

**Stratégie d'action alcool**  
**Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé**  
**liés à la consommation d'alcool**

**Plan du document**

**1. Les enjeux**

**2. Les objectifs d'une politique de santé publique en matière d'alcool**

**3. Et la société française avec l'alcool, où en est-elle ?**

3.1 Mortalité, morbidité et handicaps liés à la consommation d'alcool

3.2 Les données de la consommation d'alcool

*3.2.1 Toutes les classes d'âge sont concernées par la consommation d'alcool mais les usages se différencient selon les générations et les temps de la vie*

*3.2.2 La consommation d'alcool est souvent associée à celle d'autres substances*

*3.2.3 La consommation d'alcool est socialement différenciée, surtout chez les hommes*

*3.2.4 Il existe de fortes disparités régionales de la consommation de l'alcool et de ses conséquences*

3.3 Les attitudes vis-à-vis de l'alcool : une dangerosité reconnue de longue date mais sous-estimée

3.4 Les comparaisons européennes sur le long terme mettent en évidence des évolutions lentes, une tendance à l'homogénéisation des usages mais la persistance de fortes différences

**4. Les connaissances actuelles dans le domaine épidémiologique, préventif et clinique**

4.1 Beaucoup de données et d'études mais des processus liant consommation et problèmes sanitaires et sociaux encore largement incompris

4.2 Une clarification de l'effet des niveaux de consommation sur la mortalité et la morbidité

4.3 Les données actuelles de la prise en charge thérapeutique de la dépendance

4.4 Les interventions préventives

## **5. Quelles sont les forces et les faiblesses de la politique de santé publique actuelle ?**

5.1 La réglementation

5.2 La communication publique : bilan de l'action du CFES

5.3 L'éducation pour la santé en direction des adolescents

5.4 La prise en charge : évaluation du dispositif de soins

5.5 La répression

## **6. Quelle stratégie pour réduire les conséquences de l'alcool sur la santé ?**

6.1 Cibler les différents types d'usage : consommation quotidienne, gros buveurs et consommations festives

6.2 Substituer la notion de consommation faible à la notion de consommation modérée

6.3 Les principes

*6.3.1 Agir de façon intense et continue*

*6.3.2 Adopter une approche combinée des conduites de consommation des substances addictives chaque fois que c'est efficace, notamment en terme de prévention*

*6.3.3 Combiner dans chaque programme l'information actualisée, la communication, les approches éducatives, les interventions individuelles et une action globale et vigoureuse sur le contexte*

*6.3.4 Agir prioritairement dans les groupes sociaux ou les zones géographiques dont les indicateurs sanitaires liés à l'alcool sont les plus mauvais*

## **7. Les grands axes du programme de santé publique**

7.1 Intensifier et diversifier la communication publique pour diffuser les normes de consommation basse

7.2 Réduire les comportements à risques et les accidents de la circulation liés aux consommations festives

*7.2.1 Information*

*7.2.2 Communication*

*7.2.3 Réduction des risques et partenariat*

*7.2.4 Contrôle et répression de la conduite sous l'influence de l'alcool*

7.3 Mettre en place chez les adolescents une éducation portant simultanément sur toutes les substances psychoactives

7.4 Développer un contexte favorable à une consommation faible

*7.4.1 Communication vers les élus et les leaders d'opinion*

*7.4.2 Réglementation*

7.5 Repérer l'usage nocif en médecine générale pour motiver et aider les buveurs à réduire leur consommation

7.6 Prise en charge des malades de l'alcool : améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des techniques de traitement et la prévention des rechutes pour les personnes ayant une dépendance à l'alcool

*7.6.1 L'offre de soins et l'accessibilité aux soins*

*7.6.2 La qualité des soins*

*7.6.3 La prise en charge des personnes et la prévention des rechutes*

7.7 Accentuer la prise en compte de la consommation d'alcool pendant la grossesse

## **8. Recherche et évaluation**

## **9. Les moyens d'une politique de l'alcool**

## **Stratégie d'action alcool**

### **Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool**

L'alcool est responsable de 45 000 décès par an<sup>1</sup>, 16 000 sont dus à des cancers, 8200 à des affections digestives, 7600 à des maladies cardiovasculaires, 7700 à des accidents et traumatismes. Au total, l'alcool contribue à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins. La mortalité a baissé régulièrement compte tenu de la baisse continue de la consommation d'alcool en France depuis 50 ans. Elle reste très inégalitaire en termes de catégories sociales et de disparités régionales.

Les pouvoirs publics ont la responsabilité de tout mettre en œuvre pour réduire ces morts prématurées et inégalement distribuées dans la société et sur le territoire en ajustant les mesures existant de longue date contre l'alcoolisme aux usages actuels de l'alcool, aux représentations sociales, aux enjeux économiques, et en développant des modes d'intervention acceptables et efficaces.

#### **1. Les enjeux**

La transformation de l'usage de l'alcool, et des drogues d'une façon plus générale, est un processus spontané et permanent dans la société française. Pour l'alcool, en France comme ailleurs en Europe, cette transformation est lente, s'effectuant au rythme des générations compte tenu de l'ancrage de l'usage dans les modes de vie et la culture et de son poids dans l'économie. Le défi d'une politique de santé publique est donc aujourd'hui d'accélérer ce processus de réduction globale de la consommation d'alcool en s'attachant tant à la consommation moyenne, qu'aux consommations occasionnelles excessives et plus seulement de lutter contre l'alcoolisme sur lequel se focalisent les représentations péjoratives. Une telle ambition nécessite un remaniement des représentations sociales, met en cause des intérêts économiques centraux dans la société française, impose de nouvelles hiérarchies de priorités.

Elle engage donc sur le long terme de larges secteurs de la société autour d'une série d'enjeux :

- découpler identité nationale et consommation d'alcool.
- transformer les représentations sociales de l'alcool qui stigmatisent l'alcoolisme et l'alcoolique et minimisent les conséquences de la consommation habituelle d'alcool vue comme faisant partie des modes de vie courants. Au-delà d'un seuil de consommation faible, la consommation d'alcool doit être considérée comme un continuum, les risques pour la santé augmentant avec les quantités consommées.
- réduire l'influence de l'industrie de l'alcool sur d'autres secteurs économiques ou de loisirs.
- faire prendre conscience à l'ensemble des acteurs de la société française du poids de l'alcool dans la mortalité prématurée, dans les inégalités de santé, dans les accidents, dans les conflits et les violences sociales, notamment familiales.
- accroître l'intérêt des professionnels de santé pour la question de l'alcool en actualisant leur information et les méthodes d'intervention.

---

<sup>1</sup> Ce chiffre a été calculé par les chercheurs en ajoutant aux décès directement liés à l'alcool une fraction des décès de diverses maladies et des accidents qui sont favorisés ou aggravés par la consommation d'alcool.

## **2. Les objectifs d'une politique de santé publique en matière d'alcool**

- réduire la consommation d'alcool pour réduire l'ensemble des risques à long terme liés à l'usage d'alcool (cancers et maladies cardio-vasculaires notamment) ;
- réduire la mortalité, la morbidité et les handicaps résultant des accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool ;
- prévenir le développement de l'usage nocif et l'installation de la dépendance liée à l'alcool ;
- développer l'accessibilité de modes de prise en charge efficaces pour les personnes en difficulté avec l'alcool sur le plan social (désinsertion, violences familiales) et médical (dépendance, pathologies liées à l'alcool) ;
- promouvoir la recherche, en particulier améliorer la qualité et la précision du dispositif de suivi des usages et des consommations et de leur retentissement épidémiologique.

Ces objectifs ne recourent pas l'ensemble des dommages causés par la consommation d'alcool pour la santé de la population française. Ils concernent les domaines dans lesquels une action résolue, claire et cohérente des pouvoirs publics est susceptible de réduire significativement le poids de la maladie et des accidents liés à l'alcool et d'offrir aux personnes en difficulté avec l'alcool les prises en charge auxquelles elles ont droit.

## **3. Et la société française avec l'alcool, où en est-elle ?**

### 3.1 Mortalité, morbidité et handicaps liés à la consommation d'alcool

La mortalité prématurée attribuable à l'alcool (hors accidents et traumatismes) est particulièrement importante chez les hommes entre 35 et 64 ans (12 à 18 % selon les groupes d'âge), elle est moindre chez les femmes mais représente cependant 7 à 10 % selon les groupes d'âge<sup>2</sup>. Un accident mortel de la circulation sur trois est attribuable à l'alcool. Cette mortalité touche tous les groupes d'âge et est maximale entre 30 et 40 ans puis baisse chez les conducteurs plus âgés<sup>3</sup>.

### 3.2 Les données de la consommation d'alcool

Le contexte français est marqué par une consommation d'alcool étendue à presque toute la population adulte qui tend à la baisse sur le long terme mais se différencie fortement en fonction des générations, des âges, des contextes et des milieux sociaux.

*3.2.1 Toutes les classes d'âge sont concernées par la consommation d'alcool mais les usages se différencient selon les générations et les temps de la vie*

Les données de consommation par âge rendent compte du double phénomène de génération et d'évolution des modes de consommation au cours de la vie. Il existe une forte différenciation sexuelle de la consommation d'alcool à tous les âges, les femmes consommant moins et différemment des hommes.

---

<sup>2</sup> INSERM. Expertise collective : Effets de l'alcool sur la santé ( 2001)

<sup>3</sup> L'évaluation de la contribution de l'alcool aux accidents mortels de la circulation doit tenir compte non seulement des conducteurs impliqués dont l'alcoolémie dépasse le seuil légal mais aussi de la proportion élevée (20 % environ) des impliqués non testés parmi lesquels la proportion d'alcoolémie excessive est selon les experts plus élevée. Les estimations actuelles se fondent sur les données d'une étude de l'ensemble des accidents mortels menée en 1990 et qui n'a pas encore été reproduite (C.Got, communication personnelle).

L'initiation aux substances psychoactives est un phénomène marquant de l'adolescence. L'alcool et le tabac, faciles d'accès, précèdent en général les autres produits, la consommation des premiers favorise les seconds par un effet direct et sous l'influence de facteurs de risque communs. Ces facteurs de risque sont multiples (individuels, familiaux et sociaux) mais la contribution propre de chaque facteur et les mécanismes prédisposants restent très mal compris<sup>4</sup>.

Cependant la précocité des usages, notamment du tabac et de l'alcool, au début de l'adolescence est un prédicteur des niveaux et des modes de consommation dans les années suivantes. La relation avec les consommations à l'âge adulte est mal évaluée, certains auteurs observent un rôle prédicteur, d'autres pas. La socialisation dans le groupe de pairs joue un rôle majeur dans les conduites de consommation<sup>5</sup>.

