



- [L'OFDT](#)
- [Actualités et presse](#)
- [Produits et addictions](#)
- [Populations et contextes](#)
- [Régions et territoires](#)
- [Europe et international](#)

Synthèse thématique : alcool





Présentation

[↑ haut du document](#)

L'alcool est une substance liquide d'origine naturelle (alcool éthylique) obtenue par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation. L'alcool entre dans la composition des boissons alcoolisées, qui sont consommées pour leurs effets euphorisants et désinhibants. L'alcool n'est pas digéré : il passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins. En quelques minutes, le sang le transporte dans toutes les parties de l'organisme. Sa consommation peut entraîner une forte dépendance psychique et physique avec syndrome de manque en cas de sevrage, pouvant aller jusqu'à des délires hallucinatoires (delirium tremens). Les effets toxiques sont multiples : cirrhose du foie, cancer du foie, maladies cardiovasculaires, cancer des voies aérodigestives supérieures, etc.



Production / offre

[↑ haut du document](#)

La France est un pays de tradition viticole : malgré une chute importante du volume de vin consommé au cours des 50 dernières années, elle reste en 2012 le plus grand consommateur mondial (un peu moins de 47 litres par habitant) et le premier producteur, en fait à peu près ex aequo avec l'Italie [1]. La consommation de vin en France représente 58 % des quantités totales d'alcool pur contenues dans les boissons alcoolisées. Les spiritueux en représentent 22 % et la bière un peu plus de 17 %. Le reste (2,5 %) est consommé sous forme de cidre et de produits intermédiaires (mélanges de spiritueux et de vins) [2]. Par habitant âgé de 15 ans ou plus, les quantités globales d'alcool pur absorbées sur le territoire français en 2013, représentent en moyenne 2,6 verres standards de boissons alcoolisées (contenant 10 g d'alcool pur, soit approximativement la quantité contenue dans n'importe quel verre de boisson alcoolisée servi dans un débit de boisson) par jour.

Par rapport au début des années 1960, la consommation de boissons alcoolisées (en équivalent alcool pur) a été réduite de plus de moitié en France, cette diminution étant essentiellement imputable à la baisse de la consommation de vin [2].

Le poids économique de la filière alcool en France

Le chiffre d'affaires des boissons alcoolisées vendues sur le marché intérieur représente en 2011 10,7 milliards d'euros, auxquels il faut rajouter les 11,4 milliards réalisés à l'export, soit un montant total de 22,1 milliards d'euros. Les importations d'alcool sont globalement bien inférieures aux

exportations : elles s'élèvent à 2,4 milliards d'euros en 2011 (contre un chiffre d'affaires à l'export de 11,4 milliards d'euros). La consommation d'alcool est aussi à l'origine de recettes fiscales pour l'État et la Sécurité sociale, par le biais de la TVA (comme pour n'importe quel bien de consommation), mais également grâce aux droits sur les volumes consommés. Sur les 16,7 milliards d'euros de dépenses des ménages pour les boissons alcoolisées en 2011, le montant des droits indirects perçus sur l'alcool (hors TVA) s'élève à 3,2 milliards d'euros [4]. La consommation de spiritueux est à l'origine de 82 % des recettes fiscales sur les alcools. Les bières représentent 11 % des recettes, les vins 4 % et les produits intermédiaires 3 %. Cette répartition est très différente de celle des volumes consommés exprimés en équivalent alcool pur (22 % de spiritueux, 17 % de bières et 58 % de vins).

La filière vitivinicole représenterait, selon les syndicats professionnels et le ministère de l'Agriculture, 250 000 emplois directs, dont 142 000 dans la viticulture et près de 70 000 dans la distribution et la vente du vin (coopératives viticoles, courtage et négoce, grande distribution et cavistes, etc.). Le nombre d'emplois indirects est évalué à 300 000 (tonnelage, chaudronnerie, verre, logistique, etc.). En ce qui concerne la bière, l'Association des brasseurs de France revendique un peu plus de 71 000 emplois, dont 6 000 emplois directs. La Fédération française des spiritueux indique de son côté 100 000 emplois générés dans cette branche [3].



Consommation

[↑ haut du document](#)

Estimation du nombre de consommateurs d'alcool en France métropolitaine parmi les 11-75 ans* en 2014



Expérimentateurs : personnes ayant consommé au moins une fois au cours de leur vie
Actuels : consommateurs dans l'année
Réguliers : au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les adultes, au moins 10 par mois pour les adolescents

Infographie OFDT

En population adolescente

Parmi les jeunes collégiens

En 2014, l'enquête HBSC montre que près de la moitié (49,4 %) des élèves en classe de sixième ont déjà goûté à une boisson alcoolisée et huit élèves sur dix (79,9 %) en classe de troisième [5]. Toutes classes confondues, environ un collégien sur sept dit avoir déjà connu une ivresse alcoolique, avec des niveaux qui sont multipliés par six entre la sixième et la troisième (passant de 5,0 % à 28,1 %).

Les garçons se révèlent plus précoces que les filles et sont plus nombreux qu'elles à consommer au début du collège. Cependant, les écarts se resserrent progressivement jusqu'à ne plus être significatifs en classe de 3^e (sex ratio de 1,2). Entre 2010 et 2014, à l'instar des consommations de boissons alcoolisées, les niveaux des ivresses parmi les collégiens ont significativement reculé de 4 points, soit une baisse de 38 %, la tendance se vérifiant pour les deux sexes.

À la fin de l'adolescence

En 2017, l'enquête ESCAPAD, portant sur les jeunes de 17 ans, révèle que l'alcool demeure la substance la plus largement expérimentée par les adolescents, même si le recul continu de sa diffusion depuis une décennie se poursuit (85,7 % vs 89,3 % en 2014 et 92,6 % en 2008). À 17 ans, les boissons alcoolisées restent néanmoins très communément consommées : deux tiers des jeunes en ont bu au cours du mois écoulé (66,5 % vs 72,0 % en 2014). Les usages réguliers (10 fois par

mois) sont de leur côté en baisse de près de 4 points (8,4 % au lieu de 12,3 % en 2014). Les garçons demeurent les plus concernés par ce comportement : ils sont presque 3 fois plus nombreux que les filles, 12,0 % contre 4,6 %. L'amplitude de cet écart n'a pas évolué entre les deux dernières enquêtes. [7].

S'agissant des alcoolisations ponctuelles importantes (API), qui consistent à boire au moins 5 verres en 1 seule occasion, 44,0 % des jeunes déclarent ce comportement au cours du dernier mois. Ils étaient 48,8 % en 2014. En ce qui concerne les API répétées (au moins trois épisodes au cours du mois), elles ont également diminué (16,4 %, contre 21,8 % en 2014), alors que les API dites « régulières » (au moins dix fois) ne concernent, comme en 2014, qu'une très faible part des adolescents (2,7 %).

Les bières (63,5 % de consommations rapportées au cours de la dernière occasion) et les spiritueux (67,3 %) demeurent, comme lors des enquêtes précédentes, les boissons alcoolisées les plus populaires à 17 ans. Viennent ensuite les prémix (26,4 %), suivis du champagne (24,8 %) et des vins (18,4 %). Interrogés sur l'intensité d'une ivresse éventuelle lors du dernier usage d'alcool, un peu moins d'un quart des usagers dans le mois déclarent ne pas avoir été ivres du tout alors 3 % l'ont été « au point de vomir ou de tout oublier » (score de 9 ou 10 sur une échelle de 0 à 10) et presque autant ont dit avoir déjà été admis dans leur vie aux urgences parce qu'ils avaient trop bu.

En population adulte (18-75 ans)

En 2014, parmi les 18-75 ans, près de 9 personnes sur 10 (87 %) déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois dans l'année, alors que 13 % n'en ont pas du tout consommé. Sur l'ensemble de la population de cette tranche d'âge, 38 % déclarent avoir bu de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement), et 10 % des personnes interrogées déclarent boire quotidiennement de l'alcool, ce type de consommation se rencontrant presque exclusivement chez les personnes de plus de 50 ans.

La consommation de boissons alcoolisées reste plus importante chez les hommes, ceux-ci étant en effet, comme en 2010, trois fois plus nombreux à en être des buveurs quotidiens (15 % contre 5 % parmi les femmes) et près de deux fois plus nombreux à en faire un usage au moins hebdomadaire (63 % contre 36 %). Quelque soit l'âge, les femmes sont donc globalement moins nombreuses à consommer et cette différence est d'autant plus affirmée que les fréquences de consommation sont élevées. Avec 39 % de personnes interrogées déclarant en avoir une consommation hebdomadaire, le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée en France suivi de la bière (21 %) puis des spiritueux (16 %) [11] au cours de l'année écoulée. Là aussi les hommes prédominent, 54 % déclarent un tel épisode au cours de l'année contre 24 % des femmes. Ce sont les hommes de moins de 35 ans qui apparaissent les plus concernés (70 % des 18-25 ans et 67 % des 26-34 ans). Parmi les femmes, la prévalence est maximale pour les 18-25 ans (44 %).

