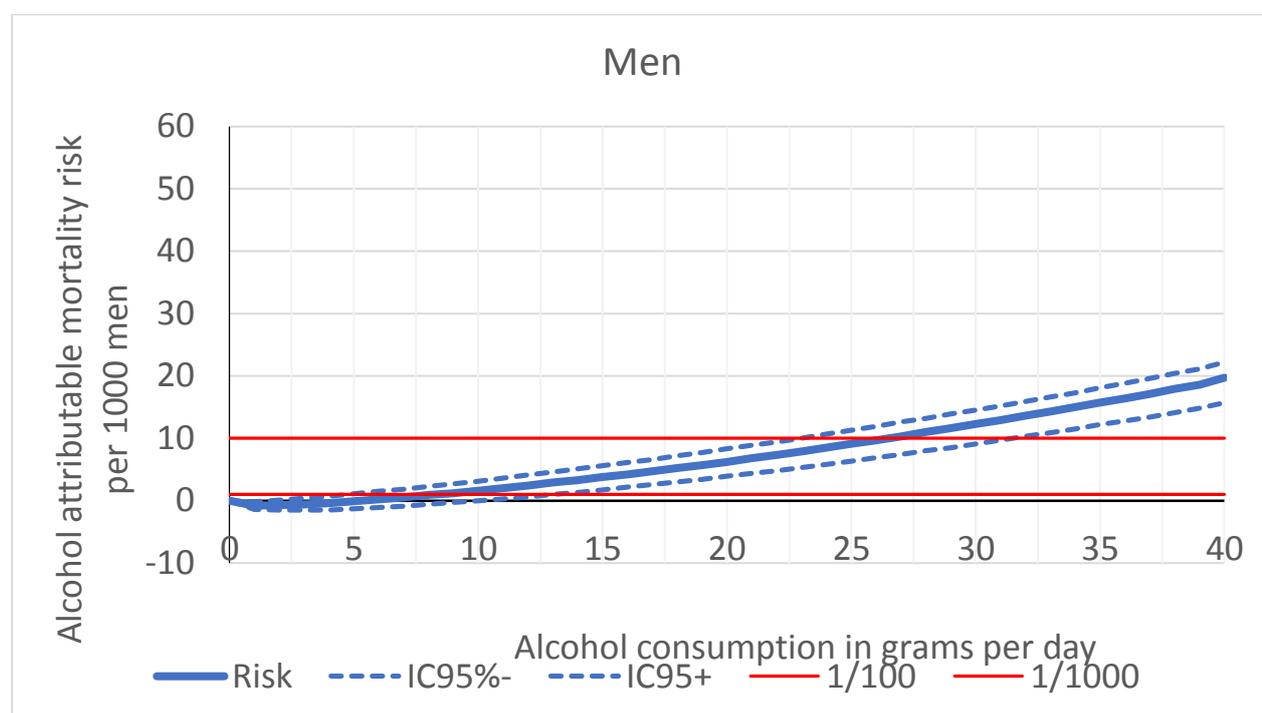
I FIGURE A1 I

Lifetime risk of an alcohol-attributable death in France, in women, 2012



I FIGURE A2 I

Lifetime risk of an alcohol-attributable death in France, 2012, in men



For a standard acceptable threshold of 1 in 1,000, for women, consumption of 6 g/day (95% CI: 4 to 10) would be enough to reach this threshold; for men, consumption of 9 g/day (95% CI: 5 to 13) would suffice. This means that the low-risk drinking guidelines should be fixed at one drink per day for both sexes, assuming that such guidelines also recommend 1 day without alcohol per week. Furthermore, this means an average alcohol consumption of equal to or greater than 17 g/day (95% CI: 15 to 22 g/day) and 27 g/day (95% CI: 23 to 32 g/day) for a risk threshold of 1 in 100 people (see Table 2).

I TABLEAU A2 I

Lifetime risk of an alcohol-attributable death in France, 2012 by sex and average daily alcohol consumption

Alcohol consumption (g/day)	Men		Women	
	Point estimate	(95% CI)	Point estimate	(95% CI)
0	0,0	(0, 0 ; 0, 0)	0,0	(0, 0 ; 0, 0)
1	-0,8	(-1, 4 ; -0, 2)	-0,9	(-1,8 ; -0,2)
2	-0,7	(-1, 5 ; 0, 1)	-0,8	(-2,1 ; 0,3)
3	-0,6	(-1, 5 ; 0, 4)	-0,5	(-2,0 ; 0,8)
4	-0,4	(-1, 5 ; 0, 7)	-0,1	(-1,8 ; 1,4)
5	-0,1	(-1, 3 ; 1, 1)	0,5	(-1,5 ; 2,1)
6	0,2	(-1, 1 ; 1, 5)	1,0	(-1,1 ; 2,8)
7	0,5	(-0, 9 ; 1, 8)	1,7	(-0,7 ; 3,5)
8	0,9	(-0,6 ; 2,3)	2,4	(-0,1 ; 4,3)
9	1,2	(-0,3 ; 2,7)	3,1	(0,5 ; 5,1)
10	1,6	(0,0 ; 3,1)	3,9	(1,1 ; 5,9)
11	2,0	(0,3 ; 3,6)	4,7	(1,7 ; 6,8)
12	2,4	(0,6 ; 4,1)	5,6	(2,4 ; 7,7)
13	2,9	(1,0 ; 4,6)	6,4	(3,1 ; 8,6)
14	3,3	(1,3 ; 5,1)	7,3	(3,9 ; 9,6)
15	3,8	(1,7 ; 5,6)	8,3	(4,7 ; 10,5)
16	4,2	(2,2 ; 6,1)	9,2	(5,5 ; 11,5)
17	4,7	(2,6 ; 6,6)	10,2	(6,3 ; 12,6)
18	5,2	(3,0 ; 7,2)	11,2	(7,2 ; 13,7)
19	5,7	(3,4 ; 7,7)	12,2	(8,1 ; 14,8)
20	6,2	(3,9 ; 8,3)	13,3	(9,0 ; 15,9)
21	6,8	(4,4 ; 8,9)	14,5	(9,9 ; 17,1)
22	7,3	(4,8 ; 9,4)	15,7	(10,8 ; 18,3)
23	7,9	(5,3 ; 10,0)	16,9	(11,8 ; 19,6)

Alcohol consumption (g/day)	Men		Women	
	Point estimate	(95% CI)	Point estimate	(95% CI)
24	8,5	(5,8 ; 10,7)	18,2	(12,8 ; 20,9)
25	9,1	(6,3 ; 11,33)	19,4	(13,9 ; 22,2)
26	9,7	(6,9 ; 11,9)	20,7	(14,9 ; 23,5)
27	10,3	(7,4 ; 12,6)	22,1	(16,0 ; 24,9)
28	11,0	(8,0 ; 13,2)	23,4	(17,1 ; 26,4)
29	11,6	(8,5 ; 13,9)	24,8	(18,2 ; 27,8)
30	12,3	(9,1 ; 14,5)	26,2	(19,9 ; 29,3)
31	12,9	(9,7 ; 15,2)	27,5	(20,6 ; 31,9)
32	13,6	(10,3 ; 15,9)	28,8	(21,7 ; 33,2)
33	14,3	(10,9 ; 16,6)	30,1	(22,8 ; 34,6)
34	15,0	(11,5 ; 17,3)	31,4	(23,9 ; 35,9)
35	15,7	(12,2 ; 18,1)	32,8	(25,0 ; 37,4)
36	16,4	(12,8 ; 18,8)	34,2	(26,2 ; 38,9)
37	17,1	(13,4 ; 19,6)	35,5	(27,3 ; 40,3)
38	17,9	(14,1 ; 20,4)	37,0	(28,5 ; 41,9)
39	18,6	(14,8 ; 21,1)	38,4	(29,7 ; 43,5)
40	19,7	(15,7 ; 22,2)	40,1	(31,2 ; 45,2)

Discussion

The current calculations were based on standard assumptions. Of course, different thresholds may be considered, but 1 in 100 is already a threshold which would not be acceptable to any other behaviour than alcohol [84]. Modern societies would not accept any other food items with such a high risk, and most societies have put in place prohibitions against other substances with even less risk [120].

Another decision which must be made is how to estimate the mortality rate which is free of any alcohol-attributable deaths. The data used in this analysis were from the World Health Organization's Global Status Report on Alcohol and Health [67] due to multiple factors: firstly, it uses the same year as was used as the basis for our calculations, and secondly, it applied the same indicators for exposure and RRs as did this report. Lastly, the data from the WHO corrects for misclassification in mortality data which may be present for cardiovascular diseases, poisonings as well as other causes of death [79, 121, 122].

Using other estimations of alcohol-attributable mortality for France would have resulted in very similar values for this calculation. Specifically, the numbers from the Global Status Report on Alcohol and Health are between the estimates of Rey et al. ([123]; estimate for 2006) and Guérin and colleagues ([124]; estimate for 2009). As Rehm [125] and Rey and colleagues [123, 126] discuss in detail, different assumptions on RRs, exposure and correction factors lead to different numbers of alcohol-attributable deaths. Finally, the under reporting of alcohol consumption in population surveys (i.e., correction for sales or not; see [127] for details), did not play a role in our analysis, as we modelled based on fictive populations where every member consumes a specific amount of alcohol.

The method of modelling “ideal” people with constant drinking behaviours may provoke some criticism. However, these estimates are conservative compared to a method that uses a distribution of average alcohol consumption. Specifically, the majority of RR curves for alcohol use are monotonic [127, 128], exponential, and linear on the exponential level. Thus as observed in empirical studies [129], a variation in drinking will result in a higher risk. These considerations have led the UK committee to recommend that for a given level of drinking per week, the drinking should be spread out over more than 3 occasions [119].

Conclusions

Alcohol has been linked to considerable mortality in France [123, 124, 130]. Low-risk drinking guidelines may reduce this mortality, and consumers have the right to know the potential consequences of drinking alcohol [131, 132]. Using usual standards of acceptable risk based on the French pattern of mortality would lead to recommendations of one standard drink of alcoholic beverages per day. Even if the risk standards which are used are usually not acceptable for voluntary risks, such as 1 in 100, women would reach this threshold with less than 2 drinks and men with less than 3 drinks per day, or the equivalent of 12 and 19 standard drinks per week for women and men, respectively. However, weekly limits may not be practical for such recommendations, as they require keeping track of one’s drinking over 7 days.

Funding

This work was supported by a financial contribution of Santé publique France to calculate the risks associated with different levels of alcohol consumption in France.

The development of the underlying methodology was supported by the National Institute for Health and Welfare, Finland, in the framework of the Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA) co-funded by the European Union Health Programme (2008-2013); and by the European Community's Seventh Framework Programme (FP7/2007–2013) [grant number 266813] – Addictions and Lifestyle in Contemporary Europe – Reframing Addictions Project (ALICE RAP [133]). Participant organizations in ALICE RAP can be seen in [134].

The content of this report represents the views of the authors and is their sole responsibility; it can in no way be taken to reflect the views of any of the organizations which financially contributed to the methodology or to this report.

Acknowledgements

The authors would like to thank Susan Steinback for referencing the manuscript.

Competing interests

None declared/

Ethics approval

Ethics approval was not required, as this study involved secondary data analyses only.

Appendices

Appendix 1. Comment le niveau de consommation affecte-t-il le risque de décès dû à l'alcool en France?



Comment le niveau de consommation affecte-t-il le risque de décès dû à l'alcool en France?

J. Rehm & K. D. Shield*

Institute for Mental Health Policy Research (IMHPR), Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto (UofT), Canada

Dept. of Psychiatry, Faculty of Medicine, UofT, Canada

PAHO/WHO Collaborating Centre for Mental Health & Addiction

Epidemiological Research Unit, Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie & Psychotherapie, Dresden, Germany

* Section of Cancer Surveillance, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France



Merci!



Ce travail n'aurait pas été possible :

- ... sans nos co-auteurs pour the premier rapport: Gerrit Gmel et Charlotte Probst (*Risk of dying due to alcohol for different levels of average drinking in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines*)
- ... sans le soutien financier de la **National Institute for Health and Welfare, Finland, in the framework of Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)**
- ... sans le soutien financier de **Santé publique France** pour les calculs spécifiques pour la France.
- ... Sans certains des travaux préparatoires de ALICE RAP, le OMS et la *Global burden of disease study*.



Le problème et une solution possible

QUELLE EST LA BASE SCIENTIFIQUE DES REPÈRES (DIRECTIVES) POUR UNE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE?

3

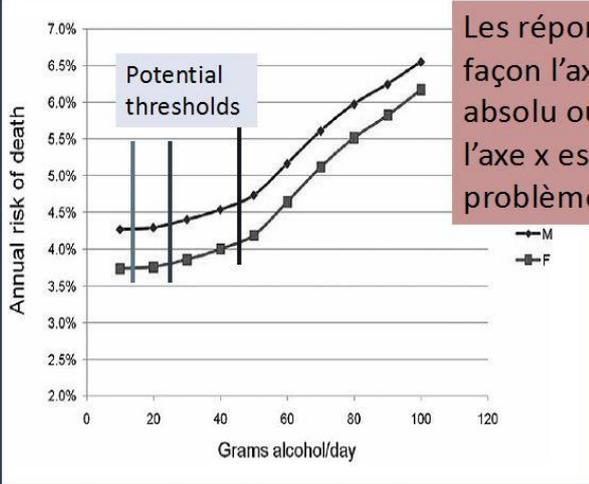
Le problème

Les repères (directives) pour une consommation d'alcool à faible risque sont très demandées car elles s'intègrent bien dans l'idéal moderne de la société de consommation qui consiste en des consommateurs bien informés faisant des choix rationnels basés sur des bonnes connaissances.

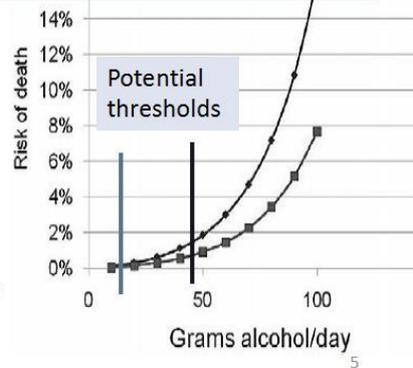
- De nombreuses révisions des directives dans différents pays se fondent généralement sur des comités d'experts.
- Ces comités mènent des discussions inévitables sur l'endroit où établir un seuil sur une courbe continue.

4

Le problème de continuité: où est la valeur seuil?



Les réponses semblent changer la façon l'axe y est marqué (RR ou risque absolu ou taux) ou jusqu'à quel point l'axe x est montré (encadrement du problème -> Tversky and Kahneman)



Exemples de courbes de risque continu pour la maladie attribuable à l'alcool (côté gauche) ou blessure (côté droit)

La solution

- La plupart des sociétés à revenu élevé modernes ont des normes claires pour les risques maximaux de mortalité sur une vie:
 - 1 pour 1 000 000 (un million) pour les risques involontaires (eau, sol, air) et 1 pour 1 000 (mille) pour les risques volontaires fondés sur le comportement (comme le tabagisme, le ski, etc.).
 - Si le risque dépasse le seuil qui s'applique à un certain comportement, la société prend des mesures pour réduire les risques!
- **Cette norme pourrait être adoptée pour la consommation d'alcool.**

Starr C.(1969) Social benefit versus technological risk. *Science*,165(3899):1232-8.

Rehm J, Lachenmeier DW, Room R.(2014) Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine*, 12:189.

Conclusion

- La décision subjective et arbitraire sur l'endroit où mettre le seuil peut être répondu scientifiquement si des normes communes sur le risque acceptable dans les sociétés à revenu élevé ont été adoptées.
- Du point de vue du buveur, c'est un risque volontaire, donc la norme est de 1 sur 1 000 sur la durée d'une vie.
- Mais une personne en état d'ébriété peut causer du tort à autrui, et du point de vue de la tierce personne, le risque est involontaire, et la norme devient 1 sur 1 000 000 sur la durée d'une vie
- Jusqu'à présent, les lignes directrices à faible risque ont porté uniquement sur le préjudice causé au buveur
- En utilisant le seuil de risque acceptable ci-dessus, le problème de la mise en place de consignes de consommation à faible risque devient alors de trouver le niveau de boisson au cours d'une vie qui dépasse le risque de mortalité de 1 sur 1 000!

Un guide intuitif en cinq étapes

MÉTHODOLOGIE POUR DÉTERMINER LE RISQUE DE MORTALITÉ SUR UNE VIE ATTRIBUABLE À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

8

Étape 0: Obtenir des données sur le risque de mortalité pour le pays considéré, selon le sexe et l'âge.

Étape 1: Identifier la proportion de mortalité attribuable à la consommation d'alcool actuelle et passée (dans notre cas, sur la base Global Status Report on Alcohol and Health, 2014)

Mortalité non-attribuable à l'alcool

Mortalité attribuable à l'alcool

9

Étape 2: Extraire la portion de mortalité non attribuable à l'alcool (c'est-à-dire, simuler le pays dans le scénario fictif sans consommation d'alcool).

Mortalité non attribuable à l'alcool

10

Étape 3: Ajouter la mortalité qui résulterait de différents scénarios de consommation

Mortalité non Attribuable à l'alcool

1* 2* 3* 4*

* Mortalité ajoutée pour 1 boisson ou x grammes par jour, 2 boissons par jour, etc.

11

Étape 4: Les étapes 1 à 3 ont été menées (calculées) pour un an de risque de mortalité selon le sexe et l'âge. Afin de dériver le risque à vie, nous avons pris une cohorte hypothétique et les avons suivis artificiellement entre les 15 et 74 ans, en leur appliquant les risques de mortalité année par année séparément par âge et par sexe. (Le risque de survie à vie est donc déterminé en fonction de la multiplication de tous les risques annuels de survie).

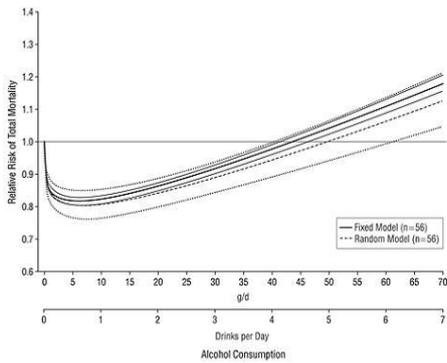
12

Méthodologie suite

DES DÉCISIONS PLUS FORMELLES

13

Peut-on tirer des résultats des méta-analyses pour la mortalité toutes causes confondues?



Di Castelnuovo et al. (2006) *Arch Intern Med.*, 166(22):2437-2445.

=> **Approche spécifique de la cause**

(C'est-à-dire, l'agrégation de toutes les causes de décès attribuables à l'alcool)

Non. Ces méta-analyses sont basées sur des cohortes, qui ont été créées pour faciliter le suivi. Bien que cette méthode soit acceptable pour tester les relations causales entre l'exposition et les résultats spécifiques (par exemple, l'alcool et le cancer du sein), elle ne peut pas être utilisée pour la mortalité toutes causes, étant donné que la répartition des causes de décès est problématique.

Rehm & Patra (2012). *Drug and Alcohol Review*, 31:156-161.

14

Quelles maladies et blessures sont attribuables à l'alcool?

- Basé sur WHO Global Status Report on Alcohol and Health et sur le GBD



Rehm et al. (2010). *Addiction*, 105(5):817-843.

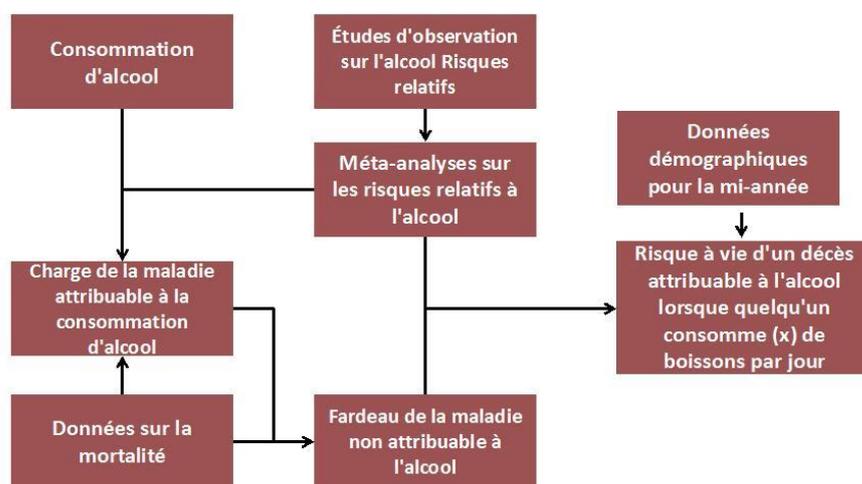
Principaux groupes de maladies attribuables à l'alcool:
 Cancer
 Diabète
 Maladies cardiovasculaires (maladies ischémiques)
 Maladies gastro-intestinales
 Troubles neuropsychiatriques
 Blessures

15

RESULTATS POUR LA FRANCE

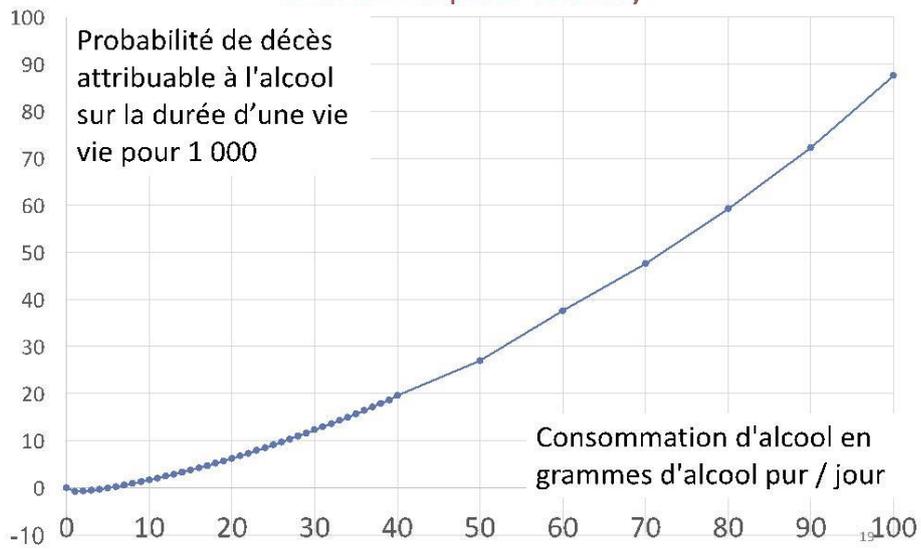
17

Vers des directives pour une consommation d'alcool à faible risque fondées sur des données empirique: sources de données