La consommation quotidienne est d'autant plus élevée que l'âge augmente : ce n'est qu'après 45 ans chez les hommes que cette consommation quotidienne devient majoritaire, chez les femmes elle s'élève aussi régulièrement avec l'âge pour atteindre 33 % entre 65 et 75 ans. Entre 20 et 45 ans, le rythme de consommation est majoritairement hebdomadaire, la consommation augmentant le week-end dans tous les groupes d'âge (le samedi chez les moins de 35 ans et le dimanche chez les plus âgés). L'accroissement de la consommation durant le week-end est particulièrement élevé chez les jeunes (de moins de 25 ans) avec des niveaux supérieurs à ceux des adultes plus âgés. De même, les ivresses sont très fréquentes chez les hommes entre 15 et 34 ans, puis diminuent. Elles sont nettement moins fréquentes chez les femmes et diminuent beaucoup plus vite avec l'âge<sup>6</sup>. Ces différences d'âge traduisent un effet de génération qui se manifeste par la baisse régulière de la consommation quotidienne depuis une cinquantaine d'années.

Le risque de dépendance évalué avec l'indicateur DETA est un phénomène qui concerne principalement les adultes d'âge mûr : 13,3 % des hommes et 4,1 % des femmes, avec des maxima dans le groupe 45-54 ans<sup>7</sup>.

Des transformations existent aussi quant aux types de boissons consommées. La part du vin, boisson souvent quotidienne, est croissante avec l'âge<sup>8</sup>. Globalement la part du vin dans la totalité de l'alcool consommée décroît au profit des spiritueux et de la bière.

### *3.2.2 La consommation d'alcool est souvent associée à celle d'autres substances.*

Tout au long de la vie, compte tenu de l'unicité des processus neurobiologiques, comportementaux et sociaux, les consommations de substances psychoactives sont associées : la consommation de tabac et de drogues illicites est plus forte chez les consommateurs d'alcool, et d'autant plus forte que les quantités d'alcool consommées sont élevées<sup>9</sup>.

---

<sup>4</sup> S.Ledoux, A.Sizaret, C. Hassler, M.Choquet. Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Revue des études de cohorte. Alcoologie et Addictologie, 2000, 22,1, 19-40.

<sup>5</sup> Enquête rétrospective d'un échantillon d'adultes, IREB, 1996 citée dans CFES. Alcool et communication. Un cadre pour les actions nationales. 1997-1999, 1997.

<sup>6</sup> Baromètre santé. Premiers résultats 2000 : 45 % des adolescents de 15 à 19 ans, 55 % des 20-25 ans et 38 % des 26-34 ans ont été ivres au moins une fois dans l'année, ces pourcentages sont pour les femmes de 28 %, 24 % et 11 %.

<sup>7</sup> Baromètre santé. Premiers résultats 2000

<sup>8</sup> OFDT. Indicateurs et tendances.

<sup>9</sup> OFDT. Indicateurs et tendances ; Données du Baromètre santé adultes de 1996.

Chez les jeunes ces associations sont aussi bien documentées : les enquêtes récentes menées soit en milieu scolaire (ESPAD, 1999) ou lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (2000) indique une forte association entre l'usage répété d'une même substance et la consommation de plusieurs substances<sup>10</sup>.

### *3.2.3 La consommation d'alcool est socialement différenciée, surtout chez les hommes*

Il existe une forte différenciation sociale de la consommation d'alcool : plus faible dans les catégories de cadres supérieurs et de professions intermédiaires, elle est élevée chez les employés et les artisans, et intermédiaire dans les catégories d'employés chez les hommes alors que chez les femmes les différences entre catégories sociales sont faibles<sup>11</sup>. Ces différences sociales sont associées à celles concernant le tabac et d'autres composantes du comportement. Les mécanismes qui associent consommation d'alcool et catégories sociales conjuguent des facteurs étiologiques et des effets de sélection complexes et encore très mal compris. Par contre l'impact des différences sociales de la consommation sur la santé est considérable et explique en grande partie la très mauvaise place occupée par la France dans les inégalités sociales de la mortalité chez les hommes<sup>12</sup>. Chez les jeunes les différenciations sociales sont abordées à travers les filières scolaires et se combinent aux parcours scolaires et aux modes de vie familiaux : autour de 17 ans, les adolescents des filières professionnelles ou non scolarisés ont un niveau de consommation d'alcool mais aussi de cannabis et de tabac plus élevé que leurs congénères lycéens de l'enseignement général<sup>13</sup>.

### *3.2.4 Il existe de fortes disparités régionales de la consommation de l'alcool et de ses conséquences*

Alors que les différences régionales dans la consommation déclarée apparaissent faibles, les contrastes de mortalité, particulièrement de la mortalité masculine, sont particulièrement forts sur le territoire national selon un axe nord-est / sud-ouest avec des régions comme la Bretagne, le Nord-Pas de Calais, la Picardie et dans une moindre mesure la Lorraine qui connaissent des forts excès de mortalité liés à la fois à l'alcool et au tabac. La Bourgogne, le Centre, le Limousin et l'Auvergne sont marqués par des excès de mortalité liée à l'alcool. Ces comportements individuels sont associés au niveau collectif à des indices d'urbanisation et de structure d'emploi et d'activité. L'analyse de la mortalité à un niveau géographique plus fin révèle que certaines zones à l'intérieur d'ensembles géographiques plus vastes ont des excès de mortalité associés à des consommations d'alcool ou de tabac particulièrement élevés : par exemple pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures : la Seine-Saint-Denis, le Val de Marne et le Val d'Oise.<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999. Evolution 1993-9. Tendances, 2000,6. Et F.Beck, S.Legleye, P. Peretti-Watel. Regards sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. OFDT, 2001.

<sup>11</sup> O. Brixi, T.Lang. Comportements, in A.Leclerc, D.Fassin, H. Grandjean et al (ed) Les inégalités sociales de santé. INSERM, La Découverte (2000) p 395.

<sup>12</sup> « Les inégalités importantes de mortalité prématurée des hommes français peuvent être dans une large mesure attribuées aux grandes différences de mortalité par cirrhose du foie et par cancers des voies aéro-digestives supérieures. Le fait qu'une consommation excessive d'alcool soit un facteur de risque commun à ces deux groupes de maladie amène à penser que la consommation de boisson joue un rôle clé dans les différences exceptionnelles de la mortalité prématurée en France. » A.E. Kunst et al : Inégalités sociales de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens in A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean et al p 64.

<sup>13</sup> F. Beck, S. Legleye, P. Peretti-Watel. Regards sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. OFDT, 2001. Les OR pour une consommation de plus de 10 fois dans les 30 derniers jours vs. 3-9 fois sont de 1,42 pour l'enseignement professionnel et de 1,92 pour les non scolarisés en référence à l'enseignement général.

<sup>14</sup> G.Salem, S.Rican, E.Jouglu. Atlas de la santé en France. Volume 1 : Les causes de décès. John Libbey Eurotext, Montrouge, 1999.

### 3.3 Les attitudes vis-à-vis de l'alcool : une dangerosité reconnue de longue date mais sous-estimée

La dangerosité de l'alcool est reconnue de longue date. Le rapport Roques<sup>15</sup> qui a connu un large retentissement a mis en perspective cette dangerosité par rapport à celle des autres produits psychoactifs licites ou non, contribuant plutôt à mettre en cause cette distinction non fondée sur des données biologiques et comportementales qu'à faire réfléchir sur l'usage de l'alcool. Si l'alcool est de plus en plus souvent cité spontanément comme une drogue, cette perception reste minoritaire (20 % des répondants de l'enquête EROPP 1999)<sup>16</sup>, les représentations positives de l'alcool restent prépondérantes et l'alcool fait partie intégrante de la culture alimentaire et festive<sup>17</sup>. La question est celle de la norme de la consommation excessive. Dans les perceptions des français, la norme de dangerosité dans l'usage quotidien se situe au-delà de 3 verres par jour (moyenne 3,7 pour la norme masculine et 3 pour la norme féminine). La consommation d'alcool lors d'une soirée entre amis n'est considérée comme excessive qu'au-delà de 3 verres d'apéritif ou de digestif et de 4 verres de vin. Les limitations apportées à la publicité ou à la vente d'alcool dans les enceintes sportives suscitent une adhésion d'une large fraction de la population (71 % et 79 %) mais cette adhésion est d'un niveau modéré (30 % et 47 % seulement jugent ces mesures très bonnes). Dans les représentations appréhendées d'une façon plus qualitatives, le danger de l'alcool reste figuré par la déchéance morale, sociale et physique de l'alcoolique<sup>18</sup>.

### 3.4 Les comparaisons européennes sur le long terme mettent en évidence des évolutions lentes, une tendance à l'homogénéisation des usages mais la persistance de fortes différences.

Si des différences importantes persistent en Europe quant aux niveaux et aux modes de consommation, on assiste à un certain rapprochement dans la mesure où les pays méditerranéens, tout comme la France - qui a commencé ce mouvement bien avant les autres - réduisent leur consommation de vin et que l'encadrement très strict des ventes d'alcool dans les pays du Nord a été assoupli ; conjugué à d'autres influences, cet assouplissement a entraîné une augmentation de la consommation. Un phénomène d'uniformisation liée au style de vie est aussi à l'œuvre mais de fortes différences persistent encore à travers l'Union européenne. L'analyse des tendances dans les différents pays indique que le processus de changement est très lent et s'effectue sur une génération tant quant aux boissons consommées qu'au mode de consommation (consommation quotidienne, consommation festive, occasion de consommation massive - *binge drinking*), qu'aux types de boissons associées aux différents contextes ou aux lieux de consommation. Les facteurs associés à l'évolution des usages sont multiples et leur contribution propre reste mal connue faute de données comparables dans les différents pays. Les modes de boire (usages) marquent une forte inertie malgré les changements profonds des conditions de vie, des contextes économiques et des politiques de contrôle et de prévention.

Parallèlement, le lien entre la mortalité spécifique (cirrhose du foie et causes directement liées à la consommation d'alcool) et la consommation par tête est clairement mis en évidence par les études comparatives entre 14 pays de l'Union européenne entre 1950 et 1995.

---

<sup>15</sup> B.Roques. La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé. Paris Odile Jacob/La documentation française, 1999, 318p.

<sup>16</sup> F. Beck, P. Peretti-Watel EROPP99. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes. OFDTavril 2000.

<sup>17</sup> B.Maresca, P.Le Quéau, G. Badeyan, G. Rotbart. Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Evin. Etudes et Résultats, 2000, 78.

<sup>18</sup> D.Rudelic-Fernandez, scénarios sur la drogue – rapport CRIPS, 2001.



## **4. Les connaissances actuelles dans le domaine épidémiologique, préventif et clinique**

### 4.1 Beaucoup de données et d'études mais des processus liant consommation et problèmes sanitaires et sociaux encore largement incompris<sup>19</sup>

La relation entre la consommation moyenne et la proportion de gros buveurs, le lien entre la distribution de la consommation d'alcool dans une population d'une part et les effets sanitaires et sociaux d'autre part ont fait l'objet de nombreuses études, pour l'essentiel anglo-saxonnes. Elles reposent dans la majorité des cas sur des modélisations mathématiques intégrant des données de consommation et des paramètres épidémiologiques sous un grand nombre d'hypothèses. Malgré les nombreuses inconnues et limites des modèles, les études menées sur des données étrangères valident l'existence d'une relation dynamique entre la consommation per capita et la proportion de buveurs excessifs. Toutefois la population n'est pas homogène vis-à-vis de la consommation et de son évolution. Au niveau individuel, la consommation est le fruit de déterminants individuels et de leur interaction mais elle est aussi liée à des contextes collectifs. Les relations entre les caractéristiques individuelles ou sociales, les consommations et leurs conséquences sanitaires ou sociales sont mal comprises et la chaîne causale est loin d'être univoque : chaque élément peut jouer le rôle de déterminant, de résultat ou de médiateur. Ainsi malgré l'étendue des données et l'accumulation d'études, les données scientifiques disponibles ne permettent pas de modéliser de façon fiable la consommation d'alcool et ses conséquences au sein d'une population. A fortiori en France, où de tels travaux n'ont pas été menés.

