

La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme

(Rapport public annuel 2003 – Pages 415 et suivantes)

La Cour, dans son rapport public annuel pour 2003, relevait l'insuffisante mobilisation des pouvoirs publics pour répondre au problème majeur de santé publique que représente l'alcoolisme en France. Appelant de ses vœux une réhabilitation du rôle de l'Etat dans la politique de prévention et le traitement de cette dépendance, la Cour formulait des recommandations. Une enquête a été conduite en 2006 pour en connaître les suites auprès des services concernés de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), du ministère de la santé (direction générale de la santé et direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), de la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAMTS), de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA).

La stratégie de lutte contre l'alcoolisme

Dans un contexte de crise de la viticulture où des intérêts économiques peuvent entrer en contradiction avec les objectifs de santé publique, des progrès ont été réalisés dans la définition et la mise en cohérence des objectifs de la politique de lutte contre l'alcoolisme, mais les moyens qui y sont consacrés demeurent dispersés et insuffisants. La stratégie de l'Etat reste marquée par des hésitations entre une approche ciblée sur l'alcool et un traitement global des addictions.

La Cour constatait les hésitations entourant les choix stratégiques de base en matière de lutte contre l'alcoolisme.

Trois ans plus tard, l'indécision de l'Etat entre une politique spécifique à l'égard de l'alcoolisme et un traitement d'ensemble des pratiques addictives continue de nuire à la lisibilité de l'action publique.

Le plan triennal interministériel (1999-2001) de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances avait adopté une stratégie fondée sur une approche globale des comportements de consommation plutôt qu'un traitement différencié par produits. Mais l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), dans son évaluation du plan triennal publiée en septembre 2003, avait relevé les difficultés rencontrées par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT), dont les compétences avaient été élargies aux produits licites (alcool et tabac), pour traduire ce concept en action.

Depuis lors, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool a défini l'action interministérielle pour la prévention et la prise en charge de l'alcoolisme pour les années 2004 à 2008. Adopté en juillet 2004 après trois ans d'interruption de toute programmation, ce plan entend « tirer parti de cette approche [globale] dans les domaines où elle peut être utile sans en faire le principe directeur de son action qui privilégie une approche pragmatique par produits ».

Cette approche empirique inspire également, dans le cadre de la loi de finances pour 2006, la stratégie du programme drogue et toxicomanie dont le responsable est le président de la MILDT. Cette dernière opère ainsi un certain retour à l'approche par produits. C'est ainsi qu'elle a créé, non sans raisons, des lignes téléphoniques distinctes de la ligne « drogues info services » pour les consommateurs de substances psychoactives les plus courantes (alcool et cannabis). Cette orientation n'apparaît toutefois pas stabilisée puisqu'un nouveau « plan d'action global contre les addictions » a été annoncé le 15 novembre 2006 pour la période 2007-2011. Ces oscillations conduisent à des incertitudes sur la manière d'organiser et de prendre en charge les personnes souffrant d'addiction. Aucune doctrine ne permet de définir les cas dans lesquels une séparation des publics en fonction des produits qu'ils consomment est souhaitable ou, à l'inverse, ceux qui requièrent un accueil unique pour l'ensemble des consommateurs de

substances psychoactives. Ainsi, dans le secteur ambulatoire, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit la création de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ayant vocation à fusionner les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Mais, le ministre de la Santé a suspendu à l'automne 2002 la mise en oeuvre des CSAPA, avant que l'annonce du Président de la République ne relance cette réforme.

Dans le domaine de la prise en charge hospitalière, des équipes de liaison en addictologie ont été créées. La circulaire du 8 septembre 2000 préconise un rapprochement de équipes travaillant dans les domaines de l'alcoologie, de la tabacologie et de la toxicomanie. Cependant, au 31 décembre 2003, date du dernier recensement du dispositif hospitalier, seules 18 % des 344 équipes de liaison assuraient la prise en charge de ces trois dépendances. Cette politique d'unification pourrait être confortée par la création d'un service d'addictologie dans chaque centre hospitalier universitaire.

Des objectifs de la politique sanitaire insuffisamment harmonisés

La consommation abusive d'alcool ayant des conséquences sanitaires étendues, la politique de lutte contre l'alcoolisme est au croisement de plusieurs politiques de prévention et de soin. L'Etat a amélioré la cohérence entre ces différentes politiques, sans parvenir à en harmoniser complètement les objectifs et à uniformiser les seuils de consommation à risque qu'elles retiennent.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé définit deux objectifs prioritaires : un objectif de diminution du niveau général de consommation (-20%), et un objectif de réduction des usages à risque et de la dépendance. Ces objectifs sont repris dans le cadre du plan gouvernemental 2004-2008 et déclinés en sous-objectifs auxquels sont associés des indicateurs. Quant au programme « drogue et toxicomanie », qui fait partie de la mission Santé en application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), il est orienté essentiellement sur des objectifs de coordination interministérielle fixés à la MILDT. Le programme « santé publique et prévention », qui traite également de la lutte contre l'alcoolisme, retient pour sa part le

seul objectif de diminution de la consommation générale. De plus, les périodes de référence pour évaluer la réalisation de cet objectif divergent, la loi de santé publique et le programme santé publique et prévention retenant la période 1999-2008, le plan gouvernemental ayant choisi la période 2004-2008.

Les objectifs ainsi affichés ne font pas tous preuve du même volontarisme. Alors que l'objectif du plan gouvernemental 2004-2008 est de doubler le rythme de décroissance des volumes de consommation pour la bière, il n'est question que d'une prolongation du rythme pour le vin. Or, le rapport du groupe technique national de définition des objectifs de la loi de santé publique préconisait de l'accélérer de 50%.

Par ailleurs, la Cour relevait en 2003 la persistance d'une certaine ambiguïté du discours des pouvoirs publics sur les seuils de consommation à risque. Elle suggérait de substituer comme norme de la politique sanitaire les repères objectifs (en nombre de verres consommés par jour) retenus par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁶⁶ aux concepts subjectifs de consommation « modérée » ou « faible et basse ». Le plan gouvernemental 2004-2008 est allé dans ce sens ainsi que l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour ses campagnes d'information à destination du grand public et des professionnels de santé.

