

RAPPORT FINAL SUR LE MODÈLE INTERNATIONAL DE SIMULATION DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA CONSOMMATION NOCIVE D'ALCOOL

RESULTATS POUR LA FRANCE



Mai 2021

Préface

Ce rapport a été établi par l'équipe Santé publique de la Division de la santé, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Marion Devaux était responsable du projet, Alexandra Aldea et Aliénor Lerouge ont réalisé les analyses au moyen du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, et Yevgeniy Goryakin, Laura Suhlrie et Marta Bertanzetti leur ont apporté leur concours. Michele Cecchini a supervisé le projet. Tous les auteurs ont participé à la rédaction du rapport et à l'interprétation des résultats des analyses. Francesca Colombo, Mark Pearson et Stefano Scarpetta ont également mis leur expérience au service du projet. Lukasz Lech a apporté son aide aux auteurs pour les questions administratives et la mise en page.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre des activités de l'OCDE en économie de la santé publique. Il a été financé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la Délégation à la sécurité routière (DSR), rattachée au ministère de l'Intérieur.

Les auteurs remercient les organisations citées ci-après, qui leur ont fourni les données de l'enquête *Health Behaviours in School-aged Children* (HBSC). Les données de la vague 2013-14 de l'enquête HBSC ont été produites par le réseau international HBSC, coordonné par le centre international de coordination de l'enquête HBSC, hébergé par la *Child and Adolescent Health Research Unit* de l'Université St Andrews, en Écosse. Les données issues de cette enquête sont gérées par le centre de gestion des données de l'enquête HBSC, au sein du Département du développement et de la promotion de la santé de l'Université de Bergen, en Norvège.

Ce rapport pour la France a été écrit en amont d'un rapport international couvrant 52 pays de l'OCDE, l'Union Européenne (UE) et du Groupe des 20 (G20). L'analyse présentée dans le rapport pour la France s'intéresse à une consommation d'alcool au-delà de 10 verres par semaine, ce qui est conforme au repère national de consommation à moindre risque pour la santé fixé par la France. Les résultats du rapport international utilisent un seuil de un verre par jour pour les femmes et un verre et demi par jour pour les hommes, correspondant à des seuils à moindre risque utilisés spécifiquement pour l'analyse menée à des fins de comparaison internationale (OECD, 2021^[1]).

Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

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

Table des matières

Préface	2
Principaux résultats	5
1. Introduction	7
2. L'impact sanitaire et économique de la consommation nocive d'alcool	8
2.1. Méthodologie : le modèle SPHeP-NCD de l'OCDE	8
2.2. L'impact sanitaire de la consommation nocive d'alcool	10
2.3. L'impact économique de la consommation nocive d'alcool	13
2.4. Résultats obtenus pour le scénario « absence totale de consommation d'alcool », comparativement au scénario « absence de consommation nocive d'alcool »	18
2.5. Le coût social de la mortalité prématurée liée à la consommation nocive d'alcool	19
3. Les effets des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool	22
3.1. Examen des cinq politiques sélectionnées	22
3.2. Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool préviennent les maladies et les traumatismes physiques et elles sauvent des vies	30
3.3. Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool entraînent une baisse des dépenses de santé et une augmentation de la participation au marché du travail et de la productivité	33
4. Conclusion	39
Références	40
Notes	45
Tableaux	
Tableau 1. Comparaison de trois dimensions du coût social	20
Tableau 2. Élasticités directes	24
Tableau 3. Caractéristiques utilisées pour modéliser la consommation d'alcool bon marché	25
Tableau 4. Impact sur le nombre de cas de maladies chroniques, moyenne annuelle au cours de la période 2020-2050	32
Tableau 5. Résumé des interventions	38

Graphiques

Graphique 1. Présentation schématique des modules du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE	10
Graphique 2. Impact de la consommation nocive d'alcool sur l'incidence des maladies	11
Graphique 3. Impact au fil du temps de la consommation nocive d'alcool en termes d'AVCI gagnées	12
Graphique 4. Impact de la consommation nocive d'alcool sur les dépenses de santé liées au traitement des maladies	14
Graphique 5. Impact des maladies et traumatismes causés par la consommation nocive d'alcool sur les indicateurs du marché du travail	16
Graphique 6. Résultats scolaires et ivresse, enfants de 11 à 15 ans, groupe de pays, 2013-14	17
Graphique 7. Impact des politiques sur le nombre d'années de vie et d'années de vie en bonne santé	31
Graphique 8. Impact des politiques sur l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé	32
Graphique 9. Réduction des dépenses de santé au fil du temps	34
Graphique 10. Impact des politiques sur les indicateurs du marché du travail (temps de travail)	35
Graphique 11. Impact des politiques sur les indicateurs de marché du travail (impact économique)	37

Encadrés

Encadré 1. Évaluer les dépenses de santé	15
Encadré 2. Alcool et résultats scolaires	17
Encadré 3. Le coût social de la mortalité prématurée : une méthode reposant sur la « valeur d'une vie statistique »	20
Encadré 4. Comparaison avec une autre source nationale	20
Encadré 5. Calculer le retour sur investissement des politiques au moyen du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE	22
Encadré 6. Éthylotests antidémarrage	27
Encadré 7. Estimation du coût en termes de participation au marché du travail et de productivité	35

Principaux résultats

- La consommation nocive d'alcool, définie comme la consommation de plus de 10 verres standard par semaine (repère national de consommation à moindre risque retenu en France), est très préjudiciable à la santé. En France, y mettre fin permettrait de gagner environ un an d'espérance de vie au cours des 30 années à venir.
- D'après l'analyse présentée dans ce rapport, mettre fin à la consommation nocive d'alcool et aux maladies et traumatismes physiques qu'elle entraîne pourrait réduire les dépenses de santé d'environ 2.8 milliards EUR par an en France, ce qui représente environ 1.7 % du budget total consacré à la santé.
- Mettre fin à la consommation nocive d'alcool et aux maladies et traumatismes physiques qu'elle entraîne pourrait faire progresser le nombre de personnes occupant un emploi et avoir un effet positif net sur la productivité, ainsi que réduire l'absentéisme pour maladie. En moyenne, la France pourrait réaliser un gain économique de 267 EUR par habitant et par an sous l'effet de la hausse de la participation au marché du travail et de la productivité, ce qui équivaut à 10.6 milliards EUR par an. Ce gain proviendrait principalement de l'amélioration du nombre de personnes en emploi.
- Le rapport tient compte de données nouvellement publiées sur l'efficacité de cinq politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool et les utilise pour évaluer la mise en œuvre et la montée en gamme de ces interventions en France. Ces politiques sont la taxation de l'alcool, la fixation d'un prix plancher par unité d'alcool, le durcissement des règles régissant la conduite sous l'emprise de l'alcool, la délivrance de conseils dans le cadre des soins primaires et le traitement de l'alcoolodépendance.
- Les trois politiques les plus efficaces en termes d'amélioration des résultats sanitaires sont : (a) la mise en place de postes de contrôle routier pour lutter contre l'alcool au volant, (b) l'alourdissement de la fiscalité de l'alcool et (c) la fixation d'un prix plancher par unité d'alcool. Ces interventions touchent l'ensemble de la population. La montée en puissance de ces politiques permettrait de gagner entre 29 600 et 44 300 années de vie en bonne santé par an, ce qui représente entre 30 % et 50 % des années de vie en bonne santé perdues en 2017 en raison du cancer du foie dans la population française âgée de 50 à 69 ans. Les conseils délivrés dans le cadre du système de soins primaires et le traitement de la dépendance sont également des interventions efficaces, qui ont cependant un moindre impact parce qu'elles ciblent une proportion plus faible de la population.
- La taxation de l'alcool, la fixation d'un prix plancher, les contrôles routiers d'alcoolémie et la délivrance de conseils dans le cadre des soins primaires permettent de dégager des économies sur les dépenses de santé qui sont supérieures au coût de leur mise en œuvre. À titre d'exemple, en France, les contrôles routiers d'alcoolémie réduisent les dépenses de santé de 1.1 EUR par habitant et par an en moyenne pour un coût de mise en œuvre de 0.6 EUR. En revanche, pendant l'année qui suit son démarrage, le traitement de la dépendance a un coût de mise en œuvre plus élevé que les économies qu'il permet de réaliser sur les dépenses de santé. Toutefois, même cette intervention devient rentable en l'espace de quelques années seulement.
- L'analyse présentée dans le rapport montre que les cinq interventions étudiées réduisent l'effet négatif des maladies liées à la consommation d'alcool sur la participation au marché du travail et la productivité parce qu'elles augmentent le nombre de personnes occupant un emploi et font reculer l'absentéisme et le présentéisme, de même que le départ en préretraite. Cette augmentation de la participation au marché du travail et de la productivité pourrait être comprise entre 1 400 et 15 400 travailleurs équivalent temps plein par an, ce qui, après conversion en valeur

monétaire au moyen du salaire national moyen, représente entre 1 et 13 EUR par habitant et par an.

- Les politiques se renforcent mutuellement. Un arsenal complet de mesures, comprenant à la fois des mesures visant l'ensemble de la population (taxation, fixation d'un prix plancher) et des mesures s'adressant aux personnes à risque (traitement de la dépendance, conseils, etc.), est plus efficace que des interventions indépendantes.

1. Introduction

1. La consommation nocive d'alcool a d'importants coûts humains et financiers directs et indirects pour la société. Des travaux déjà conduits par l'OCDE sur la consommation d'alcool ont permis d'évaluer le rapport coût-efficacité de diverses politiques publiques mises en œuvre dans ce domaine (OCDE, 2015^[2]). Ce nouveau rapport mesure l'impact sanitaire et économique de la consommation nocive d'alcool et présente une évaluation plus fine de l'impact de différentes interventions publiques sur les coûts directs et indirects. Il tient également compte de nouvelles données relatives à l'efficacité de l'action publique.

2. L'OCDE a créé une plateforme intégrée d'aide à la décision pour évaluer les effets sanitaires, sociaux et économiques de différentes politiques publiques d'un ou de plusieurs pays. Les principaux objectifs de ce projet étaient les suivants :

- créer, tester et valider une plateforme reposant sur un modèle de microsimulation dynamique permettant de comprendre la dynamique individuelle et collective de la consommation d'alcool dans un ensemble de pays de l'OCDE, dont la France ;
- utiliser la plateforme pour effectuer des projections des conséquences sanitaires, sociales et économiques des comportements actuels en matière de consommation d'alcool ;
- évaluer les résultats en termes sanitaires et économiques de trois types de politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool (action sur les prix, lutte contre l'alcool au volant et traitement) visant à réduire les conséquences sociales négatives de l'abus d'alcool.

3. Le présent rapport fournit une synthèse des principaux résultats obtenus pour la France. Les enseignements à retenir sont récapitulés dans la section Principaux résultats.

4. La section 2 présente la méthodologie utilisée puis l'impact sanitaire et économique de la consommation nocive d'alcool. La section 3 décrit les cinq politiques évaluées et présente une estimation quantitative de leurs effets sanitaires et économiques. La conclusion récapitule et commente les résultats de l'évaluation.

2. L'impact sanitaire et économique de la consommation nocive d'alcool

5. Cette partie présente la méthodologie utilisée (section 2.1), puis les résultats de l'évaluation de l'impact sanitaire (section 2.2) et économique (section 2.3) de la consommation nocive d'alcool. Les deux sous-parties suivantes présentent les résultats de l'évaluation d'un scénario fictif consistant à « supprimer totalement la consommation d'alcool » (plutôt que d'éliminer seulement la consommation nocive) (section 2.4) et une estimation du coût social de la mortalité prématurée liées à la consommation nocive d'alcool (section 2.5).

2.1. Méthodologie : le modèle SPHeP-NCD de l'OCDE

6. Le modèle de planification des stratégies de santé publique dans le domaine des maladies non transmissibles mis au point par l'OCDE (modèle SPHeP-NCD pour *Strategic Public Health Planning for Non-Communicable Diseases*) est utilisé pour évaluer, pour la période 2020-2050, les effets de politiques publiques sur une population représentative de la population nationale par rapport à un scénario de référence caractérisé par le *statu quo*. Il s'agit d'un outil de modélisation sophistiqué mis au service de la politique de santé publique et de la planification stratégique. Il est utilisé pour prévoir les effets sanitaires et économiques des politiques sur la population d'un pays ou d'une région sur une période allant jusqu'à 2050. Il regroupe au sein d'une seule plateforme les modèles antérieurs de l'OCDE et permet de représenter un ensemble complet de facteurs de risque comportementaux et physiologiques (consommation d'alcool, par ex.) et les maladies non transmissibles associées.

7. Les pathologies incluses dans le modèle sont les suivantes : troubles liés à la consommation d'alcool et alcoolodépendance, cirrhose, cancers, accidents de la circulation, violences interpersonnelles et contre soi-même, accident vasculaire, infarctus du myocarde, diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie rénale chronique, dépression, démence, arthrite, lombalgie, infections des voies respiratoires inférieures et fibrillation auriculaire.

8. Le modèle utilise des données sur les caractéristiques démographiques et les facteurs de risque issues de bases de données internationales et ventilées par tranche d'âge et par sexe (Graphique 1). Ces données permettent d'obtenir des populations synthétiques au sein desquelles chaque individu se voit attribuer des caractéristiques démographiques et un profil de risque. D'après ces caractéristiques, chaque année, un individu a un certain risque de souffrir d'une certaine maladie. Ces risques relatifs reposent sur l'étude sur la charge mondiale de la morbidité (*Global Burden of Disease study*) (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016^[3]).

9. Le modèle fournit pour chaque année une représentation transversale de la population qui peut être utilisée pour estimer des indicateurs de l'état de santé tels que l'espérance de vie, la prévalence des maladies et les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) calculées au moyen de coefficients de pondération par l'incapacité, de même que les dépenses de santé au titre du traitement des maladies et les effets sur le marché du travail dans différents scénarios. Il peut être utilisé à la fois pour estimer les conséquences sanitaires et économiques de la consommation nocive d'alcool et pour évaluer les effets

positifs à long terme que pourraient avoir des mesures de santé publique innovantes sur les plans sanitaire et économique.

10. Les dépenses de santé liées au traitement des maladies sont estimées sur la base du coût annuel par personne traitée, obtenu par extrapolation à partir des dépenses de santé nationales (Encadré 1). Le coût supplémentaire lié à la multimorbidité est également calculé et pris en compte.

11. Le module marché du travail permet, à partir de risques relatifs, de relier le risque relatif de maladie à la probabilité d'absentéisme et de présentéisme au travail, de départ en préretraite et d'emploi (ici, le terme « participation au marché du travail et productivité » englobe ces quatre dimensions). Ces risques relatifs ont été estimés à partir des données de l'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et les retraites en Europe, harmonisées entre les pays d'Europe, et de l'enquête anglaise longitudinale sur le vieillissement ELSA. Les variations de la productivité et de la participation au marché du travail sont chiffrées au moyen d'une approche par le capital humain, à savoir que les pertes qui en résultent pour le marché du travail sont calculées sur la base du salaire national moyen.