L'usage problématique

Le test Audit-C, qui tient compte à la fois de la fréquence de consommation au cours des douze derniers mois, du volume absorbé un jour de consommation type et de la fréquence des épisodes d'API, permet de définir quatre types de buveurs : ainsi, en 2014, 37 % des 18-75 ans sont des buveurs sans risque occasionnel, 11 % des buveurs sans risque régulier, 31 % des buveurs à risque ponctuel et 8 % à risque chronique. La consommation à risque ponctuel diminue nettement avec l'âge, tandis que la consommation à risque chronique, qui s'avère globalement moindre, est importante chez les jeunes (14 % parmi les 18-25 ans), et se révèle stable entre 26 et 75 ans, autour de 7 %. Les usages à risque chronique apparaissent en nette baisse parmi les 55-75 ans (de 10 % en 2010 à 6 % en 2014), mais stables pour les autres tranches d'âge [11].



Conséquences

[↑ haut du document](#)

La consommation de boissons alcoolisées provoque des dommages sanitaires et sociaux. Les dommages sanitaires peuvent être définis comme l'ensemble des maladies et traumatismes provoqués par la consommation d'alcool. L'alcoolisation peut également avoir des répercussions négatives sur la vie sociale (relations avec les proches, emploi, délinquance) des consommateurs et des personnes en contact avec eux, diminuant ainsi leur qualité de vie et entraînant des dommages pour la collectivité.

Domages sanitaires

Les différentes catégories de dommages sanitaires

Les dommages pour la santé liés à la consommation d'alcool dépendent des quantités absorbées, des modalités d'usage, et de nombreux facteurs environnementaux et individuels. Ces risques peuvent apparaître lorsque la consommation est chronique, c'est-à-dire en général quotidienne, mais également lorsqu'elle est ponctuelle.

Les risques liés à une consommation chronique

La consommation chronique d'alcool augmente le risque de survenue d'un nombre important de maladies. Le risque augmente en général avec la dose d'alcool ingérée, avec parfois un effet de seuil, le risque n'apparaissant qu'au-delà d'une certaine quantité. Le métabolisme de l'alcool dans l'organisme génère des substances toxiques pour le foie. Lorsque les quantités d'alcool consommées sont faibles, des mécanismes permettent dans la plupart des cas de neutraliser, pour une large part, ces toxiques. Ces processus perdent en revanche de leur efficacité en cas de consommation excessive prolongée, ce qui rend possible l'apparition de lésions du foie (stéatoses, hépatites alcooliques, cirrhoses). En cas d'infection par le virus de l'hépatite B et C, la consommation d'alcool accroît de plus le risque de cirrhoses [12]. La consommation d'alcool augmente le risque de développer un cancer de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon-rectum (chez l'homme) et du sein (chez la femme). Cette augmentation du risque semble également probable pour le cancer du foie et pour le cancer du côlon-rectum (chez la femme) [13].

Outre son rôle dans l'apparition et le développement de maladies du foie et de certains cancers, l'alcool est aussi un neurotoxique, qu'il soit consommé de façon ponctuelle ou chronique. L'apparition de lésions et de maladies (neuropathies périphériques, encéphalopathies, troubles cognitifs) résultant de ce dernier mode de consommation peuvent être la conséquence de l'alcoolisation mais aussi du sevrage et de leur répétitions (épilepsies de sevrages). La dépendance qui peut s'installer chez une partie des consommateurs d'alcool est une autre manifestation de la toxicité de l'alcool sur le système nerveux central [12]. Par ailleurs, alcool et dépression sont souvent étroitement associés [14].

Bien que toujours discuté, le rôle protecteur d'une faible consommation d'alcool vis-à-vis des cardiopathies ischémiques paraît attesté par d'innombrables études et serait expliqué, notamment, par une augmentation du cholestérol HDL provoqué par l'alcool [14]. Cet effet positif, qui disparaît pour les consommations plus importantes, est cependant contrebalancé par une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral, très nette pour les accidents de type hémorragique, de

certains troubles du rythme cardiaque et de maladie hypertensive [12].

La consommation d'alcool par une femme enceinte peut provoquer différentes perturbations, variables selon le mode de consommation de la mère, sa sensibilité à l'alcool ainsi que celle du fœtus, allant du trouble léger du comportement de l'enfant à naître jusqu'aux anomalies sévères du développement (« syndrome d'alcoolisation fœtale »). Les troubles se manifestent principalement au niveau du système nerveux central [12].

Il faut également mentionner le rôle immunodépresseur d'une consommation excessive d'alcool qui accroît ainsi la vulnérabilité à certaines maladies infectieuses comme la tuberculose, la pneumonie et le VIH [14, 15]. Il semble par ailleurs que l'alcool consommé à faible dose ait un effet protecteur contre le diabète sucré non insulino-dépendant [16].

Les risques liés à une consommation ponctuelle

La consommation d'une très forte quantité d'alcool peut provoquer un coma éthylique qui dans certains cas peut engager le pronostic vital. Le coma éthylique intervient en moyenne pour un adulte pour des doses supérieures à 3 grammes d'alcool pur par litre de sang. La dose mortelle varie suivant les individus et leur accoutumance à l'alcool. Une intoxication aiguë massive, même exceptionnelle, peut également être à l'origine d'accidents vasculaires cérébraux. Mais le plus souvent, lors d'une intoxication aiguë, les dommages sont la conséquence de la perte de contrôle de la personne alcoolisée sur ses actes, ce qui peut se traduire par des accidents et des actes violents susceptibles de provoquer des traumatismes et le décès du consommateur ou d'un tiers. L'accident de la route est une des circonstances où le rôle de l'alcool est le plus connu. Mais il peut jouer un rôle similaire dans les accidents du travail, les accidents de la vie courante, les tentatives de suicides et les actes violents envers autrui ainsi que dans la transmission de maladies infectieuses (rapports sexuels non protégés). En l'absence de mesure systématique de l'alcoolémie dans ces autres circonstances, il est souvent difficile d'attribuer à l'alcool une part de ces dommages.

Mesure des dommages sanitaires

Indicateur de mortalité

La mortalité (en nombre ou en taux) est l'indicateur le plus utilisé pour mesurer les dommages sanitaires associés à un comportement. Ce chiffre exprime plus que tout autre indicateur la gravité et l'irréversibilité des dommages provoqués par une maladie ou un comportement risqué. Cet indicateur est calculé à partir des informations fournies par les médecins appelés à constater un décès. La fiabilité de cet indicateur dépend de la qualité des renseignements inscrits sur le certificat de décès et de la capacité du médecin à en diagnostiquer la cause exacte. Un grand nombre de maladies peuvent être provoquées par plusieurs causes. Il est nécessaire dans ces cas d'avoir recours à un calcul permettant d'attribuer une fraction de ce type de décès à l'alcool. Il est nécessaire pour cela de pouvoir évaluer l'augmentation du risque de décès pour les différents types de pathologies décrites dans la section précédente et pour différents niveaux de consommation d'alcool. Ces « risques relatifs » sont calculés à partir d'enquête de cohorte ou d'études cas témoins permettant de comparer les proportions de maladies et de décès parmi des personnes consommatrices d'alcool ou non et selon différents niveaux de consommation. D'innombrables études ont été menées au plan international et chaque année de nouveaux résultats publiés dans des revues scientifiques viennent s'ajouter au

corpus de connaissances. La difficulté tient à la prise en compte de tous les résultats qui, s'ils sont souvent convergents, peuvent se situer dans des fourchettes plus ou moins importantes. Il faut également disposer de données sur les consommations d'alcool, suivant différents niveaux, dans la population française. Ces données proviennent d'enquêtes auprès d'un échantillon représentatif des Français. Il est alors possible de calculer des fractions attribuables à l'alcool (des pourcentages) pour les décès suivant les différents types de pathologies recensées. En appliquant ces fractions au nombre total de décès par pathologies, on obtient le nombre de décès attribuables à l'alcool. Ce type de calcul s'accompagne de marges d'incertitudes. Les risques relatifs sont des moyennes auxquelles sont associés des intervalles de confiance plus ou moins large. Il en va de même pour les estimations des consommations d'alcool.

Indicateur de morbidité

L'autre indicateur représentatif des dommages sanitaires liés à l'alcool est le nombre de personnes malades en raison de leur consommation d'alcool. Cet indicateur de morbidité peut s'exprimer en termes de prévalence (nombre total de personnes malades à un moment ou une période donnée) ou en termes d'incidence (nombre de nouveaux cas déclarés pour une maladie au cours d'une période donnée). Compte tenu des sources de données existantes, cet indicateur se limite en pratique le plus souvent au nombre de personnes prises en charge par un professionnel de santé pour une pathologie dont l'alcool est totalement ou en partie responsable.