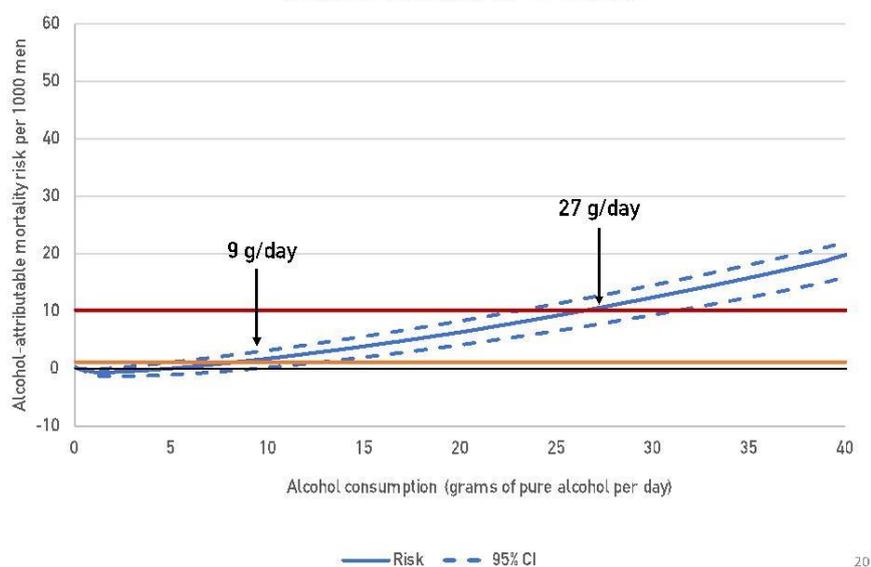


18

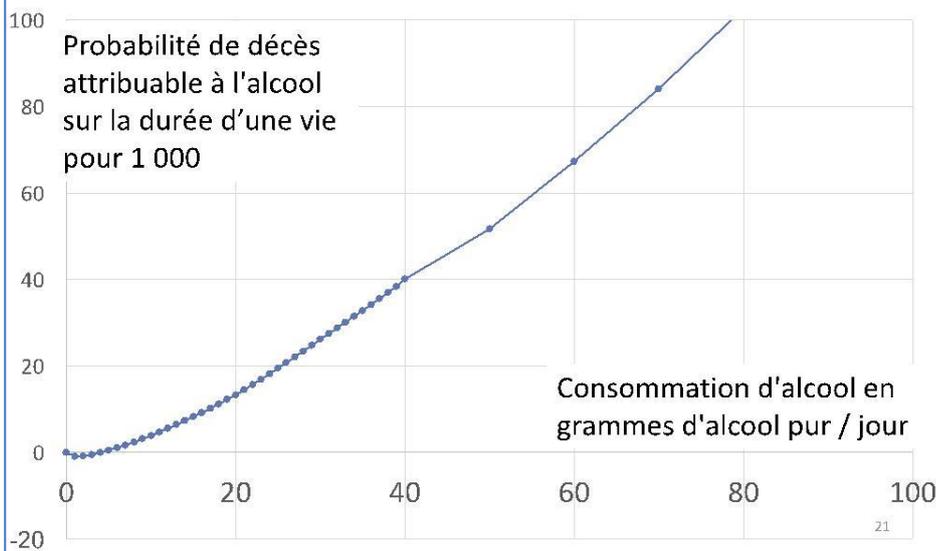
Hommes (probabilité de décès sur la durée d'une vie pour 1 000)



Hommes (probabilité de décès sur la durée d'une vie pour 1 000)



Femmes (probabilité de décès sur la durée d'une vie pour 1 000)

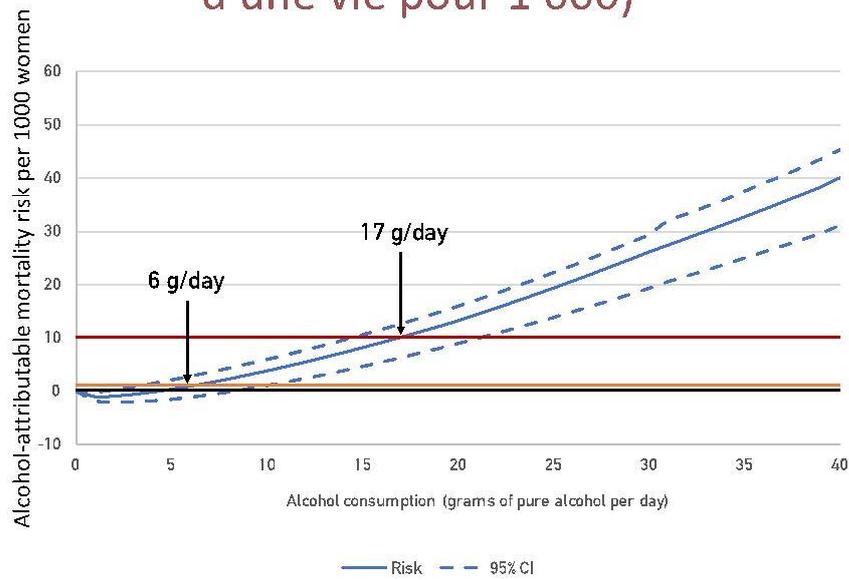


Conclusions concernant les repères (directives) de consommation d'alcool à faible risque pour la France

Selon les normes habituelles de risque acceptable pour les comportements volontaires dans nos sociétés, les repères (directives) de consommation d'alcool à faible risque devraient être fixés à 10g d'alcool pur pour les deux sexes (C'est-à-dire limiter la consommation quotidienne d'une boisson standard dans la plupart des pays européens). Avec un risque acceptable de 1 dans 100, les repères (directives) de consommation d'alcool à faible risque devraient être fixés à 1-2 verres standard pour les femmes et 2-3 verres standard pour les hommes.

23

Femmes (probabilité de décès sur la durée d'une vie pour 1 000)



22

Voir Annexe en ligne :

http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_JRehmDShield_040517

Appendix 2. Methodology for estimating the alcohol-attributable lifetime premature mortality risk associated with various levels of drinking

The risk of mortality was estimated for an average level of daily alcohol use with no variation between days. The levels of alcohol use for which calculations were made were modelled using 1 gram intervals for people who consumed on average 1 to 40 grams (g) of alcohol per day, and using 10 gram intervals from 40 to 100 g/day. For all disease categories causally related to alcohol consumption, we obtained meta-analyses that evaluated the dose-response risk relationship between alcohol and disease mortality (i.e., alcohol mortality Relative Risk (RR) functions) (see Table 1). These RR functions (where lifetime abstainers were used as the reference category) were used to calculate the RR of mortality for each category of alcohol consumption. Formula 1 (see below) was used to derive the risk of death per person per year at each alcohol consumption level and in a given sex-age category.

All analyses were conducted by first subtracting the current impact of alcohol use to obtain a zero alcohol consumption number of deaths ($Deaths_{AA_Removed_{iz}}$), which involved removing the alcohol-attributable deaths (obtained from the Global Status Report on Alcohol and Health[67] from all deaths in that cause-of-death category i (where i is the index of causes of death (diseases and injuries) that are causally impacted by alcohol (except for Alcohol Use Disorders (AUDs)) for a given age group z (mortality and population data were combined for men and women: see rationale below). The absolute risk of dying from an alcohol-attributable death in 2012 for any given sex p , age group z , at alcohol consumption level q , was then calculated using Formula 1.

[Formula 1]

*Risk. Death. AA*_{pzq}

$$= \frac{\sum_{i=1}^n ((RR_{ipz}(q) - 1) * Deaths_{AA_Removed_{iz}}) + Deaths_{AUD_z} * \frac{Prev_AD_{Counterfactual_p}(p, q, z)}{Prev_AD_{Current}(p, z)}}{Population_z}$$

where $RR_{ipz}(q)$ is the relative risk for mortality at the drinking level q for disease i , sex p and age z , $Deaths_{AUD_z}$ is the number of AUD deaths for age group (z), $Prev_AD_{Counterfactual}(p,q,z)$ is the prevalence of alcohol dependence (AD) under the counterfactual scenario linked to the alcohol level indexed by q , and $Prev_AD_{Current}(p,q,z)$ is the current actual prevalence of AD.

Data on the prevalence of AD were obtained from a study by Rehm and colleagues (see [135]) and data for counterfactual scenarios were based on alcohol use data among people with AD from the recent APC-Study (not yet published). From this distribution of alcohol consumption among people with AD, we were able to estimate the distribution of alcohol consumption among people with AD in Europe (as obtained from [135]). Based on this latter distribution, we were able to estimate the probability of a European individual having AD given an average daily alcohol consumption amount (q). This prevalence of AD was used as the $Prev_AD_{Counterfactual}(p,q,z)$. Therefore, AUD deaths were modelled based on the expected prevalence of AD at alcohol consumption level q and the current prevalence of AD. Since AD is the more important risk factor for AUD death when compared to harmful alcohol use, this method more accurately approximates the number of AUD deaths than if the prevalence of AUDs was used [136].

Age groups were split into five-year intervals starting at 15 years of age. Population data and mortality data were obtained from the World Health Organization (based on Global Health Estimates: [137]). All calculations were performed by age group and country using combined non-alcohol-attributable mortality risks for men and women. Furthermore, all calculations were made for men and women separately for each country.

There are various potential problems with this approach. Firstly, if we used the sex-specific mortality, women would be given thresholds that were too high. This is because women have, in comparison to men, higher life-expectancies (i.e., lower lifetime mortality risk) in all European countries (see [138, 139]). Consequently, the analyses would be driven more by their overall mortality risk than by their alcohol RRs.

Secondly, the mortality risks for alcohol-attributable diseases other than AUDs are based on RRs. This model could not be employed for AUDs, as these are 100% alcohol-attributable by definition (see above). In the case of AUDs, a different methodology had to be applied, essentially multiplying the probability of having AD, given different levels of drinking (see above). However, there are additional problems with the mortality from AUDs: while AUDs are associated with a high level of mortality [140-142], they usually do not appear as a major underlying cause of death in European or global statistics for many reasons, including insurance issues and stigmatization (i.e., insurers in some European countries will not pay if death is “self-inflicted” by alcoholism; for more about the stigmatization associated with AUDs and consequences for measurement, see [143, 144]). This under-reporting will lead to a slight underestimation of the lifetime risk of an alcohol-attributable death.

Thirdly, while the procedure of first removing deaths estimated to be alcohol-attributable successfully eliminates some of the impact of patterns of drinking (e.g., some of the impact on injury [145] and ischemic heart disease [146]), we suspect that other impacts of patterns of drinking can be found in the country-specific overall mortality, even in the zero consumption mortality model. An example of the impact of patterns of drinking is the high proportion of misclassified alcohol poisoning deaths in Estonia [117, 147-149].

Lastly, the one-year mortality risks obtained for the various sex-age groups using Formula 1 above were combined from ages 0 to 74 to yield lifetime risks using Formulas 2 and 3 below. For this step, we used a hypothetical cohort and artificially “followed” them between ages 0 and 74, applying to them the age- and sex-specific one-year risks of mortality derived using Formula 1. This was performed using Formula 2 (where $k \geq 1$):

[Formula 2]

$$POP_{pkq} = POP_{p(k-1)} - ((RiskDeathsNonAA_{pk} + RiskDeathsAA_{pkq}) * POP_{p(k-1)})$$

where POP_k is the population remaining at the end of age k (POP_k starts at 1 for 0 years into a person’s life course, and decreases as age increases), $RiskDeathsNonAA_{pk}$ represents the risk of death from non-alcohol-attributable causes for a person of age k and sex p , and $RiskDeathsAA_{pkq}$ represents the risk of death from an alcohol-attributable cause for a person of age k and sex p at alcohol consumption amount q . This formula is applied in an iterative fashion to calculate the population at age 0 to age 74. Using Formula 3, we can then calculate the total risk of an alcohol-attributable death.

[Formula 3]

$$CumulativeRiskAlcohol_{pkq} = \sum_{k=0}^{74} RiskDeathsAA_{pkq} * POP_{p(k-1)}$$

where $CumulativeRiskAlcohol_k$ represents the cumulative lifetime risk of dying from an alcohol-attributable death at age k in a person’s life course for a person of sex p and an average alcohol consumption of q .

Confidence Intervals

The confidence intervals did include uncertainty for the RR functions but did not include estimations of uncertainty for mortality or population estimates as they are not provided by the World Health Organization (see [96]) or the United Nations (see [150]) respectively.

Annexe 4 / Étude sur les représentations liées à l'alcool

Marie Gariazzo
Département Opinion et Stratégies d'Entreprise, Ifop

Sommaire

1 - Méthodologie	81
2 - Les grands enseignements de l'étude	94
A - Le rapport à la consommation d'alcool.....	94
1. Les représentations associées à l'alcool : un vecteur éminemment social	94
2. Une différenciation spontanée entre 2 modes de consommation	98
3. Les portraits de « celui qui boit pas mal » et de « celui qui ne boit pas »	99
4. Des parcours de consommation qui évoluent avec l'âge et entre les générations	102
5. Différents profils de consommateurs mais une faible tendance partagée à s'interroger sur sa consommation.....	103
6. Focus sur les stratégies de contrôle de sa consommation d'alcool	105
7. Plusieurs facteurs influencent la quantité bue à la baisse	107
8. La perception des risques liés à l'alcool	109
B - Retour sur les repères de consommation.....	111
1. Des repères français méconnus	111
2. Des recommandations peu impactantes ou mal comprises	113
3. Le schéma des équivalences : un schéma éclairant mais qui n'induit pas forcément une prise de conscience supplémentaire.....	115
4. « Il est impératif de ne pas boire en cas de... » : des informations intéressantes.....	116
5. Les recommandations australiennes.....	116
6. Les recommandations canadiennes.....	118
7. Les recommandations anglaises.....	121
C - En guise de conclusion.....	125

1. Méthodologie

Étude réalisée pour : Santé publique France

Méthodologie : Étude basée sur l'animation de 8 réunions de groupes qui ont réuni au total 72 personnes.

Les hommes de 18-25 ans	
CSP moyenne et supérieure	CSP moyenne et populaire
<ul style="list-style-type: none">- ½ moins de 21 ans, ½ plus de 21 ans- Mixer les niveaux de consommation et le type d'alcool consommé	<ul style="list-style-type: none">- ½ moins de 21 ans, ½ plus de 21 ans- Mixer les niveaux de consommation et le type d'alcool consommé
RENNES	TOULOUSE

Les femmes de 18-25 ans	
CSP moyenne et supérieure	CSP moyenne et populaire
<ul style="list-style-type: none">- ½ moins de 21 ans, ½ plus de 21 ans- Mixer les niveaux de consommation et le type d'alcool consommé	<ul style="list-style-type: none">- ½ moins de 21 ans, ½ plus de 21 ans- Mixer les niveaux de consommation et le type d'alcool consommé
PARIS	LILLE

Les hommes de 25-60 ans	
CSP moyenne et supérieure	CSP moyenne et populaire
<ul style="list-style-type: none">- ½ moins de 45 ans, ½ plus de 45 ans- Mixer les niveaux de consommation et le type d'alcool consommé	<ul style="list-style-type: none">- ½ moins de 45 ans, ½ plus de 45 ans- Mixer les niveaux de consommation et le type d'alcool consommé
PARIS	LILLE

Les femmes de 25-60 ans	
CSP moyenne et supérieure	CSP moyenne et populaire
<ul style="list-style-type: none">- ½ moins de 45 ans, ½ plus de 45 ans- Mixer les niveaux de consommation et le type d'alcool consommé	<ul style="list-style-type: none">- ½ moins de 45 ans, ½ plus de 45 ans- Mixer les niveaux de consommation et le type d'alcool consommé
DIJON	NANTES

Date de réalisation : Du 21 au 30 novembre 2016.

Mode de lecture : Les propos indiqués en italique ou verbatim reproduisent mot à mot le discours des personnes interrogées.

2. Les grands enseignements de l'étude

A. Le rapport à la consommation d'alcool

1. Les représentations associées à l'alcool : un vecteur éminemment social

Dans toutes les cibles, on note une prédominance des évocations positives, très ancrées dans le plaisir et la convivialité, avec :

- Une prédominance nette des aspects sensoriels ressentis :

- ✓ **La gaieté, la joie, la bonne humeur**, l'excitation
- ✓ **Le bien-être, la décontraction, la détente**
- ✓ **Le plaisir gustatif** (plus présent parmi les jeunes femmes et les plus âgés).
- ✓ **La puissance** (pour les jeunes hommes)
- ✓ Mais aussi **la liberté, la désinhibition, notamment comme facilitateur de contacts sociaux, de rencontres**, y compris d'un point de vue **sexuel** (en plus mineur): les vertus de l'alcool dessinent **le schéma d'un renforcement intérieur qui facilite l'extraversion**
- ✓ **L'effet anxiolytique, l'oubli du quotidien, du stress et de ses difficultés, le ressourcement intérieur**, l'écran magique à une réalité trop pesante (plus répandu parmi les plus âgés)

- En plus mineur, **un acte social signifiant** :

- ✓ **Les arts de la table** (surtout pour les plus âgés et les jeunes femmes)
- ✓ **L'œnologie** comme art culturel, un moment gastronomique de dégustation
- ✓ **Le phénomène des terrasses**, culturellement fort en France mais dont la signification sociale a pris une forme de revendication dans le contexte post-attentat (un impact réel chez les jeunes, notamment à Lille et Paris)

« *Joie - Fête - Partage – échange - Amitié - La chaleur- Le partage - le bonheur - Des souvenirs joyeux - Partage- Complicité- convivialité – traditionnel – fraîcheur - Plénitude – Zen – Douceur – C'est la santé aussi, un bon verre de vin tous les jours- Je connais une grand-mère de 92 ans, verre de rouge le midi, verre de rouge le soir* » (Femmes 25-60, CSP-, Nantes)

« *Tchin – Fête – odeur de cigarettes - Joyeux – Soirée – Heureux - Rassembleur - Profité – être libéré - C'est bon - Ça fait du bien - Ça décontracte - Ça libère - Heureux – Joie- Détente- Chaleur - Léger - On se laisse aller - On lâche prise – on est puissant- On a la tête qui tourne - On perd l'équilibre – hilare* » (Hommes 18-25, CSP+, Rennes)

« *Repousser des barrières, permet de se désinhiber, se libérer, désinhibition, ça permet de rencontrer des gens, faire des rencontres, s'ouvrir un peu au monde* » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« *On oublie le quotidien, le stress, le côté métro/boulot/dodo* » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« *C'est anesthésiant, ça rend tout un peu plus doux, on oublie les soucis, ça rend les choses plus belles. (...) Un mariage heureux avec la nourriture, rose pâle pour le côté girly, le fait de mettre dans un beau verre, le cérémonial, les couleurs, les bulles c'est beau, le Champagne rosé.* » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

Les contreparties négatives n'apparaissent pas de la même façon selon les cibles

Chez les 18-25 ans – aussi bien pour les femmes que pour les hommes

Les contreparties négatives apparaissent plutôt dans un second temps ou sur relance. Elles sont très vite cantonnées à un type de consommation excessive.

- Les désagréments des effets secondaires, après coup :
 - ✓ Essentiellement physiques à court terme, le « lendemain » : tête qui tourne, vomissements, trous noirs...
 - ✓ Mais aussi comportementaux (cf. effet désinhibant) : absence de contrôle de soi, agressivité, paroles et actes excessifs que l'on peut regretter ensuite
- La notion de risques, dangers, accidents ou de vulnérabilité pour les femmes (en mineur)
- Le risque d'addiction : l'alcoolisme
- Le coût : boire régulièrement et/ou beaucoup représente incontestablement un budget pour les jeunes

Grand absent à ce stade : les effets sur la santé (à long terme), très peu mentionnés finalement, ou très évasivement.

Enfin, **boire de l'alcool est un acte courant, standard, dont on tient d'ailleurs à exprimer le caractère autorisé, non répréhensible** (ce qui prouve en creux le rapport social ambivalent intériorisé : interdit / défiance) : **l'alcool comme fédérateur ou facilitateur de lien social.**

« J'ai aussi des images de lendemains difficiles - ça dépend de la quantité qu'on boit - Sensation de mal au cœur - Ça c'est quand y'en a trop- De trop plein ; On peut être triste- l'alcool, c'est pas bon pour le lendemain. On ne se rend pas compte du danger. Je fais des trucs un peu débiles. Comme je fais de l'escalade, je grimpais à un moment sur les balcons » (Hommes 18-25, CSP+, Rennes)

« Grosse cuite, abus, pas de censure, état secondaire, lendemains difficiles, gueule de bois, crise de foie, oubli, vomissements, mal de tête » (...) « ça rend vulnérable » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Faire des choses qu'on regrette, on ne se contrôle plus, des gens agressifs » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Dire tout ce qu'on pense, devenir agressif, perte du contrôle, on devient maladroit » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« C'est courant, ce n'est pas un mal, ce n'est pas interdit » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

Chez les 25-60 ans, les contreparties négatives apparaissent beaucoup plus vite avec des différences de perception selon le sexe et, dans une moindre mesure selon la CSP

Chez les femmes issues des CSP+

Il est beaucoup question d'image de la « femme »

Les premiers revers de l'alcool évoqués portent sur la prise de poids, le malaise physique, etc. Elles doivent prendre sans cesse en compte une image sociale – et familiale – potentiellement dégradante.

Il s'agit pour elle de négocier avec la question féministe et ses deux versants :

- le stéréotype rebutant de la femme qui boit ;
- la notion de liberté et de plaisir qu'elles revendiquent.

Sachant que cet équilibre s'inscrit dans un contexte réglementaire et préventif – sanitaire – de plus en plus présent, qu'il s'agit là aussi à la fois de prendre en compte et de refuser.

C'est la cible qui est la plus en contrôle, s'agissant de sa consommation d'alcool.

Chez les femmes issues des CSP-

Le registre d'évocation est quasi-exclusivement positif. Elles sont également parmi les plus nombreuses à mentionner le côté « sain » du vin, bien avant de mentionner les contreparties négatives essentiellement liées aux éléments physiques et aux lendemains difficiles. A l'instar des femmes issues des CSP+, le regard des autres compte aussi beaucoup mais la prise de distance est plus importante: « *c'est plus toléré pour les hommes, ça choque plus pour les femmes mais je ne vois vraiment pas pourquoi* »

« Ça peut donner une mauvaise impression de soi à d'autres personnes, c'est mal vu, oui, elle se pochtronne, en tant que femmes, il est plus difficile d'avoir son verre de vin à la main, c'est sûr, si vous buvez une bière alors que vos camarades boivent un thé ou un café, il y a un effet de désapprobation, de la part des autres femmes, je suis sûr que c'est hypocrite, c'est simplement qu'elles ne le font pas à ce moment-là. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« Plus commun mais plus réglementé dans le sens où on nous rappelle sans cesse d'arrêter, on sent aussi qu'on nous rabâche les oreilles avec ce qu'il faut manger, ce qu'il faut boire, un verre de vin blanc c'est tant de sucre, le corps s'en souvient, la consommation d'alcool, les maladies aussi, en gros, c'est oh, tu bois tous les jours, même si c'est toute seule, tu es alcoolique, tu vas grossir encore. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« C'est pas très bien vu de boire de l'alcool - C'est convivial en quantité raisonnable devant tout le monde, mais dès que vous dépassez une certaine dose, on vous regarde d'un œil noir – on vous juge quand même quand vous buvez de l'alcool - Ça dépend si on est seul ou avec du monde, boire un verre de vin rouge toute seule, c'est mal vu – alors que mon verre de vin rouge toute seule c'est mon plaisir » (Femmes 25-60, CSP-, Nantes)

Chez les 25-60 ans, les contreparties négatives apparaissent beaucoup plus vite avec des différences de perception selon le sexe et, dans une moindre mesure selon la CSP

Chez les hommes toutes CSP confondues

Il est davantage question de comportements et de santé.