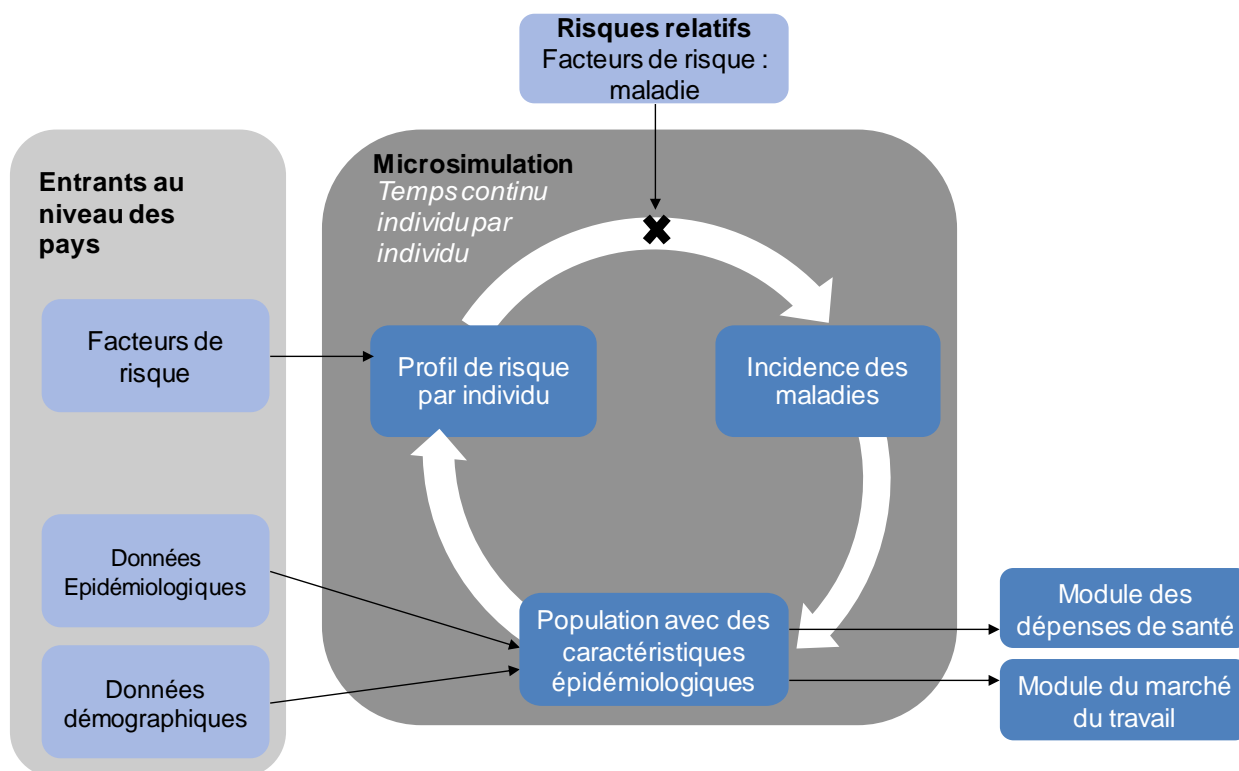
12. Pour évaluer l'impact sanitaire et économique de la consommation nocive d'alcool, on a adapté le modèle de manière à ce qu'il permette de prédire un scénario hypothétique caractérisé par « l'absence de consommation nocive d'alcool », comparativement à un scénario de référence correspondant au *statu quo*. Pour les besoins de l'analyse, le scénario « absence de consommation nocive » a été défini comme correspondant à une consommation ne pouvant dépasser la limite basse de la consommation modérée, soit une consommation inférieure à 10 verres par semaine (ou 14 grammes par jour), ce qui est conforme au repère national de consommation à moindre risque pour la santé fixé par la France. Ce scénario a été retenu parce qu'il permet d'éliminer toute consommation d'alcool suffisamment importante pour être néfaste pour la santé tout en autorisant une consommation pouvant avoir des effets protecteurs (Griswold et al., 2018^[4]). Il élimine en outre la suralcoolisation épisodique (ou *binge drinking*). Il est en effet démontré que cette pratique (définie dans le modèle comme le fait d'avoir, au cours de l'année écoulée, consommé en une seule fois 60 grammes d'alcool – soit quatre verres de vin de taille moyenne – pour les hommes et 48 grammes – trois verres de vin de taille moyenne – pour les femmes) constitue un facteur de risque même chez des individus dont la consommation habituelle est faible à modérée (Roerecke et Rehm, 2010^[5]).

13. Des informations complémentaires sur le modèle SPHeP-NCD de l'OCDE sont publiées en ligne, sur le site Internet qui en décrit tous les aspects techniques (OCDE, 2019^[6]).

14. Certains des résultats obtenus pour le scénario « absence totale de consommation d'alcool » sont également présentés à des fins de comparaison.

15. Tous les résultats reposent sur des projections portant sur la période 2020-2050. La différence de résultats entre le scénario de référence et le scénario « absence de consommation nocive » représente l'impact de fait de la consommation nocive d'alcool.

Graphique 1. Présentation schématique des modules du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE



Note : Cette présentation est simplifiée à l'extrême et elle est axée sur le module « maladie » – elle ne rend pas compte d'autres composantes du modèle (naissances, immigration, émigration, décès, guérison et mortalité due à la maladie)

Source : OCDE, documentation technique du modèle SPHeP-NCD. Consultable à l'adresse : <http://oecdpublichealthexplorer.org/ncd-doc>

2.2. L'impact sanitaire de la consommation nocive d'alcool

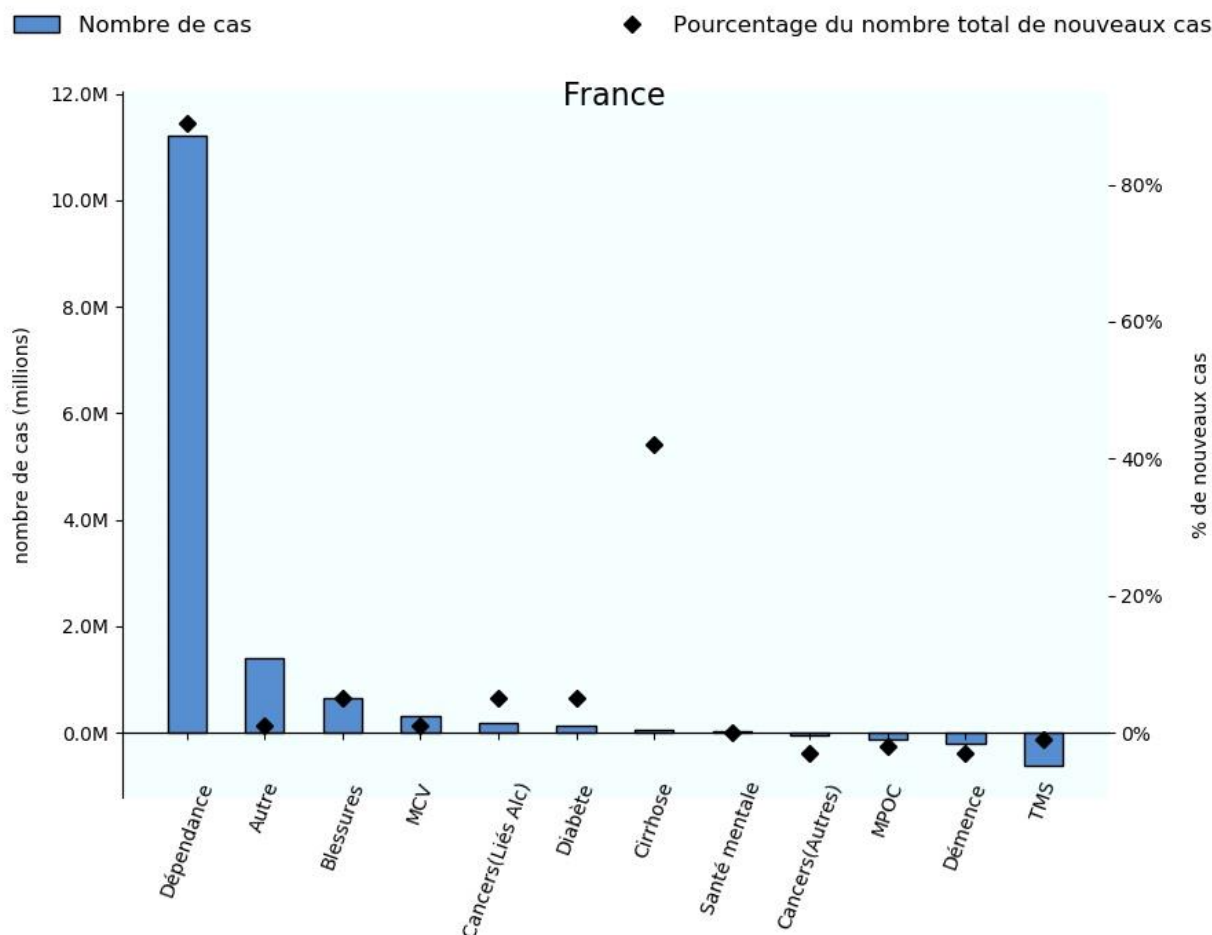
2.2.1. La consommation nocive d'alcool et ses effets en termes de maladies et de traumatismes physiques

16. La consommation nocive d'alcool a un impact considérable sur la santé des populations. Comparativement au scénario du *statu quo*, l'élimination de la consommation nocive pourrait permettre d'éviter plus de 11 millions de cas d'alcoolodépendance au cours des 30 années à venir en France, soit pratiquement 90 % des situations d'alcoolodépendance. Cette élimination pourrait également entraîner une baisse de 42 % du nombre total de nouveaux cas de cirrhose (Graphique 2).

17. L'élimination potentielle de la consommation nocive d'alcool se traduira par un net recul de certaines maladies, mais elle entraînera aussi une augmentation de l'apparition de certaines affections qui ne sont pas directement liées à la consommation d'alcool, ce qui s'explique principalement par le fait que les individus vivent plus longtemps et sont donc exposés au risque de contracter d'autres maladies (en particulier s'ils présentent d'autres facteurs de risque, comme le tabagisme ou le surpoids). Le modèle prévoit par exemple une augmentation du nombre de cas de troubles musculo-squelettiques, de BPCO, de démence et de cancers non liés à la consommation d'alcool (Graphique 2).

Graphique 2. Impact de la consommation nocive d'alcool sur l'incidence des maladies

Nouveaux cas de maladies imputables à la consommation nocive d'alcool, en nombre et en pourcentage de l'ensemble des nouveaux cas de maladies, total pour la période 2020-2050



Note : Les cancers liés à l'alcool sont les cancers hépatique, mammaire, colorectal, œsophagien, nasopharyngé, labial et buccal. Les cancers non liés à l'alcool sont les cancers pulmonaire et gastrique. MCV: maladies cardiovasculaires ; BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive; TMS: troubles musculo-squelettiques.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

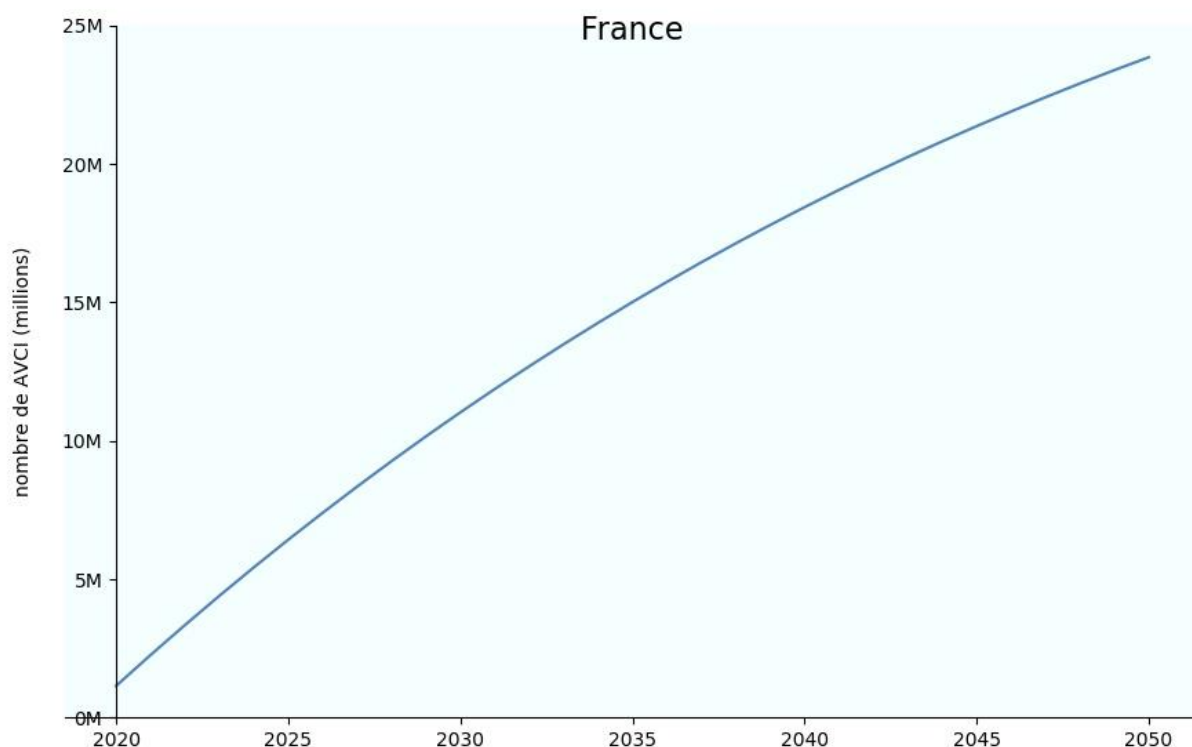
2.2.2. Mettre un terme à la consommation nocive d'alcool ferait reculer le nombre de décès prématurés

18. La consommation nocive d'alcool peut être à l'origine de décès prématurés, définis par l'OMS comme des décès survenant entre 30 et 70 ans (Organisation mondiale de la santé, s.d.^[7]). Plus précisément, selon les prédictions du modèle, comparativement au scénario caractérisé par l'absence de consommation nocive d'alcool, la consommation nocive entraîne 16 400 décès prématurés chaque année en France. En d'autres termes, la France pourrait éviter 16 400 décès prématurés par an – soit 24 pour 100 000 habitants – en éliminant la consommation nocive d'alcool. À titre de comparaison, en France, le taux de mortalité prématurée évitable est estimé à 106 pour 100 000 habitants (OCDE, 2019^[8]), ce qui signifie que la suppression de la consommation nocive d'alcool permettrait de réduire d'un cinquième environ la mortalité due à des causes évitables.

19. L'impact de la consommation nocive d'alcool sur la mortalité peut aussi se mesurer en années de vie perdues. De ce point de vue, en France, la suppression de la consommation nocive d'alcool permettrait de gagner 977 000 années de vie chaque année (soit environ 1 400 pour 100 000 habitants). L'impact sur les années de vie en bonne santé est encore plus grand, s'établissant à 1 160 000 AVCI chaque année (soit environ 1 700 pour 100 000 habitants), ce qui correspond approximativement à l'effet cumulé sur les AVCI des cancers colorectal, hépatique et pulmonaire en France (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018^[9]). La suppression de la consommation nocive d'alcool permettrait de gagner près de 23 millions d'années de vie en bonne santé au cours des 30 prochaines années en France (Graphique 3).

Graphique 3. Impact au fil du temps de la consommation nocive d'alcool en termes d'AVCI gagnées

Impact cumulé sur les AVCI



Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

2.2.3. Les Français pourraient gagner un an d'espérance de vie en renonçant à la consommation nocive d'alcool

20. La suppression de la consommation nocive d'alcool et des maladies et traumatismes qu'elle entraîne pourrait permettre à la France de gagner une année d'espérance de vie entre 2020 et 2050. À titre de comparaison, ces 30 dernières années, l'espérance de vie a progressé d'environ 6.7 ans dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2019^[8]) sous l'effet de l'évolution de nombreux facteurs de nature médicale et sociale. La consommation nocive d'alcool n'est qu'un des déterminants de la santé de la population, mais

sa suppression pourrait être à l'origine d'environ 15 % des gains d'espérance de vie enregistrés au cours d'une période de même durée par le passé.

