



THÈSE

En vue de l'obtention du DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par
Sylvie CASTANIE

Le 2 octobre 2019

**Les positions des Français concernant les politiques de contrôle :
alcool, tabac et jeux de hasard et d'argent**

Ecole doctorale : **CLESCO - Comportement, Langage, Education, Socialisation,
Cognition**

Spécialité : **Psychologie**

Unité de recherche :
**CERPPS -Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et
Psychologie de la Santé**

Thèse dirigée par
Maria Teresa MUNOZ SASTRE et Lonzozou KPANAKE

Jury

Mme Nathalie LIONET-PRZYGODZKI, Rapporteure
M. Thémistoklis APOSTOLODIS, Rapporteur
Mme Maria Teresa MUNOZ SASTRE, Directrice de thèse
M. Lonzozou KPANAKE, Co-directeur de thèse

Université Toulouse 2-Jean Jaurès
Laboratoire CERPPS

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ
Spécialité Psychologie

**Les positions des Français concernant les politiques de
contrôle :
alcool, tabac et jeux de hasard et d'argent**

CASTANIÉ Sylvie

Présentée et soutenue publiquement

Le 2 octobre 2019

Thèse co-dirigée par :

MUÑOZ SASTRE Maria Teresa Professeure, Université Toulouse Jean Jaurès

KPANAKE Lonozou, Professeur, Université du Québec (Montréal)

JURY

APOSTOLIDIS Thémistoklis, Professeur, Université d'Aix-Marseille (Rapporteur)

KPANAKE Lonozou, Professeur, Université du Québec (Montréal)

LIONET-PRZYGODZKI Nathalie, Professeure, Université de Lille 3 (Rapporteuse)

MUÑOZ SASTRE Maria Teresa, Professeure, Université Toulouse Jean Jaurès

Remerciements

A toutes les personnes anonymes,

qui ont accepté de participer à cette recherche et sans lesquelles ce travail n'aurait pu voir le jour.

Aux Professeurs Maria Teresa Muñoz Sastre et Lonozou Kpanake,

qui ont codirigé cette thèse et qui l'ont éclairée de leurs précieux conseils.

Aux Professeurs Nathalie Lionet-Przygodzki et Thémistoklis Apostolidis,

qui me font l'honneur de juger ce travail.

Au Professeur Bruno Falissard, Directeur CESP/INSERM (Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations), membre titulaire de l'Académie Nationale de Médecine,

qui m'a accordé le privilège de sa relecture attentive.

Au Docteur Emmanuel Augeraud, psychiatre, médecin addictologue, chef de service au Centre Hospitalier de Pau,

pour sa bienveillance et son intérêt pour cette étude.

Aux personnels de l'ANPAA de Rodez, du Centre Hospitalier d'Agen, du Centre Hospitalier de la Côte Basque BIZIA de Bayonne, du Centre Hospitalier de la Côte Basque de l'Unité Recours Addiction de Bayonne, du CSAPA Béarn Addictions de Pau, du CSAPA de Fougères, du CSAPA de Guéret, du CSAPA de Salon de Provence, du CSAPA La Source de Dax, du CSAPA Tivoli de Dijon, du CSAPA Tremplin d'Aix-en-Provence, du CSAPA Villa Floréale d'Aix-en-Provence, du Pôle d'Addictologie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, du Service d'addictologie du Centre Hospitalier Côte d'Argent de Dax, du Service d'addictologie du Centre Hospitalier de Pau, du Service d'addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes,

qui ont accepté de collaborer à cette recherche.

À Christelle,

pour ses qualités de traductrice.

À Georges, ma famille, mes proches, mes amis,

pour leurs encouragements, leurs précieuses relectures et leur vif soutien.

Sincèrement, merci.

Résumé

Introduction. Utilisant une technique de scénarios, cette étude a exploré et cartographié les positions des Français de manière détaillée concernant les politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent.

Méthode. Un échantillon de 344 adultes (dont des professionnels de santé et des juristes) a jugé de l'acceptabilité des politiques de contrôle présentées dans 54 vignettes. Chacune d'entre elles vise une politique de contrôle relative à une consommation potentiellement addictive (tabac, alcool ou jeu d'argent), comprenant des mesures de prévention, de réglementation et des sanctions.

Résultats. Grâce à l'analyse typologique, huit positions qualitativement différentes ont été trouvées. Elles se présentent sur un continuum allant du rejet total de toute politique de contrôle ou de réglementation faible, à une forte réglementation et des sanctions sévères. Ces huit positions sont : jamais acceptable (9 %), réglementation faible ou modérée (5 %), réglementation modérée associée à une forte prévention (11 %), réglementation modérée ou forte (11 %), réglementation forte associée à une forte prévention (23 %), sanctions modérées (9 %), sanctions sévères (9 %) et toujours favorable (9 %). Certains participants (14 %) ont été qualifiés d'« indécis ». Ces positions ont été associées avec les caractéristiques sociodémographiques des participants, leurs opinions politiques et leurs habitudes de consommation de produits potentiellement addictifs.

Conclusion. Cette étude confirme que ces pratiques, fumer, boire de l'alcool et jouer de l'argent, ne sont plus considérées comme privées mais sont bien perçues comme des problèmes publics. Elles sont envisagées comme relevant de choix de société, ayant des incidences sur l'ordre social. Une majorité de participants est d'accord avec la politique de contrôle française actuelle. Le type préféré de politique de contrôle varie en fonction du produit considéré et selon le comportement de consommation du répondant (ex : plus le répondant est consommateur de produit addictif, moins il est favorable à une politique de contrôle fort). L'analyse des résultats donne à voir une convergence de traitement de ces consommations. Tous les participants sont favorables à la prévention, quel que soit le produit considéré. En général, les participants ont légitimé des mesures de réglementation forte, et plus particulièrement pour les jeux de hasard et d'argent, ainsi qu'une politique de sanctions sévères pour l'alcool.

Mots-clés : politiques de contrôle, positions personnelles, alcool, tabac, jeux de hasard et d'argent, France

Abstract

Introduction. Using a scenario-based technique, this study explored and charted, the positions of the French concerning policies to control tobacco, alcohol and gambling.

Method. A sample of 344 adults (including health professionals and lawyers) were polled on the acceptability of the policies of control via a presentation of 54 cases. Each one of them aims at a policy of control relative to potentially addictive consumption (tobacco, alcohol or gambling), including preventive measures, regulation and sanctions.

Results. As a result of the typological analysis, eight qualitatively different positions were found. They are presented on a continuum – from total rejection of any policy of control or weak regulation, to favouring strong regulation and severe sanctions. These eight positions are: never acceptable (9%), weak or moderate regulation (5%), moderate regulation associated with strong prevention (11%), moderate or strong regulation (11%), strong regulation with strong prevention (23%), moderate sanctions (9%), severe sanctions (9%) and always favourable (9%). Some participants (14%) are described as « undecided ». These positions were associated with the sociodemographic characteristics of the participants, their political opinions and their consumption habits of potentially addictive products.

Conclusion. This study confirms that these practices - smoking, drinking alcohol, and gambling - are no longer considered private but rather have come to be seen as public issues. They are viewed as choices made by society, with implications for the overall social order. A majority of participants agree with the regulations currently applied in France. The type of measure preferred by respondents varies according to the product under consideration as well as the respondent's own consumption patterns (e.g. the more the respondent is a consumer of addictive products, the less favourable he / she is to strong control measures). The analysis of the results shows a convergence in the treatment of these areas of consumption. All participants are in favour of prevention, regardless of the product under consideration. In general, participants confirmed an acceptance of strong regulatory measures, especially for gambling, as well as severe penalties with respect to the consumption of alcohol.

Key words: control policies, personal positions, alcohol, tobacco, gambling, France

Sommaire

(Une table des matières détaillée figure à la fin de l'ouvrage)

INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 - LE CONTEXTE DES POLITIQUES DE CONTRÔLE DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT : DÉFINITION, OBJECTIFS ET MODALITÉS	36
CHAPITRE 2 - L'ACCEPTABILITÉ DES POLITIQUES DE CONTRÔLE DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT	118
CHAPITRE 3 - PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	134
CHAPITRE 4 - CADRE MÉTHODOLOGIQUE	139
CHAPITRE 5 - RÉSULTATS	152
CHAPITRE 6 - DISCUSSION	184
CONCLUSION	209
RÉFÉRENCES.....	213
ANNEXES	255
INDEX.....	297
TABLE DES MATIÈRES.....	300

Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent.....	38
<i>Figure 2.</i> Évolution du produit brut des jeux (PBJ) entre 2000 et 2016 (en millions d'euros)	57
<i>Figure 3.</i> Avertissements sanitaires combinés sur les paquets de cigarettes vendus en France.....	71
<i>Figure 4.</i> Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix des cigarettes de la marque la plus vendue, entre 2000 et 2018	74
<i>Figure 5.</i> Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe en France parmi les 18-75 ans, entre 2000 et 2017	75
<i>Figure 6.</i> Évolution de la quantité d'alcool consommée en France par habitant de 15 ans et plus, de 1961 à 2017 (en litres équivalents d'alcool pur)	96
<i>Figure 7.</i> Évolution du nombre de comptes joueurs actifs (CJA) en millions d'euros et de la dépense moyenne par joueur (DAM) en euros, en France, entre 2012 et 2018 ..	101
<i>Figure 8.</i> Le processus d'intégration de l'information selon Anderson.....	146
<i>Figure 9.</i> Niveaux d'acceptabilité des politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent.....	155
<i>Figure 10.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 1 « Jamais favorables » (N=91)	162
<i>Figure 11.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 2 « Réglementationnistes faibles ou modérés » (N=53)	163
<i>Figure 12.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 3 « Réglementationnistes modérés » (N=110).....	164
<i>Figure 13.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 4 « Réglementationnistes modérés ou forts » (N=112)	166
<i>Figure 14.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 5 « Réglementationnistes forts » (N=239).....	167
<i>Figure 15.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 6 « Sanctionnistes modérés » (N=89)	169
<i>Figure 16.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 7 « Sanctionnistes sévères » (N=96).....	171
<i>Figure 17.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 8 « Toujours favorables » (N=92)	172
<i>Figure 18.</i> Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 9 « Indécis » (N=150).....	173
<i>Figure 19.</i> Les positions relatives aux différentes modalités de prévention et de réglementation selon le statut socioprofessionnel	176
<i>Figure 20.</i> Dendrogramme des six clusters ayant des positions nuancées.....	177
<i>Figure 21.</i> Correspondances entre les positions sur les politiques de contrôle et l'intensité des comportements addictifs des répondants.....	180

<i>Figure 22.</i> Cartographie des niveaux d'acceptabilité des mesures de réglementation forte et de sanction sévère dans le cas de politique de contrôle fort de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent	182
<i>Figure 23.</i> Combinaison des facteurs Prévention et type de consommation	280
<i>Figure 24.</i> Combinaison des facteurs Réglementation et type de consommation	282
<i>Figure 25.</i> Combinaison des facteurs Sanction et type de consommation	283
<i>Figure 26.</i> Combinaison des facteurs Prévention et Réglementation	284
<i>Figure 27.</i> Combinaison des facteurs Prévention et Sanction	285
<i>Figure 28.</i> Combinaison des facteurs Réglementation et Sanction	286
<i>Figure 29.</i> Combinaison des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction.....	287
<i>Figure 30.</i> Combinaison des facteurs Tabac, Prévention, Réglementation et Sanction	288
<i>Figure 31.</i> Combinaison des facteurs Alcool, Prévention, Réglementation et Sanction	289
<i>Figure 32.</i> Combinaison des facteurs Jeux de hasard et d'argent, Prévention, Réglementation et Sanction	291

Liste des tableaux

Tableau 1. Les trois procédures d'exclusion des jeux de hasard et d'argent.....	104
Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude.....	142
Tableau 3. Niveaux de consommation des participants à l'étude	143
Tableau 4. Connaissance d'un proche, victime d'addiction, par les participants à l'étude	144
Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des participants par groupes (% / ligne).....	159
Tableau 6. Principaux résultats des ANOVA pour chaque cluster.....	160
Tableau 7. Positions sur les politiques de contrôle d'après les répondants ayant une forte consommation	179

Liste des abréviations

A

ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
API	Alcoolisations ponctuelles importantes
ARJEL	Autorité de régulation des jeux en ligne
ASAM	American Society of Addiction Medicine
ASS	Addiction sans substance

B

BCRICJ	Brigade centrale pour la répression des infractions aux courses et jeux
--------	---

C

CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CEA	Conduite en état alcoolique
CGI	Code général des impôts
CNIV	Comité national des interprofessions des vins à appellation d'origine et à indication géographique
CRD	Capsule Représentative de Droit
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSI	Code de la sécurité intérieure
CSP	Code de la santé publique
CVI	Casier viticole informatisé

D

DC	Division des courses
DDCCRF	Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDPP	Direction Départementale de la Protection des Populations

DGDDI Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects
DOM Département d'outre-mer
DSGCC Division de la surveillance générale des casinos et des cercles

E

EROPP Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée défense et citoyenneté
ESPAD European School survey Project on Alcohol and other Drugs

F

FDJ Française des Jeux

I

INCa Institut National du Cancer
INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale

J

JHA Jeux de hasard et d'argent

M

MILDECA Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

N

NRCCTM Non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (Canada)

O

OCDE Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS Organisation mondiale de la santé
ONDRP Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales

ONISR Observatoire national interministériel de la sécurité routière

P

PMU Pari mutuel urbain

PNRT Programme national de réduction du tabagisme

R

RARHA Reducing alcohol related harm

RDR Réduction des risques

RESPADD Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions

S

SCCJ Service central des courses et jeux

T

TIG Travail d'intérêt général

TSAF Troubles du syndrome d'alcoolisation fœtale

TVA Taxe à la valeur ajoutée

TRJ Taux de retour au joueur

V

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

VHC Virus de l'hépatite C

W

WHO World Health Organisation (voir OMS)

INTRODUCTION

Fumer du tabac, boire de l'alcool et jouer à des jeux de hasard et d'argent (JHA) sont des activités récréatives très fréquentes, en particulier en France. L'inclination humaine à expérimenter des états de conscience altérés grâce à la prise de substances ou encore à se divertir par le jeu sont universelles. Dans le monde, 1,1 milliard d'adultes fument (WHO, 2018a), 2,3 milliards de personnes boivent de l'alcool (WHO, 2018b), soit une personne sur trois et près de 1,8 milliard de personnes s'adonnent à des jeux (Russell, 2017). C'est en Europe que les tendances de consommation de tabac sont les plus élevées (WHO Europe, 2019). En France, les secteurs de l'alcool, du tabac et des jeux d'argent déploient des stratégies sophistiquées pour rendre attrayants et attractifs leurs produits mais restent sources de préoccupations par les préjudices qu'ils causent.

Fin 2018, plus de la moitié des personnes interrogées, âgées de 18 à 75 ans, estime que l'abus d'alcool (66%) et de tabac (55%) sont sources de problèmes pour la société française (Spilka *et al.*, 2019). Dans cette même Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP), réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), il est observé a) que les représentations, opinions et perceptions se sont modifiées, b) qu'elles sont liées aux variables sociodémographiques et particulièrement à la proximité de ces répondants avec les substances étudiées (drogues licites et illicites) et c) qu'enfin, il était possible de classer les répondants, eu égard à leurs opinions exprimées sur la législation et les usages du cannabis, en cinq classes de répondants (les « répressifs », les « conservateurs », les « modérés », les « réformateurs prudents » et les « pro-légalisation sans compromis »).

Dans ce contexte particulier d'évolution des représentations sociales (on parle aujourd'hui de « dénormalisation » du tabac), de l'ascension de nouveaux produits et modes de consommation (jeux en ligne, *freemiums*, paiement par crypto-monnaies, *binge drinking*, *premix*, *alcopops*), de changement de législations relativement aux substances psychotropes (de la légalisation du cannabis à des fins récréatives en Uruguay et au Canada à la légalisation médicale dans 40 autres États dont Israël, l'Australie, la Thaïlande), de convergences dans la clinique de ces problématiques et dans leurs modalités de régulation par les politiques publiques, il est apparu intéressant d'étudier et de comparer les positions des Français sur les politiques de contrôle

(*control policies*), de façon inédite, relativement à trois consommations légales, très répandues : le tabac, l'alcool et les jeux de hasard et d'argent (JHA).

Des consommations répandues

En dépit d'une baisse du nombre de fumeurs depuis la fin des années 1980 et d'une diminution régulière de la consommation d'alcool depuis 1960, le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. En 2018, la France dénombre plus de 13 millions de fumeurs quotidiens, 5 millions de consommateurs d'alcool et 2,6 millions de joueurs.

La consommation de boissons alcoolisées en France demeure l'une des plus élevées en Europe et dans le monde. La France se situe ainsi au troisième rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en termes de consommation d'alcool pour les plus de 15 ans, derrière la Lituanie et la République tchèque. La consommation française atteint 12,6 litres d'alcool pur par an et par personne âgée de plus de 15 ans et demeure supérieure à la moyenne des pays européens (9,8 litres) et mondiale (6,4 litres). Le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée en France (WHO, 2018b).

En 2017, parmi les 18-75 ans, 10% boivent à eux seuls plus de la moitié de l'alcool consommé (Bourdillon, 2019). Près de neuf personnes sur dix (86,6%) déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois dans l'année, une personne sur cinq renseigne avoir connu une ivresse dans l'année, plus de six personnes sur dix (63,4%) déclarent avoir été ivres au cours de leur vie (Richard *et al.*, 2019). Si la France consomme aujourd'hui moins de vin que dans les années 1960, c'est parce que le vin n'est plus une denrée caractéristique du repas quotidien. Il est consommé dans des contextes particuliers, de façon festive ou gastronomique (Lecoutre, 2017).

Relativement au tabac, un peu plus d'un quart (26,9%) des 18-75 ans fume quotidiennement, soit en moyenne 13,3 cigarettes (ou équivalent) par jour (Pasquereau *et al.*, 2018). L'actuelle dénormalisation du tabac, au profit de l'e-cigarette a fait reculer la consommation de tabac de façon notable. Entre 2016 et 2017, c'est environ un million de fumeurs adultes quotidiens qui ont cessé de fumer (Pasquereau *et al.*, 2018).

Quant aux jeux de hasard et d'argent, depuis la création du Loto National en

1976, ils sont définis comme des activités qui exigent une mise irréversible d'argent ou celle d'un objet de valeur, dans l'espoir d'un gain et dont l'issue repose en partie ou totalement sur un hasard. Tout comme boire de l'alcool ou fumer du tabac, s'adonner à un jeu de hasard et d'argent est une activité à risque, dans le sens où la personne recherche activement des sensations fortes, par un comportement potentiellement dangereux et non exigé par les circonstances (Adès et Lejoyeux, 2004 ; Bonnaire et Varescon, 2012).

Le nombre de joueurs, la diversité des jeux, leurs supports, la fréquence de jeu et les sommes consacrées à ces activités, ont considérablement augmenté. Les JHA peuvent être pratiqués en ligne (sur internet) ou hors ligne (dans des lieux de jeu dédiés). Il est possible de répartir ces jeux de la façon suivante : les jeux de tirage ou de grattage (jeux de hasard « purs »), les jeux dits de casino (jeux de hasard avec « adresse », par exemple le poker), les paris sportifs et les paris hippiques (jeux avec « quasi-adresse »). Les dépenses liées à ces jeux ont augmenté de plus de 20% sur les dix dernières années. Le total des dépenses de jeux (en ligne et hors ligne) s'élève, en 2017, à 10,5 milliards d'euros, ce qui représente une dépense annuelle moyenne de 200 euros par Français majeur (Observatoire des jeux [ODJ], 2019). Cette pratique est partagée par 3,7% des Français. Par ordre d'importance, les dépenses de loterie comme les jeux de grattage ou de tirage arrivent en tête avec plus de 40% des dépenses totales, suivies des paris hippiques, des machines à sous, des paris sportifs, du poker et jeu de table. Pour les seuls jeux en ligne, le produit brut est de 1,2 milliard d'euros en 2018, le nombre de joueurs est en hausse de 40% par rapport à 2017 et la dépense annuelle moyenne par joueur (en ligne) est estimée à 452 euros (Autorité de régulation des jeux en ligne [ARJEL], 2019).

Ce développement des habitudes de jeu peut s'expliquer par les innovations technologiques favorisant une accessibilité et une diversification des pratiques (Griffiths, Parke, Wood et Parke, 2005) et par l'élargissement de l'offre de jeux en ligne permis par la loi de 2010. Cette loi du 12 mai 2010 ouvre, en effet, à la concurrence trois domaines de JHA (les paris sportifs, les paris hippiques et le poker) et confie la régulation de ce marché à une autorité administrative indépendante (ARJEL).

Des consommations qui touchent les jeunes

Il est reconnu que l'adolescence est une période décisive dans le développement de comportements à risque et la persistance d'habitudes préjudiciables à la santé (Courtois, 2011 ; Le Breton, 2013). En effet, les adolescents sont prédisposés aux conduites addictives en raison de facteurs de vulnérabilité biologiques, psychopathologiques et environnementaux. C'est sous la pression des pairs, voire sous le regard des parents – l'alcool étant la première substance psychoactive consommée dans le cercle familial – que les premiers usages se font, procurant un sentiment d'appartenance, d'assurance ou encore de soulagement. Or, les neurosciences ont fait la preuve des dommages de la consommation d'alcool sur des cerveaux en maturation (troubles de la cognition, tels que des troubles de la mémoire, troubles de l'attention).

En Europe, plus de 9 sur 10 jeunes, âgés de 15 à 16 ans ont consommé de l'alcool à un moment de leur vie (Currie *et al.*, 2004), le début de la consommation se situe en moyenne à l'âge de 12 ans et demi. On constate que non seulement 80% des jeunes qui ont initié un usage d'alcool ou de tabac l'ont fait avant 18 ans mais qu'en outre, les jeunes sont davantage touchés par des troubles (plus ou moins sévères) liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent que les adultes (Villega *et al.*, 2011).

Le tabac est consommé quotidiennement par les adolescents. C'est en moyenne à 14 ans qu'a lieu l'initiation au tabac. Selon le Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (Plan cancer, 2014-2019, Objectif 10) plus de 25% des jeunes de 13 ans font l'expérimentation du tabac. Et cette expérimentation progresse avec l'avancée en âge : 55% à l'âge de 15 ans et 63% des jeunes de 16 ans. A l'âge de 17 ans, six jeunes sur dix déclarent avoir déjà consommé un produit du tabac alors qu'au même âge, un adolescent sur six déclare n'avoir jamais bu d'alcool au cours de sa vie (Spilka *et al.*, 2018). Enfin, plus d'un jeune âgé de 18 à 24 ans sur deux (54%) déclare au moins un épisode d'alcoolisation paroxystique intermittente (API) ou *binge drinking*.

L'alcool est la première substance psychoactive consommée par les adolescents aussi bien au stade de l'expérimentation, que pour l'usage occasionnel ou encore en termes de précocité d'expérimentation (Beck *et al.*, 2014). Comparativement aux adultes, les plus jeunes consomment moins régulièrement mais de façon plus excessive et ponctuelle, avec des épisodes de beuveries expresses (*binge drinking*). Durant

l'adolescence, la prévalence de la consommation d'alcool augmente avec l'âge du consommateur, et les conséquences négatives également : pertes de chance de réussite scolaire, comportements sexuels à risque, conduite en état d'ivresse, accidents de la route, troubles dans le développement cognitif et émotionnel. Selon la Sécurité routière, 25% des conducteurs âgés de 18 à 35 ans, impliqués dans un accident mortel, ont consommé de l'alcool.

Malgré l'interdiction d'accès aux mineurs aux JHA, quatre jeunes sur dix âgés de 17 ans ont répondu avoir joué au moins une fois dans l'année et un sur dix au moins une fois par semaine (enquête ESCAPAD [Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté], 2017). Ce sont les jeux de tirage ou de grattage qui sont les plus pratiqués. En ce qui concerne les jeux en ligne, ce sont les « jeux de casinos » qui sont les plus fréquemment choisis. Comparativement à 2011, ce sont deux fois plus d'adolescents en 2017 qui ont fait un pronostic sportif (Brissot, Philippon et Spilka, 2018). L'illusion d'accéder à une vie meilleure en gagnant facilement de l'argent expliquerait l'attractivité des jeux de hasard et d'argent auprès de cette population (Currie *et al.*, 2006). Mais les dommages liés à l'ivresse du jeu sont considérables et concernent toutes les sphères de la vie du jeune : pertes financières, désinvestissement de la vie familiale et scolaire, conflits... Le risque suicidaire est plus fréquent chez le joueur pathologique. En France, comme dans d'autres pays, la prévalence de jeu problématique ou pathologique est plus élevée chez les adolescents que chez les adultes (Beck *et al.*, 2014).

Des consommations symptomatiques d'une société de défis

On ne consomme jamais par hasard. L'étendue des consommations de tabac, d'alcool et des JHA interroge sur les raisons de leur présence dans une société développée, telle que la France. Schématiquement, trois types de défis peuvent être décrits : l'hyperconsommation, l'hyper-efficacité, l'hyper-immédiateté.

En premier lieu, la société française d'hyperconsommation, s'inscrit dans une culture consumériste de l'« hyperchoix » (Lipovetsky, 2006). Baudrillard (1970) avait déjà décrit les excès de la société de consommation. Elle serait devenue « addictogène » en banalisant la dépendance (Lascaux et Couteron, 2015). Boire de l'alcool, fumer ou encore gagner de l'argent facilement donneraient l'illusion d'une

vie conforme aux normes et valeurs sociales dominantes, alors que l'individu s'est émancipé des déterminismes traditionnels. L'industrie des jeux d'argent, par exemple, a connu la croissance la plus rapide au monde (Kingma, 2008).

Alors que l'hyperconsommation devient la norme, l'état de fragilité et l'état de précarité fragiliseraient les individus et conduiraient à consommer davantage pour soulager des souffrances existentielles. Ehrenberg (2008) a montré que la dépression (« *tragédie de l'insuffisance* ») et l'addiction étaient liées par la motivation de devenir soi et d'agir. En France, il est estimé qu'en 2019, près d'une personne sur cinq souffre ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie (www. la-depression.org). Selon l'OMS, 300 millions de personnes sont touchées par la dépression dans le monde, ce qui en fait la première cause d'incapacité mondiale (WHO, 2018e). L'association entre symptômes dépressifs et conduites addictives est fréquente (Anand, Paquette, Bartuska et Daughters, 2019). En matière de tabagisme par exemple, les inégalités sociales sont importantes puisqu'il existe un écart de 14 points de prévalence entre les personnes aux revenus les moins élevés et celles aux revenus les plus élevés, ou entre les actifs occupés et les chômeurs (Pasquereau *et al.*, 2018). Si l'addiction n'aide pas à renforcer le soi, elle participe à l'anesthésier.

En deuxième lieu, sous-tendue par le dépassement de soi (Nouvel, 2015), l'hyper-efficacité inciterait les individus sans cesse à la performance tant intellectuelle que physique (Ehrenberg, 2014) pour se conformer à des contraintes de plus en plus élevées. Dans les jeux d'argent, les dynamiques de compétition, de statut, de gratification ou encore de réalisation de soi sont exploitées par les industries marketing. Blaise Pascal écrivait déjà au XVII^e siècle que : « *tout le malheur des hommes vient d'une seule chose qui est de ne pas savoir demeurer au repos dans une chambre* » (pensée 136 intitulée « Divertissement »).

Le stress du quotidien et/ou du travail soumis aux contrôles horlogers inciterait les individus à consommer pour remplir des responsabilités prenantes et/ou pour décompresser de situations anxiogènes (par exemple : tenir des cadences élevées, subir une surcharge cognitive, travailler de nuit), dans une société où l'intégration sociale et professionnelle sont des priorités. Ces consommations permettraient de tenir, sans dire ce qui fait souffrance.

En troisième lieu, l'hyper-immédiateté, véhiculée par l'omniprésence des écrans

et des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le quotidien (on parle d'ailleurs de *millennials*, de *digital natives* ou de génération Y pour qualifier des personnes hyper-connectées, multi-tâches, mobile addict), conduit les individus à combler leurs besoins sans attendre, soulager leur mal-être en un instant, rechercher des sensations fortes le plus rapidement possible. Tel est le cas du *binge drinking* (intoxication alcoolique aigüe ou alcoolisation paroxystique intermittente), en provenance du Royaume-Uni, qui consiste à atteindre l'ivresse en une brève durée. Cette hyper-immédiateté est favorisée aujourd'hui par l'ubiquité des produits : la multiplication des débits de boissons à emporter (supérettes, épiceries de nuit et grande distribution), la vente par internet (alcool, tabac et jeux) ou encore par l'accès facilité et instantané aux jeux sur plusieurs types d'écrans (téléphones, tablettes, phablettes, ordinateurs). Et c'est sans compter sur les jeux d'argent intégrés dans les jeux vidéos dans lesquels les personnes sont incitées à verser de l'argent pour pouvoir progresser plus vite (*loot box*). D'autant plus que l'accès à des jeux d'argent ou autres drogues par le paiement en crypto-monnaies permet l'anonymat (Mills et Nower, 2019). Sur le phénomène des spéculations en séance sur le marché boursier (*day trading*), l'achat et la vente d'actifs via internet qui se font rapidement, en une journée ou une séance et s'apparentent donc à des jeux d'argent en ligne (le *day trader* consulte internet plusieurs fois par jour pour connaître l'évolution de ses spéculations). Suite à la loi du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des JHA, de nombreux sites de paris sportifs, hippiques ou de poker ont vu le jour permettant aux adultes majeurs d'accéder à une étendue de jeux de plus de plus attractifs.

Fumer du tabac, boire de l'alcool et jouer à des jeux d'argent sont des consommations émotionnelles certainement agréables en elles-mêmes, remplissant tantôt une fonction hédonique (plaisir, détente, euphorie), thérapeutique (apaisement des tensions internes, gérer des symptômes physiques) (Gilson, Bryant et Judd, 2017), ou encore de socialisation (partage de codes et comportements sociaux). Si elles permettent de lutter contre des émotions insupportables à court terme (consommer pour se sentir « bien », en recherchant le plaisir), elles les amplifient aussi à long terme (consommer pour « ne pas se sentir mal »). Elles présentent aussi un coût élevé (Moodie *et al.*, 2013). Les risques de dommages de ces différentes activités peuvent

s'apprécier à plus d'un titre.

Des consommations à risques sanitaires et sociaux

En 1979, McKeown avait montré que les comportements individuels (fumer, boire de l'alcool, manger de façon déséquilibrée...) étaient déterminants dans l'apparition des problématiques de santé au XX^e siècle. Malheureusement, cette analyse est confirmée encore de nos jours. En France, aujourd'hui on meurt moins du chômage et de la pauvreté que de l'alcoolisme et du tabagisme. En effet, alors que l'ouest de la Bretagne (Finistère, Morbihan, Côtes-d'Armor) n'est pas notablement touché par le chômage, cette région souffre d'une surmortalité masculine élevée, attribuable en particulier à l'alcoolisme et aux morts violentes (suicides, accidents de la circulation) (Herzberg, 2019 ; Barbieri, 2013).

Le tabagisme à lui seul est à l'origine de près de la moitié de tous les cancers évitables en Europe. Des études scientifiques ont montré qu'un tiers à la moitié des cancers en Europe auraient pu être évités par des changements de comportement tant au niveau individuel que collectif (Schüz, Espina et Wild, 2019). C'est ainsi qu'a été publié en 1987, mis à jour en 2014, un « *Code Européen contre le Cancer* » qui préconise douze manières de réduire le risque de cancer notamment par l'arrêt du tabac et la réduction de la consommation d'alcool, voire l'abstinence d'alcool (Schüz *et al.*, 2015).

Indépendamment de la toxicité intrinsèque du tabac et de l'alcool - il n'existe pas de seuil en dessous duquel fumer ou boire de l'alcool est inoffensif -, ces pratiques sociales telles que fumer, boire de l'alcool ou encore jouer de l'argent, ont toutes des répercussions sanitaires et sociales négatives et présentent toutes un risque de dépendance.

Le tabac est le produit psychoactif provoquant les dommages sanitaires les plus importants. Si on dénombre environ 1,11 milliard de fumeurs dans le monde (Drope, 2018), chaque année, la cigarette est responsable de la mort de plus de 8 millions de fumeurs ou d'anciens fumeurs dont 1,2 million de non-fumeurs, décédés prématurément à cause du tabagisme passif (WHO, 2019). A l'échelle mondiale, la consommation de tabac est le deuxième facteur de risque de morbidité après l'hypertension (Stanaway *et al.*, 2018) et l'abus d'alcool est le septième facteur de

risque en termes d'espérance de vie (Griswold, 2018 ; Axley, Richardson et Singal, 2019).

Chaque jour, en France, le tabac tue 200 personnes, soit 73 000 décès par an (2018). Le tabac est à l'origine d'un décès sur sept et de la mort d'un fumeur sur deux. Chez les femmes, le nombre de décès liés au tabac augmente de plus de 5% par an en moyenne (Bourdillon, 2019). Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France.

L'alcool cause 41 000 décès par an sur le territoire national (Bonaldi et Hill, 2019). Comme pour le tabac, ces décès sont très majoritairement masculins. Il a été démontré que la mortalité liée à l'alcool augmentait considérablement au-delà de 10 verres d'alcool par semaine (100 g d'éthanol pur) (Wood *et al.*, 2018). En France, un consensus d'experts a recommandé de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine (un « verre standard » correspond à 10 g d'éthanol), 2 verres au plus le même jour et au moins 1 jour sans consommation dans la semaine (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017).

Le tabagisme (20%) et l'alcoolisme (8%) sont les deux principales causes de cancers aussi bien pour les hommes que pour les femmes (Soerjomataram *et al.*, 2018 ; Marant-Micallef *et al.*, 2018). Boire une bouteille de vin par semaine comporte autant de risques de causer un cancer que de fumer 10 cigarettes par semaine (Hydes, Burton, Inskip, Bellis et Sheron, 2019).

Le tabac provoque des maladies respiratoires comme l'emphysème, il comporte un risque de maladies cardiovasculaires (INPES, 2014), de maladie coronarienne ou d'accident vasculaire cérébral (Hackshaw, Morris, Boniface, Tang et Milenković, 2018). Concernant l'entourage du fumeur, le tabagisme passif est à l'origine des deux premières causes de mortalité que sont l'infarctus du myocarde et les attaques cérébrales. Les enfants vivant au sein de familles de fumeurs sont davantage touchés que les autres sujets par des infections graves, ayant pour origine le tabagisme passif. Le conjoint non-fumeur d'un fumeur a 25% plus de risques de survenue d'un cancer du poumon.

Relativement à l'alcool, il n'existe pas de délimitation précise entre une consommation d'alcool sans risque et une consommation dangereuse. Les risques pour la santé existent dès le premier verre quotidien. Il provoque un vieillissement accéléré

du cerveau. Il est à l'origine de certaines pathologies comme la cirrhose du foie et des maladies de l'appareil circulatoire. Il est impliqué plus ou moins directement dans la survenue de dommages comme les cancers des voies aérodigestives supérieures et du foie.

La consommation d'alcool pendant la grossesse a plusieurs conséquences négatives comme les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale qui comportent diverses déficiences physiques, cognitives, comportementales et liées à l'apprentissage. Boire de l'alcool pendant la grossesse est également l'un des principaux facteurs de risque d'avortement spontané (Feodor Nilsson, Andersen, Strandberg-Larsen et Nybo Andersen, 2014).

Il a également été montré que la consommation d'alcool a des effets délétères sur les fonctions cognitives et sur le comportement (Sadava et Thompson, 1986 ; Moss et Albery, 2009). L'alcool ralentit l'activité cérébrale (détérioration du système nerveux), amoindrit la vigilance, augmente la prise de risque et rend dangereuse la conduite automobile. En état d'ébriété, les individus désinhibés peuvent agir agressivement et abusivement (Hull et Bond, 1986 ; Loza et Clements, 1991 ; Eckhardt et Crane, 2008 ; Rabinovitz, 2014 ; Berke, Leone, Parrott et Gallagher, 2019). En effet, à faible dose et au début de l'ivresse, les effets de plaisir et d'euphorisation sont remplacés par une désinhibition et des troubles cognitifs relatifs à l'attention et au jugement. A forte dose, l'alcool affecte la mémoire (phénomène de « blackout », amnésie), la capacité d'attention et l'humeur. Des troubles de l'équilibre, de la parole, du comportement apparaissent alors, accompagnés d'agressivité, d'agitation, de discours incohérents.

Il est à noter que les dommages pour la santé liés à ces consommations dépendent des quantités absorbées, des modalités d'usage, de facteurs environnementaux et individuels. Ces répercussions négatives peuvent aussi bien apparaître lorsque la consommation est chronique que lorsqu'elle est ponctuelle et en excès.

Si la santé des joueurs d'argent réguliers n'est pas affectée autant que la santé des fumeurs et des buveurs, il est documenté que les jeux d'argent entraînent des dommages, tant du point de vue de la santé émotionnelle que physique (Baxter, Hilbrecht et Wheaton, 2019). Parmi les jeunes gens, le jeu régulier est associé à des performances scolaires inférieures, à une faible estime de soi, à des relations humaines plus pauvres, à un plus haut niveau d'inquiétude et de dépression, et à une plus grande

participation à la délinquance et aux infractions (Weinberger *et al.*, 2015). Également, les joueurs en ligne sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes de sommeil (Cajochen *et al.*, 2011), et globalement des problèmes plus importants sur la santé et le bien-être que les joueurs hors ligne (Papineau, Lacroix, Sévigny, Biron, Corneau-Tremblay et Lemétayer, 2018).

De plus, les joueurs sont « à risque » par le taux de suicide considérablement plus élevé que celui des non-joueurs (Moghaddam, Yoon, Dickerson, Kim et Westermeyer, 2015 ; Andronicos et Séguin, 2018 ; Karlsson et Håkansson, 2018). Le joueur est entraîné dans une spirale de jeu compulsif aux conséquences parfois dramatiques, à la fois pour lui-même et pour son entourage (Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein et Solowoniuk, 2006). Cette perte de contrôle comporte des similitudes avec l'addiction aux substances, au point que le jeu pathologique est considéré comme une addiction comportementale.

De nombreux cas de comorbidité addictive ont été constatés. Il s'agit de l'usage concomitant ou répété de plusieurs de ces produits (Dash *et al.*, 2019). Ainsi, le trouble lié à l'alcool et celui lié au tabac sont-ils souvent associés (MacLean, Sofuoglu et Rosenheck, 2018). Parmi les personnes dépendantes de l'alcool et celles souffrant d'un trouble psychiatrique, la proportion de fumeurs est deux à trois fois plus élevée qu'en population générale. En France, en 2014, 6,2% des adultes ont déclaré consommer régulièrement à la fois de l'alcool et du tabac. Cette association de produits est majoritaire parmi les polyconsommateurs, dès l'âge de 35 ans (Beck, Richard, Guignard, Le Nézet et Spilka, 2015). Plusieurs études ont fait état de polyconsommation de tabac, d'alcool et de jeux d'argent (Smart et Ferris, 1996 ; Arseneault, Ladouceur et Vitaro, 2001 ; Lacroix et Sévigny, 2012 ; Russel, 2017). Par exemple, les joueurs excessifs sont plus souvent fumeurs quotidiens et s'adonnent plus souvent à l'alcool que la population générale (Pousset et Tovar, 2013 ; Donaldson, Rockloff, Browne, Sorenson, Langham et Li, 2016). Selon des données d'une étude réalisée aux États-Unis entre 2001 et 2002, 73,5% des joueurs pathologiques étaient alcoolodépendants et 60,4% dépendants à la cigarette (Petry, Stinson et Grant, 2005). De même, il a été montré que la consommation d'alcool est associée à des comportements de jeu fréquents (Huggett, Winiger, Corley, Hewitt et Stallings, 2019).

Outre la nocivité de ces comportements de consommation de tabac, d'alcool et de jeux d'argent pour le consommateur lui-même (isolement, dépendance, pathologies physiques et/ou psychologiques...), liée à des niveaux de consommation importants, il existe des préjudices subis par les personnes autres que ces consommateurs et par la société, en termes de coût direct et indirect.

Des coûts directs et indirects élevés

Les conséquences directes des consommations excessives sont importantes, les coûts humains, sanitaires, sociaux et économiques sont considérables. On peut les répartir en deux catégories : les coûts directs et les coûts indirects.

Les coûts directs pour la société concernent les pertes en vie humaines et en qualité de vie, ce sont aussi toutes les dépenses liées à ces consommations et aux remboursements des soins des personnes victimes de pathologie(s) liée(s) à ces consommations, les dépenses de prévention et de répression (activité de police et de justice). Un fumeur qui a régulièrement fumé pendant les 25 dernières années a déboursé approximativement 50 000 euros qui auraient pu, par exemple, être investis dans l'éducation des enfants (NHS Inform, 2018). Les fumeurs consomment aussi des ressources publiques à travers les fonds de la sécurité sociale consacrés aux soins médicaux (Goodchild, Nargis, Tursan et d'Espaignet, 2016). Au niveau européen, le coût de la dépendance à l'alcool est estimé de 0,65% du Produit national brut (PIB) (Laramée *et al.*, 2013).

L'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2004) a estimé que les personnes atteintes d'un cancer subissaient une perte de qualité de vie de 75%. Selon le rapport Quinet (2013), une vie humaine complète a une valeur de 3 millions d'euros et la valeur d'une année de vie est estimée à 115 000 euros. Il est estimé que le coût des soins correspondants aux pathologies liées à l'alcool s'élève à 7,7 milliards d'euros. Les taxations sur l'alcool et le tabac sont nettement inférieures aux coûts engendrés. Elles ne permettent de couvrir qu'environ 40% des coûts des soins. Une part importante du déficit du budget de la France (33%) serait également imputable au poids négatif des drogues (Kopp, 2015). Le coût des conséquences de ces consommations est donc très élevé.

Les seules dépenses de santé induites par le tabac coûtent à la collectivité 26 milliards d'euros (ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). La consommation excessive d'alcool, à l'origine d'une soixantaine de pathologies, serait la première cause d'hospitalisation pour un coût estimé à 2,6 milliards d'euros, en 2012 (Paille et Reynaud, 2015). Les coûts sociaux de la consommation d'alcool sont équivalents à 1 à 3% du PIB dans plusieurs pays (Rehm *et al.*, 2009). Mis à part le chiffre d'affaire généré, la consommation d'alcool engendre des conséquences majeures sur la santé et le bien-être des buveurs ainsi que sur leur entourage (Sassi et Love, 2015).

Outre les « coûts privés » des années en mauvaise santé, ces consommations engendrent des conséquences sociales, sous forme de perte de « bien-être » pour la collectivité.

Les coûts indirects sont les répercussions négatives de ces consommations sur les tiers, la société en général. Ce sont les conséquences délétères du tabagisme passif ou encore les accidents provoqués par des conducteurs sous l'emprise de l'alcool, qui ont des répercussions indirectes fortes. En France, sur l'ensemble des admissions aux urgences, 30% sont liées à un usage problématique d'alcool (ivresse, accident, violences physiques...) (Brousse, Geneste-Saelens, Cabe et Cottencin, 2019).

En prenant en compte les valeurs des vies humaines perdues, les pertes de qualité de vie, de production, les dépenses de prévention, de répression, de soins et en ajoutant les recettes des taxes prélevées ou encore les économies de retraites non versées, le coût social de l'alcool et du tabac sont presque équivalents, à savoir 120 milliards d'euros chacun (Kopp, 2015).

Ces consommations peuvent être à l'origine de comportements à risque nuisibles aux autres. Ce sont les enfants souffrant du syndrome d'alcoolisation fœtale (Andler *et al.*, 2018). Ce syndrome concerne 8 000 enfants en France. Il est la première cause de handicap mental d'origine non génétique, selon le ministère des Solidarités et de la Santé (JO Sénat du 17/01/2019).

Les buveurs mettent non seulement leur famille en danger, en augmentant par exemple la gravité de la violence domestique (Graham, Bernardis, Wilsnack et Gmel, 2011 ; Stuart *et al.*, 2013 ; El-Khoury, Charles et Melchior, 2019), mais aussi d'autres personnes (Duke, Smith, Oberleitner, Westphal et McKee, 2018).

Selon une étude d'une grande ampleur réalisée entre novembre 2015 et janvier

2016 (Beynon *et al.*, 2019), une personne sur cinq en Angleterre a déclaré avoir subi au moins un dommage en raison de la consommation d'alcool d'autres personnes (agressions physiques, blessures, relations sexuelles forcées...) au cours de l'année écoulée. Une autre étude, réalisée en Nouvelle-Zélande, a montré que la consommation des buveurs avait causé plus de dommages à autrui qu'aux buveurs eux-mêmes (Connor et Casswell, 2012).

Dans l'espace public, ces consommations abusives d'alcool peuvent occasionner des conduites agressives et des troubles tels que des tensions avec les riverains, des actes de dégradation et de délinquance, voire des trafics (Bègue, 2014), des actes de violence lors de rencontres sportives (Ostrowsky, 2018). L'alcool est à l'origine de 40% des violences familiales, de 30% des condamnations pour violences et de 30% des viols et agressions (MILDECA, 2018). Si toutes les communes, tant urbaines que rurales, sont embarrassées par les débordements d'activités festives, ce sont dans les zones urbaines sensibles (ZUS) que les gênes occasionnées sont les plus fortement ressenties (Scherr, 2015).

Ces consommations occasionnent la contrebande et la contrefaçon. En 2018, ce sont 241,1 tonnes de tabac de contrebande qui ont été saisies en France, soit une hausse de 1,2% par rapport à 2017, selon le ministère de l'Action et des Comptes publics. Ce sont les recettes fiscales et les politiques sanitaires qui ont été pénalisées.

En Europe, 7 500 personnes sont tuées chaque année dans des accidents de la route liés à la consommation d'alcool. En France, l'alcool est l'une des premières causes de mortalité routière. Un tiers des accidents mortels est dû à l'alcool, selon la Sécurité routière. En 2016, l'alcool au volant a été impliqué dans le décès de 1 009 personnes et de près de 3 500 blessés hospitalisés. Dans 29% des accidents mortels (819 décès), le taux d'alcoolémie était supérieur au seuil de 0,5g/l (MILDECA, 2019a). Même faible, un taux d'alcoolémie présente un risque d'accident et ce risque est plus élevé lorsque ce taux est $\geq 0,04$ g/dl chez le conducteur (WHO, 2018c).

Également, les joueurs d'argent réguliers s'exposent eux-mêmes mais aussi leurs familles au risque de perdre des montants d'argent (Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein et Solowoniuk, 2006), dans quelques cas, beaucoup plus importants que l'argent gaspillé par les fumeurs et les buveurs d'alcool. Sans considérer le mode de jeu, les répercussions sociales et économiques négatives des JHA peuvent se traduire en pertes

en ressources en santé (détresse psychologique, dépression, anxiété...), en qualité de vie (appauvrissement, surendettement, faillite...), en relations sociales (négligence familiale, professionnelle ou scolaire, perte d'emploi...) (Kourgiantakis, Saint-Jacques et Tremblay, 2013 ; Mathews et Volberg, 2013). En 2019, parmi les joueurs en difficulté avec leurs pratiques, une grande partie déclare une situation financière préoccupante. Selon l'association SOS Joueurs, en 2019, 78,8 % des joueurs sont endettés et, sur 1075 joueurs, le montant moyen de la dette déclarée par joueur est de 24 907 euros.

Il a été démontré que des cooccurrences existent entre des consommations d'alcool et la survenance d'accidents (accidents de la circulation, chutes brutales, blessures lors de la pratique d'un sport, accidents du travail) (Kurzthaler *et al.*, 2005).

En ce qui concerne le travail, il existe un lien entre la consommation d'alcool à haut risque et les absences pour maladies chez les hommes (mais pas chez les femmes) (Norström, 2006 ; Norström et Moan, 2009). Les consommations d'alcool peuvent également entraîner une diminution de la productivité. Les personnes qui ont une consommation régulière et problématique d'alcool sont moins productives au travail. Les pertes de production liées aux consommations nocives d'alcool chez les employés représentent une proportion importante des coûts totaux, de 50 % au Canada à 95 % en Thaïlande (Rehm *et al.*, 2009). En 2006, en Europe, le coût estimé de la perte de productivité due à l'alcool en cas d'absentéisme était estimé entre 9 et 19 milliards d'euros et entre 6 et 23 milliards d'euros en cas de chômage (Anderson et Baumberg, 2006).

A ces coûts, il existe un coût intangible qui est lié à la diminution du bien-être, aux souffrances psychologiques. Ces coûts directs et indirects obligent l'État à édicter des politiques de contrôle en matière de prévention, de réglementation voire de répression. Aussi est-ce dans ce cadre qu'il est apparu intéressant de comparer les politiques de contrôle du tabac, de l'alcool (deux substances psychoactives) et des jeux d'argent (comportant un risque d'addiction comportemental) pour examiner comment les adultes français les perçoivent. Ces prolégomènes conduisent à déterminer le cadre conceptuel de cette étude.

Cadre conceptuel

S'interroger sur les positions des Français sur les politiques de contrôle ne va pas de soi et impose de délimiter un cadre conceptuel et d'éclairer les concepts utilisés.

En premier lieu, étudier les positions des Français, c'est étudier les représentations sociales qui infiltrent, voire déterminent les comportements sociaux mais aussi les modes de pensée. Dans les médias ou les discours officiels, l'alcool, le tabac ou encore des jeux d'argent ont pu être représentés comme des phénomènes menaçants auxquels sont associés des images de dépendance, de maladie, de fléau voire de mort. On peut définir les représentations sociales comme « *l'ensemble organisé des connaissances, des croyances, des opinions, des images et des attitudes partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné* » (Dany et Apostolidis, 2002). C'est appréhender un cadre théorique intégrateur (Morin, 1996), l'interface entre des systèmes de pensées et des systèmes de comportements (Abric, 1994 ; Apostolidis, 2006), « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1997, p. 36). Ces représentations influencent la manière dont chaque individu sélectionne l'information pour prendre une décision et se comporter face à une situation donnée. Par exemple, dans de nombreuses cultures, consommer de l'alcool fait partie des représentations sociales de sociabilité (Heath, 2012). Dans cette étude, ces représentations à la fois fondent nombre de politiques publiques et résultent de leurs transformations, ainsi que celles des dispositifs institutionnels et des interventions sanitaires, à la mesure de l'évolution des enjeux économiques, politiques et sanitaires qui les sous-tendent. Il suffit de songer au changement de tolérance sociale vis-à-vis du tabagisme aujourd'hui.

En deuxième lieu, étudier les positions des Français sur les politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des JHA, c'est aussi prendre en compte le contexte social, sanitaire et juridique, dans lequel elles s'inscrivent. Toute consommation s'ancre dans un contexte social et culturel porteur de sens (Dany et Apostolidis, 2002).

La demande pour les substances psychoactives n'est pas un phénomène nouveau. L'usage de substance remonte à la préhistoire (Miller, 2014). Les plus anciennes traces de boissons fermentées dont on dispose remontent à sept millénaires avant Jésus-Christ (McGovern, 2004). Le tabac, originaire d'Amérique centrale, lorsqu'il est découvert

par les compagnons de Christophe Colomb, est déjà utilisé depuis plus de 2 500 ans. Jouer de l'argent est probablement aussi vieux que l'usage de substances (Schwartz, 2013). Tous ces comportements sont universels et s'inscrivent dans des contextes socioculturels qui leur donnent du sens. Il n'y a aucune chance pour qu'une politique prohibitive votée par un groupe de représentants élus puisse mettre rapidement fin à une demande qui est enracinée aussi profondément dans l'humanité. Pour Pelt (2014), les drogues font partie de l'histoire de l'humanité. C'est l'évolution qui a créé des récepteurs très sensibles à ces substances dans le système nerveux. L'existence humaine est faite de la recherche de plaisirs qui est naturellement associée au fonctionnement normal du circuit dopaminergique de la récompense dans le cerveau. Aussi, dans toutes les sociétés, le succès d'une substance ou d'un comportement comme le jeu est-il intimement lié à la perspective d'un plaisir ou d'un soulagement de souffrances physiques ou psychiques. Le principe de la consommation de ces produits est d'être meilleure que la réalité. Dès lors, le problème n'est pas de savoir si l'homme doit prendre des risques ou pas, car cela est consubstantiel à son existence. Il s'agit plutôt de se demander quel rôle doivent jouer les pouvoirs publics s'il en prend de façon excessive.

Aussi les politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux d'argent ont-elles évolué en fonction des modèles de bien-être, des conceptions de l'ordre public, de l'organisation des solidarités à travers l'État-providence.

La politique de l'alcool se met en place au XIX^e siècle en même temps que l'État social s'instaure. La difficulté est de limiter les consommations d'alcool, produit ayant un très fort potentiel addictif, dans un pays où le fait de boire est une pratique généralisée. En effet, en 1680, Colbert instaure des taxes sur l'alcool et les spiritueux entrent officiellement dans la catégorie des produits de consommation courante. On distingue traditionnellement deux catégories de boissons alcoolisées ; celles obtenues par fermentation (vin, bière, cidre avec moins de 16° d'éthanol) et celles obtenues par distillation (eaux de vie, whisky, vodka, gin entre 40° et 50° d'éthanol). Au XIX^e siècle, la consommation d'alcool apparaît comme un véritable fléau social, comme en témoigne le traité de Villermé (1840) sur l'état physique et moral des ouvriers. Avec la révolution industrielle, l'activité économique est en forte expansion, la consommation de boissons alcoolisées se démocratise. La question de l'ivresse et de

ses risques ne peut plus être occultée. L'impératif d'alors est de conserver la précieuse ressource que sont les travailleurs, de normaliser leurs comportements et d'améliorer leur productivité. C'est par des mesures répressives, relayées par des discours moraux, médicaux et économiques, que les pouvoirs publics luttent contre l'ivresse. Les atteintes à l'ordre public résultant de l'abus d'alcool sont une priorité, la préoccupation sanitaire est secondaire. Suite à la loi de 1838 sur l'internement des aliénés, les personnes alcooliques sont adressées aux asiles d'aliénés ou dans des prisons. La loi du 23 janvier 1873 crée la procédure d'ivresse publique et manifeste, et, progressivement, au XIX^e siècle, une législation de lutte contre l'alcoolémie prend forme. L'alcool sert de drogue désinhibitrice lors de la Première Guerre mondiale. Est adopté à cette époque un large programme de lutte contre l'alcoolisme avec la prohibition totale de l'absinthe, l'interdiction de la vente d'alcool aux militaires, la répression accrue de toute ivresse publique, la hausse des droits sur les spiritueux. La loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux marque une nouvelle étape : pour la première fois, les alcooliques sont considérés comme des malades qu'il s'agit de soigner. En 1959, face aux bouilleurs de cru, le gouvernement Mendès-France édicte le « Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme », qui est aujourd'hui intégré dans le Code de la Santé publique. A partir de 1970, date à laquelle est instauré pour la première fois un taux légal d'alcoolémie pour les conducteurs, différentes mesures législatives se succèdent, en particulier dans la lutte contre l'alcoolisme au volant. L'approche sur le terrain de la toxicomanie progresse. Le terme « alcoolisme » est remplacé par celui de « syndrome de dépendance alcoolique » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

En Europe, progressivement, de « gendarme », l'État devient un « État providence planificateur », puis « incitateur et modérateur » (Cattacin et Lucas, 1999). Dans le contexte français, il ne fut aucunement question d'interdire l'alcool dont des millions de personnes font une consommation modérée. Mais le choix fut fait d'encadrer sa consommation, d'en prévenir les risques et d'en soigner les dommages.

Au XVII^e siècle, est instauré le premier impôt sur le tabac, les mégots de cigare sont enroulés dans du papier pour être fumés. En 1811, est créé le monopole des tabacs par Napoléon. C'est au XIX^e siècle, avec l'invention de la machine à rouler la cigarette, l'allumette de poche sécuritaire et la « cigarette toute faite » aisément consommable,

que l'usage du tabac connaît un essor important et c'est sans compter sur les stratégies commerciales, créatrices de besoins nouveaux (Lalonde, 2009). Après la seconde guerre mondiale, on assiste alors à une révolution tabagique, l'usage du tabac se démocratise, gagnant toutes les catégories sociales. Il suffit de songer aux arguments publicitaires et symboles valorisés de liberté, de réussite sociale, de séduction, de distinction ou encore de minceur, pour se rendre compte que les effets délétères de la cigarette sont totalement occultés. C'est dans les années cinquante qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni (avec les travaux des professeurs anglais Richard Doll et Austin Bradford Hill) que sera établi le lien entre la quantité de cigarettes fumées et la hausse de l'incidence des cancers bronchiques. En France, la première loi de lutte contre le tabagisme apparaît avec la loi Veil en 1976. Cette loi, bien que remaniée par la suite, amorce une politique antitabac, renforcée au fil du temps, qui fera de la cigarette, un produit aujourd'hui socialement indésirable. Chaque année, depuis 1988, est organisée la « journée mondiale sans tabac ».

Relativement aux jeux de hasard et d'argent, on doit à Pascasius, médecin et philosophe de la Renaissance, d'avoir écrit en 1561, le premier manuel sur la dépendance au jeu d'argent (Nadeau et Valleur, 2014). En ce domaine, l'action des pouvoirs publics a été motivée par la volonté d'éliminer un facteur criminogène tout en organisant leur exploitation et en en retirant des gains. Au XIX^e siècle, le jeu d'argent est condamné juridiquement. Le décret napoléonien du 24 juin 1806 pose l'interdiction des maisons de jeux de hasard sur tout le territoire, à l'exception de la ville de Paris, des stations balnéaires et des villes d'eau. La loi du 21 mai 1836 pose l'interdiction des loteries, mais cette prohibition connaît de nombreuses exceptions, comme la loterie de bienfaisance qui est tolérée. Il s'agit de contrôler les mœurs des personnes, d'autant plus que les médecins hygiénistes assimilent la pratique du jeu à une maladie. La loi Carnot du 2 juin 1891 autorise le Pari mutuel sur les hippodromes, qui est taxé en faveur de l'élevage chevalin et c'est en 1930 que naît le PMU (Pari mutuel urbain). Quelques années auparavant, la loi du 15 juin 1907 autorise uniquement les stations balnéaires, thermales et climatiques à ouvrir des casinos. Lorsque la loterie nationale naît en 1933 sous la III^e République, les Finances de l'État s'enrichissent à chaque tirage hebdomadaire, en plus des prélèvements d'impôts sur les autres jeux d'argent organisés à titre privé. On parle d'impôts « indolores ». Vingt

ans plus tard, en 1954, apparaît le « tiercé » qui donne un nouvel essor aux courses de chevaux. L'État favorise l'implantation de points de vente afin de diffuser cette nouvelle pratique à toutes les catégories sociales et notamment au monde ouvrier. On assiste à une démocratisation du jeu. Le Loto connaît lui aussi un vif intérêt lorsqu'il est créé en 1975. La loi du 12 mai 2010 fixe l'encadrement juridique du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. Aujourd'hui, face aux méfaits du jeu excessif ou aux risques du jeu pathologique, les pouvoirs publics prônent le « jeu responsable ».

Ainsi, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou encore des JHA, deux voies ont été choisies : d'un côté, la prohibition de tout commerce illicite, de l'autre, l'aménagement d'une offre et son exploitation, partielle ou totale, pourvoyeuse de financements. Telles sont les politiques fiscales appliquées à l'alcool, au tabac et aux JHA. Aujourd'hui, la fiscalité appliquée à la vente d'alcool et de tabac est constituée de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et du droit d'accise (impôt indirect). L'exploitation de cercles de jeux, de maisons de jeux ainsi que celle des organisations professionnelles de jeux et de paris soumises à une fiscalité sous forme d'impôt, de redevance ou encore de prélèvement sont fixées.

Cependant, les politiques de contrôle qui les concernent visent moins le produit lui-même que la lutte contre les manifestations individuelles de l'intoxication par l'alcool éthylique, de la nocivité de la cigarette, ou du jeu excessif ou pathologique et les problèmes sociaux que pose à la collectivité leur consommation. Il en est ainsi du tabagisme, de l'alcoolisme et du jeu excessif et/ou illicite, même si aujourd'hui, la « prévention du risque alcool » est préférée à la formulation de « lutte contre l'alcoolisme », afin de prendre en compte l'ensemble des risques créés par différentes pratiques de consommation, et non plus seulement les dommages de l'alcoolisme.

C'est à partir des années quatre-vingt-dix que le concept de « comportement », et non plus l'« approche par produit », s'est imposé et que les substances, licites ou illicites, ont été perçues de manière équivalente. En effet, différents rapports, dont le rapport Roques sur la dangerosité des drogues en 1999 ou encore le rapport Rascas en 2001 sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions, ont mis en évidence qu'à travers le parcours de consommation des usagers, ce n'était pas tant le produit lui-même qui peut entraîner une dépendance, mais plutôt des facteurs qui ont trait aux individus eux-mêmes et au contexte à la fois social, économique,

politique dans lequel ces personnes consomment. L'ensemble de ces travaux ont permis d'envisager l'addiction, au-delà de la seule responsabilité des produits psychoactifs (Gayraud, Poloméni, 2007) et c'est donc la conception du comportement de consommation et du contexte qui prime sur la conception par produit. Cette nouvelle compréhension suppose aussi de reconnaître qu'aux différents produits correspondent certains niveaux de stigmatisation, qu'il s'agisse de consommations organisées, valorisées ou encore d'usages jugés transgressifs.

Ces évolutions ainsi retracées sont le reflet de « problématisations publiques » et de leurs représentations sociales, dont les politiques de contrôle prennent acte en les mettant en lumière.

Aussi, en troisième lieu, est-il également impérieux de définir les politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent. Il s'agit de commencer par préciser les produits pris en compte dans cette recherche.

Concernant le produit du « tabac », actuellement sont commercialisés sur le marché français les cigarettes, le tabac à rouler, le tabac à pipe, les cigares et cigarillos, le tabac à mâcher, le tabac à priser et le tabac à usage oral (article L. 3512-1 du Code de la santé publique). Dans la présente étude, les cigarettes principalement sont concernées, étant les plus consommées par les Français (40,23 milliards d'unités vendues en 2018 selon la DGCCI).

Relativement au produit « alcool », sont pris en compte ici les boissons alcoolisées reconnues à l'article L. 3321-1 du Code de la santé publique et par conséquent comportent un niveau d'alcool supérieur à 1,2 degré.

Les jeux de hasard et d'argent recouvrent les jeux de hasard, les paris et les loteries et seront entendus au sens des articles L. 322-2 et L. 322-2-1 du Code de la sécurité intérieure. Plus précisément, le jeu de hasard et d'argent doit faire l'objet d'une offre publique, conduisant à un sacrifice financier dans l'espérance d'un gain numéraire ou en nature (bon d'achat, place de spectacle, voiture...). Depuis l'ouverture du marché des jeux en ligne à la concurrence, en 2010, il s'ensuit la coexistence de deux réseaux : physique et en ligne. Le réseau physique regroupe a) les points de vente des paris sportifs, le Loto, les jeux de grattage et les paris hippiques et b) les casinos terrestres (machines à sous et jeux de cercle). Le réseau en ligne (internet) recouvre les paris sportifs, les paris hippiques, le poker (cela représente 15 opérateurs agréés

par l’Autorité de régulation des jeux en ligne [ARJEL]), le Loto et les jeux de grattage en ligne.

Les politiques de contrôle, dans cette étude, seront entendues comme l’encadrement juridique de l’offre et de la demande de ces produits, en réponse aux problématiques posées par la consommation de ces derniers. Plus précisément, les politiques de contrôle peuvent être définies comme l’ensemble des règles juridiques visant à réguler l’offre et la demande du tabac, de l’alcool et des jeux de hasard et d’argent, en réglementant leur production, leur vente et leur consommation. Il peut s’agir par exemple de prévenir des méfaits de leur usage, de réglementer leur disponibilité, leur achat, de contrôler leurs prix. Plus avant, ces contraintes juridiques impactent les normes sociales et les représentations sociales. En distinguant ce qui est légal de ce qui ne l’est pas, ces normes définissent aussi ce qui est « approprié » de ce qui ne l’est pas au sein d’une société. Toutes ces politiques de contrôle concernent plusieurs branches du droit : le droit international, le droit communautaire, le droit civil, le droit pénal, le droit administratif, le droit fiscal, le droit de la finance.

Les politiques de contrôle sont relatives à l’ordre public, entendu comme l’ensemble des institutions et des règles juridiques relatives à l’organisation d’une société humaine, destinées à assurer « le bon ordre, la sûreté, la sécurité, la salubrité publiques » (article L. 2212-2 du Code général des collectivités territoriales), au nom de la primauté de l’intérêt général sur les intérêts particuliers. Le « bon ordre » est classiquement assimilé à la tranquillité publique et justifie toute action visant à lutter contre les nuisances sonores.

En l’espèce, l’acception « demande » s’entend comme « consommation » et est équivalente à celle d’« usage », dont il est nécessaire de différencier plusieurs dimensions.

Dès lors, en quatrième lieu, doivent être distingués des niveaux de consommation de ces produits. L’actuelle classification internationale des maladies (CIM 10) et celle qui entrera en vigueur en 2022 (CIM 11), de l’Organisation mondiale de la santé, font référence aux notions d’usage nocif et de dépendance. On peut différencier l’usage simple, l’abus (ou usage nocif) et la dépendance (ou addiction), la distinction de ces usages n’excluant pas le glissement de l’un à l’autre.

L'usage simple (ou pratique sociale ou récréative pour les JHA), de nature conviviale, récréative et ponctuelle, correspond la recherche contrôlée d'un plaisir, d'une détente, d'un soulagement. Il peut s'agir de boire un verre d'alcool pour se détendre ou pour partager un moment avec d'autres, de fumer du tabac pour atténuer une tension, de s'installer à une table de jeux dans un casino pour se distraire.

L'abus, ou l'usage nocif (ou pratique à risque ou problématique pour les JHA), se caractérise par des consommations excessives, occasionnelles et souvent répétées. L'abus entraîne des dommages pour la personne elle-même, pour son entourage et/ou pour la société. Il peut s'agir de la perte de vigilance lors d'une conduite d'un véhicule motorisé ou d'une machine dangereuse, des dommages causés par le tabagisme passif, des dégradations des relations familiales en raison de difficultés financières... Le « bien-boire » apparaît comme une norme sociale, opposée au « boire trop et/ou seul » (Dany et Apostolidis, 2002).

Enfin, la dépendance ou addiction (ou jeu pathologique ou excessif pour les JHA), de nature psychologique et physique, brutale ou progressive, désigne l'impossibilité de résister au besoin de consommer sous peine de souffrances importantes et de perte de contrôle de soi. Dans le jeu pathologique ou excessif (ludopathie), le joueur, à la différence du joueur normal ou social, est conduit à augmenter de manière progressive et irrésistible le montant de ses mises et, par là même, ses pertes. La dépendance physique résulte de l'incapacité à contrôler sa consommation et conduit à consommer périodiquement ou continûment afin d'éprouver du plaisir ou de supprimer toute tension. La dépendance psychologique est relative à l'état de manque et contraint à consommer afin d'éviter tout symptôme physique de manque. On parle de tabagisme intensif lorsque la personne fume 10 cigarettes ou plus par jour. On parle d'ivresse régulière, lorsque le sujet a connu au moins 10 ivresses au cours des 12 derniers mois, ou encore d'alcoolisations ponctuelles importantes et régulières (API : avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion) lorsqu'elles ont eu lieu au moins dix fois au cours des 30 derniers jours. Le jeu excessif est qualifié de pathologique lorsque jouer de l'argent est devenu un comportement sans cesse réitéré, au point d'occuper une place centrale dans la vie du sujet et que toutes les autres activités habituelles et ses relations sont délaissées.

L'acception « addiction » s'étend des addictions à une substance (tabac ou alcool en l'espèce) à l'addiction comportementale (jeux de hasard et d'argent). Tous les jeux d'argent n'entraînent pas forcément les mêmes risques d'addiction. Les jeux les plus à risque sont les jeux en ligne, ceux à caractère continu, impliquant une rapidité de mise en œuvre du jeu, de prise de décision et de possibilité de rejouer instantanément.

L'expression de « conduites addictives » ou « pratiques addictives » est utilisée afin d'englober l'ensemble des pratiques de consommation d'une substance psychoactive ou d'un produit comme le jeu. C'est donc dans une approche commune que les drogues (illicites et licites) et les addictions (avec ou sans substance) sont prises en compte dans ces appellations génériques (Beck, Lermenier-Jeannet, Nguyen-Thanh, 2019). Elles peuvent être définies comme des « *pratiques de consommation susceptibles d'induire une addiction* » (Reynaud, Parquet et Lagrue, 2000 ; Reynaud, 2016), c'est-à-dire lorsque leur consommation devenue répétée est impossible à contrôler malgré la connaissance des conséquences néfastes (souffrances psychologiques et troubles physiologiques).

Depuis la publication de la V^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-5), créé par l'American Psychiatric Association, le tabagisme, l'alcoolisme et le jeu d'argent pathologique sont désormais regroupés dans le chapitre « *troubles liés à une substance et troubles addictifs* ». Ce classement s'est substitué aux catégories d'abus et de dépendance. Cette modification traduit le passage d'une « approche catégorielle » (usage, abus, dépendance) à une « approche dimensionnelle » qui décrit une classification par gravité progressive, de la consommation non pathologique à la dépendance (Reynaud, 2016).

Cette commune intégration dans cette classification est justifiée par la découverte de similitudes neurocognitives et neurobiologiques. Le jeu d'argent pathologique, tout comme les conduites addictives en matière d'alcool et de tabac, se caractérise par la perte de contrôle (« *craving* » ou l'impérieuse envie de s'adonner à ces conduites) et la poursuite de ces comportements malgré la connaissance des conséquences néfastes. Tout comme ces substances psychoactives, le jeu pathologique sollicite les mêmes voies neurobiologiques qui modulent la récompense (Banz, Yip, Yau et Potenza, 2016), le comportement impulsif et compulsif ainsi que l'humeur. Ces

processus neurobiologiques défailants empêchent le cerveau de moduler son rapport à l'environnement et de créer des réponses adaptées lorsqu'il n'y a plus de sensation de plaisir (Yücel, 2018). On peut parler à l'égard des jeux, d'un modèle de dépendance incitative (Yücel, Carter, Harrigan, van Holst et Livingstone, 2018). En fin de compte, cette commune intégration donne une vraie entité diagnostique et ouvre la perspective de recherches, de soins et de traitements (Varescon, 2005).

Au sein du DSM-5, les troubles liés à l'alcool et au tabac sont identifiés comme étant des « *troubles de l'usage d'une substance* ». Quant au jeu d'argent pathologique, appelé aussi trouble lié au jeu d'argent (« *gambling disorder* »), il est détaillé dans la rubrique « *Troubles non liés à des substances* ». La notion de « trouble de l'usage d'une substance » est définie comme étant un « *mode d'usage problématique [d'une substance] conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative* ». Pour être caractérisé, ce trouble nécessite la présence de deux (ou plus) critères, parmi un ensemble de onze, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois. Ces onze critères peuvent être regroupés en quatre catégories de comportements : la diminution du contrôle sur la consommation d'une substance ; l'altération du fonctionnement social ; la consommation risquée de la substance ; des critères pharmacologiques dont la tolérance et le sevrage.

Quant au jeu d'argent pathologique, il est défini dans le DSM-5 comme une « *pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu d'argent conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative* ». Pour que ce trouble soit reconnu, doivent être présents quatre (ou plus) critères, parmi un ensemble de neuf, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois. De façon identique, la sévérité du trouble lié au jeu, comme celle des troubles de l'usage de substances, est fonction du nombre de critères symptomatiques présents. On parle de trouble léger, de trouble moyen et de trouble grave.

C'est en raison des risques sanitaires et sociaux engendrés par des consommations de tabac, d'alcool et de jeux d'argent, que l'État a mis en œuvre des politiques de contrôle, combinant des préoccupations sanitaires à l'impératif d'ordre public. Par exemple, a été adopté un Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (Mildeca, 2019a). Cependant, les politiques de contrôle ne peuvent réussir

à limiter la fréquence des comportements « à risque » que si les personnes en comprennent la nécessité et sont d'accord avec leurs modalités.

Cette recherche a pour objet d'enrichir le champ de la littérature en permettant d'appréhender la manière dont les Français envisagent l'acceptabilité des politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent, applicables en France.

Dans une première partie, sera étudié l'encadrement juridique français actuel de ces pratiques sociales puis, dans une deuxième partie, sera abordée l'acceptabilité des politiques de contrôle. La troisième partie détaillera la problématique et les hypothèses de cette recherche. La quatrième partie exposera le cadre méthodologique utilisé. Les résultats des analyses de variances et en clusters seront présentés dans la cinquième partie. Enfin, avant de conclure, la sixième partie portera sur la discussion des résultats obtenus.

**CHAPITRE 1 - LE CONTEXTE DES POLITIQUES DE
CONTRÔLE DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES
JEUX DE HASARD ET D'ARGENT : DÉFINITION,
OBJECTIFS ET MODALITÉS**

Face aux dangers du tabagisme, les États-Unis, la Finlande, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont engagé une politique de grande fermeté. L'Australie compte 15 % de fumeurs, alors qu'en France, cette prévalence est de 27 %. Ce résultat est dû à des campagnes médiatiques anti-tabac très nombreuses (campagnes publicitaires à la télévision et programmes radio interactifs) depuis les années soixante-dix ; formation des médecins et autres professionnels de santé et obligation d'information systématique de leur part ; paquet neutre et avertissements sur les risques pour la santé ; très forte hausse du prix du tabac (actuellement 23 euros) ; soutien aux recours judiciaires individuels ou collectifs contre les multinationales du tabac. Pareillement, en 2016, la Nouvelle-Zélande a pris trois mesures phares : le paquet neutre, la cigarette électronique et la hausse massive des prix. Ces trois mesures ont été adoptées également par la France.

Entre la prohibition totale et la libéralisation absolue, les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent peuvent avoir de multiples configurations et il est intéressant de les comparer car les responsables politiques sont confrontés à des défis très similaires. D'une part, ils ont l'obligation de garantir les libertés individuelles des citoyens et les protéger contre d'éventuels dommages. D'autre part, réduire les coûts élevés de ces pratiques sociales en assurant le respect de l'ordre public.

La définition de ces politiques souligne le rôle d'arbitrage de l'État, sous la pression des lobbyistes aussi, entre les données disponibles, entre les objectifs à prendre en compte et les divers points de vue qui s'expriment, entre les responsabilités et les modalités à respecter. Ce rôle d'arbitrage consiste en fin de compte à décider de réduire voire de supprimer certaines libertés au nom des dommages que leurs excès peuvent causer. La définition de ces politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des JHA mérite donc d'être examinée avant d'en analyser les objectifs et d'en détailler les modalités.

Section 1.1 - La définition des politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent par l'État

Dans cette étude, les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des JHA sont définies comme étant l'ensemble des règles juridiques visant à encadrer l'offre (les producteurs et les vendeurs) et la demande (les consommateurs) du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent, en réglementant leur production, leur vente et leur consommation, par des moyens de prévention, de réglementation et de sanction (figure 1).

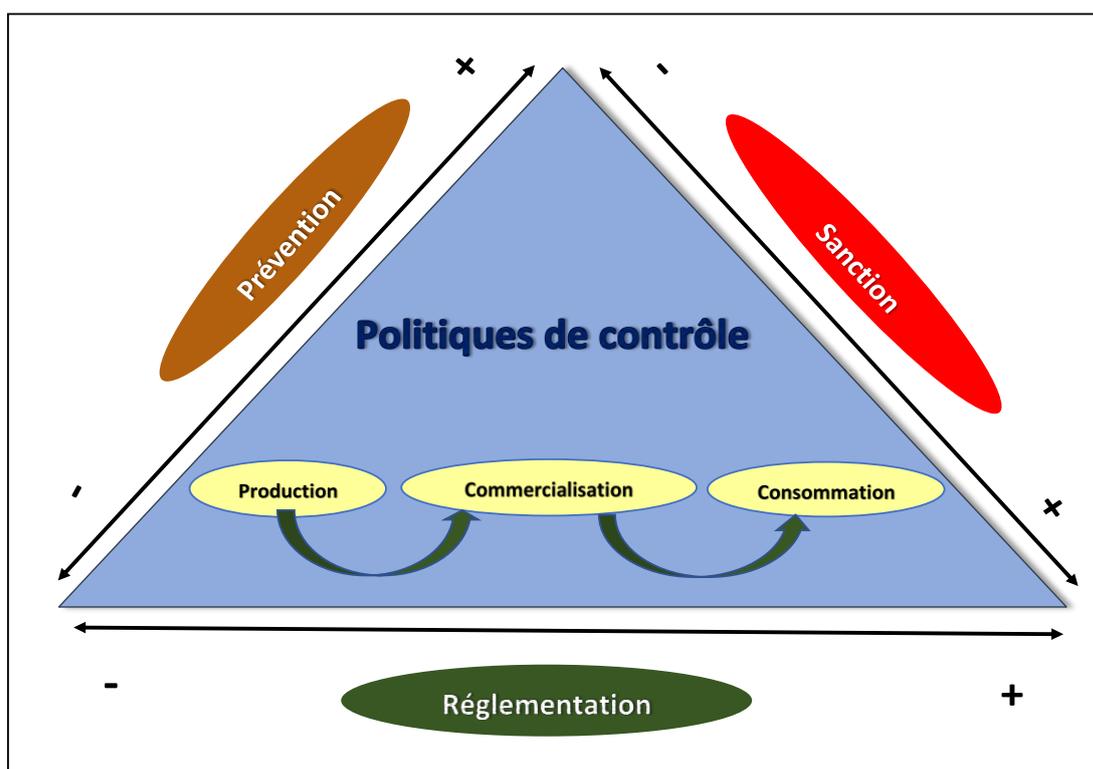


Figure 1. Les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent

Les enjeux du secteur de l'alcool, du tabac et des JHA sont à la fois nombreux et, à certains égards, contradictoires. D'une part, économiquement, ils sont vecteurs d'emploi, de fiscalité et d'attractivité touristique et donc pourraient tendre à connaître une politique de soutien à leur dynamisme. D'autre part, eu égard aux impératifs

sanitaires et sociaux, ces secteurs économiques nécessitent un encadrement, voire des restrictions, en vue de protéger les publics vulnérables, limiter les consommations à risque de dépendance physique et psychique, garantir l'ordre public pour lutter contre la délinquance (délinquance routière, contrebande, fraude, blanchiment). A mi-chemin entre une totale prohibition et une libéralisation sans contrainte, le choix a été fait en France de politiques de contrôle qui protègent les libertés individuelles tout en préservant les intérêts de la société.