Les premiers revers de l'alcool évoqués portent :

- sur la conduite, l'agressivité et la violence, mais aussi sur l'alcool triste, etc. ;
- Mais aussi, sur la santé et sur les risques liés à la toxicité de l'alcool à court-moyen et long terme.

Beaucoup se complaisent à se distinguer des plus jeunes : le plaisir pour eux, la saoulerie rapide pour leurs cadets... Pour avouer bien vite que leurs pratiques peuvent avoir le même objectif, même de façon moins brutale. Ce qu'ils tentent de masquer ici, c'est **le sentiment d'une diminution de l'acceptation sociale de l'alcool**. La tradition bien française de l'alcool semble être culturellement attaquée. Un mouvement traduit – et sans doute porté – par une palette de phénomènes concomitants :

- ✓ l'interdiction des boissons alcoolisées dans le milieu professionnel ;
- ✓ l'émergence de non buveurs ;
- ✓ la vigilance croissante à l'égard de l'alcool au volant ;
- ✓ le discours de jeunes plus exposés à des messages de prévention ;
- ✓ l'abandon du réflexe de l'alcool au déjeuner et dans les notes de frais.

→ **Tout se passe comme si se multipliaient les signaux d'une consommation d'alcool qui va moins de soi**, en marche lente vers la désuétude (à l'instar du tabac) : un point cependant davantage mis en lumière à travers les propos recueillis auprès des CSP+ que des CSP-.

« Une certaine illusion de puissance, comme une drogue, l'incivilité parfois, la violence, surtout la violence au volant. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Ça peut être triste, addictif, être malade, la prise de poids, l'état altéré, le mal de tête, vomir. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Je vois des jeunes qui vont boire très vite parce que ça coûte très cher en discothèque, et après ils sont déchirés, le binge drinking, vraiment pour se saouler, en cocktail ou pur, c'est pas qualitatif, ils ont pas le budget, ils achètent du mauvais alcool, l'idée c'est pas d'apprécier l'alcool, mais de se saouler, limite ils prendraient une pilule pour être dans le même état si ça existait. (...) Pour nous c'est déguster, boire socialement, profiter des moments, ça dépend des moments, en fait, on peut aussi se saouler, à la fin d'une journée difficile. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« C'est pas très bien vu, c'est moins accepté, moins accepté dans les entreprises, dans les pots, c'est moins toléré, je pense que c'est le regard des autres qui a changé, il y a moins de tolérance, du temps de mes parents, c'était accepté des gens ivres. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« On est passé d'une consommation journalière à une consommation moins fréquente, par rapport à il y a 10-15 ans, j'ai l'impression. Avant au resto le midi, on prenait toujours une bière, ou du vin, maintenant c'est moins fréquent, ça se fait moins. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

2. Une différenciation spontanée entre deux modes de consommation

Dans toutes les cibles, la consommation d'alcool et les risques associés sont évalués différemment selon deux principaux critères : le contexte de consommation (collectif *versus* solitaire) et la temporalité (quotidien *versus* occasionnel). Dans tous les groupes (à l'exception des participants qui ont une consommation quotidienne « raisonnable »), une nette distinction (exacerbée chez les plus jeunes) s'observe entre :

Une consommation joyeuse, festive, en groupe valorisée et valorisante :

- Entre amis, en terrasse ou en bar, boîte, pour décompresser, se divertir, sortir (éventuellement aussi à la maison) ou associée à des jeux, des défis, avec un effet de démonstration de sa résistance vis-à-vis des autres.
- Entre collègues, en famille pour célébrer quelque chose de particulier, avec une valorisation d'alcools qualitatifs (bons vins, champagnes notamment) : l'image des fêtes de fin d'année par exemple.
- Entre amis ou en famille, au cours d'un apéro ou d'un bon repas, pour le côté détente et gustatif, éventuellement dès la préparation du repas.

Témoignages

« Un petit verre en famille, pour décompresser après le travail on ouvre une bouteille, sur notre terrasse avec mon copain en fin de journée et on se raconte notre journée » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« Dans mon appartement avec mes amis car on se retrouve toujours chez moi : chez moi il y a de la vodka, de la téquila, du whisky donc on commence chez moi et on continue dans les bars après » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« Au moment des fêtes c'est plus le côté terroir, bon vin » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)



A contrario, une consommation en solo, semblant plus subie que choisie, peu valorisante, triste, voire « honteuse »,

moins assumée, pour oublier ses problèmes, ses soucis.

À noter : la frontière est néanmoins plus poreuse qu'il n'y paraît, avec pour les consommations collectives des aspects qui peuvent rejoindre certaines des dimensions de la consommation en solo, notamment l'aspect parfois implicitement contraint ou répétitif : au quotidien, le besoin de boire à plusieurs après sa journée de travail, pour un effet « relâche » pour oublier la lourdeur de sa journée de travail par exemple, avec un aspect d'habitude ou de répétition possible.



Témoignages

« L'alcoolisme : ce n'est plus un plaisir mais une obligation, c'est un besoin et on est seul, on boit pour boire, on ne fait plus la distinction entre le fait de socialiser et quand on boit seul » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Du matin au soir, commencer par boire le midi et puis aller crescendo, pour moi c'est boire tous les jours plus ou moins, c'est le whisky tous les jours. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« C'est une addiction, tous les jours, au moins journalier, tous les jours, ça commence à être étonnant, pas forcément énormément d'alcool, mais une habitude, deux-trois verres tous les jours, consommation régulière, il en a besoin, en fait, c'est plus forcément pour le plaisir de boire une bière, c'est une habitude. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

Dans tous les groupes (à l'exception des participants qui ont une consommation quotidienne plus ou moins « raisonnable »), une nette distinction (exacerbée chez les plus jeunes) s'observe entre :

Une consommation occasionnelle... sous-entendue qui ne peut pas s'apparenter pas à une addiction, même si elle est excessive.



Une quotidienneté... qui ouvre la voie de la dépendance et doit déclencher un questionnement sur sa consommation d'alcool, même si elle est raisonnable.

En filigrane, **la consommation la plus problématique est celle qui se fait en solitaire de façon quotidienne**, et ce en dehors de toute considération sur les quantités consommées.

À noter – cette idée d'une « quotidienneté problématique » est intégrée par ceux qui consomment quotidiennement, alors qu'ils le font souvent dans des proportions moindres que ceux qui vont concentrer leur consommation le week-end.

Au global, la plupart ne consommant pas quotidiennement (en dehors des hommes plus âgés), **la référence au nombre de verres par jour n'est donc pas le référentiel spontanément utilisé, notamment par les jeunes ou il ne semble pas forcément adapté à leur type de consommation.**

3. Les portraits de « celui qui boit pas mal » et de « celui qui ne boit pas »

Amenés, dans les groupes, à dresser le portrait de « celui qui boit pas mal » et de « celui qui ne boit pas », les participants confirment, à partir des différents portraits réalisés, plusieurs points :

Une forme de valorisation de celui « qui boit pas mal » (surtout chez les plus jeunes) /qui fait écho à une image souvent peu flatteuse de celui qui ne boit pas (chez tous).



Le mythe du bon vivant

(Celui qui boit pas mal) « un jeune trentenaire qui sort beaucoup, insouciant, rugbyman, joyeux, qui cherche à sociabiliser, qui veut faire des rencontres, des expériences. » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« Un fêtard - De 20 à 30 ans - Il sort souvent – Excentrique - Un jeune qui va en boîte avec des bouteilles de vodka dans le coffre - Quelqu'un qui peut être chaleureux, déconneur, blagueur – bon vivant – il boit plus le week-end » (Hommes 25-60, CSP-, Lille)

« Bon vivant – il fait la fête - Il ne se prend pas la tête - Il a une bonne image - Il est populaire - Il paraît heureux - Il est cool- il ne boit pas l'alcool au quotidien, mais le week-end - Il a sa vie normale - Il fait du sport » (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

Sont évoqués dans plusieurs groupes :

- L'image de **bons vivants, épicuriens** en recherche de plaisir.
- Des images de **joie**, de **partage**, de **générosité**, de personne à **fort potentiel sympathie** malgré une **tendance à l'excès**, davantage perçue comme une **capacité à se laisser-aller** et à savoir lâcher prise que comme une faiblesse.
- Une consommation occasionnelle, qui n'empêche en rien la pratique de sport, de vie saine en dehors des épisodes d'alcoolisation.

Ces images coexistent avec une description peu flatteuse du non-consommateur :

- Coincé – réservé (à la limite du pathologique), « une vieille fille ».
- Rigide, stricte, pas drôle, pas fun, rabat-joie, solitaire.
- En mineur, **une personne dont l'hygiène de vie est exemplaire**, avec la mise en avant d'une quête santé/bien-être/apparence physique irréprochable : la personne modérée, bien dans son corps et sa tête, équilibrée, saine et responsable, qui prend soin des autres et parvient à s'extraire des codes usuels du « bien s'amuser entre jeunes ».

« Une personne chiante -Une femme - Entre 20 et 30 ans- Vierge - Elle est fine – Sportive - Pleine de principes – Rigueur - Elle fait tout ce qui est bon, elle mange du bio - c'est pas tellement notre amie quand même - On va être décalé en fin de soirée. On va avoir l'impression d'être lourd - Le décalage est pas intéressant, j'ai déjà essayé"(Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

(Celui qui ne boit pas) « elle est un peu introvertie, elle a peur des effets, c'est une religieuse, elle rate des choses, moi elle me prendrait pour une alcoolique » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« C'est toujours intrigant, elle passe à côté de quelque chose, pas festive, elle a peut-être d'autres addictions cachées, c'est une philosophie de vie à part, des convictions religieuses, il est peut-être musulman, ça peut être lié à leur passé, des parents alcooliques, par exemple. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

Une mise à distance des méfaits de l'alcool, particulièrement forte chez les plus jeunes, légèrement plus ambivalente chez les plus âgés.

Pour beaucoup, la personne qui boit « pas mal » est loin de soi, ce qui montre la mise à distance ou la non prise de conscience de sa propre consommation : « boire pas mal » est en effet souvent associé à l'alcoolisme avéré, chronique et non pas à leur propre consommation, même si celle-ci est objectivement très régulière et souvent en quantité importante !



Une focalisation très forte sur les risques sociaux liés à l'alcool

« Boire pas mal c'est être alcoolique, boire plus que la moyenne, pas mal c'est tous les jours, quelqu'un qui finit mal à chaque soirée » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

Chez les jeunes, les portraits dressés sont quasi-systématiquement aux antipodes de soi-même et de son mode de consommation :

- Un homme plus âgé.
- Un alcool avéré, **désocialisé, cumulant les soucis d'emploi, de vie familiale et sociale**, voire un SDF, présentant tous les stigmates de l'alcoolique (teint rouge, apparence négligée...); **consommant seul, quotidiennement, des alcools bas de gamme** (vin rouge en bouteille plastique).

Chez les plus âgés, les portraits réalisés révèlent une plus grande ambivalence, la consommation d'alcool pouvant augmenter suite aux « accidents de la vie ». Ils décrivent ainsi souvent :

- Un homme plus âgé, **en prise avec des difficultés professionnelles et sociales.**
- Mais aussi une femme en proie à des problèmes existentiels, notamment pour les plus âgées du groupe, « **la femme quittée** ».
- **Avec une logique de cercle vicieux** (problèmes subis qui s'amplifient par son propre comportement alcoolisé)

Chez les jeunes:

« un homme la cinquantaine, qui va en boîte pour draguer les plus jeunes ! » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« il se tourne vers l'alcool de mauvaise qualité, pas cher, les canettes, le vin en bouteille plastique, il boit directement à la bouteille ; quelqu'un qui tient un petit commerce et qui n'arrive pas à s'en sortir, il a perdu son boulot et sa femme, il y a eu un élément déclencheur » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« 60 ans - Le nez rouge - Toujours au PMU- Seul - Il sent pas bon - Il est tout taché – il n'a pas d'amis à part le barman – les piliers de bar qui trainent avec lui – il fait rien d'autre que boire et jouer aux jeux à gratte » (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

Chez les plus âgés:

« Je ne vois pas d'homme, plutôt des femmes, moi, je vois une femme abandonnée par son mari, elle est faible, un peu trop gentille. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« Un homme, il y a certains hommes qui boivent beaucoup plus d'alcool que les femmes, je vois des collègues qui ont besoin de boire tous les jours tenir le coup, il a la trentaine, 40-50 ans, la cinquantaine, il n'a pas de travail, je vois un homme qui n'aime pas ce qu'il fait dans sa vie, il boit beaucoup d'alcool, et il a besoin de ça, il a des relations difficiles, de l'agressivité, de l'opposition. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

4. Des parcours de consommation qui évoluent avec l'âge et entre les générations

Parmi les évolutions remarquées par les jeunes eux-mêmes

a) Une baisse de la consommation au volant, lié au durcissement de la réglementation avec le permis à point (en particulier chez les jeunes : effet « Sam »).

b) Le rajeunissement et la massification de l'initiation à l'alcool, très tôt (vers 13-14 ans) : des adolescents qui s'alcoolisent de plus en plus jeunes, de façon massive, avec un contrôle parental moins fort que celui exercé sur les générations précédentes et parfois le non respect (constaté) de la réglementation de la vente d'alcool aux mineurs (pas de contrôle systématique de l'âge à la vente).

- Parallèlement, **des types d'alcools consommés par les jeunes plus variés qu'auparavant, avec la multiplication des alcools de type cocktails, mélanges d'alcool, etc.**, qui séduisent tout particulièrement les jeunes femmes.
- **Des formats de vente également plus adaptés aux modes de consommation nomades**, y compris pour le vin (des petites bouteilles qui ont tendance à non seulement faciliter l'accès, augmenter la praticité mais aussi banaliser/dédramatiser la consommation).

c) La baisse de fréquence de la consommation quotidienne pour les (jeunes) adultes : une consommation de vin notamment, moins systématique, moins quotidienne que pour les parents ou plus encore les grands-parents (noté à Lille surtout).

« on boit de plus en plus jeune, c'est de plus en plus tôt et de plus en plus fort, les jeunes c'est directement des gros alcools genre vodka ou whisky en excès, pour eux c'est boire pour en avoir directement les conséquences, c'est vers 14-15 ans aujourd'hui, voire 13, les jeunes sont bourrés dans la rue beaucoup plus jeunes » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

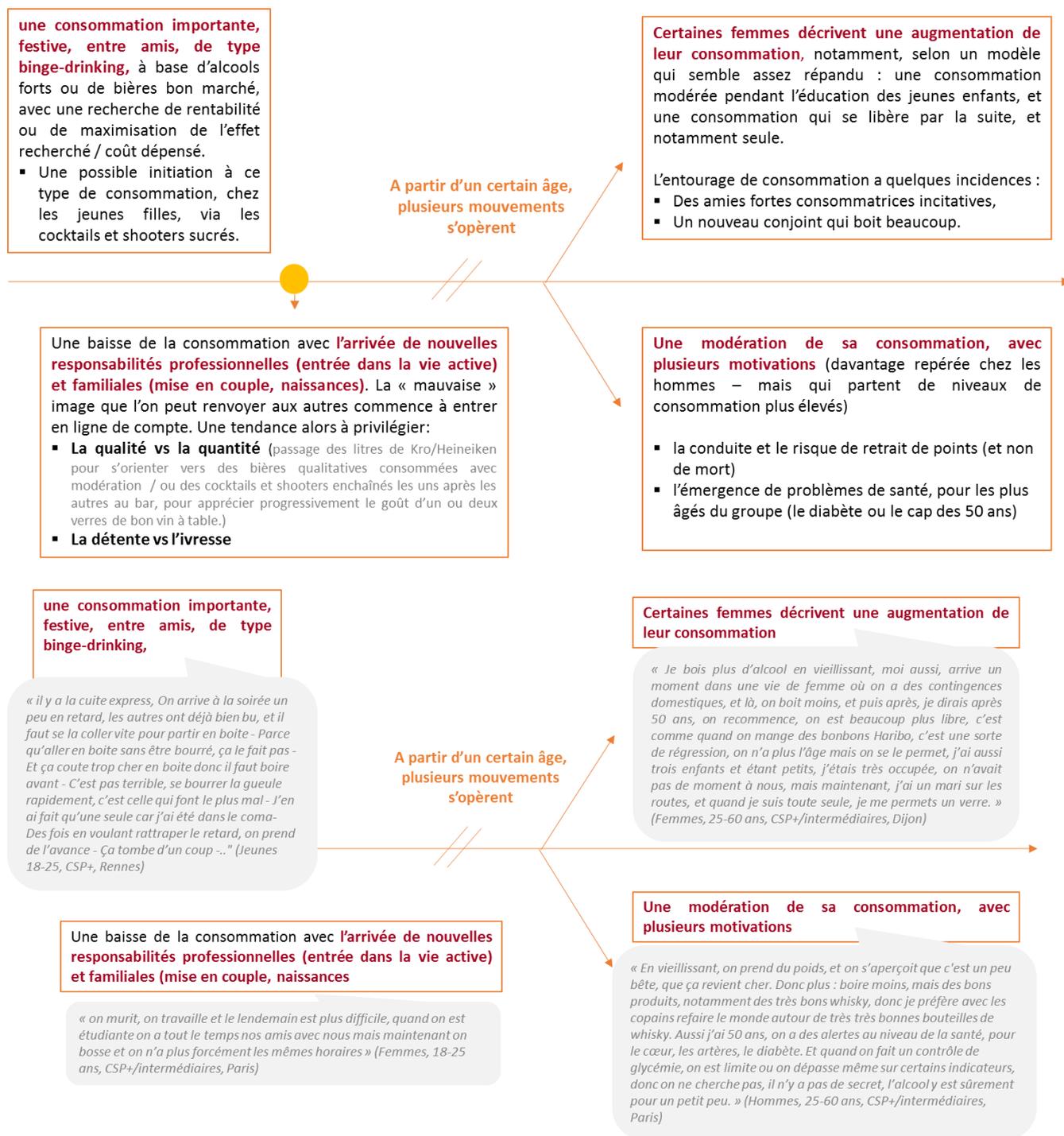
« on a la cuite du samedi qui est récurrente : nos parents ne comprennent pas forcément qu'on ait envie de se mettre si mal car ils n'ont pas vécu ça, on le fait tous, j'ai commencé à 17 ans mais aujourd'hui c'est encore plus jeune » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« ils vendent maintenant des bouteilles de rosé en format bière : ce n'est plus la bouteille qu'on fait tourner sur le quai de Seine ; c'est pratique, il y a un côté partage mais c'est plus facile car on n'a plus besoin d'acheter la grande bouteille et les gobelets et ça fait moins alcoolique avec sa grande bouteille » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« pour les adultes : moins et moins souvent, nos grands-parents à chaque repas ils avaient leur bouteille de vin alors que nous non » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« c'est plus difficile pour les conducteurs car ils sont plus durs qu'avant : il y a de vraies sanctions, il y a toujours une personne qui se sacrifie lors des soirées, c'est dans les esprits Sam, nos parents étaient moins soucieux avant alors que maintenant il y en a toujours un qui fait attention : celui qui va conduire » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

Parmi les évolutions remarquées au fur et à mesure qu'on augmente en âge



5. Différents profils de consommateurs mais une faible tendance partagée à s'interroger sur sa consommation

Différents profils s'observent selon les groupes, que l'on pourrait résumer de la sorte :

Les fêtards (surreprésentés parmi les jeunes)

Ils consomment quasi-exclusivement le week-end pour sortir/faire la fête/lâcher prise, avec des fréquences variables (3x/semaine pour ceux qui ne travaillent pas surtout), les autres se

limitent à 1 ou 2 soirées/mois. Ils ne consomment pas ou très peu d'alcool en dehors de ces épisodes d'alcoolisation massive.

Ils boivent par effet mimétique ou d'entraînement et pour les effets de l'alcool :

Décontractant, voire anxiolytique.

Désinhibant, y compris sexuellement :

Pour les filles : l'idée est de vaincre par exemple sa timidité, d'être plus à l'aise.

Plutôt pour les garçons : la recherche volontaire du « no limit », du « trou noir », d'expériences et de sensations fortes

Eventuellement, dans une recherche de « rentabilité » financière : maximisation de l'effet/coût.

Les réguliers

Ils boivent plusieurs fois par semaine, et de temps en temps, font la fête (comme les fêtards) → ils se considèrent comme « occasionnels » la semaine et « fêtards » le week-end.

En majeure partie, leur consommation leur semble « raisonnable » et ils ont un sentiment de maîtrise car ils ne consomment pas quotidiennement.

À noter- les réguliers modifient leurs habitudes l'été où ils se mettent à boire quotidiennement.

Les quotidiens (surreprésentés parmi les 25-60 ans et les hommes)

Ils déclarent boire de manière raisonnable le soir (de 1 à quelques verres), à l'apéro ou pendant le repas avec leur conjoint. Ils se décrivent comme des « réguliers modérés » mais les 25-60 ans sont tous un peu gênés par cette manière de consommer et s'interrogent sur le fait de boire « tous les jours », synonyme de dépendance dans les représentations collectives

Dans tous les groupes, il existe des questionnements ou des regrets par rapport à sa propre consommation à un instant t, mais globalement beaucoup ne s'interrogent pas réellement sur leur consommation.

Les éléments ayant pu amener à ce type de questionnements ou de regrets sont liés à plusieurs aspects négatifs d'une consommation ponctuelle conséquente et/ou récurrente. Les regrets éventuels ne proviennent pas du fait d'avoir consommé de l'alcool, mais d'avoir « trop » consommé, ou « trop » souvent.

Les raisons de regretter, qui sont évoquées, se ressemblent beaucoup d'un groupe à l'autre et sont toutes liées à des conséquences immédiates ou de court-terme :

Malaise physique : maux de crâne mais surtout vomissements, trous de mémoire, coma, etc.

Prise de risque en voiture, ou liée à un contexte de consommation (sur les toits, etc.)

Propos ou comportements inappropriés, brouille avec ses amis (les jeunes surtout)

Les dépenses effectuées sous l'emprise de l'alcool.

Mais attention : pour certains, les éléments de malaise physique sont intégrés à la consommation d'alcool elle-même (surtout parmi les jeunes), ils font partie d'un tout et sont en quelque sorte acceptés et relativisés par une « mauvaise gestion » (boire en cas de fatigue, boire trop vite, boire sans avoir mangé, etc.) : ils induisent en tout cas rarement de changement de comportement à plus long terme.

Les questionnements sont davantage provoqués :

- Soit, par la prise de conscience de la fréquence de consommation, qu'elle soit quotidienne ou systématique à chaque occasion conviviale, ce qui montre à nouveau le lien que beaucoup font entre la quotidienneté ou la systématisme de la consommation et le caractère problématique ou à risque de leur consommation ; en revanche, la quantité consommée semble moins peser dans le regard qu'ils portent sur leur propre consommation.
- Soit, par le regard des autres (du conjoint, des enfants, des amis) et ceci beaucoup plus fortement pour les femmes plus âgées (notamment les mères de famille issues des CSP+)
- Soit, par des problèmes de santé (personnels ou dans l'entourage), essentiellement chez les plus âgés de nos différents groupes.