Cependant, les pouvoirs publics peinent encore à uniformiser leur communication. Le programme national nutrition santé (PNNS), qui a pour objectif de prévenir les conséquences sanitaires d'une alimentation inadaptée, retient pour seuil une consommation inférieure à 20 grammes par jour. Certes le choix de cette dernière unité a d'abord pour but de faciliter, dans un objectif de maîtrise calorique, la totalisation des consommations de différents types. Cette unité n'en diffère pas moins de celle retenue par l'OMS et son usage public pourrait rendre le message difficilement lisible pour les consommateurs.

La Cour avait noté la grande diversité des financements et la difficulté de leur recensement. Elle recommandait d'assortir le choix d'objectifs prioritaires de leurs conditions de financement.

66) Les seuils de consommation de l'OMS peuvent représenter un taux d'alcoolémie supérieur au taux autorisé au volant par le code de la route.

Les moyens requis par le plan gouvernemental ont été évalués par la MILDT à 500 M€ pour la période 2004-2008. Or, contrairement à la recommandation de la Cour, l'Etat s'est donné des objectifs et un programme d'action sans préciser leur financement. Il est ainsi impossible de relier ces objectifs aux dotations budgétaires destinées à la lutte contre l'alcoolisme qui demeurent dispersées malgré la mise en œuvre depuis 2006 de la LOLF. La diversité des financeurs et l'existence de financements non spécifiques à l'alcool continuent ainsi de nuire à la précision des analyses.

La mise en œuvre du plan gouvernemental dépend pour l'essentiel des ministères qui sont appelés à financer les actions qui relèvent de leur compétence. Responsable du suivi budgétaire de la mise en œuvre de ce plan, la MILDT manque d'outils de suivi et ne peut évaluer la réalité de l'effort financier consenti. Elle n'est pas davantage en mesure d'isoler parmi ses crédits ceux qu'elle affecte à la lutte contre l'alcoolisme. Le Parlement a en partie corrigé cette dispersion des moyens en loi de finances pour 2006 en transférant, au sein de la mission santé, 18 M€ de crédits du programme santé publique et prévention vers le programme drogue et toxicomanie. Destinés à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan, ces crédits bénéficient en partie à la politique de lutte contre l'alcoolisme.

Les principaux financeurs du plan gouvernemental sont la MILDT et le ministère de la santé. La MILDT participe à hauteur d'environ 30 M€ par an. Mais, elle a connu une diminution de ses crédits votés en loi de finances de 45,5 M€ à 38 M€ entre 2002 et 2005, à laquelle se sont ajoutées des annulations de crédits (5,2 M€ en 2004 et 4,5 M€ en 2005) au cours des deux premières années de mise en œuvre du plan. Ces décisions contrastent avec les objectifs ambitieux affichés par l'Etat en matière de lutte contre les addictions. Le ministère de la santé a réalisé des efforts financiers inégaux. Le budget relatif à l'alcool a certes été multiplié par quatre entre 2001 et 2005. Mais cette augmentation s'explique en partie par l'intégration de crédits des services déconcentrés et par l'apport de crédits du plan cancer. Au total, les crédits consacrés (après transfert de crédits à la MILDT) par le programme « santé publique et prévention » à l'alcool s'élèvent à 4,5 M€ en 2006. Mais la politique hospitalière n'a bénéficié ni en 2005, ni en 2006 au titre du programme « offre de soins et qualité du système de

soins », de crédits supplémentaires pour atteindre l'objectif de doublement du nombre d'équipes de liaison en milieu hospitalier fixé par le plan gouvernemental 2004-2008 et par le plan cancer. Ce dernier a donné la priorité à la prise en charge du tabac.

La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) demeure le principal financeur de la politique de lutte contre l'alcoolisme, bien que le plan gouvernemental 2004-2008 ne s'applique pas à elle. Elle assure tout d'abord le financement des CCAA au titre de l'ONDAM médico-social. Le montant notifié de ces crédits est passé de 36,6 M€ en 2002 à 67,5 M€ en 2006. Cette forte progression résulte essentiellement des mesures nouvelles qui ont été consacrées au renforcement du réseau des CCAA (2,5 M€ en 2002 contre 7,3 M€ en 2006). En 2005, les crédits notifiés s'élevaient à 59,1 M€ mais les crédits dépensés à 62 M€

La CNAMTS participe par ailleurs au financement de la lutte contre l'alcoolisme dans le cadre de ses actions de prévention, à hauteur d'environ 10 M€ par an. A compter de 2005, elle a rassemblé ces crédits au sein du fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS). Cette décision a été prise dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS afin de donner davantage de cohérence à son intervention financière dans ce domaine. Mais elle pourrait accroître les difficultés des associations locales de prévention qui ne peuvent bénéficier de subventions de fonctionnement au titre du FNPEIS. Loin de la garantie de continuité que la Cour appelait à accorder aux projets importants de prévention, ces associations ne disposeront donc que de financements ponctuels. Néanmoins, la coordination de l'ensemble des moyens alloués à la prévention pourrait être améliorée grâce à leur rassemblement au sein de groupements régionaux de santé publique (GRSP) à compter de 2007.

Les systèmes d'information

La Cour recommandait de réaménager et de valoriser le système d'information sur l'alcoolisme, dont les faiblesses rendaient illusoire les tentatives d'évaluation.

Le déficit de stratégie n'est pas facilité par l'insuffisance de connaissance des résultats de la politique de lutte contre l'alcoolisme. Des progrès ont été réalisés en la matière depuis 2003, mais la modernisation des systèmes d'information relatifs à l'alcoolisme reste inachevée.