A l'heure actuelle, il n'est pas envisagé, en France, d'éliminer toute offre de ces produits, par une totale interdiction, comme ce fut le cas pour l'alcool aux États-Unis de 1919 à 1933 (la Prohibition avec le *Volstead Act*), en Finlande de 1919 à 1932 et en Norvège de 1919 à 1926. Ce fut également le cas pour les cigarettes interdites dans quatorze États américains de 1921 à 1927. Ou encore de la politique antitabac menée par les bolchéviks dans les années vingt en Russie (Starks, 2017).

Les politiques de contrôle relatives à l'alcool, au tabac et aux JHA sont fortement influencées par les normes culturelles mises en avant. Dans des sociétés où la religion est dominante, la vente et la consommation d'alcool sont interdites. Ainsi, en Afghanistan, en Arabie Saoudite, en Iran, au Koweït, en Libye, au Pakistan, en Somalie, au Soudan, au Yémen, aucune consommation d'alcool n'est constatée (WHO, 2018b). En 2004, le Bhoutan a été le premier État à interdire la production, la vente et la distribution de tabac sur tout son territoire. La Finlande affirme la volonté de devenir un pays « sans tabac » d'ici 2040. Comme la Finlande, la Suède, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande ont renforcé leur législation anti-tabac afin de devenir également des pays sans tabac. Au 1^{er} janvier 2019, tous les bureaux de paris ont été fermés en Albanie afin de lutter contre les répercussions négatives de l'addiction au jeu et le crime organisé (paris illégaux). En France, en 2011, Jacques Attali, économiste, avait plaidé en faveur de l'interdiction de la production, de la distribution et de la consommation de tabac. Mais ces propositions sont restées lettre morte.

Parce que l'alcool, le tabac et les JHA ne sont pas des produits marchands comme les autres, les politiques de contrôle qui les concernent sont sous le régime de la légalisation contrôlée qui repose sur la liberté individuelle de consommer selon ses désirs et selon une « morale de la modération » (et non de l'abstinence), dans la limite du respect d'autrui et de la société (Caballero, 2005, p. 128). Ces politiques peuvent

être synthétisées sous la forme suivante : consommation discrète, prohibition de l'incitation et commerce passif (Caballero et Bisiou, 2000). Le commerce passif consiste en la suppression de toute incitation à produire, à vendre ou à consommer. Ou encore selon l'approche anglo-saxonne, ces politiques de contrôle peuvent être résumé ainsi : « *légaliser, contrôler, décourager* » (Caballero, 2005, p. 128).

Toute politique de contrôle du tabac, de l'alcool et des JHA est définie par l'État, et non par l'industrie privée ou tout groupement agissant en sa faveur. La présence des pouvoirs publics est la garantie du respect de l'intérêt général, des intérêts de santé publique et de bien-être social. Ainsi, la législation contre l'alcool au volant est axée davantage sur le contrôle accru de l'alcoolémie que pour simplement punir les contrevenants. De même, la législation relative à la lutte contre le tabagisme vise davantage à proposer des soins et accompagnements aux personnes ayant des problèmes liés à cette consommation qu'à sanctionner le non-respect des réglementations. La définition de ces politiques de contrôle, ou politiques de légalité contrôlée, se fait au regard des principes et libertés publiques à protéger et au regard des règles de droit à respecter.

En premier lieu, la définition de toute politique de contrôle pose la question de l'action publique la plus appropriée compte tenu des libertés individuelles et des intérêts légitimes de la société, dans une démocratie occidentale. Ainsi, cette détermination se fait en prenant en compte la protection des personnes, et en priorité celle des mineurs, la protection des biens, la liberté du commerce et d'industrie et la protection de l'ordre public. Il en est ainsi par exemple de la lutte contre le tabagisme qui vise l'abstinence pour tous (« objectif zéro fumeur ») au nom des risques somatiques et addictifs majeurs, ou encore, des arrêtés municipaux interdisant la vente à emporter de boissons alcoolisées sur le territoire communal, au nom du maintien de l'ordre public (article 95 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires »). La Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales énonce ainsi, à l'article 8, qu'il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice du droit au respect de la vie privée et familiale que si elle est édictée par la loi et que si elle est nécessaire, notamment, à la protection de la santé et de la morale.

En deuxième lieu, toute politique de contrôle du tabac, de l'alcool et des JHA est éclairée par les avancées des connaissances scientifiques (*evidence-based policy*) et établie en conformité aux différents engagements internationaux et régionaux.

Au regard des règles internationales, les politiques de contrôle étatique sont contraintes par les règles commerciales de l'Organisation Mondiale du Commerce, par les obligations énoncées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la « Convention-Cadre pour la lutte anti-tabac » ou encore le « Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS 2016-2025 » qui préconise de valoriser une consommation saine en taxant le tabac et l'alcool.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) (*Framework Convention on Tobacco Control*), adoptée le 21 mai 2003, est le premier traité international de santé publique, conçu comme une réponse mondiale à l'épidémie de tabagisme. Il réaffirme le droit de tous les peuples à jouir du niveau de santé le plus élevé possible et vise à réduire le fardeau des maladies et des décès causés par le tabac. Depuis 2005, l'OMS recommande une stratégie dite MPOWER pour aider les pays à se conformer à cette Convention-cadre. Cette stratégie comporte six mesures de lutte antitabac jugées les plus efficaces : la surveillance et la prévention (*monitoring*), la protection des populations (*protecting*), l'offre d'une aide à ceux qui souhaitent renoncer au tabac (*offering*), la mise en garde contre les dangers du tabagisme (*warning*), l'interdiction de la promotion du tabac (*enforcing*) et enfin l'augmentation des taxes sur ce dernier (*raising*). Le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2017) fait état de ces mesures MPOWER qui ont été adoptées dans le monde. À partir des critères définis (espaces non-fumeurs, programmes de sevrage tabagique, mises en garde, médias, interdiction de la publicité, taxes), trois catégories principales de politiques de lutte antitabac ont été désignées : les politiques complètes, les politiques modérées et les politiques minimales. Globalement, à travers le monde, ce sont les politiques modérées les plus fréquemment mises en œuvre. En 2016, un tiers seulement des pays (abritant au total 2,9 milliards de personnes) ont adopté un système complet correspondant aux meilleurs pratiques (OMS, 2017). Un système est qualifié de « complet » lorsque des enquêtes régulières sont menées auprès de populations représentatives d'adultes et de jeunes.

Concernant la consommation d'alcool, en 2010, les États membres de l'OMS ont adopté la Stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Ce Plan comporte dix domaines d'action à l'échelle mondiale comme l'action des services de santé, l'action à l'échelon local, les mesures de lutte contre l'alcool au volant, la réduction de l'accessibilité à l'alcool, l'action sur le marketing et les politiques de prix, l'action contre les conséquences néfastes de l'intoxication alcoolique et la réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool produit de manière illicite et informelle.

La région Europe de l'OMS s'est dotée d'un « Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 ».

Au regard des engagements européens, un certain comportement de l'État français est attendu en faveur de la santé, sous le contrôle de la Cour européenne des droits de l'homme et de la Cour de justice de l'Union européenne. Le tabac et l'alcool sont soumis aux règles communautaires relatives à la libre circulation des marchandises, à l'harmonisation fiscale et à la politique agricole commune. En 2001, une directive européenne régleme la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac (notamment la teneur maximale des cigarettes en nicotine, goudron et monoxyde de carbone). Également, la directive 2011/64/UE du Conseil de l'Union européenne, en date du 21 juin 2011, est relative aux taux des accises applicables aux tabacs manufacturés. En 2014, elle sera renforcée par la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes.

Concernant l'alcool, parce qu'une politique alcool unique et uniforme ne peut être envisagée en Europe (stratégie de l'alcool de l'UE 2006), l'action de l'Union est complémentaire à celles des actions nationales des États membres. Ainsi, ont été adoptés une Stratégie alcool pour la période 2006-2012 et le plan d'actions européen sur les jeunes et le *binge drinking* 2014-2016.

L'adoption de la loi de 2010 sur l'ouverture des jeux en ligne fait suite à la mise en demeure par la Commission européenne. Cette dernière avait demandé à la France d'ouvrir le marché à d'autres sociétés, estimant que les barrières qui leur sont imposées, résultant du monopole de la Française des jeux sur les jeux d'argent en ligne, sont contraires au droit communautaire sur la libre circulation des services. En effet, les JHA sont considérés comme une activité de services et à ce titre, ils relèvent du

traité sur le fonctionnement de l'Union européenne relativement à la liberté d'établissement (article 49) et à la libre prestation des services (article 56).

Au niveau du droit positif national, l'encadrement des pratiques sociales du tabac, de l'alcool et des jeux d'argent s'est construit par l'empilement de textes juridiques, à commencer par la loi Veil (1976), première loi française de lutte contre le tabagisme qui limite la publicité et interdit de fumer dans certains lieux publics. Quinze ans plus tard, cette loi est renforcée par la loi Évin (1991) qui interdit la publicité sur le tabac et de fumer dans tous les lieux publics et les transports. Le décret Bertrand prohibe, le 1er février 2007, le tabac dans les lieux publics et en entreprise. Un an plus tard, l'interdiction de fumer s'étend aux bars-tabacs, restaurants, hôtels, casinos et discothèques. Plusieurs dispositions intéressent la lutte contre le tabagisme dans le Code de la santé publique (article L. 3511-1 et suivants). A cela, s'ajoutent différents programmes du ministère de la santé, comme le « Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 » (PNLT) dont l'objectif est que 2032 soit l'année de la première génération d'adultes non-fumeurs (avec moins de 5 % de fumeurs).

Les politiques publiques en matière de consommation d'alcool, mises en œuvre par le ministère en charge de la santé, ont un double objectif de prévention et de prise en charge. Le Code de la santé publique regroupe des dispositions relatives à la lutte contre l'alcoolisme et à sa prévention (article L. 3311-1 et suivants). Cette lutte contre l'alcoolisme est également portée par le Plan cancer 2014-2019 et le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

Concernant les JHA, la loi n°2010-476 du 12 mai 2010 marque un tournant en faveur d'une ouverture maîtrisée des jeux en ligne. Auparavant, une offre importante des jeux de hasard et d'argent existait en France. L'objectif d'alors est double : transformer cette offre illégale en une offre légale dans un marché où chaque opérateur peut développer son offre sans concurrence déloyale, et, prévenir le jeu excessif ou pathologique et protéger les mineurs. Cette ouverture à la concurrence est limitée à trois secteurs : les paris sportifs, les paris hippiques et les parties de pokers. Cette ouverture s'est accompagnée de la création d'une autorité administrative indépendante : l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL). Ses missions sont la prévention du jeu excessif et pathologique, la protection des mineurs, la préservation de l'intégrité, de la fiabilité et de la transparence des opérations de jeu (contre le

trucage des matchs), la prévention des activités criminelles (blanchiment d'argent et financement du terrorisme).

Finalement, en France, l'alcool, le tabac et les JHA sont des produits très réglementés. L'alcool et le tabac relèvent d'une législation spécifique intégrée dans le Code de la santé publique. Bien que certains intérêts économiques et politiques puissent par endroits ombrager des préoccupations sanitaires et sociales, la rigueur de ces politiques de contrôle est proportionnelle à la gravité des enjeux qui les gouvernent. Comme en témoigne l'analyse des dispositions juridiques relatives à la production, à la commercialisation et à la consommation.

Pour faire face aux conséquences négatives des consommations excessives de tabac, d'alcool et des JHA, en prenant en compte les mutations de leurs marchés, les équilibres entre intérêts personnels et collectifs, les profits économiques croissants tirés de ces activités, l'évolution des techniques et des modes de commercialisation, un système de lois et de réglementations s'est construit peu à peu. Les politiques publiques françaises sont dominées aujourd'hui par deux préoccupations majeures : la sécurité et la santé. En ce sens, elles apportent trois types de réponse : des réponses de nature préventive avec l'intervention précoce, des réponses de nature sanitaire par la prise de charge de la dépendance et des mesures de réduction des risques et des réponses de nature juridique avec notamment des mesures de droit pénal (Obradovic et Morel d'Arleux, 2019).

Il convient dès lors d'examiner les objectifs des politiques de contrôle avant d'en analyser le contenu.

Section 1.2 - Les objectifs des politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent

Les objectifs des politiques de contrôle ont été fixés en fonction des réactions sociales que les usages ont suscitées, que ces usages soient individuels ou collectifs par ailleurs. Les politiques publiques ont eu pour finalité de régir le problème posé et de définir le niveau de liberté autorisé. La santé publique est devenue une priorité, la réduction des risques, une stratégie.

Sous-section 1.2.1 – La santé publique : une priorité

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », telle est la définition figurant dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Il est également indiqué : « *Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées* ». En ce sens, en répondant à l'objectif de protection de la santé qui est une exigence constitutionnelle, l'État français a le devoir de prendre des mesures, de nature curative, préventive et sociale, afin d'assurer l'état de santé de sa population, hors de l'interférence des intérêts privés ou commerciaux. Ainsi, l'abandon du tabac est devenu une priorité de santé publique.

Dans le cadre présent et d'après Fassin (2008), la santé publique se caractérise notamment par un mode de gestion étatique qui vise à préserver et à promouvoir la santé, au sein de la collectivité, par des dispositifs publics. Ce concept de « santé publique » aide à penser la relation entre l'individu et la société, entre le particulier et le général. « *La santé publique culturalise ses sujets. En d'autres termes, elle produit des énoncés et des actes sur la culture de ceux auxquels elle s'adresse et dont elle entend transformer les représentations et les pratiques pour leur permettre d'accéder à une existence meilleure ou prolongée* » (p. 51). Les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des jeux d'argent visent autant à protéger les consommateurs, qu'il s'agisse de leur santé et de leur sécurité, qu'à mettre en place des stratégies afin de favoriser des attitudes et des comportements propices à un équilibre et au bien-être.

Auparavant, les mesures juridiques avaient essentiellement une visée sécuritaire (protéger les populations et l'ordre public) en prohibant les marchés clandestins. Paradoxalement, en encadrant les marchés de production et de commercialisation de ces produits et en proposant une offre légale, les pouvoirs publics ont favorisé l'activité d'organisations criminelles sur des marchés incontrôlables car clandestins. Il suffit de songer à la prohibition de l'alcool aux États-Unis (de 1919 à 1933) et à l'empire d'Al Capone. Au XIX^e siècle, l'alcoolisme est perçu comme une maladie et des prises en charge par des hôpitaux publics sont organisées. Le paradigme de santé publique est né. L'argument de l'impossibilité d'un

contrôle social et culturel de ces consommations a justifié l'avènement de politiques de contrôle fondées sur la médecine et l'autorité de l'État.

L'expression « *santé publique* » ne figure pas en tant que telle dans le texte même de la Constitution française, à la différence de nombreux engagements internationaux et régionaux liant la France comme la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme ou encore les traités instituant les organisations économiques comme l'Organisation mondiale du commerce et l'Union européenne. Cependant, l'exigence constitutionnelle de protection de la santé est inscrite dans le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (alinéa 11) et consacrée au titre des principes sociaux particulièrement nécessaires à notre temps. De cet énoncé, dans sa décision relative à la loi Évin (décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme), le Conseil constitutionnel a reconnu deux dimensions au droit à la protection de la santé : le droit individuel à la protection de la santé et le principe de protection de la santé publique. C'est cette dernière dimension, de nature collective, du droit de la santé qui fonde juridiquement l'intervention des pouvoirs publics en matière sanitaire, au nom de l'intérêt général et de la protection et/ou de l'amélioration de la santé publique, voire par la restriction des libertés individuelles (comme la liberté d'entreprendre, ou encore le droit de propriété) (Gründler, 2010). Aussi, a-t-il été jugé que l'instauration du paquet neutre ne constituait pas une privation du droit de propriété sur la marque (décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, Loi relative à la modernisation de notre système de santé).

A l'image du droit à la santé, qui présente un versant individuel et subjectif (un droit à prestations de santé) et un versant collectif et social, le droit de fumer, boire ou jouer de l'argent présente deux aspects : l'un individuel et l'autre collectif. D'un point de vue individuel, fumer, boire de l'alcool ou jouer de l'argent sont des activités récréatives et relèvent de la liberté individuelle. Du point de vue collectif, ces activités sont moralement acceptables et inscrites dans des marchés légaux (restaurants, bars, casinos...) mais leurs abus sont néanmoins combattus, au nom de la protection de la santé, dans l'intérêt de la collectivité. C'est une conception totalement opposée qui est appliquée aux drogues illicites, dans l'optique de santé publique également. Alors que l'agrément et la détente sont tout aussi présents lors de la consommation de ces produits, leurs usages sont totalement proscrits (Beauchesne, 2018).

De nos jours, toutes les mesures de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la prolifération des jeux d'argent sont légitimées par des préoccupations de santé publique. Cette sanitisation des problèmes de consommation de produits à risque addictif a tendu à faire croître l'action des pouvoirs publics dont le degré d'intervention varie selon le produit lui-même mais aussi la culture dans laquelle sa consommation s'inscrit. En France, pour l'alcool exclusivement, on parle d'usage simple, alors que pour le tabac, on parle de mésusage. Cette différence de vocabulaire connote bien l'imprégnation culturelle de l'alcool en France. Avec un regard plus large, on constate en Europe de nettes différences culturelles. Au sud, dans les pays producteurs, le vin est traditionnellement consommé durant les repas, alors que dans les pays du nord, il est associé à un mode de vie moderne et se trouve fréquemment consommé dans les zones urbaines (Sassi et Love, 2015).

Cette prise en compte de l'environnement culturel l'est également à l'égard des JHA. Ainsi la Cour de justice des Communautés européennes estime-t-elle qu'« *il n'est pas possible de faire abstraction des considérations d'ordre moral, religieux ou culturel qui entourent les loteries comme les autres jeux d'argent dans tous les États membres* » (CJCE 24 mars 1994 [C-275/92, Her majesty's customs...c/Schindler], Rec.I-1039).

Aujourd'hui, toute conduite addictive n'est plus considérée comme une maladie *stricto sensu*, mais au regard d'un modèle complexe où la prise en compte de l'environnement culturel a toute sa place. Selon le modèle bio-psycho-social de l'addiction, ou le modèle trivarié proposé par Olievenstein en 1982, toute consommation de produit psychoactif est le résultat de la rencontre du produit, d'une personne et d'un environnement socioculturel.

Il n'en a pas toujours été ainsi. Avant d'aboutir à ce modèle contemporain trivarié qui prend en compte le contexte de consommation, d'autres modèles se sont succédés au fil du temps. Au « modèle sacré et religieux » dans lequel l'usage de substances est valorisé dans des rituels religieux, s'est substitué le « modèle mono-varié de la maladie » où la substance est à l'origine de la maladie addictive, ce qui a justifié sa prohibition. Puis, avec les progrès de la science, le « modèle bi-varié » basé sur la relation « drogue-individu » a pris place. A l'intersection de la médecine et du droit, il met l'accent sur la personne addictive et la désigne à la fois malade et

délinquante. C'est parce que les fragilités de certains usagers expliquent leur incapacité à dominer leur consommation, que leur comportement doit être contrôlé voire sanctionné pénalement. Au total, quatre modèles de conception de l'usage des psychotropes (le modèle religieux, le modèle mono-varié, le modèle bi-varié et le modèle trivarié) ont été appliqués au cours de l'histoire.

Finalement, selon l'approche contemporaine de la santé publique en France, les politiques de contrôle mobilisent sur le terrain des moyens et interventions pluridisciplinaires qui associent les aspects juridiques, médicaux, socio-éducatifs et psychologiques. Si, d'un côté, l'addiction n'est pas qu'une maladie, de l'autre, les consommations d'alcool, de tabac et des JHA sont au cœur de problématiques sociales et économiques contemporaines qui concourent à façonner des politiques de contrôle de tempérance.

Sous-section 1.2.2 – Encadrer l'offre, réduire la demande : une finalité

Une consommation modérée, telle est la finalité des politiques de contrôle de l'alcool et des JHA. Pour le tabac, c'est davantage l'abstinence qui est promue. Pourtant, la difficulté de cet objectif tient à la place de ces consommations dans la société française, d'autant qu'il est difficile d'imaginer une société sans drogue (Faugeron et Kokoreff, 2002 ; Hautefeuille et Wieviorka, 2016 ; Marchant, 2018).

Les consommations d'alcool, de tabac et de JHA font partie intégrante de la société de consommation. Ces pratiques sociales sont des composantes de l'évolution de la société marchande, dans laquelle la publicité, le marketing et les informations rappellent régulièrement combien l'individu, de plus en plus exposé, doit être à la hauteur des performances et résultats attendus de lui.

Parce qu'elles sont licites, elles tendraient à faire croire que leur toxicité et leur potentiel addictogène sont moindres que les drogues dites dures. Le recours au plaisir, la recherche du mieux-être encouragent ces consommations hédoniques, dans le sens marchand du bien-être. Avec le libéralisme économique, lié à l'ouverture des frontières et l'extension des échanges économiques, le marché des substances et pratiques addictives s'est non seulement élargi mais aussi diversifié. Cette extension a stimulé la recherche individuelle de plaisirs.

Par principe, l'économie de marché s'autorégule par la libre confrontation de l'offre et de la demande. Tel n'est pas le cas pour les marchés de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent, qui sont des produits particuliers, à potentiel addictif. Le législateur considère par exemple que « *les jeux d'argent et de hasard ne sont ni un commerce ordinaire, ni un service ordinaire* » (article 1 de la loi du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne). A l'opposé de la prohibition qui interdit toute production, tout commerce et tout usage, l'alcool, le tabac et les JHA sont vendus sur des marchés concurrentiels sous contrôle étatique et ce, de façon antinomique : il s'agit de restreindre l'offre et de désinciter la demande. Ces produits licites et récréatifs sont proposés à la vente, dans une économie libérale et consumériste, alors qu'ils ont la caractéristique singulière de faire l'objet d'une incitation étatique à la modération. Paradoxalement, la commercialisation encadrée de ces produits a lieu dans une société où la sollicitation des pulsions d'achat est récurrente et l'hyperconsommation stimulée. Il suffit de songer à la pratique des jeux qui, depuis le début du XX^e siècle, est marquée par l'industrialisation en vue de leur consommation de masse, jusqu'à devenir une « industrie de loisirs ». Cette ambiguïté de la société actuelle, qui prône à la fois une culture de la consommation et une culture de la modération, ressurgit de façon préjudiciable sur la fragilité de consommateurs, en mal de distinguer pratique récréative et dépendance. Dans ce système complexe, la régulation de ces pratiques sociales consiste alors à relever le défi d'atteindre et maintenir un niveau souhaité de demande, par le contrôle du processus économique. En réponse à cet objectif, les politiques de contrôle apportent un encadrement juridique strict de toutes ces étapes, comme en témoigne l'analyse de contenu.

Section 1.3 - Le contenu des politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent

Les réglementations de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent sont relativement restrictives pour un pays comme la France où ces pratiques sociales sont légales et largement répandues. Qu'il s'agisse de leur production, de leur commercialisation, ou de leur consommation, leurs réglementations s'étendent sur un continuum allant d'obligations positives (obligations de messages sanitaires par

exemple), à des prohibitions comme la vente aux mineurs, en passant par des restrictions (composition des produits, lieux de commercialisation par exemple). Elles se sont développées sur deux terrains : celui de l'offre et celui de la demande où se côtoient le monde médical, le monde politique, le monde économique et le monde juridique.

Comme alternative à la prohibition de l'alcool, du tabac ou des JHA, des États ont institué des rationnements de la demande ou de l'offre.

En ce qui concerne la demande, la Suède a ainsi créé, au début du XX^e siècle un « système de Bratt », c'est-à-dire de plafonds de consommation d'alcool. Au moyen d'un livret de rationnement, tout achat d'alcool était limité et contrôlé par l'État. Ce rationnement fut aboli après 1945. Actuellement, il n'est possible d'acheter dans les supermarchés et les épiceries que de la bière à faible taux d'alcool. Pour se procurer un alcool au-delà de 3,5° d'alcool (vin ou alcool fort), il faut se rendre dans un *Systembolaget* (magasin d'alcool contrôlé par l'État). Afin de dissuader davantage la consommation d'alcool, les prix pratiqués sont très élevés. Il en est de même en Norvège où l'alcool est vendu dans des magasins d'État (*Vinmonopolet*), seuls la bière et le cidre sont commercialisés dans des supermarchés.

Quant au rationnement de l'offre, en France, il s'agit de restreindre le nombre des débitants de boissons ou de tabac (octroi de licences d'exploitation), ou de casinos ou encore de limiter les heures d'ouverture. En Suède, les magasins d'alcool régis par l'État sont ouverts jusqu'à 18h et seulement jusqu'à 15h le samedi et sont fermés le dimanche.

Dans l'objectif de santé publique, trois types de régimes juridiques sont mis en place. Il s'agit d'un régime d'autorisation (licences pour les débitants d'alcool et de tabac, autorisations pour les opérateurs de jeux en ligne, l'ouverture de casinos par exemple), d'un régime de restriction (fumer dans des endroits spécifiques, limitations de taux d'alcoolémie...), enfin d'un régime d'interdiction (interdits protecteurs de la vente de tabac, d'alcool et de JHA aux mineurs).



Sous- section 1.3.1 – Le contrôle de la production

En reflet du conflit Nord-Sud, on pourrait penser que la production de tabac, d'alcool et de JHA sont des produits de l'hémisphère Nord, à la différence des drogues illicites, produits de l'hémisphère Sud (Caballero et Bisiou, 2000, p. 33). Or, avec la mondialisation, tel n'est pas le cas. L'alcool est produit largement en Europe, le tabac provient principalement de la Chine, de l'Amérique du Sud (Brésil) et de l'Inde. Quant à l'activité des jeux d'argent, elle est la plus florissante à Macao, aux États-Unis et au Royaume-Uni (selon le site Casino.org).

En France, les productions de tabac, de boissons alcoolisées et de JHA font l'objet d'une réglementation stricte avant leur mise sur le marché. La culture du tabac fait l'objet de contrôles rigoureux des pouvoirs publics. En 2000, l'État français s'est désengagé de la Seita, qui détenait le monopole de la production et de la distribution de produits manufacturés de tabac. Ainsi, pour les JHA, les opérateurs de jeu doivent être légalement autorisés par la puissance publique, soit par l'octroi d'un droit exclusif (Française des jeux, Pari mutuel urbain), soit par la délivrance d'une autorisation (casinos) ou encore d'un agrément délivré par l'ARJEL (Autorité de régulation des jeux en ligne), pour les activités sur le réseau physique et en ligne.

§ 1.3.1.1 – Les réglementations relatives au contrôle de la production de boissons alcoolisées

En France, selon le Code général des impôts (article 401-I-b), sont considérés alcools les produits qui ont un titre alcoométrique de 1,2 % vol. La France est le deuxième producteur mondial de vin en volume après l'Italie. En 2017, la production française représente 16 % de la production mondiale soit 3,7 milliards de litres de vin dont les trois quarts sont des vins tranquilles (qui ne sont pas effervescents par définition) (55 % en rouge, 26 % en blanc et 19 % en rosé) selon le site du Comité National des Interprofessions des Vins à appellation d'origine et à indication géographique (CNIV, 2018).

Certaines boissons alcooliques sont interdites en France comme le rappelle l'article L. 3322-3 du Code de la Santé publique. Ce sont des boissons apéritives à base de vin titrant plus de 18 degrés d'alcool, les spiritueux anisés titrant plus de 45

degrés d'alcool, les boissons (bitters, amers, goudrons, gentianes par exemple) d'une teneur en sucre inférieure à 200 grammes par litre et titrant plus de 30 degrés d'alcool. Il en est de même pour la fabrication et la commercialisation de l'absinthe et des liqueurs similaires (article L. 3322-5).

L'activité de la viticulture et celle de la viniculture sont étroitement contrôlées par la Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects (DGDDI). Cette direction dépend elle-même du ministère de l'Action et des Comptes publics. Les entreprises de ces secteurs de production et de commercialisation, doivent, en effet, déclarer toutes leurs activités (en ligne), depuis la parcelle cadastrale jusqu'aux stocks et aux opérations œnologiques en cave, en passant par la surface plantée en vigne, le cépage, la catégorie du vin, la récolte. Ainsi chaque viticulteur doit-il déclarer chaque année sa récolte et son stock (Douanes et droits indirects, 2017).

Les services des douanes contrôlent donc l'ensemble du secteur, de la plantation jusqu'à l'exportation éventuelle, en passant par la perception des taxes à la consommation, dans l'objectif de traçabilité des produits d'alcool.

Pour cette gestion, un outil appelé Casier viticole informatisé (CVI) est tenu par chaque État membre de l'Union Européenne. Celui-ci expose toutes les informations relatives aux entreprises viti-vinicoles. En France, ce fichier contient 130 000 déclarations foncières (plantations, arrachages...) et 100 000 déclarations de récolte pour 50 000 vins déclarables. Il retrace l'activité de 100 000 exploitations viti-vinicoles, relatives à 780 000 hectares de vigne et à 1,5 million de parcelles plantées.

Sur chaque bouteille de vin, est apposée une « capsule représentative de droits » (CRD). Elle signifie que les droits de circulation ont été régulièrement acquittés auprès de la Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects (DGDDI). Cette capsule-congé, ornée du sceau de Marianne, autorise sa circulation et sa commercialisation. La couleur de la capsule CRD permet de différencier le type d'appellation d'un vin.

§ 1.3.1.2 – Les réglementations relatives au contrôle de la production des produits du tabac

Sur les 200 000 tonnes de tabac produits en Europe, la France en produit en moyenne moins de 4 % (7 900 tonnes). La production porte avant tout sur des tabacs blonds. L'importante industrialisation de la fabrication de la cigarette explique qu'elle soit aujourd'hui, au niveau mondial, la principale modalité de consommation du tabac.

Selon le Code général des impôts, la fabrication et la commercialisation des tabacs manufacturés peuvent être effectuées par toute personne physique ou morale qui a reçu un agrément (article 565). Chaque fournisseur est tenu de déclarer mensuellement les livraisons effectuées exclusivement aux débitants de tabac, la vente au détail des tabacs manufacturés étant un monopole d'État. Les prix de vente des tabacs sont fixés librement par les fabricants et les fournisseurs. Ces prix sont homologués par un arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et du Budget (article 572 du CGI).

Le marché français du tabac est partagé entre quelques sociétés internationales. La part la plus importante est détenue par la compagnie Philip Morris International (40,2 %). S'y trouvent également Imperial Tobacco (25,2 %), Japan Tobacco (17,1 %), British American Tobacco (16,4 %) et autres (1,1 %) (La vie des entreprises, 2017).

La directive 2014/40/UE du Parlement européen et du conseil de l'Union européenne qui reprend la directive 2001/37/CE du 5 juin 2001 réglemente la composition des produits du tabac. Elle interdit les « arômes caractérisants » comme le menthol et les arômes fruités.

Selon cette directive, avant toute commercialisation, chaque fabricant ou importateur est dans l'obligation de déclarer les produits du tabac auprès des autorités compétentes des États membres. Les informations qui doivent être transmises concernent la composition, les émissions, les données toxicologiques sur les ingrédients, des études approfondies pour certains additifs et des données de marché.

Selon une étude du groupe de réflexion britannique Royal United Services Institute, la France est l'État membre de l'Union européenne le plus touché par la quantité de cigarettes illicites présentes sur son territoire (Project SUN 2017 KPMG United Kingdom, 2018). Plus d'une cigarette consommée (13 %) sur 10 est illicite et

un quart de ces cigarettes illicites provient de l'Algérie (2,4 milliards). Le tabac fait l'objet d'une production illicite à travers la contrebande, la contrefaçon et les « *illicite white* » (cigarettes de marques non-déposées en France et fabriquées pour être revendues par des réseaux de trafics illégaux).

Afin de sécuriser la chaîne d'approvisionnement, le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, protocole à la Convention-cadre de l'OMS, prévoit en son article 6 que des licences devront être délivrées pour la culture de tabac, la fabrication, le transport et la vente en gros de produits du tabac, l'importation et l'exportation des produits du tabac et du matériel de fabrication.

De plus, les conditionnements de produits tabac font l'objet de dispositifs de traçabilité et de sécurité (Douanes et droits indirects, 2019).

Afin de réduire la contrebande et donc de diminuer les introductions illégales de produits authentiques, chaque paquet de cigarettes mis en vente en France doit disposer d'un identifiant unique délivré par une autorité française. Ce dispositif de traçabilité permet de repérer aisément toute contrebande et d'assurer la sécurité de l'approvisionnement des produits du tabac, grâce à une interopérabilité des systèmes de traçabilité par pays.

Pour assurer la sécurité du produit et limiter la contrefaçon en réduisant la vente de produits copiés, une vignette apposée sur chaque paquet permet de garantir l'authenticité du produit.

Au total, chaque paquet de cigarettes porte cinq signes d'identification : un visible, trois semi-visibles et un invisible, uniquement repérable en laboratoire. L'identifiant unique permet d'assurer la traçabilité du paquet, de son lieu de production ou d'importation, jusqu'à son point de vente au détail. Il est possible de savoir la date et le lieu de fabrication ; l'unité de fabrication ; la machine utilisée pour fabriquer les produits du tabac ; l'équipe de production ou l'heure de fabrication; les identifiants du premier acheteur s'il n'est pas affilié au fabricant ; le marché sur lequel le produit est destiné à être vendu au détail ; la description du produit, l'entreposage et l'expédition du produit, le cas échéant ; l'identité de tout acheteur ultérieur ; le point de départ, la destination l'itinéraire prévu, la date d'expédition, et le destinataire.

§ 1.3.1.3 – Les réglementations relatives au contrôle de la production des jeux de hasard et d'argent

L'exploitation des jeux d'argent et de hasard est placée sous un régime de droits exclusifs délivrés par l'État à des sociétés ayant des droits d'exploitation pour des jeux de casinos, paris et loteries. Il s'agit d'un régime dérogatoire à un principe général de prohibition. En Europe, la Finlande détient l'un des rares monopoles de jeu..

Par la loi du 12 mai 2010, le marché des JHA en ligne a été ouvert à la concurrence pour les paris hippiques, les paris sportifs et le poker. Désormais, l'offre en ligne de jeux de pur hasard est un monopole et sont interdits les casinos en ligne. Dans ce cadre, les pouvoirs publics poursuivent trois objectifs.

Conformément à l'objectif de sécurité publique, les pouvoirs publics doivent assurer l'intégrité des jeux d'argent, l'absence de trucage ou tricherie, de blanchiment d'argent. L'objectif économique concerne la prospérité économique de ce secteur d'activité, à la fois pour les opérateurs privés et l'État lui-même à travers la fiscalité. Enfin, l'objectif de santé publique oblige l'État à prendre toutes les dispositions afin de protéger les populations vulnérables et d'éviter les pratiques de jeux problématiques. En ce sens, les opérateurs de JHA en ligne doivent interdire l'ouverture de compte pour les mineurs, afficher des messages de prévention, permettre au joueur de définir des limites de dépôts de mises et le prévenir de possibilités d'auto-exclusion. Le législateur interdisant le jeu à crédit, le site de l'opérateur ne peut contenir aucune publicité relative à une entreprise susceptible d'accorder un crédit (article 30 de la loi n°2010-476 du 12 mai 2010)

Depuis l'ouverture du marché des jeux en ligne à la concurrence, en 2010, il s'ensuit la coexistence de trois types de dispositifs.

Premièrement, on distingue les réseaux de la Française des Jeux pour les loteries, les jeux de grattage et de tirage et ceux du PMU pour les paris hippiques, les paris sportifs et le poker en ligne. Les autorisations de courses et paris hippiques relèvent du ministère de l'Agriculture (loi du 2 juin 1891), alors que les réseaux de la Française des Jeux dépendent du ministère de l'Économie. La Française des jeux est actuellement détenue à 72 % par l'État français. Un projet de loi « Pacte » en discussion parlementaire prévoit sa privatisation, l'État ne conserverait que 20 % du capital.

Deuxièmement, les casinos terrestres sont régulés par le service central des courses et jeux (SCCJ), sous l'égide du ministère de l'Intérieur. Les casinos en ligne sont interdits. Les casinos, au nombre de 200 en France sont des entreprises qui se voient confier une mission de service public, via une délégation de service public, en raison de leur activité d'animation et de développement touristique. La législation autorise l'ouverture d'un casino aux stations balnéaires, thermales ou climatiques et depuis 1988, aux communes classées stations de tourisme et des agglomérations de plus de 500 000 habitants dont la municipalité peut justifier du financement d'activités culturelles et artistiques. Chaque jeu mis en service doit faire l'objet d'un agrément du ministère de l'Intérieur.

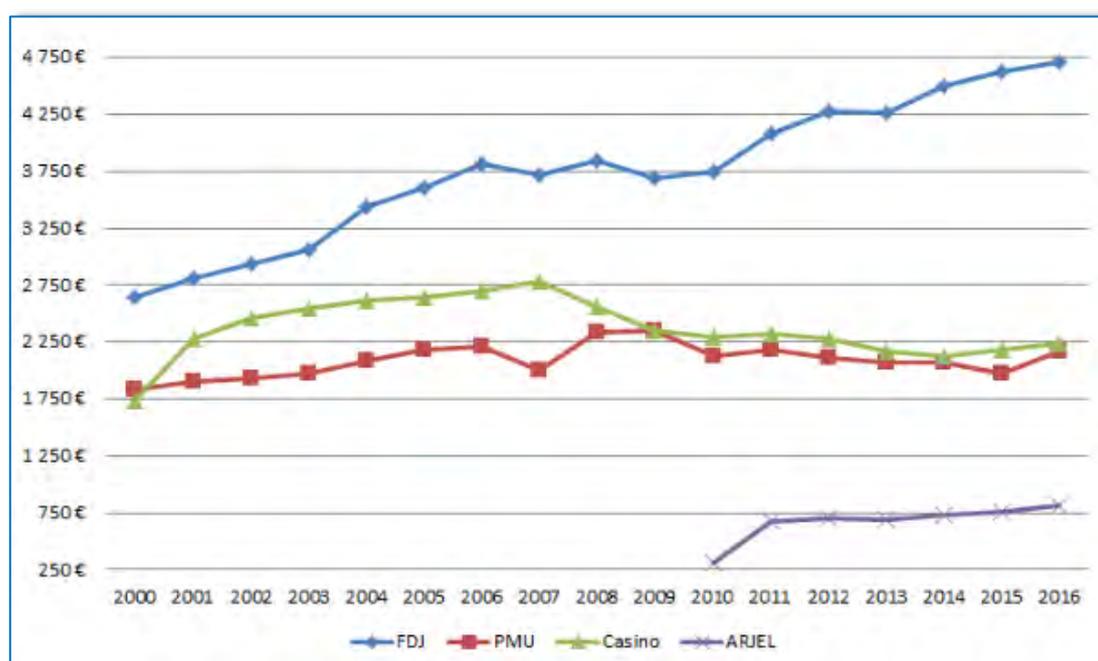
Troisièmement, les jeux en ligne sont régulés par l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL). Seuls les opérateurs qui bénéficient d'un agrément de l'ARJEL sont autorisés à exploiter des sites de jeux et paris en ligne. Cet agrément oblige au respect d'un cahier des charges. Chaque entreprise est tenue de participer à la lutte contre le jeu excessif ou pathologique. En 2016, 35,4 % des dépenses de jeux en ligne résultent d'une prise de paris sur un événement sportif. Les jeux de casino (roulettes et machines à sous) et les jeux de table en ligne (hors variantes de poker autorisées) restent interdits en France.

Ainsi, quatre activités de jeux disposent d'une offre légale en ligne : la loterie, les paris sportifs, les paris hippiques et le poker. Les paris hippiques sont limités aux courses figurant sur une liste définie par voie réglementaire. Les paris sportifs ne concernent que les catégories de compétition, définies par l'ARJEL. Cette dernière est chargée de délivrer des licences aux opérateurs, d'une validité renouvelable tous les cinq ans.

L'objectif de la législation en matière de JHA en ligne (article 1^{er} de la loi du 12 mai 2010) est clair. Il s'agit « *d'un encadrement strict au regard des enjeux d'ordre public, de sécurité publique et de protection de la santé et des mineurs* ». Dans cette perspective, les opérateurs ont la responsabilité de fournir aux joueurs toutes les informations utiles à l'élaboration d'un choix éclairé. Aussi doivent-ils diffuser des mises en garde sur les risques de jeu excessif et pathologique sur la page d'accueil de leurs sites. Ces messages sont d'autant plus efficaces qu'ils sont ciblés (Gainsbury, Abarbanel, Philander et Butler, 2018).

Les opérateurs ont également l'obligation de proposer des modérateurs de jeu permettant au joueur de limiter ses mises ou encore l'approvisionnement de son compte. Les sites doivent informer les joueurs de possibilités d'auto-exclusion (article 26 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010). Enfin, ils doivent prévoir un plafonnement du taux de retour aux joueurs (TRJ), qui correspond à la part des mises restituée aux joueurs sur une période de temps donnée, pour les paris hippiques et paris sportifs.

Sur le marché des JHA, la part de la FDJ est la plus importante, comme l'illustre le graphique 2. Viennent ensuite les casinos et le PMU et enfin, les jeux en ligne.



Note : reproduit à partir de « Évolution du produit brut des jeux », Le Portail de l'Économie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics. Consulté sur <https://www.economie.gouv.fr/observatoire-des-jeux/evolution-produit-brut-des-jeux>

Source : FDJ, PMU, Ministère de l'intérieur, ARJEL

Figure 2. Évolution du produit brut des jeux (PBJ) entre 2000 et 2016 (en millions d'euros)

Le produit brut des jeux (PBJ) est la différence entre les mises des joueurs et les gains versés aux joueurs et représente la recette des opérateurs de jeu. Entre 2000 et 2016, le total du PBJ a augmenté de près de 60 %, passant de 6,2 milliards d'euros à 9,9 milliards d'euros. Cette hausse importante est principalement due aux résultats de la FDJ et l'apparition des jeux en ligne en 2010. En effet, depuis l'année 2000, les gains de la FDJ augmentent continûment, passant de 2,7 à 4,7 milliards d'euros, ce qui la place en tête des opérateurs de JHA. De leur côté, le PBJ des jeux en ligne

autorisés par l'ARJEL enregistre une progression régulière et atteint 813 millions d'euros en 2016. Le chiffre d'affaires des jeux de Casino a progressé jusqu'en 2007, puis a diminué de 500 millions d'euros. Depuis 2015, une légère augmentation est observée. Il en est de même pour les résultats du PMU, en hausse depuis cette date. En dépit d'une diminution en 2007, ils ont connu une progression de 18 % entre 2000 et 2016, passant de 1 833 millions d'euros à 2 165 millions d'euros.

§ 1.3.1.4 – Les mesures répressives prévues dans le contrôle de la production

Plusieurs autorités interviennent dans le contrôle de la production de l'alcool, du tabac et des JHA afin de sanctionner les fraudes, les contrebandes, les contrefaçons, les tricheries... Les peines les plus lourdes sont prononcées par les juridictions judiciaires. La loi n° 2018-898 du 23 octobre 2018 met en place une police fiscale rattachée au ministère de l'économie et des finances pour lutter contre la fraude. Elle étend la possibilité de rendre publics les noms des fraudeurs (« *name and shame* »).

1.3.1.4.1 – Les sanctions relatives à la production des boissons alcoolisées

Dans l'intention de faire respecter l'encadrement strict de la production d'alcool en France, les services des douanes assurent des contrôles très réguliers des exploitations agricoles. Tout changement sur l'exploitation doit leur être signifié, qu'il s'agisse de plantations, d'arrachages, de récolte, de stocks, de traitements. Une fois la récolte effectuée, ce sont les cuves, les barriques, les bouteilles, les capsules, les palettes qui sont inspectées. En cas de manquement aux déclarations administratives, le contrevenant s'expose à l'interdiction de vinifier sa récolte. Les sanctions peuvent être plus sévères (confiscation de la production, lourdes amendes, peine de prison), en cas de fraude (mélange à d'autres vins de piètre qualité par exemple), de tromperie (l'usurpation de l'appellation d'origine contrôlée par exemple).

Tout comme en matière de contrôle du tabac, des sanctions pénales (amendes et peines de prison) sont prononcées en cas de contrefaçon (article L.716-9 du Code de la propriété intellectuelle) et contrebande (article 1810 Code général des impôts ; article 414 du Code des douanes).

1.3.1.4.2 – Les sanctions relatives à la production illicite de produits du tabac

La contrebande et la contrefaçon constituent des obstacles majeurs à la lutte contre le tabagisme. Ce trafic illicite peut prospérer à la faveur de hausses des prix du tabac en rendant l'achat de paquet de cigarettes plus abordable. Il a un impact sur le consommateur (la qualité du produit n'est pas garantie), sur les vendeurs légaux (manque à gagner), sur la collectivité (perte de recettes fiscales).

La direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) est en charge de la lutte contre le commerce illicite des produits du tabac. Grâce au dispositif de traçabilité et au marquage de sécurité des produits du tabac, les contrefaçons peuvent être distinguées des paquets et autres emballages authentiques.

Comme les infractions en matière d'alcool, la contrebande de produits du tabac est passible d'amendes et/ou de peines d'emprisonnement. Le Code général des impôts (CGI) prévoit des sanctions pénales. Sont punis d'un an d'emprisonnement, la fabrication de tabac frauduleux, comme sa détention, sa vente (y compris par internet) et son transport (article 1810 du CGI). Cette peine est portée à cinq ans lorsque ces infractions sont commises en bande organisée. De plus, l'article 1791 ter du CGI prévoit une amende de 1 000 à 5 000 euros, en cas de fabrication, de détention, de vente ou de transport illicites de tabac, et, de 50 000 à 250 000 euros lorsque ces faits sont commis en bande organisée.

La production de marchandises contrefaites, comme leur vente, constituent un délit. Selon l'article 716-9 du Code de la propriété intellectuelle, la contrefaçon est punie d'amende jusqu'à 400 000 euros et d'une peine de prison de quatre ans.

1.3.1.4.3 – Les sanctions relatives à la production de jeux de hasard et d'argent

Au sein du service central des courses et jeux du ministère de l'intérieur, plusieurs services sont dédiés au contrôle des activités de jeux.

En ce qui concerne les casinos et les cercles de jeux, outre les enquêtes d'agrément, des sanctions administratives des personnels et des exclusions administratives des joueurs sont prononcées par la division de la surveillance générale des casinos et des cercles (DSGCC).

Dans le domaine des courses de chevaux ou de lévriers, la division des courses (DC) a pour mission de sanctionner toute infraction au Code des courses. Elle exerce également une mission de contrôle des paris engagés sur les parties de pelote basque. La brigade centrale pour la répression des infractions aux courses et jeux (BCRICJ) est chargée de réprimer les infractions en ce domaine et de lutter contre les jeux clandestins ou illégaux.

Pour le secteur des jeux en ligne, internet étant par définition un espace totalement ouvert, la lutte contre les opérateurs illégaux est de fait difficile. Après enquête, l'ARJEL met en œuvre des procédures de blocage des sites illégaux, sur décision du président de l'ARJEL et devant le président du Tribunal de grande instance de Paris. Conjointement avec l'ARJEL, des poursuites pénales peuvent être engagées lorsque des infractions à la législation des jeux en ligne sont constatées.

Des sanctions peuvent être prononcées pour deux situations particulières. Dans le premier cas, en cas de sites illégaux de jeux d'argent, les peines encourues sont de trois ans d'emprisonnement et de 90 000 euros d'amende (jusqu'à sept ans de prison et 200 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en bande organisée). Dans le second cas, en cas de non-respect des obligations légales de l'opérateur, les sanctions vont de l'avertissement simple au retrait de l'agrément avec l'interdiction de solliciter un nouvel agrément pendant un délai maximal de trois ans.

En cas de site illégal, une peine de trois ans d'emprisonnement et une amende de 90.000 euros pourront être prononcées. Lorsque cette infraction est commise en bande organisée, la peine d'emprisonnement est portée à sept ans et l'amende à 200.000 euros, pouvant être assorties de peines complémentaires.

Sous-section 1.3.2 – Le contrôle de la commercialisation

Le contrôle de la commercialisation de l'alcool, du tabac et des JHA consiste en l'association de plusieurs mesures dans différents domaines d'action qui pallient les lacunes des marchés, en protégeant les consommateurs (en particulier vulnérables) de stratégies commerciales trop séductrices.

§ 1.3.2.1 – Les réglementations relatives à la commercialisation des boissons alcoolisées

La politique de commercialisation de l'alcool, comme celles du tabac et des JHA est au carrefour de préoccupations de santé publique et d'intérêts économiques. Le débat public relatif à l'alcool oppose régulièrement les professionnels de santé et spécialistes en addictologie aux lobbyistes alcooliers.

La France demeure le principal marché de ce secteur. Plus de la moitié (60 %) des vins et des eaux-de-vie de vin produits en France y sont consommés (CNIV, 2018). Dans le contexte d'intensification des échanges commerciaux, les ventes par internet augmentent également (430 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2014). En France, le vin est le deuxième secteur d'exportation.

Ce n'est que récemment que les préoccupations de santé publique ont été prises en compte par les pouvoirs publics. Ce sont les ordonnances de 1960 sur la lutte contre l'alcoolisme, la loi Évin du 10 janvier 1991, puis la loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

L'exigence de santé publique se trouve être l'un des axes de la réglementation de l'alcool décrit par Albrecht (2018). En effet, selon cet auteur, la réglementation de l'alcool repose sur quatre piliers qui sont la protection de la jeunesse, la protection de santé publique, la sécurité routière et la politique fiscale qui influence les habitudes de consommation (Albrecht, 2018).

Afin de diminuer la consommation d'alcool, l'examen de la littérature suggère que trois mesures sont particulièrement efficaces : a) l'augmentation du prix de l'alcool, b) la réduction de la disponibilité des points de vente des boissons alcoolisées et c) les restrictions de commercialisation d'alcool (WHO, 2009 ; NICE, 2010 ; Jackson *et al.*, 2010).

1.3.2.1.1. Les autorisations de vente de boissons alcoolisées

Selon l'INSEE, les taxes sur les boissons alcooliques (hors TVA) représentent, chaque année, près de 3,2 milliards d'euros, dont une large part provient des spiritueux (80 %). Les bières et les vins ne représentent respectivement que 11 % et environ 4 % de ce montant (OFDT, 2018a).

L'exploitant d'un restaurant ou d'un débit de boissons alcoolisées doit être titulaire d'une licence selon les produits vendus. Préalablement à l'obtention de cette licence, le futur exploitant doit avoir suivi une formation, intitulée « permis d'exploitation ». Cette formation concerne en particulier la prévention et la lutte contre l'alcoolisme, la protection des mineurs et la répression de l'ivresse publique. Cette formation donne lieu à la délivrance d'un permis d'exploitation qui est valable dix ans.

Conformément aux articles L. 3331-1 à L. 3331-3 du Code de la santé publique (CSP), la Licence III dite restreinte et la Petite licence restaurant (vente par le restaurateur de boissons alcoolisées pour agrémenter les repas) concernent la vente de boissons fermentées non distillées comme le vin ou la bière. La Licence IV dite grande licence et la Licence restaurant sont relatives à la commercialisation des rhums, tafias, alcools distillés et autres boissons alcooliques. Aucune condition de nationalité n'est requise pour l'obtention d'une licence de débit de boissons (restaurant ou à consommer sur place). La vente de boissons alcooliques par des distributeurs automatiques, tout comme l'offre gratuite d'alcool (« *open bars* ») sont interdites (article L. 3322-8 du CSP).

1.3.2.1.2. Les interdictions de vente de boissons alcoolisées

Dans le souci de protéger la clientèle, le législateur a imposé un certain nombre d'obligations. Les boissons non alcoolisées doivent être exposées à l'intérieur des débits, pour favoriser leur achat et réduire par conséquent celle des boissons alcoolisées. La vente de boissons alcoolisées ne peut se faire ni par des distributeurs automatiques (article L. 3322-8 du CSP), ni à crédit, ni gratuite et à volonté (*open bar*) (article L. 3322-9). Les seules exceptions concernent les fêtes traditionnelles, les dégustations autorisées, les offres temporaires de boissons alcoolisées à prix réduit (*happy hour*) à condition que des boissons non alcoolisées soient également disponibles à prix réduit et sur la même période (article L. 3323-1 du CSP).

De plus, des restrictions à la vente de boissons concernent la protection de trois types de personnes : les mineurs, les personnes en état d'ivresse et les conducteurs automobiles.

Premièrement, la vente d'alcool ou l'offre gratuite d'alcool à un mineur est interdite, de même que le fait de faire boire un mineur jusqu'à l'ivresse. Un mineur de

plus de 13 ans, même non accompagné, ne peut avoir accès qu'à un débit de boissons assorti d'une licence de 1^{re} catégorie (prévue pour les boissons sans alcool). Interdiction est faite à un mineur de moins de 16 ans, non accompagné, d'avoir accès à un débit de boissons. Dans ces circonstances, le vendeur peut vérifier la majorité de l'acheteur.

Deuxièmement, toute personne en état d'ivresse manifeste ne doit pas être servie. Un débitant de boissons qui aurait accédé à sa demande en lui donnant à boire est sanctionné d'une amende (article R. 3353-2 du CSP).

Troisièmement, dans l'optique de protection des conducteurs automobiles, est interdite dans les stations-service la vente de boissons alcooliques réfrigérées. Les boissons alcooliques à emporter ne peuvent être vendues également dans les points de vente de carburant entre 18 heures et 8 heures (article L. 3322-9). Les débits de boissons ayant une activité de discothèque doivent cesser de servir de l'alcool au moins une heure et demie avant la fermeture.

Dans les débits de boissons à consommer sur place, qui ferment entre 2h et 7h du matin, obligation est faite aux exploitants de mettre à disposition du public, de façon apparente, des éthylotests chimiques ou électroniques.

1.3.2.1.3. Les prix des boissons alcoolisées

La réglementation du prix de l'alcool est l'un des principaux outils utilisés par les pouvoirs publics pour lutter contre les dommages liés à l'alcool. Il a été démontré que le niveau de prix influe sur le niveau de consommation et le niveau des externalités négatives. Plus précisément, vendre de l'alcool bon marché conduit les individus à boire davantage et à augmenter les préjudices liés à des consommations excessives. À l'inverse, une taxation élevée, associée à un prix d'achat plus élevé, découragent ces consommations et contribuent à une protection de la santé (Chaloupka, Grossman et Saffer, 2002 ; Institute of Alcohol Studies, 2017). Cependant, une augmentation des prix des boissons alcoolisées a comme conséquence un accroissement du commerce transfrontalier, de la production et du commerce illicites d'alcool.

Une taxation est un moyen efficace non seulement d'accompagner des politiques publiques de modération mais aussi est une aide efficace pour contrôler la disponibilité et la consommation d'alcool. Au Canada, en plus des droits d'accise, sont imposés des

prix minimums. Depuis 2014, le Royaume-Uni prohibe les ventes inférieures au prix coûtant. L'Écosse interdit les ventes à achat multiple, qui proposaient des remises en fonction de la quantité de boissons alcoolisées achetées.

Depuis 1955, la Suède a fait le choix d'un monopole d'État de la vente au détail de boissons alcoolisées, comme les spiritueux, le vin et la bière d'un degré d'alcool supérieur à 3,5 %. Ce monopole est géré par la société *Systembolaget* et est détenue par le gouvernement suédois.

En France, des fiscalités différentes sont appliquées, tant du point de vue de la catégorie de boisson alcoolique visée que du territoire où elles s'appliquent. Chaque année, par arrêté ministériel, sont déterminés les tarifs des droits sur les alcools, les boissons alcooliques et les boissons non alcooliques. L'État prélève ainsi des droits d'accises et des cotisations de sécurité sociale, en plus de la TVA (dont le taux est de 20 % pour les boissons à emporter et à livrer et 10 % pour les boissons alcooliques consommées sur place).

En Outre-mer, une fiscalité avantageuse sur les rhums, tafias et spiritueux composés à base d'alcool de cru permet de proposer des prix de vente très bas. Comparativement à la métropole, la consommation quotidienne d'alcool fort est deux fois plus importante dans les DOM et l'alcoolisation fœtale touche cinq fois plus d'enfants selon le sénateur Jomier (ANPAA, 2018). À la Réunion, une fiscalité spécifique exonère en grande partie de taxes les spiritueux et leurs dérivés, issus de la production de cannes à sucre vendus sur place (Mété, 2017), alors qu'elle est l'une des régions françaises la plus touchée par la mortalité liée à l'alcool (ARS, 2018). Le prix de l'alcool pur y est le moins cher de toute la France, alors que les prix des produits alimentaires sont 20 à 30 % plus élevés qu'en métropole.

1.3.2.1.4. Les étiquettes de boissons alcoolisées

Les étiquettes de boissons alcoolisées visent l'information éclairée des consommateurs, dans l'objectif de réduire les risques de dommages liés à l'alcool et d'assurer la transparence et la traçabilité du produit. L'information est montrée à travers une combinaison de logos et de texte. L'étiquetage du vin comporte obligatoirement huit mentions dont la dénomination de vente réglementaire de la catégorie de vin, le titre alcoométrique volumique acquis, la provenance, le volume

nominal, le nom de l'embouteilleur, le numéro du lot, les allergènes, la teneur en sucre et le message sanitaire. Ce dernier est destiné aux femmes enceintes, préconisant la non consommation. En effet, la consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner une gamme étendue d'effets indésirables, comme le syndrome d'alcoolisation fœtale. Toute autre qualification ou commentaire relatif à une valeur hygiénique ou médicale sont interdits (article L. 3322-2 du CSP).

En 2017, en France, une femme sur dix déclare avoir consommé de l'alcool au cours de sa grossesse (Andler *et al.*, 2018). Afin de sensibiliser l'ensemble de la population, les femmes enceintes et celles qui le seront dans les années à venir ainsi que leur entourage, aux risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, obligation a été faite, depuis le 3 octobre 2007, de porter sur chaque unité de conditionnement de boisson alcoolique un message recommandant aux femmes enceintes de ne pas consommer d'alcool (article L. 3322-2 du CSP). Ce message peut prendre la forme un pictogramme ou d'une phrase. L'inscription est la suivante : « *La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité,*



peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant ».

Le pictogramme « femme enceinte », représentant une femme enceinte avec un verre de vin, le tout barré, est apposé sur chaque bouteille d'alcool.

Cette information préventive semble être bien repérée par les femmes enceintes. En effet, en 2017, parmi elles, les femmes ayant consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, et les mères d'enfants de cinq ans ou moins, une grande majorité (86,6 %) a constaté l'existence de ce logo sur les bouteilles (Andler *et al.*, 2018). En 2012, soit cinq ans après sa mise en œuvre, le logo est interprété comme incitant à l'abstinence parmi la quasi-totalité (98,6 %) des femmes enceintes et ayant accouché récemment et ayant connaissance de ce pictogramme (à l'opposé, 1,4 % pour une recommandation de diminution) (Dumas, Toutain, Hill et Simmat-Durand, 2018). Dans une étude plus récente réalisée en France en 2018, et plus largement, 36 % des adultes interrogés n'avaient cependant pas remarqué la présence de ce pictogramme (Spilka *et al.*, 2019). Une étude australienne faisait également état des effets limités de ces messages de mise en garde (Coomber, Martino, Barbour, Mayshak et Miller, 2015).

1.3.2.1.5. L'implantation des points de vente de boissons alcoolisées

La facilité d'approvisionnement en alcool conditionne un niveau plus élevé de consommation. Ainsi, il a été démontré qu'une forte implantation de points de vente est associée à un niveau élevé de violences, de violences domestiques, de blessures, de maltraitance des enfants, d'accidents de la route (Fone et al, 2012) et des conséquences directes ou indirectes sur la santé (Theall et al. 2009). De même, la densité des points de vente est associée positivement à la fréquence du tabagisme chez les adolescents (Lipperman, Grube, Friend et Mair, 2016).

En France, des zones sont interdites à l'implantation de débits de boissons alcoolisées par arrêté préfectoral. Les zones protégées sont les établissements scolaires, de sport, de santé, les entreprises de plus de 1000 salariés, les lieux de cultes, les cimetières, les casernes, les prisons.

Selon le Code de la santé publique (art. L. 3332-1), un débit de boissons à consommer sur place de 3ème catégorie (ayant une licence restreinte pour vendre des boissons des groupes 1 [boissons sans alcool] et 3 [boissons fermentées non distillées et vins doux naturels] ne peut pas s'ouvrir dans les communes où le nombre des établissements de cette nature et ceux de 4ème catégorie (ayant une grande licence pour vendre toutes les boissons) dépasse la proportion d'un débit pour 450 habitants. Cette limitation du nombre de débit par commune a été établie par le gouvernement de Vichy en 1941.

1.3.2.1.6. La publicité restreinte des boissons alcoolisées

Autant la publicité pour le tabac est interdite, autant celle en faveur de l'alcool est seulement limitée. En 2016, les dépenses de publicité pour les boissons alcoolisées atteignaient 600 millions d'euros selon la Cour des comptes (2016). L'objectif de toute publicité sur l'alcool est de banaliser et valoriser sa consommation. Les jeunes, futurs consommateurs, sont sa cible privilégiée. En France, en 2018, presque un quart des adultes interrogés (23 %) ont déclaré se souvenir avoir vu ou entendu une publicité pour une boisson alcoolisée durant la semaine écoulée (Spilka *et al.*, 2019).

Pour sauvegarder les objectifs sanitaires tout en permettant la valorisation des produits, la loi du 21 juillet 2009 autorise la publicité pour les boissons alcoolisées en ligne, sauf sur des sites destinés à la jeunesse.

La loi Évin de 1991 régleme à la fois le contenu du message publicitaire et les médias par lesquels ces publicités sont diffusées. Elle pose l'interdiction de toute publicité à la télévision et au cinéma de boissons dont le titre alcoométrique est supérieur à 1,2 %. Le parrainage d'événement sportif ou culturel est interdit. Cependant, lors de compétitions internationales télévisées, l'exposition aux marques d'alcool des téléspectateurs ne peut être évitée. A ce sujet, une étude récente a montré que cette exposition a un impact sur les attitudes. Des appréciations plus positives à l'égard de ces marques et de l'alcool en général ont été mesurées (Zerhouni, Bègue et O'Brien, 2019).

La publicité est autorisée dans la presse pour adultes, sur les panneaux d'affichage et sur les sites internet visant un public adulte, de façon « *ni intrusive, ni interstitielle* » (article L. 3323-2 du CSP). Le contenu ne doit faire référence qu'aux qualités gustatives et olfactives du produit. Enfin, depuis la loi du 26 janvier 2016, pour les alcools ayant une appellation de qualité ou issus du patrimoine culturel et gastronomique, est autorisée une publicité dite « rédactionnelle » sous forme de contenus, images ou encore descriptions ayant une visée promotionnelle (terroir, zone de production, savoir-faire...).

§ 1.3.2.2 – Les réglementations relatives à la commercialisation des produits du tabac

En raison de l'implication passée de l'État français en tant que fabricant et distributeur des produits du tabac, la législation sur la commercialisation des produits du tabac est relativement récente. La première loi française relative à la lutte contre le tabagisme, dite loi « Veil », est votée le 9 juillet 1976, suite à la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1974, invitant les États à restreindre ou interdire la promotion du tabac. La loi du 10 janvier 1991 sur la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi « Évin », complétée par le décret du 29 mai 1992, consolide les objectifs de santé publique promus par la loi de 1976. En 2007, le décret Bertrand complète ce dispositif juridique d'encadrement. L'ensemble de ces dispositions ont pour objectif de dénormaliser les produits du tabac en réduisant l'appétence des jeunes pour ces produits.

1.3.2.2.1. Les autorisations de vente des produits du tabac

La vente des produits du tabac est un monopole d'État. Elle est confiée exclusivement à des buralistes et des revendeurs agréés, qui s'engagent à vendre des produits du tabac aux prix publiés au Journal officiel de la République française, sans percevoir d'autres avantages que la remise légale consentie par les fournisseurs. Pour cette mission de service public, le débitant est indemnisé à hauteur de 9,94 % de ses ventes de tabac (Douanes et droits indirects, 2018b). Placé sous le contrôle des douanes, chaque établissement doit posséder une licence et respecter des conditions strictes pour s'approvisionner et revendre les produits du tabac. En 2015, la France comptait 25 315 débits de tabac (La vie des entreprises, 2017). La vente de produits du tabac par distributeur automatique est interdite.

La revente de tabac est également possible dans trois types d'établissements. Il s'agit de débits de boissons à consommer sur place (cafés, bars, hôtels...), titulaires d'une licence de troisième ou quatrième catégorie ou de restaurants titulaires d'une « licence restaurant », de stations-service implantées sur le réseau autoroutier et des établissements militaires et pénitentiaires.

Selon la Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects (DGDDI), en 2011, il est estimé que 80 % des achats se font dans des réseaux légaux, 15 % sont des achats légaux hors réseau (« *duty free* », achats transfrontaliers légaux notamment) et 5 % sont des achats illégaux hors réseau (contrebande, contrefaçon, achats sur internet). Des fabricants de tabac surapprovisionnent parfois certaines zones frontalières (cas de la condamnation de British American Tobacco par le Royaume Uni pour avoir livré trop de cigarettes au marché belge où les taxes sont moins élevées).

En 2017, le chiffre d'affaires généré par la vente de tabac s'élève à 18 milliards d'euros. Bien que la part du tabac à rouler tende à augmenter, ce sont les cigarettes qui sont largement consommées en France, avec une part de marché de 80 % du total des ventes (OFDT, 2017). Au 1^{er} mars 2018, le prix d'un paquet de 20 cigarettes « bas de marché » était de 7,50 euros et de 8 euros celui de cigarettes « premium » (Douanes et droits indirects, 2018a).

Depuis la loi de finances rectificative n°2014-1655 du 29 décembre 2014, l'achat de cigarettes est interdit par internet.

La directive 2014/40/UE du Parlement européen et du conseil de l'Union européenne qui reprend la directive 2001/37/CE règlemente la composition des produits du tabac, l'étiquetage et le conditionnement. La présentation est identique pour toutes les marques de tabac et exempte de toute forme de reconnaissance marketing (logo, couleurs, forme, images, inscription commerciale, etc.), afin de supprimer toute attractivité de la marque et le rôle de marqueur social du packaging. L'emballage doit comporter des avertissements sanitaires afin de ne pas contribuer à la promotion ou à l'incitation de fumer. Le paquet neutre amplifie l'efficacité des messages sanitaires (Gallopel-Morvan, 2013). Les mineurs mémorisent davantage des avertissements sanitaires lorsqu'ils se trouvent sur des paquets standardisés que sur des paquets classiques (Beede et Lawson, 1992 ; Goldberg, Liefeld, Madill et Vredenburg, 1999).

Afin de lutter contre le trafic illégal du tabac, les fournisseurs d'accès à internet et les hébergeurs ont l'obligation d'informer les consommateurs de l'illégalité de leur achat de tabac via internet, sous peine de sanctions pénales.

1.3.2.2.2. Les interdictions de vente aux mineurs

Aux États-Unis, il a été montré que 90 % des fumeurs adultes ont consommé à fumer dès l'âge de 18 ans (US Department of Health and Human Services, 2014) et fumer à l'adolescence une cigarette par mois est associé à un tabagisme quotidien à l'âge adulte (Saddleson *et al.*, 2016 ; Sargent, Gabrielli, Budney, Soneji et Wills, 2017). Parce que les jeunes sont une cible privilégiée des industriels du tabac, le législateur, en interdisant la vente de tabac aux mineurs, a souhaité retarder l'initiation au tabagisme. Aux termes de l'article L. 3511-2-1 du CSP, la vente ou l'offre gratuit de produits du tabac, comme des dispositifs de vapotage, à un mineur de moins de dix-huit ans dans les débits de tabac ou autres commerces est interdite. Cette interdiction est conforme la préconisation de la convention-cadre de lutte anti-tabac de l'OMS (CCLAT) (article 16).

1.3.2.2.3. Le paquet neutre

Les adolescents sont particulièrement sensibles à l'image des marques et au marketing en général. Dans le cadre d'une approche globale de réduction du nombre de décès et de pathologies dus au tabagisme, la Convention cadre de l'OMS de lutte

anti-tabac (CCLAT) engage chaque État signataire au contrôle du conditionnement et à l'étiquetage des produits du tabac afin de mieux informer les consommateurs des risques pour la santé (article 11).

En France, le paquet neutre a été rendu obligatoire le 1^{er} janvier 2017 et concerne les paquets de cigarettes manufacturées et les paquets de tabac à rouler. L'Australie a été le premier pays à adopter ce conditionnement en 2012. Des études concordantes réalisées en Australie ont montré que l'adoption de l'emballage standardisé de paquets de cigarettes réduisait l'attrait des paquets et des marques de cigarettes, notamment chez les adolescents (Wakefield *et al.*, 2015 ; White, Williams et Wakefield, 2015). D'autres pays l'ont également imposé, il s'agit du Royaume-Uni (2017), de la Nouvelle-Zélande (2018), de la Norvège (2018) et de l'Irlande (2018), de la Hongrie (2019).

En date du 3 avril 2014, la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du conseil de l'Union européenne, reprenant la directive 2001/37/CE du 5 juin 2001, réglemente l'étiquetage et le conditionnement. La présentation est identique pour toutes les marques de tabac et exempte de toute forme de reconnaissance marketing (logo, couleurs, forme, images, inscription commerciale, etc.), afin de supprimer toute attractivité de la marque et empêcher le rôle de marqueur social du packaging. Sont ainsi interdits, par la législation européenne, les emballages attrayants, qui imitent ceux des rouges à lèvres afin de ne pas inciter la consommation de la population féminine. En France, la mise en place de ce paquet neutre participe de la volonté de protéger les jeunes afin d'éviter leur entrée dans le tabagisme. La réglementation du paquet neutre est établie conformément au programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 (axe 1) et à l'ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes. De son côté, l'arrêté du 19 mai 2016 fixe les modalités des avertissements sanitaires sur les unités de conditionnement en particulier ceux des cigarettes.

L'emballage est standardisé, d'une couleur unie et foncée et comprend trois types d'information : a) un avertissement sanitaire combiné, b) un avertissement général et c) un message d'information (article L. 3512-22 du CSP) (figure 3).



Note : les avertissements sanitaires graphiques apposés sur les produits du tabac en France, sont issus d'une banque d'images mise à la disposition par la Commission européenne, par pays, accessible sur leur site internet : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/healthwarnings_france.pdf

Figure 3. Avertissements sanitaires combinés sur les paquets de cigarettes vendus en France

Selon l'article 6 de l'arrêté de 2016, les avertissements sanitaires dits combinés sont composés d'un message d'avertissement choisi dans la liste ci-dessous et d'une photographie en couleurs, issue de la bibliothèque d'images proposées par l'Union Européenne. Le choix du message sanitaire s'établit parmi les quatorze énoncés ci-après :

1. Fumer provoque 9 cancers du poumon sur 10.
2. Fumer provoque le cancer de la bouche et de la gorge.
3. Fumer nuit à vos poumons.
4. Fumer provoque des crises cardiaques.
5. Fumer provoque des AVC et des handicaps.
6. Fumer bouche vos artères.
7. Fumer augmente le risque de devenir aveugle.
8. Fumer nuit à vos dents et à vos gencives.
9. Fumer peut tuer l'enfant que vous attendez.
10. Votre fumée est dangereuse pour vos enfants, votre famille et vos amis.
11. Les enfants des fumeurs ont plus de risques de devenir fumeurs.
12. Arrêtez de fumer : restez en vie pour vos proches.
13. Fumer diminue la fertilité.
14. Fumer augmente le risque d'impuissance.

En dessous du message d'avertissement, sont inscrites des informations relatives au sevrage tabagique sous la forme suivante : « *Pour arrêter de fumer : www.tabac-info-service.fr ou 3989 (appel non surtaxé)* ». L'ensemble de ce message sanitaire

combiné doit correspondre à 65 % de la surface extérieure avant et arrière de l'unité de conditionnement.



Le message d'avertissement général est le suivant : « *Fumer tue* ». En dessous du message d'avertissement, chaque paquet comporte un pictogramme relatif au programme d'aide au sevrage dédié aux femmes enceintes (article 5).

Enfin, le message d'information correspond à la phrase suivante : « *La fumée du tabac contient plus de 70 substances cancérigènes* ».

Le paquet neutre amplifie l'efficacité de messages sanitaires comme « *Fumer tue* » et supprime la désinformation des consommateurs comme les mentions « *légères* », « *light* » ou encore « *mild* » qui ont pu faire croire à une moindre dangerosité du produit (Gallopel-Morvan, 2013). Il a été montré que l'emballage neutre a un effet dissuasif pour les non-fumeurs et permet de lutter contre la commercialisation qui vise à maintenir le tabagisme des fumeurs (Gallopel, Hoek et Rieunier, 2018).

Deux types d'avertissements relatifs à la santé sont présents sur chaque paquet. Ils doivent couvrir 65 % de l'avant et de l'arrière du paquet. Des études ont montré que des avertissements sanitaires sont mieux mémorisés par des adolescents lorsqu'ils se trouvent sur des paquets standardisés que sur des paquets classiques (Beede et Lawson, 1992 ; Goldberg, Liefeld, Madill et Vredenburg, 1999).

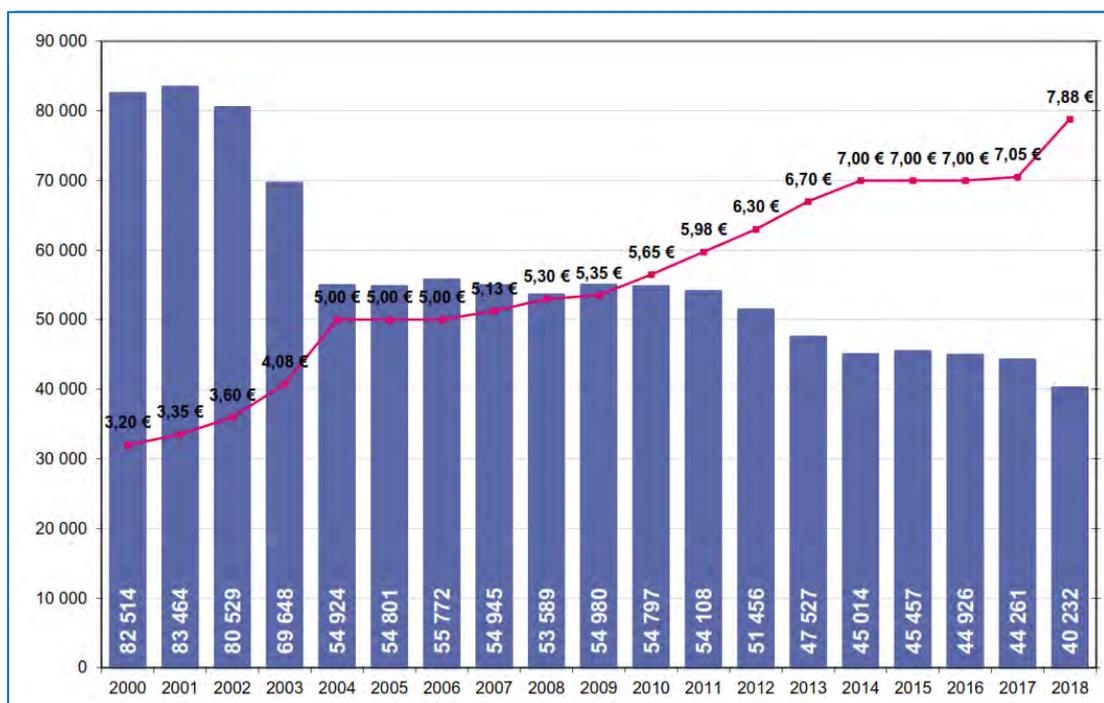
Il est bien documenté que les étiquettes de mises en garde sont des moyens efficaces pour contribuer au changement d'attitudes et de comportements des fumeurs. Ces étiquettes d'avertissement contribuent à une meilleure connaissance et perception du risque. Les informations de prévention suscitant des réactions émotionnelles fortes sont efficaces pour dissuader de fumer et pour motiver l'arrêt du tabac (Bader, Shihab, Al-Rimawi et Hawari, 2018), ou encore à prévenir le tabagisme, en particulier chez les jeunes (Hammond, 2011). En matière de santé publique, il a été analysé que les appels à la peur par des messages crus et des images terribles sont particulièrement efficaces pour accroître les chances de changement de comportement (Allen et Witte, 2004).