2.3. L'impact économique de la consommation nocive d'alcool

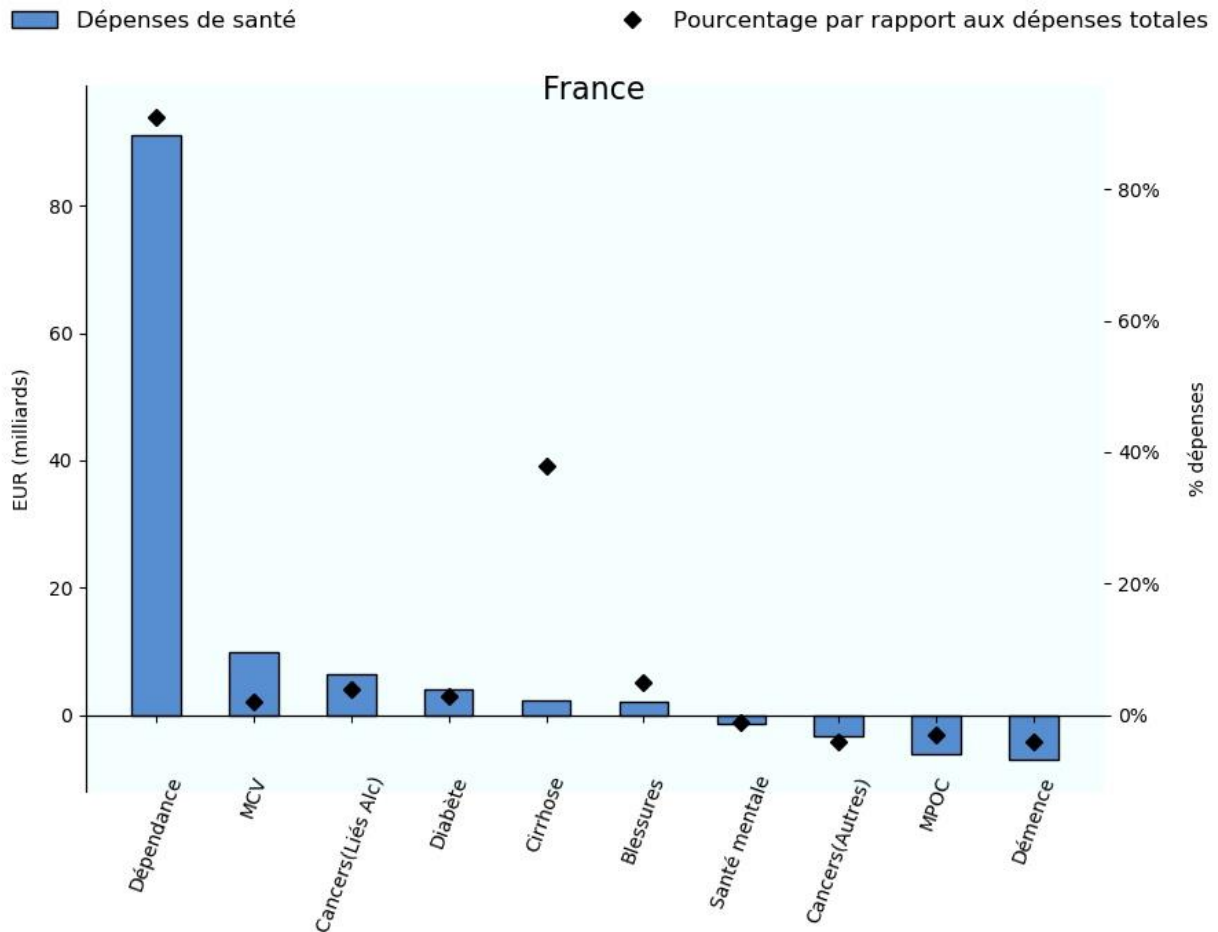
2.3.1. Mettre un terme à la consommation nocive d'alcool et des maladies et traumatismes qu'elle entraîne permettrait de réduire les dépenses de santé d'environ 2.8 milliards d'euros

21. La suppression de la consommation nocive d'alcool et des maladies et traumatismes qu'elle entraîne permettrait à la France de réduire de 43 EUR les dépenses de santé annuelles par habitant, ce qui représente environ 1.7 % du budget total consacré à la santé. Il en résulterait une diminution de ces dépenses d'environ 2.8 milliards EUR par an en moyenne au cours de la période 2020-2050 à population constante. À titre de comparaison, les dépenses publiques de santé de la France étaient estimées¹ à 186 milliards EUR en 2018 (DREES, 2019_[10]) (« *part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires* »).

22. L'analyse par maladie révèle que la consommation nocive d'alcool se traduit par une forte hausse dépenses de santé liées au traitement de plusieurs maladies, en particulier de l'alcoolodépendance et de la cirrhose. La consommation nocive d'alcool est à l'origine de 91 % des dépenses dues à l'alcoolodépendance et de 38 % des dépenses de traitement de la cirrhose (Graphique 4). Toutefois, en l'absence de consommation nocive d'alcool, les dépenses liées au traitement de certaines maladies chroniques, comme la BPCO et la démence, augmentent très légèrement, essentiellement parce que les personnes touchées par ces maladies ont une espérance de vie plus courte. L'effet de la consommation nocive d'alcool sur les dépenses de traitement du cancer varie selon le type de cancer : la consommation nocive entraîne une hausse des dépenses de santé liées au traitement des cancers hépatique, mammaire, colorectal, œsophagien, nasopharyngé, labial et buccal, mais une baisse des dépenses de santé liées au traitement des cancers non liés à l'alcool (pulmonaire et gastrique, par exemple).

Graphique 4. Impact de la consommation nocive d'alcool sur les dépenses de santé liées au traitement des maladies

Dépenses annuelles de santé liées la consommation nocive d'alcool, en milliards EUR et en pourcentage des dépenses totales de santé pour la maladie considérée, total pour la période 2020-2050



Note : Les cancers liés à l'alcool sont les cancers hépatique, mammaire, colorectal, œsophagien, nasopharyngé, labial et buccal. Les cancers non liés à l'alcool sont les cancers pulmonaire et gastrique. MCV : maladies cardiovasculaires ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

Encadré 1. Évaluer les dépenses de santé

Le modèle SPHeP de l'OCDE permet de prédire la survenue de maladies et d'accidents liés à l'alcool et d'estimer les dépenses de santé correspondantes. Cet encadré présente brièvement les données sur les coûts utilisées pour effectuer les calculs.

Les dépenses de santé pour la France ont été estimées à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) dans le cadre d'un projet mené en collaboration avec des chercheurs de l'Université d'Aix-Marseille (Cortaredona et Ventelou, 2017^[11]). La méthodologie utilisée permet d'isoler : les coûts résiduels moyens, les coûts marginaux par maladie (en présence et en l'absence de comorbidités) et les coûts liés aux décès. Les coûts par maladie ont été calculés pour les maladies liées à l'alcool suivantes : accident vasculaire, infarctus du myocarde, cancers, diabète, cirrhose et troubles liés à la consommation d'alcool. Le coût par maladie est calculé par sexe, tranche d'âge et en fonction de la présence ou de l'absence d'une comorbidité.

Le coût des accidents a été estimé à partir de données individuelles se rapportant à quatre pays (Hongrie, Estonie, Grèce et Suède). Il a été estimé par extrapolation pour les autres pays au moyen d'une approche par régression avec prise en compte des points communs et différences de caractéristiques entre pays. La méthodologie est décrite dans la partie « *Healthcare cost* » de la documentation technique sur le modèle SPHeP-NCD publiée à l'adresse : <http://oecdpublichealthexplorer.org/ncd-doc/>

L'évaluation ne tient pas compte du coût des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Selon une estimation de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), les CSAPA consacrent environ 160 millions EUR par an aux problèmes liés à l'alcoolodépendance. Cette estimation est calculée à partir du budget total des CSAPA (324 millions EUR en 2016) et de la ventilation des patients traités par type d'addiction (Palle et Rattanatrasy, 2018^[12]).

2.3.2. Mettre un terme à la consommation nocive d'alcool et aux maladies et traumatismes qu'elle entraîne pourrait se traduire par une augmentation de plus de 400 000 travailleurs équivalent temps plein

23. Il ressort de l'analyse que les maladies et de traumatismes physiques causées par la consommation nocive d'alcool ont une incidence sur le nombre de personnes occupant un emploi et accroît l'absentéisme et le présentéisme au travail. En France, y mettre un terme ferait progresser l'emploi d'environ 303 000 travailleurs équivalent temps plein (ETP) par an au sein de la population d'âge actif – âgée de 18 à 65 ans. L'effet sur l'absentéisme et le présentéisme au travail serait nettement plus faible (entraînant une diminution comprise entre 39 000 et 85 000 travailleurs ETP par an), et il n'est pas observé d'effet significatif sur le départ en préretraite.

2.3.3. Mettre un terme à la consommation nocive d'alcool et aux maladies et traumatismes qu'elle entraîne pourrait se traduire par une augmentation de la participation au marché du travail et de la productivité évaluée à 10.6 milliards EUR par an

24. La traduction en valeur monétaire des effets mesurés sur le marché du travail révèle que la France réduirait le coût pour le marché du travail de 267 EUR par personne et par an au sein de la population d'âge actif, ce qui est environ six fois plus élevé que l'effet constaté sur les dépenses de santé. Ce gain serait en majorité lié à une hausse des personnes en emploi, tandis que l'effet sur le départ en préretraite

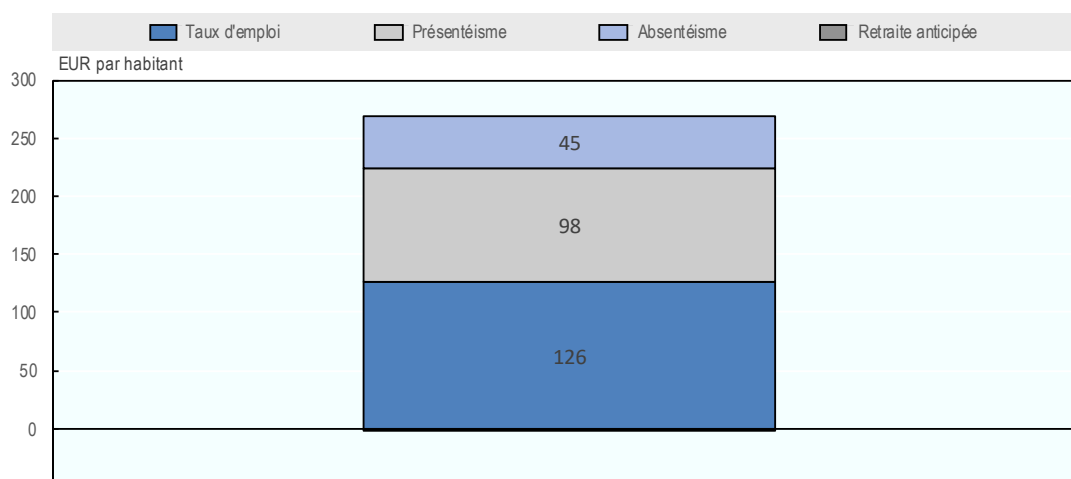
serait très limité. Sachant que la population d'âge actif compte 40 millions de personnes, mettre fin à la consommation nocive d'alcool et aux maladies et traumatismes qu'elle entraîne permettrait de réduire de 10.6 milliards EUR par an les coûts en termes de participation au marché du travail et de productivité.

25. Mettre fin à la consommation nocive d'alcool et aux maladies et traumatismes physiques qu'elle entraîne se traduirait par une progression du taux d'emploi de 0.29 % au sein de la population d'âge actif, ce qui représente environ 126 EUR par personne et par an (Graphique 5).

26. Par ailleurs, l'impact sur la productivité, mesuré par le taux de présentéisme et par le pourcentage de jours d'arrêt de travail pour cause de maladie, serait également significatif. Plus précisément, en France, la disparition des arrêts maladie liés à la consommation nocive d'alcool entraînerait un gain égal à 0.10 % des facteurs de production, et l'amélioration de la productivité issue de la suppression du présentéisme dû à la consommation nocive d'alcool permettrait un gain de 0.22 %. L'effet sur le départ en préretraite est pour l'essentiel négligeable. En termes monétaires, la réduction de l'absentéisme et du présentéisme permise par l'élimination des maladies causées par la consommation nocive d'alcool permettrait d'économiser 45 EUR et 98 EUR par personne et par an (Graphique 5).

Graphique 5. Impact des maladies et traumatismes causés par la consommation nocive d'alcool sur les indicateurs du marché du travail

Variation des indicateurs du marché du travail, par personne, en moyenne annuelle au cours de la période 2020-2050



Note : Les indicateurs du marché du travail englobent les effets sur l'emploi, l'absentéisme pour maladie, la productivité des travailleurs occupés et le départ en préretraite et ils sont calculés pour la population d'âge actif.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

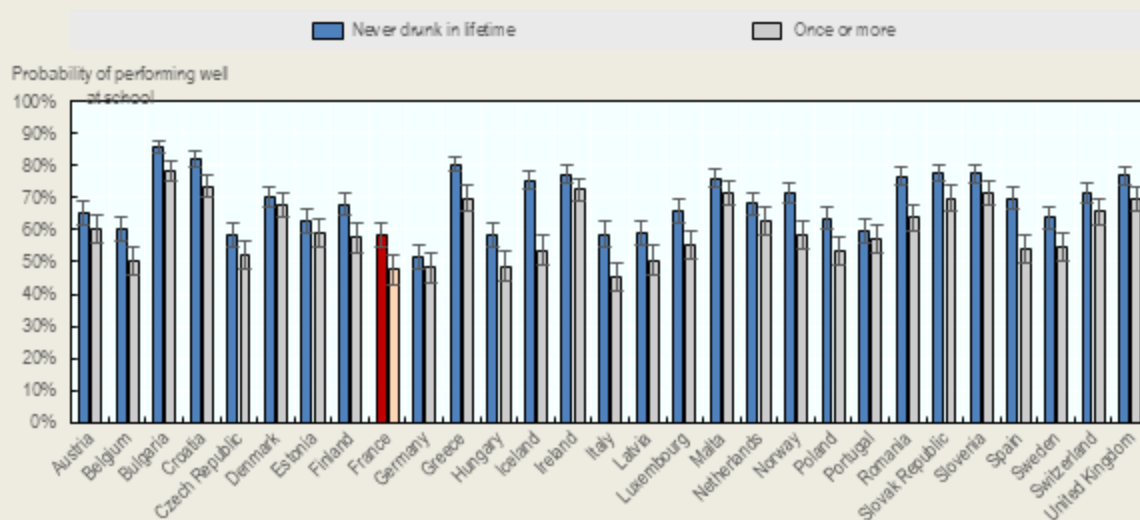
27. Par ailleurs, les maladies et traumatismes physiques liés à l'alcool peuvent avoir des conséquences sur le plan éducatif et sur les compétences. Des analyses effectuées par l'OCDE ont montré que la consommation d'alcool, en particulier l'ivresse, dès le jeune âge va de pair avec des résultats scolaires plus faibles (encadré 2) – même s'il n'a pas été possible de déterminer si cette relation était ou non causale. L'éducation étant associée à la formation de capital humain, à la situation socio-économique ultérieure et au revenu national, cette relation est de nature à décupler les effets de l'alcool sur la société et sur l'économie.

Encadré 2. Alcool et résultats scolaires

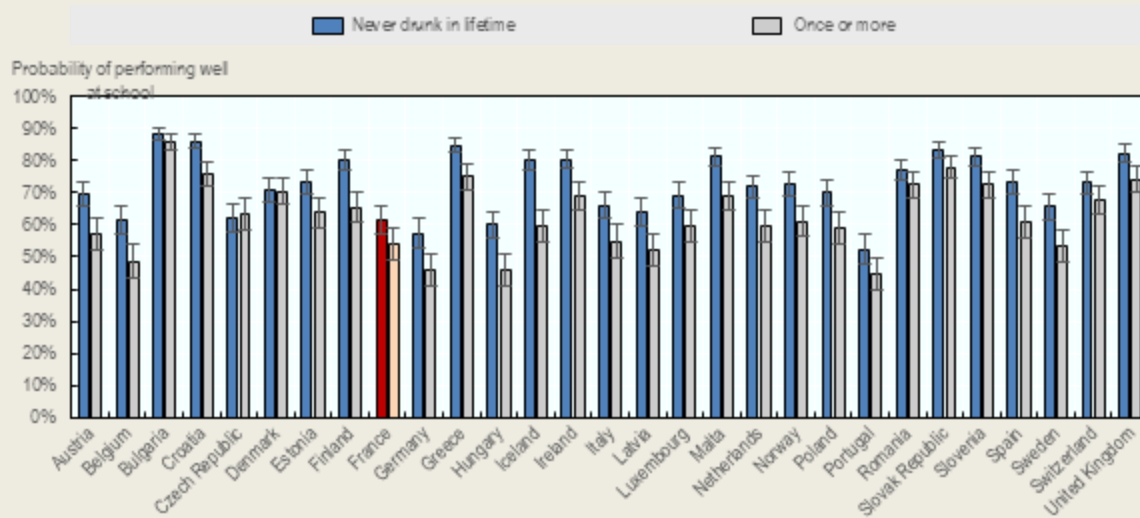
Des données issues de l'enquête *Health Behaviours in School-based Children* (HBSC) ont été utilisées pour étudier le lien entre l'enivrement et diverses variables scolaires (résultats scolaires, harcèlement et satisfaction à l'égard de l'existence). Les résultats montrent que les enfants qui se sont enivrés au moins une fois ont des résultats scolaires plus faibles, sont plus susceptibles d'être harcelés par les autres et sont moins satisfaits de leur vie que les enfants qui n'ont jamais été ivres (Graphique 6).

Graphique 6. Résultats scolaires et ivresse, enfants de 11 à 15 ans, groupe de pays, 2013-14

Garçons, 13-15 ans



Filles, 13-15 ans



Source : Estimations réalisées par l'OCDE pour 29 pays à partir de données de la vague 2013-14 de l'enquête HBSC. Modèle à effets mixtes avec pente aléatoire. Après prise en compte de l'âge, du statut socio-économique de la famille, du tabagisme éventuel et de l'indice

de masse corporelle. Probabilités prédites avec covariables fixes pour un enfant de 13 ans ayant un indice de masse corporelle normal, ne fumant pas et vivant dans une famille moyennement aisée. Intervalles de confiance à 95 %.

2.4. Résultats obtenus pour le scénario « absence totale de consommation d'alcool », comparativement au scénario « absence de consommation nocive d'alcool »

28. Cette section porte sur l'impact sanitaire et économique de la consommation d'alcool comparativement à la « consommation nocive d'alcool ».