Un indicateur synthétique commun aux principaux producteurs institutionnels de données sur l'alcool a été conçu pour évaluer la consommation d'alcool pur en France (sur la base des ventes réalisées sur le territoire français). L'observatoire français des drogues et des toxicomanies a mis en place un recueil de données commun aux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) sur la prise en charge des personnes souffrant d'addiction (RECAP).

En 2003, la Cour relevait que l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) ne disposait pas d'un système interne de suivi de la gestion de ses activités locales. Un nouveau plan comptable a été mis en place au 1^{er} janvier 2005 et vise à ventiler les dépenses de prévention et de soins, à consolider au niveau national les comptabilités des établissements locaux et à suivre leur activité au travers de tableaux de bord. Mais la mise en service de la nouvelle version du logiciel de gestion des patients (GISPAC), annoncée dans la réponse du directeur de l'ANPAA aux observations de la Cour, a été retardée suite à des difficultés techniques. Enfin, des objectifs quantifiés assortis d'indicateurs ont également été définis dans le cadre de la convention pluriannuelle liant l'Etat à l'association, afin de remédier au manque d'évaluation de ses actions que soulignait la Cour en 2003.

Dans le domaine des soins, aucune évaluation des besoins de prise en charge n'a été réalisée, rendant aléatoire toute programmation de l'offre. Les connaissances en matière de capacités hospitalières ont peu progressé et demeurent imprécises. Une base de données de recensement du dispositif hospitalier en alcoologie a été créée en 2003, mais n'a pas fait l'objet d'une mise à jour depuis. Elle ne dénombre que les unités spécialisées en alcool ou dans d'autres addictions. Les « lits non fléchés », qui relèvent d'autres services et accueillent ponctuellement des personnes hospitalisées pour un problème d'alcool, ne sont toujours pas recensés tout comme les capacités d'accueil en hôpital psychiatrique. Plusieurs initiatives sont en cours pour remédier à ce défaut d'informations dans le cadre de la préparation du plan d'action global contre les addictions souhaité par le Président de la République.

La cohésion du dispositif national et local

La coordination des acteurs de la politique de lutte contre l'alcoolisme demeure insuffisante au niveau national mais a fait l'objet d'une réforme au niveau local. Les leviers permettant de réduire la consommation générale d'alcool ont été utilisés de manière inégale et très limitée par les pouvoirs publics. La Cour recommandait le renforcement de la cohésion du dispositif national et des différentes initiatives locales dans le respect des orientations de santé publique.

Au niveau national, la Cour constatait que la coordination entre les acteurs était insuffisante.

La loi du 9 août 2004 réaffirme la responsabilité de l'Etat dans la définition et l'évaluation de la politique de santé publique. Dans ce cadre, la MILDT a vocation, en tant qu'organisme interministériel, à coordonner les actions d'information, de prévention, de prise en charge sanitaire et sociale et de répression. Mais, elle ne dispose pas de leviers suffisants pour assurer une réelle coordination des ministères concernés. Son rôle de coordination dans le domaine de l'alcool reste fondé sur deux lettres du Premier ministre, sans que le décret n°99-808 du 17 septembre 1999 qui définit ses missions ait été modifié en conséquence. Faute de réussir pleinement dans son action de coordination des acteurs, la MILDT est tentée de mener directement des actions d'information et d'éducation en santé qui relèveraient plus normalement d'une agence sanitaire comme l'INPES.

L'action de la CNAMTS dans le domaine de l'alcool reste largement indépendante de celle de l'Etat. Ainsi, les relations avec les principaux acteurs de la politique de lutte contre l'alcoolisme qu'ils cofinancent ne sont pas coordonnées. L'ANPAA a signé avec l'Etat une convention triennale, tandis qu'elle est liée avec la CNAMTS par des conventions annuelles distinctes. L'INPES n'est pas parvenu de son côté à signer une convention conjointe avec l'Etat et la CNAMTS.

L'ANPAA reste le principal opérateur de la lutte contre l'alcoolisme, à travers notamment la gestion de l'essentiel du dispositif ambulatoire de prise en charge des addictions. Son budget a progressé de près de 17% entre 2003 et 2005, grâce à une forte augmentation de la dotation pour les activités médico-sociales (+34%) financée sur l'ONDAM, ce qui lui a permis

d'accroître ses effectifs de 10% en équivalent temps plein entre 2003 et 2005. Mais les activités de prévention ont été marquées par un désengagement de la CNAMTS (-10% entre 2003 et 2005) et des collectivités locales, que l'augmentation de la subvention de l'Etat (+30% en 3 ans) n'a que partiellement compensé.

Le manque de coordination apparaît préjudiciable dans deux domaines particuliers. La Cour relevait que la multiplication des lignes d'appel téléphonique nuisait à la cohérence des campagnes d'éducation et de communication et à une utilisation optimale des fonds publics. Elle ne peut que réitérer ses observations dans ce domaine.

Au niveau local, la Cour appelle de ses vœux la mise en place d'une planification à moyen terme des programmes de prévention et de l'offre de soins afin de mieux prendre en compte les besoins régionaux.

Dans sa réponse aux observations de la Cour, le ministère de la santé avait alors fait état d'une réflexion sur la création de schémas de prévention en alcoologie ou en addictologie.

Dans le secteur ambulatoire, les outils de planification des programmes de prévention ont été réformés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Les programmes régionaux de santé (PRS) et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) sont remplacés par les nouveaux plans régionaux de santé publique (PRSP). Ainsi, alors que huit régions avaient choisi l'alcool pour thème des PRS, et sept régions les addictions, neuf des dix PRSP arrêtés en juin 2006 traitent des pratiques addictives. Mais le retard pris dans l'élaboration de ces programmes ne permet pas à la Cour d'apprécier leur pertinence.

Dans le secteur de la planification hospitalière, les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) ont été publiés au printemps 2006. La lutte contre l'alcoolisme et contre les addictions ne figurant pas parmi la liste des seize matières devant impérativement figurer dans ces SROS, leur prise en compte est inégale selon les régions.