Une revue de la littérature réalisée en 2017 fait état d'une diminution de l'attrait du paquet neutre. Comparativement au tabac des emballages de marque, le tabac dans des emballages standardisés était perçu comme d'une qualité inférieure et les messages

de mises en garde sanitaires des paquets neutres ont attiré davantage l'attention visuelle (McNeill *et al.*, 2017). Également une étude auprès d'adolescents français entre 2016 et 2017 a montré que le paquet neutre et les avertissements graphiques contribuaient à modifier leurs perceptions, en particulier à augmenter la nocivité perçue du tabac (Lesueur, Bolze, Gomajee, White et Melchior, 2018). Les adolescents étaient plus enclins à craindre les conséquences dommageables du tabagisme. Cela s'est accompagné d'une baisse des expériences de tabagisme dans cette population. Ces résultats étayent ceux d'une étude australienne (Australian Government, Department of Health, 2016).

1.3.2.2.4. Les prix des produits manufacturés du tabac

En France, parmi les mesures de lutte contre le tabagisme, la hausse de la fiscalité et donc des prix a été mise en place depuis 2002. Fin 2017, six hausses ont été annoncées avec l'objectif d'atteindre un prix moyen du paquet de 10 euros en 2020. Ces augmentations des prix du tabac pratiquées en France se sont traduites par une diminution du nombre de fumeurs. Entre 2016 et 2018, on dénombre 1,6 million de fumeurs en moins (Bourdillon, 2019). Ces hausses de taxes et des prix incitent les fumeurs à réduire ou à arrêter leur consommation, dissuadent les anciens fumeurs de reprendre et les non-fumeurs de commencer. Elles ont aussi comme conséquence de changer les comportements de consommation, comme par le transfert d'achat vers l'e-cigarette.

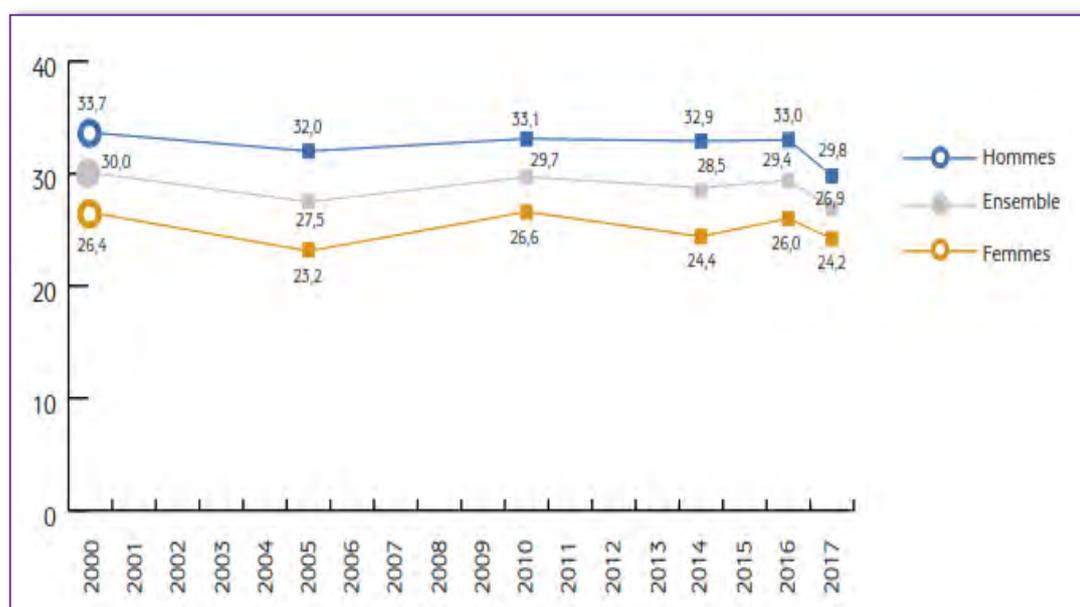


Source : DGCCI

Note : reproduit à partir de « Tableau de bord TABAC », Lermenier-Jeannet, A., 2019, mars OFDT, p. 3. Consulté sur <https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt190325.pdf>

Figure 4. Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix des cigarettes de la marque la plus vendue, entre 2000 et 2018

Le graphique 4 met en relation le prix de vente du paquet de 20 cigarettes le plus vendu avec la quantité vendue. On observe que le prix moyen du paquet de 20 cigarettes le plus vendu (Malboro) est en hausse constante de 3,20 euros en 2000 à 7,88 euros en 2018. Son prix a été multiplié par environ 2,5. Cette augmentation s'accompagne d'une baisse plus ou moins importante de la consommation de cigarettes. En effet, entre 2014 à 2017, où le prix unitaire est à peu près constant (7 euros), la quantité de cigarettes vendues ne varie guère (autour de 45 000 millions d'unités). En revanche, en 2004, alors que le prix unitaire a fortement augmenté de 4,08 euros à 5 euros (soit une hausse de 22,5 %), les ventes baissent de près de 11 millions d'unités et cela se maintient les années suivantes. Aussi, on peut en déduire que les hausses fortes du prix réduisent les ventes, alors que les hausses modestes ne provoquent pas ce résultat.



Source : enquête Baromètre santé – Santé publique France

Note : reproduit à partir de « Tabagisme et arrêt du tabac en 2018 », Lermenier-Jeannet, A., 2019, février. OFDT, p. 5. Consulté sur https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf

Figure 5. Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe en France parmi les 18-75 ans, entre 2000 et 2017

Selon la figure 5, en 2017, 26,9 % des personnes âgées entre 18 et 75 ans consomment quotidiennement du tabac (soit 13,3 cigarettes en moyenne par jour). Cette consommation quotidienne concerne 29,8 % des hommes (14,2 cigarettes) et 24,2 % des femmes (12,2 cigarettes). Le tabagisme féminin reste inférieur à celui des hommes mais poursuit la même évolution. Après une relative stabilité entre 2000 et 2016, le tabagisme quotidien tend à diminuer récemment. Entre 2016 et 2017, cette prévalence a diminué de 2,5 points.

Du point de vue de l'État, en 2017, en France, les taxes sur le tabac prélevées s'élevaient à 11,4 milliards d'euros et seront de 16,6 milliards d'euros en 2020 avec un prix du paquet de cigarettes à 10 euros en moyenne selon le site Addict Aide. La fiscalité appliquée aux tabacs manufacturés comprend un droit de consommation, 20 % de TVA et une remise brute versée au débitant de tabac. En 2018, sur le prix d'un paquet de cigarettes « bas de marché » de 7,80 euros, 5,22 euros sont prélevés en droit de consommation et 1,30 euro en TVA. Le reste est réparti entre le buraliste (0,75 euros) et le fabricant (0,53 euros) (Douanes et droits indirects, 2018a). En France, en 2017, 8,96 milliards de cigarettes ont été vendues illégalement par des réseaux de contrebande (Project SUN 2017 KPMG United Kingdom, 2018). Si ce volume des

cigarettes de contrebande et de contrefaçon avait été vendu légalement, l'État français aurait perçu 2,093 milliards d'euros en recettes fiscales. Les hausses de prix se sont soldées notamment par une hausse des achats dans les pays limitrophes où les prix sont plus bas (Lermenier-Jeannet, 2019) et par un accroissement des achats illicites sur les marchés parallèles. Depuis la promulgation de la loi du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude, les circuits illicites de vente sont plus durement sanctionnés.

Farrell et Fry (2013) ont montré qu'en Australie le développement du commerce illicite de tabac était lié à l'augmentation du prix. En effet, alors que la politique anti-tabac est l'une des plus efficaces de l'OCDE avec une baisse significative du nombre de fumeurs, la fiscalité élevée (les taxes représentaient 70 % du prix du paquet de cigarettes en 2005) a eu pour conséquence d'encourager le marché noir, avec des produits plus toxiques (mélange avec d'autres substances, spores de moisissures, présence de métaux lourds).

1.3.2.2.5. L'interdiction de la publicité des produits du tabac

La première loi en France relative à la lutte contre le tabagisme, la loi « Veil » de 1976, a visé à interdire la publicité en faveur des produits du tabac, en particulier lors des manifestations sportives ou à destination des mineurs. L'article 13 de la Convention cadre de l'OMS de lutte anti-tabac (CCLAT) engage chaque État signataire à l'interdiction de la promotion des produits du tabac (article 13).

Désormais, toute propagande ou publicité en faveur du tabac ou de dispositifs électroniques de vapotage, qu'elle soit directe ou indirecte est interdite en France. Il a été démontré que les interdictions partielles ont peu d'effets car les compagnies de tabac investissent leurs efforts dans les autres formes de publicité autorisée (Saffer et Chaloupka, 1999).

L'article 23 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prohibe désormais toute publicité pour le tabac dans les lieux de vente (article L. 3512-4 du CSP). De plus, toute distribution gratuite de produits du tabac est prohibée. Il en est de même pour toute opération de parrainage lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte de ce produit (articles L. 3512-4 du Code de la santé publique).

Cependant, cette interdiction souffre de plusieurs exceptions. Les publicités sont autorisées dans des publications et communications en ligne qui s'adressent aux professionnels de la filière, sur les affiches à l'intérieur des débits de tabac et invisibles de l'extérieur (article L. 3512-4) et lors de retransmissions télévisuelles de compétitions de sport mécanique depuis des pays où la publicité du tabac est autorisée (article L. 3512-6).

§ 1.3.2.3 – Les réglementations relatives à la commercialisation des jeux de hasard et d'argent

D'abord interdits pour protéger l'ordre public (lutte contre toute activité criminelle) et préserver l'ordre social (protection de la santé publique et des mineurs) (Le Gall, Haddak et Japiot, 2019), les jeux d'argent sont devenus aujourd'hui une véritable industrie. On parle d'ailleurs d'industrie du jeu. Le marché est extrêmement dynamique et propose sans cesse de nouvelles formes de jeux pour fidéliser sa clientèle. Les politiques publiques ont pu faciliter le développement des JHA grâce à l'autorisation de publicité, l'autorisation de création de salles de jeux, de casinos, l'autorisation d'installation de machines à sous, jusqu'aux émissions de jeux télévisés.

Des jeux d'argent populaires ont été créés selon des critères commerciaux et en vue d'attirer de nouveaux joueurs. Ils ont été intégrés au tourisme de masse (courses hippiques par exemple) et à l'industrie du divertissement (McMillen, 2005). La stratégie des casinotiers est d'attirer le plus possible de joueurs et de les fidéliser, en proposant des espaces attractifs et spacieux et en diversifiant leurs activités (complexe hôtelier, services de restauration, spectacles). Pour stimuler la demande, la Française des Jeux accroît le nombre de jeux de grattage et de tirage, développe les ventes numérisées, propose une offre de compétition de jeux vidéo. Le réseau des buralistes, considérés comme agents des douanes et en situation de monopole concernant la vente au détail des produits du tabac, constitue également le premier réseau de distribution pour les jeux (Française des jeux, Pari mutuel urbain).

En 2017, la Française des Jeux a recueilli plus de 15,1 milliards d'euros de mises, dont 14,5 milliards par le réseau des détaillants (Française des Jeux, 2017). Ce réseau comprend 30 800 points de vente (bars, tabacs, magasins de journaux), répartis sur plus de 11 000 communes. Ce sont les jeux de grattage qui ont remporté le plus de

mises (7,4 milliards d'euros), suivi des jeux de tirage et jeux express (5,2 milliards d'euros) et les paris sportifs (2,5 milliards d'euros) (Française des Jeux, 2017). En cette même année, le total des mises du PMU se sont élevées à 9,92 milliards d'euros. Au 31 décembre 2017, l'ARJEL a recensé 1 670 000 joueurs en ligne.

Le succès grandissant de ces activités attise en particulier l'espoir du gain chez les personnes les plus défavorisées, au point que les prélèvements fiscaux sur les jeux ont pu être qualifiés d'« impôt sur la fortune du pauvre » (de Rocquigny, 2019). Le produit brut (dépenses nettes des joueurs) était de l'ordre de 10,05 milliards d'euros, dont la répartition est la suivante : 46,52 % pour La Française des Jeux, 22,76 % pour les Casinos, 21,17 % pour le PMU (réseau physique) et 9,54 % pour les Jeux en ligne (Casinos de France, 2018). Les 200 casinos implantés en France emploient environ 15 000 personnes. Ils ont réalisé un produit brut des jeux de 2,293 milliards d'euros pour l'exercice 2016-2017 dont 1,946 milliards d'euros (85 %) par les machines à sous. Les casinos sont fréquemment les premiers contribuables de leur commune d'accueil. En 2017, ils ont versé à l'État et aux communes 1,225 milliards d'euros de fiscalité (Casinos de France, 2018).

En 2018, sur les 200 millions d'euros de recettes que le Loto du patrimoine a générés, 14 millions ont été prélevés sous forme de taxes (6 millions à la sécurité sociale, 4 millions au centre national pour le développement du sport et 4 millions de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et 20 millions ont été reversés à la fondation du patrimoine. Le reste a été partagé entre les joueurs (144 millions) et la Française des jeux (22 millions).

1.3.2.3.1. Les interdictions de commercialisation des jeux de hasard et d'argent

Parce que les jeunes sont particulièrement à risque, tous les jeux d'argent sont interdits aux mineurs. Cette interdiction s'étend des jeux sur support physique (jeux de hasard comme le Loto ou les jeux à gratter, les jeux de casino (roulette, black jack par exemple), le poker, les paris sportifs ou hippiques, jusqu'aux jeux en ligne. La protection des mineurs est un des objectifs de la loi du 12 mai 2010 selon laquelle : *« Les opérateurs de jeux d'argent et de hasard légalement autorisés sont tenus de faire obstacle à la participation de mineurs (...) aux activités de jeu ou de pari qu'ils*

proposent ». Lors de toute connexion à un site de jeux en ligne, un message doit avertir que les JHA sont interdits aux mineurs. Lors de l'inscription, la date de naissance du joueur est requise, ainsi qu'à chacune de ses visites sur le site de l'opérateur. Il est à noter que même si le mineur ne joue pas, son entrée est interdite dans les casinos. Les seules exceptions dans lesquelles sa participation est autorisée concerne l'organisation de loterie, de loto ou de tombola dans un cadre associatif ou celui d'une fête foraine.

L'interdiction des jeux d'argent aux mineurs est relativement mieux respectée par les sites de jeux en ligne que les jeux avec support physique, en dehors des casinos. En effet, lors de l'ouverture d'un compte, il est nécessaire de faire la preuve d'avoir l'âge requis par un document officiel et non pas simplement de déclarer être majeur.

Également, l'opérateur de jeux en ligne est tenu de s'opposer à la participation de personnes interdites de jeu ou exclues de jeu à leur demande, en se référant aux fichiers des interdits de jeu. Il est tenu de clôturer le compte en cas de survenue d'une interdiction ou d'une exclusion (article 26 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010).

Enfin, en France, la vente de produits de jeux comme les cartes à gratter ne peut se faire par distributeur automatique .

1.3.2.3.2. L'obligation de délivrer une offre de « jeu responsable »

Dans le cas des jeux en ligne, le régulateur délègue à l'opérateur une partie substantielle de qui est nommé l'offre de « jeu responsable ». Dans l'objectif de prévenir et de lutter contre les comportements de jeu excessif ou pathologique, les opérateurs de jeux ou de paris en ligne doivent mettre en place un certain nombre de dispositifs sur leur site de jeux.

Afin de favoriser la stratégie de jeu responsable, l'opérateur a l'obligation de mettre en place des mécanismes d'auto-exclusion, de modération et d'auto-limitation des dépôts et des mises. Pour les cercles de jeu en ligne, le joueur doit pouvoir auto-limiter son temps de jeu. Selon Auer et Griffiths (2013), les limitations volontaires de dépôt avaient comme conséquence de diminuer les dépenses de jeu des joueurs de casino et de loterie. La fixation d'une limite de temps avait pour effet de réduire les dépenses de jeu des joueurs de poker.

L'opérateur a également une obligation d'information. Le joueur doit connaître son solde instantanément et être averti, par des messages de mises en garde, des risques

liés à un jeu excessif. Il doit également être informé de l'existence de procédures d'auto-exclusion. Selon les travaux d'Auer, Hopfgartner et Griffiths (2018) en Norvège, les informations rappelant aux joueurs qu'ils viennent de dépenser 80% de leur limite personnelle réduisaient de façon significative le montant d'argent joué.

L'objectif d'une autre étude, de ces précédents auteurs, réalisée auprès de 175 818 joueurs en ligne de Kindred était d'évaluer les effets de la fixation volontaire de limites sur la fidélité des joueurs aux opérateurs, à l'aide de données de suivi de comportement (Auer, Hopfgartner et Griffiths, 2019). Dans chacun des dix groupes d'intensité de jeu, de taille égale et constitués en fonction du montant des paris, la part des joueurs actifs était plus élevée dans le groupe des joueurs qui avaient déterminé préalablement des limites volontaires de jeu que les joueurs qui n'en avaient pas fixé. Ces résultats suggèrent que la fixation de limites de dépenses favorise la fidélité des joueurs dans le temps.

Finalement, la réglementation des jeux en ligne est préventive et non dissuasive. Cette différence est majeure car les opérateurs ont l'obligation de diffuser des messages préventifs en vue d'un jeu « responsable ». Ces messages visent à rappeler au joueur qu'il doit garder la maîtrise de son jeu alors qu'il n'a pas la maîtrise du jeu. Cet environnement renvoie au consommateur la responsabilité de « jouer responsable », en présumant cette aptitude alors que, dans le même temps, paradoxalement les stratégies mises en place par l'opérateur de jeu ne visent qu'à accroître son intérêt.

1.3.2.3.3. La publicité encadrée des jeux de hasard et d'argent

Le dispositif légal relatif à la publicité des JHA est centré essentiellement sur les mineurs. En raison de leur vulnérabilité, ils doivent être particulièrement protégés. Les communications commerciales des opérateurs de jeu, sous surveillance du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA), sont autorisées sous réserve du respect de deux conditions.

Premièrement, chaque communication doit comporter un message sanitaire, de mise en garde contre le jeu excessif ou pathologique et un message précisant un moyen d'information et d'assistance. Le jeu concerné ainsi que l'annonceur doivent être clairement identifiés dans chaque publicité.

Deuxièmement, ces communications publicitaires ne doivent cibler directement les jeunes. Conformément à la loi du 12 mai 2010, elles sont prohibées dans les programmes pour la jeunesse, ainsi que trente minutes précédant et suivant leur diffusion. Elles ne doivent en outre pas mettre en scène des mineurs ni les inciter à jouer.

Il existe également une autre restriction. Lorsque le joueur s'est auto-exclu et durant la période d'impossibilité d'ouverture d'un nouveau compte, l'opérateur doit s'abstenir de lui adresser une communication commerciale. Cette interdiction de communication commerciale s'applique également aux anciens joueurs interdits de jeu.

En dehors de ces dispositions qui régulent la publicité, subsiste un moyen pour les entreprises de jeux d'argent de se faire connaître. Il s'agit du parrainage sportif. Cette stratégie marketing est particulièrement efficace pour adresser une image positive auprès du grand public.

Dans la pratique, la publicité sur les lieux de vente notamment, le marketing sur les réseaux sociaux et le sponsoring des JHA contribuent à asseoir leur « normalisation » dans le paysage des loisirs et peut finalement contourner l'interdiction de cibler les jeunes.

§ 1.3.2.4 – Les mesures répressives prévues dans le contrôle de la commercialisation

Il n'est point question de prohibition. Bien au contraire, la commercialisation des produits de l'alcool, du tabac et des JHA représente un intérêt financier non négligeable pour l'État. Les politiques de contrôle relèvent, dès lors, un défi délicat : garantir que ces consommations demeurent récréatives tout en assurant qu'elles restent rentables. Dans cette perspective, les mesures répressives visent à sanctionner toute offre illégale et tout produit contraire aux réglementations en vigueur.

1.3.2.4.1. Les sanctions relatives à la commercialisation de boissons alcoolisées

Dans l'objectif de protection de la santé publique, des contrôles sont effectués dans les établissements de débits de boissons afin de s'assurer de la conformité, de l'hygiène et de la sécurité des produits vendus. Ces contrôles permettent également de garantir la traçabilité des denrées. Ils sont effectués par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP), la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP) et la Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DDCCRF). Toute vente de boissons alcoolisées qui n'a pas fait l'objet d'une déclaration ou qui ne respecte pas les conditions requises est punissable d'une amende de 6 000 euros. Il en est de même lorsque le conditionnement ne respecte pas les conditions requises (notamment message sanitaire) (article L. 3351-1 du CSP).

1.3.2.4.1.1. Les fermetures judiciaires et administratives

A la différence d'autres commerces, les débits de boissons sont soumis à un encadrement juridique strict, pour des motifs de santé publique et d'ordre public. Une des illustrations en est la péremption de la licence lorsque l'exploitant interrompt son activité pendant trois ans (art. L3333-1 du CSP). Il existe d'autres cas de fermetures, non plus volontaires, mais forcées en cas de décision de l'autorité judiciaire ou administrative.

Obligatoire ou facultative, temporaire ou définitive, la fermeture judiciaire peut avoir lieu en cas d'infraction aux règles d'ouverture ou d'exploitation des débits. En cas d'ouverture illicite, une amende de 3 750 euros est prononcée ainsi que la fermeture définitive de l'établissement (article L. 3352-2).

La fermeture administrative a lieu lors d'infraction aux règlements des débits et restaurants pour une durée maximale de six mois (article L. 3332-15 alinéa 1). Elle est prononcée par le préfet, le maire et dans certains cas le ministre de l'intérieur. Lorsque l'activité de l'établissement a porté atteinte à l'ordre public, à la santé publique, à la moralité publique ou la tranquillité publique (par exemple en cas de tapage nocturne), la fermeture administrative peut être prononcée pour une durée maximale de deux mois (article L. 3332-15 alinéa 2). En cas d'actes criminels ou délictueux commis au sein

de l'établissement par la clientèle, le débit de boissons peut être condamné à la fermeture pour une période de six mois (article L. 3332-15 alinéa 3). Les sanctions relatives à la commercialisation des produits d'alcool concernent également l'exploitant. Il peut voir sa responsabilité civile ou pénale engagée.

1.3.3.4.1.2. La mise en cause de la responsabilité de l'exploitant d'un débit de boissons

Tout gérant d'établissement proposant de l'alcool doit avoir suivi préalablement à la délivrance du permis d'exploitation une formation qui a pour objet notamment de prévenir l'ivresse publique et de protéger les mineurs, dans une perspective de santé publique. Aux Pays-Bas, il a été constaté que la hausse de l'âge légal pour la vente de boissons alcoolisées, passant de 16 à 18 ans a eu pour effet d'augmenter le niveau de conformité des vendeurs d'alcool à la nouvelle législation. Après deux ans de changement de politique, ils étaient jusqu'à trois fois plus susceptibles de se conformer à la politique de limite d'âge d'alcool (Schelleman-Offermans, Roodbeen et Lemmens, 2017).

En France, en raison de l'interdiction de vente ou d'offre d'alcool à tout mineur, il appartient au gérant ou au propriétaire du débit de boissons ou du commerce de vérifier la majorité de l'acheteur en lui demandant une pièce d'identité. La peine encourue est une amende de 7 500 euros en cas de vente ou d'offre d'alcool à un mineur. En cas de récidive, sa peine est portée à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. Si le débitant ne respecte pas l'interdiction de recevoir des mineurs de moins de 16 ans non accompagnés ou s'il a reçu des mineurs de plus de 13 ans alors qu'il ne possède pas une licence 1 (de première catégorie et associée aux boissons sans alcool), une amende correspondant aux contraventions de classe IV lui est adressée.

La responsabilité du gérant d'un débit de boissons peut être engagée s'il ne refuse pas la vente de boissons alcoolisées à des clients manifestement ivres (article R. 3353-2 du CSP). Il encourt une amende d'un maximum de 750 euros.

1.3.2.4.2 – Les sanctions relatives à la commercialisation des produits du tabac

En France, la vente au détail des produits à base de tabac est assurée par un monopole géré par l'administration des douanes (DGDDI), qui établit des contrats de gérance avec les débitants de tabac. Ceux-ci deviennent des préposés de l'administration.

Afin de respecter l'interdiction de vente aux mineurs depuis le décret du 25 mai 2010, les buralistes doivent demander à leurs clients de présenter la preuve de leur majorité par pièce d'identité ou document officiel comportant une photographie. Le fait de ne pas respecter cette interdiction expose le vendeur à une amende prévue pour les contraventions de 4^e classe, sauf s'il fait la preuve qu'il a été induit en erreur sur l'âge du client. Or, dans les faits, comme l'a constaté la Cour des Comptes (2016), les contrôles des débits de tabac sont très rares. Selon la Cour, un débitant de tabac ne risque d'être contrôlé par un agent des douanes qu'une fois tous les 100 ans.

La vente à distance (par internet ou par téléphone) de produits du tabac manufacturé est interdite (article 568 du CGI). Cette infraction est punie d'une amende de 1 000 à 5 000 euros et jusqu'à un an de prison. De même, la contrebande qui correspond à l'importation sans déclaration ou en dehors des limites autorisées est punissable d'un emprisonnement d'une durée de trois ans, de la confiscation de l'objet frauduleux et moyens de transport utilisés ainsi que d'une amende comprise entre une à deux fois la valeur de la marchandise. Cette peine de prison est portée à dix ans, assortie d'une amende pouvant aller jusqu'à dix fois la valeur de la marchandise lorsque cette dernière est dangereuse pour la santé. L'importation ou l'exportation de produits du tabac contrefaits en vue de les vendre sont passibles d'une peine d'emprisonnement de quatre ans et de 400 000 euros d'amende (article L. 716-9 du Code de la propriété intellectuelle).

Constitue également un délit la vente à la sauvette, à condition qu'un arrêté municipal l'interdise sur le territoire communal concerné. Cette vente est punie de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende (article 446-1 du Code pénal).

Les infractions à l'interdiction de propagande ou de publicité du tabac, d'offre gratuite de cigarettes sont punies de 100 000 euros d'amende (articles L.3512-2 et L. 3515-3 du Code de la Santé publique). Son montant maximum peut être porté à 50 %

du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale, en cas de propagande, de parrainage, de publicité ou de mécénat interdits (article L. 3512-2). En cas de récidive, l'amende est de 200 000 euros et le tribunal peut interdire pendant une durée d'un à cinq ans la vente des produits qui ont fait l'objet de l'opération illégale (article L. 3515-3, 22° III).

1.3.2.4.3 – Les sanctions relatives à la commercialisation des jeux de hasard et d'argent

Le non-respect des règles juridiques relatives à la commercialisation des JHA entraîne le prononcé de sanctions, à l'égard des opérateurs de jeux en ligne ainsi qu'à l'égard des exploitants de casinos.

En cas de manquement à ses obligations, un opérateur agréé pourra être sanctionné par un simple avertissement jusqu'au retrait de son agrément assorti de l'interdiction de solliciter un nouvel agrément pendant un délai maximal de trois ans. Lorsqu'une personne a organisé une publicité en faveur d'un site de paris ou de jeux d'argent illégal, elle pourra se voir infligée une amende au minimum de 100 000 euros et jusqu'au quadruple du montant des dépenses publicitaires consacrées à cette activité non autorisée.

En ce qui concerne l'exploitation des casinos, en cas d'inobservation du cahier des charges ou des clauses de l'arrêté ministériel, l'autorisation de concession peut être révoquée par le ministre de l'intérieur (loi du 15 juin 1907 relative aux casinos).

Sous-section 1.3.3 – Le contrôle de la consommation

En France, on dénombre 13 millions de fumeurs de tabac et 5 millions de consommateurs d'alcool selon le Plan national de Mobilisation contre les addictions 2018-2022. Face aux risques sanitaires potentiels ou réels que ces consommations peuvent faire peser sur la collectivité, les pouvoirs publics ont choisi de conjuguer des stratégies de réduction des méfaits et de désincitation à consommer. Plus précisément, il s'agit de la mise en place de politiques de prévention et de réduction des risques et d'un encadrement juridique strict des pratiques de consommation. La protection des mineurs reste une préoccupation constante et commune aux politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des JHA.

§ 1.3.3.1 – De la prévention, à la réduction des risques

Édicter des normes de comportement sans en expliquer le sens est contradictoire avec les valeurs cardinales d'autonomie et de liberté propres à une démocratie. Au-delà du produit et en-deçà de toute censure sociale ou juridique, les politiques de prévention et de réduction des risques ont comme objectif commun de favoriser l'information et de dissuader les consommations excessives d'alcool, de tabac et de JHA. Aider dans la prise de conscience des risques encourus et accompagner l'utilisateur dans les changements d'attitude et de comportement procèdent de la même démarche : mettre la personne consommatrice au centre de ces initiatives, en tant qu'expert de son expérience et acteur de sa prise en charge.

1.3.3.1.1 – La prévention

Chaque année, le 31 mai, à l'initiative de l'OMS, est organisée la « Journée mondiale sans tabac » afin de sensibiliser les populations aux effets nocifs du tabac et en décourager la consommation. Il n'existe pas de journée mondiale sans alcool ou sans jeu d'argent. Seule est organisée la journée internationale de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

Si l'objectif de ces campagnes vise à réduire les consommations nocives, les stratégies de prévention ont tendance à couvrir l'ensemble de la population et non à cibler les plus gros buveurs ou les plus gros fumeurs uniquement. En matière de santé publique, les stratégies de prévention généralisée sont les plus efficaces car les mesures mises en œuvre détournent les personnes de consommation nocive et génèrent, également, des effets positifs à l'égard de consommateurs modérés.

Selon la loi de Ledermann, issue du livre « Alcool, alcoolisme, alcoolisation » de Sully Ledermann (1956), la consommation moyenne d'alcool dans une population détermine la proportion de buveurs excessifs. Dès lors, une politique publique qui réduit la consommation moyenne d'alcool aura comme conséquence positive de faire baisser la part des buveurs problématiques et, par suite, l'impact négatif de leurs usages sur la société. Aussi, selon cette logique, une politique de prévention sera d'autant plus efficace qu'elle s'adresse à des buveurs occasionnels ou potentiels pour qu'ils

diminuent leur consommation, qu'à seulement des consommateurs d'alcool installés dans une pratique addictive.

Ces dispositifs d'incitation à l'abstinence permettent de doter les individus et les populations de moyens de faire des choix optimaux en matière de protection de la santé et de prise de risques. Une étude réalisée aux États-Unis a montré combien un programme de prévention sur l'alcool et le tabac améliorerait sensiblement les connaissances et attitudes des jeunes (Wade-Mdivanian *et al.*, 2016). En fin de compte, la prévention se situe à l'interface des contraintes sociales et de l'autonomie individuelle. Classiquement et conformément à la proposition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle renvoie au moment où l'action préventive est mise en place et se répartit en trois temps. On distingue la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

La prévention primaire est destinée à empêcher qu'un problème ou un trouble ne se produise. Elle vise aussi à réduire les consommations et à modifier les modes de consommation, en valorisant une éducation pour la santé. Le législateur a prévu une sensibilisation obligatoire au risque tabagique dans les classes primaires et secondaires, dans le cadre de l'éducation à la santé (article L. 3511-2 du Code santé publique). Ce sont aussi les campagnes d'information affichée de prévention du tabagisme, les spots télévisés qui font la promotion d'une vie sans tabac. Entre 2002 et 2008, de nombreuses campagnes antitabac ont été menées, notamment sur la composition des cigarettes, la manipulation des adolescents par les industriels du tabac ou encore sur le tabagisme passif. Les programmes éducatifs en milieu scolaire sur l'alcool visent à éviter le passage à l'abus ou à l'addiction, en informant sur les risques des consommations, en promouvant des repères sur des consommations à moindre risque. Les campagnes de prévention relatives au tabac, accompagnées par des hausses régulières et importantes du prix des cigarettes ont permis de modifier l'image positive du tabac et d'en diminuer la consommation.

Il est connu que la précocité du premier usage d'un produit est un facteur favorisant la poursuite de la consommation et l'installation d'un usage à risque ou à problème. Par exemple, des programmes de prévention interactifs sur la nicotine à destination des jeunes âgés de 13 à 18 ans ont montré des résultats intéressants (Calabro *et al.*, 2017). Certaines stratégies montrent une efficacité certaine auprès des

jeunes notamment lorsqu'elles s'appuient sur l'éducation par les pairs (« peer-to-peer ») (Cousson-Gélie *et al.*, 2018). Il en est de même lorsque les interventions utilisent des méthodes interactives sollicitant les compétences psychosociales des jeunes (les programmes basés sur le développement de la confiance en soi et de l'estime de soi par exemple), celles qui font appel à des composantes multiples impliquant plusieurs acteurs autres que l'institution scolaire et les parents ou encore celles qui prévoient des informations et de l'aide à distance (plateforme internet comme MAAD Digital, envoi de SMS, tchat...).

Il s'agit de diminuer certains facteurs de risques et/ ou de renforcer des facteurs de protection. « *Pour votre santé, l'alcool c'est maximum deux verres par jour, et pas tous les jours* », tel est le message que le Ministère des solidarités et de la santé et Santé publique France a choisi de diffuser lors de la campagne d'information en 2019. On parle ainsi à l'égard de l'alcool de consommation responsable, qui correspond au fait de consommer avec modération, sans créer de préjudice pour le buveur ou pour autrui (Babor *et al.*, 2003).

Pour être persuasifs et efficaces, ces programmes de prévention doivent être adaptés aux représentations sociales des populations visées, par exemple au regard des représentations sociales différentes de la drogue et du cannabis selon le sexe et l'âge (Dany et Apostolidis, 2002) ou encore de l'alcool dans la Marine nationale (Casanova, Berger, Meynard, Apostolidis et Michel, 2018).

La prévention secondaire consiste à enrayer les comportements à risque déjà installés et à éviter qu'ils ne s'aggravent, en ciblant certaines populations comme les « personnes à risques ». C'est le cas de la prévention en milieu festif comme les concerts, les raves et les discothèques. Elle met l'accent sur les facteurs de vulnérabilité et le style de consommation. A l'égard des adolescents, au lieu de proposer l'abstinence totale, il s'agit par exemple de retarder l'usage de la cigarette ou de l'alcool pour ne pas s'orienter vers des consommations régulières voire des addictions. Consommer dès le début de l'adolescence augmente le risque de devenir dépendant. Cette prévention à l'égard des jeunes est nécessaire car la grande facilité d'accès à l'alcool, au tabac et aux jeux d'argent discrédite à leurs yeux les interdictions qui ont été posées à leur rencontre (Milhet, Bergeron, et Hunt, 2013). A l'égard des adultes, il s'agit de promouvoir une consommation d'alcool responsable et modérée.

Relativement à l'alcool, ont été créés des programmes de raccompagnement à domicile des personnes alcoolisées ou encore la pratique du « conducteur désigné ».

La prévention tertiaire a pour objectif de prendre en charge les consommateurs fragilisés en vue d'éviter un ancrage dans un comportement à risque problématique. Spécifiquement, il s'agit de maintenir l'abstinence et d'éviter les rechutes. En ce qui concerne l'alcoolisme, l'analyse des éléments d'installation du problème est susceptible d'aider à prévenir la rechute en assurant la réadaptation des sujets stabilisés. Cet accompagnement peut être fait par les services de post cure, les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les mouvements d'anciens buveurs (Association des Alcooliques Anonymes par exemple). Il s'agit aussi d'interventions psychologiques plus classiques comme les conseils psychologiques, les psychothérapies individuelles ou de groupes.

En fin de compte, les campagnes de prévention contre le tabagisme ou contre l'alcoolisme ou encore contre les risques de jeu d'argent excessif ont pour objectif de modifier les représentations et croyances de l'intéressé lui-même, de son entourage et de la population plus largement. Ces dispositifs de prévention, comportant des dimensions attitudinale et normative, contribuent à renforcer le sentiment d'auto-efficacité en valorisant la maîtrise du comportement. « *Restez maître du jeu, fixez vos limites* » préconise la Française des Jeux. Les messages de prévention des JHA appellent donc à la mesure, les campagnes anti-alcool valorisent la modération alors que les campagnes anti-tabac prônent l'abstinence.

1.3.3.1.2 - La réduction des risques

Grâce à une politique de santé prônant la réduction des risques, le Royaume Uni a réussi à diviser par deux son taux de prévalence tabagique (15,5 % aujourd'hui). Lancée en 2012, la campagne *Stoptober* encourage les fumeurs à cesser leur consommation pendant 28 jours par des campagnes médiatiques, des interventions sur le lieu de travail ou encore des programmes en ligne (Department of Health & Social Care, 2018). Il a en effet démontré qu'une abstinence pendant 28 jours multiplie par 5 les chances de rester non-fumeur (Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019). De même, depuis 2014, les Pays-Bas organisent une campagne d'abstinence tabagique *Stoptober*. Dans une étude, il a été démontré qu'après trois

mois, 71,8 % des répondants avaient arrêté de fumer et la consommation des fumeurs assidus avait diminué (Troelstra, Harting et Kunst, 2019). En France, depuis 2016, chaque année, est organisée une campagne d'aide à l'arrêt du tabac (#MoisSansTabac) pendant 30 jours, au mois de novembre (appli Tabac info service, ligne téléphonique, kit « Moi(s) sans tabac », spots, affiches, animations dans les grandes villes...) (Guignard *et al.*, 2018). Arrêter de fumer augmente l'espérance de vie : à 40 ans amélioration de 7 ans, à 50 ans de 4 ans et à 60 ans de 3 ans, selon la Haute Autorité de Santé (2013).

Pour la première fois en France, en janvier 2019, a été mis en place « le mois sans alcool », à l'image de l'invitation (« *Dry January* ») qui est faite chaque année en Grande-Bretagne depuis 2012 de ne pas boire d'alcool durant le mois de janvier, afin de retrouver une meilleure santé après des fêtes de fin d'année. L'objectif est de changer les habitudes et de transformer le mode de vie des consommateurs réguliers. Il a été observé en Grande-Bretagne que les personnes ayant suivi cette campagne boivent moins dans les mois qui suivent (de Visser, Robinson et Bond, 2016) et que les participants à la campagne bénéficient d'un meilleur sommeil, d'un plus grand bien-être et d'un sentiment de satisfaction personnelle (Hamilton et Gilmore, 2016). Pour encourager les jeunes générations à rester sobres et à se détourner du « *binge drinking* », une application « *Dry January* » a même été créée, elle calcule les économies réalisées et le nombre de calories évitées.

Ce dispositif est l'illustration des nouveaux outils numériques de prévention facilement accessibles (e-coaching, mailings automatisés par exemple) qui sont utilisés dans le cas de l'aide au sevrage tabagique en France (Nguyen Thanh *et al.*, 2018). Il symbolise le déploiement de l'e-Santé dans la lutte contre les conduites addictives. Cette approche e-Santé, reflet du développement de l'informatique et de la société mobile, s'appuie largement sur les réseaux communautaires et sociaux, la téléconsultation, la télémédecine, l'aide téléphonique, les applications mobiles, afin de réduire notamment l'écart entre le nombre de personnes souffrant d'addiction et le nombre de personnes effectivement prises en charge (*treatment gap*) (Thierry et Reynaud, 2019).

Dans le domaine des JHA, dans l'optique également de réduction des risques, des initiatives de type « aller-vers » ont été menées. La Fédération Addiction (2018),

en partenariat avec la Française des Jeux, a mis en place deux dispositifs : « Accompagnement des missions des binômes addiction sans substance (ASS) » et « Visites rencontres en Points de Vente volontaires FDJ ». Pratiquement, il s'agit d'aller à la rencontre des joueurs et des détaillants, sur les points de vente, afin de constituer des « passerelles » dans l'accès aux soins, par la sensibilisation sur les risques potentiels et l'intervention précoce. A cette stratégie d'information sur les risques potentiels, un autre moyen de prévention est de limiter chez le joueur la perception de contrôle sur le jeu et d'augmenter le contrôle de soi. Ainsi le décret n° 2010-624 du 8 juin 2010 impose-t-il aux opérateurs de jeu de diffuser le message de prévention « Jouer comporte des risques : endettement, dépendance » (ou « endettement, isolement » ou « dépendance, isolement »). Sur les sites en ligne, des dispositifs d'auto-exclusion et d'auto-limitation du joueur participent de ces politiques de réduction des risques (Hing et Nuske, 2012).

Pendant longtemps, le traitement des consommations excessives et problématiques a mis l'accent sur le produit lui-même en visant une diminution de sa consommation. Or, les résultats ont été peu convaincants sur le long terme car les objectifs de sevrage et d'abstinence ont été perçus par les consommateurs concernés trop élevés voire utopiques. De plus, dans le champ de la prévention primaire relative à l'utilisation de substances nocives, il a été montré que fournir des informations et améliorer la prise de conscience des risques encourus étaient insuffisants à changer le comportement. Le changement ne peut venir que lorsque les valeurs, les attitudes, les croyances du consommateur sont prises en compte. Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA, 2019a) met l'accent sur la nécessité de faire évoluer les représentations autour de l'alcool et des perceptions du risque alcool, en dehors de mesures coercitives. Il insiste sur l'objectif d'un rejet progressif de l'alcool (comme pour le tabac) par les consommateurs eux-mêmes (dépendance, coût...) et les non-consommateurs (accidents, violences, troubles à l'ordre public...). L'approche de réduction des risques (« *harm reduction* ») est devenue une alternative intéressante.

Initialement créée dans les années 1980 pour limiter les risques infectieux (VIH, VHC) associés aux produits injectables (héroïne en particulier), cette démarche est reconnue par l'OMS comme étant une des politiques de santé publique les plus

efficaces. En France, cette politique de réduction des risques est officiellement reconnue par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Dans l'optique de réduire les effets néfastes de consommations à risque, elle propose de prendre en compte non seulement la personne dans sa problématique de consommation, le produit, mais aussi son style de vie en vue de l'accompagner par étapes vers le changement, ceci au moyen d'actions individuelles et collectives, tant médicales que sociales. Par exemple, dans cette perspective, s'agissant de troubles de l'usage d'alcool, des équipes d'intervenants ont relevé différentes dimensions à considérer : les répercussions d'un état modifié de conscience, la qualité de la boisson, les façons de consommer, les contextes, la perception par le consommateur lui-même et son entourage du comportement d'usage. Dans cette approche de « prendre soin », le consommateur est le premier expert à écouter (Fédération addiction, 2019).

Pour aider au sevrage tabagique, l'e-cigarette (cigarette électronique ou vapoteuse) fait désormais partie des stratégies de réduction des risques. Pour lutter contre le tabagisme, diverses mesures ont montré leur efficacité à travers la diminution sans précédent du nombre de fumeurs entre 2016 et 2018, soit 12 % de moins (1,6 million de fumeurs en moins) (Bourdillon, 2019). Ces mesures concernent la mise en place du paquet neutre depuis le 1^{er} janvier 2017, du remboursement des substituts nicotiques, des campagnes d'information régulières du ministère de la Santé, de Santé publique France, l'Institut national du Cancer (INCa) et de l'Assurance maladie.

D'autres moyens sont proposés. Outre les traitements de substitution (comme la méthadone pour l'alcool, les substituts nicotiques pour le tabac), des accueils sont offerts dans des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), créés en 2002, afin d'accompagner la personne dans son projet de sevrage ou de reprise de contrôle de sa consommation. L'aide personnalisée peut être à la fois médicale, psychologique ou sociale.

Également, font partie des recommandations internationales, les programmes d'éducation thérapeutique (ou psychoéducation), en ce qui concerne la prévention des risques et des rechutes. Par des informations et un soutien, ces programmes visent à donner aux patients les moyens d'être actifs dans le processus de soin, les aidant en particulier à gérer des situations à risques. Ces personnes sont invitées à verbaliser

leurs représentations, leurs connaissances et leurs besoins, afin de consolider l'abstinence ou d'aider à la diminution de leurs consommations (réduction des risques).

D'autres programmes utilisent le groupe comme espace d'interactions et d'entraide. Ce sont les programmes de renforcement des compétences psychosociales et de soutien par les pairs à destination des jeunes. Par exemple, le plan national de santé publique « Priorité prévention » (2018) prévoit la généralisation des « ambassadeurs élèves » dont le rôle est de diffuser des messages de prévention auprès des autres élèves. Ce sont aussi des groupes de parole ; des réunions de psychoéducation pour des patients hospitalisés pour sevrage ; des ateliers de gestion du stress (relaxation et respiration) ; des ateliers sur les fausses croyances ; des ateliers « argent et tabac » (Haas *et al.*, 2015) ; des groupes d'affirmation de soi ; des programmes cognitivo-comportementaux en addictologie (An, He, Zheng et Tao, 2017), basés sur le modèle de prévention de la rechute (Kostogianni et Varescon, 2012). Dans le domaine de l'addictologie, les entretiens motivationnels qui visent à augmenter la motivation intrinsèque du sujet à entreprendre un changement ont montré des résultats satisfaisants (Krigel *et al.*, 2017 ; Magill *et al.*, 2018 ; Jonsson, Hodgins, Munck et Carlbring, 2019).

Finalement, l'ensemble de ces propositions participe à la dénormalisation de la consommation de tabac, d'alcool et de JHA ainsi qu'à la promotion des comportements favorables à la santé. Il est d'ailleurs intéressant de noter que, dans le domaine des JHA, Baxter, Hilbrecht et Wheaton (2019) ont montré que lorsque le secteur privé exploite le jeu, ce sont les facteurs de risques qui sont mis en avant par les opérateurs, alors que, lorsque les États ont adopté une politique de santé publique, l'accent est mis sur le traitement et les moyens de réduction des risques.

Ces mesures s'inscrivent dans une approche dynamique de responsabilisation afin de modifier le rapport individu-produit. Elles visent à mobiliser les ressources de l'utilisateur en vue de renforcer son *empowerment*, c'est-à-dire son implication et sa capacité d'agir, lorsque sa capacité d'autocontrôle a été défaillante.

§ 1.3.3.2 – Les réglementations relatives à la consommation

Ne pas nuire à autrui, ni à la société sont les limites aux consommations d'alcool, de tabac et de JHA. Plus précisément, la liberté de consommation reconnue à toute personne majeure existe tant que son choix n'est pas préjudiciable aux tiers.

La diminution de la « tolérance » culturelle au tabac et à l'alcool expliquerait les diminutions de ces produits dans la population française et serait le signe de l'efficacité des politiques de contrôle.

La réglementation du tabac comporte des obligations positives, telles que celles concernant des mentions ou avertissements sanitaires, mais aussi une gamme étendue de prohibitions, portant notamment sur la composition des produits, la publicité ou la propagande directe ou indirecte en leur faveur, leur vente aux mineurs et leur usage dans les lieux publics et de travail.

1.3.3.2.1. Les réglementations relatives à la consommation d'alcool

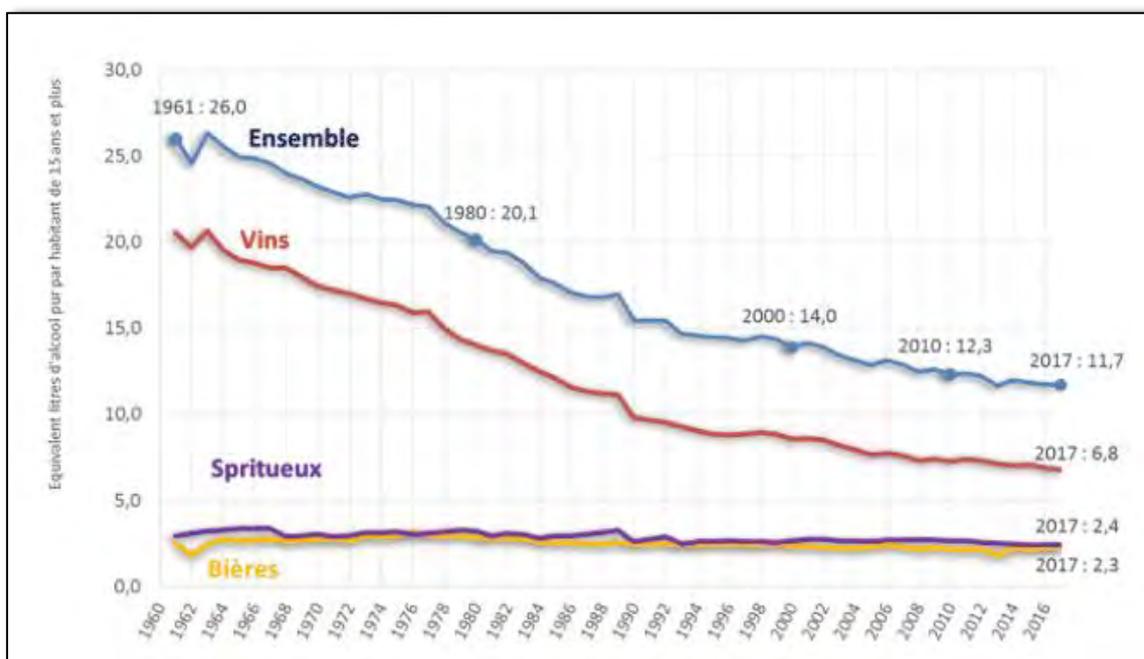
Bien que la consommation d'alcool en France soit en baisse depuis plusieurs années, elle reste l'une des plus élevées en Europe et dans le monde. L'alcool demeure la substance psychoactive la plus consommée en France. Cette consommation représente 60 % des vins et spiritueux produits en France. En 2017, plus de 3,5 milliards de bouteilles de vin ont été consommées sur le territoire. Le budget moyen annuel de vins pour la consommation à domicile s'élève en 2016 à 202,7 euros (CNIV, 2019).

Certaines régions (Bretagne, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon) sont marquées par une surconsommation à l'âge adulte (Beck, Legleye, Le Nézet et Spilka, 2008). Une culture de l'enivrement est fortement valorisée en Bretagne, par exemple, et se transmet de génération en génération. Le vin reste la boisson emblématique de la culture française. Après les États-Unis, la France est le deuxième pays consommateur de vin au monde, devant l'Italie (CNIV, 2018). Tout comme l'apéritif et le digestif, le vin fait partie intégrante du « *repas gastronomique des Français* » classé au patrimoine immatériel de l'humanité par l'UNESCO depuis 2010. Le vin appartient « *au patrimoine culturel, gastronomique et paysager protégé de la France* » (article L. 665-6 du Code rural, article 22 loi n°2014-1170 du 13 octobre 2014). Il existe aujourd'hui l'œnotourisme. Chaque année, en France, 10 000 caves touristiques sont

visitées par plus de 10 millions de personnes. Ce contexte favorise la consommation d'autant que la pression sociale et la communication commerciale l'y invitent. On constate par exemple que 56 % des personnes interrogées en 2018, âgées de 18 à 75 ans, déclarent qu'offrir ou consommer de l'alcool fait partie des règles de savoir-vivre et 45 % considèrent que boire de l'alcool avant 18 ans est acceptable (Spilka *et al.*, 2019).

En France, cette consommation est estimée à 2,5 verres de 10 g d'alcool par jour et par habitant. Près d'un adulte sur deux consomme de l'alcool au moins une fois par semaine et 10 % chaque jour, en particulier les plus de 50 ans. En France, sur 100 femmes enceintes, 32 consomment au moins une fois de l'alcool pendant leur grossesse et 3 de façon hebdomadaire (MILDECA, 2019b).

Relativement à la consommation d'alcool, celle-ci s'élève à 11,68 litres d'alcool pur par habitant, âgé de 15 ans et plus, en 2017. Elle est en diminution de 16 % par rapport à 2000 (13,92 litres), selon l'INSEE/OFDI (OFDI, 2018b).



Source : OMS, groupe IDA, Insee/OFDI

Note : reproduit à partir de « Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur) », par OFDI. (mis à jour août 2018). Consulté sur <https://www.ofdi.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>

Figure 6. Évolution de la quantité d'alcool consommée en France par habitant de 15 ans et plus, de 1961 à 2017 (en litres équivalents d'alcool pur)

D'après la figure 6, sur la période de 1961 à 2017, les quantités d'alcool consommées en France enregistrent une forte diminution. Passant de 26 litres par habitant à 11,7 litres, la consommation globale a été divisée par plus de deux en 56 ans (soit 14,3 litres d'alcool en moins consommés). Cette diminution correspond à celle de la consommation de vin qui est passée de 21 litres en 1961 à 6,8 litres en 2017. Les consommations de bière et de spiritueux sont relativement stables (respectivement 2,3 litres et 2,4 litres en 2017).

En 2017, 87 % des adultes âgés de 18 à 75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année, 40 % en consomment au moins une fois par semaine et 10 % en consomment quotidiennement. Pour les hommes, la consommation moyenne un jour type est de 2,8 verres alors qu'elle est de 1,8 pour les femmes (Richard *et al.* 2019).

Pour sa propre consommation, toute personne adulte peut rapporter certaines quantités d'alcool d'un autre pays européen (90 l de vin) ou d'un autre pays (4 l de vin) (site douane.gouv.fr).

1.3.3.2.1.1. Les lieux de consommation de boissons alcoolisées

Dans les bars, restaurants, commerces et lieux publics, aucune boisson alcoolisée ne peut être servie à un mineur de moins de 18 ans. De plus, ne peuvent être consommées des boissons alcoolisées gratuites et à volonté dans des soirées ou discothèques à entrée payante, les « open-bars » étant interdits. Cependant, les dégustations « dans le cadre de fêtes et de foires traditionnelles déclarées » et les « stages œnologiques » restent autorisés. Dans les stations-service, il n'est pas possible d'acheter de l'alcool entre 18h et 8h, ni d'acheter des boissons alcoolisées réfrigérées.

Relativement à la consommation d'alcool sur le lieu de travail, selon le Code du travail, l'état d'ivresse est banni (article R. 4228-20). Il est interdit d'introduire ou de distribuer des boissons alcoolisées, sauf le vin, la bière, le cidre, le poiré. L'employeur peut autoriser ces boissons pour le restaurant d'entreprise ou lors d'occasion particulière (fête de fin d'année, pot de départ...). Il peut aussi interdire tout alcool dans l'entreprise pour des raisons de sécurité. De plus, obligation lui est faite d'empêcher l'entrée ou le séjour dans l'entreprise de toute personne en état d'ivresse (article R. 4228-21). Il n'a d'ailleurs pas besoin de prouver le degré précis de cet état d'ivresse pour refuser cet accès. Enfin, il ne peut être prévu d'attribuer des boissons alcoolisées aux salariés comme avantage en nature. Toutefois, des boissons alcoolisées peuvent être servies lors de repas et constitueront un avantage en nature. Le règlement intérieur de l'entreprise peut prévoir une limitation voire une interdiction de tout usage d'alcool sur le lieu de travail (article R. 4228-20 du Code du travail). Il peut déterminer les conditions d'éventuels contrôles d'alcoolémie auprès des employés, sur prescription du médecin du travail.

1.3.3.2.1.2. Les niveaux d'alcoolémie autorisés

L'alcool est un facteur de risque important pour les accidents de la circulation (blessures et décès). Les politiques publiques ont fixé des niveaux d'alcoolémie empêchant la conduite d'un véhicule motorisé sous l'emprise de l'alcool. Une étude a révélé qu'un taux d'alcoolémie compris entre 0,2 et 0,5 g/l multiplie le risque par trois

de décès du conducteur. Lorsqu'il est situé entre 0,5 et 0,8 g/l, ce risque est multiplié par au moins six et il est multiplié par 11, entre 0,8 et 0,10 g/l, (Killoran, Canning, Doyle et Sheppard, 2010).

En France, le taux d'alcool maximum autorisé au volant est de 0,5 g/l de sang (soit 0,25 mg/l d'air). La plupart des pays européens ont adopté ce même taux.

D'autres États ont adopté une politique de « tolérance zéro » à l'égard de l'alcool au volant, comme la Bulgarie, la Roumanie, la Hongrie, la Slovaquie et la République tchèque, avec un taux de 0 %. L'Estonie, la Suède et la Pologne ont opté pour un taux de 0,2 g/l. Au Royaume-Uni, il est fixé à 0,8 g/l. De même, aux États-Unis, le taux d'alcoolémie toléré au volant est de 0,8g/l mais il est interdit d'avoir une bouteille d'alcool ouverte dans un véhicule et la vente d'alcool est interdite aux moins de 21 ans.

A l'égard des jeunes conducteurs et des conducteurs professionnels, comme de nombreux pays ayant imposé des limites plus basses, la France a abaissé le niveau d'alcoolémie à 0,2g/l, en cas de permis probatoire et pour la conduite de transports en commun.

1.3.3.2.2. Les réglementations relatives à la consommation de tabac

Aujourd'hui, en France, le tabac est en voie de dénormalisation, grâce aux campagnes de prévention promues par l'État et aux législations successives, à commencer par la « loi Veil » (1976) qui introduit les premières restrictions à l'usage du tabac et réglemente la publicité le concernant, suivie par la loi alcool-tabac dite « loi Évin ».

Pourtant, pendant des années, parallèlement au mouvement de valorisation de la cigarette comme objet d'affirmation de soi, de symbole de liberté et d'émancipation, l'État français a lui-même favorisé la démocratisation de l'usage du tabac. Il suffit de penser à la distribution gratuite de cigarettes dans la ration du soldat (les cigarettes de troupe). Cette dotation de tabac aux soldats date du XVIII^e siècle et a été supprimée en 1972. L'État français a créé également un monopole de la culture du tabac en France, de sa fabrication et de sa vente par le Service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes (S.E.I.T.A., plus tard Seita). Ce n'est qu'en 1971, pour la première fois, qu'officiellement, la S.E.I.T.A. n'a plus pour finalité l'augmentation de la

consommation de tabac en France, et donc du nombre de fumeurs. A cette époque, la taxation sur le paquet de cigarettes représentait 87 % du prix. Ces éléments pourraient sans doute expliquer les mesures tardives de prévention en la matière. Après la privatisation de la Seita en 1995, l'État français cède sa participation en 2000. Aujourd'hui, Seita est une filiale française du groupe Imperial Brands PLC (Imperial Tobacco).

Grâce à l'intensification des politiques de lutte antitabac en France (hausse progressive du prix du tabac, instauration du paquet neutre, augmentation de la fréquence des campagnes anti-tabac, remboursement des substituts nicotiques, opération Mois sans tabac [adaptation du programme britannique *Stoptober* qui encourage l'abandon du tabac], communications régulières...), 1,6 million de personnes sont devenues non-fumeuses en France, soit une baisse d'environ 12 %, entre 2016 et 2018. La prévalence du tabagisme quotidien est aujourd'hui de 25,4 %. Chaque fumeur quotidien consomme 13 cigarettes par jour (Bourdillon, 2019). Cette consommation reste très élevée comparativement à l'Islande, à la Finlande, au Royaume-Uni, à la Suède, à l'Australie et aux États-Unis (WHO, 2018d). La Finlande, qui a comme objectif de parvenir à une société sans fumée de tabac d'ici 2040, applique l'une des politiques de lutte contre le tabagisme les plus strictes au monde. Actuellement, seulement 16% de la population adulte fume quotidiennement (WHO Europe, 2018).

1.3.3.2.2.1. La réglementation des lieux de consommation du tabac

Le droit des non-fumeurs à ne pas être exposés à la fumée de tabac est expressément reconnu dans le texte de la loi n°91-32 du 10 janvier 1991 dite « Évvin » et auparavant par le décret du 12 septembre 1977 pris en application de la loi du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme (loi Veil). Or, pour des raisons historiques et économiques, l'application de ces lois fut loin d'aller de soi dans un pays ouvertement tolérant au tabagisme. Des établissements scolaires et des hôpitaux ont continué de « tolérer » les fumées de cigarettes alors que rapidement dans d'autres États européens, des moyens de lutter contre le tabagisme passif ont été mis en œuvre : dès 2004 en Irlande et en Norvège, en 2005 en Italie, en Belgique, en Suède, en 2006 en Espagne, par exemple. En France, il faut attendre 2006 pour qu'une nouvelle

réglementation (décret Villepin n°2006-1386 du 15 novembre 2006) voit le jour et se substitue au décret d'application de la loi Évin. Puis, en 2008, l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif est étendue aux lieux dits de « convivialité » (cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos). Le décret n°2016-1117 du 11 août 2016 vient renforcer ces dispositions.

Désormais, l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif concerne les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail, les transports collectifs ; les espaces non couverts comme les écoles, collèges et lycées, ainsi que des établissements destinés à l'accueil des mineurs et les aires collectives de jeux (décret du 11 août 2016). Cette interdiction s'étend aux produits de vapotage. Leur usage est prohibé dans tout établissement destiné aux jeunes, les transports en commun ou encore les lieux de travail fermé et les lieux couverts à usage collectif. De plus, aucun occupant d'une voiture ne doit fumer en présence d'un mineur de moins de 18 ans (article L. 3512-9 du CSP), sous peine d'une contravention de quatrième classe (article R. 3515-4 du CSP).

Des emplacements peuvent être aménagés et mis à la disposition des fumeurs, mais les mineurs ne peuvent y avoir accès. Ces espaces, d'une superficie au plus égale à 20 % de la superficie de l'établissement d'accueil, doivent obligatoirement bénéficier d'un dispositif d'extraction d'air par ventilation mécanique pour assurer un renouvellement de l'air. Ils doivent posséder des fermetures automatiques.

En voiture, il est interdit de fumer au volant dès lors que la cigarette dans la main empêche une bonne conduite. Il est en effet considéré que la cigarette au volant, comme le téléphone portable, entrave les mouvements et le champ de vision du conducteur, en application de l'article R 412-6 du Code de la route. Cette infraction est passible d'une contravention de deuxième classe.

Depuis 2015, il est interdit de fumer dans les aires de jeux des parcs de Paris. Cette interdiction a été étendue à titre d'expérimentation, en juillet 2018, à six parcs publics de la ville. Puis, en 2019, le Conseil de Paris a élargi cette prohibition à 52 parcs et jardins et a décidé de créer des « rues sans mégots » afin d'enrayer les jets inciviques de mégots sur la voie publique.

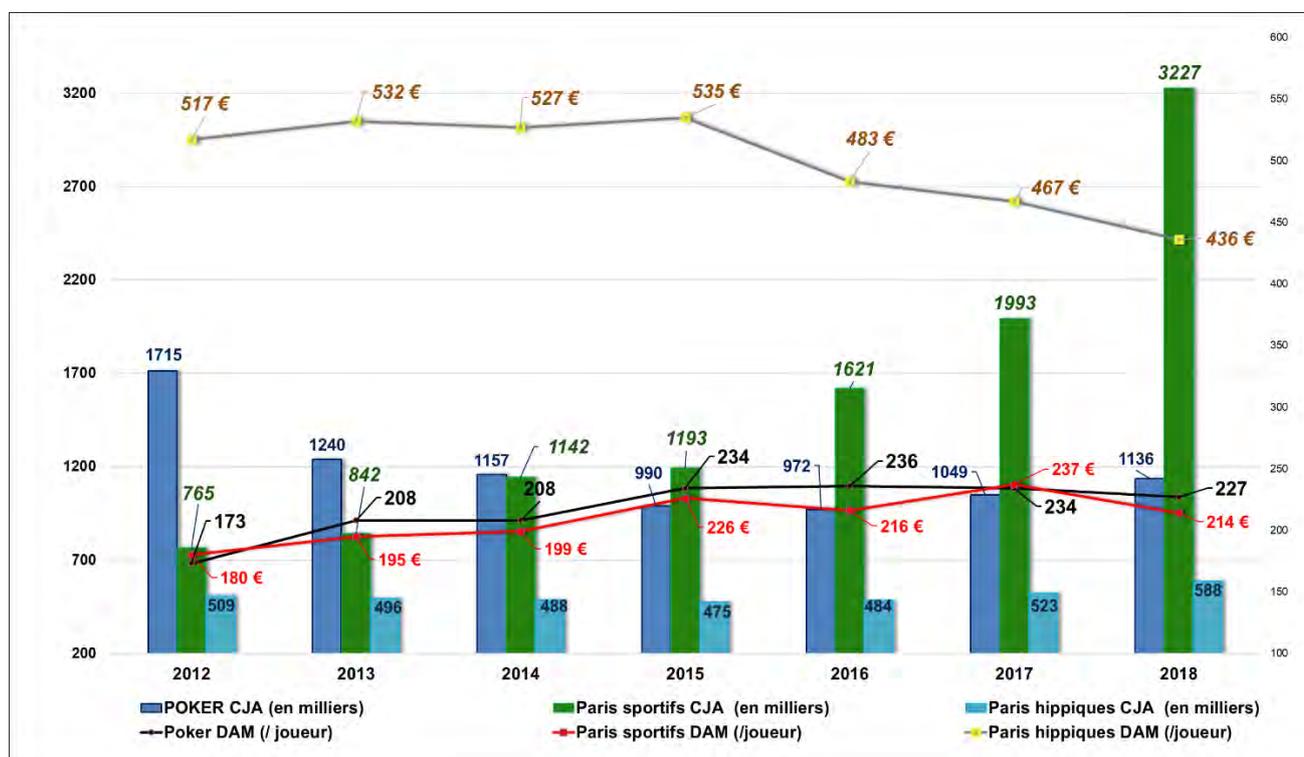
1.3.3.2.2. Les restrictions d'achat de produits du tabac

La réglementation relative à la consommation du tabac concerne aussi les achats. Toute personne adulte peut rapporter certaines quantités de tabac ou d'alcool pour sa propre consommation, d'un autre pays européen (800 cigarettes soit 4 cartouches maximum) ou d'un autre pays (200 cigarettes) (site douane.gouv.fr).

Afin de lutter contre le trafic illégal du tabac, les fournisseurs d'accès à internet et les hébergeurs ont l'obligation d'informer les consommateurs de l'illégalité de leur achat de tabac via internet, sous peine de sanctions pénales.

1.3.3.2.3. Les réglementations relatives à la pratique des jeux de hasard et d'argent

En France, il y a un véritable engouement pour les JHA, certes de manière différenciée selon le type de jeux comme on peut le constater dans le graphique suivant.



Source : ARJEL

Note : adapté de « Rapport d'activité 2017-2018 », ARJEL, 2018 p. 29, consulté sur <http://www.arjel.fr/IMG/pdf/rapport-activite-2017.pdf> et « Rapport d'activité 2018-2019 », ARJEL 2019, p. 40, consulté sur <http://www.arjel.fr/IMG/pdf/rapport-activite-2018.pdf>.

Un compte joueur actif correspond au fait qu'une opération de jeu ou de pari a été réalisée au cours de la période considérée.

Figure 7. Évolution du nombre de comptes joueurs actifs (CJA) en millions d'euros et de la dépense moyenne par joueur (DAM) en euros, en France, entre 2012 et 2018

En 2018, la dépense moyenne par joueur, tous secteurs confondus, s'élève à 293,5 euros, elle était de 313 euros en 2017 (figure 7). Entre 2012 et 2018, le nombre de comptes joueurs actifs (CJA) relatifs aux paris sportifs est resté le plus élevé (plus 65 % de l'ensemble des CJA en 2018) et en constante augmentation. Il a été multiplié par plus de 4,2 en six ans, passant de 765 000 en 2012 à 3 227 000 en 2018. Sur cette même période, le montant moyen parié s'est élevé de 180 euros à 214 euros (+ 34 euros). Les offres multiples des opérateurs incitent les joueurs à ouvrir plusieurs comptes. Selon l'ARJEL, en moyenne 1,47 compte de paris sportifs est détenu par joueur en 2018. Entre 2017 et 2018, la baisse de 10 % des dépenses moyennes pour les paris sportifs est due à l'afflux de parieurs récréatifs suite à la Coupe du Monde de football.

A l'inverse, concernant le poker, le nombre de joueurs a diminué (1 715 000 CJA en 2012 versus 1 136 000 CJA en 2018). Le montant moyen dépensé a augmenté de 173 euros à 227 euros (+ 54 euros).

Enfin, le montant des dépenses moyennes engagées par joueur dans les paris hippiques est resté le plus important (436 euros en 2018) malgré une baisse depuis 2015. Le nombre de parieurs est resté relativement constant (environ 500 000). Selon ARJEL, en 2018, le nombre de joueurs actifs dans les trois segments de jeux confondus s'élèverait à 2,7 millions.

Cette normalisation des JHA est d'autant plus patente aujourd'hui que les paris sportifs occupent une place grandissante. Cette ascension de ces jeux d'argent est à ce point importante que regarder un match sportif est fréquemment associé chez les jeunes à parier sur une équipe ou un joueur. Ainsi, à la publicité directe, s'ajoute la promotion indirecte. Les dispositions qui se veulent délibérément protectrice des mineurs sont contournées par des pratiques tant sociales que commerciales.

La difficulté de réglementer la pratique des JHA tient au fait que les jeux en eux-mêmes sont créés pour inciter à consommer et à générer de la dépendance. La conception des machines à sous, par exemple, fait croire au joueur qu'en appuyant sur un bouton il a le pouvoir de contrôler le hasard. Sous la pression de stimuli sonores et visuels, le joueur est engagé à rejouer en répétant des gestes pour éprouver des sensations de succès. Le fonctionnement de ces machines, alternant punition et récompense, est fortement inspiré des théories du conditionnement de Skinner, à

l'image des programmes de « façonnement » et de « renforcement » (Gautier, 2011). Les distorsions cognitives commencent avec les messages publicitaires qui valorisent la réussite des joueurs et l'accessibilité rapide et simple au bonheur.

La Nouvelle-Zélande a été un des premiers États à considérer le jeu d'argent comme un problème de santé publique (Adams et Rossen, 2012). En France, la reconnaissance de la dépendance au jeu comme une maladie a constitué un pas important vers la fin de la stigmatisation des joueurs pathologiques et vers le renforcement de la prévention. Cependant, la protection des joueurs relève quasi exclusivement des opérateurs de jeux d'argent. Ce conflit d'intérêts risque d'amoindrir les effets des moyens préventifs.

Un des fondements de la politique de contrôle des JHA concerne l'interdiction de l'offre de jeux aux mineurs. Tout mineur est interdit de JHA à l'exception des compétitions de jeux vidéo à condition d'une autorisation explicite du représentant légal qui doit être informé des enjeux financiers (article L. 321-10 du Code de la sécurité intérieure).

1.3.3.2.3.1. Le contrôle d'identité

Pour les casinos, depuis le 1^{er} novembre 2006, le contrôle d'identité est systématique à l'entrée des casinos afin d'empêcher l'entrée des mineurs et des interdits de jeu. Tous les mouvements de change et paiements de gains supérieurs à 2 000 euros par séance sont enregistrés avec l'identité du joueur et sont tenus à la disposition des agents de surveillance ou de contrôle des ministères de l'intérieur et des finances.

Pour toute ouverture de compte sur un site de jeux en ligne, l'opérateur est tenu de vérifier l'identité du joueur par une procédure d'inscription détaillée.

La loi française interdit l'offre de jeux aux mineurs tant sur internet qu'auprès des opérateurs physiques. Or, dans les faits, cette interdiction semble assez peu respectée. En 2014, près d'un tiers des jeunes âgés de 15 à 17 ans (32,9 %) déclare avoir joué au moins une fois à un JHA au cours de l'année écoulée et parmi eux, plus d'un jeune sur dix peut être classé comme « joueur problématique » (Costes, Eroukmanoff, Richard et Tovar, 2015). Dans l'enquête ESCAPAD 2017, 38,9 % des jeunes âgés de 17 ans ont joué au moins à un type de JHA dans l'année et 10,1 % dans la semaine (Spilka *et al.*, 2018). Entre janvier à mi-septembre 2017, seulement 29,8 %

des buralistes ont déclaré avoir refusé de vendre un jeu de loterie ou de grattage à un mineur, selon un audit interne de la Française de Jeux (MILDECA, 2019).

1.3.3.2.3.2. Auto-limitation et auto-exclusion de jeux

A l'initiative du joueur, une procédure d'interdiction de jeux peut être mise en place. Il s'agit de l'interdiction volontaire de jeu, qui est à distinguer de l'interdiction judiciaire ou administrative de jeu prononcée à titre de sanction. Un fichier des exclus est établi par le ministère de l'Intérieur est régulièrement actualisé et transmis aux casinos. Plus précisément, la législation relative aux JHA prévoit deux dispositifs de maîtrise de jeu par le consommateur lui-même.

En premier lieu, il s'agit de mesures d'auto-limitation qui permettent un encadrement personnalisé, par le joueur lui-même de sa pratique de jeu. Le joueur détermine les montants qu'il ne souhaite pas dépasser. Ce sont les limitations de plafonds de dépôts et/ou de mises. Le joueur peut également déterminer un seuil de retrait automatique, qui enclenche automatiquement le reversement sur son compte bancaire de la somme disponible sur son compte joueur.

En deuxième lieu, il s'agit de procédure d'auto-exclusion de jeu. Trois types de procédures permettent aux joueurs de JHA de faire face à une perte de contrôle (tableau 1).

Tableau 1. Les trois procédures d'exclusion des jeux de hasard et d'argent

Types d'exclusion	Durée	Jeux concernés
Interdiction de jeu	3 ans minimum	Jeux en ligne, casinos, cercles de jeu
Auto-exclusion temporaire	Période au choix (7 jours minimum)	Jeux en ligne (une demande par opérateur de jeu)
Auto-exclusion définitive	3 ans	Jeux en ligne (une demande par opérateur de jeu)

Note : reproduit à partir de « Outils de limitation et d'exclusion », Evalujeu. Consulté sur <http://evalujeu.fr/static/pages/limites.html#>

La plus forte exclusion est l'interdiction volontaire qui empêche de jouer dans les casinos et jeux en ligne agréés, pendant une durée minimum de trois ans, renouvelable tacitement.

Une pré-demande peut se faire en ligne auprès d'un service du ministère de l'intérieur, qui convoquera par la suite le joueur pour signer sa demande. De la même façon, le joueur devra faire une démarche pour mettre fin à l'interdiction. Cette interdiction aura pour conséquence une inscription dans un fichier spécifique, transmis aux casinos, aux cercles et clubs de jeux et aux sites légaux de jeux d'argent.

Deux autres types de procédures, rapides et simples, s'adressent aux joueurs en ligne. C'est l'auto-exclusion temporaire ou définitive qui se déclare auprès de chaque site de chaque opérateur agréé par l'ARJEL, dans lequel le joueur a un compte. La « temporaire » interdit de jouer pendant un minimum de sept jours et d'une durée choisie par le joueur. La « définitive » interdit le jeu pendant trois ans (article 18 du décret n°2010-518 du 12 mai 2010). Le site bloque alors le compte joueur et refuse toute ouverture d'un nouveau compte.

Dans le même esprit d'aider le joueur face à une perte de contrôle, les opérateurs de jeux en ligne, sont contraints d'indiquer un paramétrage des plafonds de sécurité, avant de jouer (par exemple, la limite des mises sur sept jours glissants). Ces plafonds sont modifiables mais, à la hausse, le plafond n'est opérationnel qu'au bout de 48h.

En complément les opérateurs proposent des aides comme des logiciels de contrôle parental.

Indépendamment de ces procédures, certains joueurs en difficulté peuvent aussi demander aux casinos qu'ils fréquentent habituellement une interdiction contractuelle, afin de réduire leur fréquentation selon leurs souhaits et pendant une période déterminée. Le joueur est alors inscrit dans un fichier de personnes « à ne pas recevoir » que les casinos peuvent constituer librement. Dans les casinos, également, se trouvent des « référents jeu excessif » à l'écoute des joueurs en difficulté pour les aider à se dégager de problématique addictive. A la différence de la législation suisse, les casinos ne sont pas en droit d'exclure les personnes surendettées ou qui engagent des mises sans rapport avec leur revenu ou leur fortune.

1.3.3.2.3.3. Les gains tirés de la pratique des jeux d'argent et de hasard

La pratique des JHA est habituellement une occupation récréative, qui n'a pas pour objet d'être une source de profits. Par conséquent, les gains issus de ces jeux ne sont pas soumis à l'impôt sur le revenu car ils sont exceptionnels. Cependant, il existe des exceptions.

En effet, en cas d'une pratique régulière de poker, le Conseil d'État a considéré, dans sa décision du 21 juin 2018, que lorsque ce jeu d'argent, opposant le joueur à des adversaires, permet de développer des qualités pour maîtriser l'aléa inhérent à ce jeu et est pratiqué dans l'intention d'en tirer des bénéfices, ces derniers doivent être considérés comme résultant d'une occupation lucrative et sont donc imposables. Les gains réguliers font du joueur, un joueur professionnel.

De même, les gains issus des cercles de jeux en ligne ou des courses hippiques, s'ils sont réguliers, sont considérés comme équivalents à ceux d'une activité professionnelle et sont donc soumis à l'impôt sur le revenu.

Lorsque les gains issus de jeux de casino sont supérieurs à 1500 euros, ils font l'objet d'un prélèvement social de 12 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG). Cet impôt est prélevé directement et le joueur perçoit la somme déduite.

En cas de gains importants et lorsque le montant du patrimoine dépasse 1,3 million d'euros, le joueur peut être passible de l'impôt sur la fortune immobilière (IFI).

§ 1.3.3.3 – *Le contentieux relatif à la consommation*

Des trois contextes étudiés, les sanctions relatives à la consommation d'alcool sont sans doute les mieux identifiées tant le contentieux y est étoffé. A l'origine, le contexte culturel français qui valorise la consommation d'alcool dans tous les milieux sociaux pourrait en être l'explication. Le statut particulier de cette consommation, culturellement située, justifie pour certains tribunaux allemands des différences de traitement, comparativement au cannabis, alors qu'aucun argument logique n'est satisfaisant à justifier cette distinction (Albrecht, 2018).

1.3.3.3.1 – Le contentieux relatif à la consommation d’alcool

La consommation excessive d’alcool peut conduire à des troubles mentaux ou du comportement, susceptibles de mise en danger d’autrui ou encore de trouble à l’ordre public. Il s’agit de l’ivresse publique et manifeste (IPM) et de la conduite automobile sous l’emprise d’un état alcoolique (CEA). Dans ces cas, l’alcoolisme de l’auteur d’une infraction peut être pris en considération pour imposer une injonction thérapeutique.