Mortalité attribuable à l'alcool

Les dernières données publiées [16] rapportent en 2009 un nombre de 49 000 décès, tous âges confondus, liés à l'alcool, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes (tableau 2). Les décès liés à l'alcool sont majoritairement masculins (75 %). Pour la plupart des cancers dans lesquels l'alcool est impliqué, les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes (21 décès masculins pour 1 décès féminin pour le cancer du larynx, rapport de 15 à 1 pour le cancer de l'œsophage) sauf, bien entendu, pour le cancer du sein, qui représente à lui seul 22 % des décès féminins liés à l'alcool. Les hommes sont également beaucoup plus touchés que les femmes par les décès par accidents et suicides (10 hommes pour 1 femme). Au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins sont attribuables à l'alcool. Cette différence est pour une large part le reflet de la proportion plus importante d'hommes consommateurs d'alcool que de femmes. Ainsi, en 2010, 18 % des hommes sont des consommateurs quotidiens d'alcool contre 6 % des femmes. La part des décès attribuable à l'alcool est la plus importante parmi les 15-34 ans (22 %) ; elle décroît parmi les 35-64 ans (18 %) pour tomber à 7 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le nombre total de décès augmentant avec l'âge, la majorité des décès liés à l'alcool (60 %) s'observe cependant dans ce troisième groupe, contre un gros tiers parmi les 35-64 ans et 3,5 % chez les 15-34 ans.

Fractions attribuables à l'alcool et nombre de décès suivant la pathologie et le sexe en 2009

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Cancer	12 %	6 %	11 197	4 003	15 200
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Côlon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
Maladie cardiovasculaire	14 %	3 %	9 523	2 710	12 233
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	- 3 %	938	- 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
Maladies digestives	45 %	20 %	5 627	2 145	7 772
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans précision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	- 10 %	- 51	- 19	- 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
Autres maladies			3 441	634	4 075
Diabète de type 2	21 %	- 4 %	638	- 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrite alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
Causes externes	25 %	18 %	5 545	2 609	8 154
Total causes précisées attribuables à l'alcool	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
Mortalité totale attribuable à l'alcool	13 %	5 %	36 584	12 465	49 048

Note : La proportion de consommateurs d'alcool, suivant différents niveaux, étant très différentes chez les hommes et chez les femmes, les calculs doivent être effectués séparément pour chaque sexe.

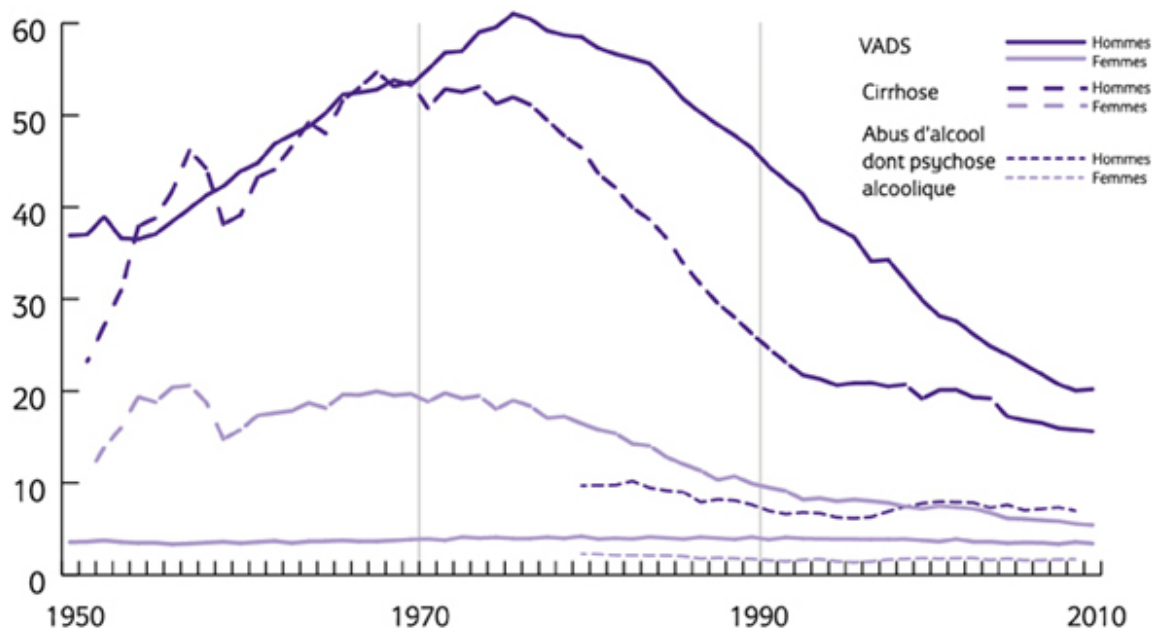
Source : Quérin et coll., 2013

Le calcul du nombre de décès attribuables à l'alcool repose sur la connaissance des risques relatifs de décès associés à différents niveaux de consommation de ce produit (voir encadré sur la mesure des dommages sanitaires). Les chiffres de mortalité qui sont ici présentés s'appuient sur l'état des connaissances le plus récent. Cela explique que les résultats de ce type d'étude soient souvent difficiles à comparer dans le temps. Une étude publiée en 2010 [17] faisait état de 33 000 décès attribuables à l'alcool pour l'année 2006, soit un chiffre nettement inférieur au 49 000 décès en 2009. Selon les auteurs de l'étude la plus récente, cette différence s'explique par l'utilisation de

valeurs différentes pour les risques relatifs, et au recours à une autre enquête pour déterminer les proportions de la population consommant différentes doses d'alcool. Des travaux supplémentaires permettant de comparer plus en détail les choix méthodologiques et leur pertinence seraient sans doute utiles. Il est certain en tout cas que la variation des chiffres entre les études publiées en 2010 et en 2013 ne reflète pas l'évolution de la mortalité liée à l'alcool au cours du temps.

Pour avoir malgré tout une idée des modifications de la mortalité liée à la consommation d'alcool au cours du temps, on peut se limiter à l'observation des causes de décès dont l'alcool est l'unique ou le principal facteur de risque. Trois causes sont en général utilisées : la cirrhose, le cancer des voies aérodigestives (conjointement lié au tabac et à l'alcool) et les maladies mentales liées à la consommation d'alcool. Les taux de mortalité par cirrhose ont augmenté, chez les hommes comme chez les femmes, dans les années 1950-1960, pour chuter fortement depuis (graphique 1). La consommation d'alcool a également rapidement augmenté en France depuis 1945 jusqu'à la fin des années 1950, sans toutefois revenir au niveau d'avant-guerre, pour décroître ensuite régulièrement jusqu'à aujourd'hui. Il existe ainsi un décalage d'une dizaine d'années entre la baisse de la consommation d'alcool et celle de la mortalité par cirrhose, délai qui peut s'expliquer par le temps d'évolution de cette pathologie dans le contexte d'une lente évolution des consommations. Les taux de mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) ont augmenté chez les hommes jusque dans les années 1970. Le délai entre la baisse de la consommation d'alcool et celle de la mortalité s'explique là aussi par le temps d'évolution des cancers, mais également par l'augmentation de la consommation du tabac, à la même période, responsable conjointement avec l'alcool de la plupart de ces décès. Chez les femmes, beaucoup moins buveuses et fumeuses que les hommes, le taux de mortalité est resté plus stable, avec une lente tendance à l'augmentation qui se poursuit dans les années 2000, en raison de l'augmentation jusqu'au début des années 1990 puis de la stabilisation de la proportion de fumeuses dans la population française.

Évolution des taux de mortalité pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et les psychoses alcooliques, chez les hommes et chez les femmes, 1950-2010



Source : C.Hill (Institut Gustave-Roussy)
[Drogues et addictions, données essentielles - 2013]

Morbidité attribuable à l'alcool

Les données de morbidité dans l'ensemble de la population pour les maladies liées à l'alcool sont assez rares en France. Il est possible de faire état de données limitées sur la prévalence de l'abus et de la dépendance et sur l'incidence de certains cancers.

L'abus et la dépendance à l'alcool sont des maladies affectant le fonctionnement cérébral dont les prévalences sont difficiles à connaître avec précision. Le diagnostic d'abus ou de dépendance peut être fait à l'aide de tests validés, ensemble de questions pouvant figurer dans une enquête menée auprès de l'ensemble de la population. Cependant, la passation de ces tests doit en principe être réalisée par des professionnels de santé formés dans le cadre d'un contact en face à face. Ces conditions sont difficiles à réunir, parce que très coûteuses, dans le cadre des enquêtes de santé menées auprès de la population française. Par ailleurs, certaines populations socialement désinsérées et considérées à risques du point de vue des consommations d'alcool sont difficiles à toucher.

Dans une compilation [18] de l'ensemble des résultats d'enquêtes menées dans les pays européens (majoritairement des pays de l'Europe du nord) dans les années 1990, la prévalence moyenne de l'alcool dépendance sur les douze derniers mois se situait autour de 6 % chez les hommes et de 1% chez les femmes. Mais les résultats sont très variables d'une étude à l'autre malgré l'utilisation de questionnaires similaires ou très proches dans les différentes enquêtes (de 0,4 % à 14,5 % d'alcool dépendants chez les hommes ; de 0,1 % à 4,2 % chez les femmes). Dans l'enquête sur la santé mentale en population générale (SMPG) réalisée en France au début des années 2000 sur un échantillon de 36 000 personnes, le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool concernait 4,3% de la population française âgée de 18 ans et plus (7,3 % des hommes et 1,5 % des femmes) [19]. Le pourcentage de personnes diagnostiquées comme dépendantes était de 2,3%. Les problèmes avec l'alcool ne se limitent cependant pas aux situations de dépendances. La cinquième édition du manuel des diagnostics des troubles mentaux (DSM5) regroupe en une seule catégorie, les désordres liés à l'usage de substances (substance use disorder), celles utilisées auparavant d'abus et de dépendance. Ces troubles définis à partir d'une liste de critères doivent être appréhendés comme un continuum allant de problèmes légers aux plus sévères. Ce changement de conception devra conduire à faire évoluer la mesure du nombre de personnes présentant un comportement de consommation d'alcool défini comme problématique.