Par ailleurs, le plan gouvernemental 2004-2008 vise à réorganiser l'action interministérielle au niveau local en créant des coordonnateurs régionaux pour l'ensemble des addictions,

placés auprès des préfets de région. Un coordonnateur sous-préfet est également désigné dans chaque département afin de soutenir l'action des chefs de projet départementaux. Le réseau territorial des centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD) fait enfin l'objet d'une réorganisation.

La programmation de la prévention et de l'offre soins n'a donc pas réellement progressé.

La mobilisation des politiques contribuant à la lutte contre l'alcoolisme

Les pouvoirs publics disposent, au-delà de la politique de prise en charge sanitaire des usages à risque, de plusieurs leviers pour diminuer la consommation générale d'alcool. Mais le rapport de forces a été largement défavorable aux politiques de santé publique avant même que le secteur vitivinicole n'entre en crise. Contrairement à l'objectif affiché de réduction de la consommation générale d'alcool, l'Etat a choisi d'agir sur les seuls comportements minoritaires ou les moins admis par la société (conduite en état d'ivresse, consommation des jeunes, des femmes enceintes, des personnes en situation de précarité ou de dépendance à l'alcool). Si la consommation moyenne d'alcool pur par habitant a poursuivi sa décrue sur la période 1999-2004 (- 9%), un plus grand volontarisme des pouvoirs publics aurait sans doute permis une diminution plus sensible de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool.

La Cour soulignait que certaines dispositions de la loi Evin avaient été atténuées, voire vidées de leur sens ; elle notait aussi les fortes réticences en matière d'étiquetage des boissons alcoolisées.

La réduction de l'accès à l'alcool, stratégie pourtant efficace pour en diminuer la consommation, n'a pas progressé. Dans sa réponse aux observations de la Cour, le ministre de la santé avait envisagé une mise à jour de certains articles du code de la santé publique relatifs aux débits de boissons. La loi du 9 décembre 2004 a habilité le gouvernement à simplifier la classification des boissons et la réglementation des débits de boissons, mais le projet d'ordonnance a été abandonné à l'été 2005 à la demande des professionnels du secteur. La réforme est désormais suspendue aux conclusions d'un groupe de travail. La mise en œuvre du plan gouvernemental 2004-2008, qui entend adapter la législation aux différents lieux d'approvisionnement et de consommation, n'a pas rencontré davantage de succès.

Dans le domaine de la publicité pour l'alcool, la Cour ne peut que réitérer ses observations de 2003. De nouveau, les contraintes imposées par la loi du 10 janvier 1991 (loi « Evin ») ont été assouplies, comme le proposait le livre blanc de la viticulture française remis au Premier ministre en juillet 2004. La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a ainsi élargi la liste des indications publicitaires autorisées aux « références relatives aux terroirs de production, aux distinctions obtenues, aux appellations d'origine ». Désormais, cette publicité « peut également comporter des références objectives relatives à la couleur et aux caractéristiques olfactives et gustatives du produit ».

En matière d'étiquetage, la Cour relevait en outre l'absence d'obligation législative de faire figurer, comme pour le tabac, un message d'alerte sanitaire sur les boissons alcoolisées. Depuis 2003, les pouvoirs publics ont à nouveau privilégié dans ce domaine une action ciblée plutôt que des règles générales. Ainsi, l'objectif du plan cancer de mettre en place un avertissement sanitaire sur les emballages du type « l'excès d'alcool peut faciliter la survenue de cancer » n'a pas été suivi d'effet. En revanche, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées permet l'inscription d'un message sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les boissons. L'arrêté du 2 octobre 2006 en fixe les conditions d'application.

Si la législation sur les boissons a peu évolué, plusieurs dispositions législatives sont intervenues pour renforcer le contrôle de son application. La loi du 9 août 2004 étend aux associations familiales et de consommateurs le droit de se porter partie civile pour les infractions aux dispositions du code de la santé publique relatives à l'alcool. L'action judiciaire de l'ANPAA, qui a obtenu depuis 2003 plusieurs condamnations des alcooliers pour infraction à la législation sur la publicité des boissons alcoolisées, pourra ainsi être utilement complétée. Cette loi donne également compétence aux agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes pour contrôler le respect de la réglementation en matière de propagande ou de publicité en faveur de boissons alcoolisées.

Cette recherche d'un meilleur respect de la législation apparaît justifiée au vu des difficultés rencontrées dans ce domaine. Par exemple une étude sur le contrôle de la vente d'alcool aux mineurs réalisée en 2005 pour le ministère de la santé révèle qu'au cours des cinq dernières années, 87% des cafés, 90% des stations services et 92% des épiceries et des supermarchés interrogés déclarent n'avoir jamais été contrôlés à ce titre.

En matière de sécurité routière, la Cour notait la mise en place des dépistages

La lutte contre l'alcoolisme a bénéficié de la priorité accordée par le Président de la République à la politique de sécurité routière, érigée en grand chantier du présent quinquennat. La législation a été sensiblement renforcée et les contrôles routiers ont constitué une priorité d'action pour les services de police et de gendarmerie.

Le nombre de dépistages d'alcoolémie pratiqués est en augmentation (+17,4% entre 2002 et 2004), ainsi que celui des dépistages positifs (+16,4% sur la même période), ce qui pourrait refléter pour partie un meilleur ciblage des contrôles opérés par les forces de l'ordre. La répression de l'imprégnation alcoolique s'est accentuée, avec une hausse sur la même période de 13% des délits sanctionnés et de 15% des suspensions administratives. Une diminution remarquable (-40%) du nombre d'accidents mortels avec alcool a été obtenue entre 2001 et 2004, mais cette baisse étant proportionnelle à celle constatée pour l'ensemble des accidents, le taux d'accident mortel avec alcool reste stable (30%).

La loi du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière aggrave les peines pour atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité de la personne commises lors de la conduite d'un véhicule avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 gramme par litre de sang. Elle prévoit également qu'au-delà de ce seuil, la conduite d'un véhicule entraîne le retrait de six points du permis de conduire. Le décret du 25 octobre 2004 relatif à la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique a par la suite abaissé le taux maximal d'alcoolémie des conducteurs de transport en commun de personnes.