1.3.3.3.1.1. L’ivresse publique et manifeste

L’ivresse publique et manifeste est une infraction régie par le Code de la Santé publique (articles L.3341-1 et R.3353-1). En état d’ébriété manifeste dans un lieu public (rues, cafés ou autres lieux), la personne est conduite à un poste de police ou dans une pièce de sûreté appelée « chambre de dégrisement ». Cette infraction est punissable d’une amende prévue pour les contraventions de 2^e classe, dont le montant peut être de 150 euros au plus (article L. 131-13 du Code pénal). Dans une enceinte sportive, elle constitue un délit passible d’une peine d’emprisonnement, en particulier en cas de violences.

1.3.3.3.1.2. Les infractions d’atteintes aux personnes en cas d’usage d’alcool

La loi du 5 mars 2007 vient alourdir les peines prévues pour les infractions d’atteintes aux personnes en cas d’usage d’alcool ou de stupéfiants (considéré comme une circonstance aggravante). L’état alcoolique constitue une circonstance aggravante en cas d’atteinte à l’intégrité physique, comme les violences entraînant une incapacité de travail (articles 222-12 et 222-13 du code pénal) ou encore l’agression sexuelle, autre que le viol (article 222-28). Dans ce dernier cas, la peine encourue est de sept ans d’emprisonnement et de 100 000 euros d’amende.

1.3.3.3.1.3. La commission d’un délit ou d’un crime lors d’un alcoolisme avéré

Selon le droit pénal, l’ivresse manifeste ne constitue pas une cause d’irresponsabilité pénale ou d’atténuation de responsabilité pénale mais plutôt une circonstance aggravante. Cependant, toute personne atteinte, au moment des faits, d’un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de

ses actes n'est pas pénalement responsable (article 122-1 du Code pénal). Cette irresponsabilité pénale est examinée a) en cas d'amnésie lacunaire complète de l'épisode due à une ivresse pathologique ou b) en cas d'altération intellectuelle majeure et durable due à un alcoolisme chronique (troubles du jugement, de la mémoire et de l'attention).

1.3.3.3.1.4. Le contentieux relatif à la conduite en état d'ivresse

Même en l'absence d'infraction ou d'accident, des contrôles d'alcoolémie sont possibles, à l'initiative du procureur de la République ou d'un officier de police judiciaire. En 2017, plus de 10 millions de contrôles d'alcoolémie ont été réalisés par les forces de l'ordre et 204 108 infractions pour conduite en état d'ivresse ont été constatées (Portais et Lermenier-Jeannet, 2019). En France, la probabilité d'être soumis à un contrôle d'alcoolémie lors d'un trajet habituel est de 28,8%, la moyenne européenne étant à 17,9 %. Cette probabilité est la plus élevée en Pologne (44,4%) et la plus faible au Danemark (2%) (Meesmann, Torfs, Nguyen et Van den Berghe, 2018).

En France, la conduite en état d'ivresse est la deuxième cause de mortalité sur les routes après la vitesse, selon l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (2019). Pour être établie, la conduite d'un véhicule sous l'emprise d'un état alcoolique (CEA) doit être chiffrée soit par un éthylomètre, soit par une prise de sang, à la différence de l'état d'ivresse manifeste qui ne nécessite aucune mesure par un appareil et pour lequel le constat du comportement du conducteur (propos incohérents, haleine alcoolisée, perte d'équilibre...) suffit aux forces de l'ordre pour entamer les vérifications de mesurage du taux. Si l'ingestion d'alcool est faite à jeun, l'alcoolémie atteint son maximum en une demi-heure et entre trois-quarts d'heure à une heure si elle est faite au cours d'un repas.

La limite autorisée du taux d'alcool dans le sang est de 0,5 g/l soit en équivalent 0,25 mg par litre d'air expiré. Concrètement, un verre standard correspond en moyenne à 0,2g/l (soit 10 cl de vin ou encore 25 cl de bière). Pour les jeunes conducteurs, le taux d'alcoolémie légal est abaissé à 0,2 g/l de sang. En dessous du seuil de 0,5g/l de sang (ou 0,25 mg/l d'air expiré), l'infraction n'est pas constituée, le conducteur n'est pas sanctionné. Au-dessus de ce seuil, on distingue l'alcoolémie contraventionnelle et l'alcoolémie délictuelle.

Conduire entre 0,5g/l et 0,8g/l de sang (ou entre 0,25mg/l et 0,40 mg/l) constitue une contravention de 4^e classe relevant du tribunal de police. Cette contravention correspond à une amende pouvant aller jusqu'à 750 euros, à la possible immobilisation du véhicule, à un retrait de 6 points sur le permis de conduire, à une suspension de trois ans maximum (ou annulation du permis probatoire) ou encore à l'interdiction de conduire un véhicule non équipé d'un dispositif d'éthylotest anti-démarrage durant trois ans au maximum.

Au-delà de 0,8 g/l de sang (ou 0,40 mg/l d'air expiré), le conducteur commet un délit relevant du tribunal correctionnel. Il peut encourir une amende pouvant aller jusqu'à 4 500 euros, une peine d'emprisonnement de deux ans et une suspension du permis pour une durée maximale de trois ans, l'annulation du permis et trois ans maximum d'interdiction pour demander un nouveau permis, une peine de travail d'intérêt général, une peine de jours-amende, l'interdiction de conduire certains véhicules, l'obligation de suivre un stage de sensibilisation à la sécurité routière, l'interdiction de conduire un véhicule non équipé d'un dispositif d'éthylotest anti-démarrage pendant cinq ans maximum.

Lors d'une récidive de conduite en état alcoolique, la personne est condamnée à l'annulation automatique de son permis de conduire, à la confiscation obligatoire du véhicule ayant servi à commettre l'infraction si elle en est propriétaire, ainsi qu'à un emprisonnement dans 80 % des cas (Chabanne et Timbart, 2017).

Bien que le contentieux relatif à l'alcool au volant tende à diminuer, la conduite en état alcoolique, en 2017, a représenté 35 % des condamnations pour délits routiers et 12 % de l'ensemble des condamnations délictuelles (ministère de la Justice, 2018).

En 2015, sur les 100 373 condamnations pour conduite en état alcoolique (infraction unique) prononcées, plus de la moitié (56,8 %) ont donné lieu à une amende (320 euros en moyenne), 20,8 % à des peines d'emprisonnement et 22,4 % à des peines de substitution (dont 10,7 % à une obligation de stages, 7,6 % à une suspension ou annulation de permis de conduire, 3 % à des jours-amendes, 0,6 % à un travail d'intérêt général [TIG]).

1.3.3.3.1.5. L'injonction thérapeutique

Par la loi du 5 mars 2007, la mesure d'injonction thérapeutique a été étendue à tous les stades de la procédure pénale pour les personnes dépendantes à l'alcool comme pour les usagers de drogues illicites.

L'injonction thérapeutique (articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique) peut être prononcée à l'encontre d'une personne ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques, avant ou après un jugement, autrement dit avant le prononcé de culpabilité (comme alternative aux poursuites ou lors d'un contrôle judiciaire) ou en tant que peine complémentaire. Cette mesure consiste en un suivi médical et/ou socio-psychologique. Au préalable, un médecin relais établit un examen médical, ou encore un psychologue habilité réalise une évaluation socio-psychologique. Sur la base de ces expertises, l'autorité judiciaire prononce ce type d'injonction. L'intéressé est invité à suivre un traitement médical ou à suivre une prise en charge socio-psychologique auprès d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou encore d'un médecin.

En cas d'accident provoqué par un salarié travaillant en état d'ivresse, la responsabilité de l'entreprise sera automatiquement engagée. L'employeur pourra voir sa responsabilité pénale être engagée également.

1.3.3.3.2 - Le contentieux relatif à la consommation de tabac

Selon le DSM 5, l'usage problématique du tabac conduit à l'apparition de dysfonctionnements physiques (usages du tabac dans des contextes dangereux comme fumer dans son lit) et psychiques (craving par exemple) ou à une souffrance clinique. Cependant, à la différence de l'alcool, il n'induit pas de troubles mentaux ou du comportement de nature à perturber l'ordre public, lorsqu'il est consommé dans le cadre réglementaire prévu. Ainsi, en France, fumer dans une zone non-fumeur est incriminé comme une infraction qui peut donner lieu à une amende. Mais le fumeur n'est pas soumis à une obligation de soins.

Si la Chine est le plus gros producteur de tabac au monde, ce pays en est aussi le plus gros consommateur (Mackay, 2016). Le tabagisme cause un tiers des décès par cancer chez les hommes (Wang *et al.*, 2010). Afin de lutter contre ce fléau, l'État

chinois a édicté des interdictions de fumer dans plusieurs lieux publics et lieux de travail fermés, ainsi que des amendes contre les contrevenants de 50 à 200 yens (6,50 à 26 euros) contre les individus et de 2 000 à 10 000 yens (258 à 1290 euros) contre les propriétaires ou responsables des lieux. Une permanence téléphonique a également été mise en place pour recueillir les plaintes relatives au tabagisme dans les lieux publics (Xu et al., 2018).

Singapour connaît une législation anti-tabac des plus sévères au monde. Les fumeurs sont contraints de s'installer dans des cabines avec filtrage d'air, car fumer dans des espaces publics est interdit sous peine d'une amende pouvant aller jusqu'à 1 000 dollars singapouriens (soit 650 euros). Les e-cigarettes sont interdites. Selon le site Singapore legal advice, en cas d'infraction à la législation, comme fumer dans un lieu interdit ou fumer des cigarettes illicites, le fumeur délinquant peut être arrêté sans mandat et conduit devant le tribunal ou un poste de police.

A Paris, le jet de cigarettes sur la voie publique est puni d'une amende de 68 euros. Dans les espaces verts reconnus « sans tabac », le fait d'allumer une cigarette est passible d'une contravention de 38 euros. En 2018, 35 800 amendes ont ainsi été établies contre 24 500 en 2017, selon les chiffres communiqués par la mairie de Paris.

Relativement aux produits du tabac, 16 171 constatations de trafics (comme la revente illicite de cigarettes) et 241,1 tonnes de tabacs et cigarettes ont été saisies par la douane en 2018 (Direction générale des douanes et droits indirects, 2019). Pour les trafics les plus importants, des sanctions pénales et des peines de prison ferme ont été prononcées. En ce qui concerne les amendes, elles sont comprises entre 50 000 et 250 000 euros en cas contrebande en bande organisée et entre 1 000 et 5 000 euros lorsque plus de quatre cartouches de cigarettes sont découvertes ou encore, en cas de fabrication, détention, vente et transport illicites de tabac.

1.3.3.3.3 - Le contentieux de la pratique des jeux de hasard et d'argent

Concernant les JHA, il n'est pas prévu par le droit français de sanctions à l'encontre de joueur pathologique, qui joue plus d'argent qu'il peut se permettre ou plus souvent qu'il peut se permettre. Son trouble psychiatrique seul est reconnu.

En France, les tiers n'ont pas la possibilité de demander son exclusion de jeu. En Allemagne, cette possibilité « *fremdsperre* » (interdiction par autrui) est ouverte aux

proches lorsque la dépendance au jeu met en danger les conditions d'existence de la famille (surendettement), documents à l'appui (extraits de compte). Suite au prononcé de l'interdiction, le prestataire de jeux de hasard est tenu de questionner le joueur sur les raisons de son interdiction.

En droit français, les organisateurs de jeux qui profitent de la cupidité ou de la vulnérabilité des joueurs sont pénalement sanctionnés.

En dehors de la possibilité d'interdiction volontaire de jeu, une interdiction de jeu peut être prononcée, à titre de sanction, par la justice ou par l'administration dans des circonstances précises. Toute interdiction de jeu donne lieu à une inscription dans le fichier des interdits de jeux. La personne pourra néanmoins faire des paris hippiques et sportifs et participer aux lotos et loteries.

La justice peut ainsi interdire l'accès aux casinos et aux jeux en ligne, dans le cadre d'une peine complémentaire ou d'une libération conditionnelle ou d'un sursis avec mise à l'épreuve. En cas de troubles à l'ordre ou au déroulement normal des jeux dans les salles de jeux, l'administration du ministère de l'intérieur peut aussi interdire une personne de jeux (interdiction d'accès à un casino et interdiction d'ouverture d'un compte en ligne).

Enfin, aux termes de l'article 1965 du code civil, « *la loi n'accorde aucune action pour une dette du jeu ou pour le paiement d'un pari* ». Le joueur qui fréquente un opérateur de jeu illégal n'encourt pas de sanction pénale.

Conclusion

L'ampleur des politiques de contrôle relatives à la production, la commercialisation et la consommation de l'alcool, du tabac et des JHA révèle l'ancrage de ces produits dans la culture française. Au-delà des problèmes de santé publique qu'ils posent, leur évolution témoigne des enjeux complexes, aussi bien économiques, politiques, scientifiques que sociaux. De façon ambiguë, l'État peut agréer et autoriser ces produits et ces activités propices à générer des addictions, tout en profitant des fruits de leur commercialisation, sous forme de taxation. Il peut également créer des régimes différenciés pour protéger certains secteurs. Les politiques de contrôle étudiées enchâssent les conduites de consommation, en étant à l'intersection de préoccupations contradictoires : celle de sauvegarde des intérêts économiques et de protection de la santé publique. Dès lors, des points de convergence (A), de différences (B) et des paradoxes (C) peuvent se révéler.

A- Des points de convergence entre ces politiques de contrôle attirent l'attention. Les priorités communes des politiques de l'alcool, du tabac et des JHA concernent A1) la protection des jeunes, A2) une lutte contre les méfaits de consommations excessives et A3) une action étendue sur l'économie de chacun de ces produits.

A1) Les mineurs étant particulièrement vulnérables au risque d'addiction, l'utilisation de l'interdit fixe une protection contre sa réalisation. Cet interdit recouvre la vente, la consommation (boire, fumer ou jouer à un jeu d'argent) mais aussi l'accès à des lieux de consommation comme les casinos, internet, les débits d'alcool... Des études ont suggéré que plus les mesures en matière d'alcool (comme la disponibilité, le prix, la publicité) sont restrictives, moins la consommation des adolescents était importante (Paschall, Grube et Kypri, 2009 ; Gilligan, Kuntsche et Gmel, 2012). Les campagnes d'information et de sensibilisation renforcent cet interdit sécuritaire. En visant particulièrement ce jeune public, elles ont comme perspective de prévenir et de retarder l'âge de l'initiation, d'éviter les usages réguliers et les dommages sanitaires et sociaux. Les restrictions publicitaires visent également à ne pas susciter l'attrait des mineurs. Ainsi, la sensibilisation aux méfaits du tabagisme ont permis une dénormalisation du tabac. L'objectif de la dissuasion pénale est, pour sa part, de décourager les pratiques délinquantes en accroissant les coûts et en réduisant les profits.

A2) Les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des JHA fournissent un encadrement juridique pour enrayer les conséquences délétères de consommations abusives. Elles visent l'abstinence (tabac), une consommation modérée (alcool) ou encore une consommation responsable (JHA). L'incitation massive ou la provocation à la consommation excessive sont prohibées dans tous les cas.

A3) Concernant l'économie de chacun des trois produits, l'État exerce un contrôle élargi. Dans l'objectif de santé publique, la ligne de force de l'action publique est la protection simultanée du consommateur, de la population contre la mise en danger d'autrui et de l'ordre public. Les différents services de l'État assurent cette protection de la personne et garantissent la qualité du produit consommé. Conscient des dérives que la consommation de ces produits peut créer, l'État a constitué des monopoles (débits de tabac, casinos par exemple) et exerce un contrôle rigoureux sur la fabrication, l'organisation des circuits commerciaux, l'exploitation et la consommation. Aux limitations de l'offre (notamment l'interdiction de vente aux mineurs et la lutte contre la contrebande et contrefaçon) et aux restrictions de l'usage (interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif), sont venues s'ajouter des contraintes pour le consommateur (obligation de sortir pour fumer, possession d'un compte bancaire personnel pour jouer en ligne, limitations de produits d'alcool et de tabac en provenance de l'étranger au passage à la frontière par exemple). En fin de compte, dans ce cadre de légalisation réglementée et contraignante, c'est essentiellement le consommateur en tant que citoyen qui est concerné.

B- Des différences au sein des politiques de contrôle sont également à souligner. Des différences apparaissent en effet dans l'intensité des réglementations : plus restrictives à l'égard du tabac qu'à l'égard de l'alcool ou des JHA. Ces différences concernent B1) la publicité qui est prohibée pour le tabac avec quelques exceptions, alors qu'elle est autorisée pour l'alcool et les JHA sous conditions restrictives et B2) les campagnes de prévention dans lesquelles, comme il a été souligné, les messages sont très différenciés (abstinence pour le tabac, modération pour l'alcool, mesure pour les JHA). Faute d'avoir adopté une politique globale des JHA en santé publique, à la différence du tabac, les efforts des pouvoirs publics français se sont portés essentiellement sur des cadres de responsabilité individuelle afin de limiter les méfaits

de la dépendance au jeu. D'un côté, le tabac connaît une forte dénormalisation, de l'autre, les JHA (en particulier des paris sportifs) sont banalisés.

C- Il est désormais admis que l'alcoolisme, le tabagisme et les excès des jeux d'argent créent des dommages, qui justifient l'intervention étatique pour les limiter. Pour autant, à leur égard, la position de l'État a pu apparaître ambiguë voire paradoxale et ce, sur deux plans distincts : C1) celui de la normativité et C2) celui de l'économie.

C1) Du point de vue de la normativité, la position de l'État n'a pas été toujours univoque et par endroits interrogée. Comme il a été constaté, avant d'encourager l'arrêt de la consommation des produits du tabac, l'État français a contribué à sa démocratisation. De même, les pouvoirs publics soutiennent le marché viticole, l'œnotourisme, autorisent la publicité de certaines boissons alcoolisées et parallèlement, ils organisent des campagnes d'information et de prévention qui insistent sur la modération, essentiellement au regard de la sécurité routière. Ils obligent depuis 2007 à apposer sur chaque bouteille d'alcool un message recommandant aux femmes enceintes de ne pas consommer d'alcool, informant par là-même de la nocivité du produit. Il en est de même pour les JHA. L'attitude ambiguë des pouvoirs publics à l'égard de l'exploitation commerciale des JHA est patente. D'un côté, l'État est lui-même promoteur de ces jeux jusqu'à en organiser le marché, et de l'autre, il confie aux opérateurs de jeux, eux-mêmes, la charge d'organiser un « jeu responsable ». Cette situation est d'autant plus ambivalente qu'il a été montré que les messages promouvant le « jeu responsable » par les opérateurs de jeux opèrent comme des injonctions paradoxales en étant perçus comme des messages de promotion du jeu (Mouneyrac, Le Floch, Lemercier, Py et Roumegue, 2017). Des pouvoirs publics peuvent organiser des campagnes d'information et des programmes de traitement spécifiques pour les joueurs problématiques, tout en organisant le fonctionnement des entreprises de jeux jusqu'à détenir un monopole (Kingma, 2006). En résumé, l'État peut paradoxalement combattre et soutenir, dissuader et préserver tout à la fois.

C2) Sur le plan économique, de nombreux gouvernements sont là aussi dans une situation paradoxale, parce qu'ils sont souvent les fournisseurs de ces produits malsains et, parce qu'ils tirent des avantages de leur vente à travers la taxation qu'ils soient fournisseurs directs ou non (Adam et Raschzok, 2014). En effet, dans le cas de la France, la production et la commercialisation d'alcool, de tabac et des JHA sont des

consommations légalisées et contrôlées qui génèrent des richesses (TVA, droits d'accise par exemple) et des emplois. Selon la Cour de comptes (2016), le chiffre d'affaires de la filière alcool française était d'environ 22 milliards d'euros. Le secteur viticole français représente 85 000 exploitations et 250 000 emplois directs, d'après le ministère de l'Agriculture (2018). La valeur des exportations de vin et spiritueux français s'élevait à 8,7 milliards d'euros en 2017. Concernant la production de tabac, le chiffre d'affaires est évalué à 30 millions d'euros selon le ministère de l'Agriculture (2017). Cette production est assurée par 700 exploitations familiales réparties sur 45 départements, ce qui représente 6 000 emplois. Tout comme de nombreux États dans le monde, les jeux d'argent sont réglementés et taxés (Reith, 2007 ; Delfabbro et King, 2012). Selon l'Observatoire des jeux (ODJ), (« Economie du jeu », n.d.), sur les 40 milliards de mises par an, 5 milliards d'euros reviennent à l'État sous forme de prélèvements fiscaux. Ce secteur a créé 100 000 emplois. Le cadre juridique ouvert et la croissance continue de ces activités commerciales permettent aux industries du jeu et à l'État des revenus substantiels. Paradoxalement, les pouvoirs publics peuvent réglementer ces consommations, tout en percevant des recettes fiscales importantes (Kingma, 2008) ou encore en leur accordant des faveurs économiques et fiscales, au vu des retombées économiques qu'elles peuvent engendrer.

Les gouvernements n'ont actuellement aucun autre choix que d'assumer ce paradoxe. S'ils interdisaient la vente de jeux de hasard, la vente des produits du tabac et la vente de l'alcool, la demande serait telle que les marchés noirs se développeraient rapidement et les consommateurs trouveraient facilement une façon de satisfaire leurs besoins dans l'illégalité. Les mêmes problèmes peuvent survenir si, au lieu d'interdire complètement, ils augmentent le niveau de taxation de ces produits à un tel point que beaucoup de consommateurs n'y ont plus accès. Comme indiqué par Kulick, Prieger et Kleiman (2016), la taille du marché noir du tabac dans un pays est une fonction directe du niveau de taxes sur le tabac (voir aussi Farrell et Fry, 2013).

C'est donc un dilemme embarrassant auquel l'État se confronte : garantir à tout individu les conditions de souveraineté de choix (jusqu'à assurer lui-même la commercialisation de certains jeux d'argent comme ceux de la Française des jeux) et protéger les consommateurs contre des risques potentiels (Reith, 2007 ; Fabiansson, 2010 ; Delfabbro et King, 2012).

Une autre question délicate surgit également concernant les motifs de la fiscalité de ces produits. S'agit-il de générer des revenus pour l'État pour compenser notamment les dépenses de santé ou d'améliorer la santé publique en affectant ces impôts spécialisés pour soutenir des activités de lutte contre les addictions ou de promotion de la santé ? La réponse n'est peut-être pas dans l'alternative mais dans la convergence de ces objectifs.

Finalement, les politiques de contrôle tendent à concilier des intérêts disjoints, en assurant la suprématie de l'intérêt général sur les intérêts particuliers, à s'attachant à garantir la qualité des produits et la sécurité des rapports entre les citoyens. Dans le contexte de démocratie et d'économie libérale, l'offre est réglementée et contrôlée, en vue de maîtriser les consommations. Si l'interdit est posé (à l'égard des mineurs notamment), il n'est efficace que parce qu'il est circonscrit et qu'une offre licite et étroitement contrôlée demeure. Les politiques de contrôle varient avec le temps et se renforcent au gré des volontés politiques. Leur succès est à la mesure des ambitions politiques qui les portent et des populations qui les soutiennent.

**CHAPITRE 2 - L'ACCEPTABILITÉ DES
POLITIQUES DE CONTRÔLE DE L'ALCOOL, DU
TABAC ET DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT**

Sur les marchés légaux du tabac, de l'alcool et des JHA, les pouvoirs publics ont un rôle actif en matière de contrôle de fabrication, de mise sur le marché et sur les conditions de consommation, dans l'objectif de remédier aux problèmes socio-économiques, de santé, de sécurité imputable à ces consommations. Il s'agit de réglementer des conditions de production sécuritaires (par exemple normalisation et certification du matériel de jeux, mesures d'information du consommateur), réglementer et restreindre les disponibilités, sans être une promotion. C'est aussi assurer la réglementation des contextes de commercialisation (délivrance de licences) et de consommation, tout en assurant une prévention et une information actualisées.

Toute politique de contrôle pose une double question. D'une part, celle de la tolérance dans une société où l'expression des libertés y est forte et où la consommation en général est valorisée. D'autre part, celle de la portée même de cette politique. Est-ce qu'une approche portant sur toute l'échelle d'exposition à un facteur de risque (campagnes d'information et mesures restrictives visant la population dans sa globalité) doit-elle être privilégiée à celle fondée sur des groupes à risque ? C'est une appréciation qui relève essentiellement des pouvoirs publics qui ont besoin en cela d'outils d'évaluation et de mise en perspective, pour que le niveau d'acceptabilité de toute intervention soit le plus élevé.

La consommation d'alcool, de tabac et des JHA sont des sujets sur lesquels la majorité des Français ont une opinion. Il n'est pas certain cependant que lutter contre leurs méfaits fasse consensus.

En France, depuis 1999, l'OFDT mène régulièrement des Enquêtes sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP). Ces enquêtes permettent de cerner les opinions de la population sur les substances licites et illicites, leurs usagers et les politiques publiques s'y rapportant.

Section 2.1 – L'acceptabilité des mesures préventives

La perception de la dépendance et celle de la nocivité des produits ne sont pas fixes. Elles sont le fruit des expériences individuelles, du discours politique et des connaissances médicales et expertes. Une importante revue de la littérature basée sur 200 recherches réalisées en Europe, Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-

Zélande relatives aux attitudes du public à l'égard des interventions gouvernementales visant à modifier les comportements liés à la santé notamment celles relatives à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme apporte un éclairage intéressant. Elle montre en effet que le soutien public est plus important pour les mesures les moins intrusives et les campagnes d'éducation que pour la fiscalité ou les restrictions de vente (Diepeveen, Ling, Suhrecke, Roland et Marteau, 2013). Les étiquettes de mise en garde et les campagnes d'éducation, les politiques en faveur de changement de comportement des mineurs ont bénéficié de plus de soutien que les mesures dissuasives comme la taxation des produits de l'alcool et du tabac. Une autre étude a montré que l'exposition à une lutte antitabac pouvait renforcer les attitudes favorables à l'égard de la réglementation antitabac (Schmidt, Kowitt, Myers et Goldstein, 2018).

En France, en 1976, apparaît la première campagne anti-tabac. Fumer était alors perçu comme une consommation esthétique, qui donne de l'ampleur à l'imagination des écrivains et des artistes et symbolise l'autonomie et la liberté. Aujourd'hui, fumer est synonyme de pause improductive et d'incapacité à juguler une consommation destructrice. Cette dénormalisation du tabac s'est réalisée par un changement de normes sociales relatives au tabagisme, par une modification des représentations sociales du tabac et de ses consommateurs (Lagüe, Jacques et Institut national de santé publique du Québec, 2004).

Pour favoriser le changement de comportement, il est important que les mesures de prévention et d'éducation informent de la nocivité du comportement cible. Il a été montré que les personnes informées du risque de cancer à cause de l'alcool étaient plus susceptibles de soutenir des politiques relatives à ce produit (Bates *et al.*, 2018 ; Christensen, Meyer, Dalum et Krarup, 2019).

Ces campagnes de prévention doivent aussi s'appuyer sur les croyances qui étayent les attitudes et mettent en exergue les valeurs sur lesquelles se fondent les jugements d'acceptabilité (par exemple, avoir une vie saine). Il est établi que les opinions sur les politiques publiques sont étroitement combinées aux jugements de valeur de la population à l'égard des consommateurs visés par ces mesures gouvernementales (Costes, Le Nézet, Spilka et Laffiteau, 2010).

De plus, concernant les JHA, la perception des méfaits de ces produits peut entraîner un soutien de la population aux mesures de prévention et de réduction des risques associés à ces jeux (Thomas *et al.*, 2017).

En 2008, une enquête nationale réalisée auprès de 2 000 personnes âgées de 18 à 75 ans a permis d'apporter des informations intéressantes sur la perception des Français concernant les campagnes de prévention de l'alcool, du tabac notamment (Peretti-Watel, Seror, du Roscoät et Beck, 2009). Plus de 8 Français sur 10 (82%) étaient d'accord pour considérer que les campagnes d'information sur les risques pour la santé du tabagisme, de l'abus d'alcool ou liés aux mauvaises habitudes alimentaires étaient fiables, une forte majorité (68 %) les perçoivent moralisatrices et 1 adulte sur 2 considère qu'elles incitent à changer de mode de vie. Plus précisément, concernant les messages de prévention sur les dangers du tabac, sur l'ensemble des enquêtés, 22% se sont sentis comme personnellement interpellés et parmi eux 36% de fumeurs. Ces messages ont été une motivation importante pour arrêter de fumer pour des anciens fumeurs (43%) ou encore pour réduire leur consommation pour 65% des fumeurs au moment de l'enquête.

Relativement aux messages consacrés aux dangers de l'abus d'alcool, seulement 9% des personnes interrogées se sont senties personnellement concernées. Néanmoins, ces messages ont entraîné la modification de comportement chez les buveurs d'alcool, puisqu'un tiers d'entre eux rapportent avoir diminué leur consommation (pour la plupart durablement) et dans ce cas, pour la majorité d'entre eux afin d'éviter d'être alcoolisés avant de prendre le volant.

Enfin, dans cette même étude, suite à la diffusion des messages de prévention et à l'étude de leur impact sur la population française adulte, cinq profils ont été dégagés : les réceptifs (36%), les indifférents (13%), les hostiles (15%), les méfiants (13%), les angoissés (13%).

La population française semble mesurer mieux aujourd'hui le risque lié à la consommation de tabac et d'alcool. Elle a une perception plus immédiate des dangers encourus. Concernant les mesures préventives en matière de consommation de tabac et d'alcool visant la population des femmes enceintes, un consensus massif partage l'opinion qu'une femme enceinte ne doit pas continuer de fumer ou de boire de l'alcool même de temps en temps (Costes, Le Nézet, Spilka et Laffiteau, 2010).

Cependant, l'acceptabilité des mesures préventives n'est pas suffisante à engendrer des changements de comportements. Leur impact est à la mesure de leur adaptation aux populations concernées.

Avec l'avancée des technologies mobiles et internet et grâce à leur interactivité, les mesures préventives peuvent cibler des groupes particuliers (*targeted communication*). Elles peuvent aussi proposer des stratégies adaptées à chaque individu (*tailored communication*), sur la base d'informations personnelles (Kreuter et Wray, 2003).

L'usage de la cigarette électronique se développe et tend à être un moyen de réduction des risques. Néanmoins, si la cigarette électronique est un moyen de sevrage pour les adultes, elle faciliterait l'entrée des jeunes dans le tabagisme. C'est le constat posé par une étude américaine auprès de 10 384 jeunes âgés de 12 à 17 ans. Les adolescents qui vapotent ont 2,5 fois plus de risques de consommer du tabac par la suite. Le risque de passage à la cigarette combustible augmente avec l'utilisation de la cigarette électronique car ce produit de substitution conduit à un processus similaire à l'utilisation de la cigarette (Watkins, Glantz et Chaffee, 2018). Ce constat va dans le même qu'une étude française auprès de 600 adolescents âgés de 15 à 18 ans. Les adolescents prenant l'habitude d'un geste, d'inhaler un produit tendent à basculer dans le tabagisme (Gentina, Kilic et Dancoine, 2017).

En France, selon le rapport de synthèse sur les États généraux de l'alcool (INPES, 2006), les personnes, âgées de 15 ans et plus, interrogées en 2005, appréciaient favorablement l'action des pouvoirs publics et des associations pour lutter contre les méfaits de l'abus d'alcool. Une très large majorité (83 %) trouve les campagnes d'information et les actions de prévention pertinentes pour aider à réfléchir à sa consommation d'alcool et utiles pour encourager le changement de comportement face au produit.

De nos jours, les consommations d'alcool et de tabac tendent à diminuer, cependant, comparativement, ces réductions n'ont pas la même intensité. En 2017, près de neuf personnes âgées de 18 à 75 ans sur dix (86,6 %) ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année, 10 % sont des consommateurs quotidiens et 20,7 % ont déclaré avoir été ivres au cours de douze derniers mois (Richard *et al.* 2019).

Si l'attrait du tabac a fortement diminué ces dernières années, le recul du tabagisme en est certainement la conséquence. La dénormalisation du tabac en France est à mettre au crédit des interventions préventives et d'autres mesures (messages sanitaires sur les paquets, restrictions publicitaires, interdiction de fumer dans les lieux publics, hausse des prix). Les campagnes d'information sur le tabagisme ont fortement interpellé les Français en ce domaine.

A l'opposé, la consommation d'alcool reste banalisée et son caractère addictif est moins perçu par la population. En 2018, plus de la moitié (56 %) des enquêtés âgés de 18 à 75 ans considère qu'offrir ou boire de l'alcool fait partie des règles du savoir-vivre (Spilka *et al.*, 2019). Durant cette même année, plus de la moitié des Français âgés de 18 ans et plus (54 %) estime ne pas prendre de risques en buvant de l'alcool (Micheau, 2018) et plus de 5 répondants sur 10 (54 %) déclare qu'être fumeur est moins bien accepté (Spilka *et al.*, 2019). « *L'alcool et le tabac bénéficient du même statut licite, mais la perception sociale de l'alcool reste positive quand celle du tabac s'est dépréciée* » (Caniard et Augé-Caumon, 2019, p. 18).

Section 2.2 – L'acceptabilité des mesures de réglementation

Les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des JHA mettent en balance des intérêts contradictoires des individus. Aux besoins récréatifs des uns s'opposent les besoins de sécurité et de tranquillité des autres. Aujourd'hui, c'est essentiellement la pensée biologique tournée vers la santé publique qui oriente les politiques de contrôle. Cette visée salutaire n'est point suffisante pour recevoir le soutien de mesures impopulaires.

En vue d'accroître l'acceptabilité de ces interventions, les décideurs politiques doivent a) fournir des informations sur la pertinence des mesures, comme il a été montré s'agissant d'incitations financières pour favoriser l'arrêt du tabac et la perte de poids (Promberger, Dolan et Marteau, 2012), b) rendre visibles les résultats de ces politiques pour obtenir un plus grand appui de la population (Pechey, Burge, Mentzakis, Suhrcke et Marteau, 2014). De même concernant une politique restrictive en matière d'alcool, le soutien de l'opinion publique est renforcé lorsqu'il est associé

à la conviction des dommages causés et à la croyance en l'efficacité des mesures décidées (Storvoll, Moan et Rise, 2014).

Un fort soutien à une réglementation (anti-tabac) est corrélé positivement à des niveaux élevés de mise en œuvre de ces mesures dans un pays (Lidón-Moyano *et al.*, 2018).

Cependant, tout soutien n'est pas un gage de l'efficacité d'une politique et réciproquement, une politique perçue efficace peut ne pas recevoir de soutien (Li *et al.*, 2017). En outre, les opinions négatives à l'égard des politiques de contrôle peuvent affaiblir sa mise en œuvre (Kaskutas, 1993 ; Moskalewicz, Wieczorek, Karlsson et Österberg, 2013).

Dans l'objectif de contrarier, avec succès, les efforts des industries pour vendre davantage leurs produits nocifs, les gouvernements ont besoin d'un fort soutien de la société civile, d'autant que les réglementations et les interventions sur le marché sont les seuls moyens à la disposition des pouvoirs publics (Moodie *et al.*, 2013). De nombreuses études empiriques ont, par conséquent, été menées sur les attitudes des personnes relativement aux politiques du contrôle. Elles portent notamment sur la tarification des produits.

Diepeveen, Ling, Suhrcke, Roland et Marteau (2013) ont montré que l'appui le plus fort aux mesures exigeantes concernait la lutte anti-tabac et qu'en général, les politiques relatives au prix de l'alcool étaient moins bien acceptées, sauf si elles avaient notamment pour objectif de réduire la consommation d'alcool chez les jeunes (Latimer, Harwood, Newcomb et Wagenaar, 2003). Leurs résultats vont dans le même sens que ceux d'une étude antérieure réalisée en Suisse relativement aux produits du tabac (Marques-Vidal *et al.*, 2010).

Les populations sont davantage en faveur de mesures relatives aux boissons alcoolisées qui concernent l'étiquetage et le marketing que celles visant la disponibilité ou la tarification (Buykx, Gilligan, Ward, Kippen et Chapman, 2015). Les mesures qui touchent la disponibilité et le prix de l'alcool sont moins populaires car elles concernent l'ensemble de la population (Li *et al.*, 2017).

Les politiques les moins intrusives (campagnes d'information) et celles ciblant les buveurs problématiques sont mieux accueillies (Room, Babor, et Rehm, 2005). Cette différenciation dans l'acceptation de mesures sanitaires peut être expliquée par

la perception de l'autre comme différent de soi, à travers l'altérité (Johnson *et al.*, 2004).

En Europe, en 2016, au sein des États membres parties prenantes à l'action commune visant à réduire les dommages liés à l'alcool, la moitié des citoyens est favorable à des mesures fortes comme des prix élevés, des restrictions du nombre de points de vente, interdictions de vente et prohibition de la publicité (RARHA, 2016).

En France, une moindre adhésion à une augmentation des taxes pour réduire l'offre d'alcool est également relevée (Costes, Le Nézet, Spilka et Laffiteau, 2010). Au Canada, la hausse des prix des boissons alcoolisées est une mesure impopulaire, davantage encore chez les plus forts consommateurs (Macdonald, Stockwell et Luo, 2011).

Concernant le tabac, en France, l'efficacité de ces hausses reste tangible puisque 52 % des fumeurs qui ont diminué leur consommation reconnaissent que le prix des cigarettes a constitué une motivation importante (Peretti-Watel, Seror, du Roscoät et Beck, 2009). En Europe, le soutien le plus marqué de la population est relatif aux mises en garde sanitaires sur les emballages de tabac, alors que l'augmentation de la taxation est moins bien acceptée (Lidón-Moyano *et al.*, 2018).

Relativement aux JHA, les politiques ayant pour objectif de réduire le nombre de sites de jeux en ligne sont fortement soutenues par la population (Thomas *et al.*, 2017). Quelques années auparavant, il avait été observé en Nouvelle-Zélande que la hausse de l'offre de jeux et les messages favorables de l'industrie ou du gouvernement n'avaient pas conduit à une attitude positive du public. Une étude comparative entre la France et la Finlande a montré que les répondants finlandais étaient généralement plus satisfaits de leur système national de jeu que les Français. Ces derniers avaient manifesté de la méfiance à l'égard des établissements de jeux nationaux et souhaitaient des mesures de protection plus strictes. En outre, les résultats de cette enquête ont établi que l'acceptabilité de ces politiques étaient liée au contexte institutionnel et culturel dans lequel s'inscrivent ces jeux (Pöysti, 2014).

La proximité avec le produit (le fait de le consommer ou de l'avoir consommé) clive très sensiblement les opinions sur l'opportunité et les moyens de réduction de la demande. Cette proximité influe évidemment sur les représentations, comme le constatent régulièrement les enquêtes EROPP réalisées en France.

De même, la littérature relate que les interventions ciblées pour lutter contre une consommation nocive sont plus fréquemment appuyées par les populations qui ne sont pas ou plus consommatrices : a) par les non-fumeurs et les anciens fumeurs (Diepeveen, Ling, Suhrcke, Roland et Marteau, 2013), b) par les non-buveurs et ex-buveurs pour les interventions relatives à l'alcool (Giesbrecht, Ialomiteanu, Anglin et Adlaf, 2007 ; Holmila, Mustonen, Österberg et Raitasalo, 2009 ; Wilkinson, Room et Livingston, 2009). Cependant, une étude relative à la lutte antitabac au sein de l'Union européenne (2012-2014) montre que chez les non-fumeurs et les anciens fumeurs, l'expérimentation de la cigarette électronique a entraîné une diminution du soutien aux politiques de lutte antitabac, comme l'interdiction de la publicité du tabac (Laverty, Filippidis, Fernandez et Vardavas, 2018).

En miroir, les consommateurs de ces produits sont défavorables à des politiques restrictives et d'interdiction. Les buveurs d'alcool soutiennent davantage les mesures réduisant les préjudices sanitaires et sociaux associés à l'alcool que les décisions limitant leur propre accès à ce produit (Li *et al.*, 2017). De même, les fumeurs sont moins susceptibles d'être favorables à des mesures de tarification ou d'étiquetage de boissons alcoolisées que les non-fumeurs (Buykx, Gilligan, Ward, Kippen et Chapman, 2015).

Concernant les politiques publiques relatives à l'alcool, le soutien est plus marqué chez les personnes qui ont subi des préjudices de la part de buveurs (Greenfield, *et al.*, 2014).

En France, selon l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) de l'OFDT, réalisée en 2008, les opinions des Français sur les drogues (alcool et tabac compris) et sur les politiques publiques s'établissent en fonction de facteurs individuels (éducation scolaire, milieu social plus ou moins favorisé, expériences, activités, connaissances...) et selon la proximité avec les produits psychoactifs. Ainsi, il apparaît que les personnes ayant un niveau d'études supérieur, actifs, de milieu social favorisé, consommant ou ayant consommé un produit potentiellement addictif ont des positions plus libérales et moins prohibitionnistes (Costes, Le Nézet, Spilka et Laffiteau, 2010).

Pour les politiques de contrôle de l'alcool et pour les politiques du contrôle des jeux de hasard et d'argent, les conclusions sont très semblables. En général, la

population approuve des mesures de prévention et de réglementation précises pour enrayer les préjudices liés à l'alcool (Li *et al.*, 2017) et aux JHA (McAllister, 2014 ; Thomas *et al.*, 2017).

Dans les enquêtes, les Français adhèrent fortement aux mesures de santé publique visant à un plus grand contrôle de l'offre de tabac et d'alcool, notamment celles limitant l'accès à ces produits pour les mineurs. En 2005, en France, une majorité des personnes (58 %), âgées de 15 ans et plus, a déclaré que l'action des pouvoirs publics dans le domaine de la réglementation de la consommation d'alcool n'était pas suffisante et, à l'opposé, un tiers (29 %) regrettait le caractère liberticide de l'action des pouvoirs publics (INPES, 2006). Dans le même sens, en 2012, les Français avaient exprimé une opinion prohibitive concernant le tabac et l'alcool. Ils marquaient ainsi leur soutien aux restrictions d'accès des mineurs à ces produits, par la loi de juillet 2009 Hôpital, patients, santé et territoire (HPST). En effet, une très large majorité était d'accord avec l'interdiction de vente de tabac (90 %) et d'alcool (93 %) aux moins de 18 ans (Tovar, Le Nézet et Bastianic, 2013).

Ce constat souligne qu'une politique anti-tabac reçoit le soutien le plus fort lorsque les mineurs sont concernés (Rosenberg, Pettigrew, Wood, Ferguson et Houghton, 2012). Aux Etats-Unis, une étude a montré qu'une forte majorité de la population (80%) était favorable à des restrictions d'accès des mineurs aux produits du tabac (Rose *et al.*, 2015).

Il en est de même pour l'alcool. Si, en général, les mesures restrictives en matière d'alcool recueillent le soutien d'une grande partie de la population, ce sont les politiques ciblant les jeunes qui reçoivent un soutien accru (Moskalewicz, Wiczorek, Karlsson et Österberg, 2013). Aux Pays-Bas, le fait que les vendeurs d'alcool se conforment davantage à la nouvelle législation suite à l'augmentation de l'âge légal de vente de boissons alcoolisées, de 16 à 18 ans, suggère une acceptabilité de l'interdiction d'achat d'alcool chez les mineurs (Schelleman-Offermans, Roodbeen et Lemmens, 2017).

Ce consensus à l'égard de ces restrictions renvoie sans doute à la prise de conscience accrue des méfaits de ces deux usages chez les mineurs. L'adhésion était moins marquée en faveur de la prohibition de l'alcool pour les majeurs (41 %) (Tovar, Le Nézet et Bastianic, 2013).

En 2016, en France, une très large majorité d'adolescents (90 %), âgés de 15 à 18 ans, était favorable à l'interdiction de la cigarette électronique au collège et au lycée, ainsi que dans les transports collectifs fermés (85 %) et les lieux publics ouverts comme les centres commerciaux, les bars et restaurants (Gentina, Kilic et Dancoine, 2017).

Plus généralement, concernant le tabac, il a été montré que les non-fumeurs, les anciens fumeurs, les femmes, les personnes âgées et les personnes ayant des vues politiques non-conservatrices étaient plus favorables aux politiques de contrôle que les fumeurs, les hommes, les personnes jeunes et les personnes ayant des vues conservatrices (Diepeveen, Ling, Suhrcke, Roland et Marteau, 2013 ; Filippidis, Girvalaki, Mechili et Vardava, 2017 ; Rose *et al.*, 2015; Schmidt, Kowitt, Myers et Goldstein 2018). Les répondants se déclarant à gauche soutiennent davantage les politiques de lutte contre le tabagisme que ceux de centre droit (Filippidis, Girvalaki, Mechili et Vardava, 2017).

Le soutien aux politiques de contrôle du tabagisme (particulièrement l'interdiction de fumer dans les lieux publics) était plus élevé après leur mise en œuvre, qu'avant leur introduction bien que le soutien pour des mesures jugées importunes (comme l'augmentation des prix) fut moindre que le soutien pour des mesures plus globales telles que les campagnes pédagogiques (Diepeveen *et al.*, 2013). La sensibilisation croissante de la population aux effets néfastes du tabagisme sur la santé a renforcé l'acceptabilité des mesures de réglementation (comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics) au point qu'il ne paraît pas envisageable aujourd'hui de revenir en arrière. Cependant, la plupart des personnes considèrent que l'interdiction totale de fumer ne serait pas faisable (Gallus *et al.*, 2014).

Section 2.3 – L'acceptabilité des mesures répressives

L'acceptabilité des mesures répressives en matière d'alcool, de tabac et de JHA est encore peu explorée en raison d'une part, du caractère pluriel des législations internationales et d'autre part, du faible investissement de la recherche engagée en ce domaine sur les infractions de produits licites. Comme le faisaient remarquer Anderson et Baumberg, (2006), concernant l'alcool, deux domaines principaux sont

abordés par les études comparatives européennes relatives aux attitudes du grand public. Il s'agit de l'alcool au volant et de la question de la responsabilité de l'État pour réduire la consommation au sein de la population.

L'acceptabilité des mesures répressives renvoie à la question des trafics illicites et des commercialisations illégales. Elle renvoie également aux infractions commises par les consommateurs de ces produits. Est-il plus acceptable de sanctionner une personne manifestement ivre sur la voie publique qu'une personne qui fume une cigarette sur le quai d'une gare ? Cette question mérite d'être posée car les deux sont sanctionnables. Il est possible de penser que les positions seront conditionnées par les représentations des conséquences dommageables de ces comportements.

Tous les trois ans, le projet ESRA réalise des enquêtes auprès des conducteurs dans 38 pays afin de saisir leurs comportements sur la route et leurs représentations. Dans la dernière étude publiée en 2018, une large majorité des Français (76 %) déclarent être concernés par les mesures de sécurité routière (moyenne européenne 69%). Dans tous les pays, la conduite sous l'influence de l'alcool est perçue comme une cause principale d'accidents et un certain consensus (67 %) se dégage pour considérer que le code de la route n'est pas suffisamment appliqué dans les cas de consommation d'alcool et de drogues. Les participants à l'enquête ESRA adhèrent massivement (81%) à la politique de tolérance zéro concernant la conduite en état d'ivresse pour les conducteurs débutants ainsi que la mise en place d'un éthylotest anti-démarrage pour les récidivistes et une minorité (18 % en moyenne) perçoivent les peines liées à la consommation d'alcool et de drogues comme trop sévères (Meesmann, Torfs, Nguyen et Van den Berghe, 2018). Dans cette étude, relativement à la France, plus de 7 usagers de la route sur 10 (73 %) sont favorables à une politique de tolérance zéro en matière d'alcool pour les conducteurs débutants et 50 % pour tous les conducteurs. Ce soutien aux mesures répressives en matière de conduite en état d'ivresse révèle une intolérance forte vis-à-vis des conducteurs alcoolisés. Les campagnes d'information et de prévention auprès du grand public ces dernières années, réalisées en France, ont permis une plus grande sensibilisation aux dangers encourus.

Il est possible de poser le même constat concernant la législation sur la consommation d'alcool qui constitue une circonstance aggravante systématique en cas

de commission d'acte violent. En 2009, plus de huit Français sur dix (84 %) soutiennent cette mesure (Costes, Le Nézet, Spilka et Laffiteau, 2010). Cette position pourrait être située dans une perspective plus large selon laquelle les répondants perçoivent ces consommateurs bien plus « responsables » que « victimes ». De plus, cette opinion pourrait être influencée par les « politiques de santé » qui promeuvent des comportements individuels de santé à travers les campagnes de prévention. Dans ces campagnes de prévention, en effet, les pratiques saines favorisant la santé (faire du sport, moins manger et mieux, ne pas fumer, boire modérément de l'alcool) sont fortement valorisées (Costes, Le Nézet, Spilka et Laffiteau, 2010). Plus précisément, rester en bonne santé n'est plus une finalité en elle-même mais aussi un moyen d'affirmation de sa valeur. En se conformant aux normes préventives, l'individu montre sa capacité à diriger et contrôler sa vie. *« À l'inverse, ne pas parvenir à arrêter de fumer, à moins boire ou à perdre du poids, c'est le signe d'une incapacité à se maîtriser, à prendre soin de son capital santé : c'est donc la marque d'une infériorité morale »* (Peretti-Watel et Spica, 2010, p. 4). Et de conclure que la promotion des conduites saines s'accompagne souvent de la disqualification des comportements « à risque » et de leurs auteurs.

Plus largement, cette question de la responsabilité renvoie à la théorie de l'attribution, selon laquelle l'état de santé des personnes résulte de leur propre responsabilité, de choix individuels bien plus qu'à des facteurs sociétaux et environnementaux (Niederdeppe, Bu, Borah, Kindig et Robert, 2008).

Le niveau de conscience des risques associés à ces comportements et l'expérience des dommages causés aux proches ou aux personnes en général qui se comportent de cette façon risquée semblent également être corrélés positivement avec l'appui aux politiques de contrôle (Blake, Stephany, Blendon, et Vallone, 2010 ; Buykx, Gilligan, Ward, Kippen et Chapman, 2015 ; Greenfield, *et al.*, 2014 ; Storrø, Moan, et Rise, 2015).

L'exploration de l'acceptabilité des mesures répressives par le grand public pose la question sous-jacente de la perception du consommateur excessif : est-il un délinquant que la société doit punir ou un malade que l'on doit soigner ? Des éléments de réponse peuvent être trouvés dans la littérature relative aux substances illicites.

Beck et Peretti-Watel (2001) ont montré que s'agissant de l'héroïne, le profil répressif était davantage lié à la perception des usagers de cette substance qu'au produit lui-même, alors que les enquêtés se prononçant en faveur d'une médicalisation à travers la réduction des risques tenaient davantage compte des méfaits de l'héroïne. Ces opinions sont associées à un certain « anthropomorphisme ». En effet, les opinions émises sont constituées à partir de représentations sociales incarnées dans ces figures stéréotypées (par exemple « l'héroïnomane », « l'alcoolique », « le fumeur » ou encore « le joueur »). Ces stéréotypes expliqueraient l'acceptabilité de mesures répressives à l'encontre des personnes qu'ils désignent.

En matière de lutte contre la toxicomanie, les mesures répressives à l'égard des trafiquants sont beaucoup plus acceptées que les actions contre les consommateurs. Dans deux études anciennes réalisées en France par l'IFOP-CFES (1996) et l'IFOP-Le Quotidien du médecin (1997), massivement, les enquêtés (respectivement 82% et 94%) étaient favorables à un renforcement des actions policières à l'encontre des vendeurs et la moitié (50%) à l'encontre des usagers (Beck, 1998).

Dans l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP), réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), en 2018, plus de 9 répondants sur 10 (93 %), âgés de 18 à 75 ans, étaient très favorables à la mise en place d'une obligation de soins pour les consommateurs de drogues illicites (Spilka *et al.*, 2019). Ce résultat est comparable à celui d'une précédente enquête EROPP réalisée en 2012. En effet, relativement au cannabis, les Français préféraient des solutions qui orientent vers des soins ou un rappel à la loi que des sanctions qui punissent la consommation simple de cannabis (sans revente) (Tovar, Le Nézet et Bastianic, 2013).

Ce consensus fort peut renvoyer à deux considérations différentes : a) l'appréciation des aspects répressif et contraignant de cette mesure et b) l'éviction de poursuites judiciaires par l'imposition d'un traitement thérapeutique (Costes, Le Nézet, Spilka et Laffiteau, 2010).

Conclusion

Aborder les politiques de contrôle, c'est prendre en compte les constructions sociales, morales, juridiques et médicales sous-jacentes. En déterminant les frontières du légal et de l'illégal, l'État français réalise, au travers des politiques de contrôle un circuit licite et dirigé de l'offre, couvrant l'ensemble des étapes économiques, de la production à la distribution en renvoyant toute offre et toute consommation, hors de ce champ, dans l'illicéité.

Si le caractère récréatif est un aspect saillant du tableau décrivant l'alcool, le tabac et les JHA, les pouvoirs publics se sont attachés néanmoins à en limiter la consommation et par suite à définir le niveau de liberté autorisé. Dans cette mission, l'État doit prendre en compte une valeur cardinale : le libre arbitre. Le rôle délicat des pouvoirs publics est alors de le garantir et le faciliter par un contrôle adapté de l'accessibilité aux produits et des excès publicitaires et marketing. L'objectif de santé publique est incontournable et justifie des mesures des plus simples (autorisations), aux plus strictes (interdictions). Toutefois, cette finalité n'est pas suffisante.

Pour avoir une influence décisive sur le comportement des individus et obtenir des résultats pérennes, toute politique de contrôle doit s'appuyer sur le soutien de la population. En effet, lorsque l'attitude du public face à une politique spécifique est négative, les gouvernements n'ont, habituellement, aucun autre choix que d'y renoncer (Lonsdale, Hardcastle et Hagger, 2012 ; Keatley *et al.*, 2016).

De façon générale, d'après l'étude de la littérature, l'adhésion aux politiques de contrôle est notable, en particulier sur le volet préventif. La fiabilité des messages de prévention fait consensus et peut avoir un impact sur le changement de comportement des Français. La sensibilité des médias aux méfaits de l'alcool, du tabac et des JHA, une attention plus marquée aux comportements de santé, une meilleure connaissance des dommages causés ainsi qu'une moindre acceptation du risque par la population confortent les interventions préventives des pouvoirs publics. Sur le versant « réglementation », on observe également une acceptation forte à l'égard des mesures restrictives qui visent les populations vulnérables, tels que les mineurs et les femmes enceintes et plus globalement une acceptation des mesures de réduction de l'offre. Cette acceptabilité peut être liée à la perception que ces consommations sont akratiques, c'est-à-dire reconnues comme contraires aux intérêts du consommateur.

Les Français adhèrent massivement aux mesures de santé publique qui visent à un plus grand contrôle de l'offre de tabac et d'alcool. Relativement aux mesures répressives liées aux consommations d'alcool, la population française est attachée à des poursuites judiciaires en cas d'actes violents et une majorité d'automobilistes est favorable à l'interdiction totale de l'alcool au volant pour les nouveaux conducteurs.

C'est dans ce contexte que cette étude a pour objectif d'éclairer le champ des connaissances en explorant et en cartographiant les positions des Français sur les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent.

CHAPITRE 3 - PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Parce que fumer, boire de l'alcool et jouer de l'argent sont en France des activités populaires mais qu'elles causent aussi de nombreux dommages, il est intéressant d'évaluer le niveau de soutien des Français face aux règles édictées par l'État pour encadrer ces consommations et en réduire les dommages. Avant de détailler les hypothèses de cette recherche, il convient d'exposer la problématique.

Section 3.1 - Problématique

La présente étude vise à compléter les études antérieures en examinant et en cartographiant les positions des Français de façon détaillée, concernant les politiques de contrôle de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent. Elle a été réalisée en France.

En France, comme dans la plupart des autres pays, les perceptions de la population sur le fait de fumer, de boire de l'alcool ou encore de jouer de l'argent sont généralement négatives (Orford, Griffiths, Wardle, Sproston et Erens, 2009).

L'Échelle de contrôle du tabac (ECT) introduite par Joossens et Raw (2006) est un outil quantitatif qui permet une évaluation précise des efforts des pays pour limiter la consommation de produits nocifs. Le score ECT de la France est de 57 (sur 100), ce qui place ce pays à mi-chemin entre le Royaume-Uni (81) et l'Autriche (33) (Lidón-Moyano *et al.*, 2018).

En France, si la publicité et la promotion du tabac ont été en grande partie interdites (score de 10 sur 13), si les hausses de prix par le biais des taxes sont plus élevées, les produits du tabac n'ont pas encore atteint le niveau recommandé (score de 21 sur 30). Les restrictions sur le tabagisme dans les lieux publics peuvent encore être améliorées (score de 15 sur 22) et l'aide à l'arrêt des fumeurs dépendants est à poursuivre (6 sur 10). Côté négatif, l'information des consommateurs reste nettement insuffisante (score de 2 sur 15), les étiquettes de mise en garde sur la santé doivent encore être améliorées (4 sur 10). En comparaison avec le Royaume-Uni, il reste beaucoup à faire en France, même si son classement est 4^e sur les 35 pays européens. En ce qui concerne les politiques de contrôle de l'alcool et les politiques de contrôle des jeux de hasard, la France est dans une position similaire.

La plupart des personnes en France, surtout de gauche, considèrent que le gouvernement est directement mis en cause chaque fois que la santé de l'utilisateur d'une substance addictive se détériore. La responsabilité perçue du gouvernement est seulement légèrement atténuée lorsqu'existent des campagnes d'information systématique ou quand le niveau de consommation de la personne est démesuré. Du point de vue des Français, ce serait seulement dans le cas hypothétique d'une interdiction totale de toutes les substances que le gouvernement pourrait être perçu comme déchargé de toute responsabilité (Camus, Lhermite, Muñoz Sastre, Sorum et Mullet, 2016).

La présente étude emprunte une technique de scénario qui a déjà été utilisée dans divers domaines controversés, où les positions des personnes étaient supposées diverses et contradictoires (par exemple, Camus, Muñoz Sastre, Sorum et Mullet, 2014 ; Kamble et Mullet, 2016 ; Kpanake, Patassi et Mullet, 2013). Les mesures des politiques de contrôle peuvent être regroupées en trois catégories : des mesures préventives, des mesures de réglementation et des mesures répressives (Macdonald, Stockwell et Luo, 2011 ; Moskalewicz, Wiczorek, Karlsson et Österberg, 2013). Les scénarios ont été composés en faisant varier les modalités de ces trois grands facteurs. Les participants ont été invités à évaluer le degré d'acceptabilité de chaque stratégie de politique de contrôle résultant du croisement de ces niveaux de facteurs.

Section 3.2 – Hypothèses

En première approximation, les positions de la population peuvent être présentées sur un continuum allant (a) de la considération que la prise de risque est une question de responsabilité personnelle, auquel cas les politiques publiques de contrôle sont malvenues, (b) à la considération que certaines prises de risque sont perçues négativement par les individus car elles affectent l'ensemble de la société, auquel cas les politiques de contrôle de toutes sortes sont absolument nécessaires (Branson, Duffy, Perry et Wellings, 2012 ; Niederdeppe, Bu, Borah, Kindig et Robert, 2008). Par conséquent, plusieurs attitudes, qualitativement distinctes, sont attendues. Elles reflèteraient les positions des personnes à un emplacement ou à un autre sur ce continuum.

Premièrement, la position très attendue serait celle qui exprime un rejet complet de tout type de politique de contrôle (Branson, Duffy, Perry et Wellings, 2012). Dans ce cas, tous les niveaux d'acceptabilité seraient faibles.

Deuxièmement, la position opposée correspondrait à l'idée que les politiques de contrôle les plus acceptables sont celles qui établissent des mesures contraignantes (par exemple, des campagnes de prévention agressives associées à une réglementation stricte et sanctions sévères). Cette position serait proche de celle des « *prohibitionnistes progressistes* » au sujet des drogues illicites, suggérée par Goode (1998). Dans ce deuxième cas, les niveaux d'acceptabilité varieraient considérablement en fonction des trois facteurs.

Troisièmement, les positions, qui pourraient être attendues parmi les personnes se livrant à un ou plusieurs comportements potentiellement addictifs, correspondraient soit au point de vue que (a) si les contrôles sont nécessaires, les plus modérés seraient les plus acceptables, soit (b) si une forte réglementation est nécessaire, alors les sanctions pour violation seraient modérées (par exemple, Schmidt *et al.*, 2018). Cette position est proche de celle des « *libéralistes du libre-échange* » proposée par Goode (1998). Dans les deux cas, les niveaux d'acceptabilité varieraient également considérablement en fonction des trois facteurs, mais à l'inverse du cas précédent.

Quatrièmement, selon les personnes qui ne croient pas en l'efficacité de la prévention et de la réglementation, seules les politiques de contrôle qui établissent des sanctions sévères, pour cause de violation des mesures de réglementation seraient acceptables. Cette méfiance vis-à-vis de la réglementation et de la prévention est évocatrice de la position des « *conservateurs culturels* » décrite par Goode (1998). Ce point de vue équivaldrait à considérer que a) les comportements à risque sont des problèmes personnels et relèvent de la responsabilité de chacun, mais que b) la société doit être protégée contre les individus contrevenants qui mettent les autres en danger.

Cinquièmement, les positions pourraient varier en fonction du type d'activité récréative (tabac, alcool et JHA). Par exemple, pour un même groupe de personnes, en ce qui concerne la consommation abusive d'alcool, des mesures de contrôle très contraignantes pourraient être considérées comme acceptables en raison des risques encourus, comme l'alcool au volant qui a des conséquences sociales très négatives, alors que ces mêmes mesures contraignantes ne seraient pas considérées comme

acceptables concernant les JHA, leurs conséquences négatives étant perçues comme moindres voire inexistantes (Buykx *et al.*, 2015).

En résumé, sont attendues différentes positions qui pourraient être qualifiées de « rejet total de toutes politiques de contrôle », de « politiques de contrôle fort », de « politiques de contrôle faibles/modérées », de « sanctions modérées » ou de « sanctions sévères ». Elles tiendraient compte des philosophies des participants et des habitudes de consommation. De plus, ces positions pourraient, pour les mêmes participants, varier en fonction du produit potentiellement addictif considéré, à savoir le tabac, l'alcool et les jeux de hasard et d'argent (Diepeveen, Ling, Suhrcke, Roland et Marteau, 2013). Il importe désormais d'exposer le cadre méthodologique de cette étude.

CHAPITRE 4 - CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Cette étude a été réalisée selon les recommandations éthiques de la société Française de psychologie. L'anonymat des participants a été respecté et le consentement éclairé de chaque participant a été obtenu. La collecte des données s'est déroulée de juillet 2016 à mai 2018. Seront présentés, successivement, les participants, la Théorie Fonctionnelle de la Cognition d'Anderson, le matériel mobilisé ainsi que la procédure de passation.

Section 4.1 - Les participants

Le but de l'étude était de définir la manière dont les participants ont exploité les informations fournies dans différentes situations exposées dans des vignettes. Dès lors, il est apparu important de définir un échantillon suffisant de participants ayant diverses expériences personnelles et professionnelles en matière de toxicomanie et ayant divers niveaux de consommation de produits addictifs, car le nombre possible de positions attendues devrait être limité (Camus, Muñoz Sastre, Sorum et Mullet, 2014).

Recrutés sur la base du volontariat non rémunéré, tous les participants de l'étude sont majeurs (âgés au minimum de 18 ans) et de nationalité française. A l'aide de trois assistants formés à la technique utilisée, préalablement à la phase expérimentale, les participants ont eu connaissance des consignes. Chaque participant a donné explicitement son accord et a suivi la phase de familiarisation.

Sur les 396 personnes contactées dans plusieurs villes de France et en particulier dans le sud, soit dans la rue, soit à leur domicile ou encore sur leur lieu de travail, 223 ont accepté de participer et 218 (55 %) sont allées jusqu'au bout de la démarche (5 personnes ont renoncé en cours de passation).

De plus, des professionnels de santé et du droit ont été sollicités directement. Plusieurs établissements de prévention et de soins en addictologie ont été contactés en France métropolitaine, tels que des Associations Nationales de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des services hospitaliers spécialisés en addictologie. Ont accepté de collaborer à cette recherche, 5 experts addictologues, 13 médecins (dont 3 psychiatres), 20 psychologues, 71 autres professionnels de la santé, 17 juristes (avocats et professeurs de droit). Au total, sur les 203 professionnels

contactés, 126 (62 %) ont répondu positivement. En général, le refus de participer à cette étude était motivé par le manque de temps.

La population d'étude comprend 344 adultes, âgés de 18 à 88 ans ($M = 47,1$; $SD = 15,91$). Sur l'ensemble des participants, 235 femmes (68 %) et 109 hommes (32 %) ont accepté de répondre au questionnaire.

Les informations détaillées concernant les données personnelles des participants sont regroupées au sein du tableau 2.

L'étude des données sociodémographiques de l'ensemble des participants révèle que le niveau d'études est élevé puisque 108 personnes déclarent avoir un niveau « Bac + 5 et plus » (31 %). Seulement 12 % des participants déclarent avoir un niveau BEPC, CAP et BEP. Il en est de même pour le niveau BAC (12 %).

Au regard de l'état civil, une proportion importante de participants est en couple (66 %). Cependant, davantage d'hommes sont en couple (75 %) que de femmes (62 %). Enfin, notre population d'étude comprend plus de célibataires femmes (avec ou sans enfant) (31 %) que de célibataires hommes (avec ou sans enfant) (22 %).

Du côté de la répartition socioprofessionnelle, parmi les professions exercées, celle d'infirmier(ère) est la plus représentée (14 % soit 48 personnes sur 344 participants). De plus, la proportion de femmes est la plus importante concernant les infirmières (17 % contre 7 % pour les hommes), les psychologues (7 % contre 3 % pour les hommes) les aides-soignantes (6 % contre 1 % pour les hommes). A l'inverse, en proportion, les catégories des médecins et des juristes sont plus occupées par des hommes, respectivement 6 % et 7 %.

Le tableau 2 ci-après présente aussi les différentes orientations politiques déclarées par les participants. La position politique est relativement semblable entre les hommes et les femmes, sauf pour l'orientation centriste (34 % des hommes se reconnaissent centristes alors que 28 % des femmes se positionnent ainsi) et sauf pour la catégorie « *indécis* ». Ainsi, une proportion plus importante de femmes que d'hommes sont « *indécises* » (33 % contre 26 % pour les hommes). Un autre point est à souligner. L'orientation centriste (centre gauche et centre droit) domine l'ensemble des positions politiques, avec 30 %. Enfin, 13 % des participants se positionnent à l'extrême gauche contre 3 % à l'extrême droite.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

Genre		Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)
Effectif		109 (32)	235 (68)	344 (100)
Âge	Moyenne d'âge (ans)	47	47	
	18-27 ans	16 (15)	31 (13)	47 (14)
	28-37 ans	19 (17)	43 (18)	62 (18)
	38-47 ans	25 (23)	45 (19)	70 (20)
	48-57 ans	19 (17)	45 (19)	64 (19)
	58-67 ans	17 (16)	45 (19)	62 (18)
	68-77 ans	13 (12)	21 (9)	34 (10)
	78-88 ans	0 (0)	5 (2)	5 (1)
Niveau d'études	BEPC ¹ , CAP ² , BEP ³	15 (14)	26 (11)	41 (12)
	Bac	10 (9)	30 (13)	40 (12)
	Bac +2	13 (12)	33 (14)	46 (13)
	Bac +3	15 (14)	52 (22)	67 (19)
	Bac +4	12 (11)	30 (13)	42 (12)
	Bac +5 et plus	44 (40)	64 (27)	108 (31)
État civil	Célibataires	21 (19)	51 (22)	72 (21)
	Célibataires avec enfant(s)	3 (3)	21 (9)	24 (7)
	En couple	43 (39)	69 (29)	112 (33)
	En couple avec enfant(s)	36 (33)	67 (29)	103 (30)
	En couple pacsé	3 (3)	9 (4)	12 (3)
	Divorcés	3 (3)	18 (8)	21 (6)
Répartition socioprofessionnelle	Grand public	78 (72)	140 (60)	218 (63)
	Juristes	8 (7)	9 (4)	17 (5)
	Médecins	7 (6)	3 (1)	10 (3)
	Médecins addictologues	1 (1)	4 (2)	5 (1)
	Psychiatres	2 (2)	1 (0)	3 (1)
	Infirmier(ière)s	8 (7)	40 (17)	48 (14)
	Aides-soignant(e)s	1(1)	13 (6)	14 (4)
	Kinésithérapeutes, podologues	1 (1)	8 (3)	9 (3)
	Psychologues	3 (3)	17 (7)	20 (6)
Opinion politique	Extrême gauche	13 (12)	33 (14)	46 (13)
	Gauche	20 (18)	38 (16)	58 (17)
	Centre gauche	18 (17)	34 (14)	52 (15)
	Centre droit	19 (17)	33 (14)	52 (15)
	Droite	8 (7)	12 (5)	20 (6)
	Extrême droite	3 (3)	8 (3)	11 (3)
	Opinions non déclarées	28 (26)	77 (33)	105 (31)

¹ BEPC : Brevet d'Études du Premier Cycle² CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle³ BEP : Brevet d'Études Professionnelles

Tableau 3. Niveaux de consommation des participants à l'étude

	Oui tous les jours			Oui souvent			Oui de temps en temps			Non		
	H ¹ (%)	F ² (%)	E ³ (%)	H (%)	F (%)	E (%)	H (%)	F (%)	E (%)	H (%)	F (%)	E (%)
Tabac	17 (16)	39 (17)	56 (16)	3 (3)	4 (2)	7 (2)	10 (9)	27 (11)	37 (11)	79 (72)	165 (70)	244 (71)
Alcool	9 (8)	6 (3)	15 (4)	10 (9)	18 (8)	28 (8)	75 (69)	170 (72)	245 (71)	15 (14)	41 (17)	56 (16)
JHA	2 (2)	0 (0)	2 (1)	4 (4)	2 (1)	6 (2)	19 (17)	44 (19)	63 (18)	84 (77)	189 (80)	273 (79)
Effectifs	109 (32)	235 (68)	344 (100)	109 (32)	235 (68)	344 (100)	109 (32)	235 (68)	344 (100)	109 (32)	235 (68)	344 (100)

¹H : Hommes²F : Femmes³E : Effectif

Le tableau 3 présente les différentes fréquences de consommation des produits du tabac, des boissons alcoolisées et des jeux de hasard et d'argent, déclarées par les participants.

Relativement à la consommation de tabac, deux observations peuvent être faites. En premier lieu, la population d'étude est composée majoritairement de non-fumeurs. En second lieu, c'est de façon équivalente que les hommes et les femmes fument chaque jour.

Concernant la consommation d'alcool, une proportion importante des participants déclare boire de l'alcool de temps en temps, sans différence notable de genre. Parmi les personnes qui déclarent boire quotidiennement, les hommes sont les plus représentés (8 % contre 3 % pour les femmes).

S'agissant de la consommation de jeux de hasard et d'argent, une forte proportion de cette population ne joue jamais. A l'opposé, parmi les 21 % de joueurs, seulement 1 % joue tous les jours, 2 % fréquemment et 18 % de temps en temps. Il n'y a pas de différence majeure entre les hommes et les femmes concernant ce type de consommation.

En résumé, si de façon occasionnelle, les participants fument (11 %), boivent de l'alcool (71 %) et/ou jouent à des JHA (18 %), ils sont chaque jour 16 % à fumer, 4 % à boire de l'alcool et 1 % à jouer. A l'opposé, une grande majorité des répondants ne fume pas (71 %), ni ne joue (79 %) et une minorité ne boit pas d'alcool (16 %).

Tableau 4. Connaissance d'un proche, victime d'addiction, par les participants à l'étude

	Connaissance d'un proche victime d'addiction			Tabac			Cannabis		
	H ¹ (%)	F ² (%)	E ³ (%)	H (%)	F (%)	E (%)	H (%)	F (%)	E (%)
Non	35 (32)	53 (23)	88 (26)	49 (45)	83 (35)	132 (38)	84 (77)	173 (74)	257 (75)
Oui	74 (68)	182 (77)	256 (74)	60 (55)	152 (65)	212 (62)	25 (23)	62 (26)	87 (25)
	Alcool			JHA			Proche ayant subi une sanction		
	H (%)	F (%)	E (%)	H (%)	F (%)	E (%)	H (%)	F (%)	E (%)
Non	66 (61)	135 (57)	201 (58)	96 (88)	209 (89)	305 (89)	87 (80)	199 (85)	286 (83)
Oui	43 (39)	100 (43)	143 (42)	13 (12)	25 (11)	38 (11)	22 (20)	36 (15)	58 (17)
Effectifs	109 (32)	235 (68)	344 (100)	109 (32)	235 (68)	344 (100)	109 (32)	235 (68)	344 (100)

¹ H : Hommes

² F : Femmes

³ E : Effectif

Les participants ont indiqué s'ils avaient connaissance ou non, dans leur entourage, de personne ayant des problèmes d'addiction (tableau 4).

Sur les 344 répondants, une forte proportion déclare connaître un proche, victime d'addiction (74 %).

Par ordre, ces proches ont eu des problèmes liés au tabac, à l'alcool, au cannabis ou encore aux jeux. En proportion, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à connaître un proche ayant un problème lié au tabac. Il en est de même pour le cannabis et pour l'alcool. Les proportions sont quasiment équivalentes concernant les problèmes des proches liés aux jeux de hasard. Ces problèmes n'ont donné lieu à aucune sanction dans 83 % des cas.

Section 4.2 - La Théorie Fonctionnelle de la Cognition d'Anderson

La présente étude s'appuie sur la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de Norman H. Anderson qui définit les lois psychocognitives régissant le traitement de l'information. Plus précisément, elle décrit la façon dont les diverses informations de toutes natures sont prises en compte et combinées entre elles, par toute personne, afin d'émettre spontanément, dans la vie quotidienne, des jugements (Anderson, 1991, 1996, 2008, 2016). Après avoir présenté cette théorie, seront abordés les intérêts de cette méthodologie puis les conditions expérimentales qui ont été respectées.

Sous-section 4.2.1. Présentation de la Théorie Fonctionnelle de la Cognition d'Anderson

Selon la Théorie Fonctionnelle de la Cognition (Anderson N.H. 1981, 1982), un individu qui est amené à émettre un jugement place inconsciemment une valeur subjective à chaque élément d'information puis il va recourir à des règles algébriques simples (additions, multiplications, moyenne, ratio). Ainsi, tout jugement repose sur un tri d'informations, que l'individu organise en fonction de représentations, de valeurs, d'objectifs individuels et auxquels cet individu confère une valeur affective et émotionnelle.

Le diagramme ci-après schématise le processus d'intégration de l'information selon Anderson (1981 et 1982).

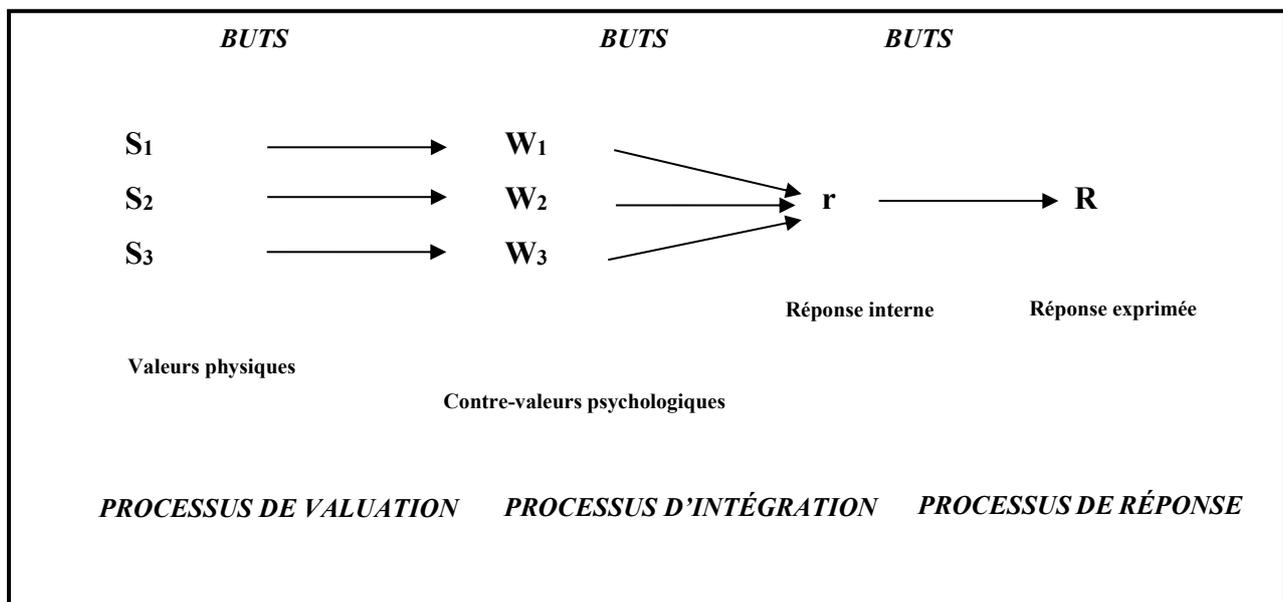


Figure 8. Le processus d'intégration de l'information selon Anderson

Dans la présente étude, les stimuli externes S_i (valeurs physiques) sont les modalités des facteurs intra-sujets : type de produit ou comportement addictif, réglementation, prévention, sanction.

Ces valeurs physiques vont suivre trois opérations successives, en fonction des buts du sujet (dans cette étude, formuler un jugement d'acceptabilité des politiques de contrôle du tabac, alcool et jeux de hasard et d'argent).

Dans le processus de valuation, le sujet attribue une contre-valeur psychologique ($W_1, W_2, W_3 \dots$) à chaque stimulus physique reçu ($S_1, S_2, S_3 \dots$). Dans cette étude, ce stimulus peut correspondre par exemple au type de produit (alcool ou tabac), au type de prévention, au prix du produit, etc.