L'alcool, conjointement avec le tabac, est le principal facteur de risque pour les cancers des voies aérodigestives supérieures. Le taux d'incidence pour ces cancers a fortement baissé chez les hommes entre 1980 et 2005, passant de 68 cas pour 100 000 habitants à 37 [21]. D'après les projections réalisées par l'InVS, ce mouvement de baisse devait se poursuivre entre 2005 et 2011 [22]. Comme pour la mortalité, cette évolution est liée à la diminution de la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes. Le taux d'incidence, beaucoup plus faible chez les femmes, a en revanche progressé entre 1980 et 2005 de 5 pour 100 000 à 7,7, conséquence de l'augmentation passée de la proportion de fumeuses puis de sa stabilisation. Entre 2005 et 2011, ce taux devrait s'être stabilisé ou augmenter légèrement. En ce qui concerne les autres cancers pour lesquels l'alcool est impliqué, sans être le seul facteur de risque, les taux d'incidences entre 1990 et 2006 ont fortement progressé pour les cancers du foie et les cancers du sein et sont restés stables pour les cancers du côlon-rectum. L'alcool n'étant à l'origine que d'une partie de ces cancers, il est difficile de faire un lien entre l'évolution de l'incidence et celle de la consommation de ce produit.

Les recours au soins

- Les recours pour traitement de l'addiction à l'alcool

Dans une première approche limitative, ne sont comptabilisés que les recours pour le traitement de l'addiction à l'alcool elle-même. Les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool peuvent s'adresser à des professionnels du soin exerçant leur activité dans trois cadres institutionnels différents : soit des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, appelées centres de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie (CSAPA), soit des hôpitaux (généralistes ou spécialisés en psychiatrie), soit à des médecins de ville, le plus souvent généralistes.

Les CSAPA accueillent des personnes ayant des consommations d'alcool excessives, le plus souvent dépendantes (2/3 des patients) ou ayant un usage nocif, ou à risque. Le nombre de personnes consommatrices d'alcool (actuelles ou en ayant consommé auparavant) accueillies dans ces centres pour un problème d'alcool était estimé à 133 000 personnes en 2010 [23].

Dans les hôpitaux non spécialisés (hôpitaux psychiatriques non compris), environ 147 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool ont été recensés en 2011 (contre 93 000 en 2002) et environ 48 000 séjours (26 500 en 2002) pour sevrage alcoolique. La prise en compte des séjours pour les problèmes d'alcool apparaissant en diagnostic associé conduit à des chiffres plus importants : une étude non encore publiée mais dont les premiers résultats ont été rendus publics évalué en 2011 à 470 000 le nombre de séjours avec au moins un diagnostic de troubles du comportement liés à l'alcool [24]. L'ensemble des séjours à l'hôpital (y compris hôpitaux psychiatriques et centres de soins de suite et de réadaptation en alcoologie) pour un diagnostic principal ou associé de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool s'élève à 900 000 en 2011, et correspond à 400 000 patients différents [24].

Les données hospitalières disponibles sont cependant partielles. Elles ne permettent en effet pas de recenser le nombre de patients vus par les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et dans les consultations hospitalières en addictologie.

Les ELSA ont été créées en 2000 afin de favoriser la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives dans les services hospitaliers, quelles que soient leurs spécialités. Ces équipes, comprenant dans l'idéal un médecin, un(e) infirmier/ère, un(e) psychologue et/ou un(e) assistant(e) social(e), se déplacent à la demande des différents services auprès des malades hospitalisés ou dans les services d'urgence pour évaluer leurs problèmes d'addiction, initier un traitement le cas échéant, et orienter le patient vers une prise en charge adaptée à sa sortie de l'hôpital. Les consultations hospitalières en addictologie permettent d'accueillir en ambulatoire des patients avec des problèmes d'addiction. En 2010, 297 établissements de santé déclarent être dotés d'une ELSA et 476 d'une consultation en addictologie.

En dehors de l'hôpital, les personnes malades en raison de leur consommation d'alcool peuvent être vues par un médecin généraliste en ville. Les enquêtes Baromètres santé médecins généralistes donnent des chiffres sur le nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage alcoolique au cours d'une semaine : environ 0,9 patient en 2009, donnée restée stable au cours des années 2000, soit pour l'ensemble des médecins généralistes environ 54 000 patients sur une période d'une semaine [25].

Une partie des patients peut avoir été vue dans ces différents cadres de prise en charge et il n'est donc pas possible d'additionner les différents chiffres cités.

- Les recours indirectement liés à l'alcool

La deuxième approche vise à prendre en compte l'ensemble des recours aux soins liés indirectement à l'alcool : personnes hospitalisées suite à un accident de la route provoqué par une personne en état d'alcoolisation, personnes hospitalisées pour une cirrhose du foie ou un cancer lié à la consommation d'alcool. Peu de données sont disponibles sur cette question. Une étude publiée en 2013 a porté sur les hospitalisations pour maladies alcooliques du foie. Celles-ci sont mentionnées en diagnostic principal, secondaire ou associé pour près de 63 400 patients hospitalisés dans un service de médecine, chirurgie ou d'obstétrique en 2008 [26]. Le nombre de séjours correspondant s'élève à environ 144 000. Parmi les patients, environ 37 300 étaient hospitalisés spécifiquement pour une maladie alcoolique du foie ou une de ses complications. Il s'agit ici d'une maladie entièrement attribuable à l'alcool, mais comme pour le calcul de la mortalité attribuable à l'alcool, il est nécessaire pour évaluer l'ensemble des hospitalisations indirectement liées à l'alcool d'appliquer des fractions attribuables aux hospitalisations pour les différentes maladies impliquant l'alcool.

Domages sociaux

Précarité

Peu d'enquêtes permettent en France de quantifier les associations entre dommages sociaux et problèmes d'alcool. D'après l'enquête sur les patients vus un jour donné en médecine de ville ou à l'hôpital menée en 2001 [27], les personnes hospitalisées qui sont sans emploi ont 2,4 fois plus de risque d'être en situation d'alcoolisation excessive que ceux qui ont un emploi et 2,7 fois plus de risques d'être alcoolo dépendantes. Il faut cependant remarquer que cette mesure d'association entre l'alcoolisation et une difficulté sociale ne permet pas, en soi, de déterminer une causalité entre ces deux problèmes. Parmi les patients vus en médecine de ville, ceux qui sont logés de façon précaire ou sont sans abri ont près de trois fois plus de risques d'être alcoolo dépendant que ceux qui disposent d'un logement. L'enquête SD 2001 coordonnée par l'Insee et menée auprès d'un échantillon représentatif de personnes sans domicile en 2001 a toutefois montré que la consommation et les problèmes afférents sont très variables en fréquence et en intensité suivant le degré de précarité, même au sein de cette population très précarisée [28]. Dans l'enquête SAMENTA réalisée en 2008, 21% (27 % chez les hommes, 9 % chez les femmes) des personnes sans logement personnel en Ile de France sont alcoolo dépendantes, 7 % présentent une consommation à risque [29].

Le lien entre précarité et usage d'alcool est visible dès l'adolescence. Les jeunes de 17 ans sortis précocement du système scolaire ou ayant un parcours scolaire chaotique les ayant mené dans des filières courtes ou professionnalisantes ont près de 2 fois plus de risque de consommer de l'alcool régulièrement que les jeunes encore scolarisés en filière classique. Pour autant, l'appartenance à un milieu familial défavorisé sur le plan économique semble plutôt protectrice à cet âge pour l'alcool comme pour les autres substances psychoactives [30].

Infractions à la loi

Les cas de transgression de la loi sous influence de l'alcool constituent une autre forme de dommages sociaux. Il est nécessaire de différencier les infractions dans lesquelles l'alcool est explicitement en cause des autres infractions. En ce qui concerne la première catégorie d'infraction, près de 75 000 personnes ont été interpellées pour ivresse publique et manifeste en 2012. Cette

même année, on comptait environ 352 000 dépistages positifs de l'alcoolémie routière [31]. En 2011, les tribunaux ont prononcé près de 150 500 condamnations pour conduite en état alcoolique, 1 828 pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique et 187 pour homicide involontaire par conducteur en état alcoolique [32]. Les condamnations pour conduite en état alcoolique sont en augmentation. Celles pour blessures volontaires et pour homicides volontaires sont plutôt en diminution.