### 4.2 Une clarification de l'effet des niveaux de consommation sur la mortalité et la morbidité

Le large écho donné à l'identification d'effets protecteurs de consommation modérée d'alcool a quelque peu brouillé le message sur les risques associés à l'alcool. L'expertise collective de l'INSERM a eu pour objectif de faire le point sur les effets de la consommation d'alcool sur la santé (hors accidents et traumatismes) à partir de l'ensemble des données disponibles et d'identifier les déterminants, les modes de consommation, les effets sociaux, et les réponses sanitaires à la consommation d'alcool

Cette expertise collective a fait le point sur les bénéfices et les risques associés à différents niveaux de consommation compte tenu de l'observation dans certaines études d'un bénéfice d'une consommation d'alcool pour les maladies cardio-vasculaires. Les conclusions peuvent être résumées de la façon suivante :

- il existe un effet protecteur cardio-vasculaire pour de faibles doses d'alcool consommé quotidiennement mais avec une augmentation rapide du risque d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral et de cirrhose.
- l'effet « bénéfique » d'une consommation modérée d'alcool a été rapporté pour des populations de plus de 40 ans mais ne tient pas compte des décès prématurés et des pathologies engendrés par cette consommation. On peut cependant conclure, en reprenant les résultats de l'enquête ECAS faite sur 15 pays européens, que cet effet n'a aucune signification au niveau de la population générale des 15-85 ans.
- en ce qui concerne les différentes catégories d'alcool : les études faites dans différents pays consommant majoritairement des types d'alcool différents (spiritueux, bières, vins) montrent que l'on obtient des résultats comparables, ce qui amène à conclure que c'est bien l'éthanol qui a un effet et non pas le type de boisson.

---

<sup>19</sup> Voir l'analyse réalisée par L.Mongeau. La prévention des problèmes reliés à l'alcool : pistes d'action. 1997. Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montérégie, Montréal.

### 4.3 Les données actuelles de la prise en charge thérapeutique de la dépendance

Le but principal du traitement des patients ayant un problème avec l'alcool est d'améliorer leur qualité de vie globale, c'est à dire leur santé physique, leur santé psychique ainsi que leur vie sociale au sens le plus large du terme. Ceci impose une modification de leur comportement d'alcoolisation, qu'il s'agisse d'un retour à une consommation contrôlée pour un consommateur non ou peu dépendant, ou du maintien d'une abstinence pour les patients manifestement dépendants. La prise en charge ne consiste pas à appliquer des procédures standardisées mais à négocier avec le patient un programme thérapeutique s'intégrant dans un contrat clair et prenant en compte l'ensemble des problèmes, programme dont le premier temps est le sevrage<sup>20</sup>.

Le sevrage a fait l'objet d'une conférence de consensus en mars 1999<sup>21</sup>. Son objectif est de diminuer l'hyperexcitabilité cérébrale pour prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage, mais aussi de permettre au patient d'entrer dans un processus d'abstention complète et durable de l'alcool.

Actuellement, 10 à 30% des sevrages sont réalisés en institution, les autres en ambulatoire ce qui est compatible avec une dépendance physique modérée. Le sevrage repose sur une information et une mise en confiance, une hydratation suffisante, une chimiothérapie anxiolytique (benzodiazépines), éventuellement des neuroleptiques, une vitaminothérapie B1-B6 ; des études sont en cours en ce qui concerne l'utilisation des inhibiteurs calciques, des antagonistes des acides aminés excitateurs et de l'oxyde nitrique.

Il est très important d'envisager, dès la phase de sevrage, l'accompagnement médico-psychosocial qui permettra le rétablissement du patient à long terme. Un accompagnement psychologique et un soutien psychothérapique sont souvent nécessaires (les psychothérapies cognitives et comportementales ont prouvé leur efficacité mais sont trop peu répandues en France). En complément du soutien psychologique, des traitements peuvent être prescrits : soit non spécifiques (anxiolytiques et antidépresseurs), soit spécifiques (disulfirame, acamprostate, naltrexone)

### 4.4 Les interventions préventives

L'INSERM a rendu publique en juin 2001 une expertise des démarches et méthodes en éducation pour la santé des jeunes qui passe en revue les données scientifiques récentes sur leur qualité, leur cohérence et leur efficacité. Un chapitre est consacré à la consommation des produits psychoactifs qui repose essentiellement sur la littérature étrangère car très peu de données françaises font l'objet de publications<sup>22</sup>.

Les travaux publiés dans la littérature internationale portent en général sur des actions concernant un produit particulier, alcool, tabac ou drogues. Les actions de prévention concernant l'alcool visent principalement à limiter les risques liés à l'ivresse et les conduites sexuelles à risque, à aider les jeunes à avoir une consommation responsable plutôt que l'abstention complète de consommation, à traiter l'alcoolisation juvénile. Compte tenu des usages et des fonctions de l'alcool, les programmes spécifiques comportent parfois un volet sur le renforcement des compétences sociales générales des jeunes.

---

<sup>20</sup> F. Paille. L'alcool de l'usage à la dépendance : 2000

<sup>21</sup> Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant – Conférence de consensus - ANAES – SFA Paris 17 mars 1999 ; Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage - Conférence de consensus - ANAES – SFA Paris – 7 et 8 mars 2001.

<sup>22</sup> Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Expertise collective INSERM, 2001.

Chez les acteurs de prévention dans ce domaine, il existe un écart énorme entre les acquis scientifiques et la formation des professionnels. De plus la perception de la dangerosité de l'alcoolisation juvénile est très inégale. Interroger systématiquement les jeunes sur l'alcool et le tabac dans les examens de routine permet d'offrir l'opportunité de discuter ces questions et éventuellement d'orienter les jeunes. Le rôle des parents apparaît essentiel et leur implication dans l'action préventive devrait être recherchée.

Les experts relèvent que la formation des professionnels de nuit (barmen etc) à l'identification précoce des signes d'ivresse, l'alcoolémie zéro pour les jeunes conducteurs, l'augmentation du prix de l'alcool dans les bars et l'organisation du raccompagnement se montrent efficaces. Parmi les actions de proximité, faute d'évaluation suffisante, il ne ressort pas une évidente efficacité d'un programme particulier. Compte tenu de l'étendue du phénomène, les auteurs concluent à l'intérêt de s'appuyer sur l'expérience des jeunes avec les produits pour discuter et construire des comportements alternatifs au cours d'interventions collectives brèves. Les jeunes à haut risque, en particulier quand l'alcoolisme est un problème familial, doivent se voir proposer des interventions en dehors de l'école pour garantir la confidentialité. L'accent devrait être mis non sur la prévention de l'initiation ou la consommation occasionnelle (qui s'avère très peu efficace) mais sur le passage à une consommation plus régulière et sur la prévention des risques liés à une consommation excessive, notamment l'ivresse.

Le principe adopté en France d'une approche globale des conduites à risque dans les actions de prévention des substances psychoactives n'a pas fait l'objet d'évaluation scientifique publiée.

## **5. Quelles sont les forces et les faiblesses de la politique de santé publique actuelle ?**

### 5.1 La réglementation

La production, la commercialisation et l'offre d'alcool dans les commerces, dans les cafés et restaurants fait l'objet d'une importante réglementation qui vise à en contrôler l'accessibilité, à protéger les mineurs et à prévenir les désordres liés à l'ivresse publique. Elle prend son origine dans la très ancienne et complexe réglementation des débits de boissons qui remonte au Moyen-Age, refondue dès la III<sup>ème</sup> République dans une optique de protection de la santé publique contre les méfaits de l'alcoolisme. La loi Evin du 10 janvier 1991 s'est plus particulièrement attachée à la protection des mineurs contre l'alcoolisme (interdiction de vente d'alcool aux mineurs de seize ans, interdiction de vente d'alcool dans les enceintes sportives, interdiction de recevoir dans les débits de boissons un mineur de 16 ans non accompagné d'un majeur), à la limitation du contenu et des supports de la publicité pour les boissons alcooliques et à l'information du consommateur (mention sanitaire sur les publicités). Sur ce dernier point, le code de la santé publique se contente de rendre obligatoire l'apposition sur chaque publicité en faveur des boissons alcooliques d'un message sanitaire précisant que « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé. »

Contrairement à la réglementation applicable au tabac, rien n'est actuellement prévu en ce qui concerne les unités mêmes de conditionnement des alcools. La répétition de cette mention sur les publicités depuis dix ans, de même que l'absence d'obligations réglementaires en termes de taille, de contraste ou d'impression de la mention sanitaire, a contribué à sa banalisation et a permis aux publicités en faveur de l'alcool de se conformer à la réglementation sans trop dénaturer leur caractère valorisant et attrayant.

La réglementation comporte en outre un volet fiscal différencié en fonction de la classification des alcools, pour lequel une harmonisation communautaire a été engagée depuis le début des années 1990.

Cette réglementation très touffue est pour partie obsolète. Elle est affaiblie par la multiplication des exceptions et des régimes particuliers et peu efficace en terme de santé publique. Elle mêle de façon contradictoire des textes favorables à la production et au commerce des alcools fabriqués en France et des textes protecteurs de la santé publique, les premiers dominant largement par leur portée et leur impact. Globalement l'accessibilité à l'alcool est beaucoup plus large en France que dans l'Europe du nord où le niveau de contraintes a conduit à des productions et des échanges clandestins.

Dans le cadre de l'harmonisation européenne, les réglementations devraient se rapprocher. Toutefois, cette harmonisation s'oriente plutôt dans un premier temps vers la facilitation des échanges commerciaux et la levée des obstacles protectionnistes que vers la lutte contre les risques liés à l'alcool<sup>23</sup>. Les dimensions sanitaires liées à la consommation d'alcool ont connu de récents développements au plan européen depuis l'entrée en vigueur de l'article 152 (des traités consolidés) qui pose le principe de la prise en compte d'un haut niveau de santé publique dans l'élaboration de toutes les politiques communautaires. Une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool ainsi qu'une recommandation concernant la consommation d'alcool chez les jeunes ont ainsi vu le jour très récemment, dans la lignée des travaux menés sur ce thème dans le cadre de l'OMS Europe.

Le code de la santé publique prévoit la dimension pathologique de la conduite alcoolique et organise sa prévention et sa prise en charge. Il regroupe en outre depuis juin 2000<sup>24</sup> les dispositions relatives à l'encadrement de l'offre de boissons alcooliques et de la publicité (loi Evin) ainsi que les mesures de protection des mineurs contre l'alcoolisme et de répression de l'ivresse publique. La réglementation de la publicité pour les boissons alcooliques prévue par la loi Evin a été fortement affaiblie par les amendements successifs qui en ont restreint considérablement la portée. De plus, les mesures de la loi Evin sur l'alcool suscitent une adhésion moins franche que celles concernant le tabac, en particulier chez les moins de 35 ans<sup>25</sup>.