Dans le processus d'intégration, le sujet rassemble, combine et ordonne toutes ces informations pour façonner une réponse interne (r) unifiée. Dans cette étape, le sujet assigne différents poids (W) à chaque valeur d'échelle selon l'importance accordée par le sujet. Ainsi, cette discrimination, par des opérations de pondération plus ou moins simples, donne lieu à un ordonnancement des stimuli. Par exemple, dans la présente étude, le participant pourra associer le stimulus « tabac » (S_1) à une valeur « fort intérêt » (W_1) et le combiner avec le stimulus « prix du paquet de cigarettes » (S_2), associée à une valeur « prix élevé » (W_2).

Dans le processus de réponse, le sujet transforme cette réponse interne en réponse exprimée. R est le résultat de cette production qui prend en compte l'ensemble

des stimuli reçus. Cette réponse observable (R) sera traduite, dans cette étude, par une inscription manuscrite traduisant la sélection du participant d'un niveau sur l'échelle de jugement. Cette échelle est placée sous chaque scénario. Dans la présente étude, les réponses exprimées représenteront les niveaux d'acceptabilité des politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent, pour chacun des 54 scénarios présentés au participant.

Finalement, le jugement du participant est le résultat d'une combinaison de facteurs objectifs (ex : informations soumises au participant sur le tabac) et de facteurs subjectifs, comme les représentations mentales (ex : sur le tabac) et de dispositions sociales (ex : être soi-même fumeur). Ce processus de combinaison est en grande partie non-observable. Cependant, grâce à la « mesure fonctionnelle » développée par Anderson, il est possible de mettre en évidence les différentes règles algébriques à l'œuvre au cours de ce processus. Ainsi, chaque jugement peut être analysé en fonction d'une algèbre cognitive.

Ainsi, dans ce modèle d'intégration de l'information, les résultats peuvent être représentés sous forme de graphiques répondant à trois modèles.

Dans le modèle additif, la réponse du sujet procède de l'addition, de la soustraction, ou encore de moyenne des différentes valeurs d'échelle. Cela se traduit par un graphique où les courbes sont parallèles, sauf dans le cas de la moyenne (courbes entrecroisées ou courbes non parallèles, selon respectivement une moyenne équipondérée ou non).

Dans le modèle disjonctif, le sujet choisit d'attribuer un poids à une information (ex : fumer de façon excessive). Cependant, ce poids n'est pas constant. Il a une valeur relative à la configuration de l'information. Par exemple, s'agissant de la perception du risque sur la santé, le sujet pourra attribuer un poids fort à la situation « fumer de façon excessive » et « boire modérément » et un poids plus faible à la situation « fumer de façon excessive » et « ne jamais boire » (Muñoz-Sastre, López-López et Pineda-Marín, 2017). Sur un graphique, ce modèle est illustré par des courbes en éventail se rapprochant sur la droite.

Dans le modèle conjonctif, le sujet établit un rapport entre les valeurs des différentes informations soit par multiplication, soit par division. Selon la règle conjonctive, le poids attribué à chaque élément de l'information est inversement

proportionnel à la valeur de cet élément. L'élément ayant une valeur la plus petite recevra le plus de poids. Sur ce graphique, les courbes seront divergentes soit à droite soit à gauche.

Sous-section 4.2.2. Intérêts de la Théorie Fonctionnelle de la Cognition d'Anderson

Il peut être intéressant de mettre en lumière un triple intérêt à s'appuyer sur la Théorie Fonctionnelle de la Cognition.

En premier lieu, la littérature ne fournit pas d'étude comparative sur les thèmes particuliers de cette recherche, à savoir le tabac, l'alcool et les JHA et dans les contextes de prévention, de réglementation et de sanction et selon la perception qu'en ont les individus. Le cadre méthodologique qu'offre la Théorie Fonctionnelle permet d'étudier de façon comparative ces problématiques, en montrant leurs liens et divergences de façon détaillée.

En deuxième lieu, cette théorie permet, à partir de différentes histoires inventées, de déterminer le poids attribué à chaque information reçue, dans le processus de formation du jugement et d'intégration de l'information. Le participant serait probablement en difficulté pour indiquer lui-même quelle est l'importance respective de chaque facteur et comment il a procédé à la combinaison de ces différents éléments d'informations. Cette méthodologie, en s'intéressant à l'individu, permet donc de rendre compte de façon précise des processus cognitifs à l'œuvre.

En troisième lieu, de très nombreuses études ont été publiées sur la base de cette théorie et dans de multiples domaines de recherche (pour ne citer que quelques exemples : Anderson 1996, 2008 ; Przygodsky et Mullet (1997) sur le jugement de culpabilité ; Przygodsky et Mullet (1999) sur la sévérité du jugement ; Anderson (1997) sur le jugement de l'équité ; Dahourou, Koné et Mullet (1995) sur le jugement de la performance ; Girard et Mullet (1997) sur la propension à pardonner ; Kpanake, Dassa, Sorum et Mullet (2014) sur le suicide médicalement assisté ou encore Cantisano, Ferraud, Muñoz Sastre et Mullet (2018) sur la peur de la mort), ce qui montre la force scientifique de ce cadre méthodologique. Ces recherches ont permis de montrer comment un sujet construit son jugement à partir d'informations multiples

et, par suite, les relations potentiellement complexes entre ces différents facteurs. L'utilité de cette théorie a déjà été mise en lumière dans le domaine de la psychologie de la santé (Cuperus-Bosma, van der Wal, Looman et van der Maas, 1999) et en particulier relativement aux substances psychoactives (Camus, Muñoz Sastre, Sorum et Mullet, 2014).

Sous-section 4.2.3. Les conditions du protocole expérimental

Pour que cette théorie soit opérationnelle à l'égard de cette étude, deux conditions expérimentales ont été respectées. D'une part, toutes les combinaisons de facteurs ont été prises en compte et figurent dans le matériel. D'autre part, il a été fait le choix d'une échelle de réponses linéaire et non graduée pour traduire les réponses des participants afin de rendre difficile la mémorisation des réponses précédentes.

Section 4.3 - Matériel

Le matériel est composé de trois ensembles de 18 vignettes, soit au total 54 histoires. Chacune contient une description courte d'une politique du contrôle fictive mais concrète, quant aux mesures de prévention, de réglementation et de sanction, une question relative à cette situation et une échelle de réponse non graduée de 11 points avec deux bornes étiquetées « pas du tout » et « tout à fait ».

Le premier ensemble décrit des politiques antitabac. Il a été créé en combinant orthogonalement les niveaux des trois facteurs (annexe 3). Pour chaque facteur, parmi les niveaux sélectionnés, au moins un est semblable aux politiques actuelles appliquées en France.

Voici un exemple de vignette relative au tabagisme :

<p>La République d'Ovalistag est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.</p> <p>L'État interdit de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il autorise néanmoins les fumeurs réglementaires dans ces lieux.</p> <p>Il fixe un prix moyen pour l'achat de cigarettes (7 euros le paquet).</p> <p>La vente est interdite aux moins de 18 ans.</p> <p>L'État lance régulièrement des campagnes d'information grand public dans les médias et en milieu scolaire. Il organise un service d'accueil téléphonique et d'écoute.</p> <p>En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de l'amende à des peines de prison.</p> <p>Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?</p> <p>Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait</p>

Les deuxième et troisième ensembles ont décrit des politiques de contrôle de l'alcool et des politiques de contrôle des jeux de hasard et d'argent.

Un exemple de vignette relative à l'alcoolisme :

<p>La République de Waltari est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme. L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0,8g/l. Il ne fixe aucune réglementation sur les lieux de vente.</p> <p>La vente est interdite aux moins de 16 ans.</p> <p>L'État ne prévoit aucune campagne de prévention.</p> <p>En cas de non-respect de la réglementation par une personne alcoolisée, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de la peine d'emprisonnement à l'amende, en passant par l'injonction thérapeutique, le traitement volontaire ou obligatoire, la suspension du permis, ou encore l'immobilisation du véhicule.</p> <p>Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?</p> <p>Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait</p>
--

CHAPITRE 5 - RÉSULTATS

A partir des 1032 protocoles recueillis, plusieurs traitements statistiques ont été effectués afin de répondre aux objectifs initiaux.

En premier lieu, l'analyse de variance sur l'ensemble des réponses des participants a permis de mettre en évidence les différents niveaux d'acceptabilité des politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent (JHA), ainsi que les effets combinés des différents facteurs.

En second lieu, l'analyse en cluster a révélé l'existence de différentes politiques de jugement selon des profils. Après avoir déterminé ces clusters, d'autres analyses de variances (ANOVA par cluster) ont été réalisées. Les ANOVAs au niveau de chaque cluster ont permis d'élucider la manière dont les participants de chaque sous-groupe ont pris en compte les différents facteurs inclus dans les scénarios.

Section 5.1 - Résultats des analyses de variances

Dans l'objectif de mettre en évidence les facteurs pris en considération par les participants dans leur jugement d'acceptabilité des politiques de contrôle, relatives au tabac, à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent (JHA), une analyse de variance globale sur les facteurs intra-sujets (type de consommation, prévention, réglementation et sanction) a été conduite.

Le plan expérimental est le suivant : $A3 \times R3 \times P3 \times S2$.

Facteurs	Modalités
Type de consommation (A)	Tabac
	Alcool
	JHA
Réglementation (R)	Faible
	Modérée
	Forte
Prévention (P)	Aucune
	Ponctuelle
	Régulière
Sanction (S)	Sévère
	Modérée

Les résultats obtenus permettent d'établir une synthèse des effets de tous les facteurs, présentée en annexe 4.

L'analyse de variances permet de constater que les quatre facteurs ont été pris en considération par les répondants.

Par ordre d'importance, c'est en premier lieu le facteur « Réglementation » qui a été pris en compte le plus fortement (SC = 14033,14), puis, respectivement, le facteur « Prévention » (SC = 7474,53), le facteur « Type de consommation » (SC = 529,74) et, dans une moindre mesure, le facteur « Sanction » (SC = 129,88) » (annexe 4).

Toutefois, parmi tous les facteurs examinés, celui qui a eu la plus forte significativité est le facteur « Prévention » et la plus faible, le facteur « Sanction ». Les résultats sont cependant globaux et ne préfigurent pas de possibles variations en fonction du type de consommation (tabac, alcool et JHA). Il apparaît intéressant, à présent, d'examiner ces interactions de façon détaillée.

Effets combinés des facteurs intra-sujets

Conformément aux interactions présentées en annexe 4 relative à la synthèse des effets des facteurs « Type de consommation », « Prévention », « Réglementation » et « Sanction », les effets combinés significatifs sont ceux relatifs à la combinaison des facteurs suivants :

- « Type de consommation » * « Réglementation » (F (4, 1368) = 27,73 ; p < .001) [Annexe 7] ;
- « Type de consommation » * « Sanction » (F (2, 684) = 197,38 ; p < .001) [Annexe 8] ;
- « Prévention » * « Réglementation » (F (4, 1368) = 29,30 ; p < .001) [Annexe 9] ;
- « Réglementation » * « Sanction » (F (2, 684) = 14,41 ; p < .001) [Annexe 11] ;
- « Type de consommation » * « Prévention » * « Réglementation » (F (8, 2736) = 4,43 ; p < .001) ;
- « Type de consommation » * « Prévention » * « Sanction » (F (4, 1368) = 4,92 ; p < .001) ;
- « Type de consommation » * « Réglementation » * « Sanction » (F (4, 1368) = 11,30 ; p < .001).

Les interactions suivantes ne sont pas significatives. En annexe 6 sont présentés les effets combinés des facteurs « Prévention » et « Type de consommation » ; en annexe 10, les effets combinés des facteurs « Prévention » et « Sanction » ; en annexe

12, les effets combinés des facteurs « Prévention », « Réglementation » et « Sanction » ; en annexe 13, les effets combinés des facteurs « Tabac », « Prévention », « Réglementation » et « Sanction » ; en annexe 14, les effets combinés des facteurs « Alcool », « Prévention », « Réglementation » et « Sanction » ; en annexe 15, les effets combinés des facteurs « Jeux de hasard et d'argent », « Prévention », « Réglementation » et « Sanction ».

L'analyse globale des différents facteurs (annexes 4 à 15) permet de constater que les répondants ont utilisé de façon sensible les informations présentées dans les vignettes. En effet, ils n'ont pas appliqué un schéma unique et général pour établir leur jugement. Ce sont trois schémas distincts d'acceptabilité qui apparaissent (figure 9).

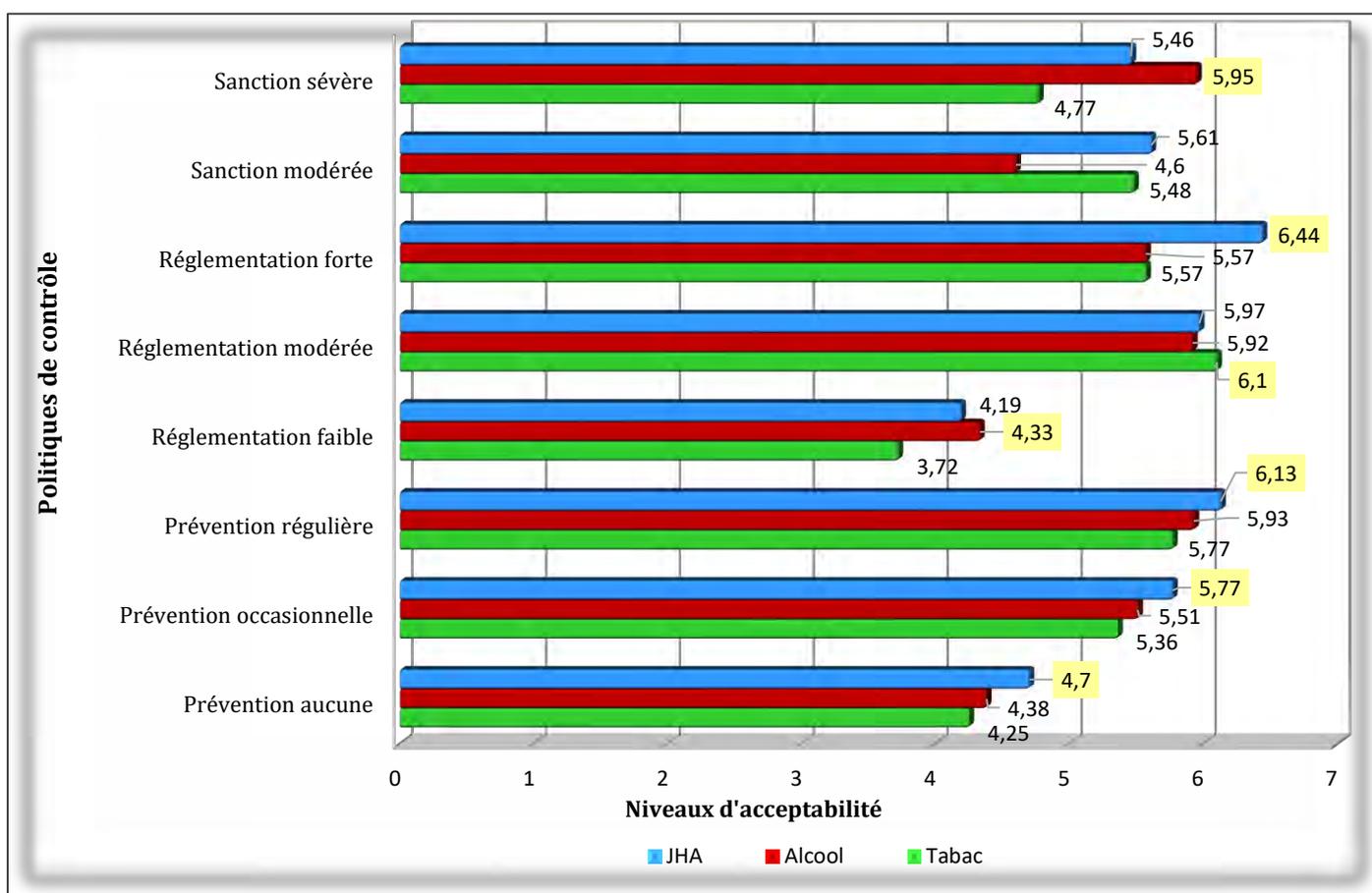


Figure 9. Niveaux d'acceptabilité des politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent

En premier lieu, pour l'alcool, c'est un schéma répressif qui prédomine (5,95/10) (figure 9). Le niveau de sanction sévère est fortement privilégié dans le cas de l'alcool (annexes 8 et 14). Les répondants sont donc très sensibilisés aux dommages liés à

l'alcoolisation (violences, violences familiales, agressions et les accidents mortels de la route). De façon générale, on relève que, pour les répondants, une politique répressive sévère doit être associée à une prévention régulière (annexe 10).

En deuxième lieu, relativement aux JHA, c'est un schéma « réglementaire » qui se dégage (annexes 7 et 15). Les répondants favorisent une réglementation forte (6,44/10) (figure 9). Également, les répondants estiment nécessaire davantage de prévention sur les jeux d'argent qu'à l'égard de l'alcool et du tabac, peut-être en raison des moindres informations délivrées au public, comparativement à l'alcool et au tabac actuellement (annexe 6). Par leurs réponses, ils feraient état d'une sensibilisation plus forte aux méfaits parfois dramatiques des JHA. Plus largement, il semblerait que les répondants fassent un lien positif entre niveau d'information et niveau de réglementation : les campagnes d'information provoqueraient une hausse de l'acceptabilité à l'égard de la réglementation (annexe 9).

Enfin, pour le tabac, c'est un schéma de type « modéré » qui est privilégié (figure 9). Le niveau modéré a été choisi tant pour la réglementation que pour les sanctions (annexe 13).

On constate qu'il y a peu de différences d'acceptabilité entre les produits au regard des différents facteurs, Cependant, deux exceptions apparaissent. En premier lieu, il existe un point de différence pour les JHA en cas de réglementation forte. En second lieu, relativement à l'alcool, les répondants favorisent des mesures répressives fortes (figure 9).

S'agissant de la prévention, c'est la fréquence régulière qui est privilégiée (annexe 12) dans les tous les cas, avec une légère prédominance pour les JHA (6,13/10) (figure 9).

Relativement à la réglementation, le niveau le plus élevé d'acceptabilité est en cas de réglementation forte pour les JHA. La réglementation modérée est choisie de façon équivalente pour les trois consommations. En cas de réglementation faible, le niveau d'acceptabilité est très bas (annexe 11).

Concernant les sanctions, la position « sanction sévère » est principalement à l'égard de l'alcool. Les attitudes par rapport à l'alcool sont plus strictes que par rapport au tabac. Dans le cas de la position « sanction modérée », c'est principalement pour les jeux et le tabac, et plus faiblement pour l'alcool.

En résumé, les politiques de contrôle ayant un niveau de sanction modéré sont acceptées pour le tabac et les JHA, sauf pour l'alcool (4,6/10). Pour les trois produits, sont rejetées les politiques de contrôle présentant une réglementation faible, ainsi que les politiques n'ayant aucune mesure de prévention.

Section 5.2 - Résultats de l'analyse en clusters

L'analyse de variance a permis de mettre en évidence les facteurs utilisés par les participants pour émettre leur jugement d'acceptabilité des politiques de régulation du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent (JHA). Cette analyse a permis de rendre compte des poids attribués, par les participants, à chacun des facteurs étudiés, ainsi que les différentes interactions entre ces facteurs.

Le constat a pu être posé qu'il existe des interactions entre les facteurs (prévention, réglementation et sanction). Dans ces interactions, le « type de consommation » a introduit une différence majeure. Dès lors, il est apparu pertinent d'affecter chaque profil à un cluster.

Chaque personne est représentée par trois profils de jugement par rapport au tabac, à l'alcool et aux JHA. Ainsi, plusieurs positions étaient attendues concernant l'acceptabilité des politiques de régulation du tabac, de l'alcool et des JHA. Une analyse en clusters a donc été réalisée, qui a permis de révéler l'existence de différentes politiques de jugement selon des profils.

A partir de ces groupes de position, ont été étudiées les variables inter-sujets que sont le genre, le groupe d'âge, le niveau d'études, le statut social, l'orientation politique, le type de consommation considérée dans les histoires et enfin, le niveau de consommation de produits potentiellement addictifs, déclarée par les répondants.

L'analyse en clusters a été réalisée en utilisant la procédure des K-moyens (Hofmans et Mullet, 2013). Cette analyse a été appliquée à l'ensemble des réponses des scénarios afin de caractériser différents modèles d'acceptabilité, en rassemblant par groupes les participants selon leur politique de jugement.

Etant donné que chaque participant a répondu à trois séries de 18 scénarios contenant une information semblable (prévention, réglementation et sanction) qui a seulement différencié selon le contexte (tabac, alcool ou JHA), le nombre total de profils

analysés est de $3 \times 344 = 1\,032$. Afin d'établir des comparaisons, les participants ont été regroupés selon l'utilisation des mêmes critères d'appréciation.

En raison du grand nombre de comparaisons possibles, le seuil de significativité a été fixé à .001. Une solution de 9 groupes a été retenue.

Une ANOVA a ensuite été réalisée selon le schéma Clusters \times Prévention \times Réglementation \times Sanction, soit $9 \times 3 \times 3 \times 2$. L'effet Cluster s'est révélé significatif, ainsi que les trois interactions bidirectionnelles impliquant le facteur Clusters. En conséquence, 9 ANOVAs distinctes ont été réalisées sur les données de chaque cluster selon le schéma Prévention \times Réglementation \times Sanction, soit $3 \times 3 \times 2$.

Le tableau 5 présente la composition sociodémographique de chaque cluster. Les résultats principaux des ANOVA selon chaque groupe sont présentés dans le tableau 6. Pour chaque cluster, les acceptabilités moyennes de chacun des facteurs sont présentées en annexe 16. Les figures 9 à 22 et le tableau 6 représentent les combinaisons de facteurs pour chacun des neuf groupes. A partir de ces différentes données, seront décrits chacun des neuf clusters.

Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des participants par groupes (% / ligne)

	Groupes									Total profils
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6	Groupe 7	Groupe 8	Groupe 9	
	Jamais favorables (%)	Réglement. ¹ faibles ou modérés (%)	Réglement. modérés (%)	Réglement. modérés ou forts (%)	Réglement. forts (%)	Sanct. ² modérés (%)	Sanct. sévères (%)	Toujours favorables (%)	Indécis (%)	
Genre										
Homme	25 (8)	22 (7)	44(13)	35 (11)	75 (23)	21 (6)	19 (6)	32 (10)	54 (16)	327
Femme	66 (9)	31 (4)	66 (9)	77 (11)	164 (23)	68 (10)	77 (11)	60 (9)	96 (14)	705
Âge										
18-34 ans	19 (7)	16 (6)	31 (11)	25 (9)	58 (22)	32 (12) ^a	26 (10)	15 (6) ^a	45 (17)	267
35-45 ans	26 (11)	11 (4)	25 (10)	34 (14)	72 (29) ^a	18 (7)	21 (9)	8 (3) ^b	31 (13)	246
46-60 ans	22 (8)	17 (6)	26 (10)	32 (12)	68 (26) ^b	28 (11) ^b	19 (7)	25 (9) ^{bc}	30 (11)	267
61+ ans	24 (10)	9 (4)	28 (11)	21 (8)	41 (16) ^{ab}	11 (4) ^{ab}	30 (12)	44 (17) ^{abc}	44 (18)	252
Education										
Secondaire ³	31 (8)	15 (4)	39 (10)	24 (6) ^{ab}	71 (19) ^a	23 (6)	50 (13) ^a	60 (16) ^{ab}	68 (18)	381
Supérieur court ⁴	29 (9)	19 (6)	40 (12)	41 (13) ^a	76 (23)	36 (11)	21 (6) ^a	21 (6) ^a	44 (14)	327
Supérieur long ⁵	31 (10)	19 (6)	31 (10)	47 (14) ^b	92 (28) ^a	30 (9)	25 (8)	11 (3) ^b	38 (12)	324
Statut socioprofessionnel										
Grand public	56 (9)	36 (5)	68 (10)	63 (10)	137 (21) ^{ab}	51 (8) ^{ab}	72 (11)	74 (11)	97 (15)	654
Juristes	4 (8)	2 (4)	4 (8)	5 (10)	19 (37) ^{ac}	10 (19) ^a	5 (10)	0 (0)	2 (4)	51
Paramédicaux	22 (10)	8 (4)	25 (12)	29 (14)	56 (26) ^d	13 (6) ^c	10 (5)	18 (8)	32 (15)	213
Psychologues	5 (8)	7 (12)	10 (17)	8 (13)	6 (10) ^{cde}	12 (20) ^{bc}	2 (3)	0 (0)	10 (17)	60
Médecins	0 (0)	0 (0)	3 (8)	7 (18)	16 (41) ^{bc}	2 (5)	5(13)	0 (0)	6 (15)	39
Addictologues	4 (27)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (33)	1 (7)	2 (13)	0 (0)	3 (20)	15
Orientation politique										
Extr. Gauche	29 (21) ^{abc}	9 (6)	14 (10)	10 (7) ^a	23 (17) ^a	19 (14)	9 (7)	6 (4) ^a	19 (14)	138
Gauche	12 (7) ^a	8 (5)	22 (13)	23 (13)	34 (19)	25 (14)	10 (6)	16 (9) ^b	24 (14)	174
Centre	48 (8) ^b	34 (5)	68 (11)	64 (10) ^b	152 (25)	41 (7)	70 (11)	49 (8) ^c	95 (15)	621
Droite	0 (0) ^c	2 (3)	2 (3)	14 (24) ^{abc}	21 (35) ^a	1 (2)	5 (8)	5 (8) ^d	10 (17)	60
Extr. Droite	1 (3)	0 (0)	3 (9)	0 (0) ^c	9 (27)	2 (6)	2 (6)	16 (49) ^{ad}	0 (0)	33
Acceptabilité des participants en fonction du type de consommation considéré dans les vignettes										
Tabac	40 (12)	23 (7)	43 (12) ^a	43 (12) ^a	71 (21)	43 (12) ^a	7 (2) ^a	23 (7)	51 (15)	344
Alcool	26 (8)	19 (6)	60 (17) ^b	22 (6) ^{ab}	74 (21)	10 (3) ^{ab}	65 (19) ^{ab}	31 (9)	37 (11) ^a	344
JHA	25 (7)	11 (3)	7 (2) ^{ab}	47 (14) ^b	94 (27)	36 (11) ^b	24 (7) ^b	38 (11)	62 (18) ^a	344
Niveau de consommation addictive déclaré par les participants										
Aucune	54 (9)	22 (4) ^a	34 (6) ^{ab}	77 (13) ^a	139 (24) ^a	55 (10)	43 (8)	58 (10)	91 (16)	573
Modérée	24 (7)	14 (4) ^b	56 (16) ^a	32 (9)	85 (25) ^b	22 (6)	45 (13)	26 (8)	41 (12)	345
Élevée	13 (11)	17 (15) ^{ab}	20 (18) ^b	3 (3) ^a	15 (13) ^{ab}	12 (10)	8 (7)	8 (7)	18 (16)	114
Total	91 (9)	53 (5)	110 (11)	112 (11)	239 (23)	89 (9)	96 (9)	92 (9)	150 (14)	1032

Note : Les chiffres ayant le même indice sont significativement différents, $p < 0,01$

Légende :

¹ Réglement : Réglementationnistes.

² Sanct. : Sanctionnistes.

³ Secondaire : BEPC, CAP, BEP, Bac, Bac+2.

⁴ Supérieur court : Bac+3 et Bac+4.

⁵ Supérieur long : Bac+5 et plus.

Tableau 6. Principaux résultats des ANOVA pour chaque cluster

	<i>ddl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Groupe 1 - « Jamais favorables »					
Prévention (P)	2	203,82	75,66	.001	.46
Réglementation (R)	2	147,82	28,75	.001	.24
Sanction (S)	1	143,41	27,61	.001	.24
P x R	4	11,14	5,96	.001	.06
P x S	2	9,76	4,83	.01	.05
R x S	2	13,10	3,88	.02	.04
P x R x S	4	5,92	2,87	.02	.03
Groupe 2 - « Réglementationnistes faibles ou modérés »					
Prévention (P)	2	51,52	10,19	.001	.16
Réglementation (R)	2	1 419,04	109,61	.001	.68
Sanction (S)	1	674,22	42,07	.001	.45
P x R	4	7,39	1,96	.10	.04
P x S	2	1,26	0,30	.74	.01
R x S	2	44,12	7,35	.001	.12
P x R x S	4	3,52	0,97	.042	.02
Groupe 3 - « Réglementationnistes modérés »					
Prévention (P)	2	623,71	134,78	.001	.55
Réglementation (R)	2	2 066,17	228,11	.001	.68
Sanction (S)	1	319,20	36,43	.001	.25
P x R	4	121,20	44,75	.001	.29
P x S	2	9,77	3,63	.03	.03
R x S	2	43,21	8,84	.001	.08
P x R x S	4	1,01	0,34	.85	.00
Groupe 4 - « Réglementationnistes modérés ou forts »					
Prévention (P)	2	519,00	95,07	.001	.46
Réglementation (R)	2	3 261,97	491,04	.001	.82
Sanction (S)	1	1,34	0,17	.68	.00
P x R	4	20,44	6,82	.001	.06
P x S	2	0,61	0,19	.82	.00
R x S	2	18,91	4,69	.01	.04
P x R x S	4	1,70	0,62	.65	.01
Groupe 5 - « Réglementationnistes forts »					
Prévention (P)	2	1 732,48	283,99	.001	.54
Réglementation (R)	2	6 456,84	600,12	.001	.72
Sanction (S)	1	601,79	86,74	.001	.27
P x R	4	112,12	36,45	.001	.13
P x S	2	17,84	6,45	.002	.03
R x S	2	36,87	7,38	.001	.03
P x R x S	4	3,06	1,20	.31	.00

Groupe 6 - « Sanctionnistes modérés »

Prévention (P)	2	484,42	117,07	.001	.57
Réglementation (R)	2	1 062,37	169,77	.001	.66
Sanction (S)	1	3 589,52	380,86	.001	.81
P x R	4	15,72	5,51	.001	.06
P x S	2	138,11	44,34	.001	.34
R x S	2	548,03	105,83	.001	.55
P x R x S	4	14,91	5,42	.001	.06

Groupe 7 - « Sanctionnistes sévères »

Prévention (P)	2	332,35	46,93	.001	.33
Réglementation (R)	2	496,68	65,18	.001	.41
Sanction (S)	1	5 348,15	537,29	.001	.85
P x R	4	6,13	1,79	.13	.02
P x S	2	17,89	4,64	.01	.05
R x S	2	42,07	8,59	.001	.08
P x R x S	4	4,50	1,30	.27	.01

Groupe 8 - « Toujours favorables »

Prévention (P)	2	13,50	4,15	.02	.04
Réglementation (R)	2	137,77	23,04	.001	.20
Sanction (S)	1	38,04	4,93	.03	.05
P x R	4	4,18	1,55	.19	.02
P x S	2	4,21	1,95	.15	.02
R x S	2	7,28	1,90	.15	.02
P x R x S	4	3,84	1,28	.28	.01

Groupe 9 - « Indécis »

Prévention (P)	2	304,36	65,24	.001	.30
Réglementation (R)	2	164,70	25,66	.001	.15
Sanction (S)	1	76,34	8,00	.01	.05
P x R	4	8,17	2,98	.02	.02
P x S	2	1,19	0,46	.63	.00
R x S	2	28,84	8,39	.001	.05
P x R x S	4	5,54	2,07	.08	.01

Sous-section 5.2.1. Présentation des groupes

§ 5.2.1.1. Groupe 1 - « Jamais favorables »

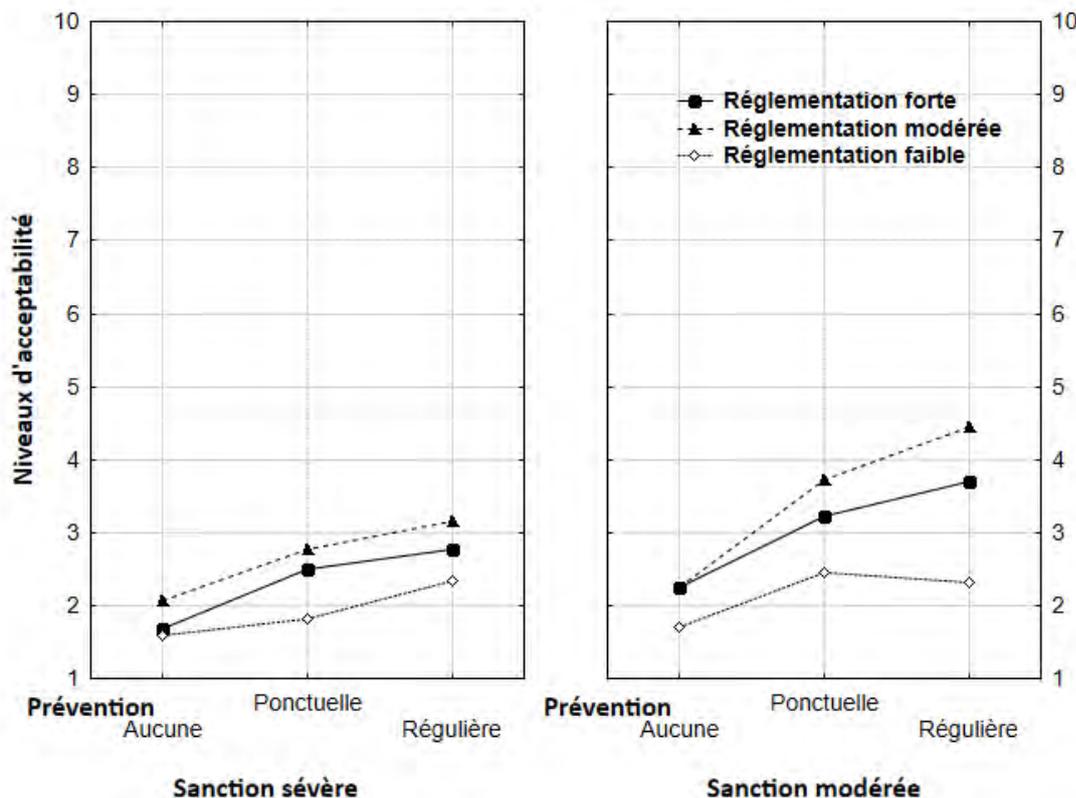


Figure 10. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 1 « Jamais favorables » (N=91)

Ce groupe appelé « *jamais favorables* » n'accepte par principe aucune politique de contrôle quel que soit le type de consommation (tabac, alcool et JHA).

Sur la figure 10, tous les niveaux d'acceptabilité sont très bas ($M = 1,60/10$). Ils sont légèrement plus élevés a) lorsque les efforts de prévention sont réguliers ($M = 2,13$) plutôt qu'absents ($M = 0,93$) ou occasionnels ($M = 1,75$), b) quand la réglementation est modérée ($M = 2,08$) plutôt que faible ($M = 1,04$) ou forte ($M = 1,69$) et c) quand les sanctions sont modérées ($M = 1,90$) plutôt que sévères ($M = 1,30$).

Il comprend 91 profils (soit 9 % des 1032 profils) dont 25 d'hommes et 66 de femmes. Si parmi les répondants addictologues, 27 % appartiennent à ce groupe, aucun médecin, en revanche, n'en fait partie.

Comme indiqué dans le tableau 5, les profils des participants qui ont une orientation politique d'extrême gauche (21 %) se trouvent plus souvent dans ce groupe que ceux ayant rapporté une autre orientation (de 0 à 8 %).

Finalement, pour les répondants de ce groupe, la prévention a peu d'importance. Les différentes réglementations sont rejetées quel qu'en soit le niveau et encore davantage en cas de sanction sévère.

§ 5.2.1.2. Groupe 2 - « Réglementationnistes faibles ou modérés »

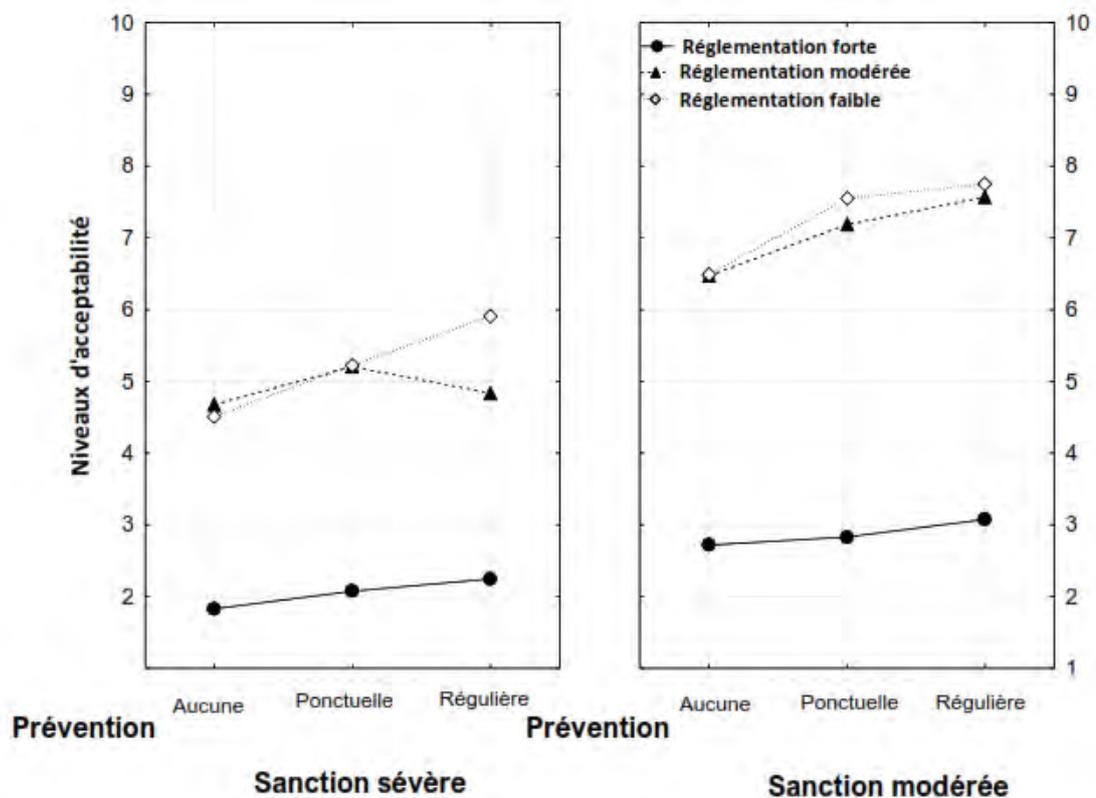


Figure 11. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction
Groupe 2 « Réglementationnistes faibles ou modérés » (N=53)

Le deuxième groupe (5 %), qui était attendu, exprime une préférence pour les politiques de régulation les plus faibles. Il a été appelé « *réglementationnistes faibles ou modérés* » pour deux raisons. D'une part, le facteur « réglementation » a l'effet le plus fort ($MC = 1419,04$). D'autre part, les estimations sont beaucoup plus élevées lorsque la réglementation est faible ($M = 5,24$) ou modérée ($M = 4,99$) que lorsqu'elle est forte ($M = 1,46$). Ces répondants pourraient être aussi qualifiés « d'anti-réglementationnistes », les législations fortes sont massivement mises de côté.

De plus, les estimations sont plus élevées (a) lorsque les sanctions sont modérées ($M = 4,74$) que lorsqu'elles sont sévères ($M = 3,06$), mais aussi légèrement plus élevées (b) quand les efforts de la prévention sont systématiques ($M = 4,23$) plutôt qu'absents ($M = 3,45$) ou occasionnels ($M = 4,01$).

Comme illustré dans le tableau 5, ce groupe est constitué de 5 % des répondants, soit 53 profils dont 22 d'hommes et 31 de femmes. Les consommateurs problématiques de produits potentiellement addictifs sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe (17 profils, soit 15 %) en comparaison des autres consommateurs (4 %).

En résumé, les répondants de ce groupe qui rapportent un niveau élevé de comportement addictif ne sont pas favorables à des campagnes d'information, souhaitent une réglementation moyenne ou faible et rejettent toute réglementation forte et toute répression forte.

§ 5.2.1.3. Groupe 3 - « Réglementationnistes modérés »

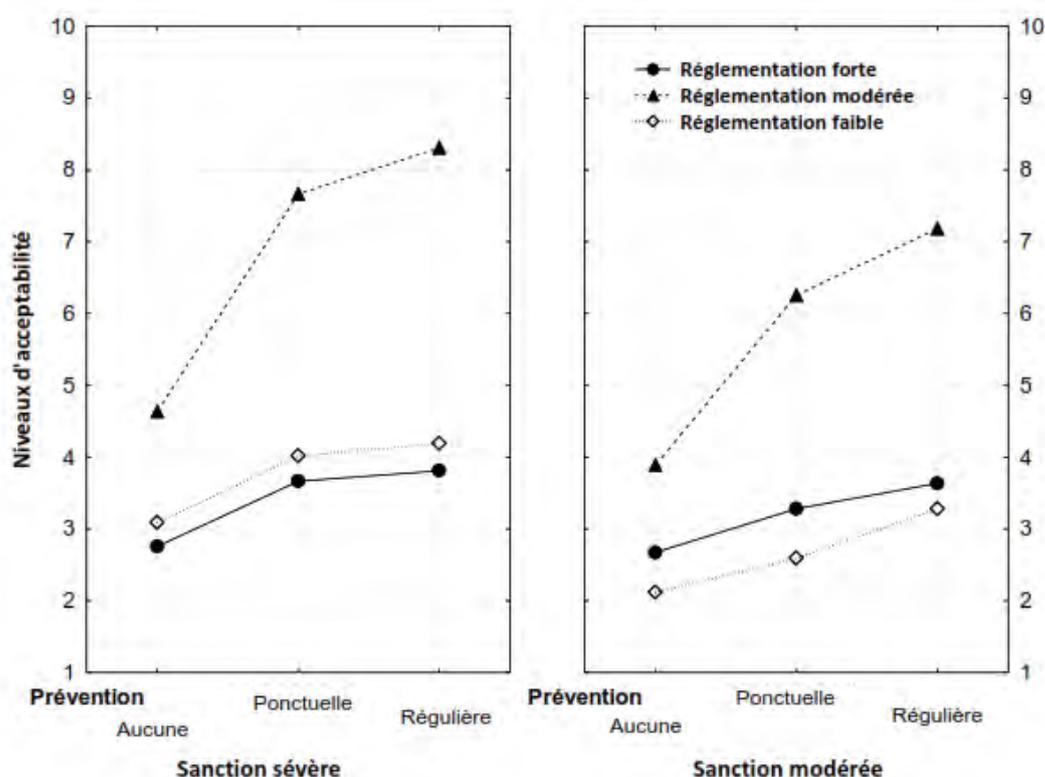


Figure 12. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 3 « Réglementationnistes modérés » (N=110)

Ce troisième groupe appelé « *réglementationnistes modérés* » est associé à une prévention forte. En effet, d'une part, les facteurs « réglementation » ($MC = 2\,066,17$) et « prévention » ($MC = 623,71$) sont ceux dont les effets sont les plus forts et d'autre part, ces facteurs ont fortement interagi.

Comme illustré dans la figure 12, l'effet de prévention est plus faible lorsque la réglementation est, soit faible ($3,90 - 2,77 = 1,13$), soit forte ($5,31 - 3,57 = 1,74$) que lorsqu'elle est modérée ($7,22 - 4,34 = 2,88$).

Les niveaux d'acceptabilité sont beaucoup plus élevés a) quand la réglementation est modérée ($M = 5,32$) que lorsqu'elle est faible ($M = 2,22$) ou forte ($M = 2,30$) et b) quand les effets de la prévention sont réguliers ($M = 4,07$) plutôt qu'absents ($M = 2,19$) ou occasionnels ($M = 3,58$).

Les personnes ayant adopté ce profil sont un peu plus favorables à une répression forte.

De plus, les niveaux d'acceptabilité sont plus élevés (a) lorsque les sanctions sont sévères ($M = 3,68$) plutôt que modérées ($M = 2,88$). Le plus haut niveau d'acceptabilité est observé pour la combinaison de la modalité « sanction sévère », de la modalité « prévention régulière » et celle de « réglementation modérée » ($M = 8,70$).

D'après le tableau 5, ce cluster rassemble 110 profils (11 % des répondants) dont 44 d'hommes et 66 de femmes. La proportion de psychologues (17 %) est un peu plus élevée que dans les autres groupes.

Concernant l'orientation politique, seulement 3 % des profils se déclarant à droite font partie de ce groupe, alors que ce cluster comprend 13 % des 174 profils positionnés à gauche et 11 % des 621 profils positionnés au centre.

Les profils d'acceptabilité relatif aux politiques de régulation des JHA sont moins fréquents (2 %) que dans les deux autres conditions (17 % pour l'alcool et 12 % pour le tabac).

En outre, dans ce groupe, se trouvent 18 % des 114 profils ayant déclaré avoir une consommation forte de produits addictifs et 16 % des 345 ayant une consommation modérée. Ces proportions sont parmi les plus élevées. Seuls 6 % des 573 profils rapportent n'avoir aucun usage.

En fin de compte, la position de ce groupe favorable à une politique de contrôle modéré (réglementation modérée associée à une prévention forte) est portée davantage

par des psychologues, des personnes de gauche et des personnes déclarant une consommation de produits addictifs relativement élevée.

§ 5.2.1.4. Groupe 4 - « Réglementationnistes modérés ou forts »

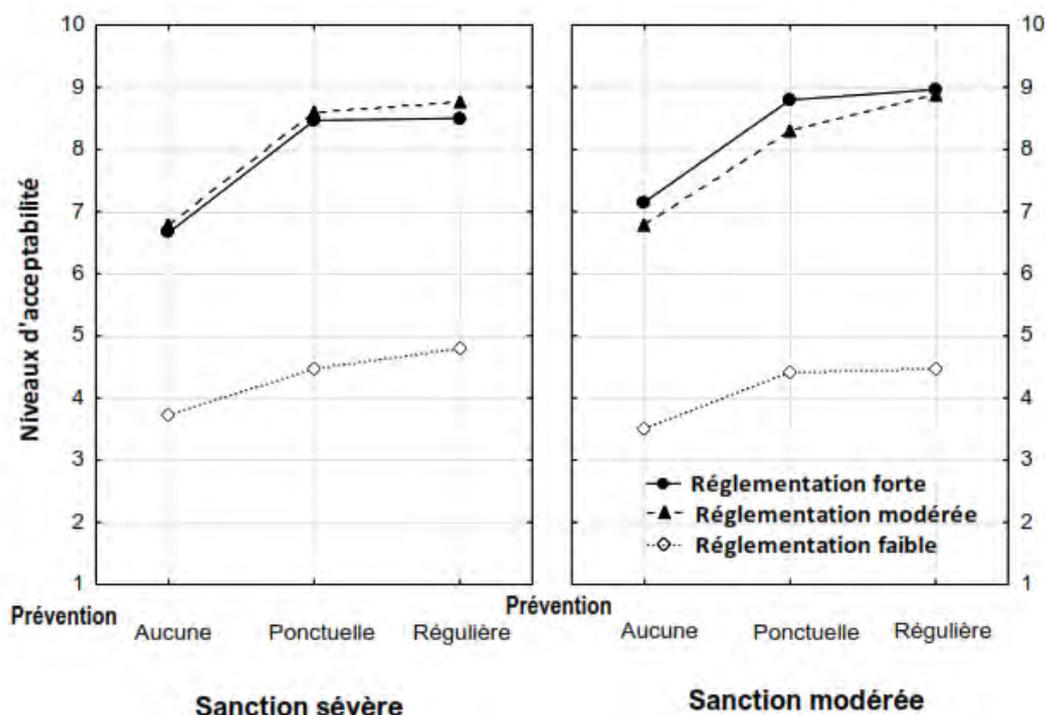


Figure 13. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction
Groupe 4 « Réglementationnistes modérés ou forts » (N=112)

Ce quatrième groupe (11 %) est appelé « *réglementationnistes modérés ou forts* » parce que le facteur « réglementation » a des effets les plus forts ($MC = 3\,261,97$) et parce que, d'après le graphique 13, les niveaux d'acceptabilité sont beaucoup plus faibles quand la réglementation est faible ($M = 3,23$) que lorsqu'elle est forte ($M = 7,09$) ou modérée ($M = 7,01$). De plus, les niveaux d'acceptabilité sont plus élevés quand les efforts de la prévention sont réguliers ($M = 6,39$) ou occasionnels ($M = 6,17$) plutôt qu'absents ($M = 4,77$).

L'effet de prévention est plus faible en cas de réglementation faible, que dans les deux autres cas.

Ce groupe est composé de 112 profils (11 %), dont 35 d'hommes et 77 de femmes (tableau 5). Les profils des participants qui ont rapporté avoir un niveau d'éducation secondaire (6 %) se retrouvent moins souvent dans ce groupe que les profils des participants qui ont rapporté avoir un niveau d'éducation supérieure court (13 %). Sur l'ensemble des médecins, 18 % font partie de ce groupe.

Parmi les profils des participants qui ont rapporté avoir une orientation politique de droite, une proportion importante (24 %) se démarque comparativement aux autres profils des participants qui ont rapporté une autre orientation politique (de 0 % à 13 %). En ce qui concerne l'alcool, les consommateurs (6 %) sont moins souvent trouvés dans ce groupe que les profils obtenus dans les deux autres conditions (12 % et 14 %). Les participants qui rapportent un niveau modéré de comportement addictif (9 %) et sans comportement addictif (13 %) sont, comme prévu, plus souvent membres de ce groupe que les participants qui ont déclaré un niveau élevé de comportement addictif particulier (3 %). En résumé, ce groupe présente deux caractéristiques, celle de refuser l'absence de réglementation ou encore une réglementation faible et celle d'être peu sensible au facteur « sanction ».

§ 5.2.1.5. Groupe 5 - « Réglementationnistes forts »

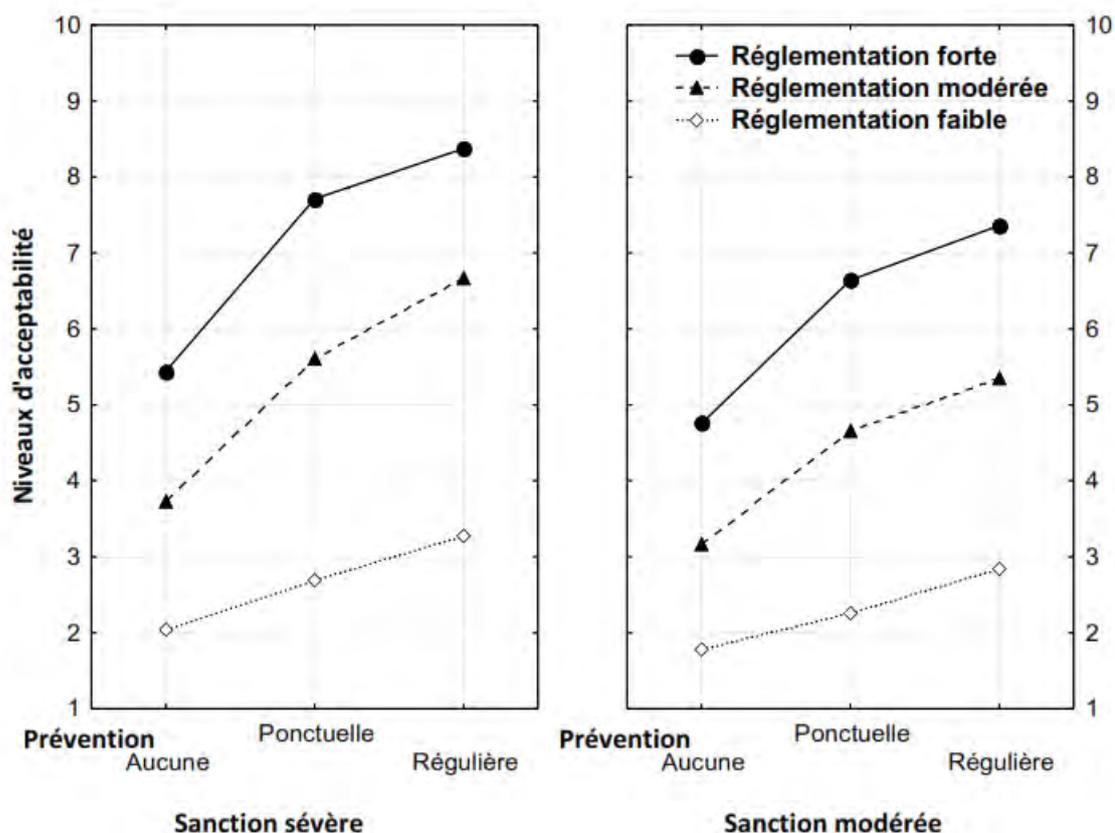


Figure 14. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction
Groupe 5 « Réglementationnistes forts » (N=239)

Le cinquième groupe (23 %) est le groupe qui exprime le plus haut niveau d'acceptabilité pour les politiques qui appliquent des mesures contraignantes. Il est

appelé « *réglementationnistes forts* » en liaison avec une prévention forte, parce que les facteurs « réglementation » ($MC = 6\,456,84$) et « prévention » ($MC = 1\,732,48$) présentent les effets les plus forts, et parce qu'ils interagissent.

Les niveaux d'acceptabilité sont beaucoup plus élevés quand la réglementation est forte ($M = 5,71$) que lorsqu'elle est faible ($M = 1,48$) ou modérée ($M = 3,86$), et lorsque les efforts de prévention sont intenses ($M = 4,65$) plutôt qu'absents ($M = 2,49$) ou occasionnels ($M = 3,93$).

D'après la figure 14, l'effet de prévention est plus faible lorsque la réglementation est faible ($3,52 - 2,26 = 1,26$) que lorsqu'elle est modérée ($6,33 - 4,03 = 2,30$) ou forte ($7,44 - 5,20 = 2,24$).

De plus, les niveaux d'acceptabilité sont légèrement plus élevés en cas de sanctions sévères ($M = 4,06$) que modérées ($M = 3,31$). Les plus hautes estimations s'observent pour la combinaison : la sanction sévère - réglementation forte - prévention forte ($M = 7,93$).

Ce groupe est composé de 239 profils (23 %), 75 d'hommes et 169 de femmes (tableau 5). Ce groupe est le plus nombreux de cette étude.

Les profils des participants les plus âgés (16 %) se trouvent moins souvent dans ce groupe que les profils des participants âgés de 35-60 ans (28 %). Les profils de participants qui ont rapporté avoir une éducation secondaire (19 %) se retrouvent moins souvent dans ce groupe que les profils des participants ayant un diplôme universitaire (bac+5 et plus) (28 %). Ainsi, les profils de médecins (41 %), juristes (37 %) et addictologues (33 %) sont plus fréquents dans ce groupe que les profils de personnes du grand public (21 %), ou encore des psychologues (10 %).

Les profils des participants ayant une orientation politique de droite (35 %) se retrouvent plus souvent dans ce groupe que les profils des participants qui rapportent une orientation d'extrême gauche (17 %).

Les participants ayant un haut niveau de comportement addictif (13 %) sont, comme attendu, moins souvent présents dans ce groupe que les autres participants ayant rapporté un niveau modéré de comportement addictif (25 %) ou que ceux n'ayant aucune consommation addictive (24 %).

Finalement, avec les 35 % d'opinions de droite du groupe des « réglementationnistes forts » et les 24 % du groupe des « réglementationnistes

modérés ou forts», ce sont 59 % des personnes de droite qui réclament une réglementation forte.

§ 5.2.1.6. Groupe 6 - « Sanctionnistes modérés »

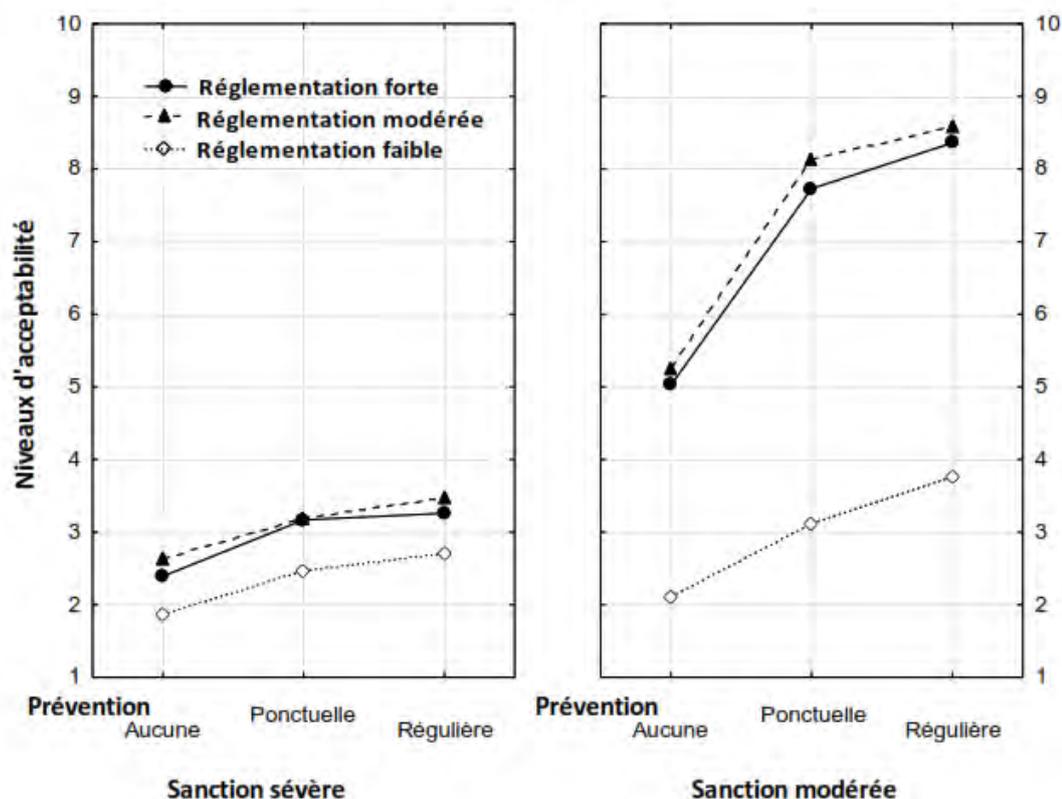


Figure 15. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction
Groupe 6 « Sanctionnistes modérés » (N=89)

Le sixième groupe (9 %) est le groupe qui exprime une préférence pour les politiques comprenant les sanctions les plus faibles. Il a été appelé « *sanctionnistes modérés* » en raison d'une préférence pour la prévention régulière et la réglementation modérée. En effet, les estimations sont considérablement inférieures quand les sanctions sont potentiellement sévères ($M = 1,79$) que lorsqu'elles sont modérées ($M = 4,78$).

Non seulement les trois facteurs ont des effets forts mais aussi ils interagissent fortement. Les estimations sont plus élevées quand la réglementation est modérée ($M = 4,21$) ou forte ($M = 3,99$) que lorsqu'elle est faible ($M = 1,66$), et lorsque les efforts de prévention sont systématiques ($M = 4,02$) plutôt qu'absents ($M = 2,21$) ou occasionnels ($M = 3,63$).

Les effets de prévention sont plus faibles lorsque le niveau de sanction est potentiellement sévère et beaucoup plus fort dans le cas de sanction modérée (figure 15). Les plus hauts niveaux d'acceptabilité s'observent pour la combinaison « sanction modérée - réglementation modérée - prévention-régulière » ($M = 7,58$).

Selon le tableau 5, ce groupe est composé de 89 profils (9 %), dont 21 d'hommes et 68 de femmes. Les profils des participants les plus âgés (4 %) se retrouvent moins souvent dans ce groupe que les profils des participants âgés de 18-34 ans (12 %) ou 46-60 ans (11 %). Les profils des psychologues (20 %) et des avocats (19 %) sont plus fréquents dans ce groupe que les profils de participants d'autres groupes (de 5 % à 8 %). Le niveau d'acceptabilité des politiques de régulation de l'alcool est plus bas (3 %) que pour les deux autres conditions : tabac (12 %) et JHA (11 %).

En fin de compte, la philosophie de ce groupe est d'être opposé aux sanctions sévères. Il n'est donc pas étonnant de retrouver dans ce cluster 14 % des profils de répondants se déclarant de gauche, ou encore d'extrême gauche, et seulement 2 % pour les profils déclarés à droite. Pour ces répondants, en cas de réglementation faible, les sanctions sont moins nécessaires.

§ 5.2.1.7. Groupe 7 - « Sanctionnistes sévères »

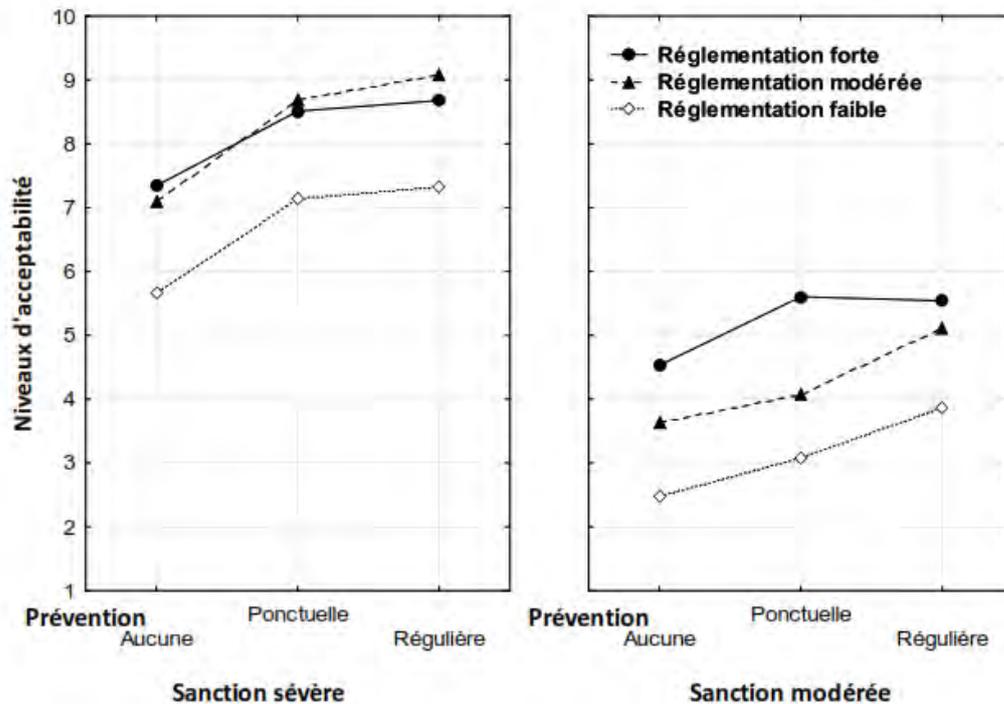


Figure 16. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction
Groupe 7 « Sanctionnistes sévères » (N=96)

Le septième groupe (9 %) est le groupe des « *sanctionnistes sévères* ». Le facteur « sanction » est celui avec l'effet le plus fort ($MC = 5\,348,15$). Les niveaux d'acceptabilité sont considérablement plus élevés lorsque les sanctions sont potentiellement sévères ($M = 6,73$) et modérées ($M = 3,21$). Les estimations sont plus importantes, d'une part, lorsque la réglementation est forte ($M = 5,70$) ou modérée ($M = 5,28$) que lorsqu'elle est faible ($M = 3,92$) et, d'autre part, lorsque les efforts de la prévention sont intenses ($M = 5,59$) plutôt qu'absents ($M = 4,12$) ou occasionnels ($M = 5,18$).

D'après la figure 16, les facteurs « sanction » et « réglementation » ont interagi. Les niveaux d'acceptabilité les plus élevés sont observés pour la combinaison de sanction sévère, de réglementation modérée et de prévention régulière ($M = 9,24$).

Ce groupe est composé de 96 profils (9 %), dont 19 d'hommes et 77 de femmes. Peu de professionnels paramédicaux (5 %) ainsi que de psychologues (3 %) font partie de ce groupe (tableau 5).

Les profils de participants qui ont rapporté un niveau d'éducation secondaire (13 %) sont plus souvent présents dans ce groupe que les profils de participants ayant un niveau d'études supérieures (Bac+3 ou Bac+4) (6 %).

Concernant l'acceptabilité des politiques de régulation telles qu'exprimées dans les vignettes, ces profils sont plus concernés par les politiques relatives à l'alcool (19 %) qu'au tabac (2 %).

Finalement, les profils de répondants de ce groupe sont très favorables à une répression forte pour toutes les réglementations possibles. Cette position est plus marquée à l'égard des politiques de contrôle relatives à l'alcool.

§ 5.2.1.8. Groupe 8 - « Toujours favorables »

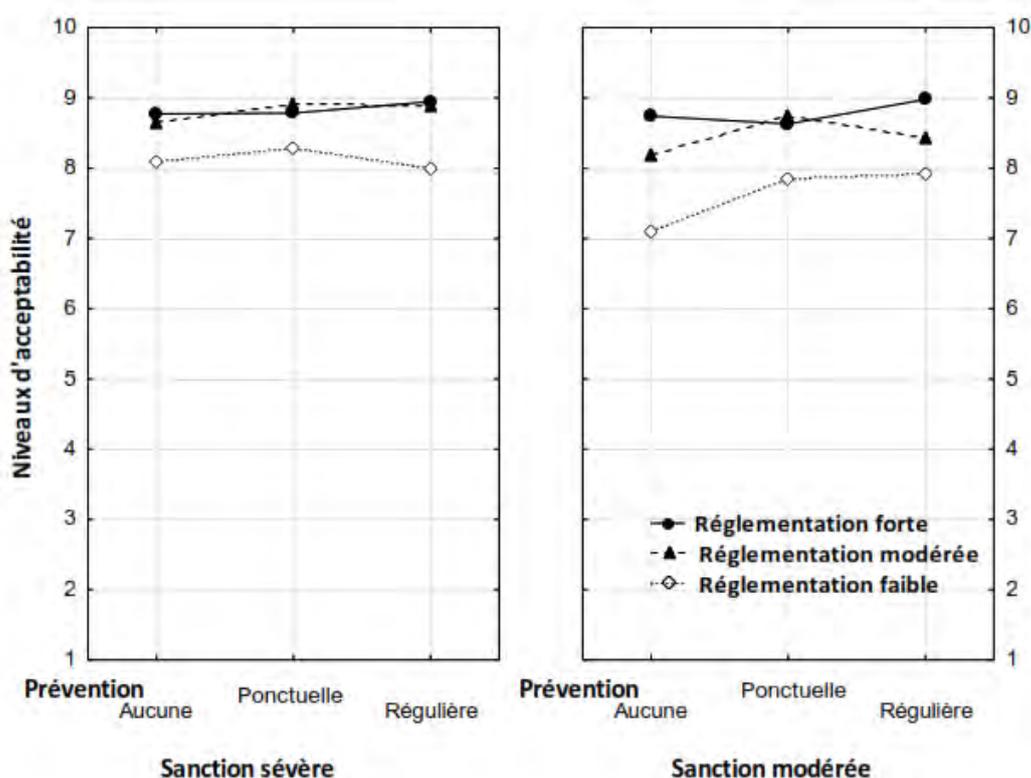


Figure 17. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction
Groupe 8 « Toujours favorables » (N=92)

Le huitième groupe (9 %) est appelé « toujours favorables » car toutes les estimations sont beaucoup plus élevées que le milieu de l'échelle de l'acceptabilité ($M = 7,44/10$). Elles sont légèrement inférieures quand la réglementation est faible ($M = 6,87$) que dans les deux autres cas ($M = 7,72$).

Ce groupe est composé de 92 profils (9 %), dont 32 d'hommes et 60 de femmes (tableau 5). Les profils des participants âgés de 61 ans et plus sont plus nombreux dans ce groupe (17 %) que les profils des autres participants (de 3 % à 9 %).

De plus, dans ce groupe, se retrouvent davantage des profils de participants ayant le niveau secondaire (16 %) que ceux ayant un niveau d'éducation supérieur court et long (3 % et 6 %). Par suite, ce groupe n'accueille aucun médecin, aucun addictologue, ni aucun juriste.

Enfin, les profils des participants ayant une orientation politique d'extrême droite (49 %) sont plus nombreux que les profils des participants ayant rapporté une autre orientation (de 4 % à 9 %).

En fin de compte, les participants ayant le profil de ce groupe sont satisfaits quels que soient les niveaux de prévention, de réglementation et de sanction.

§ 5.2.1.9. Groupe 9 - « Indécis »

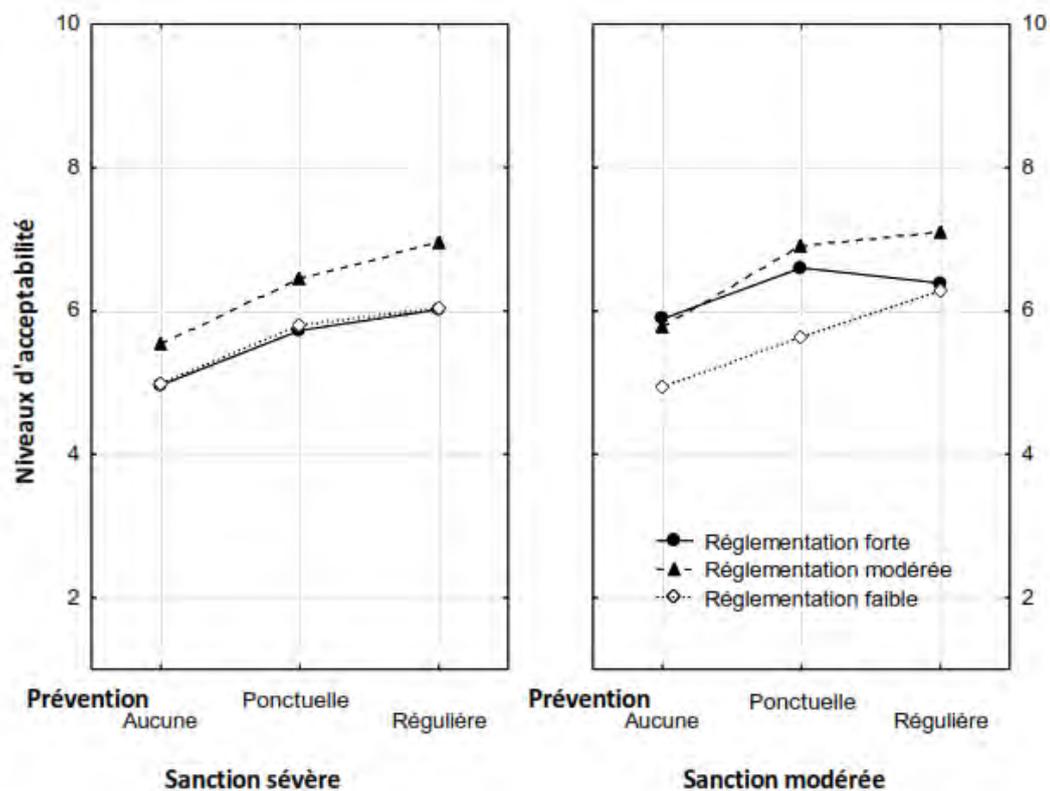


Figure 18. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction Groupe 9 « Indécis » (N=150)

Le neuvième groupe (14 %) est appelé « *indécis* ». Cette appellation « *indécis* » ne doit pas faire illusion et doit être distinguée de celle de « *non réponses* » ou encore de celle de « *ne sait pas* ». Il ne s'agit pas de personnes qui ont refusé explicitement de participer à cette recherche, ou qui auraient répondu partiellement aux questions ou encore qui auraient fait état de leur indécision. Toutes ces catégories de « réponse » n'ont d'ailleurs pas été prises en compte dans cette étude. Il s'agit de répondants dont les appréciations sont toujours proches du milieu de l'échelle de l'acceptabilité ($M = 5,00/10$). Elles sont légèrement supérieures a) quand la réglementation est modérée ($M = 5,46$) que dans les deux autres cas ($M = 4,77$) et b) lorsque les efforts de prévention sont réguliers ($M = 5,47$) ou occasionnels ($M = 5,19$).

Ce groupe est composé de 150 profils (14 %), dont 54 d'hommes et 96 de femmes (tableau 5). Ce groupe comprend 18 % de profils de répondants ayant un niveau d'études secondaires.

Face aux politiques de contrôle relatives aux JHA, 18 % des répondants sont « *indécis* », à la différence des autres conditions (15 % et 11 %).

Finalement, les profils de ce groupe tendent à s'approcher de l'indécision. Cette attitude est peut-être adoptée de façon générale ou bien de façon très circonstancielle.

Sous-section 5.2.2. Caractéristiques sociodémographiques des répondants et positions sur les politiques de contrôle

Selon les données du tableau 5, en général, les positions sur les politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des JHA ne sont pas différenciées selon le genre. Ainsi, 23 % des profils d'hommes et 23 % de profils de femmes s'inscrivent dans le souhait d'une politique de réglementation forte (groupe 5). Concernant les autres politiques, les proportions hommes et femmes sont très proches. Cependant, une différence minime se constate pour la politique caractérisée par les sanctions modérées : 10 % des profils de femmes s'inscrivent dans cette orientation alors que seulement 6 % des profils d'hommes l'ont adoptée.

Concernant les catégories d'âge, elles sont proportionnellement représentées dans toutes les politiques de contrôle. On peut relever que les personnes les plus âgées (61 ans et plus) sont sur-représentées dans la position « toujours favorables » (17 %) et dans la position « indécis » (18 %). Autrement dit, un tiers des personnes âgées semble ne pas être concerné par les problématiques de cette étude.

Concernant le niveau d'éducation, les répondants ayant fait des études universitaires courtes (23 %) et universitaires longues (28 %) privilégient une politique de réglementation forte dans les trois contextes. Les répondants se déclarant d'un niveau d'études secondaires sont plus nombreux dans les groupes réclamant une politique de contrôle fort : a) 19 % d'entre eux souhaitent une politique de réglementation forte (groupe 5), b) 13 % sont en faveur une politique de sanction forte (groupe 7), enfin c) 16 % sont toujours favorables à toute politique de contrôle (groupe 8). En résumé, les personnes ayant un niveau d'éducation modeste, tout comme les répondants ayant réalisé des études supérieures, sont majoritairement en faveur de politiques de contrôle fort. Le niveau d'étude ne semble donc pas discriminant.

Concernant le statut socioprofessionnel, 41 % des médecins, 37 % des juristes, 26 % des paramédicaux, 33 % des addictologues et seulement 10 % des psychologues sont en faveur d'une réglementation forte.

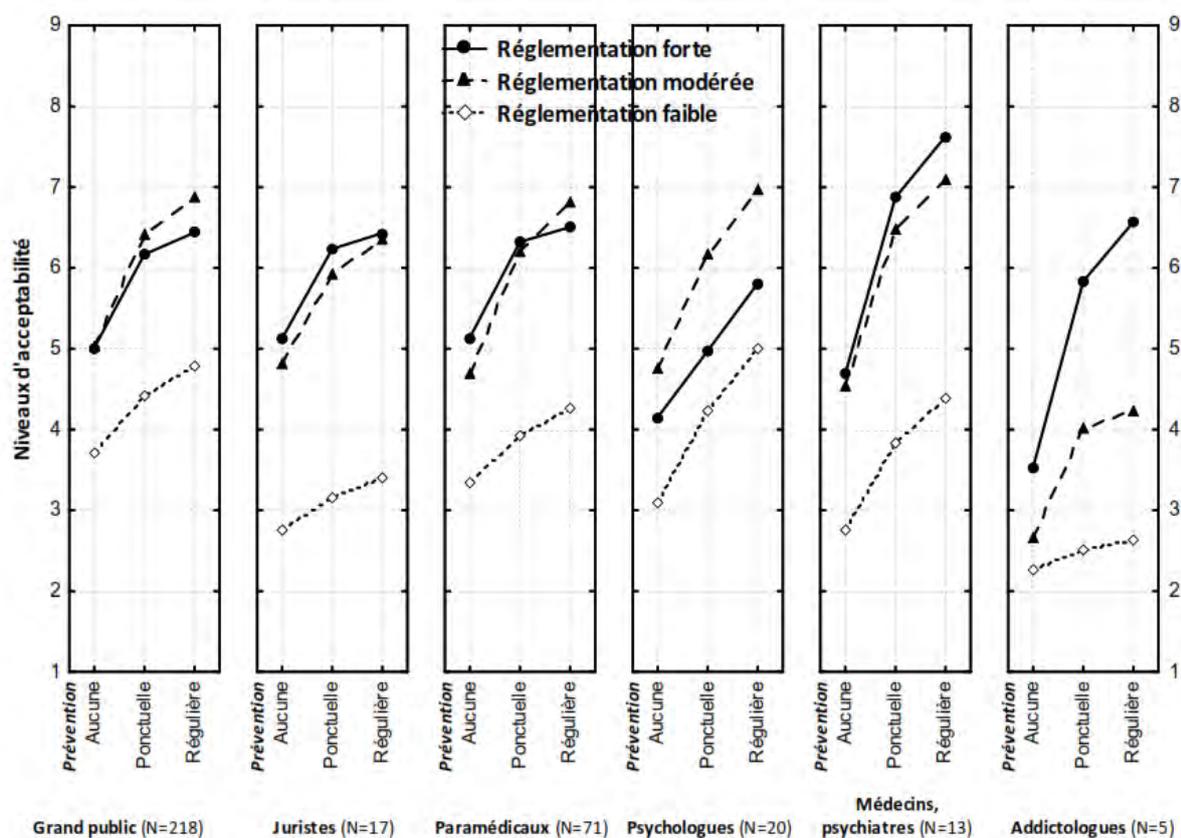


Figure 19. Les positions relatives aux différentes modalités de prévention et de réglementation selon le statut socioprofessionnel

Selon la figure 19, concernant les mesures de prévention, tous les groupes socioprofessionnels apprécient favorablement une prévention régulière et forte. Les réglementations faibles sont fortement rejetées. Les réglementations modérées sont appréciées autant que les réglementations fortes, sauf pour a) les psychologues qui préfèrent nettement les réglementations modérées et b) les experts addictologues qui privilégient les réglementations fortes.