29. Dans le scénario caractérisé par l'absence totale de consommation d'alcool, les effets positifs sur la santé de la population sont plus importants que dans le scénario caractérisé par « l'absence de consommation nocive ». Bien que la présente étude ait pour but de mettre en lumière l'impact sanitaire et économique d'une consommation nocive, en réalité, certains risques, notamment le risque de troubles liés à la consommation d'alcool, de cancer, de cirrhose et de traumatisme physique, est élevé même lorsque la consommation d'alcool est inférieure au seuil de nocivité. En d'autres termes, l'élimination totale de la consommation d'alcool pourrait avoir plus d'effets positifs sur la santé de la population que la seule suppression de la consommation nocive. Plus précisément, d'après les calculs du modèle SPHeP-NCD, comparativement à la suppression de la consommation nocive d'alcool, l'absence totale de consommation totale en France pourrait :

- entraîner une réduction supplémentaire du taux annuel de mortalité prématurée de 4 personnes pour 100 000 habitants (soit une réduction totale de 28 personnes pour 100 000 contre 24 pour 100 000 dans le scénario « absence de consommation nocive d'alcool ») ;
- allonger l'espérance de vie de 2.4 mois de plus (1.2 an contre 1 an dans le scénario « absence de consommation nocive d'alcool »).

30. Les maladies non transmissibles causées par la consommation d'alcool, nocive ou non, entraînent une hausse des dépenses de santé, même si la consommation nocive a une incidence plus forte à cet égard. D'un côté, la suppression de toute consommation d'alcool peut contribuer à éliminer davantage de maladies et de coûts associés, que la suppression de la consommation nocive. De l'autre, les personnes qui vivent plus longtemps continuent de consommer des soins de santé en raison de maladies dont certaines sont dues à la consommation d'alcool et d'autres non. Le modèle SPHeP-NCD montre que globalement, ce deuxième effet est plus important que le premier. Dans le cas de la France :

- les maladies non transmissibles liées à la consommation d'alcool entraînent une hausse des dépenses de santé annuelles de 28 EUR par habitant, ce qui est inférieur à la hausse induite par les maladies non transmissibles liées à la seule consommation nocive d'alcool (43 EUR par habitant et par an).
- ce moindre effet de l'absence totale de consommation d'alcool sur les dépenses de santé comparativement à l'absence de consommation nocive s'explique principalement par le fait qu'une petite consommation d'alcool protège légèrement contre les maladies cardiovasculaires, et par l'allongement de l'espérance de vie, qui se traduit par une consommation plus importante de soins et par des dépenses de santé plus élevées pendant les dernières années de la vie.

31. La suppression totale de la consommation d'alcool éliminerait davantage de maladies et permettrait donc une hausse de la participation au marché du travail et de la productivité plus forte que la suppression de la consommation nocive. Plus précisément, d'après les calculs du modèle SPHeP-NCD,

en France, mettre fin à toute consommation d'alcool -plutôt qu'à la seule consommation nocive- et aux maladies et traumatismes qu'elle entraîne pourrait :

- permettre un gain économique d'environ 392 EUR par habitant, soit un gain supérieur d'environ 46 % à celui observé dans le scénario « absence de consommation nocive », qui s'établit à 267 EUR par habitant et par an.
- l'essentiel de ce gain supplémentaire serait dû à la progression du taux d'emploi, plus qu'à l'évolution de l'absentéisme, du présentéisme ou du départ en préretraite.

2.5. Le coût social de la mortalité prématurée liée à la consommation nocive d'alcool

32. Dans ce rapport, le poids économique de la consommation nocive d'alcool, estimé au moyen d'une approche par le « coût de la maladie », est mesuré à partir des dépenses de santé et de la productivité de la main-d'œuvre. Cette approche n'attribue cependant pas de coût économique à la mortalité prématurée pour rendre compte du coût de la douleur et de la souffrance.

33. La méthode reposant sur la valeur d'une vie statistique présentée dans l'encadré 3 évalue le coût social de la mortalité prématurée liée à la consommation nocive d'alcool en France à 62 milliards EUR par an pour la période 2020-2050. Une analyse spécifique réalisée pour la consommation d'alcool quelle qu'en soit la quantité (et non la seule consommation nocive) révèle que dans ce scénario, le coût est d'environ 73 milliards EUR par an.

34. En 2015, Kopp a estimé le coût social de la consommation d'alcool à 120 milliards EUR (en 2010) (Kopp, 2015^[13]). Ce chiffre reflète plusieurs dimensions du coût, les quatre dimensions qui ont le plus de poids étant : le coût en termes de vies perdues (66 milliards EUR), le coût en termes de qualité de vie perdue (39 milliards EUR), les pertes de production (9 milliards EUR) et les dépenses de santé (8 milliards EUR). Les résultats de la comparaison des dimensions qui peuvent être comparées sont présentés dans l'encadré 4.

Encadré 3. Le coût social de la mortalité prématurée : une méthode reposant sur la « valeur d'une vie statistique »

Dans ce rapport, le poids économique de la consommation nocive d'alcool, estimé au moyen d'une approche par le « coût de la maladie », est mesuré sur la base des dépenses de santé et de la productivité de la main-d'œuvre. Cette approche n'attribue cependant pas de coût économique à la mortalité prématurée pour rendre compte du coût de la douleur et de la souffrance. La méthode fondée sur la valeur d'une vie statistique tente de mesurer le coût social de la consommation nocive d'alcool à partir de données sur le consentement à payer. Ces valeurs ne reflétant pas les coûts réels, il n'est pas possible de les comparer directement avec les estimations reposant sur le coût de la maladie ou de les ajouter à ces estimations.

Les méthodes qui se fondent sur le consentement à payer mesurent le prix qu'une personne est prête à payer pour réduire son risque de décès ou la prime qu'elle exigerait pour accepter un risque supplémentaire. Cette évaluation permet de déduire la valeur monétaire qu'une personne attribue à sa propre vie. Il est ensuite possible de multiplier cette valeur monétaire par le nombre de décès prématurés pour obtenir la valeur statistique totale des vies perdues en raison de la consommation nocive d'alcool.

La méthode utilisée dans ce rapport est inspirée de celle mise au point par la Direction de l'environnement de l'OCDE (OCDE, 2014^[14]) et (Lindhjem, Analyse et Navrud, 2011^[15]). La valeur de référence retenue est de 3 millions USD par vie en 2005 et l'élasticité au revenu est de 0.8, soit la valeur centrale de l'intervalle de 0.7-0.9 établi par les travaux de l'OCDE. Les chiffres sont corrigés de la parité de pouvoir d'achat (PPA).

Encadré 4. Comparaison avec une autre source nationale

Cet encadré tente de comparer les estimations obtenues dans le présent rapport de l'OCDE et celles auxquelles est parvenu Kopp (2015^[13]). Trois dimensions peuvent être comparées : le coût des décès prématurés, le poids des dépenses de santé et les pertes de productivité. Les résultats sont récapitulés dans le Tableau 1.

Tableau 1. Comparaison de trois dimensions du coût social

	OCDE, 2020	Kopp, 2015
Valeur d'une vie perdue	3 millions USD par vie (valeur en 2005, corrigée de l'inflation des années suivantes)	115 000 EUR par an (en 2010)
Coût des décès prématurés	73 milliards EUR (en 2015)	66 milliards EUR (en 2010)
Dépenses de santé	1.9 milliards EUR (en 2015)	7.7 milliards EUR (en 2010)
Impact sur le marché du travail	15.6 milliards EUR (en 2015)	9 milliards EUR (en 2010)

Source : Estimations de l'OCDE et (Kopp, 2015^[13])

L'estimation du coût des décès prématurés obtenue par l'OCDE (73 milliards EUR) est supérieure de 10 % à celle obtenue par Kopp (66 milliards EUR). Deux raisons peuvent expliquer cet écart :

- a) Les années de référence utilisées ne sont pas les mêmes (l'année retenue par l'OCDE est 2015, tandis que celle retenue par Kopp est 2010). L'inflation explique environ la moitié de l'écart. À titre de référence, en France, entre juin 2010 et juin 2015, l'inflation s'est établie à environ 6.5 % en termes cumulés (France Inflation, 2019_[16]), ce qui signifie que 66 milliards EUR en 2010 correspondent à environ 70 milliards en 2015.
- b) La méthode employée pour appliquer la valeur d'une vie perdue varie d'une étude à l'autre. Ce rapport multiplie la valeur standard retenue par l'OCDE par le nombre de décès, tandis que Kopp utilise une valeur différente pour chaque année de vie perdue. Plus précisément, pour calculer la valeur d'une année de vie perdue (115 000 EUR par an), Kopp postule que la valeur d'une vie dans les pays de l'OCDE est de 3 millions EUR (en 2010), le taux d'actualisation de 4 % et le nombre d'années de vie restante de 40, comme expliqué plus précisément dans (Kopp, 2015_[13]).

Pour ce qui est du poids des dépenses de santé, l'estimation de l'OCDE (1.9 milliards EUR) est inférieure à celle de Kopp (7.7 milliards EUR). Trois raisons peuvent expliquer cette différence :

- a) Kopp mesure le coût des traitements médicaux liés à l'alcool en 2010, alors que l'OCDE mesure les gains espérés sur les dépenses de santé dans les 30 années à venir si la consommation d'alcool était éliminée. La méthode épidémiologique utilisée dans le modèle de l'OCDE est plus sophistiquée. Dans ce modèle, les personnes qui arrêtent de boire de l'alcool peuvent continuer de développer des maladies chroniques comme du diabète ou une BPCO, ce qui entraîne des dépenses de soins. En conséquence, la réduction globale des dépenses de santé est dans l'ensemble inférieure à ce qu'elle est lorsque des méthodes moins sophistiquées sont utilisées. En revanche, Kopp ne prend en considération que le coût des soins liés à l'alcool et ne tient pas compte de la probabilité d'apparition d'autres maladies. D'après des expériences antérieures, cette différence de méthode est probablement la principale explication des écarts entre les deux études.
- b) Les composantes du coût ne sont pas les mêmes dans les deux études. Si l'une et l'autre tiennent compte du coût du traitement de la maladie, Kopp prend aussi en considération le budget des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et de l'Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA).
- c) La méthode employée pour estimer le coût par maladie n'est pas la même. Les dépenses de santé retenues dans l'étude de l'OCDE sont issues d'une estimation reposant sur une enquête, décrite dans l'encadré 1, et les coûts par maladie sont calculés selon le sexe, la tranche d'âge et la présence ou l'absence d'une comorbidité. Kopp emploie des données sur le coût moyen par maladie issues de la recherche.

S'agissant du poids sur le marché du travail, une fois l'inflation prise en compte, les estimations de l'OCDE (15.6 milliards EUR en 2015) se rapprochent de celles de Kopp (9 milliards EUR en 2010). Aussi, l'OCDE tient compte non seulement de l'impact sur la productivité (absentéisme et présentéisme) mais aussi sur la probabilité d'être en emploi.

3. Les effets des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool

35. Cette partie décrit les cinq politiques étudiées (section 3.1), avant de présenter leurs effets sur les résultats sanitaires (section 3.2) et économiques (section 3.3).

3.1. Examen des cinq politiques sélectionnées

36. Le rapport se concentre sur cinq interventions : la taxation de l'alcool, la fixation d'un prix plancher par unité d'alcool, la mise en place de postes de contrôle routier, la délivrance de conseils dans le cadre des soins primaires et le traitement de la dépendance. Le choix de ces cinq politiques est cohérent par rapport aux cinq domaines d'action prioritaires au niveau national retenus dans la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool publiée en 2010 par l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2010_[17]). Les politiques choisies englobent une grande diversité de mesures. Les unes visent l'ensemble de la population (action sur les prix et réglementation de l'alcool au volant), tandis que d'autres ciblent spécifiquement les populations à risque (traitement de la dépendance, conseils dans le cadre des soins primaires, par exemple).

37. Pour ce qui est des mesures étudiées dans le rapport, leur impact sur les effets induits par l'alcool a été simulé au moyen des données les plus récentes disponibles. Les hypothèses relatives à leur mise en œuvre et à leur efficacité ont été actualisées au moyen des données les plus récentes publiées par la recherche au sujet des cinq politiques examinées. Schématiquement, leur coût a été évalué à l'aide du modèle WHO-CHOICE de l'OMS (Tan-Torres Edejer et al., 2003_[18]) et calculé pour la France par extrapolation au moyen d'indices des prix à la consommation (Encadré 5).

38. L'impact des interventions sur les résultats sanitaires et économiques est mesuré avec le modèle SPHeP-NCD de l'OCDE. Dans ce cadre, les effets des interventions modélisées au cours de la période 2020-2050 sont comparés à un scénario du *statu quo*, dans lequel aucune nouvelle politique n'est mise en œuvre. Le modèle est décrit plus précisément dans la section 2.1.

Encadré 5. Calculer le retour sur investissement des politiques au moyen du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE

L'efficacité d'une politique dans un contexte donné dépend de plusieurs facteurs, dont certains sont propres au lieu considéré. Par exemple, le retour sur investissement d'une politique peut dépendre, non seulement de son efficacité générale, mais aussi du montant local du coût du traitement des maladies et de leurs complications, de la structure démographique du pays, de la charge épidémiologique et du coût de la mise en œuvre de l'intervention. Dans le modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, les quatre paramètres importants utilisés pour modéliser les politiques sont les suivants :

- **Efficacité des interventions au niveau individuel.** Ce paramètre permet de mesurer l'évolution des comportements individuels après la mise en œuvre des politiques. Dans la mesure du possible, les données sont recueillies dans le cadre de méta-analyses revues par les pairs, dans l'idéal de méta-analyses d'essais randomisés contrôlés.
- **Délai écoulé jusqu'à obtention de l'efficacité maximale et efficacité au fil du temps.** Les effets d'une intervention peuvent être limités dans le temps et/ou évoluer au fil du temps, à savoir qu'en général, l'effet commence par augmenter puis diminue. Ce paramètre décrit l'évolution de l'efficacité des interventions au fil du temps.
- **Champ d'application de l'intervention, notamment description de la population visée et de son exposition à l'intervention.** Certaines interventions peuvent ne viser qu'une catégorie de la population (par ex., les personnes appartenant à certaines classes d'âge ou présentant certains facteurs de risque). Il arrive en outre que seule une partie de la population visée soit exposée à l'intervention, par exemple seulement les personnes qui se rendent dans des centres de soins primaires et qui sont volontaires pour participer au programme.
- **Coût de mise en œuvre.** La mise en œuvre d'une intervention de santé publique peut entraîner divers coûts, par exemple des coûts administratifs, de planification, de suivi et d'évaluation. Par ailleurs, certaines mesures nécessitent de mettre à la disposition de la population visée des équipements ou du matériel (brochures, guichets, etc.). L'estimation de ces coûts a été réalisée au moyen de la méthodologie WHO-CHOICE de l'OMS (Tan-Torres Edejer et al., 2003^[18]) en tenant compte des différences de prix relatifs (mesurées par les différences de PPA et de taux de change). Les coûts sont exprimés en euros constants de 2015.

L'efficacité et le retour sur investissement au niveau de la population des politiques de santé publique visant à lutter contre la consommation nocive d'alcool sont mesurés sur la période 2020-2050 par comparaison avec un scénario du *statu quo* dans lequel aucune nouvelle politique n'est adoptée et où l'offre de services de soins et de prévention d'un pays donné reste inchangée. Cette comparaison entre le scénario du *statu quo* et celui dans lequel la politique étudiée est mise en œuvre permet d'obtenir l'impact de la politique en question. Elle tient compte de toutes les dimensions pertinentes, par exemple des différences en matière de situation sanitaire, de dépenses de santé, de productivité du marché du travail, entre autres, et fournit ainsi toutes les informations nécessaires à la réalisation d'une analyse du retour sur investissement.

3.1.1. Taxation de l'alcool

39. L'intervention consiste en une hausse de la fiscalité suffisante pour entraîner une augmentation de 10 % du prix de toutes les boissons alcoolisées. On suppose que la hausse de la fiscalité se traduit quasi instantanément par une augmentation du prix des boissons alcoolisées. On ne formule aucune hypothèse particulière s'agissant du mécanisme par lequel cette augmentation de prix est obtenue (relèvement du taux des droits d'accise, modification d'autres taxes existantes ou introduction de nouvelles mesures fiscales). Les données utilisées pour modéliser l'intervention sont issues d'une méta-analyse qui tient également compte d'études évaluant l'incidence d'une variation des prix sur la consommation plutôt que sur les ventes, ce qui signifie qu'elles prennent également en considération, à tout le moins dans une certaine mesure, la hausse de la consommation d'alcool provenant de sources illicites (qui est relativement faible en France comparativement à ce qui est observé dans d'autres pays (OMS, 2018^[19])).