La Cour constatait que la fiscalité n'était pas utilisée pour dissuader la consommation, à la différence de ce qui est fait en matière de lutte contre le tabac.

La politique fiscale a été peu mobilisée pour réduire la consommation d'alcool, sauf pour des actions ciblées sur certains consommateurs. Elle constitue pourtant un puissant levier pour peser sur les pratiques de consommation, comme l'a démontré la hausse massive des taxes sur le tabac opérée jusqu'au moratoire annoncé en 2004. Les tarifs des droits sur le vin n'ont pas été augmentés depuis 20 ans, tandis que les droits indirects sur les alcools et les bières n'ont pas été modifiés depuis 1996. Pourtant, dans sa réponse aux recommandations de la Cour, le ministre de la santé avait annoncé la « constitution d'un groupe de travail interministériel chargé d'examiner l'évolution de la fiscalité des boissons alcoolisées en France pour lutter efficacement contre l'alcoolisme ». Ce groupe a cessé de se réunir sans aboutir à des conclusions ou à des propositions.

La loi du 9 août 2004 a pour sa part institué une taxe sur les nouvelles boissons alcooliques aromatisées, afin de protéger les jeunes qui en sont les principaux consommateurs. Toutefois les producteurs ont mis sur le marché de nouveaux mélanges aromatisés à base de bière ou de vin qui échappent de fait à la taxation.

Le législateur a enfin adressé des signaux ambigus dans le domaine de la fiscalité. Si, aux termes de la loi de finances pour 2003, le « privilège des bouilleurs de cru » est appelé à disparaître en 2008, une réduction de 50% des taxes sur les dix premiers litres d'alcool pur a été accordée à l'ensemble des personnes récoltants de fruits, propriétaires de vergers ou de vignes.

La Cour notait que les actions d'information et de prévention reposaient essentiellement sur une communication grand public, notamment sous forme de campagnes, dont elle constatait la portée réduite.

L'INPES a mené plusieurs campagnes d'information auprès du grand public axées sur les buveurs réguliers excessifs (campagne « le geste qui sauve » en 2004), les consommateurs masculins (campagne « la boucle » en 2006) et les femmes

enceintes (campagne « zéro alcool pendant la grossesse » en 2004). Des actions d'information et de sensibilisation des professionnels de santé ont également été engagées. Au vu des évaluations qui en ont été faites, le bilan de ces campagnes apparaît positif en termes de taux de mémorisation.

En matière éducative, la loi du 9 août 2004 prévoit un renforcement de l'information en milieu scolaire sur le danger pour les femmes enceintes de consommer de l'alcool. Le plan gouvernemental 2004-2008 se donne parallèlement pour objectif que tous les jeunes bénéficient au cours de leur scolarité d'une éducation à la prévention des pratiques addictives. Cependant, le contrat cadre de partenariat en santé publique du 17 juillet 2003 liant les ministres de la santé et de l'éducation nationale n'a pas été évalué et les contrats locaux d'éducation à la santé et partenariats entre les directions régionales des affaires sociales et les services de l'éducation nationale ne font l'objet d'aucun suivi.

Certaines décisions apparaissent en contradiction avec cet objectif de prévention renforcée. La Cour note ainsi que le ministère de l'agriculture et de la pêche a décidé de réformer l'organisation des examens et de prendre des sanctions après la fixation d'un sujet relatif au vin et ses dangers au baccalauréat 2006 de la filière agricole.

En matière de sensibilisation du grand public aux risques sanitaires liés à la consommation d'alcool, le ministère de la santé a organisé des « états généraux de l'alcoolisme ». Des « forums citoyens » se sont tenus à l'automne 2006 dans chaque région afin de faire évoluer les représentations associées à l'alcool. La loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 prévoit la création par décret d'un « conseil de modération et de prévention », qui « assiste et conseille les pouvoirs publics dans l'élaboration et la mise en place des politiques de prévention en matière de consommation d'alcool ». Placé conjointement auprès du ministre de la santé et du ministre de l'agriculture et de la pêche, qui assure la tutelle des professions vitivinicoles, il constitue selon le décret du 14 février 2006 qui l'institue « une instance de dialogue et d'échange ». Ce conseil est composé à égalité de quatre catégories de membres, les milieux vitivinicoles se trouvant ainsi représentés aux côtés des ministères ou organismes publics, des associations intervenant

dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et des parlementaires⁶⁷.

L'Etat replace ainsi la notion ambiguë de « modération » au cœur de la politique de lutte contre l'alcoolisme, alors qu'il l'avait écartée, comme la Cour, notamment, l'avait souhaité. De plus, la loi du 5 janvier 2006 rend obligatoire la consultation préalable du conseil de prévention et de modération pour les projets de campagne de communication publique relative à la consommation des boissons alcoolisées et sur les projets de textes législatifs et réglementaires dans le domaine de l'alcool. Un rééquilibrage de la composition de ce conseil permettrait que la concertation n'y conduise pas à entraver les politiques de prévention de l'alcoolisme.

Trois ans après que la Cour ait relevé les hésitations et incertitudes entourant les choix stratégiques en matière de lutte contre l'alcoolisme, le constat reste pour l'essentiel inchangé. La place de l'alcool dans la lutte contre les addictions ne fait toujours pas l'objet d'un consensus. Les objectifs et seuils de consommation à risque ont été partiellement mis en cohérence, mais les financements dédiés à la lutte contre l'alcoolisme demeurent dispersés. La coordination des acteurs nationaux et locaux reste également insuffisante pour garantir l'efficacité de cette politique.