Les psychologues sont en faveur de la prévention et préfèrent nettement une réglementation modérée à une réglementation forte, qui entraînerait des sanctions de niveau élevé. Les psychologues feraient ainsi un compromis entre un cadre rigoureux de réglementation et une liberté individuelle pour les soins.

Les niveaux d'acceptabilité des réglementations fortes sont les plus élevées pour les médecins et psychiatres. En effet, s'ils sont très favorables à des réglementations fortes ou modérées, ils rejettent toute réglementation faible. Il en est de même pour les addictologues. Ces derniers ne croient pas aux effets d'une prévention si la réglementation est faible.

Concernant les orientations politiques déclarées (tableau 5), les positions des répondants sur les politiques de contrôle sont sensiblement différentes. Ainsi, 21 % des personnes qui se déclarent à l'extrême gauche sont opposées à toute réglementation (groupe 1) et, à l'opposé, 49 % des répondants qui se revendiquent d'extrême droite sont toujours favorables à toute politique de contrôle (groupe 8). Parmi les répondants se positionnant à droite, 35 % sont favorables à une réglementation forte, alors que 13 % de ceux se déclarant à gauche sont en faveur d'une réglementation modérée.

Sous-section 5.2.3. Distances euclidiennes entre les six groupes ayant des positions nuancées

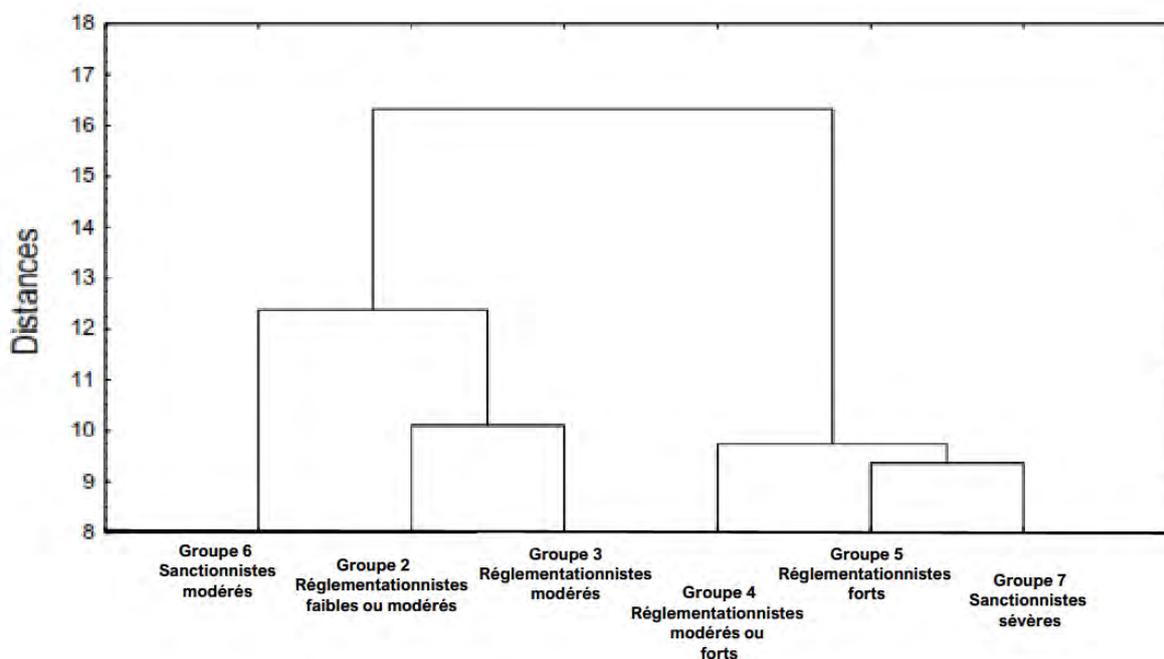


Figure 20. Dendrogramme des six clusters ayant des positions nuancées

La figure 20 représente les distances euclidiennes entre six groupes d'acceptabilité nuancée sur les politiques de contrôle, c'est-à-dire qui tiennent compte de façon différentielle des facteurs « prévention », « réglementation » et « sanction ». Ont été écartées les positions « jamais favorable », « toujours favorable » et « indécis », qui correspondent davantage à des attitudes générales relativement indépendantes des facteurs.

Ce graphique met en évidence les oppositions attendues sur les attitudes par rapport aux niveaux de sanction et par rapport aux niveaux de réglementation.

En effet, entre le groupe des sanctionnistes modérés (à gauche) et le groupe des sanctionnistes sévères (à droite), se trouve la distance maximale. De même, par rapport à la réglementation, cette distance maximale se situe entre les réglementationnistes faibles ou modérés (à gauche) et les réglementationnistes forts (à droite), tout en passant par le groupe des réglementationnistes modérés.

Finalement, ce graphique permet de rendre compte de l'importance des deux facteurs discriminants « réglementation » et « sanction » dans la position de chacun des groupes.

Sous-section 5.2.4. Types de politiques de contrôle préférées et consommations problématiques

Le tableau 7 ci-après illustre les différents ensembles de positions sur les politiques, exprimés par chaque participant dans chacun des trois contextes. Vingt-deux pour cent de participants ont jugé systématiquement acceptables les politiques de contrôle les plus fortes - sanction sévère, réglementation forte et réglementation forte ou modérée - dans toutes les trois conditions, et 7 % de participants ont jugé systématiquement acceptables les politiques de contrôle les plus faibles – sanctions modérées, faibles réglementations, réglementations faibles ou modérées – dans les trois conditions.

Relativement aux consommateurs d'alcool problématiques, ils sont nombreux à n'accepter aucune réglementation (33 %). Ils sont 27 % à être exigeants pour les JHA et beaucoup moins pour l'alcool et le tabac. Ils sont systématiquement opposés à des politiques de contrôle fort visant leur produit favori, l'alcool.

Relativement aux consommateurs de tabac réguliers, ils sont systématiquement opposés aux politiques de contrôle qui contiennent des volets réglementaires forts : 20 % pour les politiques de contrôle faible dans les trois conditions, 40 % pour les politiques de contrôle faible pour le tabac et fortes pour les autres produits et 47 % pour des politiques de contrôle fort pour les JHA et faibles pour le tabac et l'alcool. Parmi eux, aucun n'est favorable à des politiques fortes à l'égard du tabac.

Relativement aux joueurs réguliers de JHA, ils sont également très opposés à toute politique de contrôle fort ou faible à l'égard des JHA.

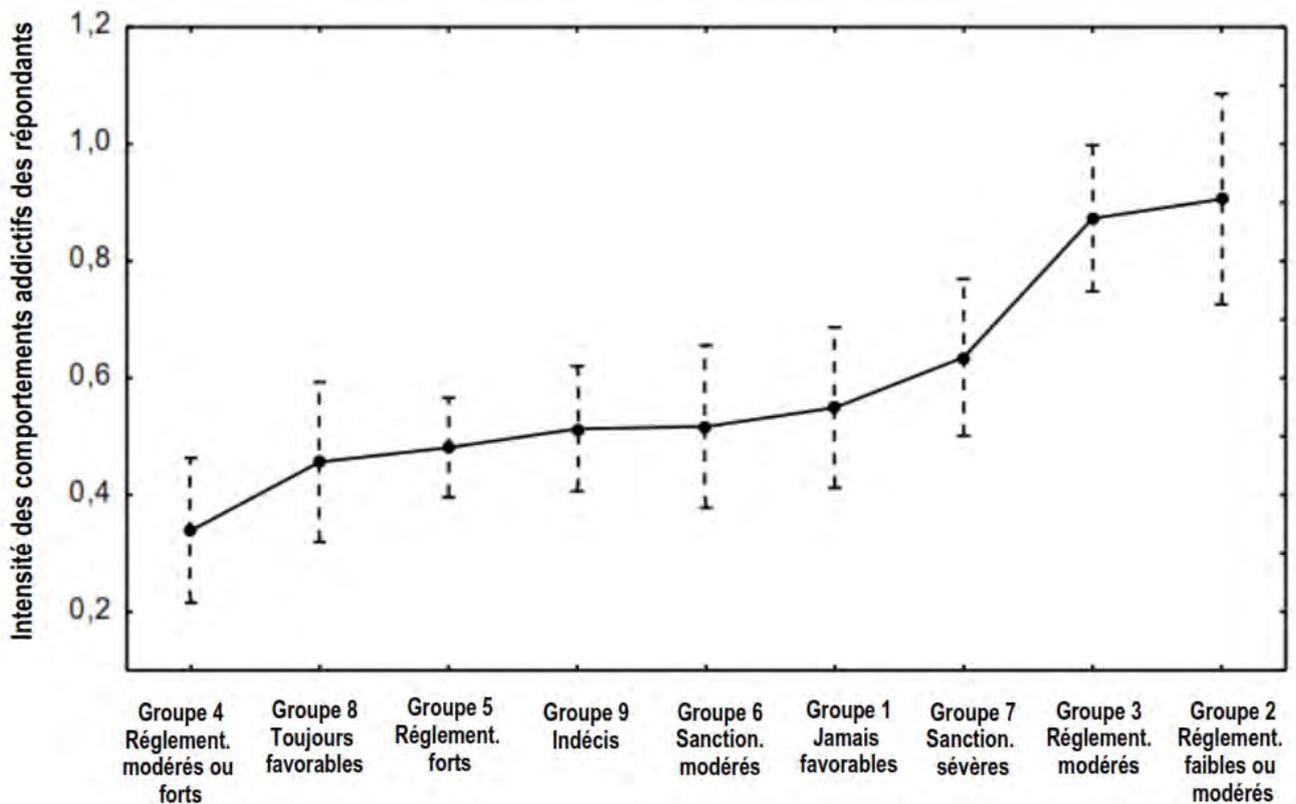
Tableau 7. Positions sur les politiques de contrôle d'après les répondants ayant une forte consommation

Positions	N	%	Fumeurs problématiques	Buveurs problématiques	Joueurs problématiques
Favorables aux politiques de contrôle fort dans tous les cas	77	22 %	9 %	4 %	1 %
Favorables aux politiques de contrôle faible dans tous les cas	25	7 %	20 %	16 %	4 %
Toujours favorables dans tous les cas	17	5 %	18 %	6 %	12 %
Sans opinion dans tous les cas	15	4 %	13 %	20 %	20 %
Jamais favorables dans tous les cas	12	3 %	0 %	33 %	0 %
Sous total	146	42 %			
Favorables aux politiques de contrôle faible pour le tabac et aux politiques de contrôle fort dans les autres cas	20	6 %	40 %	15 %	0 %
Favorables aux politiques de contrôle fort pour les JHA et aux politiques de contrôle faible dans les autres cas	15	4 %	47 %	27 %	0 %
Favorables aux politiques de contrôle faible pour l' alcool et aux politiques de contrôle fort dans les autres cas	13	4 %	0 %	8 %	0 %
Sans opinion pour le tabac et politiques de contrôle fort dans les autres cas	13	4 %	8 %	8 %	0 %
Sans opinion pour les JHA et politiques de contrôle faibles dans les autres cas	12	3 %	50 %	17 %	0 %
Sans opinion pour les JHA et politiques de contrôle fort dans les autres cas	10	3 %	0 %	22 %	0 %
Sous total	93	27 %			
Autres positions	105	31 %			
Total	344	100 %	18 %	12 %	2 %

Note : Politiques de contrôle **fort** = sanction sévère + réglementation forte + réglementation forte ou modérée ;
 Politiques de contrôle **faible** = sanctions modérées + réglementation faible + réglementation faible ou modérée

Sous-section 5.2.5. Positions concernant les politiques de contrôle selon l'intensité des comportements addictifs des répondants

La figure 21 illustre la relation entre les positions sur les politiques de contrôle et le niveau de comportement de consommation des produits considérés, déclaré par les participants.



Légende : Réglement. : Réglementationnistes ; Sanction. : Sanctionnistes

Note : sur l'axe horizontal, les positions vis-à-vis de la législation, identifiées par l'analyse en cluster sont ordonnées en fonction des scores moyens de comportement potentiellement addictif. La courbe ascendante signifie la relation entre une position exprimée et le comportement addictif rapporté par les participants.

Figure 21. Correspondances entre les positions sur les politiques de contrôle et l'intensité des comportements addictifs des répondants

L'opposition illustrée le long de l'axe horizontal est principalement une opposition entre le désir d'une forte réglementation et le désir contraire. Plus précisément, l'opposition principale se situe entre les politiques de réglementation forte ou modérée ($M_{\text{score de penchant addictif}} = 0,41$ sur 2) et les politiques de réglementation faible ou modérée ($M_{\text{score de penchant addictif}} = 0,89$).

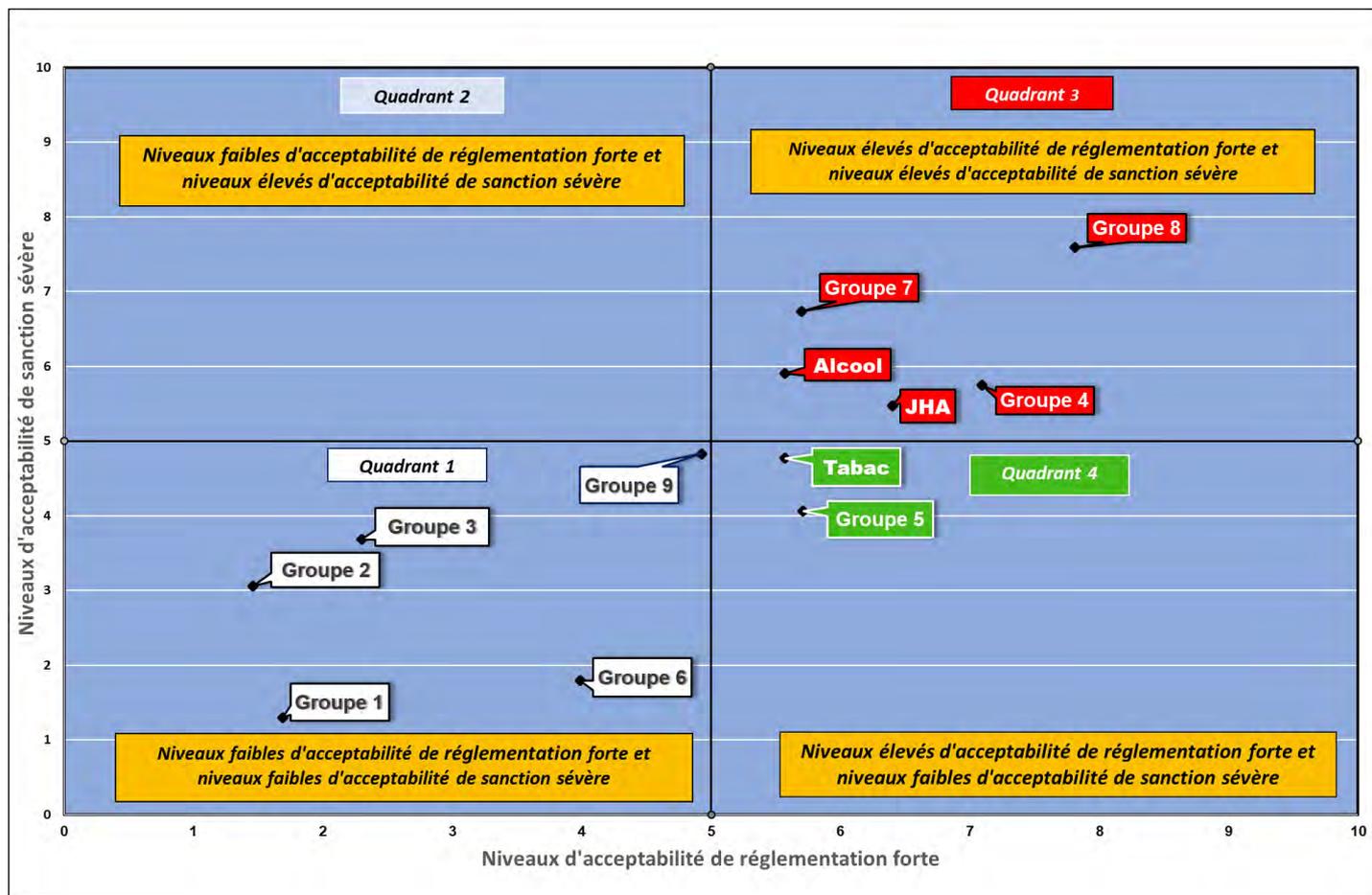
Sans surprise, les répondants qui souhaitent une faible réglementation ou une réglementation modérée ont les scores les plus élevés de comportement potentiellement addictif.

A l'opposé, les répondants partisans d'une réglementation forte ou modérée (groupe 4) consomment le moins de produit addictif.

Enfin, la position des « *Sanctionnistes sévères* » est ordonnée de manière inverse puisque ces répondants déclarent un niveau de consommation un peu plus élevé que ceux du groupe des « *sanctionnistes modérés* ». Cela confirme que les répondants pour établir leur jugement considèrent d'abord le niveau de réglementation puis le niveau de sanction.

En résumé, il existe une association négative entre le niveau de consommation et les jugements d'acceptabilité des politiques de contrôle. En matière d'acceptabilité des politiques de contrôle, le facteur « réglementation » prime sur le facteur « sanction ».

Sous-section 5.2.6. Cartographie des positions concernant les politiques de contrôle fort (réglementation forte et sanction sévère) de l'alcool, du tabac et des JHA



Légende :

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Groupe 1 - « Jamais favorables » | Groupe 4 - « Réglementationnistes modérés ou forts » | Groupe 7 - « Sanctionnistes sévères » |
| Groupe 2 - « Réglementationnistes faibles ou modérés » | Groupe 5 - « Réglementationnistes forts » | Groupe 8 - « Toujours favorables » |
| Groupe 3 - « Réglementationnistes modérés » | Groupe 6 - « Sanctionnistes modérés » | Groupe 9 - « Indécis » |

Figure 22. Cartographie des niveaux d'acceptabilité des mesures de réglementation forte et de sanction sévère dans le cas de politique de contrôle fort de l'alcool, du tabac et des jeux de hasard et d'argent

La figure 22 synthétise et schématise les principaux résultats de cette étude. En effet, elle cartographie les positions des neuf clusters, au regard des acceptabilités des politiques de contrôle fort (sanction sévère et réglementation forte).

Le quadrant 1 rassemble le groupe 1 (« Jamais favorables »), le groupe 2 (« Réglementationnistes faibles ou modérés »), le groupe 3 (« Réglementationnistes modérés »), le groupe 4 (« Réglementationnistes modérés ou forts »), le groupe 5 (« Réglementationnistes forts »), le groupe 6 (« Sanctionnistes modérés ») et le groupe 9 (« Indécis »).

modérés ») et le groupe 6 (« *Sanctionnistes modérés* ») qui ont en commun de ne pas accepter les politiques de contrôle qui comportent une réglementation forte et des sanctions sévères.

Le groupe 9 des « *Indécis* » se positionne à la moyenne. Les groupes 1, 2 et 3 sont les plus opposés à une réglementation forte, tandis que les groupes 1 et 6 sont les plus opposés à une sanction sévère.

Le quadrant 2 n'héberge aucun groupe. Les répondants ont probablement jugé qu'il n'est pas réaliste de sanctionner sévèrement alors que la réglementation est faible. Ils associent positivement « réglementation » et « sanction ».

Le quadrant 3 comprend le groupe 4 « *Réglementationnistes modérés ou forts* », le groupe 7 « *Sanctionnistes sévères* » et le groupe 8 « *Toujours favorables* », ainsi que les facteurs « alcool » et « jeux de hasard et d'argent » (JHA). Le groupe 8 est celui qui accepte le plus les politiques de contrôle fort. Les groupes 4 et 7 sont plutôt favorables à une réglementation forte mais avec un niveau de sanction proportionné. La position des « JHA » indique qu'ils doivent être encadrés par une réglementation forte, alors que l'« alcool » doit être réprimé sévèrement, et plus que le « tabac ».

Le quadrant 4 ne contient que le groupe 5 « *Réglementationnistes forts* » qui est favorable à une réglementation forte, sans trop de sanction. Cette position est également adoptée par les répondants à l'égard du tabac.

CHAPITRE 6 - DISCUSSION

Dans la présente étude, les politiques de contrôle de l'alcool, des JHA et du tabac prévoyant un niveau élevé de réglementation et de sanction (plus particulièrement pour l'alcool et les JHA) bénéficient d'un soutien de la population française. Les différences de niveaux de prévention ont comparativement peu d'effet en la matière. En général, les répondants sont favorables à une prévention régulière quel que soit le produit, avec une légère prédominance pour les JHA. Ces résultats soutiennent ceux de la littérature comme les conclusions de la méta-analyse réalisée par Diepeveen, Ling, Suhrcke, Roland et Marteau (2013), ceux de l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP), réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Dans cette dernière étude, plus de 9 répondants sur 10 (98 %) sont favorables à une prévention des drogues et de leurs risques ainsi qu'à une information sur la manière de les consommer avec le moins de dangerosité possible (Spilka *et al.*, 2019). Globalement, les dispositifs juridiques de la présente étude qui sont comparables aux mesures de « politique complète » de la France, pour reprendre une terminologie de l'OMS (2017), sont approuvées par les Français.

Plus précisément et comme prévu, (a) plusieurs positions qualitativement différentes ont été trouvées, (b) ces positions très contrastées varient selon un continuum interprétable et complexe et (c) elles sont liées avec les caractéristiques sociodémographiques des participants : comportements et habitudes de consommation et type de dépendance.

Schématiquement, trois catégories de positions peuvent se distinguer : celles en faveur des politiques de contrôle modéré, celles favorables à des politiques de contrôle fort et enfin les positions systématiques. Les différences de positions se situent principalement au regard de l'intensité de la réglementation et des sanctions.

Section 6.1 - Les positions en faveur des politiques de contrôle modéré

Deux types de positions en faveur des politiques de contrôle modéré se distinguent : celle relative aux sanctions et celle relative aux réglementations.

6.1.1. Du point de vue des niveaux de sanction

Groupe 6 - « Sanctionnistes modérés »

Dans 9 % des profils, les participants – *sanctionnistes modérés* – désapprouvent systématiquement les politiques de contrôle qui établissent des sanctions sévères (par exemple, l’incarcération) en cas de violation de la réglementation actuelle.

En revanche, ils acceptent des stratégies de réglementation forte (ou modérée), à la condition que ces politiques préconisent des efforts de prévention intenses.

La position – *Sanctionnistes modérés* – a été comparativement plus fréquente a) chez les psychologues (20 %) et les juristes (19 %), craignant possiblement les conséquences psychologiques de l’incarcération, b) parmi les participants les plus jeunes qui, probablement, se sentent plus concernés par les contrôles de police que les participants âgés et c) chez les participants qui se déclarent de gauche (14 %) et d’extrême gauche (14 %), à l’opposé de ceux qui se réclament de droite (2 %). Ces résultats sont similaires schématiquement à l’opposition traditionnelle entre les valeurs de droite et les valeurs de gauche.

Cette position partagée par les psychologues et les juristes peut s’expliquer par leur pratique professionnelle. Les consommations d’alcool, de tabac ou encore de jeux d’argent sont susceptibles de devenir des addictions et à ce titre, sont classées dans les nosographies internationales (DSM et CIM) parmi les troubles mentaux. Dans l’organisation d’une offre de soins, des psychologues ont observé que la qualification de « délinquant » impactait négativement le contexte de la prise en charge de patients ainsi étiquetés. Le travail de pédagogie qui les accompagne pouvait en être impacté, tant les perceptions du malade et du coupable sont étroites et le jugement moral très présent.

Pour leur part, des professionnels du droit constatent combien certains délinquants (notamment les mineurs délinquants) avaient des difficultés à appréhender le sens de leur sanction, par méconnaissance du langage juridique et/ou en raison d’une intelligence abstraite défaillante (Przygodzki-Lionet, 2012). Certains juristes ont fait remarquer que le prononcé de sanctions à l’encontre de multirécidivistes d’alcoolémie n’avait que peu d’effet. Enfin, les neurosciences ont montré combien les produits addictifs modifient la capacité du consommateur problématique à refuser de

consommer. Il lui est plus difficile de renoncer qu'une personne qui ne consomme que ponctuellement (Falissard, 2018).

Plus précisément, tant pour les psychologues que pour les juristes, d'une part, la répression échoue à avoir un effet sur la consommation et à réduire les dommages potentiels, comme plusieurs rapports l'ont mis en évidence au sujet des drogues illicites (Beauchesne, 2018) et, d'autre part, en miroir de l'hétérogénéité de ces troubles, la prise en charge ne peut être que multidimensionnelle. En effet, ces comportements sont des réponses à des problèmes fort différents, de nature biologique, psychologique et/ou environnementale (effets délétères des consommations abusives sur la prise de décision, vulnérabilités psychologiques, tensions relationnelles, marginalisation, exclusion...) (Oliveira Galvão, Saavedra et Cameira, 2018) qui conviennent d'être analysés avant d'être traités. Les professionnels de santé en général trouvent bénéfique à favoriser un dialogue avec les personnes en difficulté avec leurs usages, en considérant que l'abstinence n'est pas la seule option possible mais en valorisant des démarches de réduction des risques.

Il a en effet été démontré que les sanctions pénales n'ont pas les effets dissuasifs escomptés sur les personnes alcooliques ou d'autres personnes toxicomanes (Yu, Evans et Clark, 2006). En 2011, la Cour suprême du Canada a marqué un pas décisif en précisant que, si un accusé risquait d'être dangereux en raison de sa dépendance, une défense de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (« NRCCTM ») pourrait être invoquée (affaire R c. Bouchard-Lebrun). Dans ce cas-là, la personne incriminée pouvait ensuite être transférée du système correctionnel à un établissement de psychiatrie médico-légale (Lawrence, 2017). Il est possible d'établir une relative analogie avec l'irresponsabilité pénale prévue en droit français lorsqu'une ivresse pathologique ou chronique a altéré profondément les facultés intellectuelles de la personne (article 122-1 du Code pénal).

Il est probable que, selon ces répondants, des campagnes de prévention et d'intervention ciblant certains profils de consommateurs, comme les personnes ayant de plus faibles capacités d'auto-contrôle vis-à-vis de l'alcool seraient à privilégier (Corbin *et al.*, 2015). Il s'agit de substituer, aux stratégies répressives, des politiques de promotion de santé adaptées aux intérêts des personnes en leur donnant des moyens de maîtriser leur propre santé et de l'améliorer.

Enfin, plus largement, il a été montré que si le droit pénal est utile à promouvoir des comportements acceptables dans une société, il ne devait être employé qu'à titre d'exception - non systématique - sous peine de mettre en échec cette politique, par manque d'adhésion de la population (Beauchesne, 2018). Paradoxalement, ce risque de sanction peut s'avérer même contre-productif. L'identité de l'utilisateur ainsi stigmatisé se trouvant atteinte, cette « *contrainte persuasive* » activerait une motivation défensive qui en réduirait tout effet (Falomir, Pichastor et Mugny, 2004).

Cette position de « sanctionnistes modérés », qui se retrouve chez les participants les plus jeunes de cette étude, pourrait être expliquée par la fonction identitaire que revêt la consommation de certaines substances comme le tabac ou l'alcool. En quête d'identité et sous l'influence des pairs, les jeunes y rencontreraient une forme d'inscription sociale. De plus, cette position peut être rapprochée des stratégies individuelles d'autorégulation constatées auprès des adolescents, qui s'autolimitent, fractionnent leur consommation ou encore temporisent en faisant durer leur consommation. Ces pratiques peuvent être assimilées à des stratégies d'« autoréduction des risques » (Obradovic et Douchet, 2019)

Dans le cas des politiques appliquées au tabagisme ou aux JHA, les conséquences sont généralement perçues comme moins dommageables que pour les conduites en état d'ivresse par exemple. Il est possible de supposer que pour ces répondants, un consommateur raisonnable n'a pas à être sanctionné, pas plus qu'il n'a à se sentir coupable d'un simple plaisir passager ou régulier. Le besoin de succès et de réaliser ses rêves pourraient se réaliser à travers l'achat d'un simple billet de loterie, sans en faire peser les risques à toute une communauté. Ces répondants pourraient privilégier une préférence pour le présent et une forme d'épicurisme.

De plus, ces personnes pourraient être en faveur de campagnes de promotion de santé pragmatiques qui valorisent un mode de vie sain (comme ne pas fumer, boire avec modération, jouer raisonnablement) et par suite qui mettraient en avant les déterminants de santé, au lieu de politiques de stigmatisation sociale qui souligneraient des écarts de conduites répréhensibles (Baum, 2011 ; Baum et Fisher, 2014).

6.1.2. Du point de vue des niveaux de réglementation

Concernant les positions en faveur de politiques de contrôle modéré à l'égard des mesures de réglementation, trois groupes se distinguent : les « réglementationnistes faibles ou modérés », les « réglementationnistes modérés » et les « réglementationnistes modérés ou forts ».

Groupe 2 - « Réglementationnistes faibles ou modérés »

Dans 5 % des cas, les participants ont été d'accord avec les politiques qui n'établissent pas une trop forte réglementation, probablement parce qu'en cas de réglementation forte, les sanctions seraient plus élevées. Ils refusent systématiquement les politiques qui établissent des sanctions sévères. Cette position – *Réglementation faible ou modérée* – est comparativement plus fréquente parmi les participants qui s'adonnent fortement à un comportement addictif, sans doute parce qu'ils craignent que trop de réglementation limite leur accès à leur produit favori. Ils seraient très attachés à la liberté individuelle et tendent à s'approcher de la position des « libéralistes du libre-échange » suggérée par Goode (1998), favorables aux lois du marché ou encore à celle des « réformateurs prudents » (Spilka *et al.*, 2019).

Cette position va dans le même sens que les résultats de la littérature relativement aux personnes les plus engagées dans des consommations à risque. Elles sont en effet les moins enclines au changement et manifestent généralement une réaction défensive ou de résistance face aux campagnes de prévention (Peretti-Watel, Seror, du Roscoät et Beck, 2009 ; Liberman et Chaiken, 1992).

Cette communauté d'opinions refuserait la position d'un « sujet contrôlé » par une moralisation forcée et des contraintes sociales imposantes. Elle valoriserait une réalisation de soi dans des chemins de consommations libres et récréatives, éventuellement jusqu'à l'excès. Il a été montré que des campagnes univoques de lutte anti-tabac avaient incité, paradoxalement, des usagers à poursuivre leur consommation en développant leur attachement à une identité que le comportement tabagique avait forgée. La stigmatisation véhiculée par ces campagnes a engendré un tabagisme de « résistance » (Falomir Pichastor et Mugny, 2004). Des stratégies de minimisation sur les effets toxiques du tabac ont pu être mises en œuvre chez les fumeurs les moins diplômés. En effet, ils s'estiment moins exposés aux risques tabagiques et tendent à

les relativiser. Ou encore ils considèrent que leur consommation n'est pas suffisante à causer un cancer (Oakes *et al.*, 2004 ; Peretti-Watel *et al.*, 2014).

Pour ces répondants, la disponibilité physique du produit et le choix d'une satisfaction de ses besoins de consommation sont primordiaux. Caillois (1967) décrit le jeu, comme une activité libre et volontaire, qui repose et amuse. Des recherches ont montré qu'au-delà du loisir, certains types de jeu semblent améliorer les stratégies d'adaptation, en développant des aptitudes et compétences telles que l'amélioration de la mémoire, la résolution de problèmes par la tactique du jeu, la maîtrise des mathématiques, la concentration et la coordination œil-main, en particulier chez les personnes âgées (Rowe et Kahn, 1997 ; Shaffer et Korn, 2002). Pour des jeux comme le poker, les paris sportifs et hippiques, ce sont l'habileté et l'expérience ou encore les connaissances du joueur qui sont valorisées.

De son côté, Hodgkinson (2018) développe une éthique de la paresse : fumer sans excès ou boire le premier verre de la journée favoriserait le travail créateur. La relation entre la consommation de substances psychoactives et la création littéraire ou artistique n'est d'ailleurs pas nouvelle (Pirlot, 2013).

La cigarette a pu être perçue comme un « anxiolytique » par les plus précaires, permettant de « tenir le coup », de gérer le stress de leur situation, voire d'être un « loisir bon marché » (Peretti-Watel et Constance, 2009 ; Peretti-Watel, Constance, Seror et Beck, 2009 ; Peretti-Watel et Constance, 2010). Dans le même sens, la consommation d'alcool des individus est liée aux contextes et aux attentes positives (réduction des tensions, sociabilité par exemple) ou négatives (comme l'agressivité) de cette consommation (Wolkowicz, Ham et Zamboanga, 2019).

De plus, cette position pourrait également s'inscrire dans une optique intégrationniste de démocratie sanitaire en considérant que ces pratiques sociales font partie des droits de l'homme. Vis-à-vis du tabac, ces répondants plaideraient la liberté de l'individu, aujourd'hui suffisamment informé des méfaits de cette consommation par des campagnes d'information sur les risques encourus, y compris les avertissements figurant sur le produit lui-même. Dès lors, cette position, les choix des individus se feraient donc sur un continuum allant de la liberté de consommation éclairée au désir d'abstinence, en passant par le souhait d'être intégré dans une politique de réduction des risques qui s'entend comme une réduction des méfaits de la

consommation (par exemple, privilégier la cigarette électronique qui est promue comme moins néfaste pour la santé).

Cette philosophie s'inscrirait dans le mouvement d'individualisation de la responsabilité pour la santé qui valorise la capacité des individus à faire des choix rationnels face à certaines dimensions de leur consommation. On s'éloignerait ici d'une conception pathologique des pratiques.

On peut rapprocher cette position des principes affirmés dans les ordonnances du 29 novembre 1960 relativement à la consommation d'alcool. Elles énoncent en effet que « *devant ce mal individuel et social qui n'est qu'un mal que par l'excès, il ne s'agit en aucune façon de s'orienter vers un régime de prohibition ou d'abstinence inconcevable, pour un peuple majeur, contraire à nos traditions, à nos intérêts économiques et au simple bon sens. Mais il faut s'efforcer de modifier les usages du plus grand nombre dans le sens de la modération et de la raison* » (cité par Caballero et Bisiou, 2000, p. 242).

Il est possible, dès lors, d'associer cette position à la notion d'« *empowerment* » souvent soulignée dans les politiques de réduction des risques. Elle peut être définie comme le processus d'autonomisation par lequel est renforcée la capacité de toute personne à agir et à garder le contrôle des décisions qui la concerne (Suissa, 2007 ; Butler, Meloy et Call, 2015 ; Larsen et Sagvaag, 2018). De même, il est possible de constater une forte proximité avec le concept de « *capabilité* » définie par Amartya Sen, comme la capacité à se décider librement et à agir de façon effective pour améliorer son bien-être (Goranitis *et al.*, 2017).

Groupe 3 - « *Réglementationnistes modérés* »

Pour 11 % des profils, les participants – *Réglementationnistes modérés* – ne sont pas systématiquement opposés aux politiques qui établissent des sanctions sévères. Ils sont en désaccord avec les politiques qui établissent une réglementation trop faible ou trop forte. En revanche, ils sont d'accord avec les politiques qui établissent une réglementation modérée à condition, cependant, que les efforts de la prévention soient intenses et réguliers.

Cette position - *Réglementation modérée associée à une prévention forte* – est comparativement plus fréquente chez les participants qui se livrent à un comportement

addictif, probablement parce qu'ils craignent une restriction d'accès à leur consommation préférée. Cette position suggère que ce *statu quo* serait la meilleure option possible ou encore que ces répondants aient confiance dans les capacités d'auto-contrôle du consommateur ou d'hétéro-contrôle du groupe. En effet, des études récentes ont mis en évidence l'influence « régulatrice » des interactions sociales sur les consommations de substances psychoactives (El Rawas et Saria, 2016 ; Pelloux, Giorla, Montanari, et Baunez, 2019).

Cette position est proche de celle des « usagers conservateurs » proposée par Wyatt (2016). Ces personnes sont d'accord avec les normes légales restrictives, tout en reconnaissant consommer. Il pourrait s'agir ici d'une « technique de neutralisation » de culpabilité (Sykes et Matza, 1957) que l'on retrouve chez les individus ayant commis des actes délictueux. Cette technique a pour but de déjouer l'ambivalence dans laquelle la personne qui s'est engagée dans des comportements jugés illégaux ou malsains, en rationalisant ou en redéfinissant certaines valeurs.

En outre, pour ces répondants, ce contrôle de soi serait la conséquence d'un processus éducatif mis en œuvre par une prévention soutenue.

Cette position tendrait à s'inscrire dans l'approche d'une « consommation responsable », a) à l'image des incitations au « jeu responsable » qui soulignent à la fois le caractère récréatif et raisonnable de cette pratique (par exemple, les jeux d'argent sont un loisir et non un moyen de gagner de l'argent), b) ou encore à l'image de l'interdiction volontaire de jeux qui peut être faite par toute personne souhaitant se voir interdire l'accès à toutes les salles de jeux des casinos, des cercles de jeux et des sites de jeux autorisés par l'Autorité de Régulation des Jeux En Ligne (ARJEL).

Il est désormais courant que les plateformes de jeux en ligne sont organisées autour de la notion de « jeu responsable » afin d'éviter les préjudices potentiels liés à ces activités (Lucar, Wiebe et Philander, 2014 ; Ladouceur, Shaffer, Blaszczynski et Shaffer, 2017 ; Marionneau et Järvinen-Tassopoulos, 2017 ; Ivanova., Rafi, Lindner et Carlbring, 2019). Par exemple, elles peuvent informer des limites de temps ou d'argent (Broda *et al.*, 2008 ; Ladouceur, Blaszczynski et Lalande, 2012), adresser des commentaires lors de l'activité sur la plateforme (Auer et Griffiths, 2015 ; Auer et Griffiths, 2016), ou encore proposer des outils d'auto-exclusion (Blaszczynski, Ladouceur et Nower, 2007 ; Percy, França, Dragičević et d'Avila Garcez., 2016).

Certains auteurs ont pu souligner que cette demande croissante d'auto-régulation serait en réponse au déclin des formes de régulation externe (Reith, 2007).

Groupe 4 - « Réglementationnistes modérés ou forts »

Dans un autre cas, 11 % des profils des participants montrent une préférence pour les politiques qui établissent des mesures de réglementation forte ou modérée, sans trop se préoccuper des efforts de prévention.

Cette position – *Réglementation forte ou modérée* – est plus fréquente a) chez les participants qui ont indiqué avoir un niveau d'éducation supérieur court et long, b) chez les personnes se déclarant à droite et c) chez les personnes ayant un niveau de consommation des produits considérés le plus faible. Cette position est privilégiée dans le cas du tabac et des JHA, probablement parce que, selon ces répondants, les conséquences du tabac ou du jeu sont moins préjudiciables que celles de l'alcool.

Cette communauté d'opinions est très proche de celles déjà examinées dans la littérature. Des études abondantes ont montré que les politiques de lutte anti-tabac sont plus souvent soutenues par les non-fumeurs et les anciens fumeurs (Diepeveen, Ling, Suhrcke, Roland et Marteau, 2013), par les non-buveurs et ex-buveurs pour les interventions relatives à l'alcool (Giesbrecht, Ialomiteanu, Anglin et Adlaf, 2007 ; Holmila, Mustonen, Österberg et Raitasalo, 2009 ; Wilkinson, Room et Livingston, 2009).

Cette position pourrait être le reflet des représentations sociales relativement répandues. En effet, la personne dépendante de l'alcool est souvent perçue comme malade, souffrant des conséquences délétères de ses consommations excessives alors que le joueur d'argent excessif est assimilé à une personne passionnée, éloignée de toute souffrance physique. D'où la difficulté sans doute de la prise en compte des problématiques de jeu d'argent par les politiques de santé publique.

Cette communauté d'opinions tendrait à considérer que l'on peut faire une consommation modérée et de détente du tabac, d'alcool et des jeux d'argent, sans pour autant menacer sa santé, ni présenter un danger pour autrui. Ces pratiques seraient considérées comme des formes de sociabilités qui n'entravent le quotidien que lorsque l'usage ne peut être régulé et se transforme alors en dépendance. Cette position serait confirmée par l'expérience qui montre que l'on peut faire usage de tabac, d'alcool ou

d'autres substances psychoactives avec une relative modération (Caballero et Bisiou, 2000). Le consommateur est ici perçu comme un sujet rationnel qui évalue et régule son comportement dans un cadre normatif précis. Cette position met l'accent sur la responsabilité individuelle.

Pour ces répondants, les mesures de réglementation seraient fixées dans une double perspective : incitative (à la modération) et désincitative (vers la non-consommation).

Cette position tend à s'apparenter à celle des « *modérés* » (Spilka *et al.*, 2019) favorables à la combinaison de mesures médico-sociales et de droit pénal.

Section 6.2 - Les positions en faveur des politiques de contrôle fort

La distinction entre les positions les plus tranchées en faveur des politiques de contrôle fort se fait à l'égard des réglementations et à l'égard des sanctions.

6.2.1. Du point de vue des réglementations

Groupe 5 - « Réglementationnistes forts »

Dans 23 % des profils, les participants montrent une préférence pour les politiques qui établissent des mesures de forte réglementation associées a) à des sanctions sévères et b) à des efforts de prévention forts et réguliers.

Cette position – *forte réglementation en liaison avec une forte prévention* – est comparativement plus fréquente a) chez les adultes âgés de 35 à 45 ans, b) chez les participants ayant un diplôme universitaire, sans doute en raison du lien positif entre le niveau d'éducation et la préoccupation pour la santé (Ross et Wu, 1995), c) chez les médecins et les juristes, probablement parce que leur statut implique des mesures de réglementation forte, d) chez les personnes qui se déclarent à droite ou à l'extrême droite et e) parmi les participants qui déclarent un niveau de consommation faible de produit potentiellement addictif, probablement parce qu'ils n'ont aucune raison de craindre une limitation de consommation du produit considéré.

Cette position est la plus proche de la position des « *prohibitionnistes progressistes* » suggérée par Goode (1998), en faveur d'une politique de répression. Cette position est probablement fondée sur de fortes convictions dans l'efficacité d'une

politique de santé globale qui allie prévention et réglementation, et, plus largement, sur la confiance en des normes juridiques stables qui régulent les usages : « *on doit punir, non pour punir, mais pour prévenir* » selon Sénèque.

Dans le même sens, une large majorité des adultes interrogés (65 %) dans l'étude EROPP réalisée fin 2018 en France, est favorable à une interdiction totale de la publicité pour l'alcool et 61 % sont d'accord pour restreindre la vente des boissons alcoolisées dans des boutiques spécialisées (Spilka *et al.*, 2019).

Probablement, selon ces répondants, les consommateurs sont victimes de leurs excès et leurs choix reflètent une rationalité affaiblie par des mois, des années de consommation. L'illusion de l'argent facile, prônée par des jeux en ligne ou les casinos, exploiterait jusqu'à la ruine la vulnérabilité des joueurs en recherche de sensations ou prisonniers d'états émotionnels aversifs. Selon ces répondants, le libre arbitre ne peut s'exercer lorsque le produit en cause entraîne une dépendance altérant la volonté et invoquer un « contrat d'esclavage », selon lequel la personne aurait donné son consentement pour être « esclave » d'une consommation serait irrecevable. Selon ces répondants, la menace d'une « sanction », qu'elle soit juridique (interdit bancaire pour le joueur excessif par exemple) ou encore médicale (risque de cancer pour le fumeur) ne peut suffire à réduire ou à stopper une pratique. Il est nécessaire d'imposer des réglementations fortes pour les guider au-delà du seul risque sanitaire et les conduire vers une réduction des risques, voire une abstinence.

Cette communauté d'opinions s'appuierait, d'une part, sur la confiance en des mesures de responsabilisation à la fois individuelle et collective et, d'autre part, sur le sentiment que lorsque la prévention informe régulièrement des risques, menaces et vulnérabilités, les attentes de sécurité de la population doivent être nécessairement prises en compte par l'État à travers une production de normes juridiques désincitatives. Comment conduire vers la vertu si l'État ne les y dirige ? Craignant les conséquences néfastes de ces consommations, ces répondants légitiment le recours à des mesures contraignantes fortes, car une société, au nom du droit à la santé, ne peut abandonner ses concitoyens aux dommages qu'ils s'infligent. La responsabilité publique dans le devoir d'information sur les risques et dégâts causés par ces pratiques de consommation a toute son importance. Ce n'est pas tant l'usage qui en est fait

(récréatif, problématique ou encore addictif) que la consommation en elle-même qui est prise en compte.

On peut observer une convergence entre cette position et celle adoptée par certains États, à l'égard de l'alcool, qui ont fixé des lignes directrices de consommation standard et de consommation à faible risque (Babor *et al.*, 2003) ou encore des repères de la consommation d'alcool à moindre risque (Kalinowski et Humphreys, 2016).

La littérature a montré qu'au sujet de l'alcool, une politique de santé publique est d'autant plus efficace qu'elle associe de façon cohérente des interventions préventives à des mesures juridiques et financières (encadrement de l'offre, promotion des produits, instauration de taxes adaptées par exemple). A contrario, une politique de santé aura une faible incidence en l'absence d'éducation. Parce que mal comprises, les mesures structurelles seraient mal acceptées (Babor *et al.*, 2010).

6.2.2. Du point de vue des niveaux de sanction

Groupe 7 - « Sanctionnistes sévères »

Pour 9 % des profils, les participants ont rejeté toutes les politiques qui ne contenaient pas de sanctions sévères et sont donc favorables à une répression la plus stricte. Cette position – *Sanctions sévères* – est comparativement plus commune a) parmi les participants ayant déclaré un niveau d'éducation secondaire, probablement parce qu'ils sont enclins à une représentation plus hostile de ces usages que les participants plus instruits, et b) lorsque cette politique est appliquée à l'alcool, parce que les effets de cette consommation sont perçus comme étant plus graves que ceux du tabac ou des jeux.

Cette position est la plus proche de celle des « *conservateurs culturels* » proposée par Goode (1998) favorable à la prohibition des drogues, ou encore celle des « *répressifs* » opposés à tout assouplissement du régime juridique du cannabis en France (Spilka *et al.*, 2019).

Cette opinion plus sévère à l'égard de l'alcool est similaire à celle des résultats de l'étude EROPP réalisée en 2008, concernant l'opinion des Français sur les drogues et les politiques publiques. Il a en effet constaté que presque une personne sur deux (46%) considérait que la consommation d'alcool était la plus dangereuse des

substances psychoactives étudiées (Costes, Le Nézet, Spilka et Laffiteau, 2010). Cette position est semblable à celle exprimée dans une étude australienne concernant les politiques en matière d'alcool. En effet, les politiques qui prévoyaient des mesures les plus sévères contre la conduite en état d'ivresse et celles les plus strictes concernant la vente aux personnes ivres ont reçu le plus de soutien (Wilkinson, Room et Livingston, 2009). Enfin, cette communauté d'opinion va dans le sens des résultats de l'enquête ESRA réalisée en 2018 dans laquelle les répondants sont favorables massivement à une politique de tolérance zéro pour l'alcool au volant (Meesmann, Torfs, Nguyen et Van den Berghe, 2018).

Selon ces répondants, l'argument de la liberté individuelle ne peut tenir face aux conséquences négatives de ces pratiques sociales. Les mesures de répression auraient un caractère dissuasif. Leur position est vraisemblablement fondée sur un certain niveau de méfiance à l'égard de l'efficacité des mesures de prévention et de réglementation. Un argument juridique ne suffirait pas à imposer une éthique de prudence alors que la perspective d'une mesure répressive aurait une vertu de prophylaxie des addictions et serait propre à renforcer une éthique de responsabilité individuelle. En quelque sorte, on rappellerait au consommateur excessif qu'il vit en société avant de l'empêcher de se nuire, voire de s'auto-détruire. Cette position pourrait s'inscrire dans un modèle de tolérance zéro conduisant aux sanctions les plus fortes, comme l'emprisonnement.

Cette position présume également que la consommation de ces produits est volontaire et délibérée et qu'il n'y a pas lieu de considérer les impacts potentiels de vulnérabilités neurobiologiques ou psychiatriques concomitantes qui influenceraient la volonté et la maîtrise de soi (Lawrence, 2017).

Leur position pourrait être influencée par le contexte de la judiciarisation croissante des sociétés occidentales et du mouvement d'accentuation des législations répressives (Przygodzki-Lionet, 2012, p. 4). Cette position semble s'inscrire dans la conception classique selon laquelle le droit ne peut être assorti que d'obligations et de sanctions et qu'en cas de manquement, il est nécessaire de définir la responsabilité juridique de chacun.

Section 6.3 - Les positions systématiques

Les positions systématiques sont des opinions que ne varient pas en fonction du contexte étudié. Elles concernent les « jamais favorables », les « toujours favorables » et enfin les « indécis ».

Groupe 1 - « Jamais favorables »

Dans 9 % des profils, le groupe – *jamais favorables* - n'a pas considéré que contrôler était utile. Cette position est évocatrice de la position des « *constructionnistes radicaux* » suggérée par Goode (1998), qui considèrent que ni la prohibition, ni la légalisation n'apporte de solution, ou encore de celle des « *pro-légalisation sans compromis* » (Spilka *et al.*, 2019). Ce résultat concorde avec les résultats rapportés par Camus, Muñoz Sastre, Sorum et Mullet (2014) et López López, Pineda Marín et Mulet (2016). Cette position est semblable à l'approche libertaire exposée par Collins *et al.* (2015) au sujet des jeux, selon laquelle toute entrave, comme l'interdiction ou la taxation, serait une violation de la liberté individuelle.

Cette position n'est pas particulièrement associée à la consommation de substances ou à une pratique de jeux d'argent problématique.

Certains d'entre eux ont fait valoir que la prise de substances licites ou illicites était une question de responsabilité personnelle. Selon eux, réglementer en ce domaine serait stigmatisant et entraverait le libre arbitre et l'autonomie du sujet.

D'autres ont considéré que c'était un problème de psychopathologie individuelle. Ainsi, un participant a déclaré que les comportements addictifs n'ont pas plus à être contrôlés par les politiques publiques que la dépression ou la schizophrénie. La solution de « surveiller et prescrire » serait davantage à considérer ici que celle de « surveiller et proscrire ».

Il est probable que les experts addictologues (27 %) ont choisi cette position en regard de leur expérience professionnelle. En effet, si on constate l'exposition large à l'alcool de nos jours, le nombre de personnes ayant consulté pour des problèmes d'alcool était comparativement faible : 142 000 personnes ont été accueillies par des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2016 (Palle et Rattanatray, 2018). Selon les données recueillies dans le bulletin

épidémiologique hebdomadaire de Santé publique France, 10 % des personnes âgées de 18-75 ans boivent, à elles seules, 58 % de l'alcool consommé en France (Richard *et al.* 2019). Trois-quarts des alcools vendus sont consommés par 20 % des buveurs (excessifs et dépendants) (Reynaud, 2019). Seuls 8 % des consommateurs ayant entre 18 et 75 ans sont considérés comme ayant des usages à risque, soit 3,4 millions de personnes vivant en France (OFDT, 2017). Par conséquent, la grande majorité des Français sont des consommateurs occasionnels. En outre, concernant les JHA, selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), la proportion de « joueurs pathologiques » dans la population générale actuelle est estimée à 1 % et la demande d'aide des joueurs excessifs est restreinte (Costes, 2019). Parallèlement, le nombre de joueurs à « risque modéré » de dommages liés à leur activité ludique sollicitent très rarement de l'aide (Costes, Eroukmanoff, Richard et Tovar, 2015).

Dès lors, comment réglementer de façon générale alors qu'une minorité souffre d'une des pathologies pour lesquelles la consommation d'un de ces produits est un facteur de risque ? Ici prévaudrait une vision médicale selon laquelle le consommateur en souffrance est une victime qu'il convient de soigner et non un coupable à sanctionner (Alonso, 2015). En ce sens, on peut relever le changement de perspective engagé par la Société Américaine de Médecine de l'Addiction, en proposant une représentation médicale et scientifique de l'addiction, comme une maladie cérébrale primaire et chronique et en écartant une représentation moraliste et stigmatisante (American Society of Addiction Medicine, 2011). De plus, les faits tendent à montrer que la plupart des usagers problématiques ne souffrent pas de dépendance et qu'ils peuvent retrouver un usage contrôlé par eux-mêmes (Michel et Morel, 2012).

Cette position – *Jamais favorable* – a été relativement plus fréquente chez les répondants se déclarant à l'extrême gauche, peut-être parce que cela implique des opinions radicales et parce que cette appartenance politique est fréquemment corrélée à un certain libéralisme tant à l'égard des mœurs privées que des pratiques publiques. Ces répondants refuseraient une politique paternaliste, qui définit elle-même les conditions d'une « bonne vie » de ses citoyens et conduit les individus à agir d'une certaine façon, par des moyens incitatifs ou désincitatifs, occultant leur capacité de décision (Magni-Berton, 2011).

Il peut être fait l'hypothèse que cette communauté d'opinions s'oppose à tout standard de comportement ou d'uniformisation culturelle et rejette l'idée qu'une collectivité puisse se plier aux représentations normatives de quelques décideurs. Cette position pourrait s'inscrire dans la voie de l'« informalisation » d'une société permissive, qui laisse les individus majeurs apprécier eux-mêmes les conduites à tenir et consentir aux expériences que seule leur volonté autorise. Cette position libérale s'inscrit dans celle de J.S. Mill (1859) qui accorde l'autorité prééminente de l'individu sur sa propre personne : « *sur lui-même, sur son corps et son esprit, l'individu est souverain* » (trad. 1990). Chaque individu est perçu comme un consommateur responsable, libre et conscient des risques qu'il peut encourir. Plus largement, cette position s'ancre dans la culture des sociétés modernes orientées vers l'indépendance et l'autonomie individuelle, à l'opposé des sociétés traditionnelles qui accordent plus d'importance aux devoirs et à la hiérarchie sociale (Nucci et Turiel, 2013).

Il est possible de rapprocher cette philosophie de la position de certains antiprohibitionnistes qui revendiquent le droit de consommer des drogues illicites (notamment le cannabis) librement, au nom d'une liberté fondamentale et inaliénable (Beauchesne, 2018).

Groupe 8 - « Toujours favorables »

Dans 9 % des cas, les participants trouvent acceptables tous les types de politique de contrôle. Ces participants considèrent vraisemblablement que même minime une réglementation est préférable à l'absence totale de réglementation (par exemple, la vente libre du tabac à prix coûtant). Cette position – *toujours favorables* – est relativement plus fréquente a) chez les participants âgés (17 %), probablement parce qu'ils ont fait l'expérience dans leur jeune âge d'une politique de contrôle faible, b) chez les participants ayant déclaré un niveau d'éducation secondaire, en lien probablement avec le fait qu'une proportion importante de personnes d'âge avancé fait partie de ce groupe et c) ceux qui se déclarent appartenir à l'extrême droite, probablement en raison de leur tendance à respecter l'autorité.

Il peut être fait l'hypothèse que selon ces répondants, la loi, quelle qu'en soit la teneur, par son caractère général, impersonnel et impératif, résoudrait la diversité des contextes et des problématiques en appelant à une conformité sécuritaire.

Groupe 9 - « Indécis »

Dans 14 % des cas, les participants n'ont pas exprimé de position claire. Quel que soit le contexte, leurs appréciations ont été toujours situées proches de la valeur moyenne de l'échelle d'acceptabilité. Cette position « moyenne » est relativement plus fréquente lorsque la politique de contrôle s'applique aux JHA, probablement parce que pour certaines personnes, les conséquences négatives de la pratique des jeux d'argent semblent difficiles à évaluer. Cette position traduit peut-être des représentations modérées du tabac, de l'alcool et des JHA, à moins qu'elle ne révèle l'indétermination de ces individus. Cette population pourrait donc constituer une cible privilégiée pour de futures campagnes d'information.

Des études antérieures relatives aux positions des personnes ayant inclus comme option de réponse « *Ne sait pas* » ont déjà fait état de l'indécision d'une minorité de personnes, tel est le cas, par exemple, d'une étude sur la représentation sociale de la drogue (Dany et Apostolidis, 2007).

Section 6.4 - Les positions des répondants ayant une forte consommation

Pour 42 % des participants, une politique de contrôle fort est considérée comme la plus acceptable dans tous les cas (tableau 7). Pour les participants restants, toutefois, le type préféré de politique varie en fonction du produit considéré. Par exemple, quinze participants considèrent que seul le jeu doit être fortement contrôlé, à l'exclusion du tabac et de l'alcool. Sans surprise, 47 % d'entre eux sont des fumeurs réguliers, 27 % des consommateurs d'alcool réguliers et aucun n'est un joueur régulier.

Ces résultats confirment l'influence de la « proximité » avec les substances sur les représentations (Dany et Apostolidis, 2002) et les positions des répondants. Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), sur la dangerosité du tabac, en 2018, les répondants fumeurs (28 %) sont moins nombreux que les non-

fumeurs (36 %) à estimer que le tabac est nocif dès l'expérimentation. De même, pour l'alcool, les personnes en consommant au moins une fois par semaine (5 %) sont moins nombreuses que celles qui en consomment moins souvent voire pas du tout (11 %), à déclarer qu'il est dangereux dès l'expérimentation (Spilka *et al.*, 2019).

De plus, dans cette même étude, relativement à la question de la légalisation du cannabis en France, si 45 % des répondants, âgés de 18 à 75 ans, sont favorables à cette légalisation, cette proportion s'élève à 66 % chez les expérimentateurs de ce produit et à 94 % chez les personnes qui en ont consommé au cours du dernier mois.

Enfin, et dans le même sens, relativement à la cocaïne, Wyatt (2016) observe qu'il existe deux catégories d'attitude d'usagers de cocaïne à l'égard des normes : les « *usagers conservateurs* » qui affirment leur attachement à l'interdit légal en distinguant les usages raisonnables et les usages condamnables et les « *usagers réformistes* » qui souhaitent un changement de normes juridiques à travers une dépénalisation voire une légalisation complète des usages.

Les opinions et représentations relativement aux trois contextes sont fortement corrélées au niveau de consommation des répondants voire de leur entourage. Plus largement, chaque consommation joue le rôle de « référentiel structurant » de soi, des autres et de leur vision du monde (Apostolidis, Rouan et Eisenhor, 2003).

Dans cette étude, lorsqu'il y a une association entre une préférence pour une politique de contrôle et le comportement de consommation du répondant, celle-ci se produit principalement à l'égard de la composante « réglementation » de la politique de contrôle.

Section 6.5 - Implications

Les positions des Français concernant les politiques de contrôle sont extrêmement diverses. La tâche du législateur dans ce domaine est donc particulièrement ardue. Tout changement dans un sens ou dans l'autre est susceptible de rencontrer l'opposition de l'un ou l'autre groupe. Schématiquement, on pourrait décrire ces différentes positions selon qu'elles mettent l'accent sur le « consommateur », le « délinquant » ou encore le « patient ». L'approche « consommateur » valoriserait la liberté de satisfaire ses besoins et envies. Il s'agit de sortir du débat de la consommation de produit comme risque d'addiction et de revenir

à la conception de l'usage comme confort social. L'approche « délinquant » mettrait l'accent sur la nécessité de réglementer et sanctionner fortement toute consommation excessive et potentiellement nocive pour l'utilisateur lui-même et pour autrui. Enfin, l'approche « patient » plaiderait pour une sensibilisation médicale et sanitaire forte et un accompagnement thérapeutique circonstancié.

De plus, malgré la grande diversité des positions personnelles trouvées et leurs variations en fonction du produit addictogène et en fonction des philosophies des groupes sociaux, il est possible de délimiter un terrain d'entente.

Au sujet du tabac, le type de politique de contrôle susceptible de rallier une majorité de personnes correspond à un niveau modéré de réglementation (ne pas fumer dans les espaces publics, tarification à 7 euros et interdiction de vente aux mineurs) associé au moins à un niveau modéré de la prévention et un faible niveau de sanction (seulement les amendes). Sans surprise, ce type de politique est conforme à la législation en vigueur en France. Le type de politique qui pourrait cristalliser l'opposition de la plupart des personnes est composé d'un faible niveau de réglementation (permission de fumer dans les bars et discothèques, prix bas et vente autorisée à 16 ans), lié à l'absence de prévention. Les personnes, dans leur majorité, ne sont certainement pas disposées à revenir sur les politiques antitabac en vigueur actuellement.

Au sujet de l'alcool, un type de politique rallierait une majorité de personnes. Il s'agirait de réglementations fortes (taux d'alcoolémie de 0,5 g/l, contrôle des points de vente et interdiction de vente aux mineurs) associées à au moins un niveau modéré de prévention et un haut niveau de sanction (peine d'emprisonnement possible en cas de violation).

La consommation d'alcool est un sujet sensible, particulièrement en France, car l'alcool est issu d'un héritage social et culturel, dont la prévention des risques est plus délicate à défendre que celle relative au tabac. Or, les participants ont considéré qu'il était nécessaire d'appliquer une prévention forte et des sanctions sévères. A la conviction, très controversée, des effets protecteurs de l'alcool évoqués dans le « paradoxe français » (ou « *french paradox* ») selon lequel une consommation régulière et modérée de vin rouge pourrait atténuer un risque de maladie cardiovasculaire, s'est substituée la prise de conscience que toute consommation,

même minime, peut entraîner un risque. La présence de professionnels de santé parmi les répondants a pu avoir un effet sur ce résultat.

Ce type de politique est plus strict que la législation en vigueur. Une politique de contrôle qui pourrait mobiliser l'opposition de la plupart des personnes serait composée d'un faible niveau de réglementation (taux d'alcoolémie de 0,8 g/l), d'aucun contrôle des points de vente et de la vente permise à 16 ans, associés à l'absence de prévention, et de sanction de niveau faible. Les personnes, dans leur majorité se sentent certainement concernées par le niveau élevé de mortalité causée par les accidents de la circulation. Ces résultats encouragent donc à poursuivre les efforts d'encadrement et de communication publique nécessaire à la lutte contre l'alcoolisme au volant notamment.

Enfin, en ce qui concerne les jeux de hasard et d'argent, une seule politique de contrôle rallierait une majorité de personnes : fort niveau de réglementation (contrôle de l'identité du joueur, limite d'âge à 21 ans, limitation du nombre de casinos, contrôle des activités frauduleuses, prévention du jeu pathologique), associée à au moins un niveau modéré de la prévention et un faible niveau de sanction (seulement des amendes). Cette politique est également plus stricte que la législation en vigueur. Une seule politique cristalliserait l'opposition de la plupart des individus : faible niveau de réglementation associée à l'absence de prévention. Les personnes, dans leur majorité certainement, se sentiraient concernées par l'attraction des casinos et jeux en ligne sur les jeunes. Ces résultats invitent donc les pouvoirs publics à réglementer davantage cette consommation et à promouvoir régulièrement des campagnes d'information et de prévention des risques associés.

En résumé, les participants dans leur majorité ont exprimé des opinions qui sont, soit en accord avec les politiques actuelles de contrôle en France, soit, dans le cas de la consommation de l'alcool et les JHA, ouvertes à la prise de dispositions plus strictes.

Section 6.6 - Limites

Cette étude menée en France a permis de mettre en relief différentes positions d'une population française relativement aux politiques de contrôle du tabac, de l'alcool et des JHA et à travers une approche comparative, d'en montrer les similitudes et les différences. Il convient toutefois d'examiner les réelles ou potentielles limites de ce travail.

Premièrement, il convient de souligner que le choix des variables étudiées ne saurait être irréductible et masquer le caractère largement multidimensionnel des politiques publiques. Les descripteurs ont été choisis en fonction de leur pertinence relative aux objectifs de cette étude. D'autres auraient pu être convoqués, comme la comparaison de produits (machine à sous et loterie ; paris sportifs et paris « e-sport » ; vin et apéritif ; tabac et e-cigarette...) ou la présentation du produit (paquet neutre ou non, étiquette d'alcool indifférenciée ou non...), l'utilisation ou non de la publicité, ou encore le lieu de vente (pharmacie ou non...), le lieu de consommation (espace dédié ou espace ouvert...), ou encore le type de prise en charge sanitaire, comme l'orientation ou non vers une démarche de soins. Ce sont là quelques exemples qui auraient pu constituer d'autres critères de choix.

Deuxièmement, on pourrait regretter que les résultats de cette recherche ne soient pas comparés avec ceux d'autres pays. Or, les différentes études existantes n'ont pas le même périmètre d'exploration, ni la même prise en compte de variables, ni la même méthodologie d'enregistrement des positions individuelles. Dès lors, il pourrait être intéressant d'étendre cette étude à d'autres pays pour en étudier les similarités ou différences.

Troisièmement, certains contextes de passation ont pu introduire un biais. En effet, certaines enquêtes ont pu se dérouler durant une période où avait lieu une campagne de prévention sur le tabac qui proposait différents moyens d'arrêter de fumer (par exemple, « Mois sans tabac ») ou valorisait le vapotage. Certaines passations ont pu être faites lors d'une augmentation du prix du paquet. Enfin, certains professionnels de la santé ont pu être interrogés sur leur lieu de travail. Cette proximité professionnelle a pu, peut-être, influencer leur réponse. Cependant, l'objectif était de recueillir l'avis circonstancié de personnes, qu'elles soient professionnelles ou non, et

ces différents contextes de passation ont pu favoriser une plus grande sensibilisation et un intérêt accru pour cette étude.

Quatrièmement, les enquêtes se sont déroulées dans quelques régions de France métropolitaine, principalement en Occitanie. Or, s'agissant du tabac par exemple, il a été analysé que plusieurs régions françaises ont des prévalences plus élevées (Grand Est, Occitanie, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) que la moyenne française (Pasquereau *et al.* 2018). Toutefois, cette étude, n'étant pas une recherche épidémiologique, ne prétend pas s'appuyer sur une population représentative des Français. Elle ambitionne de faire l'inventaire des différents processus psychologiques en œuvre chez des individus pour se former un jugement sur une situation de consommation de produit potentiellement dangereux, laquelle est réglementée par l'État français.

Cinquièmement, dans cette étude, les femmes sont sur-représentées (2/3 de femmes, 1/3 d'hommes), ce qui pourrait introduire un biais dans les résultats. Or, avec l'uniformisation des rôles sociaux, les différences de comportements entre hommes et femmes s'atténuent par l'ascension dans l'échelle sociale. Ainsi, en ce qui concerne l'alcool, les consommations des femmes de milieux favorisés tendent à s'aligner sur celles des hommes (Beck, Legleye, Maillochon et De Peretti, 2008). Parce qu'elles ont fait des études supérieures, elles peuvent occuper des postes à responsabilités qui engendrent plus de stress et plus de sollicitations professionnelles (réunions de travail, rencontres avec des clients...) qui les incitent à consommer de l'alcool (Sassi et Love, 2015).

Sixièmement, dans l'étude des caractéristiques sociodémographiques des participants, seuls le produit consommé et sa fréquence de consommation (jamais, de temps en temps, tous les jours) ont été pris en compte. N'ont pas été considérés a) ni le contexte de consommation (par exemple, seul ou entre amis), b) ni le type de produit consommé, pour l'alcool (par exemple, bière, apéritif ou vin de table), pour le tabac (par exemple, le type de tabac ou d'autre moyen de fumer comme l'e-cigarette ou encore pour les jeux d'argent (par exemple les paris et jeux d'argent en ligne), c) ni la quantité de produit consommé (par exemple, nombre de cigarettes, de verres d'alcool ou encore de temps passé et sommes engagées par semaine aux jeux d'argent), d) ni le degré de valence de chaque produit. Cependant, au regard de la littérature et

au regard de l'objectif comparatif de cette étude, le critère retenu de fréquence de consommation a semblé pertinent pour établir un rapprochement entre les trois types de consommation (tabac, alcool et JHA) et pour évaluer le caractère problématique de chacun d'eux.

Septièmement, lors de la passation, les participants n'ont pas été interrogés a) ni sur leur état psychologique (par exemple, niveau d'anxiété ou niveau de stress), b) ni sur leur antécédents psychopathologiques (par exemple, antécédent dépressif), c) ni sur l'existence d'autres types d'addiction, comme la dépendance à internet ou aux jeux vidéo, d) ni sur leur parcours de consommation (par exemple, nombre de tentatives de diminution, d'arrêt, de rechute, etc.), e) ni sur leurs représentations du consommateur de tabac, d'alcool et des jeux d'argent, ou sur leurs représentations du produit (par exemple, la nocivité du tabac, de l'alcool et des JHA) ou leurs représentations de sa consommation (occasionnelle, fréquente, abusive par exemple). L'analyse de ces différents filtres serait néanmoins pertinente du point de vue de l'action publique. Ces résultats permettraient de cibler des populations potentiellement à risque pour des actions de prévention. Ces caractéristiques pourraient donc donner lieu à des études complémentaires.

Section 6.7 - Perspectives

A partir des résultats obtenus, il est possible d'envisager des études complémentaires a) qui prendraient en compte l'état psychologique des répondants, leur niveau de valence pour les produits addictifs considérés et leur mode de vie, b) qui prendraient en considération des consommations de plus en plus répandues comme l'e-cigarette et les paris sportifs, ou encore c) qui compareraient les positions de professionnels de santé en institution et en libéral.

Des recherches supplémentaires pourraient s'inscrire dans le prolongement de la présente étude en proposant différentes mesures de réglementation relativement a) à l'étiquetage de prévention de risque sur les bouteilles de vin et d'alcools forts, ou encore sur les cartes des jeux de grattage, b) à la prévention des risques des jeux d'argent, en particulier relativement aux dispositifs récemment mis en place en France du type « aller vers », c) à la maîtrise de l'accès aux alcools pour les mineurs dans la grande distribution (par exemple la délimitation d'une frontière dans les rayons des

supermarchés entre boissons alcoolisées et les autres), d) à des contrôles renforcés d'alcoolémie (par exemple la distribution gratuite d'éthylotests à la sortie des restaurants, des boîtes de nuit, des bars, des soirées festives).

Des études complémentaires pourraient s'intéresser aux ressorts psychologiques des personnes dont les positions ont été classées « indécises » ou encore des personnes qui ont des positions dites « systématiques ». Par des questions supposées connexes dans l'esprit des enquêtés, il serait possible de sonder partiellement leurs représentations (par exemple, familiarité avec le produit, perception du produit et opinion sur le consommateur de ce produit), d'en étudier la cohérence, et d'observer la façon dont leurs réponses s'agencent aux thèmes abordés.

Enfin, concernant le type de politique de contrôle, il pourrait être intéressant de s'interroger sur la position des Français si une interdiction totale du tabac, de l'alcool et/ou des JHA était édictée en France, comme elle existe déjà à l'encontre des mineurs.

CONCLUSION

A l'égard du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent, les politiques de contrôle ne font pas consensus. Pour autant, les positions des participants de cette étude ne se limitent pas à des choix qui opposeraient la totale liberté de consommation à la pénalisation. Elles donnent à voir une diversité de configurations sur un continuum, allant de la liberté et responsabilité individuelles, à la responsabilité collective de corriger et soigner les désordres de comportements problématiques. Ces positions semblent être le reflet des transformations sociales de nos sociétés dans lesquelles l'objectif de « santé publique » vient légitimer un éventail d'actions étatiques, qui réduiraient l'antagonisme entre soigner et punir et, plus largement, entre liberté privée et ordre public. L'encadrement juridique actuel, où l'interdit pénal n'a pas sa place (fumer, boire de l'alcool et jouer de l'argent ne sont pas interdits en France), a une vertu suffisamment protectrice pour les répondants.

La plupart des participants ont conscience que ces activités récréatives, dans leur caractère excessif, prédisposent les individus à mettre en péril leur santé et celle d'autrui, tout autant qu'à troubler l'ordre public. Ils semblent avoir pris la mesure des risques et dommages que ces comportements peuvent entraîner, tout en se positionnant de façon diverse.

Seule une minorité semble convaincue qu'une consommation responsable ou encore que l'autorégulation peuvent être suffisantes et refuse toute réglementation, qui contraindrait les individus, quels qu'ils soient à les faire entrer dans des moules de conformité. Pour cette minorité, l'approche médicale pourrait être la réponse adaptée.

Pour les autres répondants, la réglementation pénale serait opportune face aux dangers pour la société que représenteraient ces consommations à risques. Ces réponses juridiques, par leur vertu coercitive, apparaîtraient dans une fonction primaire de protection.

De plus, si aucun ne semble envisager une législation unique pour ces comportements problématiques (tabac, alcool et jeux d'argent), l'analyse des résultats donne à voir une convergence de traitement de ces consommations. S'il a été souligné des différences de niveaux de réglementation ou de sanction, celles-ci sont soit minimales, soit liées au produit lui-même. En effet, les participants ont légitimé davantage une prévention régulière et des mesures de réglementation forte pour les JHA, ainsi qu'une politique de sanctions sévères pour l'alcool.

En fin de compte, à travers ces positions, deux visions s'opposent : celle du malade, victime de son addiction et celle du consommateur, coupable de ses excès.

Dans le même sens, cette étude confirme que ces pratiques, fumer, boire de l'alcool et jouer de l'argent ne sont plus considérées comme privées mais sont bien perçues comme des problèmes publics. Ces pratiques sont envisagées comme relevant de choix de société et ayant des incidences sur l'ordre social.

A ce titre, les résultats de cette étude comparative apportent deux éclairages intéressants. En premier lieu, ces résultats montrent le déplacement de la problématique du consommateur pris dans sa seule individualité vers une dimension sociale qui prend en compte les valeurs et représentations des individus. En deuxième lieu, les positions exprimées soulignent que c'est autant le produit lui-même qui importe que l'usage qui en est fait. Ces résultats confirment ainsi l'approche par « conduites addictives » et plus seulement par produit. Tel usage social fera d'une consommation (tabac, alcool ou jeux d'argent) une pratique récréative ou une conduite dite à risque. Ainsi, les positions exprimées sont le reflet de la variété des pratiques de consommation, de la diversité des représentations sociales qui les sous-tendent, des codes culturels et des besoins d'intensité qui les traversent. L'hétérogénéité d'opinions exprimées sur les politiques de contrôle témoigne d'un environnement culturel ouvert où la cohabitation de représentations sociales contrastées est possible. En filigrane, se dessine la définition du lien social et du « vivre ensemble » dans une société démocratique.

Dans cette approche, le droit vient autant réguler des pratiques diversifiées, que fixer des normes et des interdits. Il est acceptable, selon les répondants, que la loi impose des limites à l'utilisation que chacun peut faire de sa liberté et de son propre corps dans la perspective du droit à la santé. Le respect de ce droit relève aussi bien de la charge des pouvoirs publics que de celle des professionnels et établissements de santé, que de celle des consommateurs eux-mêmes. Cette étude encourage à l'appropriation des connaissances sur ces problématiques sociales qui ne doivent pas être la préoccupation de quelques spécialistes, invite à promouvoir la convergence des politiques de contrôle en matière de prévention, réglementation et de sanction et souhaiterait apporter une aide à la construction d'un consensus social sur ces consommations attractives si répandues. L'acceptabilité de toute politique de santé

doit tenir compte de l'évolution des représentations des produits, tout autant que des enjeux sanitaires, sociaux et économiques.

Dans la réglementation des usages ou des comportements, se conjuguent le politique, l'économique (producteurs, fabricants, lobbies), l'administratif, l'éducatif et le pénal. Au-delà de leur caractère récréatif, au-delà des problèmes de santé physique et psychologique qu'elles peuvent engendrer, ces pratiques sociales et culturelles, sont perçues par les Français comme des enjeux publics dans lesquels le Droit a tout sa place, dans une perspective individuelle et collective.