40. L'élasticité-prix de la consommation d'alcool a été estimée sur la base d'une revue systématique de la littérature et d'une méta-analyse. Les 133 études retenues ont permis d'extraire 665 estimations, dont 181 pour la bière, 182 pour le vin et 168 pour les spiritueux et liqueurs. L'élasticité-prix a été estimée (Tableau 2) en fonction de trois dimensions, à savoir le type de boisson, l'âge du buveur et le type de

consommation, et a été associée à la consommation d'alcool par habitant dans chaque pays. Ce choix repose sur des données de la recherche laissant penser que :

- les buveurs jeunes sont moins sensibles aux variations des prix que les adultes (Gallet, 2007^[20]) ;
- les buveurs modérés sont plus sensibles aux variations des prix que les gros buveurs (Fogarty, 2008^[21] ; Fogarty, 2006^[22] ; Dave et Saffer, 2008^[23] ; Meier, Purshouse et Brennan, 2010^[24] ; An et Sturm, 2011^[25]) ;
- l'élasticité-prix directe de la consommation d'alcool varie selon le type de boisson (Gallet, 2007^[20]) (Sornpaisarn et al., 2013^[26]) (Wagenaar, Salois et Komro, 2009^[27]) (Fogarty, 2008^[21]) (Nelson, 2013^[28]) (Fogarty, 2006^[22]), et la part de marché relative de différents types d'alcool est un élément d'explication important des variations de la demande observées au niveau national (Fogarty, 2006^[22]).

41. Les résultats présentés dans le Tableau 2 sont globalement cohérents par rapport à ceux de six méta-analyses antérieures constatant que la bière est la boisson qui affiche l'élasticité-prix la plus faible (comprise entre -0.29 to -0.83 contre une élasticité comprise entre -0.46 et -1.11 pour le vin et entre -0.54 et -1.09 pour les spiritueux) (Gallet, 2007^[20]) (Sornpaisarn et al., 2013^[26]) (Wagenaar, Salois et Komro, 2009^[27]) (Fogarty, 2008^[21]) (Nelson, 2013^[28]) .

Tableau 2. Élasticités directes

Type de boisson	Âge du buveur	Catégorie de consommation	Élasticité-prix
Bière	<25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.47
Bière	<25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.41
Bière	>=25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.62
Bière	>=25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.56
Spiritueux	<25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.55
Spiritueux	<25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.49
Spiritueux	>=25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.70
Spiritueux	>=25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.64
Vin	<25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.49
Vin	<25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.43
Vin	>=25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.65
Vin	>=25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	-0.59

Note : Une élasticité-prix de -0.47 signifie qu'une hausse de 10 % du prix de la bière conduit à une diminution de 4.7 % de la quantité de bière achetée.

Source : Estimations de l'OCDE.

42. On suppose que l'intervention simulée par le modèle vise l'ensemble de la population (couverture de 100 %) et dure tant que la politique reste en place.

43. Son coût par habitant est estimé à 0.05 EUR par an en France. Le coût estimé d'un alourdissement de la fiscalité englobe les dépenses d'administration, de planification, de suivi et de mise en œuvre au niveau national, les dépenses de mise en œuvre représentant la majeure partie du coût total. Les recettes fiscales supplémentaires ne sont pas prises en compte dans l'analyse parce qu'elles représentent des transferts et non des coûts.

3.1.2. Fixation d'un prix plancher par unité d'alcool

44. L'intervention consistant à fixer un prix plancher entraîne une hausse du coût de l'unité d'alcool pour les boissons alcoolisées les moins chères du marché. Plus précisément, le coût par unité d'alcool est majoré jusqu'à un seuil prédéfini. À titre d'exemple, ce seuil a été fixé à 0.50 GBP par unité d'alcool au Royaume-Uni (Écosse)² et à 1.15 CAD par unité d'alcool au Canada³ (Stockwell et Thomas, 2013_[29]).

45. L'intervention est modélisée en fonction de trois dimensions : i) la part de l'alcool vendue à un prix inférieur à celui retenu comme plancher ; ii) la hausse de prix nécessaire pour que le prix par unité d'alcool atteigne le seuil prédéfini ; et iii) le changement de comportement des consommateurs à la suite de la hausse de prix. Deux analyses réalisées à partir de données de scanner sur la consommation fournissent des informations par type de boissons alcoolisées et par catégorie de buveurs pour les deux premières dimensions, à savoir la proportion d'unités d'alcool concernées par la hausse et la hausse de prix moyenne (en pourcentage) par unité d'alcool de ce groupe (Griffith, O'connell et Smith, 2017_[30]) (Angus et al., 2015_[31]). Les données figurant dans le Tableau 3 produiraient approximativement, pour la France, les effets du prix plancher tel qu'appliqué au Royaume-Uni (Griffith, O'connell et Smith, 2017_[30]) (Angus et al., 2015_[31]). La troisième dimension, à savoir l'évolution de la consommation induite par l'introduction du prix plancher, est en revanche modélisée au moyen des mêmes paramètres que ceux utilisés pour modéliser la hausse de la fiscalité (Tableau 2).

Tableau 3. Caractéristiques utilisées pour modéliser la consommation d'alcool bon marché

Type de boisson	Âge du buveur	Catégorie de consommation	Proportion des unités d'alcool vendues à un prix inférieur au plancher (%)	Hausse de prix moyenne en pourcentage nécessaire pour atteindre le prix plancher
Bière	<25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	19.34	36.73
Bière	<25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	37.94	36.73
Bière	>=25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	19.34	36.73
Bière	>=25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	37.94	36.73
Spiritueux	<25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	19.34	23.40
Spiritueux	<25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	37.94	23.40
Spiritueux	>=25	Inférieure à 40 g/jour	19.34	23.40

		pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes		
Spiritueux	>=25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	37.94	23.40
Vin	<25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	19.34	23.50
Vin	<25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	37.94	23.50
Vin	>=25	Inférieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	19.34	23.50
Vin	>=25	Supérieure à 40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes	37.94	23.50

Source : D'après (Griffith, O'connell et Smith, 2017^[30]) et (Angus et al., 2015^[31]).

46. On suppose que l'intervention est déployée à compter de 2020 et reste en place jusqu'à la fin de la période sur laquelle porte la simulation et que des effets constants surviennent juste après la mise en œuvre et perdurent tant que la politique est en place.

47. Le coût de l'intervention par habitant est estimé à 0.07 EUR par an en France. Les principales composantes du coût sont les dépenses d'administration, de planification, de suivi et de mise en œuvre au niveau national, les dépenses de mise en œuvre représentant la majeure partie du coût total.

3.1.3. Postes de contrôle routier pour lutter contre la conduite sous l'emprise de l'alcool

48. Les interventions ciblant spécifiquement la conduite sous l'emprise de l'alcool englobent l'application de lois sur l'alcoolémie, la mise en place de postes de contrôle routier, les mesures qui encouragent l'utilisation d'autres modes de transport et des solutions innovantes comme l'éthylotest antidémarrage (*Driver Alcohol Detection System for Safety*), une technologie embarquée qui empêche le conducteur de prendre le volant si son taux d'alcoolémie dépasse la limite autorisée par la loi (Encadré 6). L'intervention modélisée pour les besoins de l'analyse consiste en un *renforcement des contrôles routiers* dans le cadre de la lutte contre la conduite sous l'emprise de l'alcool.

49. L'intervention tient compte de travaux récemment publiés sur l'efficacité des postes de contrôle. Elle a été conçue sur la base d'un programme qui a été mis en place à Charlottesville (Virginie, États-Unis) et qui a été décrit et évalué de manière exhaustive dans une étude publiée (Voas, 2008^[32]). Dans le cadre de ce programme, des équipes composées de cinq policiers étaient affectées pendant quatre heures chaque fin de semaine (les vendredis et samedis soirs) à des postes de contrôle et arrêtaient les automobilistes pour les soumettre à un alcootest. Les lieux d'implantation des postes étaient choisis à l'avance et des panneaux avertissaient les conducteurs de la présence de postes de contrôle de l'alcoolémie. En l'espace d'une année, 94 opérations de contrôle ont été réalisées, soit un total de 1 880 heures de travail pour les policiers concernés. Environ 2 400 véhicules ont été contrôlés et 290 conducteurs ont été arrêtés.

50. L'efficacité du programme a été à son maximum pendant les six premiers mois (Erke, Goldenbeld et Vaa, 2009^[33]). D'après la méta-analyse précitée, la diminution du nombre d'accidents de la circulation (mortels ou non) s'est d'abord établie à 29 % après trois mois ; elle a ensuite ralenti pour s'établir à 21 % après six mois et s'est stabilisée entre la première et la huitième année (les estimations sont comprises entre 13 % et 11 %). Les résultats de la méta-analyse ont été actualisés, 15 nouvelles études (publiées soit avant 1990 soit après 2009) ayant été incluses pour tenir compte des dernières données disponibles. Dans le modèle élaboré pour les besoins de la présente étude, la mise en place de postes de contrôle se traduit par une réduction des accidents de la circulation (mortels ou non, à proportions constantes) égale à 25 % la première année, 15 % la deuxième et 16 % au-delà.

51. L'intervention modélisée couvre 80 % de la population, sans critère d'âge. Ce pourcentage correspond à la proportion de la population résidant dans des zones urbaines connaissant une circulation conforme à celle ciblée par la mesure. Le modèle ne contient pas de restriction fondée sur l'âge du conducteur ou sur le niveau de consommation d'alcool étant donné que tous les individus – qui sont tous susceptibles d'être impliqués dans un accident de la circulation qu'ils aient ou non consommé de l'alcool – ont des chances de tirer profit de la mesure. La politique est déployée à compter de 2020 et elle est appliquée sans interruption jusqu'à la fin de la période sur laquelle porte la simulation. Au cours des années suivantes, la probabilité de 80 % ne s'applique qu'aux nouveau-nés ou aux immigrés. En effet, si une personne n'était pas concernée par la mesure en 2020, on suppose qu'elle ne le sera pas par la suite (par exemple parce qu'elle réside dans une zone qui n'entre pas dans le champ d'application de l'intervention).

52. Le coût de l'intervention inclut les charges de personnel au titre des équipes affectées aux postes de contrôle – poste de dépenses le plus lourd – et le coût d'une campagne d'information dans les médias. Le coût de l'intervention est évalué à 0.57 EUR par habitant et par an en France.

53. L'évaluation de l'intervention repose sur l'hypothèse selon laquelle l'efficacité d'une politique – évaluée à partir de la recherche – est transposable d'un pays à l'autre, ce qui constitue la limite de notre analyse. Le critère retenu pour sélectionner les données issues de la recherche est leur valeur probante, ce qui signifie que les méta-analyses et les revues systématiques ont été privilégiées par rapport aux études indépendantes. Le plus souvent, les données proviennent d'études nord-américaines. Plus précisément, celles relatives à l'efficacité des « postes de contrôle de l'alcoolémie » sont issues d'études réalisées aux États-Unis, dont l'expérience n'est peut-être pas directement comparable à celle de la France. Bien que l'on postule que l'efficacité est la même dans tous les pays étudiés, l'effet global de la politique peut varier d'un pays à l'autre selon l'exposition aux facteurs de risque, la démographie, les caractéristiques épidémiologiques et les caractéristiques du pays.

Encadré 6. Éthylotests antidémarrage

Parmi l'arsenal de mesures permettant de lutter contre l'alcool au volant, les éthylotests antidémarrage suscitent désormais un vif intérêt. Ce dispositif de sécurité combat la conduite en état d'ébriété en empêchant un conducteur ayant une alcoolémie mesurable de faire démarrer son véhicule. Plus précisément, un dispositif embarqué de détection d'alcool dans l'air expiré fonctionnant au moyen d'un capteur électrochimique mesure le taux d'alcoolémie du conducteur. Si ce taux est supérieur à une limite prédéfinie, il envoie un signal pour empêcher le véhicule de démarrer. De plus, pour que le conducteur ne puisse pas tricher, des tests de contrôle aléatoires sont effectués pendant le trajet.

Ces dispositifs antidémarrage semblent dans l'ensemble efficaces parce qu'ils sont installés dans le véhicule. Cependant, le potentiel qu'ils offrent reste pour l'heure limité par la faiblesse du taux d'équipement et par le fait que les effets bénéfiques ne persistent pas au-delà de la période pendant laquelle ils sont installés.

Les États-Unis et, dernièrement, certains pays européens (plus précisément l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, la Pologne et la Suède), ont adopté des lois qui rendent ces dispositifs obligatoires pour les automobilistes déjà arrêtés pour conduite sous l'emprise de l'alcool et les conducteurs professionnels (ETSC, 2018^[34]). Le taux d'équipement demeure cependant relativement faible. Aux États-Unis par exemple, en 2012, seulement 20 % des automobilistes arrêtés pour conduite en état d'ivresse avaient effectivement installé un éthylotest antidémarrage (Roth, 2012^[35] ; GAO, 2014^[36]).

Il est démontré que l'éthylotest antidémarrage est efficace contre la récidive, mais son effet disparaît dès que le dispositif est enlevé. Sa présence réduit la probabilité d'être de nouveau arrêté pour conduite en état d'ivresse (le risque relatif s'établit à 0.36) (Willis, Lybrand et Bellamy, 2004^[37]) et le risque relatif médian à 0.25 (Elder et al., 2011^[38]).

Les données concernant l'effet de ce dispositif sur les accidents de la circulation dus à l'alcool reposent uniquement sur des études indépendantes et sont donc moins fiables. Trois études récentes démontrent que les dispositifs antidémarrage pourraient réduire le nombre d'accidents mortels liés à l'alcool ; l'ampleur de la diminution est comprise entre 0.20 % et 15 % (McGinty et al., 2017^[39] ; Vanlaar, Mainegra Hing et Robertson, 2017^[40] ; Kaufman et Wiebe, 2016^[41]). Bien que les dispositifs antidémarrage embarqués réduisent le nombre d'accidents liés à l'alcool, ils restent associés à un risque global d'accidents plus élevé que la suspension du permis de conduire (Vézina, 2002^[42] ; DeYoung, Tashima et Masten, 2005^[43]).

3.1.4. Conseils sur la consommation d'alcool dispensés dans le cadre des soins primaires

54. L'intervention consiste à dépister les patients potentiellement gros consommateurs d'alcool à l'occasion d'une consultation de médecine générale et à leur prodiguer brièvement des conseils sur les méfaits de l'alcool et sur les moyens de réduire leur consommation. Elle est modélisée d'après « l'intervention brève concernant l'hygiène de vie » de l'essai anglais *Screening and Intervention Programme for Sensible drinking* (Kaner et al., 2013^[44]). Pendant une première séance de cinq minutes, un médecin généraliste présente à un patient les méfaits potentiels de la consommation d'alcool et lui propose des stratégies concrètes pour réduire sa consommation en insistant sur les bénéfices qu'il peut attendre du changement de comportement recommandé. Des documents sont remis au patient, notamment une brochure d'auto-assistance, un livret dans lequel consigner sa consommation et un visuel qui lui permet de comparer sa consommation à la consommation moyenne. Lors d'un deuxième rendez-vous, d'une durée de 20 minutes, un professionnel de santé formé dispense au participant des conseils d'hygiène de vie.

55. L'efficacité de l'intervention est modélisée à partir des conclusions d'une revue Cochrane récemment publiée par Kaner *et al.* (2018^[45]). On suppose que les hommes qui consomment de l'alcool réduisent leur consommation de 42.21 grammes par semaine pendant la durée pendant laquelle l'intervention brève est en place (ce qui représente environ 4 verres standard par semaine) et les femmes de 30.27 grammes par semaine.

56. On suppose que le programme cible des buveurs âgés de 18 à 70 ans et ayant une consommation dangereuse ou nocive (consommation régulière ou alcoolisation épisodique), à l'exclusion des buveurs alcoolodépendants (Kaner et al., 2018^[45]). Le recrutement est opportuniste, à savoir que les participants sont sélectionnés parmi des patients qui se rendent à une consultation de médecine générale pour un problème autre qu'un problème lié à l'alcool (Kaner et al., 2018^[45]). Cette sélection se fait sur la base d'un questionnaire (AUDIT ou équivalent) qui peut être remis sur place ou envoyé par courrier à l'adresse du patient et qui l'invite à fournir des informations sur son état de santé et sa consommation d'alcool. Angus et al (2019^[46]) ont constaté que jusqu'à 5% des patients –porté à 10% à des fins de modélisation- recevait

un test de dépistage de la consommation excessive d'alcool, quand près de la moitié était diagnostiqué positif et recevait une intervention brève. En d'autres termes, entre 1% et 3% de la population recevait une intervention brève. Dans le modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, on suppose que chaque année, 20% des buveurs excessifs, non alcoolodépendants, bénéficient de l'intervention (soit environ 2% de la population).