La consommation d'alcool peut également être associée à d'autres types d'infractions, notamment aux violences commises à l'égard des personnes. Les travaux menés à partir des procédures judiciaires font apparaître que les problèmes d'alcool sont fréquemment mentionnés chez les auteurs de violences conjugales [33]. Sur environ 700 affaires judiciaires de violence conjugales enregistrées dans un parquet de la région parisienne, il était indiqué dans 28 % des cas que l'auteur consommait régulièrement des quantités importantes d'alcool. Dans l'enquête « Cadre de vie et sécurité » menée par l'Insee et l'ONDRP (Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales), il est demandé aux victimes de violences physiques d'indiquer si l'auteur des actes était sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue. À partir des résultats cumulés des enquêtes annuelles menées de 2008 à 2011 [34], il a été possible de déterminer que parmi les victimes (âgée de 14 ans ou plus) de violences physiques commises en dehors du ménage, 29 % considèrent que l'auteur des violences était sous l'emprise d'alcool (19 % l'alcool uniquement, 10 % alcool et drogues). Parmi les victimes (âgées de 18 à 75 ans) de violences physiques ou sexuelles commises par un membre du ménage, 34 % considèrent que l'auteur des violences était sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue. Pour les violences commises au sein du ménage, les résultats communiqués ne permettent pas de différencier entre les auteurs sous l'emprise de l'alcool et ceux qui sont sous l'emprise d'une drogue.

Dans l'enquête VAMM [35] menée sur 2 019 personnes recrutées dans la région parisienne et dans le Nord, 40% des sujets ayant participé à une bagarre avaient consommé de l'alcool dans les deux heures qui précédaient. Un quart des auteurs d'agression ayant eu lieu en dehors de la famille avaient également consommé de l'alcool dans les deux heures qui précédaient. Lorsque l'agression avait eu lieu dans le cadre de la famille cette proportion atteignait 35 %. Dans le cas des destructions intentionnelles, de l'alcool avait été consommé auparavant dans 32 % des cas, et dans 20 % des cas pour les vols.

Comparaisons européennes

Les données sur la mortalité attribuable dans différents pays doivent être comparées avec prudence, des différences de méthodologie étant susceptibles de biaiser la comparaison. Une étude menée en suivant une méthode identique dans huit pays (France, Suède, Royaume-Uni pour l'Europe de l'Ouest, Hongrie, Lituanie, Pologne, République Tchèque, pour l'Europe centrale et orientale ainsi que la Russie) sur des données de mortalité datant de 2002 fait apparaître une proportion de décès attribuable à l'alcool plus faible en France que dans les pays d'Europe centrale et orientale mais nettement plus forte qu'au Royaume-Uni et en Suède (tableau 3) [36].

Taux de mortalité prématurée brute annuel pour 10 000 habitants parmi les personnes âgées de 20 à 64 ans dans 8 pays d'Europe et de Russie, en 2002

	Hommes	Femmes
Hongrie	21,6	5,0
Lituanie	22,0	4,1
Pologne	8,7	0,9
République Tchèque	9,0	1,4
Russie	29,0	4,7
France	7,5	1,8
Royaume-Uni	2,7	0,5
Suède	3,7	1,3

Source : Rehm et coll. [36]

Toujours en 2002, parmi 23 pays européens (Union européenne sans la Bulgarie, la Grèce, Malte et la Lettonie mais avec la Norvège, la Suisse et la Croatie) pour lesquels les données sur le taux de mortalité par cirrhose alcoolique sont disponibles, la France se situe dans une position intermédiaire (dixième valeur la plus élevée), avec un taux de 13 pour 100 000 habitants pour les hommes et de 4,5 pour les femmes. Le taux de mortalité en France est proche de celui observé au Portugal et en Grande-Bretagne et inférieur, par exemple, à celui de la République tchèque (16 pour 100 000), de l'Allemagne (18 pour 100 000) et de la Hongrie (98 pour 100 000) (données OMS). Une analyse portant sur l'évolution des taux de mortalité par cirrhose du foie entre les années 1960 et le début des années 2000 fait apparaître une baisse continue de ces taux depuis les années 1970 dans les pays méditerranéens, dont la France, États qui se classaient alors largement en tête de tous les pays européens. Les taux de mortalité par cirrhose du foie ont en revanche augmenté sur cette période dans presque tous les autres pays de l'Europe, à l'exception des pays scandinaves. Cette double évolution explique ainsi la position moyenne supérieure de la France au sein de l'UE [37].

Les taux de mortalité par cancer de la bouche et de l'œsophage chez les hommes (pour 100 000) sont en France en 2010 parmi les plus élevés de l'UE : 17 contre 14 en moyenne dans l'UE. Les taux sont plus élevés seulement dans les six pays suivants : Hongrie, Slovaquie et Roumanie, ainsi que dans les trois États baltes. La France fait cependant partie des quatre pays ayant connu la plus forte réduction de ces taux entre 2001 et 2010 [38]. Les taux féminins de mortalité pour ces cancers se situent en France au même niveau que la moyenne de l'UE (respectivement 3,1 et 3,3).



Perceptions /opinions

[haut du document](#)

Perception de la dangerosité du produit

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. L'alcool apparaît surtout dangereux au stade de l'usage quotidien : ils sont 74 % de Français à le penser [39].

Concernant les personnes qui « boivent beaucoup d'alcool », une grande majorité de personnes (91 %) estiment, comme lors de l'enquête précédente en 2008 (90 %), qu'elles peuvent être « un danger

pour leur entourage ». La proportion de Français qui considèrent que ces consommateurs souffrent d'une maladie est en recul, passant de 36 % à 24 %. En revanche, en 2008 comme fin 2012, la moitié des Français pensent que l'usage s'explique par des problèmes familiaux. Moins d'une personne sur dix (8 %) estime que les consommateurs excessifs d'alcool peuvent vivre normalement. En résumé, plus encore qu'en 2008, les Français semblent refuser d'exonérer les usagers de leur « part de responsabilité » [39].

Opinions sur les politiques publiques

Depuis la loi portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) de 2009, l'interdiction totale de vente est passée de 16 ans à 18 ans pour l'alcool et le tabac. Les résultats des deux dernières enquêtes EROPP permettent de mesurer l'adhésion à cette mesure et l'évolution de l'opinion à la suite de l'adoption de la loi. Une large majorité de Français (93 %) est favorable à l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs, proportion stable par rapport à 2008 [39].



Cadre légal et orientations publiques récentes

[↑ haut du document](#)

Pour des raisons fiscales et d'ordre public, le commerce et la distribution d'alcool sont réglementés depuis plusieurs siècles. Les préoccupations de santé publique du législateur se sont traduites par l'instauration d'un cadre juridique relativement récent (ordonnances de 1960 sur la lutte contre l'alcoolisme, loi Évin du 10 janvier 1991, loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) adoptée le 21 juillet 2009) qui a fait l'objet de remises en cause tout au long de sa mise en œuvre. Le débat public oppose en effet le discours des spécialistes en alcoologie et addictologie aux revendications des viticulteurs, producteurs et distributeurs, et il partage également l'opinion.

Alcool et ordre public

La législation en matière de lutte contre l'alcoolisme s'est esquissée au XIXe siècle à travers des dispositions relatives au maintien de l'ordre public, notamment la loi de 1873 sur la répression de l'ivresse publique, aujourd'hui codifiée dans l'article L. 3341-1 du Code de la santé publique (CSP).

Aujourd'hui, l'ivresse publique et manifeste est passible d'une contravention de 2e classe (150 € d'amende). La personne est conduite à ses frais au poste le plus proche ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison.

L'ivresse dans une enceinte sportive constitue, depuis la loi du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives, un délit pouvant être puni d'une peine d'emprisonnement, notamment en cas de violences.

Renforcement des mesures de protection des mineurs

Les pouvoirs publics se sont très tôt mobilisés pour limiter les pratiques d'alcoolisation excessive des jeunes générations, notamment par l'adoption de dispositions réglementaires destinées à restreindre l'accès à l'alcool.

Ainsi, la législation interdit aux mineurs de moins de 16 ans d'être reçus dans un débit de boisson à moins d'être accompagnés par un majeur. Cette infraction est passible d'une contravention de 4^e classe. Les établissements scolaires, espaces de loisirs ou sportifs, comptent également parmi les zones protégées sur lesquelles l'implantation d'un débit de boisson est proscrite (L. 3335-1 du CSP). La violation de ce principe d'interdiction est sanctionnée par 3 750 euros d'amende. Les contrevenants risquent également la fermeture de l'établissement.

Jusqu'à la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), la vente d'alcool était interdite aux mineurs de moins de 16 ans. Depuis, l'ensemble des mineurs est concerné par cette interdiction et toute forme d'offre à des mineurs (y compris à titre gratuit) de boisson alcoolisée est proscrite dans les débits de boissons, commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité.

En cas de non-respect, les propriétaires des établissements servant de l'alcool encourent une peine de 7 500 € d'amende. Ils peuvent être sanctionnés d'une peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter, pour une durée d'un an au plus, et se voir obligés d'accomplir un stage de responsabilité parentale, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du Code pénal. En cas de récidive, les propriétaires risquent un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est venue renforcer l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs (art. 12 de la loi, L. 3342-1 du CSP). Elle oblige toute personne qui délivre une boisson alcoolique à exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité, quand la loi de 2009 lui en donnait seulement la possibilité. La responsabilité du vendeur se voit donc accentuée.