«Le lendemain d'une soirée quand j'ai trop bu ou que j'ai vomi je me demande si je n'ai pas été trop loin et si je n'aurais pas dû arrêter avant, moi aussi je regrette quand je vomis » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« ça m'énerve de me dire que je ne vais rien faire du week-end parce que j'ai trop bu donc des fois j'essaie de me contrôler pour passer un bon dimanche après, je contrôle ma consommation du samedi pour profiter de mon dimanche ; par exemple je fais l'apéro avec mes amis mais après eux partent en boîte et pas moi, je me dis que j'ai déjà profité avant et donc j'en reste là » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« on relativise : si c'était une bonne soirée on ne regrette pas mais si c'est l'inverse on se dit 'j'aurais pu arrêter avant' » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Le regard des parents est très important, j'ai la chance d'avoir encore mes parents mais quand ils sont là, je n'aime pas leur montrer que je bois un peu, moi avec mes enfants, je ne bois pas, en famille, je ne bois pas ou un seul verre histoire de ne pas être jugée. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

6. Focus sur les stratégies de contrôle de sa consommation d'alcool

Aucun n'opère de réel comptage des verres consommés : on est plus dans une évaluation au ressenti des effets qu'au nombre de verres comptabilisé, à une exception près : si l'on prend le volant.

Il leur semble, par ailleurs, difficile de comptabiliser le nombre de verres bus dans une soirée, parce que :

- les bouteilles sont vidées collectivement, sans qu'il soit possible de s'en attribuer une proportion ;
- les évaluations viennent le plus souvent *a posteriori* ;

Avec une estimation diffuse mais uniquement lors d'apparition de symptômes (maux de tête, etc.).

Certains (surtout parmi les hommes plus âgés) vont même jusqu'à refuser le principe du nombre de verres, dont l'effet varie selon l'état, la corpulence, et qui est de toute façon relatif

selon la taille du verre... Pour autant (cf. infra,) le verre constitue pour tous l'unité de mesure la plus parlante.

Pour beaucoup, l'autorégulation passe essentiellement :

Avant tout, par le ressenti et les sensations physiques : yeux qui ne suivent pas, envie de vomir, environnement qui tangué, difficulté à se déplacer sont parmi les principaux signes que chacun repère. Les femmes ralentissent beaucoup plus vite (parfois dès les premières sensations).

Les stratégies sont alors plutôt orientées vers la recherche d'estomper les effets physiques ressentis, au moins temporairement.

A ces signes, certains stoppent leur consommation d'alcool définitivement pour le restant de la soirée (surtout parmi les femmes et les plus âgés, très rarement parmi les jeunes).

Mais, pour beaucoup, il s'agit de rendre les effets ressentis plus tolérables en marquant une pause dans la consommation, pour la reprendre ensuite quand les effets se sont amoindris ! (plus encore parmi les jeunes hommes).

Les modes opératoires sont souvent les mêmes, le temps que les effets s'estompent :

- boire de l'eau ou un soda pour faire une pause ;
- manger quelque chose « pour absorber » ;
- sortir prendre l'air et/ou une cigarette ;
- ralentir la cadence de consommation d'alcool (plutôt parmi les jeunes hommes) ou de la réduire en fin de soirée (mineur, plutôt parmi les jeunes femmes) ;
- se fixer une heure à laquelle arrêter de boire.

« C'est très difficile d'évaluer en nombre de verres, bah oui, c'est facile quand on a un contexte qui nous limite, dans un bar par exemple, par contre, quand la soirée est longue, je compte les bouteilles mais je ne sais pas combien de verres j'ai bu sur les trois bouteilles. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« On le sent : on rigole pour rien et à ce moment-là je me dis que je vais arrêter de boire un peu » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« Moi, ma limite, c'est la bouteille d'alcool fort pour deux, je me dis que quand elle est finie, j'en reprends pas - Moi, ma limite, c'est quand je suis vraiment fatigué – moi, c'est uniquement les limites du corps qui n'y arrive plus du tout – l'état d'ivresse, quand je sens que j'ai des pertes d'équilibre, que je marche dans la rue et que je ne vois plus les panneaux de signalisation. Là, J'arrête une heure » (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

« Je ressens les effets sur mon corps et dès que je vois que j'ai du mal à marcher ou que j'ai la vision trouble, j'arrête une heure ou deux et après je ne reprendrai qu'un verre » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« On voit qu'à un moment on est hors contrôle, quand on commence à dérailler. Pareil, quand je commence à devenir dyslexique, c'est que j'ai bu un verre de trop; Jamais d'alcool dans la journée ; Pas au déjeuner; Pas plus de deux verres par heure, en soirée. Parce que si tu bois trop vite au début, tu finis super vite bourré. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Quand j'ai l'impression que c'est trop, moi, le week-end, quand je suis en train de lâcher prise, moi pareil, le changement de comportement, oui, le changement d'attitude, ça va

dépendre de l'humeur, de la fatigue, de l'ambiance générale, ça dépend de ce qu'on mange, si je bafouille, si j'ai la tête qui tourne.» (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

7. Plusieurs facteurs influencent la quantité bue à la baisse

Plusieurs facteurs peuvent influencer la quantité bue à la baisse.

- **Le fait d'avoir ou non à conduire un véhicule** (voiture, moto mais aussi vélo) : un impact fort de la campagne Sam auprès des jeunes qui se montrent assez intransigeants sur ce point/un comportement qui semble relativement bien intégré parmi les plus âgés. L'accident de la route demeure un frein à la consommation pour tous avec un double levier : le risque pour soi et pour autrui (un point essentiel pour eux).
- L'état de la personne au moment où elle consomme.
- **L'évaluation subjective de l'état de fatigue** : la plupart disent consommer moins s'ils se sentent peu en forme ou fatigués, car ils savent que leur résistance sera moindre ou qu'ils risquent d'avoir des effets néfastes plus rapidement ou plus massivement.
- **L'état de santé, la présence d'une pathologie** spécifique avec des indications du médecin, la prise de certains médicaments (en particulier les antibiotiques) : une modulation à la baisse en général mais cependant loin d'être systématique.
- Le fait d'être à jeun avant.
- L'entourage, avec notamment la présence de personnes : devant lesquelles on ne veut pas faire mauvaise figure : la famille, notamment les parents, les supérieurs hiérarchiques, le petit/la petite ami(e), la conquête à séduire, en particulier ; qu'on ne connaît pas ou pas bien : la méfiance, la peur de la vulnérabilité, d'être abusée (pour les jeunes femmes uniquement).
- **L'agenda professionnel ou scolaire**, avec des échéances particulières le lendemain. En particulier pour les actifs, si c'est la veille d'un jour de travail : le besoin de pouvoir assurer et être performant.
- L'hygiène de vie globale :
 - le fait de chercher à ne pas grossir (femmes) ;
 - le fait de faire du sport, notamment si c'est à un certain niveau (jeunes hommes).
- **L'état du compte bancaire**, les ressources financières amoindries (surtout parmi les CSP-).
- **Les limites fixées** (pour ceux qui s'en fixent) suivent principalement la logique suivante : en nombre de verres pour ceux qui consomment quotidiennement : 1 par soir (parfois 2) ; en fréquence pour les autres : pas tous les jours ; et pour tous, une consommation fortement limitée quand ils sont amenés à conduire.

« Tout dépend si je conduis ou pas : si je conduis je vais juste tremper mes lèvres pour avoir le goût » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« Quand c'est chez moi c'est vodka et alcools forts toute la soirée, il n'y a pas de limite : je bois beaucoup quand je sais que je ne bouge pas et que je reste chez moi ou chez un ami » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« Ça dépend si je suis fatiguée ou si j'ai envie de m'amuser : si je suis fatiguée je sais qu'un verre et je serai KO, quand je suis crevée je ne bois pas, si je suis fatiguée ou malade je vais faire attention alors que quand je vais bien je fais moins attention » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« S'il y a une fille qui me plaît je fais plus attention pour ne pas être ridicule » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« À un dîner professionnel je vais plus limiter pour ne pas dire n'importe quoi, pour rester lucide et garder le contrôle, pour ne pas passer pour une alcoolique non sérieuse » « ça dépend de qui on est entouré, on compte sur les autres et sur nos amis, j'ai été marquée par les campagnes et je fais toujours attention à qui je vais parler et qu'on ne me mette rien dans mon verre » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« À la maison, j'ai trois ados, qui commencent à découvrir la cigarette, l'alcool, etc., donc comme je ne veux pas interdire, je préfère ne pas leur donner une image que je bois tous les jours« L'état physique aussi, il y a des soirs où on est en plus en forme que d'autres, ce qu'on doit faire le lendemain, le critère semaine / week-end, si on doit se lever tôt le lendemain, le stress aussi : ça peut stresser de boire, le lendemain matin. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

8. La perception des risques liés à l'alcool

Tous s'accordent pour lister les différents risques associés à l'alcool.

- **Les dommages corporels liés à des accidents**, pour soi et pour autrui (la mise en danger d'autrui constituant un risque très inquiétant, notamment pour les hommes).

- **Les répercussions néfastes de l'alcool sur la santé**

- ✓ **A court terme**, avec les effets directement liés à une consommation excessive : **la peur du coma éthylique notamment** chez les plus jeunes.
- ✓ Les effets délétères sur la santé **au long cours** :
 - **la cirrhose, principalement** ;
 - **différents types de cancer** (mais jamais le cancer du sein) ;
 - **le surpoids**.

- **Les dommages ayant une répercussion physique mais aussi psychique, associée au manque de maîtrise et de contrôle de soi**

- ✓ **À court terme** :
 - **la violence, les comportements violents et agressifs** ;
 - **les erreurs de comportement, la honte, le fait de se ridiculiser, d'être dans l'embarras ensuite** ;
 - **la vulnérabilité** (corporelle pour les jeunes femmes, surtout).
- ✓ **À plus long terme, l'addiction, le risque d'alcoolodépendance**. Avec le **spectre du déclassement social, de l'isolement**, de la déchéance et la souffrance induite pour soi et/ou les proches.

- **Les répercussions financières, le fait de dépenser trop** (surtout parmi les jeunes et les CSP)

« Accidents de la route parce que ça implique d'autres personnes que moi, la peur de tuer quelqu'un, oui. » « La chute, je sais qu'il y a des personnes qui sont mortes en se tapant la tête sur le trottoir à cause de l'alcool, on peut aussi se tordre le cou dans les gros dangers, parce qu'on a perdu l'équilibre. (...) On peut perdre le contrôle de soi-même, le fait de ne plus laisser de barrières, moi j'ai déjà fait un striptease, moi j'ai vomi devant mes enfants et c'est pas bien, » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« cancer et alcool ça fait pas bon ménage, ça favorise, c'est très clair, pour moi aussi, c'est très lié, moi je ne pense pas, par mes connaissances, je n'en sais rien mais je suis intimement convaincu qu'on nous l'interdit une fois le cancer détecté, quand on a le cancer, on nous dit d'arrêter totalement l'alcool, la cigarette, c'est plus rien, c'est dans la modération, pour moi il n'y a pas de lien évident entre alcool et cancer, les pesticides sur les vignes donnent plus de cancer que l'alcool et le stress au travail peut provoquer des cancers donc l'alcool, ça dépend de la quantité. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« quand on est une fille c'est plus compliqué avec le viol à la sortie des boîtes, on a ça en tête quand on est une fille, on le ressent quand on est en boîte : on voit le regard des hommes et il faut vraiment être bien entourée. » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Surtout le danger pour les autres, blesser quelqu'un, blesser ou renverser quelqu'un, le fait d'avoir fait cette action, et le fait qu'on va payer toute sa vie après. » « On peut devenir

violent, agressif, un changement de comportement, on encourt le divorce, l'agression, on peut tomber sur plus fort que soi !, les relations familiales, la violence, l'agressivité, les combats, ça va un peu ensemble. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« avoir une grossesse non désirée si la fille a bu aussi, aller voir les prostitués et le regretter, des connaissances ont embêté une jeune fille dans la rue parce qu'ils avaient bu » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

Si tous s'accordent pour lister les différents risques associés à l'alcool, la hiérarchisation des risques (par ordre d'importance et de probabilité pour soi), apporte des éclairages intéressants, avec des différenciations par sexe et âge

Les 18-25 ans	
Femmes	Hommes
<p><i>Par ordre d'importance:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Les dommages corporels liés aux accidents (probable)2. La vulnérabilité (probable)3. L'alcoolodépendance (très peu probable)4. Les risques sur la santé à long terme (très peu probable pour soi)	<p><i>Par ordre d'importance:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Les dommages corporels liés aux accidents / <u>la peur de mettre en danger autrui</u> (probable surtout pour les risques de chutes dans certains contextes de consommation)2. Les risques comportementaux, notamment violence, agressivité (peu probable pour eux : un risque projeté sur « l'autre »)3. L'alcoolodépendance (très peu probable)4. Les risques sur la santé à long terme (très peu probable pour soi)



Une mise à distance des risques encourus, notamment des risques pour la santé, qui sont à la fois :

- méconnus ;
- associés à une consommation quotidienne et conséquente.

Si tous s'accordent pour lister les différents risques associés à l'alcool, la hiérarchisation des risques (par ordre d'importance et de probabilité pour soi), apporte des éclairages intéressants, avec des différenciations par sexe et âge.

Les 25-60 ans

Femmes	Hommes
<p><i>Par ordre d'importance:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Les dommages corporels liés aux accidents (probable)2. Les risques sur la santé à long terme (très peu probable pour soi)3. Les risques comportementaux, notamment violence, agressivité (peu probable pour soi)4. L'exclusion sociale (peu probable)	<p><i>Par ordre d'importance:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Les risques sur la santé à long terme (probable)2. Les dommages corporels liés aux accidents (peu probable)3. Les risques comportementaux, notamment violence, agressivité (probable)4. L'exclusion sociale (peu probable)

Les risques sur la santé suscitent davantage d'inquiétudes que chez les plus jeunes, même s'ils peuvent encore être mis à distance par certains sur le même registre que les plus jeunes : ils sont inquiétants mais peu probables car ils réfèrent à une consommation très forte.

« Parce qu'on en entend parler tout le temps : les campagnes, moi je fais des prises de sang, un petit bilan chaque année, et c'est mon médecin qui m'explique comment lire les résultats : ça c'est lié à l'alcool, ça c'est lié parce que vous mangez trop gras, ça fait partie d'une petite discussion. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

B. Retour sur les repères de consommation

1. Des repères français méconnus

Un contexte informatif et des représentations collectives qui nuisent à l'appropriation des repères de consommation français.

1. **Premier constat** : les repères de consommation ne sont pas connus, très rarement restitués par nos interviewés.
2. **Deuxième constat** : les références de nos participants se focalisent sur les quantités autorisées en cas de conduite et sur la quantité d'alcool dans le sang autorisé en cas de contrôle, avec un risque de confusion relativement important.
3. Enfin, **le schéma des équivalences n'est connu (ou du moins mémorisé) que par un peu moins de la moitié des personnes rencontrées**, ce qui rend compliqué l'appropriation de la notion de « verre », une fois les repères exposés. Par ailleurs, ce schéma parvient uniquement à la marge à lever certaines croyances bien ancrées autour des différences entre les alcools forts et les autres types d'alcool (comme la bière ou le vin).

Par ailleurs, **le principe d'énoncer des recommandations en matière de consommation d'alcool par les pouvoirs publics est évalué de manière plus ou moins mitigée selon les groupes.**

- **D'un côté, ce principe crédite les autorités d'un devoir sanitaire jugé normal** : c'est de son devoir d'informer la population (notamment au vu de la charge financière induite par les accidents et la prise en charge du problème de l'alcool par l'Etat). La

problématique alcool constitue un enjeu majeur en termes de santé publique et mérite que les autorités sanitaires s'y attardent.

- Mais de l'autre, **il est rejeté** (surtout chez les plus jeunes) **car sur le sujet de l'alcool, l'énoncé de recommandations globales ne semble pas faire sens** car :
 - **il existe trop de types d'alcools différents ;**
 - **personne ne réagit de la même manière à l'alcool ;**
 - **certains soulignent l'ambivalence de l'État** qui, comme pour la cigarette, à la fois autorise la vente d'alcool (en prélevant d'ailleurs des taxes au passage) et cherche à faire de la prévention en matière de consommation, ce qui paraît hypocrite et critiquable à ce titre.

Enfin, l'intérêt pour les recommandations diverge selon les profils, et semble beaucoup plus marqué chez les plus âgés, notamment ceux qui aimeraient pouvoir se repérer dans leur consommation.

« Moi, je l'ai entendu mais bon..., oui moi aussi, j'ai dû l'entendre, moi je ne fais pas attention, ça ne m'interpelle pas. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« Du style deux verres de bière, des choses comme ça, pour tel taux d'alcoolémie, je dirais : deux bières ou deux verres de vin ? Après il faut peut-être attendre une demi-heure, non 2h, parce qu'on est en phase montante pendant 2h, techniquement c'est compliqué, ils devraient sortir une application là-dessus, il y a une très bonne appli, qui s'appelle le ballon..., non, une appli où on sait à quel moment on peut reprendre la route après tant de verres. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Un verre de vin ou un truc comme ça, 4cl d'alcool fort, 25cl de bière » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« J'ai entendu boire un verre d'eau pour un verre d'alcool fort, pour avoir moins mal au crâne le lendemain (...) ah oui, il y a une recommandation par les anciens qui dit qu'il faut prendre un verre de vin par jour- oui, et aussi, on dit qu'après le sport il faut prendre une bière - Quand on est malade, qu'on a mal à la gorge, c'est bon de boire un peu"(Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

« C'est idiot de donner des repères car selon la taille, le poids, si on a mangé, si on est fatigué, etc., ce n'est pas adapté à tout le monde, c'est trop basique car il y a trop de facteurs et de critères pour que ça soit parlant, ça donne une vague idée mais ça n'est pas à prendre au pied de la lettre, il y a un écart entre la pratique et la théorie !, c'est des chiffres vagues » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

Remise à niveau :

Pour les femmes, ne pas consommer plus de 2 verres d'alcool par jour /

Pour les hommes, ne pas consommer plus de 3 verres d'alcool par jour /

Pour les consommations occasionnelles, ne pas consommer plus de 4 verres d'alcool en une seule occasion.

Une référence imprécise à triple titre, car elle n'est pas comprise.

Elle ne précise pas le type de verre et donc la contenance exacte : or tous ont en tête des verres de contenances très différentes donc de quel verre parle-t-on ? Avec, pour certains, une référence immédiate au verre de vin (quel que soit l'alcool), ce qui peut amener des erreurs d'interprétation.

Elle ne fait pas de distinction selon le type d'alcool : or la plupart opèrent la distinction de l'impact de l'alcool selon son degré, avec des alcools forts d'un côté et des alcools plus doux de l'autre (la bière notamment, le vin dans une moindre mesure).

Elle ne dit pas précisément ce qu'elle vise: quels sont les risques/objectifs? (« rester en bonne santé »/« ne pas tomber dans la dépendance »?).

Un autre élément pas toujours compris : la distinction hommes/femmes, quand on y décode une référence sexiste (notamment chez les plus jeunes).

« Les doses, c'est une moyenne, si on est un rugbyman de 100 kg ou si on fait 50 kg, je pense que les deux bières ne donnent pas le même taux d'alcoolémie, pour moi c'est informatif, c'est une moyenne, moi j'ai vu boire trois bières, souffler, ça ne vire pas. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« C'est un verre de quoi ?, ça dépend du verre, ça dépend de l'alcool, c'est vague, c'est flou, elles sont trop générales, détachées, on ne sait pas sur quel alcool ils se basent : vodka et bière il y a une différence » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Ça veut dire que l'occasionnel n'est pas très différent du quotidien, à quoi ça sert, le 4 d'où il sort ce chiffre ? C'est peu. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Les repères je les connais, mais ça me dit rien parce que moi, quand je me fais un vodka coca, il y a plus d'alcool que dans un verre de bière, ça dépend de combien de vodka tu mets dedans - avec les doses, mais dans la vodka coca, pour moi il y a plus d'alcool dans mon verre que dans la bière. » (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

« Moi, je ne comprends pas: C'est pour éviter les problèmes de santé ? Si on fait ça tous les jours on n'est pas malade? - Oui, Pourquoi ils nous recommandent de faire ça? C'est pour ne pas être dépendant, ne pas tomber malade - C'est pour préserver son état de santé ou se préserver de la dépendance ? Ils ne précisent pas si c'est pour rester en bonne santé ça ? Quel est l'enjeu » (Hommes 25-60, CSP-, Lille)

« Ça dit pas que derrière ça réduit de 20 ou 30 % le risque cardiaque, c'est pas percutant, on sait pas d'où ça sort, et c'est à long terme, les risques sanitaires c'est parce qu'on abuse depuis longtemps, le taux de triglycérides va pas exploser parce qu'on aura bu 8 verres en une seule occasion, ça ne sert à rien, si on ne parle pas des conséquences. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

2. Des recommandations peu impactantes ou mal comprises

Plusieurs relativisations spontanées sont à l'œuvre pour minimiser d'emblée la portée des seuils énoncés.

Un nombre de verres qui semble trop « moyen » pour pouvoir s'adresser à tout le monde : avec l'idée que la tolérance à l'alcool est individuelle et dépend de plusieurs facteurs (le poids, l'âge, l'habitude ou non de consommer, en particulier).

Des réflexions du type : même si l'on boit plus, du moment qu'on ne boit pas tous les jours, cela passe (la consommation problématique étant spontanément plus associée à une quotidienneté qu'à un nombre de verres).

D'ailleurs, les chiffres énoncés pour la consommation journalière et ponctuelle ne « collent pas » avec les pratiques et les représentations que beaucoup se font d'une consommation à risques :

« 2-3 verres par jour » : des chiffres trop importants, voire incitatifs, qui légitime une consommation journalière.

A contrario, « 4 verres en une seule occasion » : un nombre trop faible, totalement irréaliste à suivre, en comparaison de la consommation d'un certain nombre (notamment les jeunes). La faible différence entre consommation maximale journalière et occasion, contraste avec le clivage que beaucoup font de ces deux circonstances.

L'association des deux échelles (par jour et par occasion) incite à la "triche"/à procéder à des réajustements arbitraires → ceux qui ne boivent pas la semaine ont le sentiment de bénéficier d'un crédit supplémentaire le week-end.

Finalement, une portée faible des recommandations françaises : des recommandations qui ne paraissent pas adaptées, ni crédibles, et ce d'autant *qu'elles ne mentionnent pas la justification des seuils énoncés (absence de mention des risques)*.