57. Des études montrent que des interventions similaires peuvent avoir une efficacité prolongée, d'une durée comprise entre au moins quatre ans (Fleming et al., 2002^[47]) et sept ans (Angus et al., 2014^[48]). On a donc supposé que l'intervention modélisée produirait des effets pendant cinq ans au moins et que cette efficacité diminuerait de manière linéaire pendant la dernière année. Son efficacité est maximale après 12 mois. Une fois que les participants ont bénéficié de l'intervention, ils peuvent en bénéficier de nouveau les années suivantes (une fois que l'effet a complètement disparu), également avec une probabilité de 20 %.

58. Le coût de l'intervention englobe les dépenses de base à prévoir pour l'administration, le suivi et la formation des médecins et du personnel infirmier délivrant l'intervention. La principale composante du coût est constituée du temps consacré par les médecins et les infirmiers. Vient ensuite le coût des documents remis aux patients. Bien que l'intervention brève soit mise en œuvre dans des structures de soins qui existent déjà et que les conseils soient dispensés par du personnel de santé spécialisé, les frais de formation représentent une part importante des dépenses totales par participant parce que la totalité des coûts est répartie entre les membres d'un sous-groupe de la population de relativement petite taille. Le coût par participant est estimé à 24 EUR pour la France et le coût fixe à 0.18 EUR par habitant et par an.

3.1.5. Traitement pharmacologique personnalisé

59. Cette intervention consiste en un traitement pharmacologique reposant sur la médecine de précision, approche qui personnalise le traitement en fonction des caractéristiques propres au patient et de ses besoins particuliers. Deux types de traitement sont administrés à deux catégories de patients : l'acamprosate est prescrit aux personnes qui souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool mais ne sont pas alcoolodépendants, tandis que la naltrexone est prescrite aux buveurs chez qui une alcoolodépendance a été diagnostiquée.

60. Les patients traités par acamprosate prennent le traitement quotidiennement pendant six mois (sans psychothérapie en parallèle) selon une posologie qui dépend de leur poids. Pour une efficacité plus grande, ils doivent d'abord être sevrés et éviter de consommer de l'alcool dans la semaine précédant le début du traitement (Kampman et al., 2009^[49]). La population qui peut bénéficier du programme est composée des individus âgés de 18 à 65 ans qui remplissent les critères diagnostiques des troubles liés à la consommation d'alcool définis par le manuel de classification diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*) mais ne sont pas considérés comme alcoolodépendants. Suivant les résultats de la méta-analyse réalisée par Maisel *et al.* (2013^[50]) et ceux obtenus par Poldrugo (1997^[51]), on suppose que l'intervention réduit la consommation d'alcool de 31 % (ce qui correspond à 55.5 jours supplémentaires d'abstinence cumulée sur six mois). L'efficacité est modélisée sous la forme d'une diminution linéaire de la consommation d'alcool pendant les six mois de prise du médicament. Elle atteint son maximum le sixième mois suivant le début du traitement. Elle reste constante pendant les six mois qui suivent l'arrêt du traitement (Poldrugo, 1997^[51]). Elle disparaît ensuite de manière linéaire pendant les 12 mois suivants. Le coût par personne traitée par acamprosate est estimé à 356 EUR par an pour la France⁴, et le coût fixe est de 0.20 par habitant et par an.

61. Les patients traités par naltrexone prennent le médicament quotidiennement pendant trois mois sans interruption (à raison de 50 mg/jour). Ils sont ensuite traités pendant cinq mois de manière individualisée (ils prennent le médicament à la demande, seulement lorsque l'envie de boire est trop forte) et suivent en parallèle une thérapie cognitive comportementale (Heinälä et al., 2001^[52]). Cette psychothérapie comprend au total quatre séances collectives de 90 minutes chacune (Stein et Lebeau-

Craven, 2002^[53]), animées par un thérapeute formé ; les séances ont lieu pendant les semaines 1, 2, 5 et 12 et reposent sur le modèle de conceptualisation de la rechute proposé par Marlatt et Gordon (1985^[54]). La population éligible est composée de personnes chez qui un diagnostic d'alcoolodépendance a été posé. Actuellement, 10 % seulement des personnes reconnues comme alcoolodépendantes reçoivent un traitement médicamenteux pour cette dépendance (VisionGain, 2008^[55]). Dans l'intervention modélisée, ce pourcentage est multiplié par deux ; il s'établit à 20 % des personnes chez qui un diagnostic de troubles liés à la consommation d'alcool a été posé. Suivant les résultats de la méta-analyse de Maisel *et al.* (2013^[50]) et ceux obtenus par Heinälä *et al.* (2001^[52]), on considère que l'intervention entraîne une diminution de la consommation d'alcool égale à 122 grammes par semaine (17.4 grammes par jour). L'efficacité augmente de façon linéaire pendant toute la période de prise du médicament. Elle est maximale le sixième mois, puis reste constante jusqu'à la fin du traitement (8^e mois) (Heinälä *et al.*, 2001^[52]). Elle diminue ensuite de manière linéaire jusqu'à disparaître complètement deux mois après la fin du traitement. Le coût par personne traitée par naltrexone et psychothérapie est d'environ 171 EUR par an en France⁵, et le coût fixe est estimé à 0.20 EUR par habitant et par an. Une grande partie de ce coût (environ 30 %) correspond au prix du médicament lui-même (pour une cure de trois mois). Les séances de psychothérapie, la consultation de médecine générale et les consultations de suivi assurées par un infirmier représentent environ 20 % du coût total. Les autres coûts correspondent aux documents remis aux patients et aux frais d'organisation du programme.

3.2. Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool préviennent les maladies et les traumatismes physiques et elles sauvent des vies

3.2.1. Les cinq politiques étudiées ont toutes des effets positifs significatifs sur la santé, et l'action sur les prix et les contrôles routiers sont les stratégies les plus efficaces

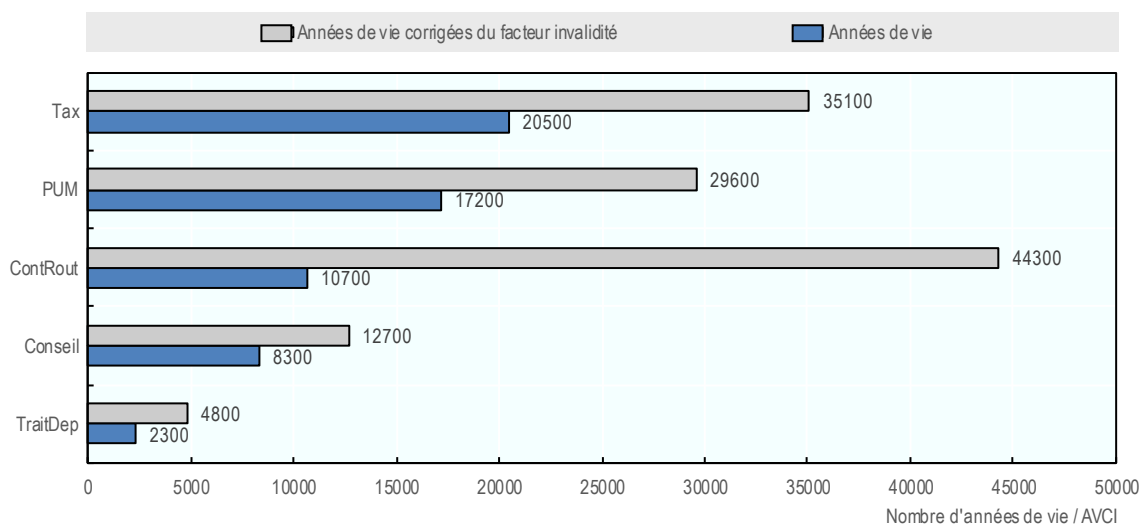
62. Comparativement au scénario du *statu quo*, dans lequel aucune mesure n'est prise, les cinq politiques examinées permettent de gagner des années de vie (AV) et des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) (Graphique 7). Les interventions les plus efficaces sont l'action sur les prix et les contrôles routiers. L'analyse montre que :

- La taxation de l'alcool – modélisée sous la forme d'une hausse de 10 % du prix de tous les types d'alcool – permet de gagner chaque année 20 500 AV et 35 100 AVCI en France.
- La fixation d'un prix plancher permet de gagner 17 200 AV et 29 600 AVCI en France.
- Les contrôles routiers visant à faire reculer la conduite sous l'emprise de l'alcool permettent de gagner 10 700 AV et 44 300 AVCI chaque année en France.
- La délivrance de conseils par le système de soins primaires permet de gagner chaque année 8 300 AV et 12 700 AVCI en France.
- Le traitement de l'alcoolodépendance est associé à une amélioration des résultats sanitaires permettant de gagner 2 300 AV et 4 800 AVCI en France.

63. À titre de comparaison, en 2017, le cancer du foie parmi les personnes de 50 à 69 ans a entraîné la perte de 88 700 AVCI en France (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018^[9]).

Graphique 7. Impact des politiques sur le nombre d'années de vie et d'années de vie en bonne santé

Années de vie et années de vie en bonne santé gagnées, moyenne annuelle au cours de la période 2020-2050



Note : Tax : Taxation de l'alcool, PUM : fixation d'un prix plancher par unité d'alcool, ContRout : contrôles routiers d'alcoolémie, Conseil : conseils, TraitDep : traitement de la dépendance.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

3.2.2. Chacune des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool allonge l'espérance de vie en bonne santé d'environ deux semaines

64. Les cinq interventions permettent d'allonger l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé, et les politiques les plus efficaces sont celles qui agissent sur les prix et les contrôles routiers d'alcoolémie. Ces constatations sont conformes aux résultats en termes d'AV et d'AVCI présentés ci-dessus.

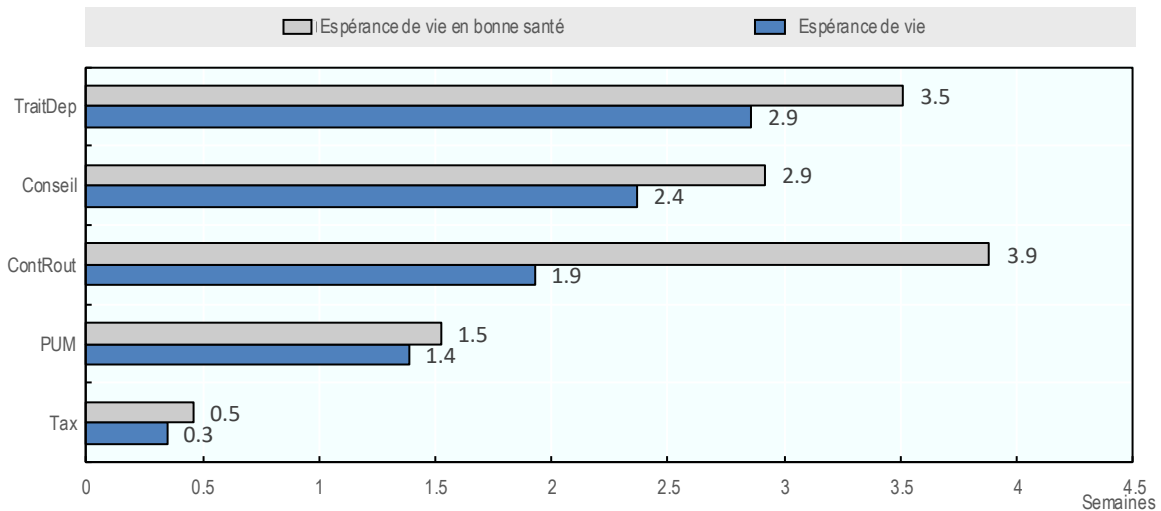
65. La plupart des politiques examinées sont susceptibles d'entraîner un allongement de l'espérance de vie en bonne santé d'environ deux semaines (Graphique 8). À titre de comparaison, l'espérance de vie a progressé de six mois ces cinq dernières années en France (OCDE, 2019^[56]). En d'autres termes, l'une quelconque des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool pourrait être à l'origine de 1 à 10 % de ces gains.

66. L'effet constaté sur l'espérance de vie en bonne santé est supérieur à celui observé sur l'espérance de vie. Autrement dit, parce qu'elles réduisent la survenue de maladies et de traumatismes, les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool ont un effet positif plus grand sur le nombre d'années vécues en bonne santé que sur l'espérance de vie.

67. Les gains d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé imputables à ces politiques semblent faibles parce qu'ils sont répartis sur l'ensemble de la population (y compris les personnes qui ne consomment pas d'alcool et les enfants). Ils sont cependant plus importants pour les buveurs qui bénéficient des interventions.

Graphique 8. Impact des politiques sur l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé

Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé, en semaines



Note : Tax : Taxation de l'alcool, PUM : fixation d'un prix plancher par unité d'alcool, ContRout : contrôles routiers d'alcoolémie, Conseil : conseils, TraitDep : traitement de la dépendance.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

3.2.3. Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool réduisent le nombre de cas de dépendance et de traumatismes physiques

68. Les politiques de santé et l'action sur les prix ont un impact sensible sur le nombre de cas de dépendance, tandis que les contrôles routiers d'alcoolémie ont une incidence plus forte sur le nombre de traumatismes physiques (accidents de la circulation, actes de violence, par exemple) (Tableau 4). Ensemble, les cinq interventions peuvent éviter l'apparition de 61 300 nouveaux cas de dépendance et éviter 25 700 traumatismes physiques⁶ en France.

69. Ces interventions permettent de sauver des vies, mais elles augmentent aussi le risque d'apparition d'autres maladies, non liées à l'alcool, au fur et à mesure que les individus vieillissent (démence, troubles musculo-squelettiques (TMS), par exemple). Il n'en reste pas moins que globalement, comparativement au scénario du *statu quo*, elles permettent de réduire fortement le nombre total de nouveaux cas de maladies chroniques.

Tableau 4. Impact sur le nombre de cas de maladies chroniques, moyenne annuelle au cours de la période 2020-2050

Évolution du nombre de nouveaux cas, en pourcentage

Maladie	Taxation	PUM	Contrôles routiers	Conseils	Traitement de la dépendance
Cancers (non liés à l'alcool)	0.06%	0.05%	0.01%	-0.01%	-0.01%
Cancers (liés à l'alcool)	-0.50%	-0.37%	0.01%	-0.19%	-0.01%
Cirrhose	-1.65%	-1.40%	0.00%	-1.10%	-0.22%
BPCO	0.05%	0.04%	0.01%	0.01%	0.00%
Maladies cardiovasculaires	-0.20%	-0.19%	0.01%	-0.07%	0.00%
Démence	0.10%	0.10%	0.01%	0.00%	0.00%

Dépendance	-6.55%	-5.77%	0.02%	-1.86%	-1.60%
Diabète	-0.13%	-0.15%	0.01%	-0.12%	0.00%
Traumatismes physiques	-0.43%	-0.32%	-5.60%	-0.29%	-0.03%
Santé mentale	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
TMS	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%	0.00%
Autres	-0.22%	-0.19%	0.01%	-0.08%	-0.01%

Note : BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive, TMS : troubles musculo-squelettiques. Les cancers liés à l'alcool sont les cancers hépatique, mammaire, colorectal, œsophagien, nasopharyngé, labial et buccal. Les cancers non liés à l'alcool sont les cancers pulmonaire et gastrique.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

3.3. Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool entraînent une baisse des dépenses de santé et une augmentation de la participation au marché du travail et de la productivité

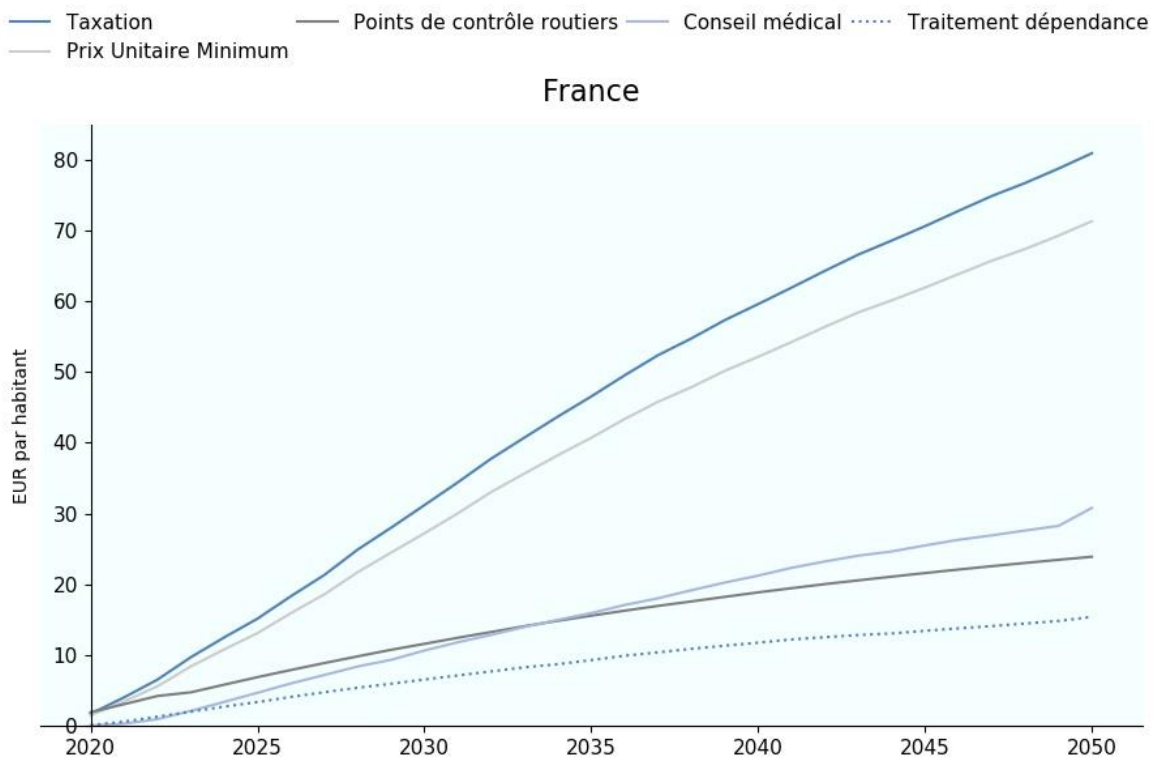
3.3.1. La baisse des dépenses de santé devient sensible quelques années après la mise en œuvre de la politique

70. Les cinq interventions étudiées entraînent une baisse des dépenses de santé et leurs effets se cumulent au fil du temps. La taxation et la fixation d'un prix plancher sont les interventions qui ont l'impact le plus fort (Graphique 9). Dix ans après son entrée en vigueur (2030), la taxation de l'alcool permettrait de réduire les dépenses de santé d'environ 28 EUR par habitant en termes cumulés en France.