Par ailleurs le Code pénal intègre deux nouvelles infractions en matière de lutte contre la consommation d'alcool chez les moins de dix-huit ans. Ainsi, aux termes de l'article 227-19, le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool est passible de peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. Cet article stipule également que le fait d'inciter un mineur à la consommation habituelle d'alcool est passible de deux ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Par ailleurs, l'offre d'un objet incitant à la consommation excessive d'alcool à un jeune mineur est également proscrite (art. 12 de la loi du 26 janvier 2016 et L. 3342-1 du CSP).

Sécurité routière : durcissement continu du contrôle de l'alcoolémie

La conduite sous l'empire d'un état alcoolique est un délit, réprimé depuis 1965 en France. La loi du

9 juillet 1970 fixe pour la première fois un seuil légal d'alcoolémie au-delà duquel la conduite d'un véhicule motorisé est interdite. Elle introduit aussi le dépistage par l'air expiré. En 1978, le législateur instaure les contrôles d'alcoolémie, même en l'absence d'infraction ou d'accident (loi du 12 juillet 1978). Les sanctions afférentes à un dépistage positif ne cessent d'être renforcées tout au long des années 1980.

Depuis le décret du 29 août 1995, la conduite d'un véhicule est interdite pour une concentration d'alcool dans le sang (alcoolémie) égale ou supérieure à 0,5 g d'alcool par litre de sang (soit 0,25 mg/l d'air expiré). Ceci correspond approximativement à deux verres standard de vin. Pour les conducteurs de transports en commun routiers l'alcoolémie maximale tolérée est inférieure à 0,2 g/l (décret du 25 octobre 2004). En fait, ce seuil équivaut à la tolérance zéro, l'organisme pouvant présenter naturellement une alcoolémie très faible, indépendamment de la prise d'alcool. Depuis juillet 2012, tout conducteur de véhicule terrestre motorisé, hormis les cyclomoteurs, doit posséder un éthylotest, immédiatement utilisable (décret du 28 février 2012).

La conduite d'un véhicule avec un taux d'alcool compris entre 0,5 et 0,79 g/l de sang (ou 0,25 et 0,40 mg/l d'air expiré) constitue une contravention de 4e classe, de la compétence du tribunal de police : le contrevenant encourt une peine d'amende prévue pour les contraventions de la 4e classe (de 135 € à 750 €), le retrait de six points du permis de conduire, l'immobilisation du véhicule et la suspension du permis pour une durée maximale de trois ans avec possibilité d'aménagement. À partir de 0,8 g/l (0,4 mg/l d'air expiré), le conducteur commet un délit, relevant de la compétence du tribunal correctionnel, passible d'un retrait de six points, d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 500 €, d'une peine de prison pouvant atteindre deux ans et du retrait du permis de conduire (décret du 29 août 1995 ; art. L244-1 du Code de la route) et de plusieurs peines complémentaires. En cas d'accident corporel, les peines sont aggravées et peuvent atteindre dix ans d'emprisonnement en cas d'homicide involontaire avec manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

Zéro alcool au volant pour les jeunes conducteurs

En matière de sécurité routière, le cadre juridique est identique pour l'ensemble des majeurs, à l'exception de la limite légale d'alcoolémie. Elle est fixée à 0,2 grammes d'alcool par litre de sang pour les conducteurs « novices » (souvent des jeunes), en situation d'apprentissage ou détenteurs d'un permis probatoire (décret du 24 juin 2015 et R. 234-1 du code de la route). Le délai probatoire est établi pour une durée de trois ans après la date d'obtention du permis de conduire. Il est réduit à deux ans si ce permis a été obtenu dans le cadre de la conduite accompagnée (art L. 223-1 du code de la route). S'ils prennent la route en ayant bu (la limite de 0,2 grammes est dépassée dès le premier verre d'alcool), les jeunes conducteurs contrôlés encourrent un retrait de six points sur leur permis, une amende forfaitaire de 135 euros et une immobilisation du véhicule (voir carte sur les législations alcool).

Obligation d'installer un dispositif d'éthylotest antidémarrage (EAD)

Tout autocar affecté à un transport d'enfants, mis pour la première fois en circulation à partir du 1er janvier 2010 doit être équipé d'un dispositif d'éthylotest antidémarrage (EAD), répondant aux normes de conformité précisées par le ministère chargé des transports (arrêté du 13 octobre 2009).

En 2011, la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI) interdit également aux auteurs des délits de conduite en état alcoolique, notamment en cas d'homicide ou de blessure involontaires, de conduire un véhicule ne comportant pas de dispositif antidémarrage par éthylotest électronique.

Ce dispositif oblige le conducteur à utiliser l'éthylotest électronique avant de pouvoir démarrer son véhicule, et empêche le démarrage si l'éthylotest détecte un état alcoolique.

Depuis 2011, la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI) permet d'interdire aux auteurs de certains délits (délit de conduite en état alcoolique, délit de conduite en état d'ivresse manifeste, délit de fuite après avoir causé un accident, homicide ou blessures involontaires par conducteur sous l'empire d'un état alcoolique), de conduire un véhicule ne comportant pas de dispositif EAD. Cette mesure judiciaire peut être prononcée dans le cadre d'une peine complémentaire ou à l'occasion d'une composition pénale. La loi du 15 août 2014 a étendu le dispositif en permettant de prescrire l'EAD comme peine alternative à l'emprisonnement.

Pour ce qui concerne la composition pénale, toute personne faisant l'objet de cette interdiction se voit remettre, à la place de son permis de conduire, un certificat stipulant cette restriction.

Si l'obligation de conduire un véhicule équipé d'un EAD n'est pas respectée, le conducteur concerné encourt 2 ans d'emprisonnement, 4 500 € d'amende, l'annulation du permis pendant 3 ans au plus ou l'interdiction de conduire pendant 5 ans au plus ainsi que la confiscation du véhicule en cas de récidive. Le fait de contourner le dispositif est puni d'une contravention de la cinquième classe (1500 euros) (Idem pour le complice).

Alcool au travail : le discours sur le dépistage s'intensifie

Le Code du travail interdit la présence de personnes en état d'ébriété dans les locaux professionnels et vise à limiter l'introduction de boissons alcoolisées dans l'entreprise. Celles-ci sont interdites dans les distributeurs automatiques.

En principe, l'introduction de boissons alcoolisées -limitées au vin, à la bière, au cidre et au poiré- sur le lieu de travail est possible (Article R4228-20 du Code du travail).

Toutefois, le cadre général de leur consommation (limitée ou interdite) et de leur circulation est délimité par le chef d'entreprise par le biais du règlement intérieur (circulaire du 13 janvier 1969 décret n° 2014-754 du 1er juillet 2014). Le règlement intérieur doit préciser les conditions d'un éventuel contrôle de l'alcoolémie d'un salarié ou d'un candidat. Préalablement, l'employeur doit informer les personnes concernées de la nature et de l'objet du dépistage et des conséquences possibles d'un résultat positif. Les tests sont pratiqués sur prescription du médecin du travail. L'interprétation des données biologiques et cliniques, soumises au secret médical, est de son ressort exclusif. Il n'informe l'employeur que de l'aptitude ou l'inaptitude du salarié ou du candidat. En vertu des libertés individuelles, le recours à l'éthylotest auprès d'un salarié ne peut s'appliquer que pour prévenir ou faire cesser une situation périlleuse, liée à la manipulation de produits ou de machines dangereux ou à la conduite d'un véhicule automobile, de transport collectif notamment (circulaire du 15 mars 1983). L'employeur ne peut guère l'utiliser pour faire constater une faute du

salarié. Ainsi, la jurisprudence considère qu'il n'y a pas lieu d'imposer la présence d'un tiers ni de prévoir la possibilité d'une contre-expertise (arrêt du Conseil d'État du 12 novembre 1990).

La prévention des usages d'alcool ou de drogues sur le lieu du travail relève du médecin du travail, qui dispense également les recommandations de soins (loi 20 juillet 2011). Les services de santé au travail ont pour mission de conseiller employeurs, travailleurs et représentants du personnel en la matière.

Restriction croissante du commerce de l'alcool

La production et la vente de boissons alcoolisées sont réglementées par le Code de la santé publique (qui intègre en 2000 le Code des débits de boissons et de la lutte contre l'alcoolisme, créé en 1954). Elles sont interdites pour les apéritifs à base de vin de plus de 18 ° d'alcool, spiritueux anisés de plus de 45 °, bitters et autres boissons de plus de 30 °. Elles sont soumises à autorisation (loi du 24 septembre 1941). Seuls les établissements détenteurs de la licence IV sont autorisés, dans certaines limitations horaires, à mettre en vente les 5 groupes de boissons existants (du 1er groupe, qui comprend les boissons sans alcool ou titrées à moins de 1,2° d'alcool, au 5e couvrant les boissons les plus fortement alcoolisées autorisées - whisky, vodka, etc. - et les prémix).

Dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, une cotisation sociale est instaurée en 2009 pour les boissons alcooliques titrant plus de 25 °, puis étendue, en 2011, aux boissons titrant plus de 18° (loi du 21 décembre 2011). Le levier fiscal permet de renchérir les niveaux de prix (inférieurs de 10 % à la moyenne de l'Union européenne), dans le cadre de la lutte contre la consommation excessive d'alcool, notamment chez les jeunes.

L'exploitation d'un débit de boissons est interdite sur le périmètre des « zones protégées » (établissements scolaires, espaces culturels ou sportifs, lieux de cultes, hôpitaux, etc.), sous peine de sanctions pénales. Longtemps, la législation sur le commerce des boissons alcoolisées a évolué dans un sens libéral, sous le poids des intérêts économiques. Mais, en 2009, la loi HPST renforce l'encadrement de l'offre d'alcool. Il est désormais interdit de vendre au forfait ou d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial (sauf lors de fêtes traditionnelles ou de dégustations autorisées). L'interdiction vise spécialement la pratique commerciale communément appelée « open bars ». Lors des « happy hours » (heures pendant lesquelles les boissons, en particulier alcoolisées, sont proposées à des tarifs plus avantageux que d'ordinaire), il devient obligatoire de proposer également des boissons sans alcool à prix réduit. La vente d'alcool est aussi restreinte dans les stations-services : auparavant permise entre 6 h et 22 h, elle ne l'est plus qu'entre 8 h et 18 h. Vendre des boissons alcooliques réfrigérées, destinées à une consommation immédiate, est désormais strictement interdit dans les points de vente de carburant.

La loi HPST impose une formation à toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques à emporter. Elle renforce également les pouvoirs des agents de contrôle et les compétences des mairies pour interdire la vente d'alcool à emporter de nuit (de 20 h à 8 h). Tous les débits de boissons susceptibles de fermer entre 2 h et 7 h doivent tenir à la disposition du public des dispositifs chimiques ou électroniques certifiés permettant le dépistage de l'imprégnation alcoolique (arrêté du 24 août 2011).

Le non-respect de l'interdiction de vendre ou d'offrir à titre gratuit (à volonté ou non) des boissons alcooliques est puni de 7 500 € d'amende. En cas de récidive, le délit est puni d'une sanction d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 15 000 €. Le non-respect de l'obligation de formation est puni d'une amende de 3 750 € et les infractions à l'interdiction fixée par les arrêtés municipaux donnent lieu à une contravention de 4e classe.

Publicité avec modération

La réglementation sur la publicité en faveur des boissons alcoolisées est marquée par les avancées et les reculs successifs des préoccupations de santé publique face aux revendications économiques. Aujourd'hui, la propagande ou la publicité en faveur des boissons alcooliques sont interdites sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs, tels que la télévision et le cinéma (loi du 10 janvier 1991, dite loi Évin). Cette restriction est rappelée en juin 2008 dans le cadre d'une délibération du Conseil supérieur de l'audiovisuel. Propagande et publicité sont en revanche autorisées dans la presse écrite pour adultes, par voie d'affichage ou de publipostage, à la radio (pour certaines catégories et des tranches horaires déterminées par décret en Conseil d'État) et dans les manifestations telles que les foires agricoles. Cependant, en 2009, la loi HPST statue en faveur de la publicité en ligne pour les boissons alcoolisées, sauf sur des « sites destinés à la jeunesse », sans expliciter cependant la définition de tels sites.

La publicité est limitée dans sa forme : les documents publicitaires ne peuvent mentionner que le nom du produit, sa présentation, ses conditions de vente, son mode de consommation et la zone de production. Néanmoins, en 2005, le législateur assouplit les règles encadrant la publicité collective pour le vin, en autorisant la référence aux caractéristiques olfactives et gustatives des produits (loi du 23 février 2005). Les messages publicitaires doivent mentionner obligatoirement que « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé » (art. L3323-4 du CSP), en exhortant le public à le « consommer avec modération ». Depuis octobre 2007, en vertu de l'arrêté du 2 octobre 2006, toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, commercialisées, importées ou distribuées à titre gratuit, comportent un pictogramme ou un message sanitaire préconisant l'absence totale de consommation d'alcool par les femmes enceintes. Les deux formes sont régies par des critères de lisibilité, visibilité et intelligibilité.

La violation de ces interdictions est passible d'une peine de 75 000 € d'amende et de l'équivalent de 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale ; la cessation de la publicité peut être ordonnée. Les associations de lutte contre l'alcoolisme peuvent se constituer partie civile : elles jouent un rôle essentiel dans l'application de cette loi, car malgré les infractions qui peuvent être constatées, les autorités publiques sont rarement à l'origine des poursuites.

Alcool, soins et prévention

La dépendance à l'alcool est reconnue comme une maladie. Les soins nécessaires sont pris en charge par la Sécurité sociale au même titre que toute autre pathologie. L'alcoolisme de l'auteur d'une infraction peut être pris en considération pour imposer une obligation de soins.

La prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) fait l'objet de dispositions particulières. Les campagnes d'information sur les conséquences de l'absorption d'alcool doivent aborder la question

du SAF et inciter les femmes enceintes à ne pas boire d'alcool (loi du 9 août 2004 ; art. L. 3311-3 du CSP). Dans les collèges et les lycées, les élèves doivent bénéficier d'au moins une séance annuelle sur les risques sur le développement du fœtus de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Orientations publiques récentes

Depuis 2009, les mesures de contrôle de l'alcoolémie « sur les routes » ont connu quelques rebonds. En octobre 2009, le législateur instaure le développement de dispositif d'éthylotest anti-démarrage pour les professionnels du transport d'enfants et pour les personnes ayant déjà été poursuivies pour un délit de conduite sous l'empire de l'alcool. En 2012, la généralisation des éthylotests dans tous les véhicules terrestres motorisés est votée, néanmoins la détention par les conducteurs de ces éthylotests (controversés pour leur fiabilité et leur prix) n'a pas été contrôlée. Après le report sine die de l'obligation d'avoir un éthylotest dans les voitures annoncé en janvier 2013 par le ministre de l'Intérieur, le Conseil national de la sécurité routière (CNSR) recommande, en février 2013, l'entrée en vigueur de la détention obligatoire d'un éthylotest et son extension aux conducteurs de cyclomoteurs. Toutefois, sa non-présentation aux forces de l'ordre ne sera pas sanctionnée.

Le décret du 16 février 2017 relatif à l'interdiction de conduire un véhicule non équipé d'un dispositif d'antidémarrage par éthylotest électronique (EAD), rend obligatoire la présentation, à toute réquisition des forces de l'ordre, d'un document attestant de l'équipement du véhicule d'un dispositif homologué d'antidémarrage EAD par un conducteur soumis à cette obligation, notamment dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'un sursis avec mise à l'épreuve. Il prévoit de sanctionner d'une contravention de la cinquième classe les personnes qui utiliseraient de façon frauduleuse le dispositif afin de démarrer le véhicule ainsi que les complices de cette infraction.



Sélection de documents

[↑ haut du document](#)

[1] Organisation internationale de la vigne et du vin (OIV), *Statistical report on world vitiviniculture 2012*

[Paris, OIV, 2012, 32 p.](#)

[2] Palle C., « Alcool » dans OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*

[Saint-Denis, OFDT, 2013, pp.204-213.](#)

[3] Palle C., « Le poids économique de l'alcool » dans OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*

[Saint-Denis, OFDT, 2013, pp.154-159.](#)

[4] Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale : résultats 2010, prévisions 2011*

[Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2011, 452 p.](#)

[5] Spilka S, Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D., Ngantcha M., Godeau E., Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège »

[Tendances, n°106, 2015, 6 p.](#)

[7] Spilka S, Le Nézet O., Janssen E., Brissot A, Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2017

[Tendances, n°123, 2018, 8 p.](#)

[8] Beck F., Legleye S., Spilka S. et Le Nézet O., *Atlas régional des consommations d'alcool 2005 (Données INPES/OFDT)*

[Saint-Denis, OFDT, 2009, 336 p.](#)

[9] Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. et Kraus L., *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*

[Stockholm, CAN, 2012, 390 p.](#)

[10] Spilka S. et Le Nézet O., *Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011*

[Saint-Denis, OFDT, 2012, 17 p.](#)

[11] Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014

[Tendances, n°99, 2015, 8 p.](#)

[12] Institut national de la santé et de la recherche médicale. (INSERM), *Alcool, effets sur la santé (Expertise collective)*

[Paris, Inserm, 2001, 358 p.](#)

[13] International Agency for Research on Cancer (IARC), *Attributable causes of cancer in France in the year 2000*

[Lyon, IARC, 2007, 172 p.](#)

[14] Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.). *Alcool et médecine générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*

[Paris, INCa, St Denis, INPES, 2008, 141 p.](#)

[15] Organisation mondiale de la santé (OMS), *Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Deuxième rapport*

[Genève, OMS, 2007, 64 p. \(rapport technique n°944\)](#)

[16] Guérin S., Laplanche A., Dunant A. et Hill C., Alcohol-attributable mortality in France

[European Journal of Public Health, vol.23, n°4, 2013, pp. 588-593](#)

[17] Rey G., Boniol M. et Jouglu E., Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration for French data 2006