Au total, le poids économique du secteur de la production et de la commercialisation de l'alcool entre toujours en opposition avec les impératifs de santé publique. A l'exception de la politique de sécurité routière, les principaux leviers pour diminuer la consommation d'alcool n'ont pas été pleinement mobilisés par l'Etat. La législation a été peu renforcée et la fiscalité n'a pas été utilisée pour peser de manière plus active sur la consommation. La création du conseil de modération et de prévention, loin de renforcer la cohérence de l'action publique, symboliserait plutôt une forme de compromis peu favorable à la réalisation des objectifs ambitieux de réduction de la consommation d'alcool que les pouvoirs publics se sont fixés.

67) Le Parlement a désigné pour le représenter 8 élus, dont 7 originaires de départements à forte production vitivinicole (Aude, Gironde, Hérault, Jura, Marne, Loire Atlantique, Rhône).

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS*** Le rapport public annuel 2003**

La Cour indique que "...mais le Ministre de la Santé a suspendu à l'automne 2002 la mise en œuvre des CSAPA, avant que l'annonce du président de la république ne relance cette réforme".

Il convient de préciser que la mise en place des CSAPA a bien été inscrite dans le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. De plus, l'article 48 de la loi de finances de la sécurité sociale pour 2007 crée le cadre financier nécessaire à la mise en place de ces établissements. En outre, les missions des CSAPA seront définies par un décret en Conseil d'Etat, dont la publication interviendra au premier trimestre 2007, aura notamment pour objet de définir des orientations pour les schémas régionaux d'addictologie. A cette fin, la Commission Addictions a été mise en place le 15 novembre 2006. Ainsi, la création des premiers CSAPA (ex nihilo ou conversion d'anciens CSST ou CCAA) sera possible dès le premier semestre 2007.

*** Des objectifs de la politique sanitaire insuffisamment harmonisés**

La Cour indique que "Les seuils de consommation de l'OMS peuvent présenter un taux d'alcoolémie supérieur au taux autorisé au volant".

Il convient de préciser que les seuils de consommation de l'OMS visent à prévenir les maladies liées à l'alcool. Ils représentent la consommation moyenne acceptable sur une période donnée, sur la base des enseignements des études épidémiologiques.

En revanche, le taux d'alcoolémie autorisé au volant en France est celui au-dessus duquel un sur-risque important d'accident peut apparaître et il est lié à une concentration d'alcool à un moment.

*** La grande diversité des financements et la difficulté de leur recensement**

Le rapport indique que le transfert des crédits relatifs aux déterminants de santé, en particulier "alcool" en LFI 2006 du programme SPP vers le programme DT, permettrait une clarification des crédits alloués à la lutte contre l'alcoolisme.

La DGS a un détail précis des crédits consacrés à cette politique de santé publique, bilan qui peut parfaitement être intégré à l'évaluation du plan gouvernemental. Dès lors, le transfert des crédits d'un programme à l'autre n'était pas de nature à faciliter le recensement des financements dans la mesure où celui-ci était déjà disponible.

Le transfert des crédits a généré, par ailleurs, des difficultés de mise en œuvre :

- réduction de l'autonomie des DRASS dans l'affectation des crédits en fonction des priorités locales de santé publique du fait de la diminution des marges de redéploiement au sein du programme SPP et de l'absence de telles marges au sein du programme DT en raison de son périmètre budgétaire limité. En particulier, des difficultés de financement des actions VIH/SIDA du programme SPP ont été constatées.

- augmentation du nombre de programmes en gestion au niveau des DRASS.

- retard dans l'instruction des dossiers du fait des difficultés pour mettre en place une procédure respectueuse des missions des différentes institutions et du rôle qui leur a été confié dans le cadre du programme.

-dénaturation du rôle de la MILDT : instance de coordination interministérielle, la MILDT s'est ingérée dans la mise en œuvre et la gestion des actions de santé.

- complexification de la structuration du programme DT initialement organisé autour d'UO départementales et au sein duquel des UO régionales ont dû être créées, ce qui abouti à un nombre très important d'UO pour un programme au périmètre budgétaire restreint.

L'ensemble de ces difficultés a conduit le gouvernement à proposer au sein du PLF 207, la réintégration des crédits Tabac, Alcool et autres pratiques à risques au sein du Programme SPP. Le Parlement l'a approuvée.

**** Les systèmes d'information***

La Cour indique que "L'observatoire français des drogues et des toxicomanes a mis en place un recueil de données commun aux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) sur la prise en charge des personnes souffrant d'addiction (RECAP)".

Il s'agit d'un travail en étroite collaboration avec la DGS qui assure la remontée des informations à l'Observatoire et participe à la rédaction du rapport final.

La Cour indique que "Une base de données de recensement du dispositif hospitalier en alcoologie a été créée en 2003, mais n'a pas fait l'objet d'une mise à jour depuis".

Il convient de souligner qu'un annuaire des structures de soins en alcoologie a été mis en place par la Société Française d'Alcoologie (SFA) à la demande de la DGS. La dernière mise à jour de ce document disponible sur le site Internet de la SFA date du 15 novembre 2006.

*** la mobilisation des politiques contribuant à la lutte contre l'alcoolisme**

La Cour indique que "...les producteurs ont mis sur le marché de nouveaux mélanges aromatisés à base de bière ou de vin qui, conformément à l'orientation prônée en 2003 par le ministre de l'Economie et des Finances, restent exemptés de cette taxation".

Des mesures ont déjà été prises pour lutter contre le développement de ce type de boissons. Ainsi, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique entend surtaxer les "alcopops", un mélange de bière et d'un autre alcool (exemple : Eristoff Ice, à base de bière et de vodka) ou d'alcool avec un arôme (exemple : Smirnoff ice, boisson alcoolisée à base de vodka aromatisée au citron), dans tous les cas avec adjonction de sucre ou d'édulcorant. Ce mélange sert à masquer l'amertume de l'alcool qui peut rebuter le jeune consommateur peu habitué à boire des boissons alcooliques. Ces nouvelles boissons, très appréciées des jeunes, sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont "faciles à boire" et qu'elles favorisent la consommation d'alcool chez les adolescents.