Enfin, le code de la route prévoit la possibilité de contrôles préventifs d'alcoolémie ou en cas de crimes et délits. Il précise les sanctions pénales encourues en cas de conduite sous l'emprise de l'alcool, à partir du seuil de 0,5g/l dans le sang. L'effectivité et l'efficacité de ce dispositif réglementaire ne sont pas évaluées de façon détaillée.

## 5.2 La communication publique : bilan de l'action du CFES

Depuis 1984, la communication publique s'est attachée à promouvoir la modération de la consommation plutôt que l'abstinence au fil de campagnes successives qui ont en général été fortement mémorisées et ont reçu une forte adhésion de la part du public<sup>26</sup>. Ces campagnes s'inscrivent dans une continuité passant du conseil, à la prise de conscience et à la responsabilité.

---

<sup>23</sup> F.Caballero, Y.Bisiou. Droit de la Drogue (2<sup>e</sup> édition), Dalloz, 2000.

<sup>24</sup> Nouvelle codification issue de l'ordonnance du 15 juin 2000, publiée au Journal officiel du 22 juin 2000.

<sup>25</sup> B. Maresca, P. Le Quéau, G.Badéyan, G.Rotbart. Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Evin. Etudes et résultats, août 2000, n°78 : 30 % trouvent très bonnes les limitations de la publicité sur l'alcool et 47 % l'interdiction de boire ou de distribuer de l'alcool sur les lieux sportifs.

<sup>26</sup> CFES (op.cit.)CFES. Prévention des risques liés à l'alcool.2001-2003.

Malgré cette cohérence de la démarche visant à contourner les résistances culturelles, la pression de la communication publique n'a pas été continue et n'a donc pas été suffisamment intense compte tenu de l'ampleur des risques en France.

La notion de « consommation modérée » qui figure notamment sur les mentions obligatoires de la publicité des produits alcoolisés n'apparaît pas dans la communication publique du CFES en raison de son ambiguïté, en particulier des larges marges d'interprétation laissées aux consommateurs : les gros buveurs situent la modération à des niveaux élevés. En France comme de nombreux autres pays développés, la communication publique a adopté des repères quantitatifs pour la consommation quotidienne, hebdomadaire ou occasionnelle correspondant à l'absence de risque ou à des risques faibles vis-à-vis des différentes pathologies<sup>27</sup>.

### 5.3 L'éducation pour la santé en direction des adolescents

Les experts réunis par l'INSERM qualifient d'impressionniste le constat qu'ils tirent des documents rendant compte de l'action préventive menée auprès des jeunes en France sur les actions d'éducation pour la santé concernant les substances psychoactives. Ils observent un profond clivage entre les connaissances scientifiques, y compris lorsqu'elles sont produites en France, et les actions de prévention qui les ignorent la plupart du temps. Les actions sont souvent isolées, beaucoup d'acteurs exprimant une aversion pour la notion même de programme.

Selon les cas, les actions vont s'attacher à informer sur un produit ou au contraire adopter une approche plus globale des conduites à risques sans ancrage concret dans l'expérience des jeunes. Pour autant, les actions menées comportent souvent des aspects universellement reconnus comme favorables à la qualité et l'efficacité des actions : les experts citent ainsi l'ancrage communautaire, l'implication des divers acteurs de l'école, le désir d'impliquer les parents ou encore d'améliorer la qualité de vie dans l'établissement. Les dispositifs intra (Comité d'environnement social - Comité d'Éducation à la santé et à la citoyenneté) ou extra-scolaires (Point d'accueil et d'écoute Jeunes) ont fait l'objet d'évaluation comme dispositifs sociaux et éducatifs mais pas quant à leur efficacité en terme de résultats dans les groupes cibles.

### 5.4 La prise en charge : évaluation du dispositif de soins

Dans leur rapport sur le système de soins en alcoologie, M.Reynaud et P-J Parquet<sup>28</sup> font l'évaluation suivante de l'organisation des soins aux personnes en difficulté avec l'alcool :

- ils relèvent un manque de cohérence lié à une politique insuffisamment définie, au refus ou à l'impossibilité de repérer et donc de traiter les consommations nocives, et au peu d'intérêt et de valorisation portées aux soins aux alcooliques.
- la conception, ancienne mais commode, de l'alcoolisme identifié à la dépendance et aux complications, imprègne toute l'organisation du dispositif de soins.
- le dispositif spécialisé est précaire, insuffisamment doté, peu valorisé, tant sur le plan médiatique que par les responsables politiques. Il est totalement insuffisant pour faire face à l'importance et à la gravité du problème.
- quant aux centres spécialisés, les CCAA (centres de cure ambulatoire en alcoologie), ils sont trop peu nombreux, mal répartis sur le territoire, peu dotés en moyens et peu visibles.

---

<sup>27</sup> P.Arwidson. Quelles recommandations faire au public français au sujet de la consommation d'alcool. CFES, 7 décembre 1999.

<sup>28</sup> M. Reynaud, P-J Parquet. Rapport sur l'évaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool, 1998

En médecine générale, l'organisation choisie, qui a consisté à confier la lutte contre l'alcoolisme à un dispositif totalement insuffisant, tout en assimilant les problèmes de l'alcool à l'alcoolodépendance, à ses complications et à son traitement, a entraîné de ce fait un désintérêt de la part des acteurs de premier rang, les médecins généralistes et services hospitaliers, ceux qui soignent 95% des personnes en difficulté avec l'alcool. Ceux-ci se limitent donc souvent à traiter les complications somatiques ou psychiatriques de l'alcoolodépendance et ne sont pas en mesure d'organiser un véritable projet de soins alcoologique efficace poursuivi et évalué.

En milieu hospitalier, la confusion « archaïque » entre sevrage, cure et postcure entraîne un certain flou dans le fonctionnement et l'inscription administrative des structures de soins : sevrage, traitement des complications, soins spécialisés, réadaptation, réinsertion. La situation actuelle est très hétérogène du fait de l'histoire des institutions. Ainsi le diagnostic de problème avec l'alcool n'est fait qu'une fois sur trois ; aux urgences, après une nuit de dégrisement, le patient regagne son domicile sans que le problème ait été abordé ; dans les services le traitement de la complication secondaire à l'alcoolisme est effectué le plus souvent sans que le problème de fond soit réellement abordé.

Quant aux centres de cure et de postcure, du fait de l'absence de protocoles validés et consensuels, leur fonctionnement et leur qualité sont extrêmement inégaux. Leur répartition géographique est totalement anarchique. Les soins de suite et de réadaptation sont majoritairement gérés par des associations ; il apparaît que la qualité des prestations est optimale dans les établissements de dimensions modestes.

La création d'intersecteurs d'alcoologie, a été purement conjoncturelle sans schéma d'ensemble et la réponse aux besoins est donc extrêmement variable.

Le rôle en alcoologie des hôpitaux psychiatriques n'a jamais été clairement défini même si la psychiatrie est la discipline médicale qui reçoit le plus de patients alcoolodépendants. Ainsi la réponse spécifique est très variable d'un établissement à l'autre.

### 5.5 La répression

La répression de la conduite en état d'ivresse se caractérise par un durcissement progressif des mesures, favorisé par l'amélioration constante des conditions d'établissement de la preuve de l'imprégnation alcoolique.

Des contrôles d'alcoolémie préventifs, en l'absence d'accident ou d'infraction, sont mis en place depuis 1978 et le taux d'alcoolémie connaît un abaissement progressif depuis 1970. Le régime en vigueur sanctionne par une contravention un taux d'alcoolémie compris entre 0,5g/l et 0,8 g/l et qualifie de délit un taux d'alcoolémie supérieur à 0,8 g/l. Un renforcement des autres sanctions a également été mis en œuvre de façon constante pour lutter contre le nombre croissant d'accidents de la route (retraits de points, confiscation du véhicule, délit de grande vitesse...). La mobilisation des pouvoirs publics autour de la sécurité routière (déclarée grande cause nationale 2000) a permis un renforcement notable des moyens attribués aux forces de l'ordre pour effectuer de manière régulière et massive ces contrôles sur les routes.

Malgré un recul sensible du nombre de tués (- 4,8%) et de blessés graves (- 14%) sur les routes en 2000 par rapport à 1999, il demeure difficile d'évaluer l'impact des mesures de répression sur l'accidentalité routière. Selon les chiffres les plus récents, on dénombre 35 % de conducteurs dépassant le taux légal d'alcoolémie dans les accidents mortels.

Une réflexion a déjà été engagée dans de nombreux Etats membres de l'Union européenne et au niveau communautaire sur la question du taux légal d'alcoolémie. La réflexion sur l'abaissement éventuel de ce taux en France, dans une optique de réduction du nombre d'accidents de la route, devrait être envisagée à moyen terme.

En ce qui concerne la vente d'alcool aux mineurs, le non-respect des dispositions de la loi Evin, c'est à dire la vente d'alcool à un mineur de seize ans ou la vente d'alcool dépassant la 2<sup>ème</sup> catégorie à un mineur de seize à dix huit ans, peut être sanctionnée d'une amende allant jusqu'à 25 000 F. La répression des infractions soulève des difficultés car elle suppose l'établissement d'un procès verbal dressé par un officier de police judiciaire ou d'un constat d'huissier réalisé, par exemple, à l'initiative d'une association de lutte contre l'alcoolisme. Or, les procédures de police ou de gendarmerie dans ce domaine sont extrêmement rares. La répression de ce type d'infraction est donc quasi-inexistante alors que la simple observation permet de constater que l'alcool est en vente libre quel que soit l'âge du consommateur dans la plupart des commerces à emporter.

De plus, les infractions aux dispositions encadrant la publicité en faveur des boissons alcooliques sont passibles d'une amende allant jusqu'à 500 000 F et pouvant être portée à 50 % du montant de l'opération de promotion déclarée illicite. En pratique, peu de condamnations ont été prononcées, notamment en raison des multiples dérogations et amendements consentis à la loi Evin qui laissent aux annonceurs un champ suffisamment large pour valoriser les boissons alcooliques sans encourir de sanctions. Elles ne permettent donc pas de juger de l'impact de ces sanctions.

De manière générale, l'application de la réglementation de lutte contre l'alcoolisme est conditionnée par une veille judiciaire plus aiguë et donnant lieu à plus de condamnations dissuasives, notamment en matière d'interdiction de vente aux mineurs et de lutte contre les promotions illicites. La veille judiciaire, qui repose aujourd'hui sur une seule grande association nationale, devrait être renforcée dans ce but par le biais d'une augmentation de ses moyens et des acteurs impliqués dans ce champ.

Enfin, le rapport d'évaluation de la loi Evin rendu au Premier ministre en octobre 1999<sup>29</sup> a souligné l'incohérence résultant du dispositif législatif et réglementaire actuel, la nécessité de rétablir une certaine logique dans cette architecture juridique et de mettre à plat les objectifs de santé publique que le gouvernement entend poursuivre face à la forte consommation d'alcool en France.