« Quatre, c'est abusé, c'est pas beaucoup, quatre, c'est pas crédible, parce que quatre verres, c'est vite fait, un à l'apéritif, un pour l'entrée, un au plat et un au fromage. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« Moi, ça me choque davantage un homme qui va boire trois verres par jour que quelqu'un qui s'envoie une bouteille une fois tous les 15 jours, je suis d'accord, 2 par jours j'ai de la marge. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« C'est quotidien, j'aurais l'impression d'être proche de l'alcoolisme – de mettre ça, c'est carrément de l'alcoolisme 3 verres tous les jours - Moi j'assimile la dépendance à la fréquence. Si je bois tous les jours, je me dis que je suis alcoolique, alors que boire le week-end, c'est pas pareil! » (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

« Ça fait très vieille France. Un petit verre le matin, le midi et le soir. Nous, on boit sur des événements - C'est les anciennes recommandations, mon grand-père à l'hospice, ils avaient tous leur verre de vin rouge par repas. Ça rend le truc un peu vieux jeu - Un verre d'alcool, c'est un verre de vin rouge ou de vin blanc, déjà ça fait vieux jeu » (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

« Comment on peut recommander à une personne de boire deux ou trois verres tous les jours ? Pour moi c'est de l'alcoolisme – je ne comprends pas que les autorités sanitaires recommandent ça! – oui, c'est bizarre – là, ils nous recommandent de boire 3 verres/jour, on nous dit "vas-y, c'est bon, y'a pas de soucis!" Si on parle « par jour », on autorise l'habitude. - Ça déresponsabilise du coup, ça rend normal le fait de boire - Ils mettent des quantités, des jours, c'est bizarre » (Hommes 25-60, CSP-, Lille)

3. Le schéma des équivalences : un schéma éclairant mais qui n'induit pas forcément une prise de conscience supplémentaire



Dans l'ensemble des groupes, un peu moins de la moitié se rappelle avoir déjà vu le schéma des équivalences, notamment dans le cadre scolaire et/ou de l'apprentissage du code de la route (pour les plus jeunes)... mais beaucoup le découvrent et sont surpris.

La compréhension des recommandations françaises est nettement explicitée par la présence du schéma qui semble clair. Pour autant, la compréhension peut encore être incomplète ou erronée.

Des questionnements persistants sur la variabilité selon la taille du verre ou le type d'alcool : une ténacité de la différenciation dans les représentations entre des alcools forts/doux (référence naturelle au niveau de degrés de chaque alcool).

Une référence au « 10 g d'alcool pur » toujours pas plus parlante, avec une confusion par rapport au nombre de grammes d'alcool dans le sang autorisé par rapport à la conduite.

Dans la mesure où les chiffres ne parlent pas d'eux-mêmes, l'absence de justification de leur bienfondé fait cruellement défaut pour crédibiliser le message énoncé.

Quoiqu'il en soit, l'unité « verre », bien qu'elle ne soit pas claire semble être la seule unité valable pour tous et ce schéma mériterait d'être à nouveau largement communiqué.

« C'est clair, c'est plus parlant avec les dessins, on a les quantités » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« Deux verres d'alcool c'est deux doses normales de whisky ou deux verres de référence de bière : quel que soit l'alcool on a droit à deux » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« On comprend mieux les 10 grammes pur avec le schéma : quel que soit l'alcool qu'on va boire la quantité va varier mais sur la quantité différente on aura la même quantité d'alcool pur ingéré » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Chaque verre = 10 grammes d'alcool pur mais ce n'est pas le cas : j'ai un doute car ce ne sont pas les mêmes pourcentages d'alcool à chaque alcool, je ne comprends pas l'intérêt du schéma, on ne se sent pas pareil avec une bière et un alcool fort, les alcools les plus dangereux sont ceux qui sont les plus longs à agir : le champagne monte vite à la tête alors que la vodka ne fait effet que 5-10 mn après » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse).

4. « Il est impératif de ne pas boire en cas de... » : des informations intéressantes

Remise à niveau (suite) : Il est impératif de ne pas boire en cas de...

Grossesse ou allaitement

Prise de médicaments

Conduite d'un véhicule (au-delà de 2 verres, la limite légale pour conduire est dépassée) ou d'une machine dangereuse

Activité qui exige de la vigilance

Maladie chronique (épilepsie, pancréatite, hépatite C)

Antécédent d'alcoolodépendance

Pour les mineurs

Quelques éléments informatifs nouveaux, potentiellement intéressants en termes de prise de conscience, avec l'adaptation de la consommation en fonction de certains critères que la plupart n'avaient pas forcément initialement en tête et qu'ils trouvent pertinents.

« *Il est impératif* » : une formulation problématique (surtout pour les jeunes).

Pour beaucoup, une formulation trop autoritaire et dirigiste, inappropriée à certains items auxquels elle se rattache.

Elle peut sembler justifiée pour certains items, notamment ceux qui mettent en jeu des risques pour autrui et/ou sont réprimés par la loi :

- De façon consensuelle pour tous : la conduite d'un véhicule.
- De façon plus mitigée pour une partie seulement : la grossesse ou l'allaitement, l'activité qui exige de la vigilance, les mineurs (avec une préférence pour « il est interdit » chez les mères de famille, notamment).

Mais une formulation pas forcément adaptée à tous les items :

Surtout : la prise de médicaments (trop générale, non justifiée pour certains), les antécédents d'alcoolodépendance (une expression pas toujours comprise ou à l'inverse, un item trop évident pour être mentionné dans la liste).

Un impact limité par l'absence d'explicitation du pourquoi de ces injonctions : un message perçu comme peu pédagogique, peu préventif.

5. Les recommandations australiennes

Recommandation 1

Réduire le risque de blessure en un épisode ponctuel de consommation d'alcool.

En un épisode ponctuel de consommation d'alcool, le risque de blessure liée à l'alcool augmente avec la quantité consommée.

Pour les hommes et les femmes en bonne santé, ne pas boire plus de quatre verres standard en une seule occasion réduit le risque de blessure liée à l'alcool découlant de cet épisode de consommation.

Par rapport aux recommandations françaises, globalement :

Une approche moins injonctive, plus préventive, guidée par le souci d'alerter sur les risques et qui place donc le bénéficiaire pour l'individu au centre (tandis que les recommandations

françaises semblaient mettre les autorités dans un rapport de subordination avec les citoyens).

Un ton et une tournure positive appréciés :

Australie: « ne pas boire plus de x verres réduit les risques » = le registre du conseil, de la "recommandation". Pas d'interdit, et même une certaine souplesse, libre à chacun d'en faire l'interprétation qu'il souhaite et de prendre ses responsabilités,
versus France « Ne pas consommer plus de » : un ton péremptoire et autoritaire, un peu infantilisant.

Des autorités australiennes, qui remplissent ainsi leur devoir informatif, libre ensuite aux citoyens de se positionner par rapport à ces indications.

Une séparation en deux recommandations distinctes, une pour les consommateurs quotidiens et une autre pour les consommations occasionnelles, appréciée par certains jeunes.

MAIS

Des recommandations qui demeurent trop floues/trop vagues, avec une insuffisance de précision sur les risques, de distinction hommes/femmes.

Par ailleurs, certains s'interrogent à plusieurs reprises : lorsque l'on parle de consommation occasionnelle, on ne parle que des risques de blessure. C'est effectivement ce qui préoccupe le plus les participants, mais certains s'interrogent sur les effets sur la santé à long terme de ces excès. De ne parler que du risque de blessure, est-ce considérer qu'il n'y a pas de risque sur la santé à long terme?

« Là au moins on a le danger de boire alors que dans la version française on se demandait ce que ça faisait de boire plus de 4 verres : là, on explique « ce qui est bien c'est que c'est mieux formulé car ce n'est pas impératif : c'est une recommandation, c'est mieux expliqué, on a le choix, c'est tourné pour que la population le prenne de la bonne manière : c'est un conseil, on n'est pas obligé, les recommandations françaises ça fait plus 'si vous faites ça on va vous gronder, ce n'est pas bien' alors qu'ici c'est plus un conseil pour votre santé » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« L'info, j'ai l'impression que là on me conseille. Auparavant on ne me parle pas, on me propose, je dois d'Éviner. Là je sais que si j'abuse- Celle-ci, je la prends mieux. « Sirote mais fais attention à pas trop le faire sinon tu risques ta santé - C'est gentillet - C'est bien - Ça, ça me responsabilise + que tout à l'heure, car j'ai le choix - Là c'est + policé que policier » (Hommes 25-60, CSP-, Lille)

« Ils expliquent au moins pourquoi ils font ces recommandations, il n'y a plus cette notion de répression, c'est bien, on se sent concerné, on parle de nous, c'est deux verres recommandés, autant pour les hommes que pour les femmes, plus intelligentes, plus simples à comprendre. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« il y a trop de recommandations : on dirait la météo ou ne fais pas ci et ça et ça, la France c'est plus direct et ça va à l'essentiel, en France c'est plus concret » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

La recommandation n°2, ça ne parle que du physique, c'est que sur du court terme. Ça me décupabilise à mort du coup parce que je sais qu'il ne m'arrive jamais rien en soirée... – oui, on ne parle pas du tout de la santé"(Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

« Même au niveau du sens, c'est bizarre, parce qu'ils disent réduire le risque, ça veut dire que celui qui ne boit pas il a quand même des risques, donc on a quand même des risques si on boit moins de deux verres. » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon)

« C'est qu'on parle essentiellement de blessure, et les gens peuvent se dire que c'est rare ou anecdotique qu'on se blesse en prenant de l'alcool : c'est quoi, qu'on va se tordre le pied en sortant du bar ? » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

6. Les recommandations canadiennes

Dans ces directives, un « verre » correspond à :



Vos limites

Diminuez les risques à long terme pour votre santé en respectant les limites suivantes :
10 verres par semaine pour les femmes – au plus 2 verres par jour, la plupart des jours de la semaine.

15 verres par semaine pour les hommes – au plus 3 verres par jour, la plupart des jours de la semaine.

Chaque semaine, prévoyez des jours sans alcool pour ne pas développer une habitude.

Occasions spéciales

Diminuez vos risques de blessures et de méfaits en ne buvant pas plus de 3 verres (femmes) et de 4 verres (hommes) en une même occasion.

Prévoyez boire dans un milieu sûr et respectez la limite hebdomadaire décrite dans « Vos limites ».

Limite zéro

Évitez de boire lorsque vous :

- utilisez un véhicule, une machine ou un outil ;
- prenez un médicament ou d'autres substances qui interagissent avec l'alcool ;
- faites une activité physique dangereuse ;
- vivez avec une maladie physique ou mentale ;
- avez une dépendance à l'alcool ;
- êtes enceinte ou prévoyez le devenir ;
- êtes responsable de la sécurité d'autres personnes ;
- devez prendre d'importantes décisions.

Conseils

Fixez-vous des limites et respectez-les.

Buvez lentement. Ne prenez pas plus de 2 verres par période de 3 heures.

Pour chaque verre d'alcool, buvez une boisson non alcoolisée.

Mangez avant et pendant que vous buvez.

Tenez toujours compte de votre âge, de votre poids et de vos problèmes de santé qui peuvent justifier la réduction des limites suggérées.

Même si l'alcool est parfois bon pour la santé de certains groupes de personnes, ne commencez pas à boire et n'augmentez pas votre consommation en raison des bienfaits de l'alcool pour la santé.

Au global

Un apport informatif plus pertinent renforcé par la présence de conseils qui apportent une tonalité positive et bienveillante nettement plus appréciée que le caractère très injonctif des recommandations françaises (notamment par les jeunes).

Mais, pour certains, une bienveillance et une posture de « conseil », qui augure d'une trop grande tolérance avec l'alcool (voire, peut avoir un effet incitatif) = les dangers de l'alcool ne sont pas suffisamment mis en avant.

Le sentiment d'avoir un document à la fois accessible et complet : l'évocation des risques de manière succincte, le schéma des équivalences, la présence de conseils, etc.

Une tonalité d'ensemble plus positive et responsable, qui sous-tend une approche plus personnelle et impliquante : « diminuez les risques », « éviter de boire », « fixez-vous des limites », etc.

MAIS

Pour beaucoup, le fait de vanter les vertus de l'alcool n'est pas judicieux "même si l'alcool est parfois bon pour la santé de certains groupes de personnes, ne commencez pas à boire et n'augmentez pas votre consommation en raison des bienfaits de l'alcool pour la santé" → un conseil à supprimer en majeur.

La manière dont sont énoncées les quantités n'est pas intuitive, elle demande un temps de réflexion "*la plupart des jours de la semaine*" (10 verres/semaine versus 14). Dans tous les groupes, plusieurs participants mettent un certain temps à comprendre pourquoi la limite n'est pas de 14 verres/semaines (2 verres/jour x7).

L'absence de détail sur les risques constitue un vrai souci dans le groupe des hommes de 25-60 ans (majeur).

Dans le détail

« Vos limites » : la référence à « *chaque semaine, prévoyez des jours sans alcool* » : un élément apprécié car il fait totalement écho aux représentations spontanées en termes de consommation à risques, notamment auprès des jeunes.

En mineur : une référence peu appréciée car elle peut sembler indirectement incitative ; elle semble en effet laisser la place à une possibilité de « rattrapage » entre des jours d'excès et des jours sans alcool.

Comme pour la version française et contrairement aux recommandations australiennes, quid de la différenciation hommes/femmes ?

« Occasions spéciales » : la référence au « milieu sûr », une mention qui retient particulièrement l'attention des jeunes car elle induit à nouveau une approche bienveillante à l'égard des consommateurs.

« Limite zéro » : « Évitez de boire » : une formulation plus indicative, moins impérieuse, plus bienveillante et responsabilisante que la version française et plus claire que la version australienne.

« Conseils » : une partie particulièrement appréciée qui ajoute de la connivence et de la bienveillance tout en donnant aux recommandations une validité pratique (avec un côté mode d'emploi pour réduire sa consommation) : une approche plus personnelle et implicite qui fait que l'on sort de l'injonction pour tous qu'on avait dans les recommandations françaises notamment.

... mais une partie qui inquiète (notamment les femmes et les plus âgés), par une tonalité trop complaisante, comme s'il s'agissait de conseils de consommation d'un produit non nocif.

« Ça laisse plus le choix, ça me rappelle que c'est une drogue légale mais qu'il faut faire attention » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« Chaque semaine un jour sans alcool c'est bien, c'est bien de le savoir, on va peut-être le faire, ils ne le disent pas dans les recommandations françaises » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« Quand ils disent de boire dans un lieu sécurisé c'est bien, on sent plus quelque chose de personnalisé » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« On nous donne des conseils, dans le ton on nous parle vraiment à nous, on se sent concerné, c'est plus pédagogique » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Ça interpelle, on se sent moins dans l'interdiction, le jugement - Personne n'est pointé du doigt - c'est moins restrictif et moins jugeant - En France, ils ne disent rien, ils ne justifient rien, 'est juste "ne pas faire", alors que là on parle de diminuer nos risques - Ici c'est conseillé - Il y a plus de bienveillance - L'interdiction ça ne marche pas, tout le monde les brave – même dans limite zéro, ils commencent par « évitez de » (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

« Dire autrement : 'même si l'alcool a des bienfaits, ce n'est pas une raison pour en boire trop', imaginer une partie 'préjugés' et les dénoncer comme 'je vais faire une petite sieste et ça ira mieux après' » (Femmes, 18-25 ans, CSP+/intermédiaires, Paris)

« Ça ça me parle plus – mais on perçoit peu les risques – je trouve que ça incite à boire – c'est beaucoup plus touchant avec les conseils, j'ai plus envie de le lire » (Hommes 25-60, CSP-, Lille)

« C'est qui les certains groupes de personnes à qui ça peut faire du bien ? - Même si la dernière phrase est un peu ambiguë, le fait de dire que l'alcool peut être bon pour certains, ça ne diabolise pas l'alcool - Il faut l'enlever - Il faut la reformuler - Ça ne va pas, ça dit "L'alcool c'est bon, mais il ne faut pas en boire" - C'est une connerie, l'alcool n'est pas bon. C'est bizarre, l'alcool c'est parfois bon pour la santé - C'est pour des vikings. » (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

7. Les recommandations anglaises

Recommandations anglaises 1995

Les hommes ne devraient pas boire régulièrement plus de 3-4 unités d'alcool par jour.
Les femmes ne devraient pas boire régulièrement plus de 2-3 unités d'alcool par jour.
Il est recommandé de ne pas boire d'alcool pendant au moins 48h après un épisode de consommation important.

Recommandations anglaises 2016

Pour la consommation régulière d'alcool

Il est recommandé, à la fois pour les hommes et pour les femmes :
de ne pas consommer plus de 14 unités par semaine, pour limiter les risques.
Si vous atteignez 14 unités par semaine, il est préférable de les consommer sur 3 jours ou plus. En effet, une consommation excessive augmente vos risques de décès liés à des maladies ou des accidents ainsi que vos risques de blessures.
Pour certaines maladies (par exemple les cancers de la bouche, de la gorge ou du sein), le risque augmente quelle que soit la quantité que vous pourriez boire de façon régulière.
Si vous souhaitez réduire les quantités que vous consommez, une bonne façon pour vous aider à réussir est d'avoir plusieurs jours de non-consommation chaque semaine.

Pour les épisodes ponctuels de consommation d'alcool

Il est recommandé aux hommes et aux femmes qui souhaitent limiter les risques à court terme liés à un épisode ponctuel de consommation de :

Limiter la quantité totale d'alcool que vous buvez pour chaque occasion ;
Boire plus lentement, en mangeant, et en alternant avec de l'eau ;
Éviter les lieux et activités risqués, de s'assurer que vous avez des gens que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.

Si vous ne déterminez pas correctement les risques de votre consommation vous serez plus susceptibles de vous exposer aux conséquences suivantes : les accidents pouvant causer des blessures (et la mort dans certains cas), la mauvaise évaluation des situations à risque et la perte du contrôle de soi.

Ces risques peuvent même survenir pour les personnes qui consomment de l'alcool aux niveaux hebdomadaires recommandés, si elles boivent trop ou trop vite en une seule occasion ; et pour les personnes qui boivent à des niveaux plus élevés, que cela soit de façon régulière ou non.

Certains groupes de personnes sont susceptibles d'être davantage affectés par l'alcool et devraient être plus prudents sur leurs niveaux de consommation d'alcool en toute occasion :

- Les jeunes adultes
- Les personnes âgées
- Les personnes avec un faible poids
- Les personnes avec d'autres problèmes de santé
- Les personnes sous traitement médicamenteux ou qui consomment d'autres drogues

De même que pour le risque d'accident et de blessure, consommer régulièrement de l'alcool est associé à des risques sur le long terme comme les maladies cardiaques, les cancers, les maladies du foie et l'épilepsie.

Des recommandations qui suscitent des réactions différentes selon les groupes

- **Soit la mise à distance** (notamment chez les femmes plus âgées), parce que les informations données sont :
 - ✓ trop denses et elles entrent trop dans le détail des maladies ;
 - ✓ très dans la tendance actuelle qui consiste à dire que tout est mauvais.
- **Soit des réactions ambivalentes** (notamment parmi les cibles jeunes) : des éléments informatifs évidents mais noyés dans une trop grande masse informative globale.
- **Soit l'adhésion**, notamment chez les hommes plus âgés, qui ont enfin la réponse claire et franche sur risques concrets de l'alcool !

Les éléments d'adhésion reposent essentiellement sur :

- un ton informatif et sur le mode du conseil avec le « il est recommandé » ;
- la structuration de l'info : 1: la recommandation/ 2. des conseils/ 3. les risques ;
- la formulation sans détour et assez détaillée des risques de maladie, en particulier les cancers, et du risque de mort par accident ;
- l'énonciation des risques sur la santé à long terme pour les consommations occasionnelles (les autres recommandations ne mettaient l'accent que sur les risques d'accident et de blessure) ;
- les petits conseils, et notamment, la présence de conseils pour aider à réduire sa consommation ;
- la différenciation claire des deux modes de consommation : quotidien/occasionnel – même si le mode de calcul à la semaine est déstabilisant (un repère nouveau, jamais adopté par nos participants).

Les réserves portent, quant à elles, sur :

- la densité des informations ;
- le déficit d'impact, tant les messages finissent par être noyés ;
- des informations sur les risques insuffisamment explicitées ou prouvées, notamment sur les liens entre l'alcool (autre que le foie) - des références statistiques sont attendues, ainsi que des éléments de démonstration.

« C'est bien de parler de mort car c'est ce qui est le plus impactant, c'est plus choc, quand ils parlent de cancer de la bouche : ils mettent des mots sur les risques et on sait ce qu'on risque, au moins on mémorise concrètement les risques et les gens vont retenir, c'est bien de mettre les maux, c'est concret, c'est important de notifier tous les risques » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« Si on regarde bien, on voit les étapes : prévention, conseil, conséquences. Ça résume bien - Ils précisent les répercussions entre les consommations excessives et les risques de décès. Le fil est bien organisé » (Hommes 25-60, CSP-, Lille)

« Nickel, c'est la synthèse de tout ce qu'on a dit dans la soirée, on sait quels sont les risques là! - On nous dit quelles maladies - les autres recommandations ne me parlaient pas mais là, l'Information bien détaillée, on nous dit ce qu'on risque, ça a même à une réflexion. Le cheminement nous parle, interpelle plus là, on se dit que si on ne fait pas bien, on risque - là, ils parlent de la mort, il y a une mise en garde c'est bien"(Hommes 25-60, CSP-, Lille)

« C'est bien de parler de s'assurer qu'on ait des gens qu'on connaît autour de nous, c'est bien d'insister sur le fait qu'on soit avec des amis : c'est cool de dire ça, ça rappelle que quand on a bien bu on peut se retrouver inconscient » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« C'est trop long : je ne retiens pas et je décroche, ça fait texte de loi, c'est barbant, on dirait un scientifique qui parle ou un magistrat, c'est trop détaillé, ça fait savant, littéraire, on ne comprend pas, il faut relire phrase après phrase, ils nous perdent !, c'est que du blabla » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille)

« On a du mal à s'identifier et on n'a même pas envie de chercher où on est : on sait qu'il y a plusieurs catégories et il y en a au moins 4 qui ne nous concernent pas » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse)

« C'est imbuvable- C'est comme le pavé à l'entrée de la boîte, on sait qu'il est là, mais on ne le regarde pas – c'est quand même vachement long!" (Jeunes 18-25, CSP+, Rennes)

« C'est compliqué à lire, c'est lourd.-Y'a pas d'ordre, y'a trop d'informations - Y'a des choses à retirer - Ils sont passé de rien à un roman! C'est trop long. - On lâche l'affaire- c'est trop lourd, on n'a pas envie de lire ça - C'est compliqué, ce sont des phrases longues, trop compliquées, lourdes. - On n'a même pas envie de lire la suite - Ils partent de trois lignes à trois pages, peut-être un peu excessifs » (Femmes 25-60, CSP-, Nantes)

Pour le cancer du sein de la femme, les risques relatifs de maladie et de décès liés à cette maladie augmentent :

- de 16 % en cas de consommation régulière de 2 unités (16 grammes) par jour (équivalent aux recommandations proposées) ;
- de 40 % en cas de consommation régulière de 5 unités (40 grammes) par jour (plus de deux fois les recommandations proposées).

Pour la cirrhose du foie, chez les hommes, les risques relatifs de décès liés à cette maladie augmentent :

- de 57 % en cas de consommation régulière de 2 unités (16 grammes) par jour (équivalent aux recommandations proposées) ;
- de 207 % en cas de consommation régulière de 5 unités (40 grammes) par jour (plus de deux fois les recommandations proposées).

Pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), chez les hommes, les risques relatifs de décès liés à cette maladie :

- baissent de 11 % en cas de consommation régulière de 2 unités (16 grammes) par jour (équivalent aux recommandations proposées) ;
- augmentent de 3 % en cas de consommation régulière de 5 unités (40 grammes) par jour (plus de deux fois les recommandations proposées).

Pour les arythmies cardiaques, chez les hommes, les risques relatifs de maladie et de décès liés à cette maladie augmentent :

- de 13 % en cas de consommation régulière de 2 unités (16 grammes) par jour (équivalent aux recommandations proposées) ;
- de 34 % en cas de consommation régulière de 5 unités (40 grammes) par jour (plus de deux fois les recommandations proposées).

En majeur, un impact réel des données chiffrées qui apportent une des justifications du bien fondé des recommandations manquant justement dans les recommandations françaises... mais trop d'info tue l'info : le côté surenchère de chiffres en atténue nettement l'impact.

La référence à deux chiffres-clés pourrait en revanche condenser le contenu et le rendre plus impactant :

- quand le pourcentage est très élevé, comme pour la cirrhose avec le 207 % (surtout pour les hommes jeunes) ;
- ou quand la maladie est très répandue et médiatisée : le cancer du sein (pour les femmes jeunes), d'autant que l'information n'est absolument pas connue.

Auprès des femmes plus âgées, deux réactions distinctes :

Une référence radicalement rejetée par les CSP- : des infos auxquelles elles ne croient pas forcément et qui s'inscrivent dans cette tendance actuelle de diaboliser des « bonnes choses ».

Des réactions très fortes chez les CSP+, qui souhaitent trouver les moyens de réduire leur consommation (à noter sur les liens entre alcool et cancer: une confusion persiste, l'alcool est-il un facteur de risque ou un facteur aggravant une fois le cancer déclaré?).

« C'est impactant, les françaises nous disaient 'il ne faut pas le faire', ok mais pourquoi ?, là on a le pourquoi et ça fait peur parce que par occasion on se dit que 4 verres ce n'est rien mais quand on voit les pourcentages sachant que moi je suis à plus de 8 verres..., c'est plus parlant car on se dit que sur 10 personnes il y en a 3 qui auront des problèmes » (Femmes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Lille).

« Moi je ne savais pas, c'est un facteur de risque parmi d'autres, oui mais ça peut être déclencheur et aggravant, je ne savais pas, l'alcool prépare le terrain, amène sur la pente de, non, c'est le nombre de décès qui augmente, c'est lié au décès, le risque de décès lié à cette maladie... » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon).

« Là c'est parlant, c'est justifié, il y a des chiffres, on se dit qu'en buvant, on joue à la roulette russe, parce qu'il y a des pourcentages de risques, on parle des maladies et des décès. » (Hommes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Paris).

« On sait que c'est dangereux mais on est des adultes donc on sait ce qu'on fait : c'est bien de mettre l'accent sur les conséquences pour les autres que soi mais pour notre corps ça nous appartient et on fait ce qu'on veut avec, il faudrait insister plus sur les dangers qu'on peut faire courir aux autres, récemment il y a eu un article sur le tabagisme passif des animaux et ça a eu un impact, il faut plus insister sur les dommages pour les autres » (Hommes, 18-25 ans, CSP-/intermédiaires, Toulouse).

« Moi, ça m'intéresse pas ça, honnêtement, je préfère pas savoir – pareil, ok pour savoir qu'il y a des risques, mais j'ai pas besoin d'autant de détail - c'est intéressant à savoir mais pas comme ça - je suis pas sûre que ça va avoir un impact sur ma consommation. Demain on me parle des risques, malgré les chiffres je me dis pas en buvant un verre « ohlala je risque d'avoir un cancer du sein » alors que les accidents, les malaises etc. ça m'interpelle plus » (Femmes 25-60, CSP-, Nantes).

« C'est déprimant, on a l'impression qu'on n'a rien le droit de faire, un ton beaucoup trop directif, ils ne nous impliquent pas, si je vis en Angleterre, je préfère ne plus boire, plutôt que de lire ça, quand on lit ça, boire ce n'est plus un plaisir » (Femmes, 25-60 ans, CSP+/intermédiaires, Dijon).

C. En guise de conclusion

La référence aux « *verres standard* » est sans doute la plus explicite car elle est aisément compréhensible et elle lève l'ambiguïté sur le type de verre et/ou d'alcool que portait la référence aux « verres » (seuls)/En tout cas, la notion de « verre » doit être conservée, accompagnée si possible d'une large communication sur le tableau des équivalences.

La référence temporelle la plus parlante dépend des niveaux de consommations et des pratiques de chacun, de sorte qu'il paraît indispensable d'avoir un double référentiel, d'abord par jour (le plus explicite) mais également par semaine.

L'importance d'un cadre référentiel formulé de manière :

Concise et percutante : trop d'info tue l'info, pas de phrases trop longues, l'importance de garder une formule globale aisément mémorisable. Le contre-exemple : la version anglaise 2016.

Bienveillante : une formulation globale incitative sans injonction trop autoritaire, sauf éventuellement pour des cas circonscrits ayant pour enjeu la sécurité des autres (la conduite, la grossesse, la sécurité d'autrui...) où l'on attend plus légitimement le rappel ferme de la règle et de la limite. Le contre-exemple : la version française.

Pratique : des conseils à mettre en pratique qui intensifient la dimension d'aide et facilitent la transposition par rapport à soi, notamment par l'utilisation du « *vous* ». Les contre-exemples : la version française et la version australienne.

En particulier mentionner le fait de chercher à ne pas boire tous les jours.

Pédagogique : une explicitation de la palette des risques et des dangers, avec notamment le risque d'accidents (dont mortels) mais aussi des risques peut-être moins évidents et pourtant importants (la vulnérabilité, la perte de contrôle de soi et surtout la mise en danger d'autrui...) avec une distinction entre les risques à court terme et les risques à plus long terme.

Une explicitation des différences entre les hommes et les femmes, au risque sinon d'être mal interprétée.

L'idée de communiquer sur des éléments santé, notamment de cancers, y compris sur de faibles niveaux de consommation plaît dans un souci de transparence et d'interpeller chacun.

En revanche, la thématique du « *zéro alcool* » fait un tollé général.

Un côté excessif, limite « provoc' » qui conduit à des réactions de pur rejet ou de défiance.

Un côté irréaliste, inadapté à la culture française.

Une mesure injustifiée : un bénéfice/risque qui ne justifie pas ça d'autant plus que certains participants ont du mal à croire que les autorités sanitaires disposent réellement de données objectives permettant d'identifier de manière certaine l'impact de la consommation d'alcool sur la santé

Un manque d'impact car c'est dans la tendance actuelle, qui consiste à déclamer en permanence que tout est nocif et toxique pour la santé, voire une mesure contre-productive (qui déculpe l'envie de braver l'interdit).

Une prise de position hypocrite des autorités qui d'un côté prôneraient le « *zéro alcool* » et de l'autre continueraient à autoriser la vente d'alcool et à percevoir des taxes.

L'idée d'insérer un nouveau pictogrammes « cancer » sur les bouteilles d'alcool : une fausse bonne idée.

En mineur, un élément informatif nouveau qu'il convient de mettre en avant donc pourquoi pas sur les bouteilles.

Mais massivement sinon, un rejet de cette idée :

Un logo perdu parmi d'autres, pas toujours repéré ; le cancer, une approche multifactorielle complexe donc pourquoi ce logo plutôt qu'un autre (dans la mesure où prédomine le sentiment que tout donne le cancer aujourd'hui !), pourquoi sur les bouteilles d'alcool et pas sur tous les aliments ou produits ? etc.

En comparaison du « *fumer tue* » sur les paquets de cigarettes : un impact du pictogramme qui sera nul, donc inutile.

Voir Annexe en ligne :

http://www.santepubliquefrance.fr/Media/Files/Avis-d-experts/2017_Consommation-alcool/annexe_avis_alcool_MGariazzo_040517

Annexe 5 / Matrice problèmes et objectifs de communication

I TABLEAU A3 I

Matrices problèmes et objectifs de communication

Sujet/ problème traité	Public ciblé	Info d'importance	Questions potentielles du public	Méconnaissance du public	Recos
Binge drinking, « défoncé »	15 – 30 ans	Accidents de la route Troubles comportementaux, violence Quelles victimes ? Le consommateur Les autres : famille, amis	Quel niveau de consommation pour ne pas avoir d'effet à court terme et de conséquence pour la santé à long terme Quels signes doivent m'alerter ?	Risque d'accident augmente dès qu'on commence à boire Le taux seuil d'alcoolémie ne suffit pas à protéger d'un accident.	Pas d'alcool pour les moins de 18 ans. Contrôler sa consommation pour rester maître de soi. Rappel campagne Sam ?
Forte alcoolisation occasionnelle – Fêtes	Tout	Augmentation de la mortalité toutes causes. Mortalité par cancer.	Quel niveau de consommation pour ne pas avoir d'effet à court terme et de conséquence pour la santé à long terme Quels signes doivent m'alerter ?	Risque d'accident augmente dès qu'on commence à boire. Le taux seuil d'alcoolémie ne suffit pas à protéger d'un accident. Risque cancer du sein.	Pas d'alcool pour les moins de 18 ans. Contrôler sa consommation pour rester maître de soi.
Grossesse et alcool	Femmes enceintes	Pas de consommation	Quel effet sur le bébé ?	SAF	0 alcool
Consommateurs réguliers	H≤3 v/j F≤2 v/j		Entendu dire que ça protégeait.	Biais d'études. Ex-buveurs à risque + élevé chez les abstinents. ^a Risque cancer du sein.	≤1 v/j
Consommateurs excessifs	H=3-6 v/j =2-6 v/j	Augmentation de la mortalité toutes causes. Mortalité par cancer. Risque de dépendance.		Risque cancer du sein.	Réduire sa consommation jusqu'à tendre vers ≤1 v/j.
Alcoolodépendants	>6 v/j	10 % pris en charge. Sur-risque de décès toutes causes et par cancer. Complications multiples.	Vers quelle structure se diriger pour une prise en charge ?	Médecin de famille, centres de cure spécialisés. Risque cancer du sein.	Prise en charge spécialisée.
Personnes âgées, sujets	≥65 ans	Augmentation de la mortalité toutes causes. Décompensation de pathologies en cours de traitement.			1 v/j

a) Gmel G, Gutjahr E, Rehm J. How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? A precision-weighted hierarchical meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2003;18(7):603-5. Les ex-buveurs présentent un risque de décès plus élevés que les abstinents « au long cours ».

Annexe 6 / Révision des recommandations australiennes

Le « *National Health and Medical Research Council* » (NHMRC) australien a établi ses recommandations^[90] quant à la consommation d'alcool en 1987 et les a révisés en 1992 puis en 2001 [151]³³.

Les recommandations étaient en 2001 :

- pour les hommes : pas plus de 4 verres standard (à 10 grammes par verre-standard) par jour et pas plus 28 verres standard par semaine, pas plus de 6 verres en une seule journée, et un ou deux jours sans alcool ;
- pour les femmes : pas plus de 2 verres standard (à 10 grammes par verre-standard) par jour et pas plus 14 verres standard par semaine, pas plus de 4 verres en une seule journée, et un ou deux jours sans alcool.

La révision des recommandations australiennes a introduit une innovation [63], celle de la quantification du risque absolu de décès lié à différents niveaux d'exposition à l'alcool [90]. Cette quantification était utilisée en Australie dans d'autres domaines. Par exemple, le NHMRC utilisait le seuil d'un sur un million pour établir le seuil acceptable de présence d'un contaminant dans l'eau du robinet (*un cancer supplémentaire par million de personnes si à cette concentration était consommée la vie entière*).

L'autorité australienne chargée de la sécurité routière avait établi comme objectif de réduire la mortalité à 5,6 par an pour 100 000 personnes, ce qui ramené au risque absolu vie entière donne 1/200. Une étude américaine citée par Room *et al.* indique qu'un conducteur conduisant 100 000 miles a un risque de décès vie-entière de 1/60. Après beaucoup de débats et une consultation publique, les Australiens ont fixé le seuil de risque acceptable à 1/100.

La modélisation a été faite en deux parties, le risque vie-entière de décès par traumatismes lié à une consommation ponctuelle d'alcool et le risque vie-entière de décès par des maladies chroniques lié à une consommation chronique. Une fraction attribuable à l'alcool est appliquée par tranche d'âge et par sexe pour les maladies chroniques (100 % pour les troubles liés à l'usage de l'alcool).

Les recommandations australiennes de 2009 sont devenues pas plus de 2 verres par jour pour les hommes et les femmes, et pas plus de 4 verres en une occasion soit une réduction de 2 verres par jour pour les hommes et deux verres pour la limite d'une consommation ponctuelle par rapport à la révision de 2001.

33. "For men : an average of no more than 4 standard drinks a day, and no more than 28 standard drinks over a week ; not more than 6 standard drinks in any one day ; one or two alcohol-free days per week. For women an average of no more than 2 standard drinks a day, and no more than 14 standard drinks over a week; not more than 4 standard drinks in any one day; one or two alcohol-free days per week".

I FIGURE A3 I

Risque de décès d'une maladie attribuable à l'alcool pour 100 buveurs en fonction du nombre de verres standard par occasion, Australie 2002

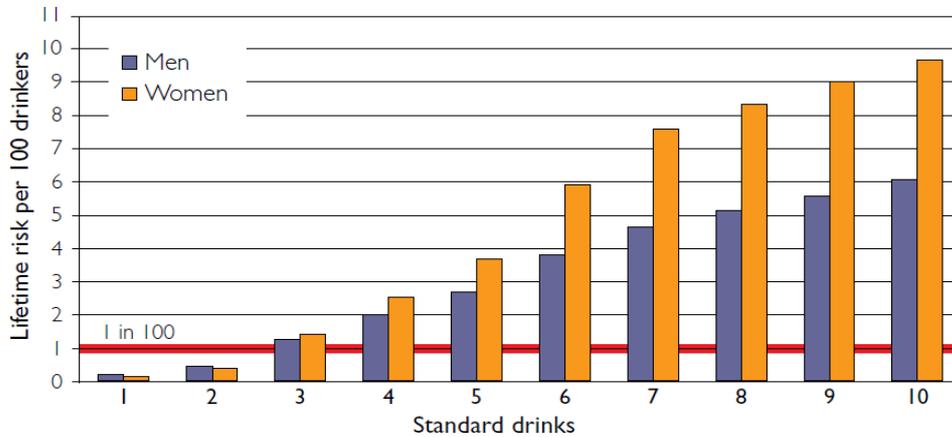


Figure 5 Lifetime risk of death from alcohol-related disease per 100 drinkers, by number of standard drinks per occasion, Australia 2002

I FIGURE A4 I

Risque vie entière de décès par un traumatisme attribuable à l'alcool pour 100 hommes consommateurs d'alcool selon le nombre de verres standard par occasion et la fréquence des occasions

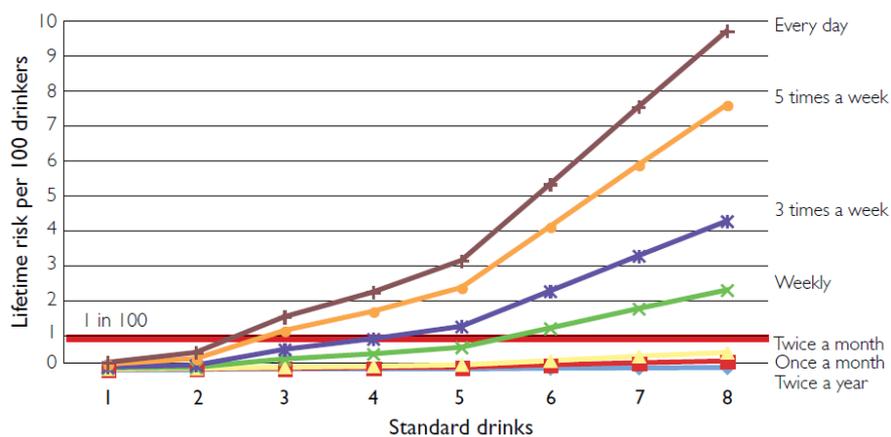


Figure 6 Lifetime risk of death from alcohol-related injury per 100 male drinkers, by number of standard drinks per occasion and frequency of occasions

I FIGURE A5 I

Risque vie entière de décès par un traumatisme attribuable à l'alcool pour 100 femmes consommatrices d'alcool selon le nombre de verres standard par occasion et la fréquence des occasions

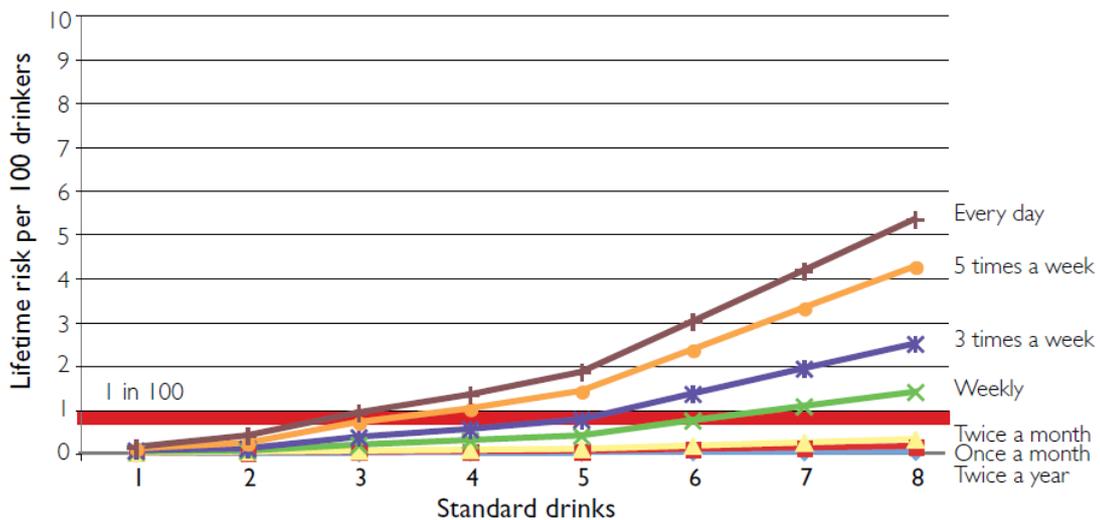


Figure 7 Lifetime risk of death from alcohol-related injury per 100 female drinkers, by number of standard drinks per occasion and frequency of occasions

Recommandations au public australien

Recommandation australienne sur la consommation quotidienne

Réduire le risque de dommage lié à l'alcool au cours de la vie.

Le risque de dommage lié à l'alcool au cours de la vie augmente avec la quantité consommée.

Pour les hommes et les femmes en bonne santé, ne pas boire plus de deux verres standard par jour réduit le risque au cours de la vie de dommages liés à des maladies ou blessures dues à l'alcool.

Recommandation australienne sur la consommation ponctuelle

Réduire le risque de blessure en un épisode ponctuel de consommation d'alcool.

En un épisode ponctuel de consommation d'alcool, le risque de blessure liée à l'alcool augmente avec la quantité consommée.

Pour les hommes et les femmes en bonne santé, ne pas boire plus de quatre verres standard en une seule occasion réduit le risque de blessure liée à l'alcool découlant de cet épisode de consommation.

Recommandation australienne pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans

Pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, ne pas boire d'alcool est l'option la plus sûre. (for children and young people under 18 years of age, not drinking alcohol is the safest option).

A. Les parents et les personnes en charge d'enfants devraient être informés que les enfants de moins de 15 ans sont à plus grand risque de dommages liés à la consommation d'alcool et qu'à cet âge, ne pas boire d'alcool est particulièrement important (Parents and carers should be advised that children under 15 years of age are at the greatest risk of harm from drinking and that for this age group, not drinking alcohol is especially important.).

B Pour les jeunes de 15 à 17 ans, l'option la plus sûre est de retarder l'initiation de la consommation d'alcool le plus longtemps possible). (For young people aged 15–17 years, the safest option is to delay the initiation of drinking for as long as possible.).

Recommandation australienne sur la grossesse et l'allaitement

La consommation maternelle d'alcool peut provoquer des dommages au fœtus et au bébé allaité. (maternal alcohol consumption can harm the developing fetus or breastfeeding baby).

A Pour une femme qui est enceinte ou qui envisage une grossesse, ne pas boire d'alcool est l'option la plus sûre. (For women who are pregnant or planning a pregnancy, not drinking is the safest option).

B Pour une femme allaitante, ne pas boire d'alcool est l'option la plus sûre. (For women who are breastfeeding, not drinking is the safest option).

Annexe 7 / Révision des recommandations canadiennes

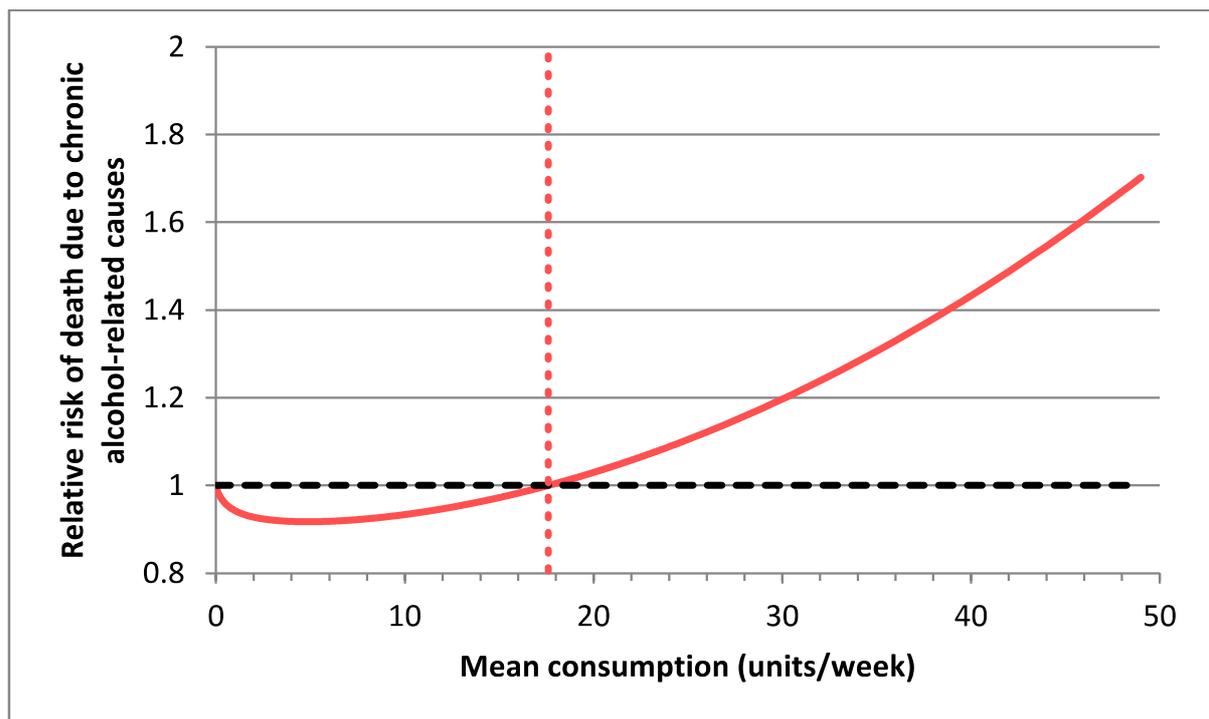
La particularité du Canada était l'existence de différences provinciales dans les recommandations concernant l'alcool :

- Ontario : pas plus de 2 verres standard canadiens (13,45 g) par jour.
- Québec : jusqu'à 5 verres par jour les hommes et jusqu'à 4 verres par jour pour les femmes.
- Maximum par semaine : entre 14 (Ontario) et 20 (Colombie britannique) pour les hommes et entre 9 (Ontario) et 15 (Colombie britannique) pour les femmes.