A la suite d'un amendement parlementaire, le ministère de la santé et le ministère des finances ont travaillé sur un projet visant à doubler la taxe (de 55 à 110 €/litre d'alcool pur) sur ces boissons alcoolisées (degré compris entre 1,2 et 12 % d'alcool pur en teneur en sucre supérieur à 35 g/litre). Cette nouvelle disposition est applicable depuis le 1^{er} janvier 2005 et s'est révélée efficace (diminution des ventes de 25 à 30 % entre mai 2004 et mai 2005).

Toutefois, cette nouvelle taxe "premix" est actuellement détournée, sans que l'on revienne à la situation antérieure. En effet, de nouvelles boissons alcoolisées aromatisées à base de vin ou de cidre, produits qui échappent à la taxe, sont apparues sur le marché. Afin de mettre un terme à ce contournement de la législation, le ministère des finances travaille en concertation avec le ministère de la santé sur la proposition de l'administration des douanes d'inclure les cocktails aromatisés à base de vin dans cette taxation.

Cette proposition se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, les douanes ont rappelé que le gouvernement s'était engagé à exclure les bières de cette disposition fiscale, afin de répondre à une demande du gouvernement belge. Cette difficulté, qui implique des considérations de politique communautaire, ne peut être aisément résolue, car toute harmonisation de la définition des "premix" au niveau européen est pour l'instant improbable. De plus, toute nouvelle modification de la taxation sur les "premix" implique de trouver un vecteur législatif.

Une réflexion est en cours sur ce sujet entre les cabinets du ministère de la santé et du ministère des finances.

La Cour indique que "le ministère de la santé a organisé des états généraux de l'alcoolisme".

Il convient de préciser que le travail préparatoire à la rédaction du rapport sur la perspective d'organisation d'Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme, élaboré sous la présidence de Mme Jeandet-Mengual, inspectrice générale des affaires sociales, et remis au Parlement par le Ministre de la santé et des solidarités en 2005, a montré la nécessité de remplacer le terme "alcoolisme" (limité aux comportements abusifs et aux dépendances) par celui d'alcool (qui prend en compte les trois types de comportements possibles : usage, usage nocif et dépendance). Il permet également de répondre aux enjeux de société posés et, notamment, d'associer les différents secteurs, y compris économiques, au débat public ainsi organisé. Le Ministre de la santé et des solidarités avait en effet donné pour objectif à ces Etats généraux une mission de proposition très large sur la politique de santé publique concernant le risque alcool.

En octobre et novembre 2006, des Etats généraux de l'alcool (EGA) ont été organisés dans toutes les régions françaises et la synthèse nationale a eu lieu le 5 décembre, en présence du Ministre de la santé et des solidarités.

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche a étudié avec attention et intérêt l'extrait du rapport que la Cour a consacré à la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme, dans le prolongement de ses travaux figurant au rapport public annuel 2003.

Il souhaite apporter les précisions développées ci-après sur l'action du ministère en matière de prévention des conduites addictives dans les établissements scolaires.

Cette action se situe dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), qui fait de l'école un acteur de premier plan dans la politique de prévention.

L'article L. 312-18 du Code de l'éducation, en conformité avec la loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004, prévoit qu'une information établissant les conséquences de ces consommations soit délivrée dans les collèges et les lycées, à raison au moins d'une intervention par an, par groupes d'âge homogènes.

Pour développer une politique nationale cohérente en matière de prévention des conduites addictives dans les établissements scolaires, la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) et la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) ont rédigé un guide, consultable sur le site Eduscol du ministère, dont l'objectif est de définir les conditions propices à la mise en œuvre en classe d'actions de prévention des conduites addictives.

Outil de référence, ce document propose, par l'intermédiaire de points de vue d'experts et d'éléments scientifiquement validés, une démarche et des contenus destinés à tous ceux, personnels des établissements ou intervenants extérieurs, qui participent à la mise en œuvre de cette politique de prévention.

Expérimenté progressivement de la classe de CM2 à la classe de terminale depuis 2004, ce guide d'intervention permet d'aborder successivement différentes actions de prévention portant sur le tabac, l'alcool, le cannabis ainsi que d'autres substances, licites ou illicites.

Les résultats d'enquêtes réalisées sur les consommations de substances psychoactives chez les jeunes ayant signalé l'existence d'une expérimentation des boissons alcoolisées déjà fréquente chez les garçons et les filles de 12 ans, c'est tout naturellement en direction des élèves de 5ème et 4ème qu'une réflexion est engagée afin de mettre en évidence les effets particuliers de la consommation de boissons alcoolisées et les conséquences sur la vie personnelle et l'environnement social de chacun.

En abordant les questions liées à la responsabilité humaine, individuelle et collective, en matière de santé, ce guide a également la vocation de renforcer le lien avec les programmes scolaires de l'école primaire au lycée.

La poursuite de cette approche interdisciplinaire doit s'appuyer également sur un axe fort du projet d'établissement et sur les activités du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

Le décret n°2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux Etablissements Publics Locaux d'Enseignement (EPL), inscrit le CESC dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré et l'intègre à la politique globale de réussite de tous les élèves.

Ses missions sont redéfinies, sa composition clairement précisée, la contribution des partenaires organisée en fonction des problématiques éducatives à traiter.

C'est ainsi que dans chaque établissement scolaire, le CESC définit un programme d'éducation à la santé à la sexualité et de prévention des conduites à risques, notamment des conduites addictives.

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE

La Cour des comptes analyse, en ce qui concerne la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme, les effets de ses interventions après la publication du rapport public annuel 2003. Le bilan qu'elle fait à la suite de son rapport public annuel 2003 met l'accent sur les conséquences d'une situation structurelle qui serait défavorable aux politiques de santé publique.

Le ministère de l'agriculture, qui ne conteste pas la teneur du rapport public, apporte dans la présente réponse des éléments de fait susceptibles d'éclairer les appréciations portées sur la politique du Gouvernement. Les remarques porteront sur l'évolution de la consommation d'alcool, la modification de la loi Évin, l'institution du Conseil de modération et de prévention et les actions de prévention dans l'enseignement agricole.