## **6. Quelle stratégie pour réduire les conséquences de l'alcool sur la santé ?**

La consommation d'alcool a des effets néfastes, en elle-même en perturbant le fonctionnement psychique et social des individus, et en étant à l'origine de risques accrus vis-à-vis de certaines pathologies, des accidents de la circulation et des suicides. Pour réduire ces risques, la question posée est celle du seuil de nocivité de la consommation d'alcool. La définition de ce seuil est donc un enjeu majeur. Cette définition a été rendue plus complexe par la mise en évidence d'un effet protecteur de l'alcool vis à vis de certaines maladies cardiovasculaires. Cependant l'expertise des données épidémiologiques par l'INSERM a confirmé l'étroitesse du bénéfice lié à une faible consommation d'alcool et la croissance des risques de maladie associée à l'augmentation de la consommation d'alcool à partir de seuils bas.

---

<sup>29</sup> Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme – rapport d'évaluation, La documentation française, octobre 1999.

Aujourd'hui sur la base des données disponibles, les experts s'accordent sur des seuils de consommation pour une minimisation des risques.

Ces recommandations codifiées par l'OMS sont exprimées en unités d'alcool. Elles sont reprises dans les stratégies de santé publique de nombreux pays, certains (Canada, Etats-Unis) les abaissant même pour atteindre des bénéfices sanitaires plus significatifs. Ces recommandations générales doivent être ensuite modulées en fonction de la corpulence des individus ou de certaines situations.

**Recommandations OMS pour une consommation à moindre risque**  
(1 unité = un verre standard, 10g d'alcool par unité ou par verre)

Consommations régulières

- Femmes : pas plus de 2-3 unités d'alcool en moyenne par jour (moins de 14/semaine)
- hommes : pas plus de 3-4 unités d'alcool en moyenne par jour (moins de 21/semaine)
- au moins une fois par semaine sans boisson alcoolique

Consommations occasionnelles

- pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion

Pas d'alcool dans les circonstances suivantes

- pendant la grossesse
- pendant l'enfance
- quand on conduit un véhicule
- quand on conduit une machine dangereuse
- quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance
- quand on prend certains médicaments
- dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale etc.)
- quand on est un ancien alcoolo-dépendant

En France, parmi les 12-75 ans, les consommations moyennes des buveurs quotidiens se situent largement au-dessus de ces maximums puisque les hommes déclarent en moyenne 3,3 verres et les femmes 1,8 verres<sup>30</sup>. Quant aux consommations occasionnelles, les consommations déclarées durant les week-end qui peuvent être considérées comme un indicateur de la norme d'excès, se situent en moyenne à 5,1 chez les 20-25 ans et dépassent 3 (3,2 à 3,9) dans les autres groupes d'âge<sup>31</sup>.

On peut dire en quelque sorte que dans la population française les seuils maximums de la consommation à faible risque sont dépassés par une proportion importante de la population. Ceci est d'autant plus vrai que les consommations déclarées sont considérées comme largement sous-estimées.

Les repères quantitatifs permettent de situer les objectifs de consommation de la politique de santé entre l'objectif irréaliste de l'abstinence et un accent mis de façon exclusive sur la dépendance à l'alcool. Ils servent de guide pour une action en direction de la population générale qui consomme de l'alcool dans sa très grande majorité (seuls 9 % des 12-75 ans n'ont pas consommé d'alcool dans l'année).

<sup>30</sup> Données du Baromètre Santé 2000. Op.cit.

<sup>31</sup> Données du Baromètre Santé 2000. Op.cit.



Deux questions se posent pour mettre en œuvre une politique visant à réduire les risques associés à la consommation d'alcool :

- Faut-il cibler toute la population et viser une baisse de la population moyenne par tête ou focaliser l'action de santé publique sur une baisse de la consommation dans le groupe des gros buveurs ?
- Comment communiquer à partir de ces repères pour les rendre efficaces et éviter les effets pervers ?

### 6.1 Cibler l'ensemble de la population à travers ses différents types d'usage

Faut-il cibler toute la population et viser une baisse de la population moyenne par tête ou focaliser l'action de santé publique sur une baisse de la consommation dans le groupe des gros buveurs ?

Cette alternative renvoie à une double interrogation :

- Quel est le lien au sein d'une population entre la consommation moyenne et la proportion de gros buveurs ?
- Est-il plus efficace pour maximiser le bénéfice sanitaire de faire baisser la consommation de toute la population ou de faire diminuer la consommation des gros buveurs ?

La première question a été longuement débattue à partir des données d'observation depuis la formulation par Lederman dans les années 50 de la "loi" qui porte son nom sur la relation entre la consommation par tête (ou consommation moyenne) et la proportion de gros buveurs : la consommation moyenne prédit la proportion de gros buveurs. Le caractère purement statistique de cette démonstration et l'observation d'une diversité des cultures du boire ont suscité des critiques notamment quant à la signification de cette relation et ont stimulé des travaux plus approfondis sur d'autres données. On a toutefois manqué de séries chronologiques homogènes ou de données comparables d'un pays à l'autre pour modéliser la distribution de la consommation au sein de la population et obtenir une démonstration empirique satisfaisante de ce modèle dit de la distribution unique<sup>32</sup>.

Face à cette question, la position dominante à l'heure actuelle est de considérer que dans la population, des facteurs collectifs (accessibilité, culture, réseaux sociaux) gouvernent les usages de l'alcool, qu'il s'agisse des consommations modérées ou des consommations importantes et que c'est une action conjuguée sur les dimensions collectives et les comportements individuels qui peut contribuer à une évolution des consommations dans les différentes catégories de buveurs.

Trancher la deuxième question nécessiterait de disposer pour une population déterminée de la part des décès liés à l'alcool résultant des différents niveaux de consommations. Cette évaluation n'est pas plus disponible en France que dans d'autres pays. Des modélisations ont été effectuées par différents auteurs étrangers à partir d'ensemble de données provenant de différentes populations pour évaluer l'impact respectif en terme de réduction de la mortalité, de stratégies visant la consommation moyenne ou le groupe des gros buveurs<sup>33</sup>. Ces modèles prédictifs n'aboutissent pas à des résultats tranchés, les résultats variant selon les stratégies envisagées et les causes de décès prises en considération.

---

<sup>32</sup> J. Simpura, T.Karlsson. Trends in drinking patterns among adult population in 15 european countries : 1950-2000 : a review. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2001,S18, 31-48.

<sup>33</sup> Par exemples, Norström (1995) évalue qu'une baisse de 25 % de la consommation moyenne per capita permettrait de réduire de 36 % la mortalité par accidents. Ce résultat pourrait aussi être obtenu en faisant baisser de 48 % la consommation des gros buveurs. Cette modélisation n'indique pas dans quelle mesure et à quel coût ces objectifs peuvent être atteints.

Compte tenu d'une part de la large diffusion dans la population de la consommation d'alcool et avec des niveaux élevés, d'autre part de l'absence de seuil dans la relation dose-effet dès les consommations de 20 à 30 grammes d'alcool par jour, on doit considérer la baisse de la consommation d'alcool comme un objectif pour l'ensemble de la population et pas seulement pour les gros buveurs.

Promouvoir une politique de santé publique s'adressant à toute la population sur la base des repères quantitatifs qui font l'objet d'un consensus international suppose de prendre en compte les manières de boire, c'est-à-dire les usages. Ceux-ci sont en constante évolution d'une génération à l'autre quant au type d'alcool consommé, aux occasions de boire et aux quantités absorbées. Les différences sociales et régionales conservent une grande importance. Différents usages coexistent ainsi au sein de la population. S'adresser à la population générale pour réduire la consommation moyenne ne signifie pas s'adresser à une population abstraite mais mettre en œuvre des dispositifs s'adressant aux différents segments de la population et à la variété de leurs modes de consommation.

## 6.2 Substituer la notion de consommation faible à la notion de consommation modérée

On l'a vu les consommations en France se situent pour une large proportion de la population au-dessus des seuils maximums qui font l'objet d'un consensus scientifique. Les ivresses sont fréquentes. En terme de représentations sociales, l'alcoolique reste stigmatisé tandis que l'alcool est associé à l'identité, à la convivialité et à la fête. Les seuils de dangerosité pour les accidents comme pour les risques pour la santé sont sur-estimés.

De longue date, les politiques de santé se sont attaquées à la baisse de la consommation d'alcool et pas seulement à la lutte contre l'alcoolisme, ce qui a sans doute contribué à l'évolution favorable de la consommation que l'on observe depuis plusieurs décennies. Pour se démarquer de l'objectif d'abstinence et s'adresser à la population générale, la notion de modération a été mise en avant en France et dans les autres pays sous les vocables *sensible*, *safe* ou *responsible drinking*. En France, c'est la formulation 'consommer avec modération' qui a été retenue comme mention obligatoire pour la publicité en faveur des boissons alcoolisées. Cette notion rencontre une adhésion d'autant plus large dans la population qu'elle permet à chacun de fixer sa norme de modération qui se situe dans la réalité pour une partie importante de la population très au-dessus des quantités considérées au vu des données épidémiologiques comme sans risque ou à faible risque. De plus elle permet de se distinguer de la figure repoussoir de l'alcoolique et de faire perdurer l'idée que seules la dépendance ou l'ivresse sont excessives et dangereuses. Elle conforte la légitimité de l'industrie de l'alcool.

Cette notion de modération a été abandonnée depuis longtemps dans la communication institutionnelle préventive du CFES au profit des repères quantitatifs. Il importe aujourd'hui d'aller plus loin pour frapper les esprits, c'est à dire d'abandonner dans le discours public la notion de consommation modérée comme norme de comportement ou celle de consommation excessive pour évoquer une consommation à risque pour la santé<sup>34</sup>. Dans cet esprit, l'objectif des autorités sanitaire est de diffuser dans la société comme norme de comportement celle d'une consommation faible ou basse, définie par les seuils assortis de leurs diverses modulations qui font l'objet d'un consensus scientifique. Ce changement de vocabulaire doit signifier de façon nette la nécessité d'une réduction de la consommation pour une large partie de la population. L'utilisation de ces repères, qui sont des maximums, a parfois été critiquée pour le risque de voir les petits buveurs augmenter leur consommation.

---

<sup>34</sup> Pour mémoire, les français interrogés en 1998 considéraient la consommation d'alcool lors d'une soirée entre amis comme excessive au-delà de 3 verres d'apéritif ou de digestif et de 4 verres de vin (voir p.).

Ce risque est sans doute moindre en France que dans d'autres pays compte tenu des niveaux de consommation qui se situent pour une part importante de la population au-dessus de ces repères. Dans une période de baisse de longue durée de la consommation d'alcool, cette énonciation claire assortie de repères quantitatifs peut faciliter l'adoption de comportements à moindre risque.