La philosophie derrière la fixation des seuils de consommation à faible risque est une approche par un risque relatif. C'est-à-dire le niveau de consommation pour lequel les risques et les bénéfices s'équilibrent [152].

I FIGURE A6 I

Exemple de courbe en J pour les risques relatifs de consommation d'alcool



I TABLEAU A4 I

Seuils de risque pour les décès toutes causes estimés pour les hommes et les femmes dans les méta-analyses en comparaison des abstinentes vie entière exprimés en verres standard canadiens

Table 2. Risk thresholds for death from all causes estimated for men and women by meta-analyses compared with lifetime abstainers expressed in average Canadian standard drinks per day

Authors, date	No. of studies included	Women—no. of standard drinks for benefit/risk thresholds			Men—no. of standard drinks for benefit/risk thresholds		
		Maximum benefits	Net risk = 0	Increased risk	Maximum benefits	Net risk = 0	Increased risk
English <i>et al.</i> , 1995 [24]	16	0.5	1.5	2	1	2	3
Rehm <i>et al.</i> , 2001 [25]	37	1	1.5	3	1	2.5	4
Bagnardi <i>et al.</i> , 2004 [26]	29	0.5	2.5	(4)*	0.5	3	(5)*
Di Castelnuovo <i>et al.</i> , 2006 [27]	34	0.5	2	(3)*	0.5	3	(4)*

*Estimated from risk curves presented in original papers but not statistically evaluated.

Les nouvelles recommandations de 2011 sont en réduction par rapport aux recommandations préexistantes dans plusieurs états canadiens comme le Québec et la Colombie britannique.

10 verres par semaine pour les femmes avec pas plus de 2 verres par jour.

15 verres par semaine pour les hommes avec pas plus de 3 verres par jour.

Prévoir plusieurs jours sans alcool pour éviter de développer une habitude.

Réduire ses risques d'accident et de blessure avec pas plus de 3 verres en une occasion pour les femmes et 4 verres pour les hommes.

Pour les femmes enceintes ou avec un projet de grossesse, le choix le plus sûr est de ne pas boire.

Recommandations au public canadien

Vos limites

Diminuez les risques à long terme pour votre santé en respectant les limites suivantes :

- . 10 verres par semaine pour les femmes – au plus 2 verres par jour, la plupart des jours de la semaine ;
- . 15 verres par semaine pour les hommes – au plus 3 verres par jour, la plupart des jours de la semaine ;
- . chaque semaine, prévoyez des jours sans alcool pour ne pas développer une habitude.
- . Occasions spéciales

Diminuez vos risques de blessures et de dommages en ne buvant pas plus de 3 verres (femmes) et de 4 verres (hommes) en une même occasion.

Prévoyez boire dans un milieu sûr et respectez la limite hebdomadaire décrite dans « Vos limites ».

Limite zéro

Évitez de boire lorsque vous :

- . utilisez un véhicule, une machine ou un outil ;
- . prenez un médicament ou d'autres substances qui interagissent avec l'alcool ;
- . faites une activité physique dangereuse ;
- . vivez avec une maladie physique ou mentale ;
- . avez une dépendance à l'alcool ;
- . êtes enceinte ou prévoyez le devenir ;
- . êtes responsable de la sécurité d'autres personnes ;
- . devez prendre d'importantes décisions.

Conseils

Fixez-vous des limites et respectez-les.

Buvez lentement. Ne prenez pas plus de 2 verres par période de 3 heures.

Pour chaque verre d'alcool, buvez une boisson non alcoolisée.

Mangez avant et pendant que vous buvez.

Tenez toujours compte de votre âge, de votre poids et de vos problèmes de santé qui peuvent justifier la réduction des limites suggérées.

Même si l'alcool est parfois bon pour la santé de certains groupes de personnes, ne commencez pas à boire et n'augmentez pas votre consommation en raison des bienfaits de l'alcool pour la santé.

Annexe 8 / Révision des recommandations britanniques

La notion de *sensible drinking* avait été introduite en 1981 par le ministère de la santé (*UK Health Departments*). En 1987, des seuils avaient été proposés :

- 21 unités par semaine pour les hommes (une unité représente 8 grammes d'alcool pur) ;
- 14 unités par semaine pour les femmes.

Les recommandations britanniques ont été revues en 1995 [45]. Deux changements ont été introduits : une expression par jour et non plus par semaine et une augmentation des seuils. La consommation régulière de 3 à 4 unités par jour pour les hommes de tous âges n'augmentera pas significativement les risques pour la santé³⁴.

- La consommation régulière de 2 à 3 unités par jour pour les femmes de tous âges n'augmentera pas significativement les risques pour la santé.
- Pas plus de 1 ou 2 unités, 1 à 2 fois par semaine pour les femmes enceintes.

En 2006, la recommandation britannique pour les femmes enceintes est passée à zéro alcool.

En 2009, il était précisé qu'une enfance sans alcool est l'option la meilleure et la plus saine. Et il a été recommandé pour les 15-17 ans de ne pas consommer d'alcool plus d'une fois par semaine et que de cette consommation soit supervisée par des adultes.

Organisation globale de la révision des recommandations

Fin 2012, les *UK Chief Medical Officers* ont commissionné deux groupes d'experts afin d'évaluer si les recommandations en matière d'alcool devaient être mises à jour.

Le *Health Evidence Expert Group* a analysé 44 revues systématiques et méta-analyses publiées depuis le rapport *Sensible drinking* de 1995.

Le *Behaviour Expert Group* a étudié l'efficacité des recommandations sur les comportements.

Puis les deux groupes ont fusionné à la demande du CMO et sont devenus le *Guidelines Development Group*.

À la demande du groupe d'experts, *Public Health England* a commandé à l'Université de Sheffield la quantification de l'impact sanitaire de différents niveaux et fréquences de consommation.

Le rapport a été remis au CMO en février 2014.

34. Traduction de "Regular consumption of between 3 and 4 units a day by men of all ages will not accrue significant health risk".

Les recommandations du groupe d'experts ont été mises en ligne pour consultation publique jusqu'au 1^{er} avril 2014.

Travaux du Health Evidence Expert Group

Ce groupe a travaillé à l'analyse de 44 revues systématiques et méta-analyses publiées depuis le rapport « *Sensible drinking* » de 1995 et consulté les experts impliqués dans la mise à jour des recommandations australiennes et canadiennes.

D'un point de vue général

Depuis 1995, il y a davantage de preuves quant au risque qu'une série de cancers (du sein notamment) augmente directement avec la consommation de n'importe quel niveau d'alcool. Les méta-analyses ont identifié que dans certains cas, notamment pour les maladies cardiaques ischémiques, la consommation d'alcool en faibles quantités pouvait avoir un effet protecteur (par rapport à l'abstinence). Cependant :

- *les effets protecteurs semblent surtout pertinents pour les âges élevés ;*
- *des facteurs de confusion non démêlés et la sélection sanitaire pourrait expliquer une part significative de la protection observée (à un âge avancé, la santé des gens qui peuvent se permettre de boire plus serait meilleure que ceux qui ne le peuvent pas) ;*
- *la mortalité par maladies cardiaques ischémiques continue à diminuer considérablement ;*
- *le pic des effets protecteurs est atteint à de faibles taux de consommation (environ 1 unité par jour).*

Par conséquent, les preuves quant à l'effet protecteur de l'alcool sont plus faibles aujourd'hui qu'en 1995 et il existe une incertitude quant à une attribution directe à l'alcool : il n'y a donc aucune justification pour recommander de boire pour des raisons de santé.

Alcool et grossesse

De récentes revues systématiques ont conclu que les risques de faible de poids de naissance, de naissance prématurée et d'être petit à l'âge gestationnel augmentent avec une consommation d'1 ou 2 verres par jour. De façon plus générale, les données supportent le principe de précaution qui est d'éliminer toute consommation d'alcool pendant la grossesse.

Alcool et jeunes

Pour les mineurs, peu de nouveautés dans la littérature.

Travaux du Behavioral Expert Group

Peu de preuves ont été trouvées quant à l'impact des recommandations sur la consommation d'alcool

Il y a cependant des principes généraux issus à la fois de la littérature dans le champ de la santé publique mais également dans d'autres champs (marketing social, fixation des objectifs, psychologie comportementale...) qui peuvent être utilisés pour maximiser la compréhension et l'acceptabilité.

Ainsi, la justification des recommandations doit être clairement énoncée et celles-ci doivent être : Simples, Précises, Mesurables, Avec une contrainte de temps et Réalistes.

Aucun des experts du groupe n'a jugé qu'il y ait une justification valable à la production de recommandations différentes selon groupes d'âges et les groupes sociaux.

Travaux du « *Guidelines Development Group* » (fusion des 2)

Début 2014 les deux groupes ont fusionné pour apporter leurs conseils concernant la meilleure approche méthodologique pour développer des recommandations et proposer des recommandations adéquates.

Les conseils du groupe se sont basés sur les principes suivants :

- *La population a droit à des informations exactes et précises et à des conseils clairs concernant l'alcool et les risques pour sa santé.*
- *Le Gouvernement a la responsabilité de s'assurer que ces informations sont accessibles à la population de façon transparente pour qu'elle puisse faire des choix éclairés.*
- *L'Australie a utilisé une approche par risque absolu : les recommandations ont été fixées à un point au-dessus duquel les individus ont un risque de 1% sur leur vie entière de mourir à cause de l'alcool.*
- *Le Canada a utilisé une approche par risque relatif : les recommandations ont été fixées à un point pour lequel les dommages et les bénéfices liés à l'alcool sont équivalents (en termes de nombres de décès causés et prévenus).*

Le groupe a demandé à « Public Health England » de lancer un appel d'offre pour :

- *fournir des estimations quantifiées des risques de morbi-mortalité associés aux différents niveaux et modes de consommations des buveurs du Royaume-Uni ;*
- *identifier le seuil de recommandation qui résulterait de l'application des approches canadiennes et australiennes sur les estimations quantifiées des risques de morbi-mortalité britanniques.*

L'Université de Sheffield a été retenue pour ce travail et a utilisé le « Sheffield Alcohol Policy Model » qui est à la base des recommandations du Royaume-Uni.

Le groupe a également consulté des experts supplémentaires et a été tenu au courant des récents résultats des focus groups qui exploraient la compréhension qu'avait le public des recommandations actuelles.

Le rapport de l'université de Sheffield

Les estimations quantifiées des risques ont été produites à l'aide du « *Sheffield Alcohol Policy Model* » (SAPM) v.2.7, un modèle de simulation mathématique dont les données clés d'entrée sont :

- les niveaux standards actuels de consommation d'alcool au Royaume-Uni;
- les niveaux actuels de mortalité et de morbidité (admissions à l'hôpital) ;
- les niveaux de risques internationaux et spécifiques au Royaume-Uni reliant les différents niveaux et modes de consommation à 43 causes de morbi-mortalité.

Le groupe d'experts britanniques a formulé quelques critiques des expériences antérieures :

- Canada : l'approche est basée sur les effets protecteurs de la consommation modérée alors même que ce concept est remis en question.
- Australie : le choix du 1 % est arbitraire.
- Malgré tout, quelles que soient les approches, celles-ci ont le mérite d'être transparentes.

Bien qu'inspiré des approches canadiennes et australiennes, il existe ainsi certaines différences importantes entre ce rapport et les deux précédents, notamment :

- les analyses prenaient en compte la fréquence des consommations (ce qui avait également été le cas en Australie mais pas au Canada), ce qui permet de faire varier la répartition entre risque chronique et risque ponctuel ;
- la modélisation effectuée par l'équipe de l'Université de Sheffield a été réalisée en trois étapes :
 - Consommation actuelle et niveaux de risque : mortalité attribuable.
 - Scénario à zéro consommation de la population (*extreme what-if scenario*).
 - Input d'une série de modes de consommation (*what-if scenarios*) uniformément à toute la population.

La modélisation de base génère les résultats suivants :

I TABLEAU A5 I

Risque vie entière de mortalité attribuable à l'alcool : repères par semaine et par jour en fonction du nombre de jours de consommation d'alcool par semaine, selon l'approche canadienne avec un risque relatif (RR=1) et l'approche australienne avec un risque absolu « acceptable » à 1 %

Threshold	Drinking days per week	Units per week		Units per day	
		Males	Females	Males	Females
Canadian: RR=1.0	1	3.4	10.0	3.4	10.0
	2	5.8	12.0	2.9	6.0
	3	7.4	12.8	2.5	4.3
	4	8.2	13.2	2.1	3.3
	5	8.9	13.4	1.8	2.7
	6	9.4	13.6	1.6	2.3
	7	9.8	13.6	1.4	1.9
Australian: Proportion deaths attributable alcohol=1%	1	6.0	12.0	6.0	12.0
	2	9.4	14.0	4.7	7.0
	3	11.3	14.8	3.8	4.9
	4	12.3	15.2	3.1	3.8
	5	13.1	15.4	2.6	3.1
	6	13.7	15.6	2.3	2.6
	7	14.1	15.7	2.0	2.2

Selon l'approche canadienne, la recommandation induite pour les hommes serait entre 1,4 unité par jour si l'on consomme tous les jours et 3,4 unités par jour si l'on ne consomme qu'une seule fois par semaine.

Les seuils féminins sont supérieurs aux seuils masculins car les risques chroniques liés à la consommation hebdomadaire moyenne et le risque absolu de problèmes liés à une alcoolisation sont inférieurs chez les femmes.

I TABLEAU A6 I

Risque absolu vie entière de mortalité attribuable à l'alcool chez les femmes en Grande-Bretagne

Mean consumption (units/week)	Drinking days per week						
	7	6	5	4	3	2	1
7	-0.0052	-0.0047	-0.0039	-0.0027	-0.0012	0.0027	0.0142
14	0.0095	0.0106	0.0121	0.0144	0.0178	0.0252	0.0465
21	0.0285	0.0300	0.0322	0.0355	0.0409	0.0514	0.0814
28	0.0511	0.0531	0.0558	0.0599	0.0670	0.0802	0.1178
35	0.0773	0.0796	0.0829	0.0877	0.0960	0.1114	0.1550
42	0.1070	0.1097	0.1133	0.1187	0.1277	0.1449	0.1928
49	0.1403	0.1431	0.1471	0.1529	0.1621	0.1806	0.2312

Black text, green background - overall protective effect

Red text, light orange background - overall lifetime risk less than 1 in 100

Black text, orange background - overall lifetime risk at least 1 in 100, but below 1 in 10

White text, red background - overall lifetime risk at least 1 in 10

I TABLEAU A7 I

Risque absolu vie entière de mortalité attribuable à l'alcool chez les hommes en Grande-Bretagne

Mean consumption (units/week)	Drinking days per week						
	7	6	5	4	3	2	1
7	-0.0231	-0.0228	-0.0224	-0.0218	-0.0208	-0.0188	-0.0130
14	0.0018	0.0023	0.0031	0.0043	0.0061	0.0099	0.0205
21	0.0367	0.0374	0.0384	0.0400	0.0425	0.0476	0.0625
28	0.0776	0.0785	0.0797	0.0816	0.0846	0.0907	0.1089
35	0.1230	0.1240	0.1254	0.1275	0.1309	0.1377	0.1582
42	0.1720	0.1731	0.1746	0.1768	0.1806	0.1880	0.2096
49	0.2239	0.2251	0.2267	0.2290	0.2330	0.2408	0.2626

Black text, green background - overall protective effect

Red text, light orange background - overall lifetime risk less than 1 in 100

Black text, orange background - overall lifetime risk at least 1 in 100, but below 1 in 10

White text, red background - overall lifetime risk at least 1 in 10

Des analyses de sensibilité ont été réalisées, en particulier une modélisation avec ou sans effet protecteur sur les maladies cardiovasculaires. Ces résultats suggèrent que la modélisation de base ne doit pas être acceptée sans critiques car les seuils induits sont très sensibles aux hypothèses alternatives et il n'y a pas de d'argument suffisamment fort pour préférer le modèle de base à l'un des autres.

I TABLEAU A8 I

Variations des repères britanniques en fonction des différentes analyses de sensibilité effectuées

		NOMBRE D'UNITES PAR SEMAINE															
Nombre de jours de consommation par semaine	Modélisation de base	HOMMES						FEMMES									
		Modélisation avec effet seuil de 3-4 verres pour les événements aigus	Modélisation sans effet protecteur sur les MCV	Modélisation sur une durée de 10 ans	Modélisation qui prend en compte la tendance à la diminution de la mortalité CV	Modélisation alternative canadienne : sur le point le plus bas de la courbe en J au lieu de RR=1	Modélisations alternatives australiennes sur des pourcentages de mortalité acceptables différents	Modélisation de base	Modélisation avec effet seuil de 3-4 verres pour les événements aigus	Modélisation sans effet protecteur sur les MCV	Modélisation sur une durée de 10 ans	Modélisation qui prend en compte la tendance à la diminution de la mortalité CV	Modélisation alternative canadienne : sur le point le plus bas de la courbe en J au lieu de RR=1	Modélisations alternatives australiennes sur des pourcentages de mortalité acceptables différents			
Canada RR=1	1	3,4	6,4	3,5	3,6	1,2		10,0	9,7	10,3	6,8	2,8					
	2	5,8	12,4	6,1	6,0	1,7		12,0	13,1	12,1	8,5	3,2					
	3	7,4	15,8	7,6	7,4	2,1		12,8	14,6	21,6	9,2	3,4					
	4	8,2	17,7	8,6	8,2	2,0		13,2	15,1	13,0	9,6	3,5					
	5	8,9	18,7	9,3	8,7	2,2		13,4	15,4	13,2	9,8	3,6					
	6	9,4	19,3	9,8	9,2	2,3		13,6	15,6	13,4	10,0	3,6					
	7	9,8	19,2	10,2	9,5	2,4		13,6	15,8	13,5	10,1	3,4					
Australie Proportion=1%	1	6,0	8,2	1,5	6,4	6,0	4,7	7,1	8,3	12,0	11,2	2,3	12,4	9,2	11,0	12,9	13,9
	2	9,4	14,9	2,1	10,0	9,3	7,7	10,9	12,4	14,0	14,6	2,8	14,4	11,1	12,9	15,0	16,0
	3	11,3	18,5	2,4	11,8	10,9	9,5	13,0	14,7	14,8	16,2	3,1	15,1	11,9	13,7	15,8	16,8
	4	12,3	20,1	2,6	13,0	11,9	10,3	14,2	15,9	15,2	16,9	3,2	15,5	12,3	14,1	16,2	17,2
	5	13,1	21,5	2,7	13,8	12,6	11,1	15,0	16,8	15,4	17,2	3,3	15,8	12,6	14,4	16,5	17,5
	6	13,7	22,1	2,8	14,6	13,2	11,6	15,7	17,5	15,6	17,5	3,3	15,9	12,8	14,5	16,7	17,7
	7	14,1	22,2	2,9	15,1	13,5	12,0	16,1	18,0	15,7	17,6	3,4	16,0	12,9	14,7	16,8	17,8

Recommandations au public britannique

Pour la consommation régulière d'alcool (Grande-Bretagne)

Il est recommandé, à la fois pour les hommes et pour les femmes :

- de ne pas consommer plus de 14 unités par semaine, pour limiter les risques ;
- si vous atteignez 14 unités par semaine, il est préférable de les consommer sur 3 jours ou plus. En effet, une consommation excessive augmente vos risques de décès liés à des maladies ou des accidents ainsi que vos risques de blessures ;
- pour certaines maladies (par exemple les cancers de la bouche, de la gorge ou du sein), le risque augmente quelle que soit la quantité que vous pourriez boire de façon régulière ;
- si vous souhaitez réduire les quantités que vous consommez, une bonne façon pour vous aider à réussir est d'avoir plusieurs jours de non-consommation chaque semaine.

Pour les épisodes ponctuels de consommation d'alcool

Il est recommandé aux hommes et aux femmes qui souhaitent limiter les risques à court terme liés à un épisode ponctuel de consommation de :

- limiter la quantité totale d'alcool que vous buvez pour chaque occasion ;
- boire plus lentement, en mangeant, et en alternant avec de l'eau ;
- éviter les lieux et activités risqués, de s'assurer que vous avez des gens que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.

Si vous ne déterminez pas correctement les risques de votre consommation vous serez plus susceptibles de vous exposer aux conséquences suivantes : les accidents pouvant causer

des blessures (et la mort dans certains cas), la mauvaise évaluation des situations à risque et la perte du contrôle de soi.

Ces risques peuvent même survenir pour les personnes qui consomment de l'alcool aux niveaux hebdomadaires recommandés, si elles boivent trop ou trop vite en une seule occasion ; et pour les personnes qui boivent à des niveaux plus élevés, que cela soit de façon régulière ou non.

Pour certaines groupes de population

Certains groupes de personnes sont susceptibles d'être davantage affectés par l'alcool et devraient être plus prudents sur leurs niveaux de consommation d'alcool en toute occasion :

- les jeunes adultes ;
- les personnes âgées ;
- les personnes avec un faible poids ;
- les personnes avec d'autres problèmes de santé ;
- les personnes sous traitement médicamenteux ou qui consomment d'autres drogues.

De même que pour le risque d'accident et de blessure, consommer régulièrement de l'alcool est associé à des risques sur le long terme comme les maladies cardiaques, les cancers, les maladies du foie et l'épilepsie.

Risques en fonction des consommations recommandées (Grande-Bretagne)

Pour le cancer du sein de la femme, les risques relatifs de maladie et de décès liés à cette maladie augmentent de :

- 16 % en cas de consommation régulière de 2 unités (16 grammes) par jour (équivalent aux recommandations proposées) ;
- 40 % en cas de consommation régulière de 5 unités (40 grammes) par jour (plus de deux fois les recommandations proposées).

Pour la cirrhose du foie, chez les hommes, les risques relatifs de décès liés à cette maladie augmentent de :

- 57 % en cas de consommation régulière de 2 unités (16 grammes) par jour (équivalent aux recommandations proposées) ;
- 207 % en cas de consommation régulière de 5 unités (40 grammes) par jour (plus de deux fois les recommandations proposées).

Pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), chez les hommes, les risques relatifs de décès liés à cette maladie :

- baissent de 11 % en cas de consommation régulière de 2 unités (16 grammes) par jour (équivalent aux recommandations proposées) ;
- augmentent de 3 % en cas de consommation régulière de 5 unités (40 grammes) par jour (plus de deux fois les recommandations proposées).

Pour les arythmies cardiaques, chez les hommes, les risques relatifs de maladie et de décès liés à cette maladie augmentent de :

- 13 % en cas de consommation régulière de 2 unités (16 grammes) par jour (équivalent aux recommandations proposées) ;
- 34 % en cas de consommation régulière de 5 unités (40 grammes) par jour (plus de deux fois les recommandations proposées).

Acronymes

Anpaa	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARS	Agence régionale de santé
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en alcoologie
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
DGS	Direction générale de la santé
Elsa	Équipes de liaison et de soins en alcoologie
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HEC	Health Education Council
IARD	International Alliance for Responsible Drinking
Ifop	Institut français d'opinion publique
INCa	Institut national du cancer
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation en santé
InVS	Institut de veille sanitaire
Mildeca	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
NHMRC	National Health and Medical Research Council (Australie)
PNNS	Plan national nutrition santé
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
RARHA	Reducing Alcohol Related Harm
RDRD	Réduction des risques et des dommages
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
SFA	Société française d'alcoologie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UE	Union européenne

Références bibliographiques

1. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2016-2017*. 2016: Paris.
2. Institut national du cancer, *Plan Cancer. Deuxième édition. 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Incluant le programme national de réduction du tabagisme*. 2015: Paris.
3. Cour des Comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool 2016*: Paris.
4. Broholm, K., et al., *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. 2016, National Institute for Health and Welfare: Oslo.
5. Rehm, J., et al., *Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines*. 2015, Centre for Addiction and Mental Health: Toronto, ON.
6. Shield, K.D., et al., *Lifetime risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines*. *Addiction*, 2017: p. n/a-n/a.
7. National Health and Medical Research Council, *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Australia: Commonwealth of Australia*. 2009.
8. Butt, P., et al., *Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking*. 2011, Canadian Centre on Substance Abuse: Ottawa, ON.
9. Department of Health, *UK Chief Medical Officers' Alcohol Guidelines Review. Summary of the proposed new guidelines*. 2016.
10. OFDT, *Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur)*. 2016.
11. OCDE, *Panorama de la santé 2015 / Les indicateurs de l'OCDE*. 2015, OECD Publishing: Paris.
12. Richard, J.-B., C. Palle, and R. Guignard, *La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions*, 2015. 32.
13. OFDT, *Les drogues durant les "années lycée" - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France in Tendances*. 2016.
14. Le Nézet, O., et al., *Les consommations à l'adolescence et parmi les jeunes adultes : entre expérimentations et initiations*, in *Jeunes et addictions*. 2016, OFDT: Saint Denis. p. 208.
15. République Française, *Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*. *Journal Officiel de la République Française*, 1991. 10: p. 615-618.
16. Observatoire français des drogues et toxicomanies, *Drogues et addictions, données essentielles 2013*, Saint Denis: OFDT.
17. République Française, *Loi n° 2009 - 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires, Article 97*. *Journal Officiel de la République Française*, 2009. 167.
18. République Française, *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé JORF du 27 janvier 2016*. . *Journal Officiel de la République Française*, 2016. 22(27 janvier 2016).
19. Anderson, P., et al., *Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies*. *Alcohol Alcohol*, 2009. 44(3): p. 229-43.
20. Expertise collective, *Influence du marketing et de la publicité des industriels du tabac et de l'alcool in Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement*, Inserm, Editor. 2014, Inserm: Paris. p. 137-147.
21. Jernigan, D., et al., *Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008*. *Addiction*, 2017. 112 Suppl 1: p. 7-20.
22. McClure, A.C., et al., *Alcohol marketing receptivity, marketing-specific cognitions, and underage binge drinking*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2013. 37 Suppl 1: p. E404-13.
23. Zerhouni, O., et al., *Dynamic Exposure to Alcohol Advertising in a Sports Context Influences Implicit Attitudes*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2016. 40(2): p. 422-8.

24. Bouthier, R., C. Boutaricq, and D. Berneuil, *Alcoolator...et à travers ? L'observatoire des stratégies alcool incitant les jeunes à consommer plus*. 2012, Lyon: Avenir Santé. 142.
25. de Bruijn, A., et al., *European longitudinal study on the relationship between adolescents' alcohol marketing exposure and alcohol use*. *Addiction*, 2016. 111(10): p. 1774-83.
26. Gallopel-Morvan, K., et al., *France's Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations*. *Addiction*, 2017. 112 Suppl 1: p. 86-93.
27. Kalinowski, A. and K. Humphreys, *Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries*. *Addiction*, 2016. 111(7): p. 1293-8.
28. Babor, T., et al., *Alcohol research and public policy. No ordinary commodity*. 2010, New York: Oxford University Press, p. 203-204.
29. Jones, L., M.A. Bellis, and B.E.E. Group, *A summary of the evidence on understanding and response to public health guidelines*. 2013, John Moores University. Centre for public health: Liverpool. p. 50.
30. Kerr, W.C. and T. Stockwell, *Understanding standard drinks and drinking guidelines*. *Drug Alcohol Rev*, 2012. 31(2): p. 200-5.
31. Mongan, D. and J. Long. *Standard drink measures throughout Europe: peoples' understanding of standard drinks and their use in drinking guidelines, alcohol surveys and labelling*. 2015; Available from: http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Deliverables/Attachments/14/WP5_Background_paper_Standard_drink_measures_HRB.pdf .
32. Lemmens, P.H., *The alcohol content of self-report and 'standard' drinks*. *Addiction*, 1994. 89(5): p. 593-601.
33. Gill, J.S. and M. Donaghy, *Variation in the alcohol content of a 'drink' of wine and spirit poured by a sample of the Scottish population*. *Health Educ Res*, 2004. 19(5): p. 485-91.
34. Boniface, S., J. Kneale, and N. Shelton, *Actual and perceived units of alcohol in a self-defined "usual glass" of alcoholic drinks in England*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2013. 37(6): p. 978-83.
35. de Visser, R.O. and J.D. Birch, *My cup runneth over: young people's lack of knowledge of low-risk drinking guidelines*. *Drug Alcohol Rev*, 2012. 31(2): p. 206-12.
36. Bowring, A.L., et al., *Know your limits: awareness of the 2009 Australian alcohol guidelines among young people*. *Drug Alcohol Rev*, 2012. 31(2): p. 213-23.
37. Lovatt, M., et al., *Lay epidemiology and the interpretation of low-risk drinking guidelines by adults in the United Kingdom*. *Addiction*, 2015. 110(12): p. 1912-9.
38. Livingston, M., *Perceptions of low-risk drinking levels among Australians during a period of change in the official drinking guidelines*. *Drug Alcohol Rev*, 2012. 31(2): p. 224-30.
39. Porter, T., *Qualitative research on draft alcohol guidelines. Prepared for Public Health England*. 2016, Cragg Ross Dawson: London.
40. Latino-Martel, P., et al., *Alcohol consumption and cancer risk: revisiting guidelines for sensible drinking*. *CMAJ*, 2011. 183(16): p. 1861-5.
41. Casswell, S., *Why have guidelines at all? A critical perspective*. *Drug Alcohol Rev*, 2012. 31(2): p. 151-2.
42. Heather, N., *Drinking guidelines are essential in combating alcohol-related harm: comments on the new Australian and Canadian guidelines*. *Drug Alcohol Rev*, 2012. 31(2): p. 153-5.
43. Ball, D., R. Williamson, and J. Witton, *In celebration of sensible drinking*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2007. 14(2): p. 97-102.
44. Department of health and social security, *Prevention and health: everybody's business. A reassessment of public and personal health*. 1976, HMSO: London. p. 96.
45. Department of Health, *Sensible Drinking. The report of an inter-departmental working group*. 1995, Department of Health,: Wetherby. p. 103.
46. Chick, J., et al., *Medical admissions in men: the risk among drinkers*. *Lancet* 1986;2:1380-3. *Lancet*, 1986. 2: p. 1380-3.
47. Crawford, A., et al., *Self-reported alcohol consumption and adverse consequences of drinking in three areas of Britain: general population studies*. . *Br J Addict*, 1985. 80: p. 421-8.
48. Anderson, P., et al., *Guidelines on sensible drinking*. *Addiction*, 1996. 91(1): p. 25-33.

49. Gronbaek, M., U. Stroger, and H. Strunge, *Impact of a 10-year nation-wide alcohol campaign on knowledge of sensible drinking limits in Denmark*. Eur J Epidemiol 2001. 17: p. 423-7.
50. Heather, N., *WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on phase IV. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*. 2006. p. 1-215.
51. Gomel, M., et al., *Dissemination of early intervention for harmful alcohol consumption in general practice*. Health Promotion Journal of Australia 1994. 4: p. 65-69.
52. WHO regional office for Europe, *Alcohol-less is better. European alcohol action plan*. 1996: Copenhagen.
53. Ministère du Travail de l'emploi et de la santé, *Programme national nutrition santé 2011-2015*. 2011: Paris. p. 57.
54. Expertise collective, *Alcool. Effets sur la santé*. 2001, Les éditions Inserm: Paris. p. 358.
55. INCa, Nacre. *Alcool et risque de cancers. Etats des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique*. Coll Rapports & Synthèses. Ed. Institut National du Cancer. 2007
56. Haute Autorité de Santé, *Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, HAS, Editor. 2014, HAS: Saint Denis.
57. Haute Autorité de Santé, *Rapport d'élaboration de l'outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*. 2014, HAS: Saint Denis La Plaine.
58. Société française d'alcoologie, *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. messages-clés*. Alcoologie et Addictologie, 2015. 37(1): p. 5-84.
59. Société française d'alcoologie, *Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse*. 2002, HAS: Paris.
60. Paille, F. and Groupe de travail de la SFA et de la SFGG, *Personnes âgées et consommation d'alcool. Recommandation 2013*. Alcoologie et Addictologie, 2013. 35(1): p. 61-72.
61. Belgherbi, S., C. Mutatayi, and C. Palle, *Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question*. 2015: Saint Denis.
62. Scafato, E., et al., *The implementation in Europe (EU) of the low risk drinking guidelines: results from the RARHA survey*. Addiction Science & Clinical Practice, 2015. 10(Suppl 2): p. 17.
63. Rehm, J., R. Room, and B. Taylor, *Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines*. Int J Methods Psychiatr Res, 2008. 17(3): p. 141-51.
64. GBD Risk Factors Collaborators, *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet, 2016. 388(10053): p. 1659-1724.
65. United Nations. *World Population Prospects The 2012 Revision: Highlights and Advance Tables*. 2012; Available from: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf.
66. Lim, S.S., et al., *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2012. 380(9859): p. 2224-60.
67. World Health Organization, *Global Status Report on Alcohol and Health*. 2014, World Health Organization: Geneva, Switzerland. p. 376.
68. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [Internet]*. 2016 05/22/2016]; Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en&showonly=GISAH>.
69. Beck, F., et al., *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte*. Tendances, 2011. 71: p. 1-5.
70. Roerecke, M. and J. Rehm, *Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of*

- the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers.* BMC Med, 2014. 12: p. 182.
71. Roerecke, M. and J. Rehm, *Chronic heavy drinking and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis.* Open Heart, 2014. 1(1): p. e000135.
 72. Rehm, J., et al., *Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: an overview.* BMC Public Health, 2016. 16(1): p. 363.
 73. Gmel, G., K.D. Shield, and J. Rehm, *Developing a method to derive alcohol-attributable fractions for HIV/AIDS mortality based on alcohol's impact on adherence to antiretroviral medication.* Popul Health Metr, 2011. 9(1): p. 5.
 74. Alperovitch, A., et al., *Do we really know the cause of death of the very old? Comparison between official mortality statistics and cohort study classification.* Eur J Epidemiol, 2009. 24(11): p. 669-75.
 75. Coleman, M. and P. Aylin, *Death certification and mortality statistics: an international perspective (Studies on medical and population subjects # 64).* London, 2000. Series on medical and population subjects. 2000, London: The Stationary Office.
 76. Harteloh, P., K. de Bruin, and J. Kardaun, *The reliability of cause-of-death coding in The Netherlands.* Eur J Epidemiol, 2010. 25(8): p. 531-8.
 77. Gmel, G., et al., *Estimating uncertainty of alcohol-attributable fractions for infectious and chronic diseases.* BMC Med Res Methodol, 2011. 11: p. 48.
 78. Starr, C., *Social benefit versus technological risk.* Science, 1969. 165(3899): p. 1232-8.
 79. Rifkin, E. and E. Bouwer, *The Illusion of Certainty: Health Benefits and Risks* 2007, New York: Springer.
 80. Beck, F., et al., *Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes.* 2013: Saint Denis. p. 104.
 81. Tovar, M., O. Le Nezet, and T. Bastianic, *Perceptions et opinions des Français sur les drogues.* Tendances, 2013. 88.
 82. Guilbert, P., et al., *Baromètre cancer 2005.* 2006, Saint Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
 83. Beck, F. and A. Gautier, *Baromètre cancer 2010.* 2012, Saint Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
 84. Rehm, J., D.W. Lachenmeier, and R. Room, *Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks?* BMC Med, 2014. 12: p. 189.
 85. Holmes, J., et al., *Mortality and morbidity risks from alcohol consumption in the UK: Analyses using the Sheffield Alcohol Policy Model (v.2.7) to inform the UK Chief Medical Officers' review of the UK lower risk drinking guidelines.* 2016, ScHAAR, University of Sheffield. p. 74.
 86. Union européenne, *Règlement No 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires.* Journal officiel de l'Union européenne, 2011. 304: p. 18-63.
 87. Rehm, J., et al., *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders.* Lancet, 2009. 373(9682): p. 2223-33.
 88. Stockley, C.S., *Recommendations on Alcohol Consumption: An International Comparison.* Contemporary Drug Problems, 2007. 34(4): p. 681-714.
 89. EUR-Lex. *Access to European Union law.* 2016 [cited 2016 Dec 28]; Available from: http://eur-lex.europa.eu/summary/chapter/consumers.html?root_default=SUM_1_CODED%3D09,SUM_2_CODED%3D0902&locale=en .
 90. Room, R. and J. Rehm, *Clear criteria based on absolute risk: Reforming the basis of guidelines on low-risk drinking.* Drug and Alcohol Review, 2012. 31(2): p. 135-140.
 91. Hurst, P., D. Harte, and W. Frith, *The Grand Rapids dip revisited.* Accident Analysis and Prevention, 1994. 5: p. 647-54.
 92. Rehm, J., et al., *The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview.* Addiction, 2010. 105(5): p. 817-43.
 93. Lea, W. and D.o. Health. *Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines Development Group to the UK Chief Medical Officers.* 2016; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545739/GDG_report-Jan2016.pdf.

94. Di Castelnuovo, A., et al., *Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies*. Arch Intern Med, 2006. 166(22): p. 2437-45.
95. Rehm, J. and J. Patra, *Different guidelines for different countries? On the scientific basis of low-risk drinking guidelines and their implications*. Drug Alcohol Rev, 2012. 31(2): p. 156-61.
96. World Health Organization. *Health statistics and information systems: Global Health Estimates (GHE) 2016*. 2016; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
97. Rehm, J., et al., *Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: an overview*. 2014, Centre for Addiction and Mental Health: Toronto, Canada.
98. Lonnroth, K., et al., *Alcohol use as a risk factor for tuberculosis - a systematic review*. BMC Public Health, 2008. 8: p. 289.
99. Rehm, J., et al., *The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review*. BMC Public Health, 2009. 9: p. 450.
100. International Agency for Research on Cancer, *Alcoholic beverage consumption and ethyl carbamate (urethane)*, in *IARC Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. 2010: Lyon, France.
101. International Agency for Research on Cancer and World Health Organization, *Personal habits and indoor combustions. Volume 100E. A review of human carcinogens*, in *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*. 2012, International Agency for Research on Cancer,: Lyon. p. 341.
102. Baan, R., et al., *Carcinogenicity of alcoholic beverages*. Lancet Oncol, 2007. 8(4): p. 292-3.
103. Corrao, G., et al., *A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases*. Prev Med, 2004. 38(5): p. 613-9.
104. Bagnardi, V., et al., *Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis*. Br J Cancer, 2015. 112(3): p. 580-93.
105. Baliunas, D.O., et al., *Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis*. Diabetes Care, 2009. 32(11): p. 2123-32.
106. Samokhvalov, A.V., et al., *Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis*. Epilepsia, 2010. 51(7): p. 1177-1184.
107. Taylor, B., et al., *Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis*. Addiction, 2009. 104(12): p. 1981-90.
108. Roerecke, M. and J. Rehm, *Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis*. Am J Epidemiol, 2010. 171(6): p. 633-44.
109. Roerecke, M. and J. Rehm, *The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis*. Addiction, 2012. 107(7): p. 1246-60.
110. Samokhvalov, A.V., H.M. Irving, and J. Rehm, *Alcohol consumption as a risk factor for atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2010. 17(6): p. 706-12.
111. Patra, J., et al., *Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types--a systematic review and meta-analysis*. BMC Public Health, 2010. 10: p. 258.
112. Rehm, J., et al., *Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis*. Drug Alcohol Rev, 2010. 29(4): p. 437-45.
113. Irving, H.M., A.V. Samokhvalov, and J. Rehm, *Alcohol as a risk factor for pancreatitis. A systematic review and meta-analysis*. JOP, 2009. 10(4): p. 387-92.
114. Samokhvalov, A.V., H.M. Irving, and J. Rehm, *Alcohol consumption as a risk factor for pneumonia: a systematic review and meta-analysis*. Epidemiol Infect, 2010. 138(12): p. 1789-95.
115. Hunter, P. and L. Fewtrell, *Acceptable risk*, in *Water quality: guidelines, standards and health*, L. Fewtrell and J. Bartram, Editors. 2001, IWA Publishing: London, UK. p. 207-27.
116. National Health Medical Research Council, *Australian drinking water guidelines*. 2004, National Health and Medical Research Council (NHMRC): Canberra.
117. Kahneman, D., *Thinking Fast and Slow*. 2011, New York: Farrar, Straus and Giroux.

118. Fischhoff B, L.S., Slovic P, Derby SL, Keeney RL., *Acceptable risk*. 1981, Cambridge, UK: Cambridge University Press.
119. Slovic, P., *Perception of Risk*. Science, 1987. 236(4799): p. 280-5.
120. Lachenmeier, D.W. and J. Rehm, *Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach*. Sci Rep, 2015. 5: p. 8126.
121. Donaldson, A.E., et al., *Classifying undetermined poisoning deaths*. Injury Prevention, 2006. 12(5): p. 338-343.
122. Lozano, R., et al., *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality. Global program on evidence for health policy discussion paper 12*. 2001: Geneva, Switzerland.
123. Rey, G., M. Boniol, and E. Jouglu, *Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration with French data for 2006*. Addiction, 2010. 105(6): p. 1018-29.
124. Guerin, S., et al., *Alcohol-attributable mortality in France*. Eur J Public Health, 2013. 23(4): p. 588-93.
125. Rehm, J., *Commentary on Rey et al. (2010): how to improve estimates on alcohol-attributable burden?* Addiction, 2010. 105(6): p. 1030-1.
126. Rey, G. and E. Jouglu, *Are alcohol-attributable mortality estimates reliable?* European Journal of Public Health, 2014. 24(1): p. 3-4.
127. Rehm, J., et al., *Statistical modeling of volume of alcohol exposure for epidemiological studies of population health: the example of the US*. Population Health Metrics, 2010. 8: p. 3.
128. Rehm, J., et al., *The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - An overview*. Addiction, 2010. 105(5): p. 817-843.
129. Walsh, G. and J. Rehm, *Daily drinking and harm*. Contemporary Drug Problems, 1996. 23: p. 465-478.
130. World Health Organization, *Global status report on alcohol and health*. 2014, Geneva, Switzerland: World Health Organization.
131. EUR-Lex. *Access to European Union law*. Dec 28 2016]; Available from: http://eur-lex.europa.eu/summary/chapter/consumers.html?root_default=SUM_1_CODED%3D09,SUM_2_CODED%3D0902&locale=en.
132. Slovic, P., *Perception of Risk*. Science, 1987. 236(4799): p. 280-285.
133. ALICE RAP. *Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project*. Available from: <http://www.alicerap.eu/>.
134. ALICE RAP. *Partner institutions*. December 29, 2016]; Available from: <http://www.alicerap.eu/about-alice-rap/partner-institutions.html>.
135. Rehm, J., et al., *Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. 2012: Toronto, Canada.
136. Dawson, D.A., *Alcohol consumption, alcohol dependence, and all-cause mortality*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2000. 24(1): p. 72-81.
137. World Health Organization. *Health statistics and information systems: Global Health Estimates (GHE)*. 2016 December 30, 2016]; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
138. OECDiLibrary. *Health at a Glance: Europe 2012*. 2012 December 29, 2016]; Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/01/01/index.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-4-en>.
139. Zatonski, W., et al., *Closing the health gap in European Union*. 2008, Warsaw, Poland: Cancer Epidemiology and Prevention Division, the Maria Sklodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology.
140. Rehm, J., et al., *Burden of disease associated with alcohol use disorders in the United States*. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 2014. 38(4): p. 1068-1077.
141. Roerecke, M. and J. Rehm, *Alcohol use disorders and mortality - A systematic review and meta-analysis*. Addiction, 2013. 108(9): p. 1562-1578.

142. Roerecke, M. and J. Rehm, *Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis*. International Journal of Epidemiology, 2014. 43(3): p. 906-919.
143. Schomerus, G., et al., *The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies*. Alcohol and Alcoholism, 2011. 46(2): p. 105-112.
144. Rehm, J., et al., *Quantifying the contribution of alcohol to cardiomyopathy: A systematic review*. Alcohol, 2017 conditionally accepted.
145. Taylor, B. and J. Rehm, *The relationship between alcohol consumption and fatal motor vehicle injury: high risk at low alcohol levels*. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 2012. 36(10): p. 1827-1834.
146. Roerecke, M. and J. Rehm, *Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers*. BMC Medicine, 2014. 12: p. 182.
147. Rifkin, E. and E. Bouwer, *The Illusion of Certainty: Health Benefits and Risks*. 2007, New York: Springer.
148. Tuusov, J., et al., *Prevalence of alcohol-related pathologies at autopsy: Estonian Forensic Study of Alcohol and Premature Death*. Addiction, 2014. 109(12): p. 2018-26.
149. Ringmets, I., et al., *Alcohol and premature death in Estonian men: a study of forensic autopsies using novel biomarkers and proxy informants*. BMC Public Health, 2012. 12: p. 146.
150. United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*. 2013: New York, USA.
151. National Health and Medical Research Council (NHMRC), *Australian Alcohol Guidelines: Health Risks and Benefits*. 2001, NHMRC: Canberra.
152. Stockwell, T., et al., *The basis for Canada's new low-risk drinking guidelines: a relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol use*. Drug Alcohol Rev, 2012. 31(2): p. 126-34.

Citation suggérée : Santé publique France, Institut national du cancer. *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 152 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : EN COURS / ISBN-NET : 979-10-289-0341-1 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : MAI 2017