Les observations statistiques montrent que la consommation d'alcool en France est comparable à celle d'autres pays européens importants.

Une série longue établie par l'INSEE, Division conditions de vie des ménages, permet de mesurer la réduction de la consommation d'alcool en France. Les données couvrent la période 1970 à 2004 pour les adultes de 15 ans et plus. Au cours de cette période, la consommation moyenne d'alcool a été réduite de 22,3 l à 13,0 l d'alcool pur par personne. Par ailleurs, les statistiques de l'OMS montrent que six États de l'Union européenne autres que la France connaissent une consommation d'alcool supérieure à 12 l par personne et par an.

Ces données chiffrées montrent que, comme pour d'autres pays européens, les incidences sanitaires procèdent de la consommation excessive dans certaines catégories déterminées de la population. Les politiques éducatives de réduction des risques doivent être orientées prioritairement à leur intention.

L'atténuation de la loi Évin reste fidèle à la politique de prévention de l'alcoolisme.

La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme dite « loi Évin » a défini de manière précise ce qui est prescrit en matière de publicité pour des produits alcooliques. Elle a donné un caractère limitatif à la législation régissant la publicité pour ce type de produits.

Aux termes de cette loi, « la publicité autorisée pour les boissons alcooliques est limitée à l'indication du degré volumique d'alcool, de l'origine, de la dénomination, de la composition du produit, du nom et de l'adresse du fabricant, des agents et des dépositaires ainsi que du mode d'élaboration, des modalités de vente et du mode de consommation du produit.

Cette publicité peut comporter en outre des références relatives aux terroirs de production et aux distinctions obtenues. »

Avec l'évolution de la loi Évin, la publicité sur d'autres caractéristiques du vin est devenue possible, l'interdiction de communiquer sur sa nature de produit alcoolique étant conservée.

La loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux dispose à cet effet :

« Cette publicité peut comporter des références relatives aux terroirs de production, aux distinctions obtenues, aux appellations d'origine telles que définies à l'article L. 115-1 du code de la consommation ou aux indications géographiques telles que définies dans les conventions et traités internationaux régulièrement ratifiés. Elle peut également comporter des références objectives relatives à la couleur et aux caractéristiques olfactives et gustatives du produit. »

Cette modification n'a pour effet que de restituer à la publicité pour le vin la faculté de mettre en valeur des aspects relatifs à l'origine et aux qualités alimentaires du produit.

L'institution du Conseil de modération et de prévention répond à la nécessité d'un dialogue entre les professionnels de la production et ceux de la prévention.

La proposition d'un Conseil de modération et de prévention figure parmi les conclusions du Livre blanc de la viticulture remis le 28 juillet 2004.

La disposition correspondante a été introduite par voie d'amendement à la loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole. L'article 69 de cette loi prévoit que le Conseil est composé à parts égales de quatre catégories de membres dont des parlementaires.

Le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre de la santé et des solidarités ont chacun désigné huit membres de ce Conseil.

La responsabilité de la désignation des quatre députés et des quatre sénateurs appartient à leurs assemblées respectives. L'équilibre au sein du Conseil de modération et de prévention résulte de sa composition d'ensemble associant élus, représentants de l'administration et personnalités de la société civile.

La prévention dans l'enseignement agricole des conduites à risques liées à la consommation d'alcool fait l'objet d'actions spécifiques.

L'éducation à la santé inclut la prévention des conduites à risques notamment liées à la consommation d'alcool. Cette éducation fait partie des priorités données par la Direction Générale de l'Enseignement et de la Recherche aux établissements d'enseignement agricoles en ce qui concerne les actions éducatives à mener vis-à-vis des élèves de l'enseignement agricole.

C'est ainsi que la plupart des référentiels de formations de l'enseignement agricole, comme ceux de quatrième, troisième, de baccalauréat professionnel, de baccalauréat technologique, intègrent les modules d'éducation à la santé au cours desquels les élèves sont sensibilisés aux risques liés à la consommation d'alcool.

Par ailleurs la DGER impulse depuis trois ans un programme d'éducation à la santé et à la citoyenneté intitulé « Faisons campagne à la campagne » en partenariat avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Direction générale de l'alimentation du ministère de l'agriculture et de la pêche. Un volet de ce programme intitulé « C'est quoi une addiction ? » porte sur les abus de consommation de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes, de substances illicites et sur les conduites addictives.

Une recherche action intitulée « vers des choix éclairés de consommation d'alcool » est également menée depuis 2006 en partenariat avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et de la Mutualité sociale agricole (MSA). Cette action concerne huit établissements agricoles dont sept viticoles. Avec l'appui du Professeur Parquet, psychiatre, professeur à la faculté de médecine de Lille II et président de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, ce projet consiste en un état des lieux sur les représentations de l'alcool qu'ont les élèves de première et de brevet de technicien supérieur agricole en tant que consommateurs et futurs acteurs de la filière viticole. Il s'agit de les amener à réfléchir sur le thème : « Y a-t-il une manière responsable de produire et de vendre de l'alcool ? »

Enfin, il faut noter que grâce au soutien financier de la MILDT un module de formation commun aux professeurs stagiaires et aux conseillers d'éducation stagiaires est mis en place afin de les former, dès en amont de leur prise de fonction, à la prévention des toxicomanies.

Les sujets d'examens sont contrôlés avec une vigilance accrue.

Les sujets d'examens peuvent être une occasion de réflexion et de prévention. Pour ce qui concerne le cas évoqué par la Cour des comptes, son titre ciblait un secteur économique précis et restrictif par rapport aux dangers de la consommation d'alcool de manière plus générale. Une nouvelle procédure a donc été instituée de façon à s'assurer que les thèmes évoqués ne puissent offrir de place à une contestation ou à une interprétation qui serait tirée du texte ou du titre du sujet d'examen.