### 6.3 Les principes

#### *6.3.1 Agir de façon intense et continue*

Les usages de substances psychoactives conjuguent des tendances historiques de long terme avec l'introduction de substances nouvelles ou de nouveaux usages sur des temporalités plus courtes figurant de véritables phénomènes de mode. L'usage d'alcool, qui concerne la presque totalité de la population jeune et adulte, évolue plutôt au rythme des générations avec des consommations qui perdurent tout le long de la vie et dont les excès ponctuels, comme les cumuls, sont constitutifs de risques pour la santé. L'action de santé publique doit donc être soutenue, intense et continue.

#### *6.3.2 Adopter une approche combinée des conduites de consommation des substances addictives chaque fois que c'est efficace, notamment en terme de prévention.*

L'adoption, pour la première fois, d'une politique globale vis-à-vis des consommations de produits psychoactifs est le principe de base du plan gouvernemental adopté en juin 1999. A partir de ce principe général qui s'applique dans la définition de la politique sanitaire en matière de risques liés à l'alcool, l'option d'une approche spécifique ou d'une approche combinée dans les actions de santé sera prise mesure par mesure selon les objectifs et selon les interactions entre les substances et leurs conséquences pathologiques ou comportementales. Ce choix est déterminé par les pratiques de consommation des populations cibles et par ce qu'on sait de l'efficacité relative des stratégies combinées ou axées sur une substance. Il en va de même pour l'action sur l'environnement (publicité, commerce, etc.) et sur les normes sociales.

#### *6.3.3 Combiner dans chaque programme l'information actualisée, la communication, les approches éducatives, les interventions individuelles et une action globale et vigoureuse sur le contexte*

L'ampleur du projet nécessite d'apporter à la population française une information actualisée sur les pratiques, sur les risques associés aux divers niveaux de consommation et aux associations de produits ainsi que sur les aides ou les soins qu'ils peuvent obtenir pour faire face à leurs difficultés avec les produits. La politique publique doit aussi s'efforcer de rendre ces dispositifs les plus accessibles et les plus efficaces possibles grâce à un ciblage pertinent en fonction des besoins des populations, une prise en compte complète des acquis de la recherche clinique, la qualification des professionnels et la qualité de leurs pratiques. Cependant la transformation des pratiques sociales et culturelles dans le sens d'un moindre risque est aussi un processus collectif qui doit être étayé par la communication et l'éducation. La réglementation de l'offre et de la publicité vise à limiter l'exposition des adolescents et des jeunes et à réduire les incitations à la consommation d'un produit dont la toxicité est avérée. Les mesures contraignantes ou répressives s'attachent à prévenir et à sanctionner les conduites volontaires constitutives de risques graves pour soi ou pour autrui (notamment en matière de conduite de véhicules ou de violences interpersonnelles).

Néanmoins les inégalités sociales face à l'alcool et l'association de consommations excessives à des difficultés sociales majeures suggèrent que l'action de santé publique n'est pas suffisante et que c'est la société tout entière qui doit s'interroger et agir pour décrypter les phénomènes qui associent conditions de travail contraignantes, précaires ou pénibles, fragilité sociale, mauvaises conditions de vie et consommations nocives d'alcool ou d'autres drogues.

*6.3.4 Agir prioritairement dans les groupes sociaux ou les zones géographiques dont les indicateurs sanitaires liés à l'alcool sont les plus mauvais.*

La consommation d'alcool est un phénomène général empreint de fortes disparités sociales et géographiques qui se traduisent dans les indicateurs de santé. Sur fond d'une action générale s'adressant à tous, la politique de santé publique doit cibler les groupes et les zones géographiques dans lesquels l'excès de mortalité lié à l'alcool est le plus marqué. Ce ciblage concerne les contenus, les méthodes d'intervention et les ressources.

## **7. Les grands axes du programme de santé publique**

### 7.1 Intensifier et diversifier la communication publique pour diffuser les normes de consommation basse

La communication publique est le moyen principal pour atteindre la population générale. En parallèle aux autres mesures, elle suscite une prise de conscience, ébranle les normes sociales et favorise l'adoption de comportements à moindre risque. Les campagnes de communication publique se sont efforcées de représenter la diversité des situations sociales et des occasions de boire de façon à atteindre les divers segments du public. Cette action doit être poursuivie en référence aux repères quantitatifs de l'OMS avec des formes et des messages appropriés aux différents publics et à leurs usages de l'alcool : usage quotidien associé à l'alimentation dans la population adulte âgée, usage régulier associé à d'autres produits chez les adolescents et les jeunes adultes, événements festifs divers donnant lieu à des excès ponctuels, abstinence dans certaines situations etc.

La pression de la communication publique doit donc se déployer en s'appuyant sur une diversité de supports, y compris sur les conditionnements même des boissons alcooliques comme cela est déjà prévu pour les produits du tabac, et en s'adressant aux différents types de publics de façon constante en référence à ces objectifs.

### 7.2 Réduire les comportements à risques et les accidents de la circulation liés aux consommations festives

L'alcool est associé à la fête, qu'il s'agisse d'événements familiaux, sociaux ou professionnels ou des sorties entre amis ou en boîtes de nuit. L'alcoolisation des fins de semaine en témoigne et ceci dans tous les groupes d'âge (avec des niveaux élevés chez les 15-25 ans en particulier). Elle se conjugue souvent à d'autres consommations : cannabis, ecstasy, cocaïne etc. L'impact de ces alcoolisations occasionnelles, parfois massives, sur les risques est minimisé.

Ces risques sont au premier chef les risques d'accidents de la circulation, de la perte de contrôle amenant à être auteur ou victime de violences, voire de baisse de la vigilance pour les risques sexuels.

Ce risque par sa gravité dans le domaine de l'accidentabilité routière doit faire l'objet d'un programme spécifique extrêmement large alliant prévention, réduction des risques et répression.

### *7.2.1 Information*

Délivrer une information détaillée sur les données d'accidents associés à l'alcool en particulier en direction des relais d'opinion (élus, journalistes, personnalités) qui tendent à minimiser ces risques.

### *7.2.2 Communication*

La stratégie de communication doit continuer dans la lignée de ce qui a été entrepris avec des messages renouvelés sur la perte de contrôle et les risques comportementaux en associant les consommations d'autres substances, en renouvelant les formes et les slogans sans perdre la continuité qui fonde la crédibilité de la communication publique.

La stratégie du « conducteur désigné » doit être poursuivie et complétée par d'autres mesures visant à réduire les risques : légitimité de l'intervention de l'entourage comme un geste protecteur et amical non dévalorisant, conseils pour attendre la dissipation de l'effet des consommations pour la vigilance, autocontrôle par les éthylotests etc.

Cependant toutes ces mesures doivent être soigneusement étudiées et surtout évaluées pour repérer d'éventuels effets pervers difficiles à anticiper et toujours à redouter.

### *7.2.3 Réduction des risques et partenariat*

Cette stratégie qui cible les consommateurs et leur entourage ne sera efficace qu'associée à une action sur les situations de consommations en particulier dans les fêtes organisées et les lieux commerciaux. En dehors de l'interdiction des activités promotionnelles en faveur de l'alcool, la prévention doit s'appuyer sur un partenariat avec les propriétaires d'établissement et organisateurs d'événements dans l'objectif de réduction des dommages. Un tel partenariat (analogue à ce qui est réalisé par exemple avec le Syndicat National des Entreprises Gay pour la prévention du sida) peut porter sur l'offre de boissons non alcoolisées par une action sur les prix, une communication sur les lieux portant sur les risques liés aux consommations de l'alcool et des autres substances (rappel du conducteur désigné, rappel des risques liés à la circulation, de la baisse de vigilance, intervention préventive en cas d'ivresse etc), un service de raccompagnement pour les usagers afin de réduire les risques en particulier en zone rurale, la mise à disposition d'éthylotests comme de préservatifs etc. L'intervention préventive dans les lieux festifs est d'autant plus justifiée qu'ils concentrent non seulement les situations à risque mais aussi les populations à risque. Il ne faut pas mésestimer les difficultés d'une telle entreprise qui va à l'encontre des intérêts commerciaux.

Une action de communication sur l'approche globale de réduction des risques revêt donc une importance toute particulière et doit permettre de limiter les prises de positions contradictoires mettant en avant l'hédonisme et la liberté individuelle.

### *7.2.4 Contrôle et répression de la conduite sous l'influence de l'alcool*

La conduite sous l'influence de l'alcool met en péril la vie du conducteur, des passagers et des autres usagers de la route et, à ce titre, justifie les contrôles préventifs aléatoires et les sanctions en cas de non-respect de la réglementation. La dissuasion de la conduite sous l'influence de l'alcool est proportionnelle au taux de dépistage dans la population des usagers de la route. Les études quantitatives ont prouvé que le taux doit être élevé pour que la perception du risque produise une modification des comportements. C'est en Australie (Nouvelle Galles du Sud) que l'approche quantifiée a été particulièrement étudiée et la fréquence des contrôles adaptée aux résultats observés. Un dépistage tous les ans ou tous les deux ans semble la meilleure garantie d'un bon respect de la législation. En France, les contrôles sont encore loin d'atteindre un tel taux. Il est indispensable de fixer un niveau minimal pour ce taux au niveau départemental car il existe actuellement de très grandes disparités. La stratégie de contrôle doit s'adapter aux jours et aux heures où la conduite sous l'influence de l'alcool est la plus fréquente. Le développement d'indicateurs locaux fait partie des objectifs fixés par les derniers comités interministériels de sécurité routière, cela doit se concrétiser par la présentation de résultats détaillés, décrivant les plans de mise en œuvre de ces dépistages et la proportion de tests positifs suivant les moments où ils sont pratiqués. Ces contrôles doivent être assortis de l'application effective des sanctions prévues par les textes. L'intérêt des alternatives aux sanctions doit être soigneusement évalué.

Les mesures judiciaires doivent envisager pour les conducteurs signalés dans le cadre présentiel une orientation vers une prise en charge médicale des problèmes d'alcool.

A moyen terme, une réflexion devrait être engagée sur la révision à la baisse du taux d'alcoolémie routière maximum fixé par la loi.

### 7.3 Mettre en place chez les adolescents une éducation portant simultanément sur toutes les substances psychoactives

Les consommations de substances psychoactives commencent tôt dans l'adolescence par l'alcool et le tabac facilement accessibles. Une partie des déterminants individuels (personnalité, psychopathologie) ou intra-familiaux (psychopathologie des parents, style d'éducation, qualité des relations intra-familiales etc.) peuvent difficilement faire l'objet d'intervention spécifique. Le rôle éducatif des parents dans le contrôle et la discussion sur les conduites de consommation doit cependant être rappelé et encouragé.

Du point de vue préventif, la consommation des substances psychoactives doit avant tout être considérée comme un phénomène collectif que les actions d'éducation pour la santé en groupe peuvent influencer en introduisant des éléments préventifs dans les interactions entre jeunes ; notamment en apportant une information complète sur les effets et les risques des produits, en renforçant la capacité à résister à la pression du groupe, en facilitant la demande d'aide.

Le programme d'information « savoir plus, risquer moins » mis en place par la MILDT en 1999 s'inscrit dans cette logique. Cette approche globale, avec des modes d'intervention appropriés doit être appliquée dès le collège pour tenir compte de la problématique des consommations précoces et elle doit être répétée au cours du cursus scolaire compte tenu de la diversification et de l'intensification des consommations vers 16-17 ans. Le constat fait par les experts de l'INSERM amène à rechercher, dans la lignée de ce qui a été entrepris par la MILDT, une amélioration de la qualité des interventions, qui tiennent compte des acquis de la recherche en prévention.