71. En moyenne sur la période 2020-2050, chacune des cinq interventions permettrait d'économiser entre 51 et 269 millions EUR par an en dépenses de santé. La taxation permettrait d'économiser 4,1 EUR par habitant et par an (269 millions EUR par an au niveau de la population) en dépenses de santé, le MUP économiserait 3,6 EUR par habitant (237 millions EUR), les contrôles routier 1,1 EUR par habitant (73 millions EUR), les conseils en soins primaires 1,5 EUR par habitant (99 millions EUR) et le traitement de la dépendance 0,8 EUR par habitant (51 millions EUR).

Graphique 9. Réduction des dépenses de santé au fil du temps

Économies de dépenses de santé en termes cumulés (EUR par habitant, après actualisation, 2020-2050)



Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

3.3.2. Les politiques modélisées ont un impact fort et positif sur la participation au marché du travail et la productivité

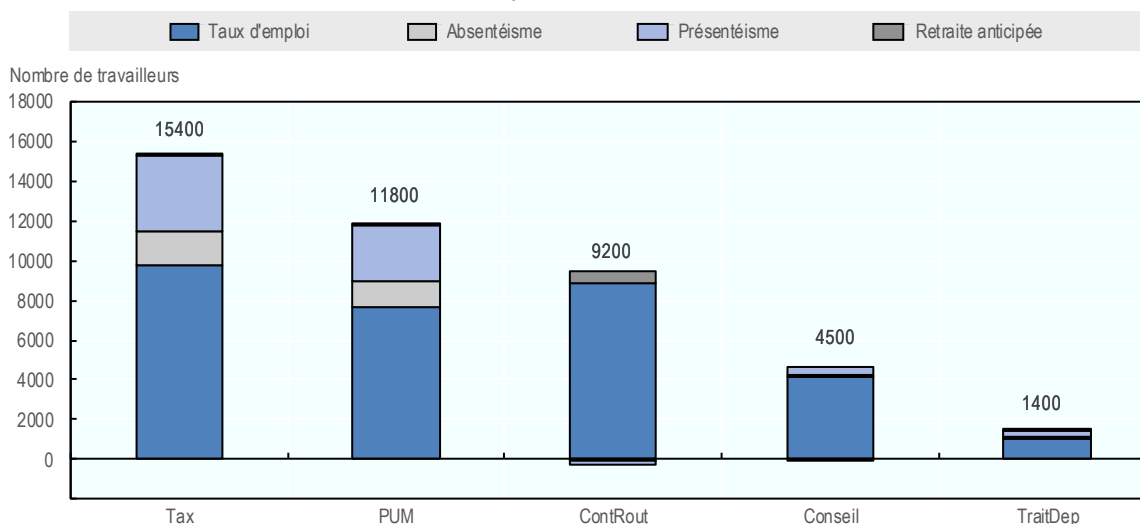
72. Les maladies chroniques et traumatismes physiques liés à la consommation d'alcool vont de pair avec un moindre taux d'emploi, une augmentation de l'absentéisme et du présentéisme au travail et des départs en préretraite plus fréquents. Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool peuvent donc avoir un impact positif sur les indicateurs du marché du travail, réduire les pertes de productivité et améliorer la situation économique d'un pays.

73. Les résultats de la simulation montrent que les cinq interventions étudiées ont un effet positif sur le taux d'emploi, réduisent l'absentéisme et le présentéisme et font reculer les départs en préretraite. Elles ont une incidence plus forte sur le taux d'emploi que sur l'absentéisme, le présentéisme et la préretraite, ce qui s'explique principalement par l'existence d'une forte corrélation entre les maladies liées à l'alcool et le risque de chômage. Ainsi, d'après la simulation, l'alourdissement de la fiscalité de l'alcool entraîne une hausse de la participation au marché du travail de 9 800 travailleurs ETP, ainsi qu'une diminution des pertes de productivité liées à l'absentéisme et au présentéisme représentant respectivement 1 700 et 3 800 travailleurs ETP et un recul des départs en préretraite équivalent à quelques dizaines de travailleurs ETP.

74. En France, les politiques qui ont l'effet le plus fort sont la taxation, la fixation d'un prix plancher et les contrôles routiers. Ainsi, la taxation de l'alcool est susceptible d'accroître la participation au marché du travail et la productivité de près de 15 400 travailleurs ETP par an (Graphique 10). De plus amples informations sur l'estimation du coût en termes de participation au marché du travail et de productivité sont présentées dans l'Encadré 7.

Graphique 10. Impact des politiques sur les indicateurs du marché du travail (temps de travail)

Gains en termes de nombre de travailleurs ETP, moyenne annuelle au cours de la période 2020-2050



Note : Tax : Taxation de l'alcool, PUM : fixation d'un prix plancher par unité d'alcool, ContRout : contrôles routiers d'alcoolémie, Conseil : conseils, TraitDep : traitement de la dépendance. ETP : équivalent temps plein.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

Encadré 7. Estimation du coût en termes de participation au marché du travail et de productivité

Composantes de la participation au marché du travail et de la productivité

L'analyse a pour but d'estimer la variation de la participation au marché du travail et de la productivité induite par la mise en œuvre de politiques destinées à réduire la consommation nocive d'alcool. Quatre composantes sont prises en compte : le taux de chômage, l'absentéisme, le présentéisme et le départ en préretraite.

L'estimation des effets des maladies non transmissibles sur les indicateurs du marché du travail (en particulier la probabilité d'occuper un emploi, le départ en préretraite et le nombre de jours de travail perdus) a été réalisée au moyen de données provenant de deux enquêtes longitudinales (l'enquête européenne SHARE et l'enquête britannique ELSA). Pour estimer le présentéisme, un indicateur rapportant le présentéisme à l'absentéisme pour une maladie donnée, issu d'une étude de grande qualité sur la productivité, a été utilisé et appliqué aux résultats sur l'absentéisme obtenus par un calcul économétrique (Goetzl et al., 2004^[57]). Ces quatre composantes ont été converties en temps de travail perdu (ou gagné), exprimé en ETP, et les résultats ont été multipliés par le salaire moyen (issu de la base de données de l'Organisation internationale du travail, 2015 (OIT, 2019^[58])), ce qui a permis d'attribuer une valeur monétaire aux pertes (ou gains) de productivité.

Approche par le capital humain ou approche par les coûts de friction ?

La méthode utilisée pour les besoins de l'analyse présentée ici attribue une valeur monétaire à toutes les variations des composantes de la participation au marché du travail et de la productivité au moyen de l'approche par le capital humain. Cette approche aboutit en général à une surestimation des pertes économiques parce qu'elle ne tient pas compte de la réserve de main-d'œuvre et du remplacement des travailleurs malades. L'absence de données de suffisamment bonne qualité pour évaluer le coût de remplacement a conduit à préférer l'approche par le capital humain.

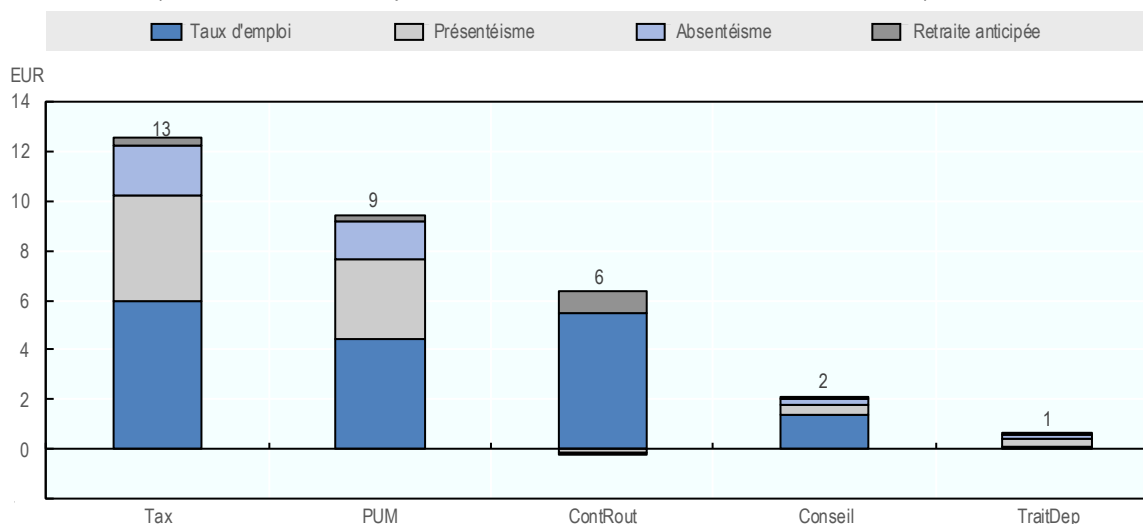
L'approche par le capital humain est la méthode qui a été le plus souvent utilisée pour modéliser les coûts autres que les dépenses de santé liés à la consommation d'alcool dans neuf études sélectionnées (Estonie : (Saar, 2009^[59]) ; États-Unis : (Cesur et Kelly, 2014^[60]) ; Canada (Rehm et al., 2007^[61]) ; Écosse : (Johnston, Ludbrook et Jaffray, 2012^[62]) ; Allemagne : (Konnopka et König, 2007^[63]) ; Suède : (Jarl et al., 2008^[64]) ; Suisse : (Fischer et al., 2014^[65]) ; France : (Kopp, 2015^[13]) ; Portugal : (Cortez-Pinto et al., 2010^[66]). Ces études différaient cependant les unes des autres en ce qui concerne les coûts pris en compte et d'autres caractéristiques.

75. Lorsque les coûts liés au marché du travail sont exprimés en valeur monétaire, la mise en œuvre des politiques modélisées peut se traduire par une hausse de la participation au marché du travail et de la productivité comprise entre 0.7 et 12.6 EUR par habitant et par an en France (les méthodes employées sont présentées dans l'Encadré 7). La simulation révèle par exemple que la taxation de l'alcool se traduit par une augmentation de la participation au marché du travail et de la productivité d'environ 12.6 EUR par habitant chaque année (Graphique 11). Ce résultat se décompose comme suit : hausse du taux d'emploi (6.0 EUR par habitant et par an), diminution du présentéisme (4.3 EUR par habitant et par an), réduction de l'absentéisme (2.0 EUR par habitant et par an) et réduction du départ en préretraite (0.4 EUR par habitant et par an).

76. Les politiques qui ont l'impact le plus fort sont l'alourdissement de la fiscalité, puis la fixation d'un prix plancher et les contrôles routiers. Les conseils dispensés dans le cadre du système de soins primaires et le traitement de la dépendance ont une incidence plus faible sur la participation au marché du travail et la productivité.

Graphique 11. Impact des politiques sur les indicateurs de marché du travail (impact économique)

Gain économique (EUR par habitant, moyenne annuelle au cours de la période 2020-2050)



Note : Tax : Taxation de l'alcool, PUM : fixation d'un prix plancher par unité d'alcool, ContRout : contrôles routiers d'alcoolémie, Conseil : conseils, TraitDep : traitement de la dépendance.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2020.

3.3.3. L'action sur les prix, les contrôles routiers et les conseils dispensés dans le cadre des soins primaires permettent de réduire les coûts, et le traitement de la dépendance offre un bon rapport coût-efficacité

77. Quatre des cinq politiques étudiées, à savoir l'alourdissement de la fiscalité, la fixation d'un prix plancher, les contrôles routiers et les conseils fournis dans le cadre du système de soins primaires, ont un coût de mise en œuvre inférieur aux économies sur les dépenses de santé qu'elles permettent de dégager. Ainsi, la taxation de l'alcool permet d'économiser 4.1 EUR par habitant pour un coût de 0.05 EUR par habitant en moyenne chaque année. De même, la fixation d'un prix plancher permet d'économiser 3.6 EUR par habitant et par an pour un coût de 0.07 EUR. Les contrôles routiers aboutissent à une économie de 1.1 EUR par habitant pour un coût de 0.57 EUR et les conseils permettent une économie de 1.5 EUR par habitant et par an pour un coût de 0.88 EUR (Tableau 5). Ces quatre interventions permettent donc de réaliser des économies.

78. Le traitement de la dépendance est une politique dont l'application est plus coûteuse parce qu'elle est mise en œuvre au niveau individuel par du personnel médical. Parallèlement, elle induit une réduction plus limitée des dépenses de santé. Plus précisément, alors que le traitement de la dépendance a un coût estimé à 1.5 EUR par habitant et par an, il ne réduit les dépenses de santé que de 0.8 EUR par habitant et par an.

79. Dans l'ensemble, les économies sur les coûts liés au marché du travail sont importantes. Les politiques qui ont l'incidence la plus forte sont la taxation, qui permet une économie de 12.6 EUR par habitant et par an, la fixation d'un prix plancher, qui dégage une économie de 9.5 EUR par habitant et par an, les contrôles routiers, qui réduisent les coûts de 6.2 EUR par habitant et par an, et les conseils dispensés dans le cadre du système de soins primaires, qui sont à l'origine d'une économie de 2.1 EUR par habitant et par an. Le traitement de la dépendance a un effet plus faible et induit une économie de 0.7 EUR par habitant et par an. Pour toutes les interventions, les économies sur les coûts liés au marché du travail sont généralement supérieures aux économies sur les dépenses de santé.

80. La somme des économies annuelles sur les dépenses de santé et de celles dégagées sur les coûts liés au marché du travail compense le coût annuel de mise en œuvre du traitement de la dépendance. De surcroît, cette intervention devient rentable deux ans après sa mise en œuvre (les coûts deviennent inférieurs à 50 000 USD à PPA par AVCI gagnée).

Tableau 5. Résumé des interventions

	Taxation	PUM	Contrôle routier	Conseils en soins primaires	Traitement de la dépendance
Age cible	Tous	tous	>18 ans	tous	tous
Exposition	100%	100%	80%	20%	20%
Efficacité	Augm prix 10% réduit cons alcool : -4% à -7%	Cons alcool: -0.6% à -3.3%	Accidents: -25% (année1), 15% (année2), -16% ensuite	Cons alcool: -42 g/sem (homme), -30 g/sem (femme)	Cons alcool: Acamprosate: -31%; Naltrexone: -122 g/sem
Coût par habitant, EUR	0.05	0.07	0.57	Par habitant: 0.18 Par patient: 24 (Moyenne en population: 0.9 par habitant)	Par habitant: 0.20 Par patient: 171-356 (Moyenne en population: 1.5 par habitant)
Gain de santé	20 500 AV, 35 100 AVCI	17 200 AV, 29 600 AVCI	10 700 AV, 44 300 AVCI	8 300 AV, 12 700 AVCI	2 300 AV, 4 800 AVCI
Gain sur les dépenses de santé, EUR par habitant par an	4.1	3.6	1.1	1.5	0.8
Gain en termes de participation au marché du travail et de productivité, EUR par habitant par an	13	9	6	2	1

Note : g/sem signifie grammes d'alcool pur par semaine ; AV années de vie, AVCI années de vie corrigées de l'incapacité.
Source : Auteurs.