RÉFÉRENCES

- Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Adam, C. et Raschzok, A. (2014). Explaining trends in addictive behaviour policy-The role of policy coherence. *International Journal of Drug Policy*, 25(3), 494-501. doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.02.013.
- Adams, P. J. et Rossen, F. (2012). A tale of missed opportunities: pursuit of a public health approach to gambling in New Zealand. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(6), 1051–1056. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03800.x>
- Adès, J. et Lejoyeux, M. (2004). Conduites de risque. *EMC-Psychiatrie*, 1(3), 201-215. <https://doi.org/10.1016/j.emcps.2004.03.003>
- Agence régionale de la santé (ARS). Océan indien. (2018). *La consommation d'alcool à la Réunion chez les hommes et les femmes*. Baromètre santé 2014. Résultats du département de la Réunion.30. https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-11/ARS_Alcool_Infos-Stats_n30.pdf
- Albrecht, H-J. (2018). *The European legal and human right context*. Dans The Academy of Medical Sciences (dir.), Joint symposium on mental health and addiction, November 2018 (p. 9-10). Paris, France
- Allen, M. et Witte, K. (2004). Une méta-analyse des appels à la peur : implications pour des campagnes de santé publique efficaces. *Questions de communication*, 5(1), 133-148. <https://www.cairn.info/revue-questions-de-communication-2004-1-page-133.htm>.
- Alonso, C. (2015). Observations socio-juridiques sur le phénomène des addictions aux jeux d'argent et de hasard. *Droits*, 62(2), 103-126. doi:10.3917/droit.062.0103.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2011). *Public policy statement: definition of addiction*. Site de l'ASAM. Récupéré de <https://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>
- Amey, B. (2005). *People's participation in, and attitudes towards gambling 1985–2005*. Wellington, New Zealand: Department of Internal Affairs. Récupéré de <http://www.dia.govt.nz>

- Amsterdam, J. van, D. Nutt, L. Phillips et W. Brink. (2015). Classement européen des méfaits de la drogue. *Journal of Psychopharmacology*, 29(6), 655-660. doi.org/10.1177/
- An, H., He, R. H., Zheng, Y. R., et Tao, R. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy. Dans X. Zhang, J. Shi et R. Tao (dir.), *Substance and Non-substance Addiction* (p. 321-329). Springer, Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1>
- Anand, D., Paquette, C., Bartuska, A. et Daughters, S. B. (2019). Substance type moderates the longitudinal association between depression and substance use from pre-treatment through a 1-year follow-up. *Drug and alcohol dependence*, 197, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.002>
- Anderson, N. H. (1981). *Foundations of Information Integration Theory*. Cambridge, Massachussets: Academic Press.
- Anderson, N. H. (1982). *Methods of information theory*. New York: Academic Press.
- Anderson, N. H. (1996). *A functional theory of cognition*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Anderson, N. H. (1997). Moral algebra of fairness and unfairness: Moral judgment. *Europe an review of applied psychology*, 47(1), 5-13.
- Anderson, N. H. (2008). *Unified social cognition*. New York, NY: Psychology Press.
- Anderson, N. H. (2016). Information integration theory: Unified psychology based on three mathematical laws. *Universitas Psychologica*, 15(3), 1-7.
- Anderson, P. et Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe-public health perspective *London: Institute of alcohol studies*. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf
- Andler, R., Cogordan, C., Richard, J.B., Demiguel, V., Regnault, N., Guignard, R., Pasquereau, A., Nguyen-Thanh, V. (2018). Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Baromètre santé 2017. Saint-Maurice : Santé publique France. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1859.pdf>
- Andronicos, M. et Séguin, M. (2018). Joueurs excessifs : est-il possible de prédire et de prévenir les passages à l'acte suicidaire ? *Forum Médical Suisse*, 18(45), 920-923. doi.org/10.4414/fms.2018.03398
- Apostolidis, T., Rouan, G. et Eisenhor, S. (2003). Construction du rapport aux drogues dans un contexte de précarité. *Psychotropes*, vol. 9(2), 65-81. doi:10.3917/psyt.092.0065.

- Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 22(2), 211-226. [http://www.scielo.br/pdf/ %0D/ptp/v22n2/a11v22n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a11v22n2.pdf)
- Arseneault, L., Ladouceur, R. et Vitaro, F. (2001). Jeu de hasard et consommation de substances psychotropes : Prévalence, coexistence et conséquences [Gambling and consumption of psychotropic drugs: Prevalence, coexistence and consequences]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 42(3), 173-184. <http://dx.doi.org/10.1037/h0086890>
- Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). (2018, novembre 15). Prévention des risques liés à l'alcool : le Sénat va plus loin que l'Assemblée nationale. *Espace presse - Communiqués et dossiers*. Récupéré de <https://www.anpaa.asso.fr/presse/espace-presse/999-15-novembre-2018-prevention-risques-lies-alcool-senat-va-plus-loin-assemblee-nationale>
- Auer, M., Hopfgartner, N. et Griffiths, M. D. (2018). The effect of loss-limit reminders on gambling behavior: A real-world study of Norwegian gamblers. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1056-1067. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.106>
- Auer, M., Hopfgartner, N. et Griffiths, M. D. (2019). An Empirical Study of the Effect of Voluntary Limit-Setting on Gamblers' Loyalty Using Behavioural Tracking Data. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1- 12. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00084-3>
- Auer, M. et Griffiths, M. D. (2013). Voluntary limit setting and player choice in most intense online gamblers: An empirical study of gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 29(4), 647-660.
- Auer, M. M. et Griffiths, M. D. (2015). Testing normative and self-appraisal feedback in an online slot-machine pop-up in a real-world setting. *Frontiers in psychology*, 6, 339. doi : 10.3389 / fpsyg.2015.00339
- Auer, M. M. et Griffiths, M. D. (2016). Personalized behavioral feedback for online gamblers: A real world empirical study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1875. doi : 10.3389 / fpsyg.2016.01875
- Australian Government. Department of Health. (2016). *Post-implementation review tobacco plain packaging*. <https://ris.pmc.gov.au/sites/default/files/posts/2016/02/Tobacco-Plain-Packaging-PIR.pdf>

- Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL), (s.d.). *Synthèse des derniers résultats*. Récupéré de <https://www.economie.gouv.fr/observatoire-des-jeux/autorite-regulation-des-jeux-en-ligne-arjel>
- Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL). (2018). *Rapport d'activité 2017-2018*. Récupéré de <http://www.arjel.fr/IMG/pdf/rapport-activite-2017.pdf>
- Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL). (2019). *Rapport d'activité 2018-2019*. Récupéré de <http://www.arjel.fr/IMG/pdf/rapport-activite-2018.pdf>
- Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL). (2019). *Communiqué de presse du 13 février 2019 - Bilan 2018 du marché agréé des jeux en ligne*. Récupéré de <http://www.arjel.fr/IMG/pdf/20190213CP.pdf>
- Axley, P. D., Richardson, C. T. et Singal, A. K. (2019). Epidemiology of Alcohol Consumption and Societal Burden of Alcoholism and Alcoholic Liver Disease. *Clinics in liver disease*, 23(1), 39-50. doi: 10.1016/j.cld.2018.09.011.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... et Homel, R. (2003). Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(4), 280-3. doi:10.1093/acprof:oso/9780199551149.001.0001
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy* (2^e éd.). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199551149.001.0001>
- Bader, R. K., Shihab, R. A., Al-Rimawi, D. H. et Hawari, F. I. (2018). Informing tobacco control policy in Jordan: assessing the effectiveness of pictorial warning labels on cigarette packs. *BMC public health*, 18(1), 84. doi: 10.1186/s12889-017-4642-8
- Banz, B. C., Yip, S. W., Yau, Y. H. et Potenza, M. N. (2016). Behavioral addictions in addiction medicine: from mechanisms to practical considerations. In *Progress in brain research* (Vol. 223, pp. 311-328). Elsevier. doi.org/10.1016/bs.pbr.2015.08.003
- Barbieri, M. (2013). La mortalité départementale en France. *INED. Collection : Conjoncture démographique*. Récupéré de <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/conjoncture-demographique/mortalite-departementale-france/>

- Bates, S., Holmes, J., Gavens, L., de Matos, E. G., Li, J., Ward, B., ... et Buykx, P. (2018). Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC public health*, *18*(1), 688. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5581-8>
- Baudrillard, J. (1970). La société de consommation (The Consumer society). *Denoel, Paris*.
- Baum, F. (2011). From Norm to Eric: avoiding lifestyle drift in Australian health policy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *35*(5), 404-406. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2011.00756.x>
- Baum, F. et Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, *36*(2), 213-225. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112>
- Baxter, D. G., Hilbrecht, M. et Wheaton, C. T. (2019). A mapping review of research on gambling harm in three regulatory environments. *Harm reduction journal*, *16*(1), 12. doi: 10.1186 / s12954-018-0265-3
- Beauchesne, L. (2018). *Les drogues. Enjeux actuels et réflexions nouvelles sur leur régulation*. Bayard Canada.
- Beck, F. (1998). *Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie. État des lieux et étude des évolutions depuis la fin des années 80*. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epbxfbe9.pdf>
- Beck, F., Dervaux, A., Du Roscoät, E., Gallopel-Morvan, K., Grall-Bronnec, M., Kern, L., ... et Peretti-Watel, P. (2014). *Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement* (Doctoral dissertation, Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM]).
- Beck, F., Legleye, S., Le Nézet, O., et Spilka, S. (2008). Atlas régional des consommations d'alcool 2005. *Données INPES/OFDT. Saint Denis :INPES, coll. Études santé territoires*. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1135.pdf>
- Beck, F., Legleye, S., Maillochon, F. et De Peretti, G. (2008). Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes. *Regards sur la parité*, 6582. Récupéré de <https://halshs.archivesouvertes.fr/halshs00283012/document>

- Beck, F., Legleye, S., Spilka, S., Briffault X., Gautier, A., Lamboy, B., Léon, S., Wilquin, J-L. (2006). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. *Tendances*, 48(5). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbm5.pdf>
- Beck, F., Lermenier-Jeannet, A. et Nguyen-Thanh, V. (2019). Lutte contre le tabagisme et autres addictions : état des lieux et perspectives. *Bulletin du Cancer*. doi : 10.1016/j.buican.2018.11.008
- Beck, F. et Peretti-Watel, P. (2001). L'heroïne entre répression et réduction des risques : comment sont perçues les politiques publiques ?. *Sociétés contemporaines*, n° 41-42(1), 133-158. doi:10.3917/soco.041.0133.
- Beck, F., Richard, J. B., Guignard, R., Le Nézet, O. et Spilka, S. (2015). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances*, 99(3). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>
- Beede, P. et Lawson, R. (1992). The effect of plain packages on the perception of cigarette health warnings. *Public health*, 106(4), 315-322.
- Bègue, L. (2014). *Drogues, alcool et agression*. Dunod.
- Berke, D. S., Leone, R., Parrott, D. et Gallagher, K. E. (2019). Drink, don't think: The role of masculinity and thought suppression in men's alcohol-related aggression. *Psychology of Men & Masculinities*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/men0000199>
- Beynon, C., Bayliss, D., Mason, J., Sweeney, K., Perkins, C. et Henn, C. (2019). Alcohol-related harm to others in England: a cross-sectional analysis of national survey data. *BMJ open*, 9(5). doi:10.1136/bmjopen-2017-021046
- Blake, K. D., Viswanath, K., Blendon, R. J. et Vallone, D. (2010). The role of tobacco-specific media exposure, knowledge, and smoking status on selected attitudes toward tobacco control. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 117–126. doi:10.1093/ntr/ntp184
- Blaszczynski, A., Ladouceur, R. et Nower, L. (2007). Self-exclusion: A proposed gateway to treatment model. *International Gambling Studies*, 7(1), 59- 71. <http://dx.doi.org/10.1080/14459790601157830>

- Bonaldi, C. et Hill, C. (2019). La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidemiol Hebd*, 5-6. Récupéré de http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6_2.pdf
- Bonnaire, C. et Varescon, I. (2012). I. Impact des conduites à risques et des addictions sur la santé. Dans : Serge Sultan éd., *Psychologie de la santé* (p. 87-110). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.sulta.2012.01.0087.
- Bourdillon F. (2019). Éditorial. Alcool et réduction des risques. *Bull Epidemiol Hebd*. (5-6):88-9. Récupéré de http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_0.html
- Branson, C., Duffy, B., Perry, C. et Wellings, D. (2011). Acceptable behaviour? Public opinion on behaviour change policy. *Ipsos Social Research Institute*. <https://www.ipsos.com/sites/default/files/publication/1970-01/sri-ipsos-mori-acceptable-behaviour-january-2012.pdf>
- Brissot, A., Philippon, A. et Spilka S. (2018). Niveaux de pratique des jeux d'argent et de hasard a la fin de l'adolescence en 2017. Enquête ESCAPAD 2017. *OFDT. Note n° 2018-03*. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxejy9.pdf>
- Broda, A., La Plante, D. A., Nelson, S. E., La Brie, R. A., Bosworth, L. B. et Shaffer, H. J. (2008). Virtual harm reduction efforts for Internet gambling: effects of deposit limits on actual Internet sports gambling behavior. *Harm reduction journal*, 5(1), 27. 10.1186 / 1477-7517-5-27
- Brousse, G., Geneste-Saelens, J., Cabe, J. et Cottencin, O. (2019). Republication de : Alcool et urgences. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2019.02.001>
- Butler, M. H., Meloy, K. C., et Call, M. L. (2015). Dismantling powerlessness in addiction: Empowering recovery through rehabilitating behavioral learning. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 22(1), 26–58. <https://doi.org/10.1080/10720162.2014.993778>
- Buykx, P., Gilligan, C., Warda, B., Kippena, R. et Chapman, K. (2015). Public support for alcohol policies associated with knowledge of cancer risk. *International Journal of Drug Policy*, 26, 371–379. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.08.006
- Caballero, F. et Bisiou, Y. (2000). *Droit de la drogue*. Dalloz, 2^e édition, Paris.

- Caballero, F. (2005). Une alternative à la prohibition des drogues : la légalisation contrôlée. Dans R. Colson, *La prohibition des drogues. Regards croisés sur un interdit juridique* (p. 123-132). Presses universitaires de Rennes. Collection L'Univers des normes.
- Caillois, R. (1967). *Les jeux et les hommes : le masque et le vertige*. Ed. rev. et augm. Gallimard.
- Cajochen, C., Frey, S., Anders, D., Späti, J., Bues, M., Pross, A., ... et Stefani, O. (2011). Evening exposure to a light-emitting diodes (LED)-backlit computer screen affects circadian physiology and cognitive performance. *Journal of applied physiology*, 110(5), 1432-1438. doi : 10.1152/jappphysiol.00165.201
- Calabro, K. S., Marani, S. K., Le, T. A., Khalil, G. E., Tami-Maury, I. M. et Prokhorov, A. V. (2017). A Pilot Study for Linking Adolescent Patients to an Interactive Tobacco Prevention Program. *Health services research and managerial epidemiology*, 4. doi :10.1177/2333392817703208
- Camus, J., Muñoz Sastre, M. T., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2014). French people's positions regarding national policies about illicit drugs: A preliminary study. *Social Indicators Research*, 118, 1191-1204. doi: 10.1007/s11205-013-0454-0
- Camus, J., Lhermite, A., Sastre, M. T. M., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2016). Addictive substances, users' health, and the Government's perceived responsibility: French people's perspective. *Social Indicators Research*, 128(3), 1011-1027.
- Caniard, É. et Augé-Caumon, M-J. (2019). *Les addictions au tabac et à l'alcool*. Les avis du CESE. 78. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/194000037.pdf>
- Cantisano, N., Ferraud, V., Sastre, M. T. M. et Mullet, E. (2018). Lay people's conceptualizations regarding what determines fear of death. *Current Psychology*, 1-7. doi: 10.1007/s12144-018-9916-5
- Casanova, C., Berger, F., Meynard, J., Apostolidis, T. et Michel, R. (2018). Représentations sociales de l'alcool au sein de la Marine nationale. *Santé Publique*, vol. 30(5), 601-610. doi:10.3917/spub.186.0601.
- Casinos de France. (2018). Dossier de presse. Récupéré de <https://www.casinos.fr/pdf/DP2018.pdf>

- Cattacin, S. et Lucas, B. (1999). Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau : les transformations de l'État social en Europe : (les cas du VIH/sida, de l'abus d'alcool et des drogues illégales). *Revue française de science politique*, vol. 49(3), 379-398. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-1999-3-page-379.htm>.
- Chabanne, M. et Timbart O. (2017). La délinquance routière devant la justice. *Infostat justice*, 153. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Infostat_153.pdf
- Chaloupka, F. J., Grossman, M. et Saffer, H. (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol research and health*, 26(1), 22-34. <http://horizonmedtech.com/PDFs/EffectsOfPriceAlcoholConsumption.pdf>
- Christensen, A. S. P., Meyer, M. K. H., Dalum, P. et Krarup, A. F. (2019). Can a mass media campaign raise awareness of alcohol as a risk factor for cancer and public support for alcohol related policies?. *Preventive medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.05.010>
- Collins, P., Blaszczynski, A., Ladouceur, R., Howard, Shaffer, J., Fong, D. et Venisse, J.-L. (2015). Responsible Gambling: Conceptual Considerations. *Gaming Law Review & Economics*, 19(8), 594–599. <https://doi.org/10.1089/gltre.2015.1985>
- Coomber, K., Martino, F., Barbour, I. R., Mayshak, R. et Miller, P. G. (2015). Do consumers 'Get the facts'? A survey of alcohol warning label recognition in Australia. *BMC public health*, 15(1), 816. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2160-0>
- Comité National des Interprofessions des Vins à appellation d'origine et à indication géographique (CNIV). Chiffres clés (2018). Récupéré le 22 mai 2019 de <https://www.intervin.fr/etudes-et-economie-de-la-filiere/chiffres-cles>
- Connor, J., et Casswell, S. (2012). Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 125(1360), 11. <https://pdfs.semanticscholar.org/dd59/56cf2f4f0a25c0fdede805fa75d866f622c5.pdf>
- Constance, J. et Peretti-Watel, P. (2010). La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*, vol. 40(3), 535-542. doi:10.3917/ethn.103.0535.

- Corbin, W. R., Papova, A., Morean, M. E., O'Malley, S. S., Krishnan-Sarin, S., Abi-Dargham, A., ... et Krystal, J. H. (2015). Integrating acquired preparedness and dual process models of risk for heavy drinking and related problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 864–874. <https://doi.org/10.1037/adb0000093>
- Costes, J. M., Eroukmanoff, V., Richard, J. B. et Tovar, M. L. (2015). Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014 [Gambling in France in 2014]. *Les notes de l'Observatoire des jeux*, 6, 1-9. https://www.economie.gouv.fr/files/note_6.pdf
- Costes, J. M. et Eroukmanoff, V. (2018). Les pratiques de jeux d'argent sur Internet en France en 2017. Récupéré de https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2018/07/Note_ODJ_9.pdf
- Costes, J. M., Le Nézet, O., Spilka, S. et Laffiteau, C. (2010). Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*, 71(1-6). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxjq8.pdf>
- Costes, J. M. (2019). La demande d'aide et le recours aux soins des joueurs problématiques en France. *Observatoire des jeux*, 2, 12. https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/observatoire-des-jeux/Le_point_sur_Ndeg2.pdf
- Cour des Comptes. (2016). Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. *Rapport public thématique de la Cour des Comptes*. Cour des Comptes Paris. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf>
- Courtois, R. (2011). *Les conduites à risque à l'adolescence : Repérer, prévenir et prendre en charge*. Dunod.
- Cousson-Gélie, F., Lareyre, O., Margueritte, M., Paillart, J., Huteau, M.-E., Djoufelkit, K., ... Stoebner, A. (2018). Preventing tobacco in vocational high schools: study protocol for a randomized controlled trial of P2P, a peer to peer and theory planned behavior-based program. *BMC Public Health*, 18(1), 494. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5226-y>
- Cuperus-Bosma, J. M., van der Wal, G., Looman, C. W. et van der Maas, P. J. (1999). Assessment of physician-assisted death by members of the public prosecution in The Netherlands. *Journal of medical ethics*, 25(1), 8-15. doi : 10.1136/jme.25.1.8

- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. et Barnekow Rasmussen, V. (2004). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. *Health policy for children and adolescents*, 4. Récupéré de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf
- Currie, S. R., Hodgins, D. C., Wang, J., El-Guebaly, N., Wynne, H. et Chen, S. (2006). Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction*, 101(4), 570- 580. doi: 10.1111/j.1360- 0443.2006.01392.x
- Dahourou, D., Koné, D., et Mullet, E. (1995). Prediction of performance from motivation and ability information in Burkina Faso adolescent. *J. Psychol.* 129 (4), 417-31. doi: 10.1080/00223980.1995.9914978
- Dany, L. et Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis: Un enjeu pour la prévention. *Santé Publique*, 14 (4), 335–344. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-4-page-335.htm?contenu=article>
- Dany, L. et Apostolidis, T. (2007). Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : interrogations autour de la technique de mise en cause. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 73(1), 11- 26. doi:10.3917/cips.073.0011.
- Dash, G. F., Slutske, W. S., Martin, N. G., Statham, D. J., Agrawal, A., et Lynskey, M. T. (2019). Big Five personality traits and alcohol, nicotine, cannabis, and gambling disorder comorbidity. *Psychology of Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1037/adb0000468.supp> (Supplemental)
- Delfabbro, P. et King, D. (2012). Gambling in Australia: Experiences, problems, research and policy. *Addiction*, 107(9), 1556-1561. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03802.x.
- Department of Health & Social Care. (2018). Tobacco Control Plan Delivery Plan 2017-2022. Récupéré de https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/714365/tobacco-control-delivery-plan-2017-to-2022.pdf

- Diepeveen, S., Ling, T., Suhrcke, M., Roland, M. et Marteau, T. M. (2013). Public acceptability of government intervention to change health-related behaviours: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*, 13, 756. doi:10.1186/1471-2458-13-756
- Direction générale des douanes et droits indirects. (2019). *Agir pour protéger Résultats 2018*. <http://www.douane.gouv.fr/Portals/0/fichiers/douane/resultat-2018/douane-resultats-2018.pdf>
- Donaldson, P., Rockloff, M. J., Browne, M., Sorenson, C.-M., Langham, E. et Li, E. (2016). Attitudes towards gambling and gambling reform in Australia. *Journal of Gambling Studies*, 32, 243-259. doi: 10.1007/s10899-015-9529-y
- Douanes et droits indirects. (2017, 22 août). *Obligations des exploitations viti-vinicoles*. Récupéré de <http://www.douane.gouv.fr/articles/a10932-obligations-des-exploitations-viti-vinicoles>
- Douanes et droits indirects. (2018a, 1 mars). *La fiscalité appliquée aux tabacs manufacturés*. Récupéré de <https://www.douane.gouv.fr/articles/a10946-la-fiscalite-appliquee-aux-tabacs-manufactures>
- Douanes et droits indirects. (2018b, 28 décembre). *Rémunération des débiteurs de tabac*. Récupéré de <http://www.douane.gouv.fr/articles/a10940-remuneration-des-debitants-de-tabac>
- Douanes et droits indirects. (2019, 24 avril). *Dispositif de sécurité pour les produits du tabac*. Récupéré de <http://www.douane.gouv.fr/articles/a14969-dispositif-de-securite-pour-les-produits-du-tabac>
- Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami, F., ... et Stoklosa, M. (2018). The tobacco atlas. *Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies*. Récupéré de https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf
- Duke, A. A., Smith, K. M., Oberleitner, L., Westphal, A., et McKee, S. A. (2018). Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. *Psychology of violence*, 8(2), 238. <http://dx.doi.org/10.1037/vio0000106>

- Dumas, A., Toutain, S., Hill, C. et Simmat-Durand, L. (2018). Warning about drinking during pregnancy: lessons from the French experience. *Reproductive health*, 15(1), 20. doi: 10.1186 / s12978-018-0467-x
- Eckhardt, C. I. et Crane, C. (2008). Effects of alcohol intoxication and aggressivity on aggressive verbalizations during anger arousal. *Aggressive Behavior*, 34(4), 428–436. <https://doi.org/10.1002/ab.20249>
- Ehrenberg, A. (2008). *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2014). *Le culte de la performance*. Paris : Calmann-Lévy.
- El-Khoury F., Charles M.A. et Melchior M. (2019). Disputes avec le conjoint, violences verbales et consommation d'alcool pendant la grossesse chez les femmes : données de la cohorte nationale représentative Elfe. *Bull Epidémiol Hebd.* (10-11):187-93. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_3.html
- El Rawas, R., et Saria, A. (2016). The two faces of social interaction reward in animal models of drug dependence. *Neurochemical research*, 41(3), 492- 499. <https://doi.org/10.1007/s11064-015-1637-7>
- European Commission Tobacco Policy (2014). Récupéré de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/dir_201440_en.pdf
- Fabiansson C. (2010). *Pathways to Excessive Gambling: A Societal Perspective on Truth and Adult Gambling Pursuits*. Surrey UK: Ashgate.
- Falissard, B. (2018, 26 novembre). *Apport des neurosciences pour la prévention et le traitement des addictions*. Journée de médiation et Prix scientifique 2018 de la MILDECA. Ministère de la santé. Paris. [Vidéo]. Récupéré de <https://www.youtube.com/watch?v=v5jEL6PM2Aw>
- Falomir Pichastor, J. M. et Mugny, G. (2004). *Société contre fumeur : une analyse psychosociale de l'influence des experts*. Presses universitaires de Grenoble.
- Farrell, L. et Fry, T. R. (2013). Is illicit tobacco demand sensitive to relative price? *Economic Papers*, 32, 1-9. doi: 10.1111/1759-3441.12022
- Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi:10.3917/ehesp.fass.2008.01.

- Faugeron, C. et Kokoreff, M. (2002). *Société avec drogues. Enjeux et limites*. Edition : ERES. Collection Trajets.
- Fédération addiction. (2018). *Jeux de hasard et d'argent : deux projets seront finalisés en décembre*. <https://www.federationaddiction.fr/projet-accompagnement-des-binomes-referents-addiction-sans-substances/>
- Fédération addiction. (2019). *Alcool : intervenir autrement* – parution du 8 pages. Récupéré de <https://www.federationaddiction.fr/alcool-intervenir-autrement-parution-du-8-pages/>
- Feodor Nilsson, S., Andersen, P. K., Strandberg-Larsen, K. et Nybo Andersen, A. M. (2014). Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(11), 1375-1385. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12694>
- Filippidis, F. T., Girvalaki, C., Mechili, E.-A. et Vardavas, C. I. (2017). Are political views related to smoking and support for tobacco control policies? A survey across 28 European countries. *Tobacco Induced Diseases*, 15, 45. doi: 10.1186/s12971-017-0151-x
- Fone, D., Dunstan, F., White, J., Webster, C., Rodgers, S., Lee, S., ... et Sivarajasingam, V. (2012). Change in alcohol outlet density and alcohol-related harm to population health (CHALICE). *BMC public health*, 12(1), 428. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-428>
- Française des Jeux. (2017). *FDJ en chiffres 2017*. Récupéré du site de la Française des Jeux : [https://www.groupefdj.com/uploads/files/others/5b8d2ccecaef9_FDJ %20en %20chiffres %202017.pdf](https://www.groupefdj.com/uploads/files/others/5b8d2ccecaef9_FDJ%20en%20chiffres%202017.pdf)
- Gainsbury, S. M., Abarbanel, B. L., Philander, K. S. et Butler, J. V. (2018). Strategies to customize responsible gambling messages: a review and focus group study. *BMC public health*, 18(1), 1381. doi: 10.1186/s12889-018-6281-0.
- Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., ... et Abu-Raddad, L. J. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1345-1422. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32366-8.

- Gallopel, M. K., Hoek, J. et Rieunier, S. (2018). Do Plain Packaging and Pictorial Warnings Affect Smokers' and Non-Smokers' Behavioral Intentions? *Journal of Consumer Affairs*, 52(1), 5–34. <https://doi.org/10.1111/joca.12145>
- Gallopel-Morvan, K. (2013). Le paquet de cigarettes neutre ou standardisé : quelle efficacité pour lutter contre le tabagisme?. *Bull. Epidémiol. Hebd.* (20-21). Récupéré de http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8938
- Gallus, S., Lugo, A., Fernandez, E., Gilmore, A. B., Leon, M. E., Clancy, L., et La Vecchia, C. (2014). Support for a tobacco endgame strategy in 18 European countries. *Preventive Medicine*, 67, 255–258. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.001>
- Gautier, J. (2011). Addictions, jeux et consommation dans les sociétés contemporaines. Dans J.M. Boulanger (dir.), *Jeux de hasard, jeux d'argent Comprendre. Prévenir. Soigner*. Paris, France : L'Harmattan.
- Gayraud P. et Poloméni P. (2007). Vers une prise en compte effective des conduites addictives, *ADSP*, 60, 18- 22. Récupéré de <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=101>
- Gentina, E., Kilic, D. et Dancoine, P. F. (2017). Distinctive role of opinion leaders in the social networks of school adolescents: an investigation of e-cigarette use. *Public health*, 144, 109-116. doi: 10.1016/j.puhe.2016.11.020
- Giesbrecht, N., Ialomiteanu, A., Anglin, L. et Adlaf, E. (2007). Alcohol marketing and retailing: Public opinion and recent policy developments in Canada. *Journal of Substance Use*, 12(6), 389-404. <https://doi.org/10.1080/14659890701262189>
- Gilligan, C., Kuntsche, E. et Gmel, G. (2012). Adolescent drinking patterns across countries: associations with alcohol policies. *Alcohol and alcoholism*, 47(6), 732-737. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags083>
- Gilson, K. M., Bryant, C. et Judd, F. (2017). Understanding older problem drinkers: the role of drinking to cope. *Addictive behaviors*, 64, 101- 106. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.08.032
- Girard, M., et Mullet, E. (2012). Development of the forgiveness schema in adolescence. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1235-1244.

- Goldberg, M. E., Liefeld, J., Madill, J. et Vredenburg, H. (1999). The effect of plain packaging on response to health warnings. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1434-1435. doi: 10.2105/ajph.89.9.1434
- Goodchild, M., Nargis, N. et Tursan d'Espaignet, E. (2016). Global economic cost of smoking- attributable diseases. *Tobacco Control*, 27, 58– 64. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053305
- Goode, E. (1998). Strange bedfellows: Ideology, politics, and drug legalization. *Society*, 35, 18–27. doi: 10.1007/BF02686378
- Goranitis, I., Coast, J., Day, E., Copello, A., Freemantle, N. et Frew, E. (2017). Maximizing health or sufficient capability in economic evaluation? A methodological experiment of treatment for drug addiction. *Medical Decision Making*, 37(5), 498–511. <https://doi.org/10.1177/0272989X16678844>
- Graham, K., Bernards, S., Wilsnack, C. et Gmel, G. (2011). Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: A cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1503–1523. doi: 10.1177/0886260510370596
- Greenfield, T. K., Karriker-Jaffe, K. J., Giesbrecht, N., Kerr, W. C., Ye, Y. et Bond, J. (2014). Second-hand drinking may increase support for alcohol policies: New results from the 2010 National Alcohol Survey. *Drug and Alcohol Review*, 33, 259–267. doi: 10.1111/dar.12131
- Griffiths, M., Parke, A., Wood, R. et Parke, J. (2005). Internet gambling: An overview of psychosocial impacts. *UNLV Gaming Research & Review Journal*, 10(1), 27-39. http://eprints.lincoln.ac.uk/3549/1/overview_of_internet_gambling.pdf
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R., Tymeson, H. D., ... et Abate, K. H. (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*, 392(10152), 1015-1035. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2
- Gründler, T. (2010). Le juge et le droit à la protection de la santé. *Revue de droit sanitaire et social*. Sirey Dalloz. 835-846. Hal-01674384
- Guignard, R., Andler, R., Pasquereau, A., Smadja, O., Wilquin J.L., Gall B., Arwindson, P. et Nguyen-Thanh, V. (2018). Apports et limites des post-tests pour évaluer les

- campagnes média : l'exemple de Mois sans tabac. *Bull Epidémiol Hebd.* (14-15):304-9. http://invs.santepublique.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_7.html
- Haas, J. S., Linder, J. A., Park, E. R., Gonzalez, I., Rigotti, N. A., Klinger, E. V., ... et St Hubert, S. (2015). Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 175(2), 218-226. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.6674.
- Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J. L. et Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *Bmj*, 360, j5855. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5855>
- Hall, W. (2010). What are the policy lessons of National Alcohol Prohibition in the United States, 1920-1933? *Addiction*, 105, 1164- 1173. doi :10.1111/j.1360- 0443.2010.02926.x
- Hamilton, I. et Gilmore, I. (2016). Does Dry January do more harm than good? *BMJ: British Medical Journal*, 352(8040), i143-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.i143>
- Hammond, D. (2011). Health warning messages on tobacco products: a review. *Tobacco control*, 20(5), 327-337. doi: 10.1136/tc.2010.037630.
- Haute Autorité de Santé (H. A. S.). (2013). (Mis à jour octobre 2014). *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode recommandations pour la pratique clinique Argumentaire scientifique*. Récupéré de https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
- Hautefeuille, M. et Wieviorka, E. (2016). *La légalisation des drogues*. Edition Odile Jacob. Collection Sciences humaines.
- Heath, D. B. (2012). *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*. Routledge.
- Herzberg, N. (2019, 8 juin). Surmortalité. Des inégalités géographiques et sociales. *Le Monde*. p. 13.
- Hing, N. et Nuske, E. (2012). The Self-Exclusion Experience for Problem Gamblers in South Australia. *Australian Social Work*, 65(4), 457- 473. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2011.594955>

- Hodgkinson T., (2018). *L'art d'être oisif dans un monde de dingue*. Éditions Les Liens qui libèrent.
- Hofmans, J. et Mullet, E. (2013). Towards unveiling individual differences in different stages of information processing: A clustering-based approach. *Quality and Quantity*, 47, 555–564. doi: 10.1007/s11135-011-9529-7
- Holmila, M., Mustonen, H., Österberg, E., & Raitasalo, K. (2009). Public opinion and community-based prevention of alcohol-related harms. *Addiction Research & Theory*, 17(4), 360-371. <https://doi.org/10.1080/16066350902770425>
- Huggett, S. B., Winiger, E. A., Corley, R. P., Hewitt, J. K. et Stallings, M. C. (2019). Alcohol use, psychiatric disorders and gambling behaviors: A multi-sample study testing causal relationships via the co-twin control design. *Addictive behaviors*, 93, 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.024>
- Hull, J. G. et Bond, C. F. (1986). Social and behavioral consequences of alcohol consumption and expectancy: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 99(3), 347–360. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.3.347>
- Hydes, T. J., Burton, R., Inskip, H., Bellis, M. A., & Sheron, N. (2019). A comparison of gender-linked population cancer risks between alcohol and tobacco: how many cigarettes are there in a bottle of wine?. *BMC public health*, 19(1), 316. doi: 10.1186/s12889-019-6576-9
- Institute of Alcohol Studies. (2017). *The price of alcohol*. Factsheet Series. [http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/Factsheets/FS %20price %20032017.pdf](http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/Factsheets/FS%20price%20032017.pdf)
- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). (2006). États généraux de l'alcool. Rapport de synthèse. Tome 1. http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/pdf/Rapport_EGA_tome1.pdf
- Ivanova, E., Rafi, J., Lindner, P. et Carlbring, P. (2019). Experiences of responsible gambling tools among non-problem gamblers: A survey of active customers of an online gambling platform. *Addictive Behaviors Reports*, 100161. doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100161
- Jackson, R., Johnson, M., Campbell, F., Messina, J., Guillaume, L., Meier, P., ... et Payne, N. (2010). Interventions on control of alcohol price, promotion and availability for prevention of alcohol use disorders in adults and young people. *London: The University*

- of Sheffield, for NICE Centre for Public Health Excellence. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.616.412&rep=rep1&type=pdf>
- Jodelet, D. (1997). *Les représentations sociales*. Presses universitaires de France.
- Johnson, J. L., Bottorff, J. L., Browne, A. J., Grewal, S., Hilton, B. A. et Clarke, H. (2004). Othering and being othered in the context of health care services. *Health communication, 16*(2), 255-271. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1602_7
- Jonsson, J., Hodgins, D. C., Munck, I. et Carlbring, P. (2019). Reaching out to big losers: A randomized controlled trial of brief motivational contact providing gambling expenditure feedback. *Psychology of Addictive Behaviors*. <http://dx.doi.org/10.1037/a00000447>
- Joossens, L. et Raw, M. (2006). The Tobacco Control Scale: A new scale to measure country activity. *Tobacco Control, 15*, 247-53. doi: 10.1136/tc.2005.015347
- Kaskutas, L. A. (1993). Differential perceptions of alcohol policy effectiveness. *Journal of Public Health Policy, 14*(4), 413-436.
- Kalinowski, A., et Humphreys, K. (2016). Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction, 111*(7), 1293-1298. doi : 10.1111/add.13341
- Kalischuk, R. G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. et Solowoniuk, J. (2006). Problem Gambling and its Impact on Families: A Literature Review. *International Gambling Studies, 6*(1), 31-60. <https://doi.org/10.1080/14459790600644176>
- Kamble, S. et Mullet, E. (2016). A mapping of young Hindu's views on the appropriateness of the Death Penalty as a function of circumstances of crime. *International Journal of Law, Crime and Justice, 44*, p. 14-25. doi: 10.1016/j.ijlcj.2015.03.003
- Karlsson, A. et Håkansson, A. (2018). Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *Journal Of Behavioral Addictions, 7*(4), 1091–1099. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.112>
- Keatley, D. A., Hardcastle, S. J., Carragher, N., Chikritzhs, T. N., Daube, M., Lonsdale, A., et Hagger, M. S. (2016). Attitudes and beliefs towards alcohol minimum pricing in Western Australia. *Health promotion international, 33*(3), 400-409. doi : 10.1093/heapro/daw092

- Killoran, A., Canning, U., Doyle, N. et Sheppard, L. (2010). Review of effectiveness of laws limiting blood alcohol concentration levels to reduce alcohol-related road injuries and deaths. *Final Report. London: Centre for Public Health Excellence (NICE)*. <https://core.ac.uk/download/pdf/34714862.pdf>
- Kingma, S. (2006). *The leeway of lotteries in the European Union. An pilotstudy on the liberalisation of gambling markets in EU*. Rozenberg Publishers.
- Kingma, S. F. (2008). The liberalization and (re) regulation of Dutch gambling markets: National consequences of the changing European context. *Regulation & Governance*, 2(4), 445-458. <https://doi.org/10.1111/j.1748-5991.2008.00045.x>
- Kopp, P. (2015). *Le coût social des drogues en France*. OFDT. Saint-Denis. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
- Kostogianni, N. et Varescon, I. (2012). I. Approche motivationnelle et prévention de la rechute en addictologie. Dans : Serge Sultan (dir.), *Psychologie de la santé* (p. 151-174). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.sulta.2012.01.0151.
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M. C. et Tremblay, J. (2013). Problem gambling and families: A systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(4), 353-372. doi : 10.1080/1533256X.2013.838130
- Kpanake, L., Dassa, K. S., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2014). Togolese lay people's and health professionals' views about the acceptability of physician-assisted suicide. *Journal of medical ethics*, 40(9), 621-624.
- Kpanake, L., Patassi, A. et Mullet, E. (2013). Western African people's views on the acceptability of criminal prosecution for sexual transmission of infectious diseases. *Sexually Transmitted Infections*, 89, 290-294. doi:10.1136/sextrans-2012-050964
- Kreuter, M. W. et Wray, R. J. (2003). Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. *American journal of health behavior*, 27(1), S227-S232.
- Krigel, S. W., Grobe, J. E., Goggin, K., Harris, K. J., Moreno, J. L., et Catley, D. (2017). Motivational interviewing and the decisional balance procedure for cessation induction in smokers not intending to quit. *Addictive Behaviors*, 64, 171– 178. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.036>

- Kulick, J., Prieger, J. et Kleiman, M. A. R. (2016). Unintended consequences of cigarette prohibition, regulation, and taxation. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 46, 69e85. doi: 10.1016/j.ijlcrj.2016.03.002
- Kurzthaler, I., Wambacher, M., Golser, K., Sperner, G., Sperner-Unterweger, B., Haidekker, A., ...et Fleischhacker, W. W. (2005). Alcohol and/or benzodiazepine use: different accidents - different impacts? *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*, 20(8), 583–589. <https://doi.org/10.1002/hup.736>
- Lacroix, G. et Sévigny, S. (2012) Les impacts socioéconomiques attribuables aux jeux de hasard et d'argent en ligne : dimensions individuelles et collectives. https://www.researchgate.net/profile/Nicolas_Corneau-Tremblay/publication/311492158_Les_impacts_attribuables_aux_jeux_de_hasard_et_d'argent_en_ligne_dimensions_individuelles_et_collectives/links/58494e9308ae82313e70e057/Les-impacts-attribuables-aux-jeux-de-hasard-et-d'argent-en-ligne-dimensions-individuelles-et-collectives.pdf
- La-depression.org. (2019). *La dépression en chiffres et statistiques*. Récupéré de <https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffre/>
- Ladouceur, R., Blaszczynski, A. et Lalande, D. R. (2012). Pre-commitment in gambling: a review of the empirical evidence. *International Gambling Studies*, 12(2), 215-230. doi.org/10.1080/14459795.2012.658078
- Ladouceur, R., Shaffer, P., Blaszczynski A et Shaffer, H.J. (2017). Responsible gambling: a synthesis of the empirical evidence, *Addiction Research & Theory*, 25:3, 225-235. doi: 10.1080/16066359.2016.1245294
- Lagüe, J., Jacques, M. et Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés. (2004). *Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec: perspectives de santé publique*. [Montréal]: Institut national de santé publique, Direction développement des individus et des communautés. <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/315-AvisDenormalisationLutteAntitabac.pdf>
- Lalonde, M. (2009). L'usage du tabac. Dans L. Guyon, L. (2009). *Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent : À l'heure de l'intégration des pratiques* (p. 3-42). Presses de l'Université de Laval (PUL).

- Laramée, P., Kusel, J., Leonard, S., Aubin, H. J., François, C. et Daepfen, J. B. (2013). The economic burden of alcohol dependence in Europe. *Alcohol and alcoholism*, 48(3), 259-269. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt004>
- Larsen, T., et Sagvaag, H. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. *Health Expectations*, 21(6), 1231–1240. <https://doi.org/10.1111/hex.12828>
- Latimer, W. W., Harwood, E. M., Newcomb, M. D. et Wagenaar, A. C. (2003). Measuring public opinion on alcohol policy: a factor analytic study of a US probability sample. *Addictive Behaviors*, 28(2), 301- 313. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00223-4](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00223-4)
- Lascaux, M. et Couteron, J. (2015). Nouvelles pratiques au sein d'une société addictogène. *Adolescence*, t.33 1(1), 165-176. doi:10.3917/ado.091.0165.
- La vie des entreprises. (2017). Le marché du tabac en France. Récupéré le 23 mai 2019 de <https://lavde.fr/le-marche-du-tabac-en-france/>
- Laverty, A. A., Filippidis, F. T., Fernandez, E. et Vardavas, C. I. (2018). Associations of e-cigarette experimentation with support for tobacco control policies in the European Union, 2012-2014. <https://doi.org/10.18332/tid/84865>
- Lawrence, M. S. (2017). From Defect to Dangerous: Has the Door Opened for Recognition of an Addiction-Based Defence in Canadian Criminal Law? *Canadian Journal of Criminology & Criminal Justice*, 59(4), 572– 582. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2016.006.R1>
- Le Breton, D. (2013). *Conduites à risque*. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.breto.2013.02.
- Lecoutre, M. (2017). *Le goût de l'ivresse : Boire en France depuis le Moyen Age (Ve–XXIe–siècle)*. Histoire, Paris, Belin.
- Ledermann, S. (1956). *Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social*. Institut national d'Etudes démographiques. Travaux et documents. Cahier n°29. Paris, Presses universitaires.
- Le Gall, O., Haddak, H., et Japiot O. (2019). *Evolution de la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en lien avec le projet d'ouverture du capital de La Française des*

- jeux à des investisseurs privés*. Rapport Inspection Générale des Finances. Récupéré de <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/194000292.pdf>
- Lermenier-Jeannet, A. (2019, février). Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. *OFDT*. https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf
- Lermenier-Jeannet, A. (2019, mars). Tableau de bord TABAC. *OFDT*. <https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt190325.pdf>
- Lesueur, F. E. K., Bolze, C., Gomajee, R., White, V. et Melchior, M. (2018). Plain tobacco packaging, increased graphic health warnings and adolescents' perceptions and initiation of smoking: DePICT, a French nationwide study. *Tobacco control*, tobaccocontrol-2018. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054573
- Li, J., Lovatt, M., Eadie, D., Dobbie, F., Meier, P., Holmes, J., Hastings, G. et MacKintosh, A. M. (2017). Public attitudes towards alcohol control policies in Scotland and England: Results from a mixed-methods study. *Social Science & Medicine*, 177, 177-189. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.037
- Liberman, A. et Chaiken, S. (1992). Defensive processing of personally relevant health messages. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(6), 669-679.
- Lidón-Moyano, C., Sampedro-Vidaa, M., Matilla-Santandera, N., Martín-Sánchez, J. C., González-Marróna, A., Buncha, K. et Martínez-Sánchez, J. M. (2018). Attitudes towards tobacco product regulations and their relationship with the tobacco control policies. *Preventive Medicine*, 111, 67-72. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.02.019
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... et Aryee, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2224-2260. doi : 10.1016/S0140-6736(12)61766-8
- Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal : essai sur la société d'hyperconsommation* (Vol. 377). Paris: Gallimard.
- Lipperman, K. S., Grube, J. W., Friend, K. B. et Mair, C. (2016). Tobacco outlet density, retailer cigarette sales without ID checks and enforcement of underage tobacco laws: associations with youths' cigarette smoking and beliefs. *Addiction*, 111(3), 525-532. <https://doi.org/10.1111/add.13179>

- Lonsdale, A. J., Hardcastle, S. J. et Hagger, M. S. (2012). A minimum price per unit of alcohol: A focus group study to investigate public opinion concerning UK government proposals to introduce new price controls to curb alcohol consumption. *BMC Public Health*, 12, 1023. doi: 10.1186/1471-2458-12-1023
- López López, W., Pineda Marín, C. et Mullet, E. (2016). Prohibition, regulation or free market: A mapping of Colombian people's perspectives regarding National Drug Policies. *Social Indicators Research*, 126, 689-710. doi: 10.1007/s11205-015-0908-7
- Loza, W. et Clements, P. (1991). Incarcerated alcoholics' and rapists' attributions of blame for criminal acts. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 23(1), 76-83. <http://dx.doi.org/10.1037/h0078964>
- Lucar, C., Wiebe, J. et Philander, K. (2014). *Monetary limits tools for internet gamblers: a review of their availability, implementation and effectiveness online*. RGC Centre for the Advancement of Best Practices.
- McAllister, I. (2014). Public opinion towards gambling and gambling regulation in Australia. *International Gambling Studies*, 14(1), 146- 160. <https://doi.org/10.1080/14459795.2013.861001>
- Macdonald, S., Stockwell, T. et Luo, J. (2011). The relationship between alcohol problems, perceived risks and attitudes toward alcohol policy in Canada. *Drug and Alcohol Review*, 30, 652–658. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010. 00259.x
- Mackay, J. (2016). China: the tipping point in tobacco control. *British medical bulletin*, 120(1), 15-25. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldw043>
- Marques-Vidal, P., Melich-Cerveira, J., Paccaud, F., Waeber, G., Vollenweider, P. et Cornuz, J. (2010). Opinions on tobacco control policies in Lausanne, Switzerland, 2003– 2006. *Preventive medicine*, 51(2), 193- 194. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.05.004>
- McGovern, P. E., Zhang, J., Tang, J., Zhang, Z., Hall, G. R., Moreau, R. A., ... et Wang, C. (2004). Fermented beverages of pre- and proto-historic China. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, 101(51), 17593– 17598. doi: 10.1073/pnas.0407921102
- McKeown, T. (1979). *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis?* (2nd éd.). Princeton University Press.

- MacLean, R. R., Sofuoglu, M. et Rosenheck, R. (2018). Tobacco and alcohol use disorders: Evaluating multimorbidity. *Addictive behaviors*, 78, 59- 66. doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.006
- McMillen, Jan, ed. *Gambling cultures: Studies in history and interpretation*. Routledge, 2005
- McNeill, A., Gravely, S., Hitchman, S. C., Bauld, L., Hammond, D. et Hartmann-Boyce, J. (2017). Tobacco packaging design for reducing tobacco use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). doi: 10.1002/14651858.CD011244.pub2.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. ... et Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 140. http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000250
- Magni-Berton, R. (2011). Care, paternalisme et vertu dans une perspective libérale. *Raisons politiques*, 44(4), 139-161. doi:10.3917/rai.044.0139.
- Marant-Micallef, C., Shield, K. D., Vignat, J., Hill, C., Rogel, A. et Menvielle, G. (2018). Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. *Bull épidémiol hebd*, 21, 442- 8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/pdf/2018_21_2.pdf
- Marchant, A. (2018). *L'impossible prohibition. Drogues et toxicomanie en France 1945-2017*. Edition Perrin.
- Marionneau, V. et Järvinen-Tassopoulos, J. (2017). Consumer protection in licensed online gambling markets in France: The role of responsible gambling tools. *Addiction Research & Theory*, 25(6), 436-443. doi : 10.1080/16066359.2017.1314464
- Mathews, M. et Volberg, R. (2013). Impact of problem gambling on financial, emotional and social well-being of Singaporean families. *International Gambling Studies*, 13(1), 127-140. doi : 10.1080/14459795.2012.731422
- Meesmann, U., Torfs, K., Nguyen, H. et Van den Berghe, W. (2018). *Quel regard les usagers de la route portent-ils sur la sécurité routière?. Principaux résultats du projet ESRA1 au sein de 38 pays*. ESRA project (E-Survey of Road users' Attitudes). Bruxelles, Belgique : Institut Vias. https://www.onisr.securite-routiere.interieur.gouv.fr/contenus/sites/default/files/2019-02/esra2017-fr.pdf

- Mété, D. (2017). Fiscalité des rhums traditionnels en outre-mer et santé publique : l'exemple de l'île de La Réunion. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65(6), 443-452. <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.06.003>
- Michel, L. et Morel, A. (2012). Alcool et réduction des risques. In : Morel, A., Chappard, P. et Couteron, J. P. *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie : en 22 fiches*. Dunod. p. 186-195.
- Micheau, F. (2018). *Les Français et la méconnaissance des risques liés à l'alcool*. Sondage Opinionway pour La Ligue contre le cancer. <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/opinionway-pour-la-ligue-contre-le-cancer-les-francais-et-la-meconnaissance-des-risques-lies-a-l-alcool-mai-2018/viewdocument.html>
- Milhet, M., Bergeron, H., et Hunt, M. G. (Eds.). (2013). *Drugs and culture: Knowledge, consumption and policy*. Ashgate Publishing, Ltd.
- Mill, J. S. (1990). *De la liberté* [1859], trad. L. Lenglet et D. White. Paris, Gallimard, « Folio Essais ».
- Miller, R. J. (2014) *Drugged: The science and culture behind psychotropic drugs*. New York, NY: Oxford University Press.
- Mills, D. J. et Nower, L. (2019). Preliminary findings on cryptocurrency trading among regular gamblers: A new risk for problem gambling? *Addictive behaviors*, 92, 136-140. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.005>
- Ministère de l'Agriculture. (2017). Un plan filière pour la tabaculture française. Récupéré du site Alim'agri du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation <https://agriculture.gouv.fr/egalim-les-plans-de-filieres>
- Ministère de l'Agriculture. (2018). La viticulture. Récupéré du site Alim'agri du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation <https://infographies.agriculture.gouv.fr/>
- Ministère de la Justice. (2018). *Les condamnations Année 2017*. Récupéré de http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Stat_Les_condamnations_2017.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Priorité Prévention Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Lutte contre le tabagisme. Point d'étape. Lundi 28 mai 2018*. Dossier de presse. Récupéré de https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180528_-_dossier_de_presse_-_tabac_.pdf

- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). (2018). *Alcool et sport : la MILDECA alerte sur les risques d'un nouvel assouplissement de la loi Évin*. Récupéré de <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/alcool-sport-mildeca-alerte-risques-dun-nouvel-assouplissement-de-loi-evin>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). (2019a). *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022*. Récupéré de https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). (2019b). *Les consommations de substances psychoactives en population générale*. Récupéré de <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/chiffres-cles/en-population-generale>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). (2019c, 27 septembre). Les addictions sans produit. Récupéré de <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/les-addictions-sans-produit>
- Moghaddam, J. F., Yoon, G., Dickerson, D. L., Kim, S. W. et Westermeyer, J. (2015). Suicidal ideation and suicide attempts in five groups with different severities of gambling: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American Journal on Addictions*, 24(4), 292-298. <https://doi.org/10.1111/ajad.12197>
- Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., Lincoln, P., Casswell, S., and The Lancet NCD Action Group. (2013). Profits and pandemics: Prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62089-3
- Morin, M. (1996). Perspectives de recherches pour l'étude empirique de l'explication sociale des maladies. *Psychologie française*, 41(2), 147-154.
- Moskalewicz, J., Wieczorek, L., Karlsson, T. et Osterberg, E. (2013). Social support for alcohol policy: Literature review. *Drugs: Education, prevention and policy*, 20, 361–374. doi: 10.3109/09687637.2012.687794

- Moss, A. C. et Albery, I. P. (2009). A Dual-Process Model of the Alcohol-Behavior Link for Social Drinking. *Psychological Bulletin*, 135(4), 516–530.
- Mouneyrac, A., Le Floch, V., Lemerrier, C., Py, J., et Roumegue, M. (2017). Promoting responsible gambling via prevention messages: insights from the evaluation of actual European messages. *International Gambling Studies*, 17(3), 426- 441. <http://dx.doi.org/10.1080/14459795.2017.1350198>
- Muñoz-Sastre, M. T., López-López, W. et Pineda-Marín, C. (2017). Information Integration Theory: Basis Concepts and Applications. *Universitas Psychologica*, 16(1), 84-105. [doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-1.cbtf](http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-1.cbtf)
- Nadeau, L., et Valleur, M. (2014). *Pascasius ou comment comprendre les addictions: suivi du Traité sur le jeu*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- NHS Inform. (2018). *Calculate my savings*. Récupéré de <https://www.nhsinform.scot/stopping-smoking/calculate-my-savings>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2010). Alcohol-Use Disorders: Preventing Harmful Drinking. Public Health Guidance 24.
- Nguyen Thanh, V., Guignard, R., Lancrenon, S., Bertrand, C., Delva, C., Berlin, I., ... et Arwidson, P. (2018). Effectiveness of a fully automated internet-based smoking cessation program: a randomized controlled trial (STAMP). *Nicotine and Tobacco Research*, 21(2), 163-172. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty016>
- Niederdeppe, J., Bu, Q. L., Borah, P., Kindig, D. A. et Robert, S. A. (2008). Message design strategies to raise public awareness of social determinants of health and population health disparities. *Milbank Quarterly*, 86, 481- 513. doi: 10.1111/j.1468- 0009.2008.00530.x.
- Norström, T. (2006). Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction*, 101(10), 1421- 1427. <https://doi.org/10.1111/j.1360- 0443.2006.01446.x>
- Norström, T. et Moan, I. S. (2009). Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. *The European Journal of Public Health*, 19(4), 383- 388. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp044>
- Nouvel, P. (2015). *Histoire des amphétamines*. Presses universitaires de France.

- Nucci, L. P. et Turiel, E. (2013). Le domaine moral et le domaine personnel : sources des conflits sociaux. Dans L. Bègue, L. Bachler, C. Blatier, et N. Przygodzki-Lionet (dir.). *Psychologie du jugement moral: textes fondamentaux et concepts* (p. 171-195). Dunod.
- Oakes, W., Chapman, S., Borland, R., Balmford, J. et Trotter, L. (2004). “Bulletproof skeptics in life's jungle”: which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting?. *Preventive medicine*, 39(4), 776-782.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.03.001>
- Obradovic, I. et Douchet, M.A. (2019). Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. *Bull Epidemiol Hebd.* (5- 6):116- 7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_4.html
- Obradovic, I. et Morel d'Arleux, J. (2019). Synthèse et perspectives. Dans Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie. (OFDT). *Drogues et addictions, données essentielles, édition 2019* (p. 15- 25).<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DAD E2019.pdf>
- Observatoire des Jeux (ODJ). (s.d.). *Economie du jeu. Observer les impacts sanitaires, sociaux et économiques des jeux d'argent et de hasard pour éclairer l'action de l'État*. Récupéré le 9 mai 2019 du site de Le portail de l'Economie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics : <https://www.economie.gouv.fr/observatoire-des-jeu/economie-jeu>
- Observatoire des jeux. (ODJ). (2019). *Chiffres-clefs pour la régulation des jeux d'argent*. (Février). https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/observatoire-desjeux/Chiffres_clefs_pour_la_regulation_des_jeux_dargent.pdf
- Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT). (2017). *Drogues, Chiffres clés - 7^e édition*. Saint- Denis: OFDT. 1- 8.<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf>
- Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT). (2018a). *Synthèse thématique : alcool*. (Mis à jour : mai 2018). Récupéré le 9 mai 2019 de <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
- Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT). (2018b). *Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents*

- d'alcool pur*). (Mis à jour : août 2018). Récupéré le 22 mai 2019 de <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
- Oliveira Galvão, A. E., Saavedra, L. et Cameira, M. (2018). Economic and sociocultural poverty in drug abuse: from individual to sociopolitical responsibility. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 820–833. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170970>
- Orford, J., Griffiths, M., Wardle, H., Sproston, K. et Erens, B. (2009). Negative public attitudes towards gambling: findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey using a new attitude scale. *International Gambling Studies*, 9, 39-54. doi: 10.1080/14459790802652217
- Organisation mondiale de la Santé, (OMS). (2017). *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2017: surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention: résumé d'orientation* (No. WHO/NMH/PND/17.4). Organisation mondiale de la Santé. Récupéré de <http://apps.who.int/iris>.
- Ostrowsky, M. K. (2018). Sports fans, alcohol use, and violent behavior: a sociological review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 406- 419. <https://doi.org/10.1177/1524838016663937>
- Paille, F. et Reynaud, M. (2015). L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 7, 24- 25. Récupéré de http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10069
- Palle, C. et Rattanatrasy, M. (2018). Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. *OFDT*. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpya.pdf>
- Papineau E., Lacroix G., Sévigny S., Biron J.-F., Corneau-Tremblay N., et F. Lemétayer. (2018). Assessing the differential impacts of online, mixed, and offline gambling. *International Gambling Studies*, 18: 1, 69-91. doi: 10.1080 / 14459795.2017.1378362.
- Paschall, M. J., Grube, J. W. et Kypri, K. (2009). Alcohol control policies and alcohol consumption by youth: a multi-national study. *Addiction*, 104(11), 1849-1855. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02698.x.

- Pasquereau, A., Andler, R., Guignard, R., Richard, J. B., Arwidson, P. et Nguyen-Thanh, V. (2018). La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 14(15), 265. Récupéré de http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
- Pearson, J. L., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Richardson, A. et Vallone, D. M. (2012). A ban on menthol cigarettes: Impact on public opinion and smokers' intention to quit. *American Journal of Public Health*, 102, e107–e114.
- Pechey, R., Burge, P., Mentzakis, E., Suhrcke, M. et Marteau, T. M. (2014). Public acceptability of population-level interventions to reduce alcohol consumption: a discrete choice experiment. *Social science & medicine*, 113, 104- 109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.010>
- Pelloux, Y., Giorla, E., Montanari, C., et Baunez, C. (2019). Social modulation of drug use and drug addiction. *Neuropharmacology*.<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.02.027>
- Pelt, J. M. (2014). *Drogues et plantes magiques*. Fayard.
- Percy C., França M., Dragičević S. et d'Avila Garcez A. (2016). Predicting online gambling self-exclusion: an analysis of the performance of supervised machine learning models, *International Gambling Studies*, 16:2, p. 193- 210. doi: 10.1080/14459795.2016.1151913
- Peretti-Watel P., Constance J. (2009). «It's all we got left». Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International journal of environmental research and public health*, 6 (2), p. 608-621.
- Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F. (2009). Cigarettes and social inequalities in France: is tobacco use increasingly concentrated among the Poor? *Addiction*, 104 (10), p. 1718-1728.
- Constance, J. et Peretti-Watel, P. (2010). La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*, vol. 40(3), 535-542. doi:10.3917/ethn.103.0535.
- Peretti-Watel, P., Seror, V., du Roscoät, E. et Beck, F. (2009). La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. *Evolutions*, 18, 1- 6. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>

- Peretti-Watel, P., Seror, V., Verger, P., Guignard, R., Legleye, S. et Beck, F. (2014). Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer. *Addictive behaviors*, 39(9), 1304- 1310. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.016>
- Peretti-Watel, P. et Spica, L. (2010). Le stigmate, une arme préventive contre les conduites à risque. *Questions de Santé Publ*, 8. <http://www.iresp.net/wp-content/uploads/2018/10/QSPn--8-stigmatisation.pdf>
- Petry, N. M., Stinson, F. S. et Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574. PMID: 15889941.
- Pirlot, G. (2013). *Psychanalyse des addictions*. Armand Colin.
- Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. *Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes*. Récupéré de <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
- Portais, C. et Lermenier-Jeannet, A. (2019). Réponses pénales et conséquences judiciaires. Dans Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie. (OFDT). *Drogues et addictions, données essentielles, édition 2019* (p. 105- 108). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019partie2h.pdf>
- Pousset, M. et Tovar, M.-L. (2013). Les jeux de hasard et d'argent. Dans Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie. (OFDT). *Drogues et addictions, données essentielles, édition 2013* (p. 288- 296). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13jeu.pdf>
- Pöysti, V. K. (2014). Comparing the attitudes of recreational gamblers from Finland and France toward national gambling policies. *Journal of Gambling Issues*. <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2014.29.8>
- Project SUN 2017 | KPMG United Kingdom. (2018, septembre 7). Consulté 9 mai 2019, à l'adresse KPMG website: <https://home.kpmg/uk/en/home/insights/2018/07/project-sun-2017.html>
- Promberger, M., Dolan, P. et Marteau, T. M. (2012). "Pay them if it works": discrete choice experiments on the acceptability of financial incentives to change health related

- behaviour. *Social science & medicine*, 75(12), 2509- 2514. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.033>
- Przygotzki, N. et Mullet, E. (1997). Moral judgment and aging. *European review of applied psychology*, 47, 15-21.
- Przygodzki, N., et Mullet, E. (1999). Devient-on plus sévère à force de juger?. *Bulletin de Psychologie*, 52, 531-534.
- Przygodzki-Lionet, N. (2012). *Psychologie et justice : de l'enquête au jugement*. Dunod.
- Quinet, E. (2013). *L'évaluation socioéconomique des investissements publics*. Commissariat général à la stratégie et à la prospective. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/cgsp_evaluation_socioeconomique_29072014.pdf
- Rabinovitz, S. (2014). Drowning your sorrows? Social exclusion and anger effects on alcohol drinking. *Addiction Research & Theory*, 22(5), 363– 370. <https://doi.org/10.3109/16066359.2013.857661>
- Reducing alcohol related harm (RARHA). (2016). *European joint action on reducing alcohol related harm share the results*. Press release. http://www.rarha.eu/Press/PressReleases/Lists/PressReleases/Attachments/7/Press%20Release_RARHA_FC_EN.pdf
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y. et Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The lancet*, 373(9682), 2223-2233. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7
- Reith G. (2007). Gambling and the contradictions of consumption: a genealogy of the 'pathological' subject. *Am Behav Sci.*, 51: 33–55.
- Reynaud, M., Parquet, P. J. et Lagrue, G. (2000). Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Odile Jacob.
- Reynaud, M. (2016). Comprendre les addictions : l'état de l'art. Dans M. Reynaud, L. Karila, H.-J. Aubin, A. Benyamina (dir.), *Traité d'addictologie* (p. 3-28). 2^e édition, Paris, Lavoisier Médecine Sciences.
- Reynaud, M., (2019). Le principe de Pareto est-il soluble dans l'alcool ?. Intervention Assemblée nationale. Février. En ligne : <https://www.addictaide.fr/wp-content/uploads/2019/02/article-pareto-complet.pdf>
- Richard J.B., Andler R, Cogordan C., Spilka S., Nguyen-Thanh V. et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. (2019). La consommation d'alcool chez les adultes en

- France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* (5- 6):89- 97.http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6_1.pdf
- Rocquigny, T. de, (2019, 3 avril). Jeux d'argent : la passion du hasard. Les jeux de l'économie (3/4). France culture. Récupéré de <https://www.franceculture.fr/emissions/entendez-vous-leco/les-jeux-de-leconomie-34-la-passion-du-hasard>
- Room, R., Babor, T. et Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The lancet*, 365(9458), 519-530. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17870-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17870-2)
- Rose, S. W., Emery, S. L., Ennett, S., McNaughton Reyes, L. H., Scott, J. C. et Ribisi, K. M. (2015). Public support for family smoking prevention and tobacco control act point-of-sale provisions: Results of a national study. *American Journal of Public Health*, 105, e60–e67. doi:10.2105/AJPH.2015.302751
- Rosenberg, M., Pettigrew, S., Wood, L., Ferguson, R. et Houghton, S. (2012). Public support for tobacco control policy extensions in Western Australia: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 2(2), e000784. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000784>
- Ross, C. E. et Wu, C. L. (1995). The links between education and health. *American sociological review*, 719-745. doi: 10.2307/2096319
- Rowe, J. W. et Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Russell, T. (2017). Effects of Nicotine Exposure and Anxiety on Motivation for Gambling-like Cues. *Honors Theses - All*. Récupéré de https://wescholar.wesleyan.edu/etd_hon_theses/1799
- Sadava, S. W. et Thompson, M. M. (1986). Loneliness, social drinking, and vulnerability to alcohol problems. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(2), 133-139. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079980>
- Saddleson, M. L., Kozlowski, L. T., Giovino, G. A., Homish, G. G., Mahoney, M. C., et Goniewicz, M. L. (2016). Assessing 30-day quantity-frequency of US adolescent cigarette smoking as a predictor of adult smoking 14 years later. *Drug and alcohol dependence*, 162, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.043>
- Saffer, H. et Chaloupka, F. (1999). *Tobacco advertising: economic theory and international evidence* (No. w6958). National bureau of economic research.
- Santé publique France, Institut national du cancer. (2017). *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France*. Saint-Maurice:

- Santé publique France;. 149 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-Franceorganise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca>
- Sargent, J. D., Gabrielli, J., Budney, A., Soneji, S. et Wills, T. A. (2017). Adolescent smoking experimentation as a predictor of daily cigarette smoking. *Drug and alcohol dependence*, 175, 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.038>
- Sassi, F et Love, P. (2015). Alcool : l'aspect de santé publique d'un phénomène sociale. Dans F. Sassi (dir. pub.), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques économiques et de santé publique*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264244580-fr>.
- Sassi, F. et Love, P. (2015). Alcohol: The public health side of a social phenomenon. *Tackling Harmful Alcohol Use : Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing. p. 19. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>
- Schelleman-Offermans, K., Roodbeen, R. T. et Lemmens, P. H. (2017). Increased minimum legal age for the sale of alcohol in the Netherlands as of 2014: The effect on alcohol sellers' compliance after one and two years. *International Journal of Drug Policy*, 49, 8-14. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.07.016
- Scherr, M. (2015). Observer les phénomènes de drogue dans le quartier est-il synonyme de gêne ?. *Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, La note de l'ONDRP*, (1), 1-4.
https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/note_1.pdf
- Schmidt, A. M., Kowitt, S. D., Myers, A. E. et Goldstein, A. O. (2018). Attitudes towards potential new tobacco control regulations among U.S. adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 72. doi:10.3390/ijerph15010072
- Schüz, J., Espina, C., Villain, P., Herrero, R., Leon, M. E., Minozzi, S., ... et Belardelli, F. (2015). European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer epidemiology*, 39, S1-S10. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2015.05.009>
- Schüz, J., Espina, C. et Wild, C. P. (2019). Primary prevention: a need for concerted action. *Molecular Oncology*, 13(3), 567-578. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12432>
- Schwartz, D. G. (2013). *Roll the bones: The history of gambling*. Winchester Books

- Sécurité routière. Les chiffres de l'alcool. (s. d.). Récupéré le 25 mars 2019 de <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/les-chiffres-de-la-route/les-chiffres-de-l-alcool>
- Shaffer, H. J. et Korn, D. A. (2002). Gambling and related mental disorders: A public health analysis. *Annual review of public health*, 23(1), 171- 212. doi: 10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140532
- Silvano, G., Lugo, A., Fernandez, E., Gilmore, A. B., Leon, M. E., Clancy, L. et La Vecchia, C. (2014). Support for a tobacco endgame strategy in 18 European countries. *Preventive Medicine*, 67, 255–258. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.08.001
- Smart, R. G. et Ferris, J. (1996). Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population, 1994. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 41(1), 36-45. <https://doi.org/10.1177/070674379604100109>
- Soerjomataram, I., Shield, K., Marant-Micallef, C., Vignat, J., Hill, C., Rogel, A., ... Bray, F. (2018). Cancers related to lifestyle and environmental factors in France in 2015. *European Journal Of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 105, p. 103–113. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.09.009>
- SOS joueur, La dépendance n'est pas un jeu. (s.d.). *L'addiction au jeu c'est...* Récupéré de <https://sosjoueurs.org/?page=chiffre-cle>
- Sourd, A. (2019). Éléments de mesure des violences au sein du couple en 2017. Observatoire national de la Délinquance et des réponses pénales. *La note de l'ONDRP*, (34), 1-4. https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/ondrp_note_34_violences_couple_2017.pdf
- Spilka, S., Le Nézet, O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A., Shah, J. et Chyderiotis, S. (2018). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances (OFDT) (123)*. 1-8. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
- Spilka, S., Le Nézet, O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A. et Chyderiotis, S. (2019). Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. *Tendances (OFDT) (131)*. 1-8. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssz4.pdf>
- Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., ... et Abdela, J. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of

- Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1923-1994. doi: 10.1016 / S0140-6736 (18) 32225-6
- Starks, T. A. (2017). A revolutionary attack on tobacco: Bolshevik antismoking campaigns in the 1920s. *American journal of public health*, 107(11), 1711- 1717. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304048>
- Storvoll, E. E., Moan, I. S. et Rise, J. (2015). Predicting attitudes toward a restrictive alcohol policy: Using a model of distal and proximal predictors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 492–499. doi: 10.1037/adb0000036
- Storvoll, E. E., Rossow, I. et Rise, J. (2014). Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs. *Journal of substance use*, 19(1-2), 38-43. <https://doi.org/10.3109/14659891.2012.728671>
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Elkins, S. R., O'Farrell, T. J., Temple, J. R., Ramsey, S. E. et Shorey, R. C. (2013). The temporal association between substance use and intimate partner violence among women arrested for domestic violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(4), 681. doi.org/10.1037/a0032876
- Suissa, A. J. (2007). Gambling addiction as a pathology: Some markers for empowerment. *Journal of Addictions Nursing*, 18(2), 93– 101. <https://doi.org/10.1080/10884600701334952>
- Sykes, G. M. et Matza, D. (1957). Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *American sociological review*, 22(6), 664-670.
- Theall, K. P., Scribner, R., Cohen, D., Bluthenthal, R. N., Schonlau, M., Lynch, S. et Farley, T. A. (2009). The neighborhood alcohol environment and alcohol-related morbidity. *Alcohol and Alcoholism*, 44(5), 491-499. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg042>
- Thierry, J.P. et Reynaud M. (2019). E-Santé et addictions. Addictions : la révolution de l'e-Santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge. <https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport-e-sante-2019-num-v4.pdf>
- Thomas, S. L., Randle, M., Bestman, A., Pitt, H., Bowe, S. J., Cowlshaw, S. et Daube, M. (2017). Public attitudes towards gambling product harm and harm reduction strategies: An online study of 16–88 year olds in Victoria, Australia. *Harm Reduction Journal*, 14, 49. doi : 10.1186/s12954-017-0173-y
- Tovar, M. L., Le Nézet, O. et Bastianic, T. (2013). Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*, 88(6). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmtta.pdf>

- Troelstra, S. A., Harting, J. et Kunst, A. E. (2019). Effectiveness of a Large, Nation-Wide Smoking Abstinence Campaign in the Netherlands: A Longitudinal Study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph16030378>
- Tsikounas, M. (2009). Apport des sciences humaines à l'addictologie. *Addictologie. Paris: Elsevier Masson*, 18-21.
- US Department of Health and Human Services. (2014). The health consequences of smoking—50 years of progress: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : alcoolisme et toxicomanie*. Belin.
- Villella, C., Martinotti, G., Di Nicola, M., Cassano, M., La Torre, G., Gliubizzi, M. D., ... et Conte, G. (2011). Behavioural addictions in adolescents and young adults: results from a prevalence study. *Journal of gambling studies*, 27(2), 203-214. doi: 10.1007/s10899-010-9206-0
- de Visser, R. O., Robinson, E. et Bond, R. (2016). Voluntary temporary abstinence from alcohol during “Dry January” and subsequent alcohol use. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association*, 35(3), 281–289. <https://doi.org/10.1037/hea0000297>
- Wade-Mdivanian, R., Anderson-Butcher, D., Newman, T. J., Ruderman, D. E., Smock, J. et Christie, S. (2016). Exploring the Long-Term Impact of a Positive Youth Development-Based Alcohol, Tobacco and Other Drug Prevention Program. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 60(3), 67– 90. Récupéré de <https://search-ebscohost-com-s.nomade.univ-tlse2.fr/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=120544427&lang=fr&site=ehost-live>
- Wakefield, M., Coomber, K., Zacher, M., Durkin, S., Brennan, E. et Scollo, M. (2015). Australian adult smokers' responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey. *Tobacco control*, 24(Suppl 2), ii17- ii25. https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/24/Suppl_2/ii17.full.pdf

- Wang, J. B., Jiang, Y., Wei, W. Q., Yang, G. H., Qiao, Y. L., et Boffetta, P. (2010). Estimation of cancer incidence and mortality attributable to smoking in China. *Cancer Causes & Control*, 21(6), 959-965. doi: 10.1007/s10552-010-9523-8
- Watkins, S. L., Glantz, S. A. et Chaffee, B. W. (2018). Association of noncigarette tobacco product use with future cigarette smoking among youth in the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) study, 2013-2015. *JAMA pediatrics*, 172(2), 181-187. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.4173
- Weinberger, A. H., Franco, C. A., Hoff, R. A., Pilver, C., Steinberg, M. A., Rugle, L., Wampler, J., Cavalloa, D. A., Krishnan-Sarin, S. et Potenza, M. N. (2015). Cigarette smoking, problem-gambling severity, and health behaviors in high-school students. *Addictive Behaviors Reports*, 1, 40–48. doi: 10.1016/j.abrep.2015.01.001
- Wilkinson, C., Room, R. et Livingston, M. (2009). Mapping Australian public opinion on alcohol policies in the new millennium. *Drug and Alcohol Review*, 28(3), 263-274. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00027.x>
- White, V., Williams, T., et Wakefield, M. (2015). Has the introduction of plain packaging with larger graphic health warnings changed adolescents' perceptions of cigarette packs and brands?. *Tobacco Control*, 24(Suppl 2), ii42-ii49. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-052084
- Wolkowicz, N. R., Ham, L. S., et Zamboanga, B. L. (2019). What you think and where you drink: context, alcohol outcome expectancies, and drinking behavior. *Addictive behaviors*, 93, 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.02.006>
- Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., ... et Danesh, J. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*, 391(10129), 1513-1523. doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X
- World Health Organization (WHO). (2004). *Global burden of disease 2004 update: disability weights for disease and conditions*. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD2004_DisabilityWeights.pdf
- World Health Organization (WHO). (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107269/E92823.pdf>

- World Health Organization (WHO). (2018a, 31 mai). *World No Tobacco Day: Tobacco and Heart Disease*. Récupéré le 10 mai 2019 de <https://www.who.int/fr/news-room/detail/31-05-2018-world-no-tobacco-day-tobacco-and-heart-disease>
- World Health Organization (WHO). (2018b). *Global status report on alcohol and health 2018*. Récupéré de <https://apps.who.int/iris/bit-stream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2018c, 7 décembre). *Road traffic injuries*. Récupéré le 10 mai 2019 de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- World Health Organization (WHO). (2018d). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025*. Récupéré le 10 mai 2019 de <https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>
- World Health Organization (WHO). (2018e). *Depression*. Récupéré de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. European Health Information Gateway (WHO Europe). (2018). *European Health for All database (HFA-DB)*. Récupéré de <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>
- World Health Organization. Regional office for Europe (WHO Europe). (2019). *Tobacco*. Récupéré le 10 mai 2019 de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/tobacco>
- World Health Organization. Regional office for Europe (WHO) (2019). *Tobacco*. Récupéré le 21 juin 2019 de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Wyart, A. (2016). *Entre déviance, normalité et distinction : ethnographie des usages cachés de cocaïne* (Doctoral dissertation, Paris, EHESS).
- Xu, Z., Qi, F., Wang, Y., Jia, X., Lin, P., Geng, M., ... Li, S. (2018). Cancer mortality attributable to cigarette smoking in 2005, 2010 and 2015 in Qingdao, China. *PLoS ONE*, 13(9), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204221>
- Yu, J., Evans, P. C. et Clark, L. P. (2006). Alcohol addiction and perceived sanction risks: Detering drinking drivers. *Journal of Criminal Justice*, 34(2), 165-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2006.01.004>
- Yücel, M., Carter, A., Harrigan, K., van Holst, R. J. et Livingstone, C. (2018). Hooked on gambling: a problem of human or machine design?. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 20-21. [doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30467-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30467-4)

- Yücel, M., Oldenhof, E., Ahmed, S. H., Belin, D., Billieux, J., Bowden-Jones, H., ... et Daghli, M. (2018). A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: an international Delphi consensus study. *Addiction*. doi:10.1111/add.14424
- Zerhouni, O., Bègue, L. et O'Brien, K. S. (2019). How alcohol advertising and sponsorship works: Effects through indirect measures. *Drug and alcohol review*, 38(4), 391-398. <https://doi.org/10.1111/dar.12929>

ANNEXES

Annexe 1 - Matériel utilisé

La République d'Abrissi est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit totalement de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il n'autorise pas les fumoirs ventilés dans ces lieux.

Il fixe des prix élevés pour l'achat de cigarettes (12 euros le paquet).

La vente est interdite aux moins de 21 ans.

L'État ne prévoit aucune campagne de prévention. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de l'amende à des peines de prison.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Baulinie est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit totalement de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il n'autorise pas les fumoirs ventilés dans ces lieux.

Il fixe des prix élevés pour l'achat de cigarettes (12 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 21 ans.

L'État ne prévoit aucune campagne de prévention. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Cassidi est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il autorise néanmoins les fumoirs réglementaires dans ces lieux.

Il fixe un prix moyen pour l'achat de cigarettes (7 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 18 ans.

L'État ne prévoit aucune campagne de prévention. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de l'amende à des peines de prison.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Jadinostog est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il autorise néanmoins les fumeurs réglementaires dans ces lieux.

Il fixe un prix moyen pour l'achat de cigarettes (7 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 18 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Kalinstid est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit de fumer seulement dans certains espaces recevant du public. Il autorise néanmoins de fumer dans les discothèques et les bars de superficie inférieure à 70 m².

Il fixe un prix bas pour l'achat de cigarettes (5 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 16 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de l'amende à des peines de prison.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Legnonstrad est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit de fumer seulement dans certains espaces recevant du public. Il autorise néanmoins de fumer dans les discothèques et les bars de superficie inférieure à 70 m².