L'élaboration de recommandations pour les outils et de cahier des charges de nouveaux modes d'intervention devra être poursuivie afin d'intégrer à l'approche globale les éléments issus de la recherche en prévention, en particulier quant à l'articulation entre conduites et produits ; les programmes qui en seront issus ou qui s'inscriront dans cette méthodologie devront être testés et soigneusement évalués avec des méthodes rigoureuses quant à leurs effets chez les jeunes.

La précocité des usages et les polyconsommations constituent des facteurs de gravité. Ces usages sont souvent considérés comme s'intégrant dans un tableau plus général de conduites à risque (problèmes sociaux, absentéisme scolaire, bagarres, petite délinquance etc.). Les services en charge des jeunes en difficultés souvent n'y adressent pas une attention spécifique tandis que les structures spécialisées, tournées vers les personnes dépendantes plus âgées et plus désinsérées, sont peu adaptées à ce public. Les structures socio-éducatives comme les structures spécialisées ou les médecins généralistes doivent porter une attention à ces situations de polyconsommation en s'attachant à les identifier, à les évaluer et à les prendre en charge en recourant au besoin à des services spécialisés.

#### 7.4 Développer un contexte favorable à une consommation faible

La prévention des comportements individuels à risque en matière de substances psychoactives comme dans d'autres domaines doit s'appuyer pour être efficace sur un contexte favorable. On en est évidemment très loin en France compte tenu de la minimisation des risques soutenue par un puissant lobbying des professionnels du secteur alcool et relayée par de nombreux leaders d'opinion au nom de l'hédonisme et de la liberté individuelle.

##### *7.4.1 Communication vers les élus et les leaders d'opinion*

Une action de communication institutionnelle en direction des élus et des leaders d'opinion doit donc en permanence rappeler des informations précises sur les risques associés à la consommation d'alcool et son impact important et inégalitaire sur la santé des Français.

##### *7.4.2 Réglementation*

La réglementation qui conditionne l'accessibilité à l'alcool doit être actualisée en tenant compte du contexte actuel de consommation d'alcool dans la société française.

La lutte contre l'alcoolisation excessive des jeunes dans des contextes festifs et la prévention de l'insécurité routière impose d'aller plus loin en interdisant totalement la vente d'alcool dans les stations services.

L'interdiction de vente aux mineurs, introduite dans notre corpus juridique il y a dix ans, nécessite des efforts supplémentaires de sensibilisation et des actions coercitives afin de favoriser son application effective.

La réglementation de la publicité nécessite de nouveaux choix de politique publique. La promotion de l'alcool par la publicité dans la diversité de ses formes va dans un sens opposé aux objectifs de santé publique. La loi Evin a été progressivement affaiblie par des mesures réglementaires multipliant les exceptions. Elle devrait donc être pleinement rétablie, notamment en ce qui concerne l'interdiction de publicité par voie d'affichage.

De plus, une interdiction du mécénat de manifestations sportives, culturelles ou scientifiques par les entreprises du secteur des boissons alcooliques doit être envisagée. En effet, si la loi Evin prévoyait une autorisation du mécénat dans certaines conditions, les incertitudes juridiques dont bénéficie ce champ depuis 1991 ont laissé la place à une valorisation des boissons alcooliques dans des contextes très divers. Un renforcement de la réglementation sur ce point se situerait donc en cohérence avec les objectifs fixés dans cette stratégie et permettrait une limitation plus systématique des incitations à la consommation d'alcool en France.

L'information du public doit enfin être renforcée sur les conditionnements mêmes des boissons alcooliques, de la même manière que les paquets de cigarettes comportent des avertissements sanitaires informant les consommateurs des dangers encourus lors de la consommation de ces produits. La simple mention du danger représenté par une consommation abusive ne permet plus de diffuser de façon adéquate le dernier état des connaissances scientifiques relatives aux effets de la consommation. Cette information doit être plus vaste, précise et tenir compte des différentes situations de consommation.

Enfin, la cohérence de l'ensemble du dispositif juridique préconisée ici doit s'appuyer sur une vigilance judiciaire permanente et une communication systématique autour des condamnations obtenues en application de la loi.

#### 7.5 Repérer l'usage nocif en médecine générale pour motiver et aider les buveurs à réduire leur consommation

La mise en exergue de la notion de d'usage nocif ou abus distinguée de l'usage d'une part, de la dépendance d'autre part, a comme objectif d'élargir la perception des risques associés à l'alcool (qui se réduit souvent à l'ivresse pour les manifestations aiguës et à la dépendance alcoolique pour la dimension chronique) et d'identifier les nouvelles cibles pour les interventions de prévention secondaire et de prise en charge. Le repérage de l'usage nocif doit permettre une action précoce évitant l'aggravation et la pérennisation des comportements à risque et le passage à la dépendance.

Cette notion s'applique d'ailleurs à l'ensemble des substances psychoactives : alcool, tabac, cannabis, médicaments, drogues illicites.

L'usage nocif est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs et sociaux pour le sujet lui-même, son entourage ou la société. Ces dommages sont souvent manifestes mais ne sont pas forcément mis en relation par le sujet avec sa consommation d'alcool ou sont niés.

Dans un rapport récent, un groupe d'experts sous la direction de M. Reynaud<sup>35</sup> recense les outils de repérage de l'usage nocif de substances psychoactives et les techniques d'aide susceptibles de ramener les individus à des consommations moins dangereuses et d'éviter l'aggravation et la dépendance.

L'identification des difficultés avec l'alcool (sans distinction dans ce premier screening de l'usage nocif et de la dépendance) peut se fonder sur de brefs questionnaires structurés (CAGE ou DETA et AUDIT<sup>36</sup>) qui ont fait l'objet de validation ou sur des marqueurs

---

<sup>35</sup> M.Reynaud (Sous la direction de). Les usages à risque et l'usage nocif de substances psychoactives : Eléments pour une identification et une aide précoce. Rapport pour le Directeur général de la santé. (2001)

<sup>36</sup> DETA pour Diminuer, Entourage, Trop, Alcool termes qui renvoient à chacune des 4 questions de l'échelle



biologiques (Gamma GT, Transferrine désyalée CDT). Toutefois pour ces derniers, seule leur combinaison permet d'obtenir une sensibilité (0,86) et une spécificité (0,74) acceptables.

Compte tenu des risques associés à la consommation de tabac, l'interrogatoire par le médecin sur ce facteur de risque est quasiment une routine. Il en va un peu différemment pour l'alcool compte tenu de la tendance des individus à sous-estimer leurs consommations et à la représentation floue des risques somatiques associés à la consommation. Les outils proposés évitent l'écueil d'avoir à demander directement aux consultants les quantités consommées en s'intéressant aux effets. Ces outils de repérage sont à utiliser en médecine générale dans une démarche systématique d'exploration avec les consultants soit dans le cadre d'une anamnèse classique des facteurs de risque soit encore à partir de signes somatiques ou psychologiques potentiellement attribuables à l'alcool. En général, l'usage nocif n'est pas l'objet de demande spécifique de la part du consultant ayant un usage nocif d'alcool et la démarche d'exploration des consommations de substances psychoactives n'est pas toujours facilement acceptée (a fortiori pour les drogues illicites). Une partie des personnes en difficulté avec l'alcool peuvent se réfugier dans le déni tandis que du côté des praticiens existe une variété d'attitudes allant de la minimisation des risques liés à l'alcool au rejet des alcooliques qui gênent l'instauration d'une bonne relation autour de la question du changement de comportement.

L'explicitation des consommations avec l'adoption de techniques d'entretien, de conseil et d'intervention brève sont susceptibles d'améliorer la qualité de la relation, de faire émerger la motivation du consultant à changer son mode de consommation, voire à avoir recours à des soins ou aides spécialisés en fonction de la gravité de l'abus ou de la présence de facteurs de risques sociaux ou individuels aggravants. Des techniques ont ainsi été codifiées et évaluées pour être mises en œuvre dans les conditions d'une consultation classique.

Leur application dépend de la motivation du consultant à changer de comportement qui peut être contrecarrée par une attitude défensive ou de déni. Ces techniques cognitivo-comportementales sont diverses.

Pour les usagers abusifs, c'est à dire dont la consommation n'entraîne pas de dommage important, un simple conseil doit permettre au médecin en cinq à dix minutes de fournir au patient une évaluation de sa consommation, de rappeler les normes de consommation maximum, de mettre en relation les signes observés avec la consommation quand ils existent, ce conseil s'appuyant sur des brochures auxquelles le consultant pourra se référer.

Au-delà du simple conseil, les interventions brèves visent les sujets ayant des problèmes d'alcool récents, sans co-morbidité sévère. Ces interventions peuvent prendre de une à deux à trois à cinq séances. Outre les éléments précédents, elles comportent une négociation des objectifs avec le patient, des « recettes » pour réduire sa consommation d'alcool et faire face aux situations à risque, la tenue d'un carnet journalier de consommation, une discussion des difficultés rencontrées au cours du suivi. L'existence de facteurs de vulnérabilité ou de problèmes connexes doit inciter à orienter le consultant s'il l'accepte vers des services spécialisés.

Ainsi l'usage nocif de l'alcool répond à quatre des cinq critères qui permettent d'envisager un dépistage systématique :

- un phénomène fréquent dans la population (8,4 % de la population selon le Baromètre Santé 2000 ont un score DETA positif),

- sous-estimé ou inapparent et qui a un potentiel d'aggravation et constitue un facteur de risque pour certaines pathologies ;
- pour lequel on dispose d'outils de repérage fiables et validés,
- et de techniques permettant une réversibilité de la situation. Celles-ci ont été étudiées dans d'autres pays. Elles ont montré une certaine efficacité dans des essais contrôlés mais leur efficacité dans le contexte français, en routine et dans une démarche associant les diverses substances (notamment le tabac), reste à évaluer.

Pour envisager la question de l'usage nocif sous l'angle d'un dépistage, le cinquième critère, qui est à vérifier, est l'acceptabilité par la population et les professionnels d'une action reposant sur le repérage des difficultés avec l'alcool et l'intervention.

La généralisation d'une telle approche nécessite en préalable de valider l'ensemble de la démarche, depuis son acceptabilité jusqu'à la réalisation d'une intervention qui aboutisse à des résultats efficaces, c'est à dire à une diminution de la consommation chez un nombre significatif d'individus. De plus, il faut être en mesure de trouver localement une orientation médico-sociale adaptée pour les personnes ayant des problèmes sévères, éventuellement associés à des comorbidités ou des problèmes sociaux.