4. Conclusion

81. Ce rapport présente une évaluation de l'impact sanitaire et économique de la consommation nocive d'alcool et des effets sanitaires et économiques de cinq politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool en France. En faisant cesser la consommation nocive d'alcool et les maladies et traumatismes physiques qu'elle provoque, la France verrait l'espérance de vie progresser d'une année au cours de la période 2020-2050. Elle économiserait 2.8 milliards EUR par an sur les dépenses de santé, soit 1.7 % du budget total consacré à la santé. Les maladies et traumatismes physiques causées par la consommation nocive d'alcool réduisent le nombre de personnes en emploi, ont un effet négatif sur le présentéisme et augmentent l'absentéisme pour maladie. En éliminant la consommation nocive d'alcool et les maladies et traumatismes qu'elle entraîne, la France verrait la participation au marché du travail et la productivité s'améliorer ; la conversion de ces variations de temps de travail en valeurs monétaires au moyen du salaire national moyen permet d'évaluer ce gain à 10.6 milliards EUR par an.

82. Les résultats obtenus montrent que les cinq politiques étudiées permettent de réduire la survenue de maladies et traumatismes physiques et d'améliorer la qualité de vie. Les conseils dispensés dans le cadre du système de soins primaires et le traitement de la dépendance sont les politiques qui affichent le coût de mise en œuvre le plus élevé parce qu'elles supposent de mobiliser du personnel médical. Les politiques qui agissent sur les prix (taxation et fixation d'un prix plancher) sont en revanche celles dont la mise en œuvre est la moins coûteuse. Quatre des politiques modélisées (taxation, prix plancher, contrôles routiers et conseils) permettent une réduction des dépenses de santé supérieure au coût de leur mise en œuvre. Le traitement de la dépendance se caractérise par un coût de mise en œuvre supérieur aux économies réalisées sur les dépenses de santé durant la première année. Les résultats de la simulation montrent que les cinq politiques étudiées permettent une hausse de la participation au marché du travail et de la productivité parce qu'elles se traduisent par une augmentation du nombre de personnes qui travaillent, une diminution de l'absentéisme et du présentéisme et un recul des départs en préretraite.

83. La lutte contre la consommation nocive d'alcool passe par la mise en place d'un arsenal complet de mesures. Ce rapport en a examiné successivement cinq, mais aucune politique ne peut à elle seule faire reculer la consommation nocive. D'autres travaux de l'OCDE, portant sur 52 pays de l'OCDE, de l'UE et du G20, montrent que les stratégies qui conjuguent des mesures visant la population dans son ensemble (par exemple la taxation) et des interventions ciblant les publics à risque (le traitement de la dépendance, les conseils) sont d'autant plus efficaces (OECD, 2021^[11]).

84. Les enseignements qui peuvent être tirés des analyses présentées sont cohérents par rapport au document publié par l'OMS sous le titre : « Combattre les MNT : « meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles » (OMS, 2017^[67]). L'OMS classe les politiques en fonction de leur efficacité, de leur rapport coût-efficacité et de leur faisabilité. Comme dans les analyses présentées ici, la taxation de l'alcool est l'un des trois « meilleurs choix » du classement de l'OMS. Les contrôles routiers et les conseils dispensés dans le cadre du système de soins primaires sont bien classés en termes d'efficacité et de rapport coût-efficacité ; plus coûteux à mettre en œuvre, ils affichent un rapport coût-efficacité plus élevé. Enfin, la fixation de prix plancher et le traitement de la dépendance sont classés parmi les « autres interventions recommandées » parce qu'aucune évaluation coût-efficacité n'avait été réalisée à l'époque. À l'avenir, les constatations issues du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE pourraient permettre une réévaluation de ces interventions.

Références

- Angus, C. et al. (2015), *Modelling the impact of Minimum Unit Price and Identification and Brief Advice policies using the Sheffield Alcohol Policy Model Version 3.* [31]
- Angus, C. et al. (2019), « Cost-effectiveness of strategies to improve delivery of brief interventions for heavy drinking in primary care: results from the ODHIN trial », *European Journal of Public Health*, vol. 29/2, pp. 219-225, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky181>. [46]
- Angus, C. et al. (2014), « Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy », *BMC family practice*, vol. 15, p. 26, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-26>. [48]
- An, R. et R. Sturm (2011), « Does the response to alcohol taxes differ across racial/ethnic groups? Some evidence from 1984-2009 behavioral risk factor surveillance system », *Journal of Mental Health Policy and Economics*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2008.05.010>. [25]
- Cesur, R. et I. Kelly (2014), « Who Pays the Bar Tab? Beer Consumption and Economic Growth in the United States », *Economic Inquiry*, vol. 52/1, pp. 477-494, <http://dx.doi.org/10.1111/ecin.12048>. [60]
- Cortaredona, S. et B. Ventelou (2017), « The extra cost of comorbidity: multiple illnesses and the economic burden of non-communicable diseases », *BMC medicine*, vol. 15/1, p. 216, <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-017-0978-2>. [11]
- Cortez-Pinto, H. et al. (2010), « The Burden of Disease and the Cost of Illness Attributable to Alcohol Drinking-Results of a National Study », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 34/8, pp. no-no, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01229.x>. [66]
- Dave, D. et H. Saffer (2008), « Alcohol demand and risk preference », *Journal of Economic Psychology*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.joep.2008.03.006>. [23]
- DeYoung, D., H. Tashima et S. Masten (2005), « An Evaluation of the Effectiveness of Ignition Interlock in California », https://www.researchgate.net/publication/260118798_An_Evaluation_of_the_Effectiveness_of_Ignition_Interlock_in_California (consulté le 22 novembre 2019). [43]
- DREES (2019), *Les dépenses de santé en 2018 - édition 2019*, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>. [10]
- Elder, R. et al. (2011), *Effectiveness of ignition interlocks for preventing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes: A community guide systematic review*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.11.012>. [38]

- Erke, A., C. Goldenbeld et T. Vaa (2009), « The effects of drink-driving checkpoints on crashes- A meta-analysis », *Accident Analysis and Prevention*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2009.05.005>. [33]
- ETSC (2018), *Progress in reducing drink driving in Europe*, https://etsc.eu/wp-content/uploads/report_reducing_drink_driving_final.pdf (consulté le 10 décembre 2019). [34]
- Fischer, B. et al. (2014), « Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz », *Polynomics*. [65]
- Fleming, M. et al. (2002), « Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 26/1, pp. 36-43, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02429.x>. [47]
- Fogarty, J. (2008), *The Demand for Beer, Wine, and Spirits Insights from a Meta-analysis Approach*. [21]
- Fogarty, J. (2006), « The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity ». [22]
- France Inflation (2019), *Calculateur d'inflation de 1901 à 2019*, https://france-inflation.com/calculateur_inflation.php (consulté le 16 décembre 2019). [16]
- Gallet, C. (2007), « The demand for alcohol », *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*. [20]
- GAO (2014), *GAO-14-559, Traffic Safety: Alcohol Ignition Interlocks Are Effective While Installed; Less Is Known about How to Increase Installation Rates*. [36]
- Goetzel, R. et al. (2004), « Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers », *Journal of occupational and environmental medicine*, vol. 46/4, pp. 398-412, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15076658> (consulté le 5 septembre 2018). [57]
- Griffith, R., M. O'connell et K. Smith (2017), *Proposed minimum unit price for alcohol would lead to large price rises*, Institute for Fiscal Studies, <https://www.ifs.org.uk/publications/10253> (consulté le 22 août 2019). [30]
- Griswold, M. et al. (2018), « Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 », *The Lancet*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2). [4]
- Heinälä, P. et al. (2001), « Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence: A factorial double-blind, placebo-controlled trial », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, <http://dx.doi.org/10.1097/00004714-200106000-00006>. [52]
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2018), *GBD Compare Data Visualization*, <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (consulté le 14 juillet 2018). [9]
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2016), *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Risk Factor Results 1990-2015 | GHDx*, <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2015-risk-factor-results-1990-2015> (consulté le 30 août 2019). [3]
- Jarl, J. et al. (2008), « The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002 », *The European Journal of Health Economics*, vol. 9/4, pp. 351-360, <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-007-0082-1>. [64]

- Johnston, M., A. Ludbrook et M. Jaffray (2012), « Inequalities in the Distribution of the Costs of Alcohol Misuse in Scotland: A Cost of Illness Study », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 47/6, pp. 725-731, <http://dx.doi.org/10.1093/alcac/ags092>. [62]
- Kampman, K. et al. (2009), « Initiating acamprosate within-detoxification versus post-detoxification in the treatment of alcohol dependence », *Addictive Behaviors*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.014>. [49]
- Kaner, E. et al. (2018), « Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations », *Cochrane Database of Systematic Reviews 2*, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>. [45]
- Kaner, E. et al. (2013), « Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial », *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 346, p. e8501, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e8501>. [44]
- Kaufman, E. et D. Wiebe (2016), « Impact of state ignition interlock laws on alcohol-involved crash deaths in the United States », *American Journal of Public Health*, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303058>. [41]
- Konnopka, A. et H. König (2007), « Direct and Indirect Costs Attributable to Alcohol Consumption in Germany », *PharmacoEconomics*, vol. 25/7, pp. 605-618, <http://dx.doi.org/10.2165/00019053-200725070-00006>. [63]
- Kopp, P. (2015), *Le coût social des drogues en France*, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf> (consulté le 2 septembre 2019). [13]
- Lindhjem, H., V. Analyse et S. Navrud (2011), « Méta-analyse de la valeur de la vie statistique dans les études de préférences déclarées : autres questions relatives à la sensibilité des modèles et au transfert d'avantages », Éditions OCDE, Paris, [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=env/epoc/wpnep\(2010\)10/final&doclanguage=fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=env/epoc/wpnep(2010)10/final&doclanguage=fr) (consulté le 29 avril 2019). [15]
- Maisel, N. et al. (2013), « Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: When are these medications most helpful? », *Addiction*, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04054.x>. [50]
- Marlatt, G. et J. Gordon (1985), *Relapse prevention : maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Guilford Press. [54]
- McGinty, E. et al. (2017), « Ignition Interlock Laws: Effects on Fatal Motor Vehicle Crashes, 1982–2013 », *American Journal of Preventive Medicine*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.043>. [39]
- Meier, P., R. Purshouse et A. Brennan (2010), « Policy options for alcohol price regulation: The importance of modelling population heterogeneity », *Addiction*, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02721.x>. [24]
- Nelson, J. (2013), *Meta-analysis of alcohol price and income elasticities - with corrections for publication bias*. [28]
- OCDE (2019), *OECD.Stat*, OCDE, <http://dotstat.oecd.org/?lang=fr&SubSessionId=0416f306-6b99-4019-bf13-8100ddc13749&themetreeid=-200> (consulté le 10 septembre 2019). [56]

- OCDE (2019), *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, [8]
<https://dx.doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.
- OCDE (2019), *SPHeP-NCDs documentation*, <http://oecdpublichealthexplorer.org/ncd-doc/> [6]
 (consulté le 16 décembre 2019).
- OCDE (2015), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques économiques et de santé publique*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264244580-fr> (consulté le 9 janvier 2018). [2]
- OCDE (2014), *Le coût de la pollution de l'air : Impacts sanitaires du transport routier*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264220522-fr>. [14]
- OECD (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, OECD Publishing, Paris. [1]
- OIT (2019), *Data collection on wages and income*, https://www.ilo.org/travail/areasofwork/wages-and-income/WCMS_142568/lang--en/index.htm (consulté le 13 septembre 2019). [58]
- OMS (2018), *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé*, OMS, [19]
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?lang=en> (consulté le 10 septembre 2019).
- OMS (2017), *Combattre les MNT : « meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles*, OMS, Genève, [67]
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259350/WHO-NMH-NVI-17.9-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 10 septembre 2019).
- Organisation mondiale de la santé (2010), *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, Organisation mondiale de la santé. [17]
- Organisation mondiale de la santé (s.d.), *Premature mortality*, [7]
https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_1-premature-mortality/ (consulté le 22 mai 2019).
- Palle, C. et M. Rattanatravay (2018), *Les Centres de Soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie en 2016*, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpya.pdf>. [12]
- Poldrugo, F. (1997), « Acamprosate treatment in a long-term community-based alcohol rehabilitation programme », *Addiction*, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02873.x>. [51]
- Rehm, J. et al. (2007), « The Costs of Alcohol, Illegal Drugs, and Tobacco in Canada, 2002 », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 68/6, pp. 886-895, [61]
<http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2007.68.886>.
- Roerecke, M. et J. Rehm (2010), « Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis », *American Journal of Epidemiology*, vol. 171/6, pp. 633-644, <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwp451>. [5]
- Roth, R. (2012), *2012 Survey of Currently-Installed Interlocks in the U.S.*, [35]
<https://docplayer.net/133936902-2012-survey-of-currently-installed-interlocks-in-the-u-s-richard-roth-phd-august-28.html> (consulté le 22 novembre 2019).
- Saar, I. (2009), « The Social Costs of Alcohol Misuse in Estonia », *European Addiction Research*, vol. 15/1, pp. 56-62, <http://dx.doi.org/10.1159/000173010>. [59]

- Sornpaisarn, B. et al. (2013), « Elasticity of alcohol consumption, alcohol-related harms, and drinking initiation in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis », *The International Journal of Alcohol and Drug Research*. [26]
- Stein, L. et R. Lebeau-Craven (2002), « Motivational Interviewing and Relapse Prevention for DWI: A Pilot Study », *Journal of drug issues*, vol. 32/4, pp. 1051-1070, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20485471> (consulté le 23 juillet 2019). [53]
- Stockwell, T. et G. Thomas (2013), *Is alcohol too cheap in the UK? The case for setting a Minimum Unit Price for alcohol*, Institute of Alcohol Studies, Londres, <http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/News%20stories/iasreport-thomas-stockwell-april2013.pdf> (consulté le 9 septembre 2019). [29]
- Tan-Torres Edejer, T. et al. (2003), *Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis*, https://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf (consulté le 2 septembre 2019). [18]
- Vanlaar, W., M. Mainegra Hing et R. Robertson (2017), « An evaluation of Nova Scotia's alcohol ignition interlock program », *Accident Analysis and Prevention*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2016.12.017>. [40]
- Vézina, L. (2002), *The Québec Alcohol Ignition Interlock Program: Impact on Recidivism and Crashes*. [42]
- VisionGain (2008), *The Global Anti-Addiction Market, 2008-2023*, <https://www.pharmiweb.com/article/the-global-anti-addiction-market-2008-2023> (consulté le 10 septembre 2019). [55]
- Voas, R. (2008), « A New Look at NHTSA's Evaluation of the 1984 Charlottesville Sobriety Checkpoint Program: Implications for Current Checkpoint Issues », *Traffic Injury Prevention*, vol. 9/1, pp. 22-30, <http://dx.doi.org/10.1080/15389580701682114>. [32]
- Wagenaar, A., M. Salois et K. Komro (2009), *Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies*. [27]
- Willis, C., S. Lybrand et N. Bellamy (2004), « Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd004168.pub2>. [37]

Notes

¹ La part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires correspond à 91.5 % de 203.5 milliards EUR.

² Sachant qu'au Royaume-Uni, une unité d'alcool correspond à 8 grammes d'alcool pur, le prix plancher est égal à 1 EUR pour 10 grammes d'alcool pur.

³ Au Canada, une unité correspond à 13.6 grammes d'alcool, si bien que le prix plancher est d'environ 0.6 EUR pour 10 grammes d'alcool pur.

⁴ La posologie recommandée étant de deux comprimés de 333 mg trois fois par jour, un mois de cure nécessite 180 comprimés, ce qui porte le coût mensuel du traitement par acamprosate à 77 USD environ (si l'on retient le prix le plus faible indiqué par un comparateur de prix en ligne, qui est de 0.43 USD l'unité). Le coût est calculé pour un traitement de six mois avec administration quotidienne.

⁵ La posologie recommandée étant d'un comprimé de 50 mg par jour, le coût mensuel du traitement par naltrexone s'établit à 31 USD (si l'on retient le prix le plus faible indiqué par un comparateur de prix en ligne, qui est de 1.04 USD l'unité). Le coût est calculé pour trois mois d'administration quotidienne, suivis de cinq mois de traitement « à la demande » (ce qui a conduit à retenir une durée moyenne de 3 mois + 2.5 mois).

⁶ Les violences et agressions sont incluses.