Il fixe un prix bas pour l'achat de cigarettes (5 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 16 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit seulement des contraventions

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Mataxine est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit totalement de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il n'autorise pas les fumeurs ventilés dans ces lieux.

Il fixe des prix élevés pour l'achat de cigarettes (12 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 21 ans.

L'État lance régulièrement des campagnes d'information grand public dans les médias et en milieu scolaire. Il organise un service d'accueil téléphonique et d'écoute. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de l'amende à des peines de prison.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Nexigli est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit totalement de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il n'autorise pas les fumeurs ventilés dans ces lieux.

Il fixe des prix élevés pour l'achat de cigarettes (12 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 21 ans.

L'État lance régulièrement des campagnes d'information grand public dans les médias et en milieu scolaire. Il organise un service d'accueil téléphonique et d'écoute. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République d'Ovalistag est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il autorise néanmoins les fumeurs réglementaires dans ces lieux.

Il fixe un prix moyen pour l'achat de cigarettes (7 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 18 ans.

L'État lance régulièrement des campagnes d'information grand public dans les médias et en milieu scolaire. Il organise un service d'accueil téléphonique et d'écoute.

En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de l'amende à des peines de prison

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Portinigue est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit de fumer dans les espaces recevant du public, y compris les restaurants, bars, pubs et discothèques. Il autorise néanmoins les fumeurs réglementaires dans ces lieux.

Il fixe un prix moyen pour l'achat de cigarettes (7 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 18 ans.

L'État lance régulièrement des campagnes d'information grand public dans les médias et en milieu scolaire. Il organise un service d'accueil téléphonique et d'écoute. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Quotidiani est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit de fumer seulement dans certains espaces recevant du public. Il autorise néanmoins de fumer dans les discothèques et les bars de superficie inférieure à 70 m².

Il fixe un prix bas pour l'achat de cigarettes (5 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 16 ans.

L'État lance régulièrement des campagnes d'information grand public dans les médias et en milieu scolaire. Il organise un service d'accueil téléphonique et d'écoute. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de l'amende à des peines de prison.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Ravastan est un État démocratique qui pratique une politique de lutte contre le tabagisme.

L'État interdit de fumer seulement dans certains espaces recevant du public. Il autorise néanmoins de

fumer dans les discothèques et les bars de superficie inférieure à 70 m².

Il fixe un prix bas pour l'achat de cigarettes (5 euros le paquet). La vente est interdite aux moins de 16 ans.

L'État lance régulièrement des campagnes d'information grand public dans les médias et en milieu scolaire. Il organise un service d'accueil téléphonique et d'écoute. En cas de non-respect de la réglementation par le fumeur, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Varstalon est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme.

L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0,5g/l. Il réglemente l'installation des lieux de vente.

La vente est interdite aux moins de 18 ans.

L'État ne prévoit aucune campagne de prévention. En cas de non-respect de la réglementation, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Waltari est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme. L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0,8g/l. Il ne fixe aucune réglementation sur les lieux de vente.

La vente est interdite aux moins de 16 ans.

L'État ne prévoit aucune campagne de prévention. En cas de non-respect de la réglementation par une personne alcoolisée, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de la peine d'emprisonnement à l'amende, en passant par l'injonction thérapeutique, le traitement volontaire ou obligatoire, la suspension du permis, ou encore l'immobilisation du véhicule.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Xonistrad est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme. L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0,8g/l. Il ne fixe aucune réglementation sur les lieux de vente. La vente est interdite aux moins de 16 ans.

L'État ne prévoit aucune campagne de prévention.

En cas de non-respect de la réglementation, l'État prévoit seulement des contraventions

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République d'Yesterdine est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme.

L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0g/l. Il réglemente les lieux de vente et de consommation, les heures d'ouverture et les produits alcoolisés proposés à la vente. La vente est interdite aux moins de 21 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque.

En cas de non-respect de la réglementation par une personne alcoolisée, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de la peine d'emprisonnement à l'amende, en passant par l'injonction thérapeutique, le traitement volontaire ou obligatoire, la suspension du permis, ou encore l'immobilisation du véhicule

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Zalfidi est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme.

L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0g/l. Il réglemente les lieux de vente et de consommation, les heures d'ouverture et les produits alcoolisés proposés à la vente. La vente est interdite aux moins de 21 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque.

En cas de non-respect de la réglementation, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République d'Accaldi est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme. L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0,5g/l. Il réglemente l'installation des lieux de vente. La vente est interdite aux moins de 18 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque.

En cas de non-respect de la réglementation par une personne alcoolisée, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de la peine d'emprisonnement à l'amende, en passant par l'injonction thérapeutique, le traitement volontaire ou obligatoire, la suspension du permis, ou encore l'immobilisation du véhicule.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Bacali est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme. L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0,5g/l. Il réglemente l'installation des lieux de vente. La vente est interdite aux moins de 18 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque.

En cas de non-respect de la réglementation, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Calabrine est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme. L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0,8g/l. Il ne fixe aucune réglementation sur les lieux de vente.

La vente est interdite aux moins de 16 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque. En cas de non-respect de la réglementation par une personne alcoolisée, l'État prévoit plusieurs types de sanctions allant de la peine d'emprisonnement à l'amende, en passant par l'injonction thérapeutique, le traitement volontaire ou obligatoire, la suspension du permis, ou encore l'immobilisation du véhicule.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

La République de Dinistro est un État démocratique qui est engagé dans la lutte contre l'alcoolisme. L'État a fixé la limite d'alcoolémie au volant à 0,8g/l. Il ne fixe aucune réglementation sur les lieux de vente. La vente est interdite aux moins de 16 ans.

L'État lance ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque.

En cas de non-respect de la réglementation, l'État prévoit seulement des contraventions.

Si ces mesures étaient appliquées en France, dans quelle mesure approuveriez-vous cette politique ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

Annexe 2. Fiche de caractéristiques personnelles du participant

Questionnaire complémentaire

Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

Vos réponses sont anonymes et confidentielles.

1. Êtes-vous ... un homme une femme

2. Quel âge avez-vous ? ans

3. Quel niveau de formation avez-vous ? (*Vous pouvez entourer plusieurs termes*)
CEP BEPC BEP BT Baccalauréat BTS Bac+1 Bac+2
Bac+3 Bac+4 Bac+5 Dip. Ingénieur Bac+6
Autre : _____

4. Exercez-vous, ou avez-vous exercé, une profession en milieu médical ?
 oui non
Si oui, est-ce en addictologie ? oui non

5. Quelle profession exercez-vous ?

6. Actuellement vivez-vous...
 en couple en couple avec enfant(s) en famille recomposée
 célibataire célibataire avec enfant(s) veuf pacsé divorcé
 autre (*précisez :*)

7. Fumez-vous ?
 oui tous les jours oui souvent oui de temps en temps non

8. Buvez-vous de l'alcool ?
 oui tous les jours oui souvent oui de temps en temps non

9. Jouez-vous à des jeux d'argent ?

oui tous les jours oui souvent oui de temps en temps non

10. Connaissez-vous quelqu'un, dans votre entourage, victime d'une addiction ?

oui non

11. Si oui, quelle(s) addiction(s) ? (Vous pouvez cocher plusieurs termes)

tabac

cannabis

alcool

jeux d'argent

autres

La(es)quelle(s) ? (*Merci de préciser*)

.....

12. Est-ce que ce (ou ces) comportement(s) addictif(s) a (ont) déjà fait l'objet d'une sanction (contravention, injonction thérapeutique, peine de prison...)?

oui non

13. Quelle est votre orientation politique générale ?

(Ne répondez que si vous le désirez)

Gauche 0 1 2 3 4 5 Droite

Annexe 3. Tableau des trois facteurs par niveau

	Tabac	Alcool	Jeux de hasard et d'argent (JHA)	
Niveaux de facteur de prévention	Aucune	Aucune campagne de prévention		
	Ponctuelle <i>(politique actuelle)</i>	Ponctuellement des campagnes d'information à l'égard de populations à risque		
	Régulière	Des campagnes d'information régulière du grand public dans les médias et en milieu scolaire ; organisation d'un service d'accueil téléphonique et d'écoute		
Niveaux de facteur de réglementation	Faible	Fumer est interdit seulement dans certains espaces publics dans les discothèques et les bars. Le prix du paquet de cigarettes est évalué à 5 euros. La vente est interdite aux moins de 16 ans.	La limite d'alcool dans le sang pour les conducteurs est fixée à 0,8g/l. Il n'existe aucune réglementation des lieux de vente. La vente est interdite aux moins de 16 ans.	Aucun contrôle d'identité, ni aucune réglementation concernant l'accès sont prévus. Il n'existe aucune réglementation sur les lieux de jeux d'argent et sur leur organisation L'accès est limité aux plus de 16 ans.
	Modérée <i>(politique actuelle)</i>	Fumer est interdit dans tous les espaces publics. Le prix du paquet de cigarettes est évalué à 7 euros. La vente est interdite aux moins de 18 ans.	La limite d'alcool dans le sang pour les conducteurs est fixée à 0,5g/l. Il existe une réglementation des lieux de vente. La vente est interdite aux moins de 18 ans.	Seule l'identité du joueur est contrôlée avant l'accès aux JHA Seulement l'installation des lieux de jeux d'argent est réglementée. L'accès est limité aux plus de 18 ans.
	Forte	Fumer est interdit dans tous les espaces publics Le prix du paquet de cigarettes est évalué à 12 euros. La vente est interdite aux moins de 21 ans.	La limite d'alcool dans le sang pour les conducteurs est fixée à 0g/l. Il existe une réglementation stricte des lieux de vente et de consommation, des heures d'ouverture et des produits alcoolisés proposés à la vente. La vente est interdite aux moins de 21 ans.	L'accès est réglementé et l'identité du joueur est systématiquement contrôlée. L'installation et l'organisation des jeux sont très encadrées. Il existe un contrôle de toute activité frauduleuse et une prévention du jeu excessif ou pathologique. L'accès est limité aux plus de 21 ans.
Niveaux de facteur de sanction	Modérée <i>(politique actuelle)</i>	En cas de violation des règles, des amendes sont prévues.	En cas de violation des règles, des amendes sont prévues.	En cas de violation des règles, des interdictions de jeu sont prévues sur une période délimitée.
	Sévère	En fonction de la gravité et de la récidive, plusieurs sanctions sont prévues allant de l'amende à des peines de prison en cas de récidive.	En fonction de la gravité et de la récidive, plusieurs sanctions sont prévues allant de l'amende, à des peines de prison en passant par des injonctions de soins.	En fonction de la gravité et de la récidive, plusieurs sanctions sont prévues allant du soin obligatoire à des peines de prison, en passant par une inscription dans un fichier des interdits.

Annexe 4. Synthèse de tous les effets des facteurs

	<i>SC effet</i>	<i>ddl effet</i>	<i>MC effet</i>	<i>SC erreur</i>	<i>Ddl erreur</i>	<i>MC erreur</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
A	529,74	2	264,87	7226,71	684	10,57	25,07	.001	.07
P	7474,53	2	3737,26	7273,69	684	10,63	351,44	.001	.51
R	14033,14	2	7016,57	19785,53	684	28,93	242,57	.001	.41
S	129,88	1	129,88	9661,58	342	28,25	4,60	.03	.01
A*P	8,24	4	2,06	3951,43	1368	2,89	0,71	.58	.00
A*R	974,07	4	243,52	12014,82	1368	8,78	27,73	.001	.07
P*R	442,25	4	110,56	5161,86	1368	3,77	29,30	.001	.08
A*S	3521,48	2	1760,74	6101,56	684	8,92	197,38	.001	.37
P*S	6,54	2	3,27	2248,05	684	3,29	1,00	.37	.00
R*S	208,10	2	104,05	4938,27	684	7,22	14,41	.00	.04
A*P*R	95,03	8	11,88	7334,97	2736	2,68	4,43	.00	.01
A*P*S	56,62	4	14,16	3935,12	1368	2,88	4,92	.00	.01
A*R*S	177,43	4	44,36	5368,20	1368	3,92	11,30	.00	.03
P*R*S	1,36	4	0,34	4188,39	1368	3,06	0,11	.98	.00
A*P*R*S	39,74	8	4,97	7320,19	2736	2,68	1,86	.06	.01

Légende : **A** : Type de consommation ; **R** : Réglementation ; **P** : Prévention ; **S** : Sanction

Annexe 5. Effets des facteurs intra-sujets

◆ Facteur « Type de consommation »

Type de consommation	Acceptabilité moyenne
Tabac	4,13
Alcool	4,28
JHA	4,54

Le facteur « Type de consommation » a une influence significative sur le niveau d'acceptabilité puisque $F(2,684)=25,07$; $p<.001$. Ce facteur comprend trois modalités : tabac, alcool et jeux de hasard et d'argent (JHA). Pour le tabac, le niveau moyen d'acceptabilité est de 4,13/10. Pour l'alcool et les jeux de hasard et d'argent, il est respectivement de 4,28 et de 4,54. Les écarts entre ces trois modalités restent minimes. Ces résultats tendent à montrer que les participants ont utilisé l'échelle de réponse de la même manière, quel que soit le type de consommation.

◆ Facteur « Prévention »

Prévention	Acceptabilité moyenne
Aucune	3,48
Ponctuelle	4,55
Régulière	4,95

Le facteur « Prévention » a une influence significative sur le niveau d'acceptabilité puisque $F(2,684)=351,44$; $p<.001$. Cet effet peut se traduire de la façon suivante : plus des campagnes de prévention sont organisées de façon régulière, plus le niveau d'acceptabilité des politiques de régulation des participants augmente. En effet, ce niveau atteint une moyenne de 3,48 (sur 10) lorsqu'aucune campagne d'information n'est organisée et de 4,95/10 lorsque des campagnes d'information régulières du grand public dans les médias et en milieu scolaire, un service d'accueil téléphonique et d'écoute sont mis en place. Cependant, il s'agit d'un effet réduit.

◆ **Facteur « Réglementation »**

Réglementation	Acceptabilité moyenne
Forte	4,86
Modérée	5,00
Faible	3,09

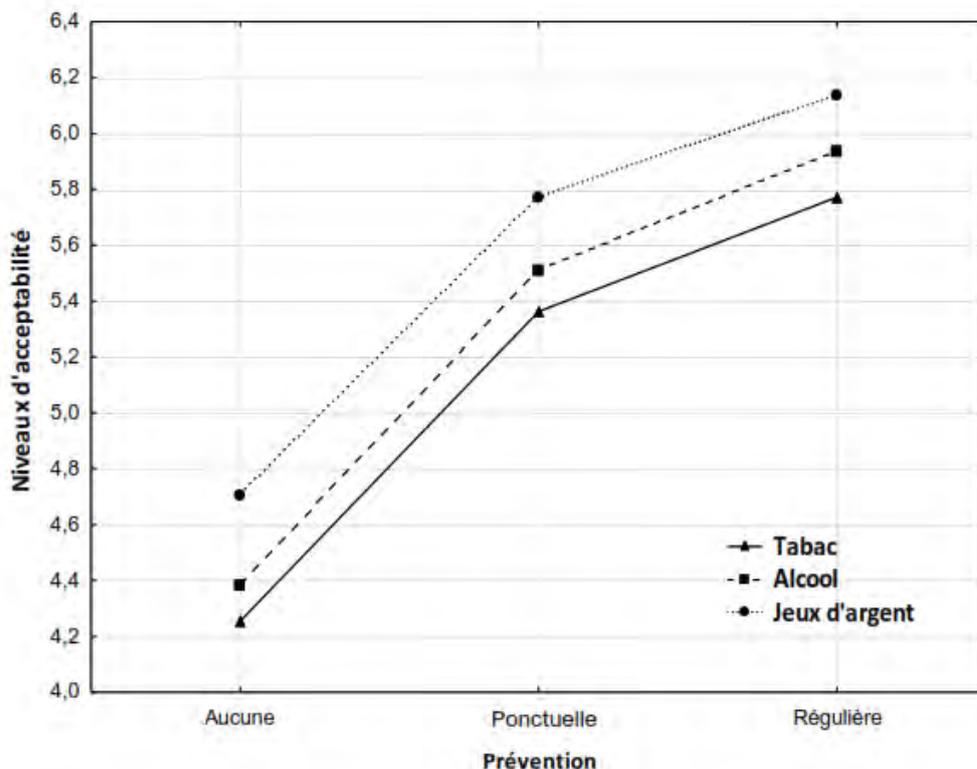
Le facteur « Réglementation » a une influence significative sur le niveau d'acceptabilité puisque $F(2,684)=242,57$; $p<.001$. Trois niveaux d'intensité composent ce facteur. Lorsque la réglementation est forte, le niveau d'acceptabilité moyen est de 4,86/10. Lorsqu'elle est modérée, ce niveau d'acceptabilité moyen est de 5/10. Il diminue (3,09/10) lorsque cette réglementation est faible. Cela signifie que la réglementation modérée est plus acceptable que les autres modalités. Cependant, les écarts entre les intensités forte et modérée sont très réduits.

◆ **Facteur « Sanction »**

Sanction	Acceptabilité moyenne
Sévère	4,40
Modérée	4,23

Le facteur « Sanction » est celui qui a le moins d'effet sur le niveau d'acceptabilité perçu des politiques de régulation. Son influence est certes significative puisque $F(1,342)=4,60$; $p<.03$, mais elle reste minime. L'écart entre les deux niveaux d'intensité de sanction demeure réduit (0,17/10) entre le niveau « sévère » (4,40/10) et le niveau « modéré » (4,23/10).

Annexe 6. Effets combinés des facteurs Prévention et Type de consommation



Note : l'axe vertical représente les niveaux d'acceptabilité des types de prévention, déclarés par les répondants. Les courbes représentent les types de consommation évoqués dans les vignettes.

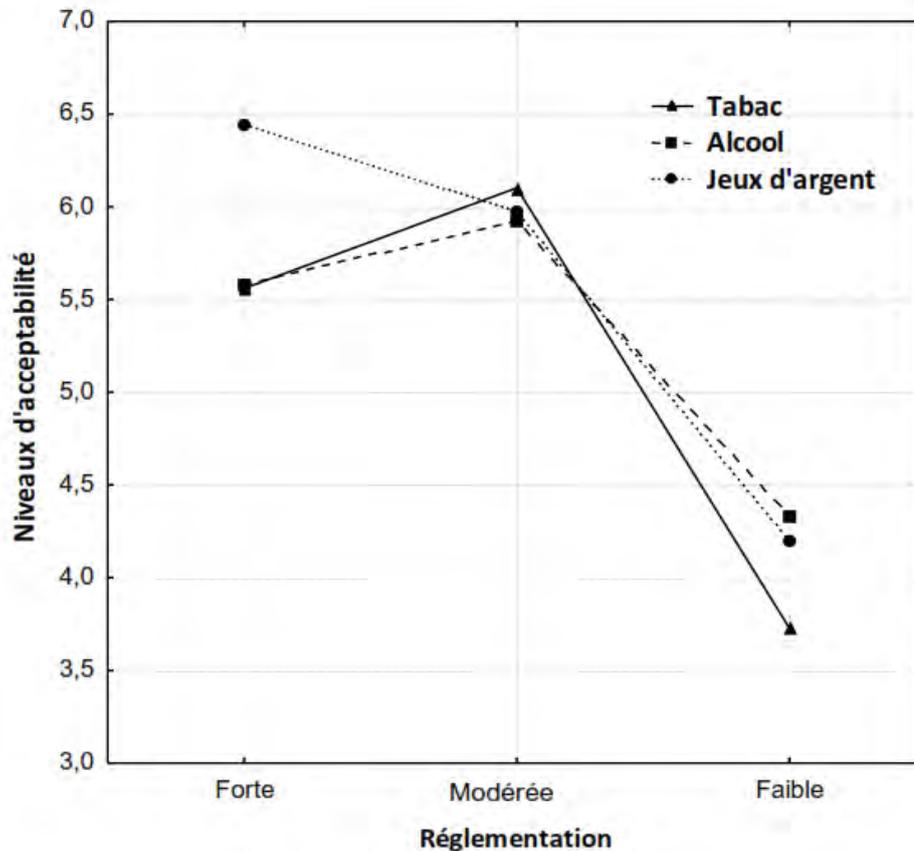
Figure 23. Combinaison des facteurs Prévention et type de consommation

Sur la figure 23, les trois courbes sont fortement ascendantes et strictement parallèles. Leur pente rigoureusement identique indique, d'une part, que les participants accordent la même importance à la prévention quel que soit le type de consommation et, d'autre part, que pour les trois types de consommation, la régularité des campagnes d'information est toujours préférable. Autrement dit, des campagnes régulières informant le public des dangers du tabac, de l'alcool et des JHA, sont souhaitables, à condition d'être continues et non ponctuelles.

De plus, pour les JHA, quel que soit le type de fréquence, les participants souhaitent une prévention plus importante que pour l'alcool et le tabac. En effet, lorsque des campagnes de prévention sont régulières, le niveau d'acceptabilité pour les JHA s'élève à environ 6,15/10 alors qu'il est de 5,95/10 pour l'alcool et de 5,75/10 pour le tabac. Ces écarts sont approximativement les mêmes lorsqu'il n'y a pas de prévention.

Les répondants estiment nécessaire davantage de prévention sur les jeux d'argent qu'à l'égard de l'alcool et du tabac peut-être en raison des moindres informations délivrées au public que celles concernant l'alcool et le tabac actuellement. Par leurs réponses, ils feraient état d'une sensibilisation plus forte aux méfaits parfois dramatiques des JHA.

Annexe 7. Effets combinés des facteurs Réglementation et Type de consommation



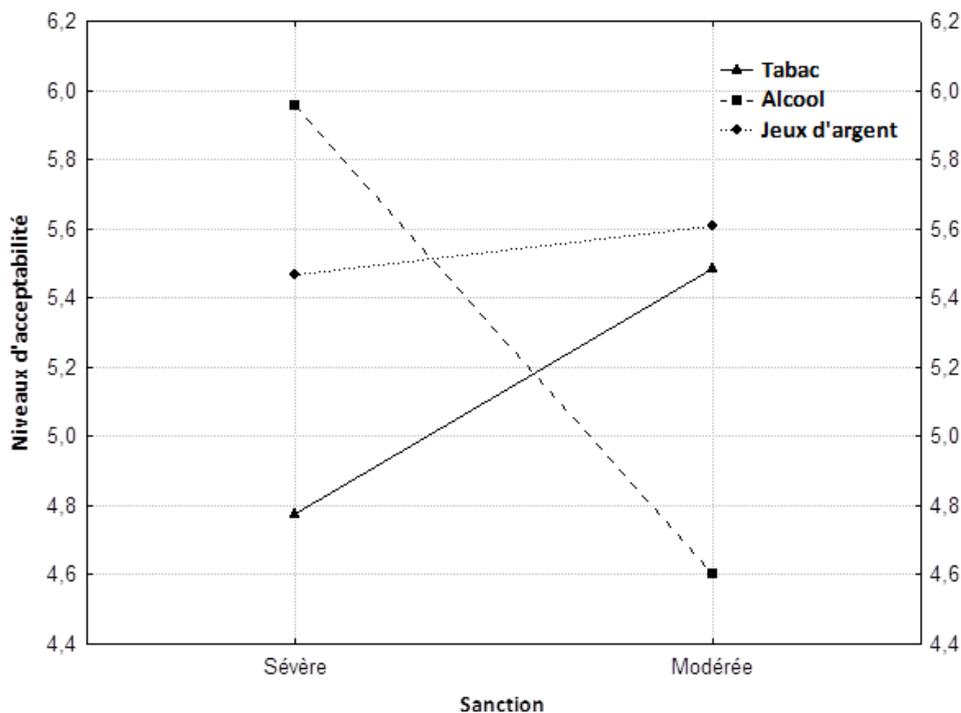
Note : l'ordonnée représente les niveaux d'acceptabilité des politiques de réglementation, déclarés par les répondants. Les courbes correspondent aux types de consommation évoqués dans les vignettes.

Figure 24. Combinaison des facteurs Réglementation et type de consommation

De la figure 24, trois constats peuvent être posés. En premier lieu, le type de « réglementation faible » est rejeté par l'ensemble des répondants, encore plus fortement pour le tabac (environ 3,75/10) que pour les JHA (à peu près 4,2/10) et pour l'alcool (près de 4,3/10). En deuxième lieu, l'acceptabilité d'une réglementation modérée rencontre la même valeur tant pour le tabac que pour l'alcool. En troisième lieu, en ce qui concerne les JHA, le plus haut niveau d'acceptabilité est pour une réglementation forte (environ 6,5/10).

Finalement, l'information « réglementation » n'a pas le même impact selon le type de consommation. Si pour les trois types de consommation, la réglementation modérée est nettement préférée à une réglementation faible, en revanche, la réglementation forte est fortement privilégiée pour les JHA.

Annexe 8. Effets combinés des facteurs Sanction et Type de consommation



Note : l'axe vertical correspond aux niveaux d'acceptabilité des niveaux de sanction. Les courbes représentent les types de consommation évoqués dans les vignettes.

Figure 25. Combinaison des facteurs Sanction et type de consommation

La figure 25 représente l'impact du type de consommation sur l'acceptabilité des sanctions par les répondants.

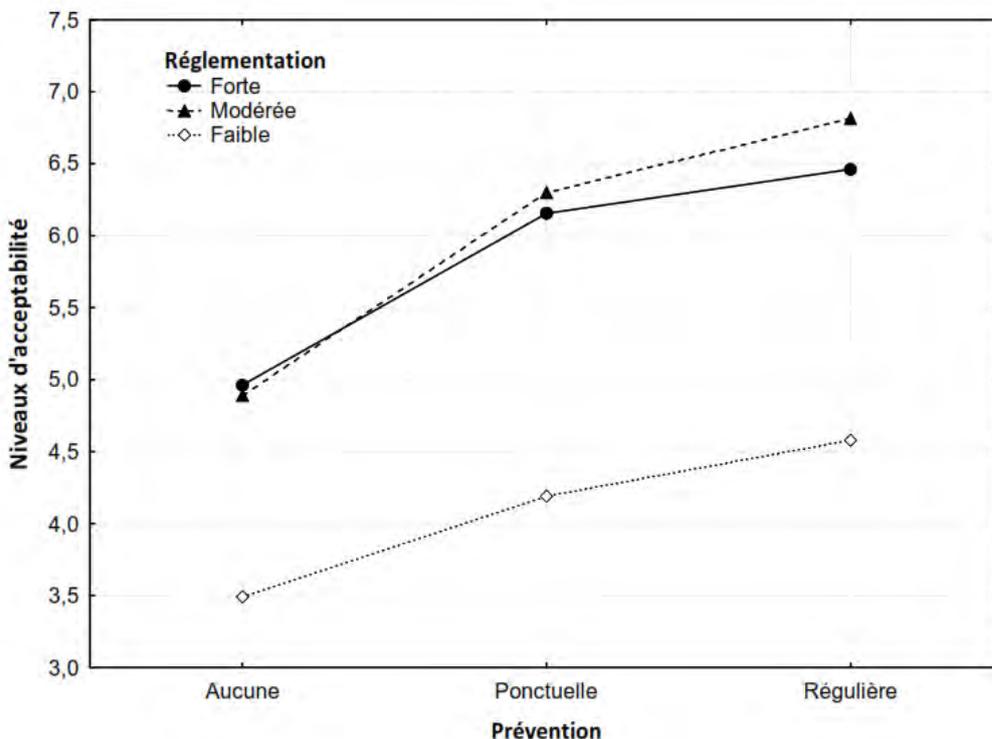
En ce qui concerne l'alcool, le niveau « sanction sévère » est le plus acceptable (près de 6/10) plutôt que modéré (environ 4,6/10). Autrement dit, une politique de sanction modérée relative à l'alcool est fortement rejetée par les répondants français.

La courbe relative au tabac est ascendante, avec une pente importante : une répression sévère n'est pas acceptée (4,8/10).

Enfin, pour les JHA, que la sanction soit sévère ou modérée, les niveaux d'acceptabilité sont presque semblables, respectivement environ 5,45 et 5,60.

Finalement, le jugement d'acceptabilité des sanctions diffère selon le type de consommation : sévère pour l'alcool et modéré pour le tabac. L'immédiateté des méfaits de l'alcool (exemple : accidents de la route) peut expliquer cette différence de sévérité.

Annexe 9. Effets combinés des facteurs Prévention et Réglementation



Note : en ordonnée, sont indiqués les niveaux d'acceptabilité des politiques de prévention et de réglementation. Les trois courbes représentent les trois niveaux de réglementation.

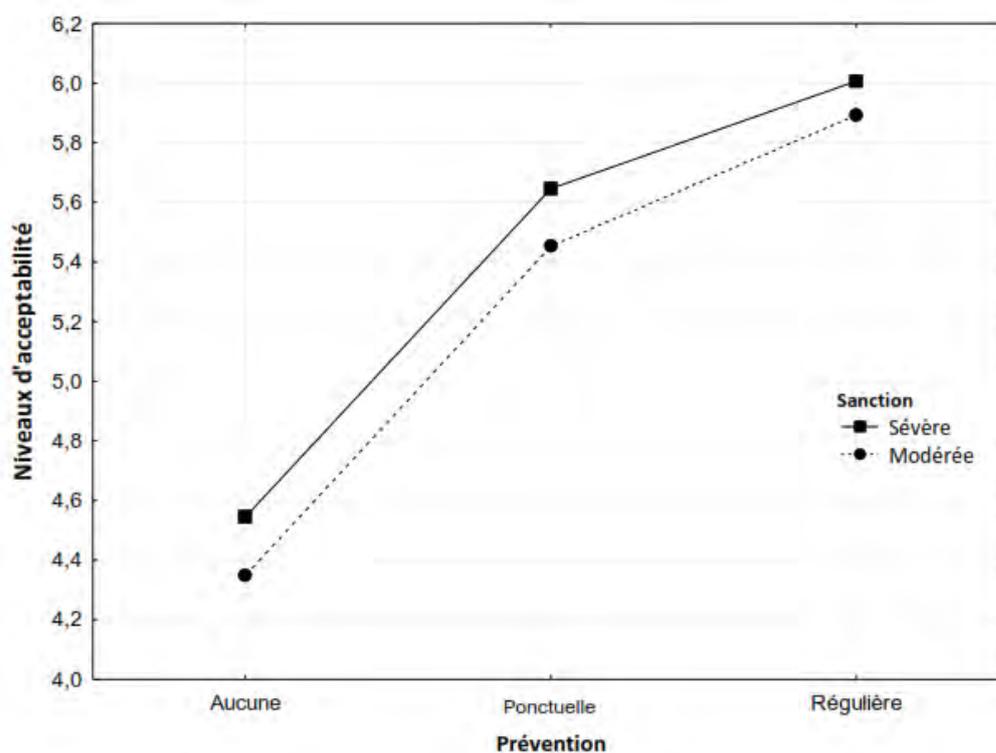
Figure 26. Combinaison des facteurs Prévention et Réglementation

Comme en témoigne la figure 26, une prévention régulière ou ponctuelle est nettement préférée à l'absence de prévention.

De plus, les courbes se présentent en éventail légèrement ouvert à droite. Cela signifie que l'impact du facteur réglementation n'est pas exactement le même selon le niveau de prévention. Quand le niveau de prévention est élevé, les répondants sont plus favorables à une réglementation modérée (environ 6,8/10) ou élevée (6,5/10). Autrement dit, les campagnes d'information auraient pour résultat d'augmenter le souhait de renforcer les politiques de régulation du point de vue réglementaire.

Enfin, une réglementation faible est fortement rejetée (écart d'environ deux points entre réglementation forte et faible sur l'échelle d'acceptabilité).

Annexe 10. Effets combinés des facteurs Prévention et Sanction



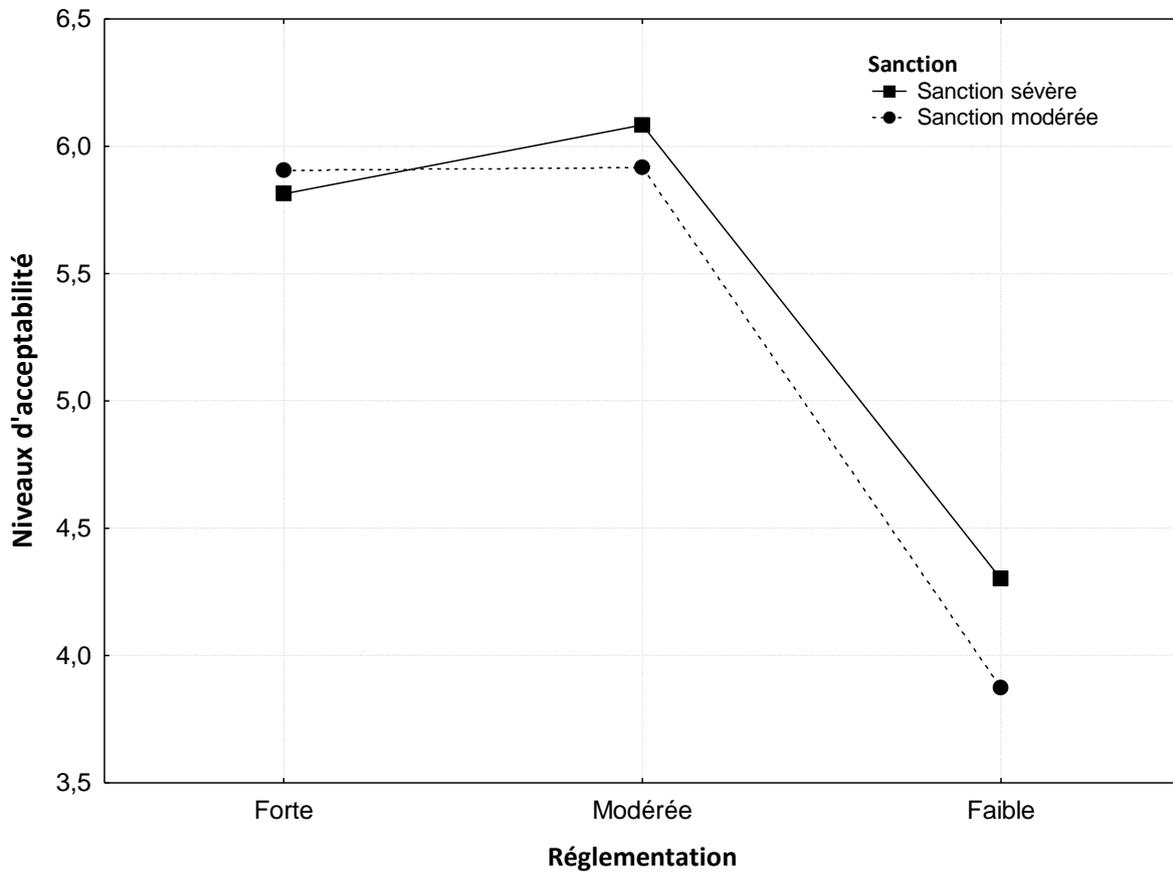
Note : sur l'axe des ordonnées, sont représentés les niveaux d'acceptabilité des politiques alliant des mesures de prévention et de sanction. Les courbes représentent les niveaux de sanction (sévère et fort).

Figure 27. Combinaison des facteurs Prévention et Sanction

Sur ce graphique, les deux courbes sont parallèles et très ascendantes. La prévention régulière associée à la sanction sévère (6/10) est privilégiée à la prévention ponctuelle et à la sanction modérée (5,45/10). L'absence de prévention est fortement rejetée.

Par le parallélisme des courbes, on peut conclure que l'impact du facteur « sanction » est le même quel que soit le niveau de prévention.

Annexe 11. Effets combinés des facteurs Réglementation et Sanction



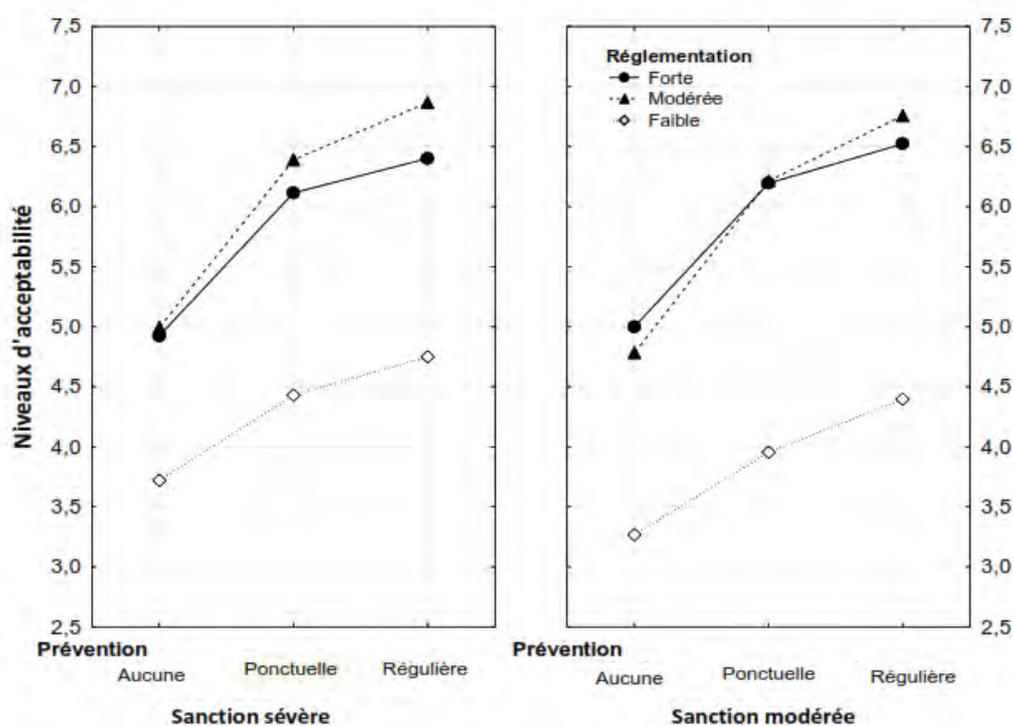
Note : l'axe des ordonnées représente le niveau d'acceptabilité des politiques alliant des mesures de réglementation et de sanction. Les courbes représentent les niveaux de sanction (sévère et modéré).

Figure 28. Combinaison des facteurs Réglementation et Sanction

La réglementation forte ou modérée, associée respectivement à une sanction sévère (à peu près 5,8/10) ou sanction modérée (environ 5,9/10) est largement préférée à la réglementation faible, que la sanction soit sévère (environ 4,3/10) ou modérée (3,8/10). Une divergence des courbes à droite est observée.

Finalement, l'impact du facteur « sanction » est pratiquement nul si la réglementation est forte ou modérée. Il devient un plus important lorsque la réglementation est faible (+ 0,5/10). En quelque sorte, la sanction se substitue à la réglementation.

Annexe 12. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction



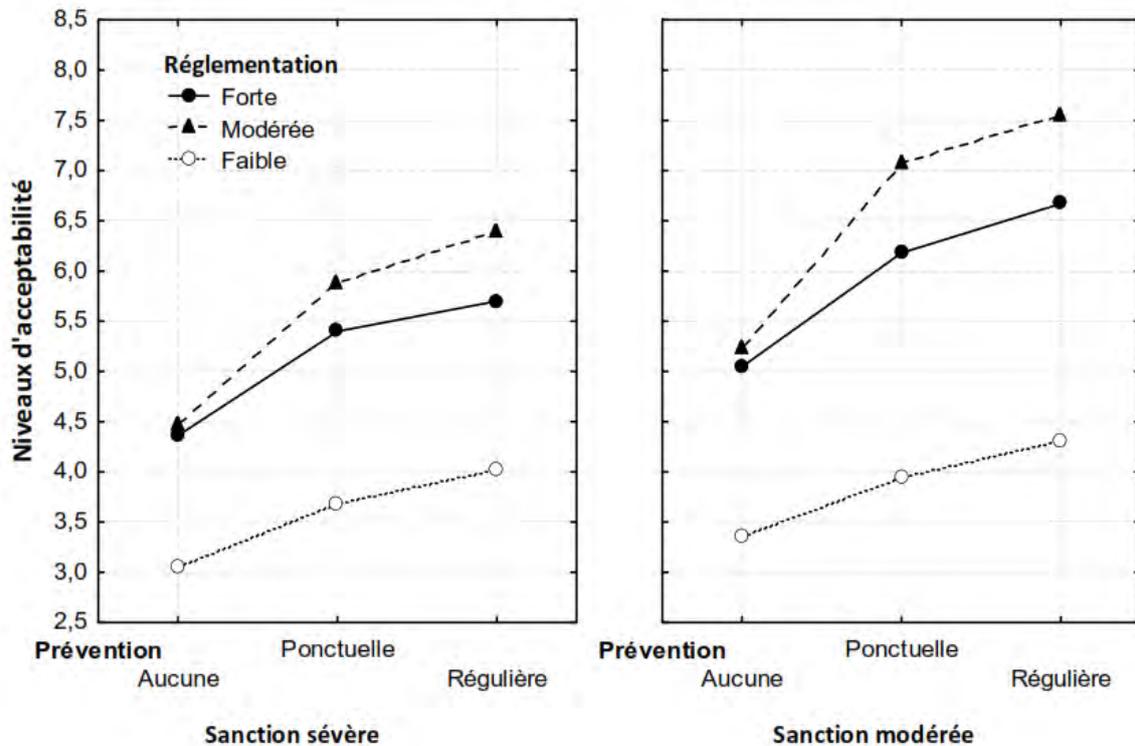
Note : les niveaux d'acceptabilité des politiques de contrôle figurent sur l'axe des ordonnées. Les courbes expriment les trois niveaux de réglementation. Le panneau de droite est relatif au niveau de sanction modérée, celui de gauche représente le niveau de sanction sévère.

Figure 29. Combinaison des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction

La figure 29 représente les impacts combinés des niveaux de prévention, de réglementation et de sanction. A peu près le même schéma s'observe qu'il s'agisse du niveau de sanction sévère ou modérée. Globalement, le niveau d'acceptabilité est très inférieur pour la réglementation faible. Les courbes « réglementation forte » et « réglementation modérée » sont à peu près identiques et au même niveau d'acceptabilité, respectivement environ 5/10 en cas d'absence de prévention et de sanction sévère et à peu près 4,9/10 en cas d'absence de prévention et de sanction modérée. En revanche, lorsque la réglementation est faible, l'acceptabilité est légèrement plus élevée en cas de sanction sévère (à peu près + 0,4/10). Dans ce cas, on pourrait dire que la sanction sévère se substitue en partie à la réglementation faible.

Finalement, les répondants ont distingué clairement les facteurs « prévention », « réglementation » et « sanction ». Il s'agit d'indépendance entre les facteurs. Ce même constat se pose au sujet des trois types de consommation (annexes 13 à 15).

Annexe 13. Effets combinés des facteurs Tabac, Prévention, Réglementation et Sanction



Note : le panneau de gauche est relatif au niveau de sanction sévère alors que celui de droite, au niveau de sanction modérée. L'axe vertical figure les niveaux d'acceptabilité des politiques de contrôle relatives au tabac.

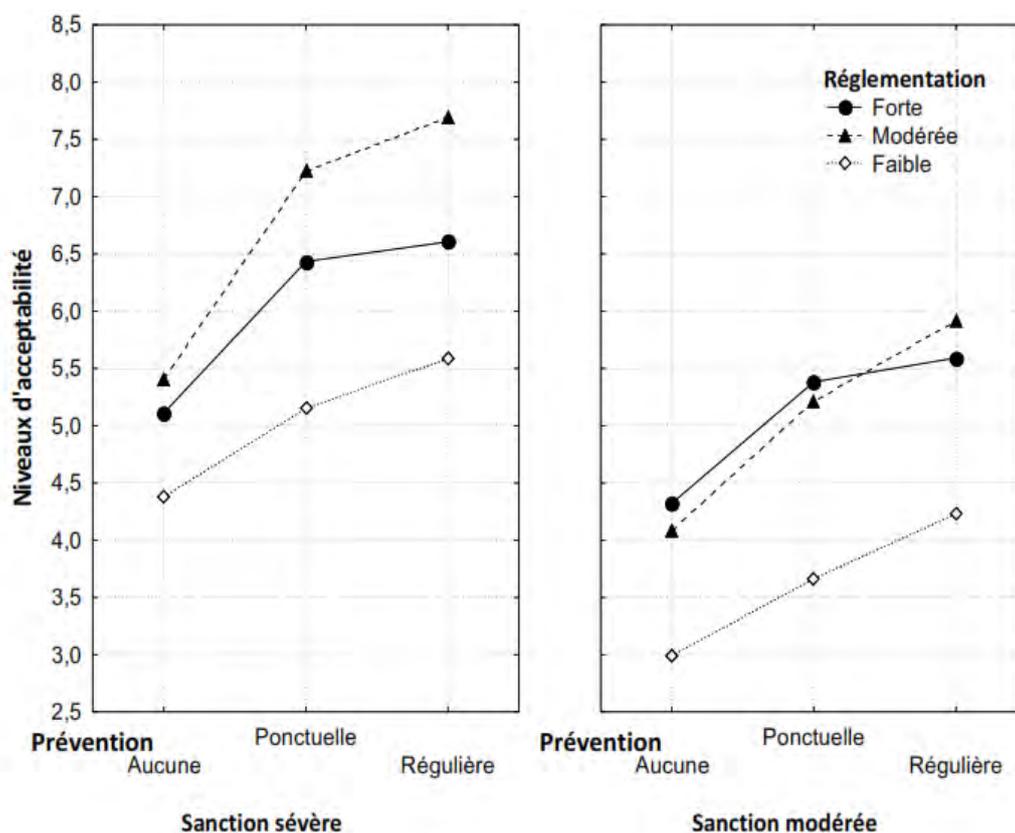
Figure 30. Combinaison des facteurs Tabac, Prévention, Réglementation et Sanction

La figure 30 représente les impacts combinés des niveaux de prévention, de réglementation et de sanction dans le cas du tabac. Pour la consommation du tabac, la prévention régulière est toujours préférée à la prévention ponctuelle ou à son absence et ce, quel que soit le niveau de sanction (sévère ou modérée).

Lorsqu'il s'agit de réglementation de la consommation de tabac, les répondants privilégient une réglementation modérée. En effet, en cas de prévention régulière et de sanction modérée, le niveau d'acceptabilité est de 7,5/10. En cas de sanction sévère, elle diminue à 6,4/10.

Enfin, le niveau de sanction modérée est plus acceptable que la sanction sévère, quel que soit le niveau de réglementation de la consommation de tabac.

Annexe 14. Effets combinés des facteurs Alcool, Prévention, Réglementation et Sanction



Note : sur l'axe vertical, figurent les niveaux d'acceptabilité des politiques de contrôle relatives à l'alcool. Le panneau de gauche est relatif au niveau de sanction sévère, celui de droite, au niveau de sanction modérée.

Figure 31. Combinaison des facteurs Alcool, Prévention, Réglementation et Sanction

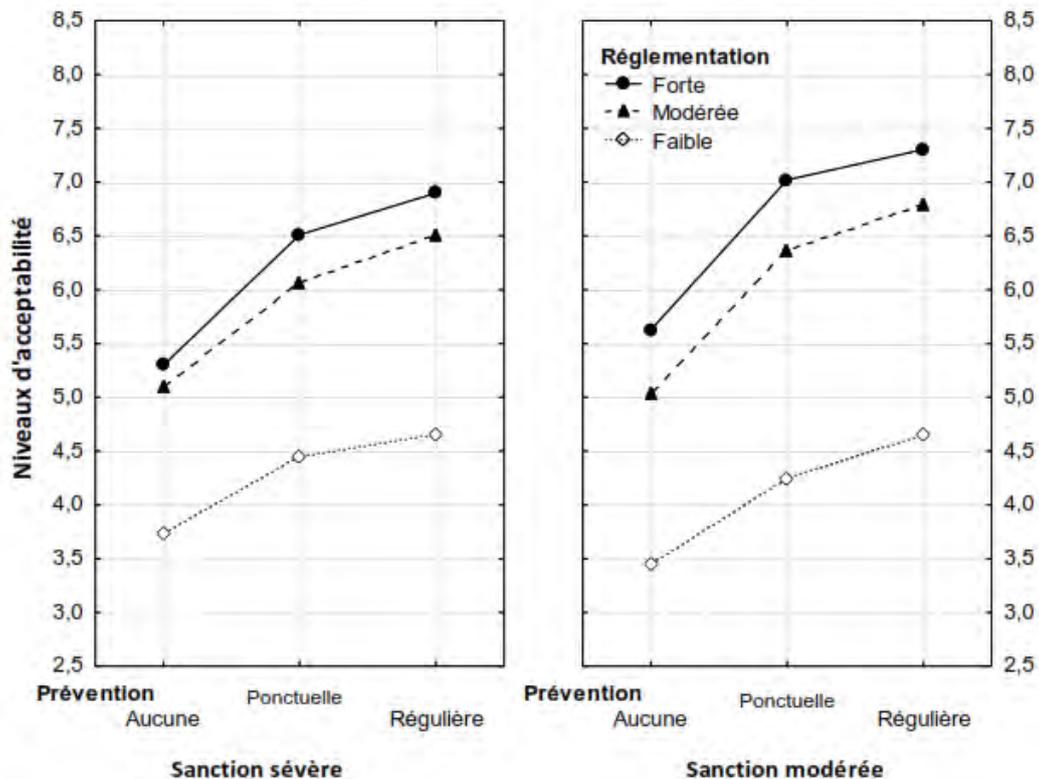
Sur la figure 31, sont représentés les effets combinés des niveaux de prévention, de réglementation et de sanction au sujet de l'alcool. Dans le panneau de gauche (« sanction sévère »), les niveaux d'acceptabilité sont beaucoup plus élevés que dans le panneau de droite (« sanction modérée »), environ un à deux points d'écart entre les deux niveaux de sanction.

La prévention régulière est préférée aux autres fréquences de prévention (aucune et ponctuelle). Ainsi, en cas de sanction sévère et de réglementation modérée, le niveau d'acceptabilité de prévention de l'alcool augmente lors de campagnes d'information régulières.

De plus, la réglementation modérée est privilégiée aux autres modalités lorsque la prévention est régulière. En effet, lorsque la prévention est régulière et la répression sévère, le niveau d'acceptabilité de la réglementation modérée de l'alcool est de 7,7/10 (point culminant). Il en est de même en cas de sanction modérée et de campagnes d'information fréquentes : le niveau d'acceptabilité de la réglementation modérée atteint environ 6/10.

En fin de compte, concernant l'alcool, si la répression forte apparaît plus acceptable que la répression modérée, les répondants sont favorables à une prévention régulière et à une réglementation modérée.

Annexe 15. Effets combinés des facteurs Jeux de hasard et d'argent, Prévention, Réglementation et Sanction



Note : sur l'axe vertical, sont représentés les niveaux d'acceptabilité des politiques de contrôle relatives aux JHA. Le panneau de gauche est relatif au niveau de sanction sévère et celui de droite, au niveau de sanction modérée.

Figure 32. Combinaison des facteurs Jeux de hasard et d'argent, Prévention, Réglementation et Sanction

La figure 32 est relative aux JHA et aux effets combinés des niveaux de prévention, de réglementation et de sanction. Dans les deux panneaux, on constate un même schéma d'acceptabilité ce qui tend à montrer que le niveau de sanction a très peu d'effet sur l'appréciation des répondants.

Concernant la prévention, quel que soit le niveau de réglementation, la régularité des campagnes d'information est toujours privilégiée. En effet, lorsque le niveau de réglementation est fort, le niveau d'acceptabilité de la prévention régulière est situé à environ 7/10, en cas de sanction sévère et à environ 7,2/10 en cas de sanction modérée.

Le point intéressant à relever est que les répondants, quelle que soit la situation, sont nettement plus favorables à une réglementation forte.

Annexe 16. Acceptabilités moyennes de chacun des facteurs, selon les neuf clusters

Groupe 1 - « Jamais favorables » (N = 91)

		Acceptabilité moyenne
Prévention		
	Aucune	0,93
	Ponctuelle	1,75
	Régulière	2,13
Réglementation		
	Forte	1,69
	Modérée	2,08
	Faible	1,04
Sanction		
	Sévère	1,30
	Modérée	1,90

Groupe 2 - « Réglementationnistes faibles ou modérés » (N = 53)

		Acceptabilité moyenne
Prévention		
	Aucune	3,45
	Ponctuelle	4,01
	Régulière	4,23
Réglementation		
	Forte	1,46
	Modérée	4,99
	Faible	5,24
Sanction		
	Sévère	3,06
	Modérée	4,74

Groupe 3 - « Réglementationnistes modérés » (N = 110)

		Acceptabilité moyenne
Prévention		
	Aucune	2,19
	Ponctuelle	3,58
	Régulière	4,07
Réglementation		
	Forte	2,30
	Modérée	5,32
	Faible	2,22
Sanction		
	Sévère	3,68
	Modérée	2,88

Groupe 4 - « Réglementationnistes modérés ou forts » (N = 112)

		Acceptabilité moyenne
Prévention		
	Aucune	4,77
	Ponctuelle	6,17
	Régulière	6,39
Réglementation		
	Forte	7,09
	Modérée	7,01
	Faible	3,23
Sanction		
	Sévère	5,75
	Modérée	5,80

Groupe 5 - « Réglementationnistes forts » (N = 239)

Acceptabilité moyenne	
Prévention	
Aucune	2,49
Ponctuelle	3,93
Régulière	4,65
Réglementation	
Forte	5,71
Modérée	3,86
Faible	1,48
Sanction	
Sévère	4,06
Modérée	3,31

Groupe 6 - « Les sanctionnistes modérés » (N = 89)

Acceptabilité moyenne	
Prévention	
Aucune	2,21
Ponctuelle	3,63
Régulière	4,02
Réglementation	
Forte	3,99
Modérée	4,21
Faible	1,66
Sanction	
Sévère	1,79
Modérée	4,78

Groupe 7 - « Sanctionnistes sévères » (N = 96)

Acceptabilité moyenne		
Prévention		
	Aucune	4,12
	Ponctuelle	5,18
	Régulière	5,59
Réglementation		
	Forte	5,70
	Modérée	5,28
	Faible	3,92
Sanction		
	Sévère	6,73
	Modérée	3,21

 Groupe 8 - « Toujours favorables » (N = 92)

Acceptabilité moyenne		
Prévention		
	Aucune	7,26
	Ponctuelle	7,53
	Régulière	7,52
Réglementation		
	Forte	7,81
	Modérée	7,63
	Faible	6,87
Sanction		
	Sévère	7,59
	Modérée	7,27

Groupe 9 - « Indécis » (N = 150)

		Acceptabilité moyenne
Prévention		
	Aucune	4,35
	Ponctuelle	5,19
	Régulière	5,47
Réglementation		
	Forte	4,93
	Modérée	5,46
	Faible	4,61
Sanction		
	Sévère	4,83
	Modérée	5,17

INDEX

- Acceptabilité, 5, 35, 119, 120, 122, 123, 128, 131,
136, 137, 146, 147, 153, 155, 156, 157, 162,
165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 176,
177, 181, 201, 211, 278, 279, 280, 282, 283,
284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291
- Accident, 14, 18, 23, 108, 110
- Addiction, 7, 13, 15, 20, 24, 30, 31, 32, 33, 39, 47,
48, 87, 90, 91, 92, 113, 144, 199, 202, 207, 211,
214, 217, 220, 227, 228, 229, 240, 244, 249,
250, 251, 253, 254, 275
- Adolescents (ou jeunes), 13, 14, 19, 42, 66, 67, 69,
70, 72, 73, 78, 81, 87, 88, 90, 93, 98, 100, 102,
103, 108, 113, 122, 124, 128, 186, 188, 204,
218, 224, 228, 236, 251, 252
- Alcool, 1, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20,
21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34,
35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,
49, 50, 51, 52, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66,
67, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94,
95, 96, 97, 98, 101, 106, 107, 108, 109, 110,
113, 114, 115, 116, 119, 120, 121, 122, 123,
124, 125, 126, 127, 132, 133, 135, 137, 138,
143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 153, 154,
155, 156, 157, 162, 165, 167, 170, 172, 175,
178, 179, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 190,
191, 193, 195, 196, 198, 201, 202, 203, 204,
205, 206, 207, 208, 210, 211, 214, 215, 216,
218, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 227, 231,
234, 239, 240, 242, 243, 246, 247, 248, 249,
274, 275, 276, 278, 280, 281, 282, 283, 289, 290
- Alcoolisations ponctuelles importantes, 6, 13, 32
- Alcoolisme, 17, 18, 27, 29, 33, 43, 45, 46, 47, 61,
62, 67, 86, 89, 107, 108, 115, 120, 150, 204,
235, 251, 262, 263, 264, 265, 266, 267
- Allemagne, 111
- ARJEL, 6, 12, 31, 43, 51, 56, 57, 58, 60, 78, 101,
102, 105, 192, 217
- Australie, 10, 37, 70, 76, 99, 119
- Auto-exclusion, 55, 57, 79, 80, 91, 104, 105, 192
- Auto-limitation, 104
- Autorisation, 50, 51, 77, 85, 103
- Binge drinking, 10, 13, 16, 42, 90
- Cancer, 13, 17, 18, 19, 21, 28, 43, 71, 110, 190,
195, 220, 231, 238, 239, 245, 247, 248, 252
- Cartographie des positions, 182
- Chine, 51, 110
- Cigarette électronique, 11, 37, 73, 92, 111, 122,
128, 191, 205, 206, 207, 228
- Circonstance aggravante, 107, 129
- Code de la santé publique, 27, 43, 51, 84, 107
- Code de la sécurité intérieure, 6, 30, 103
- Code pénal, 84, 107, 108, 187
- Conduite en état alcoolique, 109
- Control policy *Voir* Politique de contrôle
- CRD, 6
- CSAPA, 3, 6, 92, 140, 198, 243
- Dépression, 15, 19, 24, 198, 226, 234
- Distributeur automatique, 62, 68, 79
- Douanes, 7, 52, 54, 68, 75, 225
- Éducation thérapeutique, 92
- Empowerment, 93, 191, 235, 250
- EROPP, 7, 10, 119, 126, 131, 185, 195, 196
- ESCAPAD, 7, 14, 103, 220, 249
- Étiquette, 64, 72, 120, 135, 205
- Europe (voir aussi Union européenne), 10, 11, 13,
17, 23, 24, 27, 42, 47, 51, 53, 94, 99, 119, 222,
235, 253
- Expérimentation, 13, 100, 202
- Finlande, 37, 39, 99
- Française des Jeux, 7, 55, 57, 77, 78, 89, 91, 227
- France, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23,
27, 28, 35, 37, 39, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50,
51, 52, 53, 54, 56, 58, 61, 64, 65, 66, 68, 70, 71,
73, 75, 76, 78, 79, 84, 85, 88, 90, 92, 94, 95, 96,
98, 99, 101, 103, 108, 110, 111, 115, 120, 122,
123, 125, 127, 135, 136, 140, 149, 150, 151, 185,
195, 196, 199, 202, 203, 204, 205, 206, 207,
208, 210, 214, 215, 217, 219, 220, 221, 223,

- 228, 232, 233, 235, 238, 241, 243, 244, 246,
247, 249, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262,
263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271,
272, 273
- Hyperconsommation, 15, 49, 236
- Hyper-efficacité, 14, 15
- Hyper-immédiateté, 14, 15
- Indécis, 5, 141, 159, 161, 173, 174, 175, 177, 182,
183, 198, 201, 296
- Injonction thérapeutique, 107, 110, 150, 262, 263,
264, 265, 266, 267, 275
- Interdiction, 14, 27, 28, 39, 41, 43, 50, 58, 60, 67,
69, 76, 77, 78, 79, 81, 83, 84, 85, 97, 100, 103,
104, 105, 109, 111, 112, 114, 123, 126, 127,
128, 133, 136, 192, 195, 198, 203, 208, *Voir*
Prohibition
- Interdiction de jeux, 104
- Interdiction volontaire de jeux (exclusion
volontaire), 104, 105, 112, 192
- Ivresse, 11, 14, 16, 19, 26, 32, 62, 63, 83, 97, 107,
108, 110, 187, 188, 197, 235
- Jeu responsable, 29, 79, 115, 192
- Jeux de hasard et d'argent (JHA), 5, 7, 10, 11, 12,
14, 16, 23, 25, 29, 32, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43,
44, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 77,
79, 80, 81, 85, 86, 89, 90, 93, 94, 101, 102, 103,
104, 106, 111, 113, 114, 115, 119, 123, 132,
137, 143, 144, 148, 153, 154, 155, 156, 157,
159, 162, 165, 170, 174, 175, 178, 179, 182,
183, 185, 188, 193, 199, 201, 204, 205, 207,
208, 210, 227, 247, 276, 278, 280, 281, 282,
283, 291
- Juristes, 5, 140, 141, 168, 175, 186, 187, 194
- Licence (boissons alcoolisées), 62, 63, 66, 68, 82,
83
- Logo (voir aussi étiquette), 65, 69, 70
- Loi Évin, 61, 67, 98, 99, 100
- Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à
l'ouverture à la concurrence et à la régulation
du secteur des jeux d'argent et de hasard en
ligne, 12, 16, 29, 43, 49, 78
- Loi Veil, 28, 43, 98, 99
- Mois sans tabac, 99, 205, 230
- Norvège, 39, 50, 70, 80, 99
- Nouvelle-Zélande, 23, 37, 39, 70, 103, 120
- NRCCTM, 187
- Obligation de soins *Voir* Injonction thérapeutique
- OCDE, 7, 11, 76, 248
- OFDT, 7, 10, 61, 68, 74, 75, 95, 96, 119, 126, 131,
185, 199, 201, 218, 220, 233, 236, 242, 243,
245, 249
- Olievenstein, 47
- OMS (WHO), 7, 8, 10, 11, 15, 17, 21, 23, 27, 39, 41,
42, 54, 61, 67, 69, 76, 86, 87, 91, 96, 99, 185,
243, 252, 253
- Opinion politique de droite, 141, 142, 147, 148,
165, 167, 168, 170, 173, 177, 178, 186, 193,
194, 200, 284, 286, 287, 288, 289, 291
- Opinion politique de gauche, 136, 141, 142, 148,
163, 165, 166, 168, 170, 177, 178, 186, 199,
287, 288, 289, 291
- Ordre public, 26, 27, 31, 34, 37, 39, 40, 45, 56, 77,
82, 91, 107, 110, 114, 210
- Politique de contrôle, 5, 40, 41, 103, 119, 132, 136,
137, 162, 165, 175, 177, 178, 200, 201, 202,
203, 204, 208
- Positions personnelles, 1, 5, 7, 10, 25, 126, 133,
135, 136, 137, 138, 140, 141, 157, 175, 176,
177, 178, 179, 180, 182, 185, 189, 194, 198,
201, 202, 203, 205, 207, 208, 210, 211, 221
- Prévention, 5, 6, 7, 8, 21, 22, 24, 29, 38, 41, 43, 55,
62, 72, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 98, 99,
103, 110, 114, 115, 119, 120, 121, 122, 132,
137, 140, 146, 148, 149, 150, 153, 154, 156,
157, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167,
168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177,
185, 186, 187, 189, 191, 192, 193, 194, 195,
197, 198, 203, 204, 205, 207, 210, 211, 216,
218, 224, 226, 231, 233, 239, 243, 244, 250,
256, 257, 262, 263, 268, 269, 276, 277, 278,
280, 281, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 291,
292, 293, 294, 295, 296
- Professionnels de la santé, 140, 205
- Prohibition, 39, 230, 237

- Psychologues, 140, 141, 165, 166, 168, 170, 171, 175, 176, 186, 187
- Publicité, 41, 43, 48, 55, 66, 67, 76, 77, 80, 81, 84, 85, 94, 98, 102, 113, 114, 115, 125, 135, 195, 205
- Réduction des risques, 6, 44, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 93, 122, 187, 190, 191, 195, 220, 239
- Réglementation, 5, 24, 38, 51, 61, 63, 70, 80, 94, 99, 100, 101, 119, 123, 127, 132, 136, 137, 146, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 189, 191, 193, 194, 195, 197, 200, 202, 203, 204, 207, 210, 211, 212, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 276, 277, 279, 282, 284, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296
- Réglementationnistes, 159, 160, 163, 164, 166, 167, 180, 182, 183, 189, 191, 193, 194, 292, 293, 294
- Sanction, 38, 104, 112, 144, 145, 146, 148, 149, 153, 155, 156, 157, 163, 165, 167, 168, 170, 171, 173, 175, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 185, 186, 188, 195, 196, 203, 204, 210, 211, 253, 275, 276, 279, 283, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291
- Sanctionnistes, 159, 161, 169, 171, 178, 180, 181, 182, 183, 186, 188, 196, 294, 295
- Sanctions, 186
- Stoptober, 89, 99
- Tabac, 42, 53, 54, 59, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 76, 77, 84, 98, 99, 101, 110, 111, 115, 116, 135, 143, 153, 225
- Tabagisme, 8, 13, 15, 17, 18, 22, 25, 28, 29, 32, 33, 37, 40, 41, 43, 46, 47, 59, 66, 67, 69, 70, 72, 73, 75, 76, 87, 89, 92, 99, 110, 113, 115, 120, 121, 122, 123, 128, 135, 150, 188, 189, 219, 228, 236, 239, 243, 245, 256, 257, 258, 259, 260, 261
- Tabagisme passif, 17, 18, 22, 32, 99
- Tailored communication*, 122
- Tolérance zéro, 98, 129, 197
- Union européenne (voir aussi Europe), 42, 43, 46, 53, 69, 70
- Vapoteuse *Voir* cigarette électronique

TABLE DES MATIÈRES

RESUME	5
ABSTRACT.....	7
SOMMAIRE	1
Liste des figures.....	3
Liste des tableaux.....	5
Liste des abréviations.....	6
INTRODUCTION.....	9
Des consommations répandues.....	11
Des consommations qui touchent les jeunes.....	13
Des consommations symptomatiques d’une société de défis	14
Des consommations à risques sanitaires et sociaux	17
Des coûts directs et indirects élevés	21
Cadre conceptuel.....	25
CHAPITRE 1 - LE CONTEXTE DES POLITIQUES DE CONTRÔLE DE L’ALCOOL, DU TABAC ET DES JEUX DE HASARD ET D’ARGENT : DÉFINITION, OBJECTIFS ET MODALITÉS.....	36
SECTION 1.1 - LA DÉFINITION DES POLITIQUES DE CONTRÔLE DE L’ALCOOL, DU TABAC ET DES JEUX DE HASARD ET D’ARGENT PAR L’ÉTAT.....	38
SECTION 1.2 - LES OBJECTIFS DES POLITIQUES DE CONTRÔLE DU TABAC, DE L’ALCOOL ET DES JEUX DE HASARD ET D’ARGENT	44
<i>Sous-section 1.2.1 – La santé publique : une priorité</i>	<i>45</i>
<i>Sous-section 1.2.2 – Encadrer l’offre, réduire la demande : une finalité.....</i>	<i>48</i>
SECTION 1.3 - LE CONTENU DES POLITIQUES DE CONTRÔLE DE L’ALCOOL, DU TABAC ET DES JEUX DE HASARD ET D’ARGENT	49
<i>Sous- section 1.3.1 – Le contrôle de la production.....</i>	<i>51</i>
§ 1.3.1.1 – Les réglementations relatives au contrôle de la production de boissons alcoolisées.....	51
§ 1.3.1.2 – Les réglementations relatives au contrôle de la production des produits du tabac	53
§ 1.3.1.3 – Les réglementations relatives au contrôle de la production des jeux de hasard et d’argent	55
§ 1.3.1.4 – Les mesures répressives prévues dans le contrôle de la production.....	58

1.3.1.4.1 – Les sanctions relatives à la production des boissons alcoolisées.....	58
1.3.1.4.2 – Les sanctions relatives à la production illicite de produits du tabac.....	59
1.3.1.4.3 – Les sanctions relatives à la production de jeux de hasard et d'argent.....	59
<i>Sous-section 1.3.2 – Le contrôle de la commercialisation.....</i>	<i>60</i>
§ 1.3.2.1 – Les réglementations relatives à la commercialisation des boissons alcoolisées61	
1.3.2.1.1. Les autorisations de vente de boissons alcoolisées.....	61
1.3.2.1.2. Les interdictions de vente de boissons alcoolisées	62
1.3.2.1.3. Les prix des boissons alcoolisées.....	63
1.3.2.1.4. Les étiquettes de boissons alcoolisées	64
1.3.2.1.5. L'implantation des points de vente de boissons alcoolisées.....	66
1.3.2.1.6. La publicité restreinte des boissons alcoolisées.....	66
§ 1.3.2.2 – Les réglementations relatives à la commercialisation des produits du tabac....	67
1.3.2.2.1. Les autorisations de vente des produits du tabac	68
1.3.2.2.2. Les interdictions de vente aux mineurs	69
1.3.2.2.3. Le paquet neutre	69
1.3.2.2.4. Les prix des produits manufacturés du tabac	73
1.3.2.2.5. L'interdiction de la publicité des produits du tabac	76
§ 1.3.2.3 – Les réglementations relatives à la commercialisation des jeux de hasard et d'argent	77
1.3.2.3.1. Les interdictions de commercialisation des jeux de hasard et d'argent	78
1.3.2.3.2. L'obligation de délivrer une offre de « jeu responsable »	79
1.3.2.3.3. La publicité encadrée des jeux de hasard et d'argent.....	80
§ 1.3.2.4 – Les mesures répressives prévues dans le contrôle de la commercialisation	81
1.3.2.4.1. Les sanctions relatives à la commercialisation de boissons alcoolisées	82
1.3.2.4.1.1. Les fermetures judiciaires et administratives	82
1.3.2.4.1.2. La mise en cause de la responsabilité de l'exploitant d'un débit de boissons.....	83
1.3.2.4.2 – Les sanctions relatives à la commercialisation des produits du tabac.....	84
1.3.2.4.3 – Les sanctions relatives à la commercialisation des jeux de hasard et d'argent	85
<i>Sous-section 1.3.3 – Le contrôle de la consommation.....</i>	<i>85</i>
§ 1.3.3.1 – De la prévention, à la réduction des risques.....	86
1.3.3.1.1 – La prévention	86
1.3.3.1.2 – La réduction des risques	89
§ 1.3.3.2 – Les réglementations relatives à la consommation	94
1.3.3.2.1. Les réglementations relatives à la consommation d'alcool	94
1.3.3.2.1.1. Les lieux de consommation de boissons alcoolisées	97
1.3.3.2.1.2. Les niveaux d'alcoolémie autorisés	97
1.3.3.2.2. Les réglementations relatives à la consommation de tabac	98
1.3.3.2.2.1. La réglementation des lieux de consommation du tabac.....	99
1.3.3.2.2.2. Les restrictions d'achat de produits du tabac.....	101
1.3.3.2.3. Les réglementations relatives à la pratique des jeux de hasard et d'argent .	101

1.3.3.2.3.1. Le contrôle d'identité.....	103
1.3.3.2.3.2. Auto-limitation et auto-exclusion de jeux.....	104
1.3.3.2.3.3. Les gains tirés de la pratique des jeux d'argent et de hasard.....	106
§ 1.3.3.3 – Le contentieux relatif à la consommation.....	106
1.3.3.3.1 – Le contentieux relatif à la consommation d'alcool.....	107
1.3.3.3.1.1. L'ivresse publique et manifeste.....	107
1.3.3.3.1.2. Les infractions d'atteintes aux personnes en cas d'usage d'alcool.....	107
1.3.3.3.1.3. La commission d'un délit ou d'un crime lors d'un alcoolisme avéré.....	107
1.3.3.3.1.4. Le contentieux relatif à la conduite en état d'ivresse.....	108
1.3.3.3.1.5. L'injonction thérapeutique.....	110
1.3.3.3.2 – Le contentieux relatif à la consommation de tabac.....	110
1.3.3.3.3 – Le contentieux de la pratique des jeux de hasard et d'argent.....	111
CONCLUSION.....	113
CHAPITRE 2 - L'ACCEPTABILITÉ DES POLITIQUES DE CONTRÔLE DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT.....	118
SECTION 2.1 – L'ACCEPTABILITE DES MESURES PREVENTIVES.....	119
SECTION 2.2 – L'ACCEPTABILITE DES MESURES DE REGLEMENTATION.....	123
SECTION 2.3 – L'ACCEPTABILITE DES MESURES REPRESSIVES.....	128
CONCLUSION.....	132
CHAPITRE 3 - PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	134
SECTION 3.1 - PROBLEMATIQUE.....	135
SECTION 3.2 – HYPOTHESES.....	136
CHAPITRE 4 - CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	139
SECTION 4.1 - LES PARTICIPANTS.....	140
SECTION 4.2 - LA THEORIE FONCTIONNELLE DE LA COGNITION D'ANDERSON.....	145
<i>Sous-section 4.2.1. Présentation de la Théorie Fonctionnelle de la Cognition d'Anderson.....</i>	<i>145</i>
<i>Sous-section 4.2.2. Intérêts de la Théorie Fonctionnelle de la Cognition d'Anderson.</i>	<i>148</i>
<i>Sous-section 4.2.3. Les conditions du protocole expérimental.....</i>	<i>149</i>
SECTION 4.3 - MATERIEL.....	149
SECTION 4.4 - PROCEDURE.....	151
CHAPITRE 5 - RÉSULTATS.....	152
SECTION 5.1 - RESULTATS DES ANALYSES DE VARIANCES.....	153
SECTION 5.2 - RESULTATS DE L'ANALYSE EN CLUSTERS.....	157

<i>Sous-section 5.2.1. Présentation des groupes</i>	162
§ 5.2.1.1. Groupe 1 - « Jamais favorables »	162
§ 5.2.1.2. Groupe 2 - « Réglementationnistes faibles ou modérés »	163
§ 5.2.1.3. Groupe 3 - « Réglementationnistes modérés »	164
§ 5.2.1.4. Groupe 4 - « Réglementationnistes modérés ou forts »	166
§ 5.2.1.5. Groupe 5 - « Réglementationnistes forts »	167
§ 5.2.1.6. Groupe 6 - « Sanctionnistes modérés »	169
§ 5.2.1.7. Groupe 7 - « Sanctionnistes sévères »	171
§ 5.2.1.8. Groupe 8 - « Toujours favorables »	172
§ 5.2.1.9. Groupe 9 - « Indécis »	173
<i>Sous-section 5.2.2. Caractéristiques sociodémographiques des répondants et positions sur les politiques de contrôle</i>	175
<i>Sous-section 5.2.3. Distances euclidiennes entre les six groupes ayant des positions nuancées</i>	177
<i>Sous-section 5.2.4. Types de politiques de contrôle préférées et consommations problématiques</i>	178
<i>Sous-section 5.2.5. Positions concernant les politiques de contrôle selon l'intensité des comportements addictifs des répondants</i>	180
<i>Sous-section 5.2.6. Cartographie des positions concernant les politiques de contrôle fort (réglementation forte et sanction sévère) de l'alcool, du tabac et des JHA</i>	182
CHAPITRE 6 - DISCUSSION	184
SECTION 6.1 - LES POSITIONS EN FAVEUR DES POLITIQUES DE CONTROLE MODERE	185
6.1.1. <i>Du point de vue des niveaux de sanction</i>	186
Groupe 6 - « Sanctionnistes modérés »	186
6.1.2. <i>Du point de vue des niveaux de réglementation</i>	189
Groupe 2 - « Réglementationnistes faibles ou modérés »	189
Groupe 3 - « Réglementationnistes modérés »	191
Groupe 4 - « Réglementationnistes modérés ou forts »	193
SECTION 6.2 - LES POSITIONS EN FAVEUR DES POLITIQUES DE CONTROLE FORT	194
6.2.1. <i>Du point de vue des réglementations</i>	194
Groupe 5 - « Réglementationnistes forts »	194
6.2.2. <i>Du point de vue des niveaux de sanction</i>	196
Groupe 7 - « Sanctionnistes sévères »	196
SECTION 6.3 - LES POSITIONS SYSTEMATIQUES	198
Groupe 1 - « Jamais favorables »	198
Groupe 8 - « Toujours favorables »	200
Groupe 9 - « Indécis »	201
SECTION 6.4 - LES POSITIONS DES REpondants AYANT UNE FORTE CONSOMMATION	201

SECTION 6.5 - IMPLICATIONS.....	202
SECTION 6.6 - LIMITES	205
SECTION 6.7 - PERSPECTIVES	207
CONCLUSION	209
RÉFÉRENCES	213
ANNEXES.....	255
Annexe 1 - Matériel utilisé	256
Annexe 2. Fiche de caractéristiques personnelles du participant.....	274
Annexe 3. Tableau des trois facteurs par niveau.....	276
Annexe 4. Synthèse de tous les effets des facteurs.....	277
Annexe 5. Effets des facteurs intra-sujets.....	278
Annexe 6. Effets combinés des facteurs Prévention et Type de consommation	280
Annexe 7. Effets combinés des facteurs Réglementation et Type de consommation	282
Annexe 8. Effets combinés des facteurs Sanction et Type de consommation	283
Annexe 9. Effets combinés des facteurs Prévention et Réglementation	284
Annexe 10. Effets combinés des facteurs Prévention et Sanction.....	285
Annexe 11. Effets combinés des facteurs Réglementation et Sanction.....	286
Annexe 12. Effets combinés des facteurs Prévention, Réglementation et Sanction	287
Annexe 13. Effets combinés des facteurs Tabac, Prévention, Réglementation et Sanction	288
Annexe 14. Effets combinés des facteurs Alcool, Prévention, Réglementation et Sanction	289
Annexe 15. Effets combinés des facteurs Jeux de hasard et d'argent, Prévention, Réglementation et Sanction	291
Annexe 16. Acceptabilités moyennes de chacun des facteurs, selon les neuf clusters	292
INDEX	297
TABLE DES MATIÈRES.....	300