[Addiction, vol. 105, n°6, 2010, pp. 1018-1029](#)

[18] Rehm M., Room R., Brink W. et Jacobi F., Alcohol use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology

[European Neuropsychopharmacology, vol.15, n°4, 2005, pp. 377-88](#)

[19] Cohidon C., Prévalence des troubles de santé mentale et conséquence sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité

»

[InVS, Collection "Santé et travail", 2007, 6 p.](#)

- [20] Com-Ruelle N. et Celant N., Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France de 2002 à 2010
[Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°16-17-18, 7 mai 2013](#)
- [21] Belot A., Velten M., Grosclaude P., Bossard N., Launoy G., Remontet L., Benhamou E., et Chérié-Challine L., *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*.
[Saint-Maurice, InVS, 2008, 136 p.](#)
- [22] InVS et INCA, *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011*
[Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2011, 78 p.](#)
- [23] Palle C. et Rattanatray M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, situation en 2010 et évolution entre 2005 et 2010*
[Saint-Denis, OFDT/DGS, 2013, 89 p.](#)
- [24] Reynaud M. et Paille F., *Les diagnostics des troubles liés à l'alcool dans les hôpitaux français PMSI et alcool, à paraître*.
- [25] Guignard R., Beck F. et Obradovic I., Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, dans Gautier A. (dir.), *Baromètre santé médecins généralistes 2009*
[Saint-Denis, INPES, 2011, p. 177-201](#)
- [26] Jezewski-Serra D. Korribi-Meribai W., Ganne N., Gelsi E., Michel L., Moirand R., Roudot-Thoraval F., Rufat P. et Develay A-E, Morbidité et létalité hospitalières liées aux maladies alcooliques du foie en 2008 en France
[Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°16-17-18, 7 mai 2013](#)
- [27] Mouquet M.-C. et Villet H., Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné
[Etudes et Résultats, n°192, 2002, 12 p.](#)
- [28] Beck F., Legleye S. et Spilka S., L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype
[Economie et Statistiques, n°391-392, 2006, p. 131-149.](#)
- [29] Laporte A. et Chauvin P. (dir.), *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France : SAMENTA. Premiers résultats*
[Paris, Observatoire du Samu social de Paris/Inserm, 2010, 227 p.](#)
- [30] Legleye S., Spilka S. Le Nézet O. et Laffiteau C., Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête Escapad 2008
[Tendances, n°66, 2009, 6 p.](#)
- [31] Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), *La sécurité routière en France, bilan de l'année 2011*
[Paris, La Documentation française, 2013, 698 p.](#)
- [32] Casier judiciaire national (Ministère de la Justice, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation - SDSSED)
- [33] Perez-Diaz C., Alcool et délinquance
[Tendances, n°9, 2000, 4 p.](#)

[34] Rizk C., L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes de violences, de menaces ou d'injures décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2009 à 2012

[Repères, n°19, 2012, 27 p.](#)

[35] Bègue L., Arvers P., Subra B., Bricout V., Perez-Diaz C., Roché S., Swendsen J. et Zorman M., *Alcool et agression : consommations et représentations de la part des auteurs et des victimes d'agression* [Programme VAMM 1 - Violence Alcool Multi Méthodes]

Etude évaluative sur les relations entre violence et alcool pour la Direction Générale de la Santé (Conv. MA 05 208), 2008, 102 p.

[36] Rehm J., Sulkowska U., Manczuk M., Boffetta P., Powles J., Popova S. et Zatonski W., Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe

[International Journal of Epidemiology, vol.36, n°2, 2007, pp. 458-467](#)

[37] Zatonski W., Sulkowska U., Manczuk M., Rehm J., Boffetta P., Albert B. Lowenfels A. et La Vecchia C., Liver Cirrhosis Mortality in Europe, with Special Attention to Central and Eastern Europe

[European Addiction Research, vol.16, n°4, 2010, pp. 193-201](#)

[38] COMMISSION EUROPÉENNE. Eurostat.

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home> [accédé le 19/09/2014].

[39] Tovar M.L., Le Nézet O. et Bastianic T., Perceptions et opinions des Français sur les drogues

[Tendances, n°88, 2013, 6 p.](#)

Belgherbi S., Mutatayi C., Palle C., Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question

[Saint-Denis, OFDT, 2015, 20 p.](#)



Repères législatifs et réglementaires

[haut du document](#)

Consultez notre [base de données des textes législatifs](#) pour retrouver l'intégralité des textes cités ci-dessous.

- Loi du **23 janvier 1873** tendant à réprimer l'ivresse publique et à combattre les progrès de l'alcoolisme, JORF du 4 février 1873

- Loi du **24 septembre 1941** modifiant la loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme, JORF du 8 octobre 1941

- Ordonnance n°60-1253 du **29 novembre 1960** modifiant le Code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme, JORF du 30 novembre 1960

- Circulaire TE n°4/69 du **13 janvier 1969** relative à l'introduction et à la consommation de boissons alcoolisées sur les lieux de travail, Bulletin officiel du ministère chargé du travail n°69/3

- Loi n°70-597 du **9 juillet 1970** instituant le taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré, JORF du 10 juillet 1970
- Loi n°78-732 du **12 juillet 1978** tendant à prévenir la conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique, JORF du 13 juillet 1978
- Circulaire DGS n°137-2D du **15 mars 1983** relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool (dite "circulaire Ralite"), BO Santé n°15 du 3 mai 1983
- Arrêt n°96721 du Conseil d'État du **12 novembre 1990** - Compagnie de signaux et d'entreprises électriques
- Loi n°91-32 du **10 janvier 1991** relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (dite "loi Evin"), JORF du 12 janvier 1991 ; NOR SPSX9000097L
- Loi n°93-1282 du **6 décembre 1993** relative à la sécurité des manifestations sportives, JORF du 7 décembre 1993 ; NOR MJSX9300141L
- Décret n°95-962 du **29 août 1995** modifiant les articles R 233-5, R 256 et R 266 du Code de la route, JORF du 30 août 1995 ; NOR EQU9500428D
- Loi n°2004-806 du **9 août 2004** relative à la politique de santé publique, JORF du 11 août 2004 ; NOR SANX0300055L
- Décret n°2004-1138 du **25 octobre 2004** relatif à la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique et modifiant le code de la route, JORF du 26 octobre 2004 ; NOR EQU0401127D
- Loi n°2005-157 du **23 février 2005** relative au développement des territoires ruraux, JORF du 24 février 2005 ; NOR AGRX0300111L
- Arrêté du **2 octobre 2006** relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, JORF du 3 octobre 2006 ; NOR SANX0602395A
- Délibération n°2008-51 du **17 juin 2008** relative à l'exposition des produits du tabac, des boissons alcooliques et des drogues illicites à l'antenne des services de radiodiffusion et de télévision, JORF du 28 août 2008 ; NOR CSAX0805051X
- Loi n°2009-879 du **21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi "Hôpital Patients Santé Territoires - HPST"), JORF du 12 juillet 2009 ; NOR SASX0822640L
- Arrêté du **13 octobre 2009** modifiant l'arrêté du 2 juillet 1982 relatif aux transports en commun de personnes, JORF du 25 novembre 2009 ; NOR DEVT0915240A
- Loi n°2011-267 du **14 mars 2011** d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (dite "LOPPSI 2"), JORF du 15 mars 2011 ; NOR IOCX0903274L
- Loi n°2011-867 du **20 juillet 2011** relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF du 24 juillet 2011 ; NOR ETSX1104600L
- Arrêté du **24 août 2011** relatif aux conditions de mise à disposition de dispositifs certifiés permettant le dépistage de l'imprégnation alcoolique dans les débits de boissons en application de

l'article L. 3341-4 du code de la santé publique, JORF du 1er octobre 2011 ; NOR DEVS1121148A

- Décret n°2011-1048 du **5 septembre 2011** relatif à la conduite sous l'influence de l'alcool, JORF du 7 septembre 2011 ; NOR JUSD1113642D

- Loi n°2011-1906 du **21 décembre 2011** de financement de la sécurité sociale pour 2012, JORF du 22 décembre 2011 ; NOR BCRX1125833L

- Décret n°2012-3 du **3 janvier 2012** portant diverses mesures de sécurité routière, JORF du 4 janvier 2012 ; NOR IOCA1126729D

- Décret n°2012-284 du **28 février 2012** relatif à la possession obligatoire d'un éthylotest par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, JORF du 1er mars 2012 ; NOR IOCS1130720D

- Décret n° 2014-754 du 1er juillet 2014 modifiant l'article R. 4228-20 du code du travail ; NOR ETST1404770D

- Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

- Décret n° 2015-743 du 24 juin 2015 relatif à la lutte contre l'insécurité routière. JORF n° 147 du 27 juin 2015, p. 10882 ; NOR INTS1510982D

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de sante. JORF n° 22 du 27 janvier 2016 ; NOR AFSX1418355L

- Décret n° 2017-198 du 16 février 2017 relatif à l'interdiction de conduire un véhicule non équipé d'un dispositif d'antidémarrage par éthylotest électronique ; NOR INTS1629227D

Dernière mise à jour : mai 2018