En 1998/99, la consommation d'alcool n'était documentée que par 73 % des médecins<sup>37</sup>, mais très rarement sur la base d'outils standardisés. Seulement 23 % des médecins se déclaraient efficaces pour « lutter contre l'alcoolisme ». L'utilisation d'instruments simples et validés pour le repérage, l'information et la formation aux interventions brèves sont susceptibles de réduire ce sentiment d'impuissance et d'accroître l'intérêt des médecins pour l'action sur l'usage nocif. Parallèlement à une évaluation de l'ensemble du processus de dépistage en situation réelle, un programme sera mis en place avec un double volet : une information du public sur l'intérêt de ce repérage afin de faciliter le dialogue avec le médecin et éviter de percevoir ses questions comme une intrusion dans la vie privée ; une information et une formation sur les outils de repérage et les techniques en direction des médecins généralistes. Il s'agit là d'ailleurs d'intensifier une action déjà entreprise par le CFES.

L'évaluation des techniques d'intervention brève dans le contexte français est en cours dans le cadre de l'ANPA. La politique dans le domaine du soin (voir infra 7.6) doit permettre d'orienter les cas relevant d'une intervention spécialisée en alcoologie. Il reste donc à mettre sur pied une évaluation d'un tel dispositif de repérage et d'intervention en population pour appréhender l'intérêt d'étendre de façon plus systématique un tel dispositif.

#### 7.6 Prise en charge des malades de l'alcool : améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des techniques de traitement et la prévention des rechutes.

Divers groupes d'experts ont été réunis par les pouvoirs publics au cours des dernières années pour évaluer et réorienter le système de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool et tenir compte des phénomènes de consommations associées.

---

<sup>37</sup> Cet indicateur du Baromètre santé des généralistes concerne la présence d'une information sur l'alcool dans le dossier de la dernière consultante de 50 à 60 ans. On ne dispose pas de données sur la documentation de cette consommation chez les consultants plus jeunes.

### 7.6.1 L'offre de soins et l'accessibilité aux soins

Il n'y a pas actuellement de planification régionale réglementaire de l'offre de soins en alcoologie. Il n'existe que peu ou pas d'articulation entre les différents acteurs sanitaires en ce qui concerne la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool.

Pour autant, des outils de planification et d'organisation existent au niveau régional et départemental :

- Les SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire) : les SROS ont, pour certains, intégré la dimension de l'alcoologie.
- Les PRS (programmes régionaux de santé) : il existe actuellement sur le territoire une douzaine de programmes régionaux de santé sur les addictions. Ces outils peuvent être utilisés de façon optimale pour coordonner l'ensemble des acteurs au niveau régional autour d'objectifs communs.
- Les PRAPS (Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins): ces programmes prennent particulièrement en compte les populations en situation de précarité et ont comme objectif prioritaire l'accessibilité aux soins (les PASS).
- Les plans départementaux développés dans le cadre du plan triennal permettent aux acteurs locaux de développer des synergies et des coopérations pour une meilleure prise en charge des personnes ayant des pratiques addictives.

Les propositions du rapport Parquet-Reynaud<sup>38</sup> pour un dispositif coordonné, efficace et cohérent, étaient les suivantes :

- une unité hospitalière par département de moyenne importance (avec à long terme l'objectif d'une unité par hôpital) ;
- une structure hospitalière de type hôpital de jour ;
- un centre de soins de suite et de réadaptation alcoologique ;
- un CCAA pour 100 000 habitants, ou au moins par département ;
- éventuellement des consultations spécialisées ;
- une équipe d'alcoologie de liaison (ou équipe de liaison) dans tous les hôpitaux ;
- un réseau ville-hôpital, s'appuyant sur le CCAA, les associations de généralistes et les autres acteurs extérieurs (travailleurs sociaux, médecins du travail, Education nationale, associations ....) ;
- un outil de prévention et d'information efficace et coordonné (CDPA, FMC, CDES, Université ...).

### 7.6.2 La qualité des soins

En médecine de ville, le médecin généraliste est le seul acteur du système de santé qui rencontre tous les types de personnes en difficulté avec l'alcool. Il est présent aussi bien à des stades précoces que tardifs de la trajectoire médicale et sociale des sujets en difficulté. Plusieurs études ont montré l'impact positif des interventions des médecins généralistes (qu'il s'agisse de la remise de documents, du suivi coordonné ou de la prise en charge avec sevrage ambulatoire).

On constate cependant que si les généralistes sont bien placés pour repérer et suivre les buveurs « à problèmes » ce repérage n'est pas toujours réalisé. On peut considérer qu'une meilleure formation et la mise à disposition du médecin d'outils de repérage et de références de bonnes pratiques validées pourraient améliorer ce constat.

---

<sup>38</sup> Les personnes en difficulté avec l'alcool – Usage, usage nocif, dépendance : propositions – Pr M.Reynaud et PJ Parquet – Rapport de mission 1998

En ce qui concerne le repérage, il est donc important de diffuser auprès des généralistes des outils comme le « repérage précoce et l'intervention brève » basés sur un autoquestionnaire du type AUDIT. De même, le questionnaire DETA pourrait être un outil de diagnostic de la dépendance largement diffusé.

Pour la prise en charge, les références pour la pratique clinique en alcoologie (ANAES), basées sur les travaux des conférences de consensus<sup>39</sup> pourraient être largement proposées au cours des formations médicales continues.

Les structures spécialisées (CCAA) prennent en charge une part des personnes en difficulté sociale. Ils ont l'avantage de mettre à disposition du public des équipes pluridisciplinaires qui peuvent répondre aux besoins des consultants de façon complémentaire. Ce dispositif spécialisé est le plus souvent méconnu et les centres sont souvent éloignés, ce qui ne permet pas toujours de répondre aux besoins. Il serait important de favoriser le renforcement des liens entre les médecins généralistes et les CCAA, par exemple dans le cadre d'un travail en réseau.

L'évolution actuelle amène ces centres à coopérer avec d'autres structures de prise en charge des addictions (CSST, centres de soins spécialisés pour toxicomanes). Cette évolution permet aux structures de mieux prendre en compte les problèmes de polyconsommation et d'améliorer également la réponse aux besoins.

Dans les hôpitaux, plusieurs services hospitaliers peuvent être concernés par la prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool, qui représentent jusqu'à 20% des hospitalisés. Il est important qu'un lien soit fait entre les différentes étapes d'une hospitalisation et la prise en charge après la sortie. De plus, certains services peuvent avoir besoin d'un appui spécialisé pour la prise en charge d'une personne en difficulté avec l'alcool hospitalisée pour un autre motif.

Les équipes de liaison peuvent apporter un soutien et un suivi qui améliorent grandement la qualité de la prise en charge et le lien avec les services de soins de suite et les intervenants extérieurs. A l'hôpital, comme en médecine de ville il importe de diffuser largement les outils de repérage précoce et les références de bonnes pratiques.

En milieu professionnel, afin d'améliorer la cohérence des prises en charge, le médecin du travail doit pouvoir travailler en partenariat avec des spécialistes, avec les médecins de villes et les intervenants sociaux.

### *7.6.3 La prise en charge des personnes et la prévention des rechutes*

La prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool nécessite une action complexe prenant en compte :

- la durée ;
- les différents intervenants (soignants, accompagnants, milieu professionnel, milieu familial) ;
- et le traitement, conjointement ou successivement, des problèmes psychiatriques, somatiques et sociaux.

---

<sup>39</sup> Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant – Conférence de consensus - ANAES – SFA Paris 17 mars 1999  
Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage - Conférence de consensus - ANAES – SFA Paris – 7 et 8 mars 2001

La prise en charge doit donc nécessairement être répartie entre plusieurs acteurs, d'autant plus que l'alcoolisation se déroule sur un temps long. Tous les acteurs sont importants à un moment donné, les structures et les personnes verront leurs compétences et leurs interventions optimisées si l'on définit clairement les problèmes.

Ces considérations devraient mener tout naturellement à une pratique en réseau. Les CCAA par leur situation intermédiaire entre la ville et l'hôpital, pourraient dans la plupart des cas jouer le rôle de tête de réseau.

Certaines populations dans lesquelles la consommation excessive d'alcool se conjugue à des difficultés psychologiques ou sociales majeures nécessitent un renforcement et une forte articulation des dispositifs pour favoriser l'accessibilité et la globalité de la prise en charge. C'est le cas des publics très précarisés et des personnes sous main de justice. Pour les premières, il s'agit de renforcer l'articulation entre la prise en charge spécialisée en alcoologie et les interventions sociales ; pour les secondes, un dispositif de prise en charge des dépendances en milieu carcéral est en cours de mise en place autour d'un cahier des charges organisant la coordination des différents services et intervenants internes et externes. Ce dispositif devrait être étendu aux personnes sous main de justice mais non incarcérées.

#### 7.7 Accentuer la prise en compte de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Il existe un large consensus pour recommander l'abstinence totale d'alcool pendant la grossesse. Les médecins, obstétriciens et sages-femmes doivent rappeler cette recommandation parmi les conseils donnés aux femmes enceintes. Il persiste cependant un pourcentage de femmes consommatrices qui font courir un risque d'exposition prénatale péjoratif pour le développement psychomoteur de l'enfant avec dans de rares cas des déficiences irréversibles constitutives du syndrome d'alcoolisme fœtal. Ces situations ne doivent pas être négligées et des prises en charge globales non stigmatisantes doivent être mises en place pour aider la femme pendant sa grossesse et favoriser les interactions précoces avec l'enfant. Le suivi de l'impact de la consommation d'alcool sur les retards de développement de l'enfant devra faire l'objet d'études épidémiologiques en population.

### **8. Recherche et évaluation**

La recherche sur l'alcool est désormais intégrée à la programmation de la recherche par la MILDT et l'INSERM avec des appels d'offre annuels permettant une large mobilisation de la recherche dans toutes les disciplines fondamentales, cliniques, de santé publique et de sciences sociales autour de priorités scientifiques et de santé publique et en assurant son indépendance vis-à-vis de l'industrie.

A partir du bilan des années précédentes, six axes sont proposés dans l'appel d'offres 2001 : usages, usage nocif, dépendance : facteurs de vulnérabilité et de protection, temporalité des comportements de consommation ; usages sociaux des substances psychoactives ; polyconsommations et émergence de nouvelles drogues ; impact des modalités de l'offre sur les consommations ; impacts sanitaire, économique et sociaux de la consommation des substances psychoactives ; actions et politiques publiques en matière de réduction des risques associés aux substances psychoactives : acteurs, dispositifs et contextes de mise en œuvre. Parallèlement des enquêtes régulières en population générale adulte et jeune sont effectuées

par l'OFDT et le CFES sur les comportements de consommation et doivent être poursuivies en recherchant la continuité des séries chronologiques et l'introduction d'indicateurs permettant de mieux saisir les phénomènes émergents.

Pour améliorer la définition et l'évaluation de la politique publique, compte tenu de la dynamique spatiale et temporelle de la consommation d'alcool, ces données devraient être complétées par la définition d'indicateurs et une modélisation des relations au cours du temps entre accessibilité, distribution des consommations et de leurs modalités dans la population et indicateurs de morbidité et de mortalité.

## **9. Les moyens d'une politique de l'alcool**

Au niveau européen, la priorité actuelle mise en avant concerne particulièrement les jeunes (en 1999, dans la région Europe, 55 000 jeunes sont morts à cause de l'alcool<sup>40</sup>). La Commission européenne, sous la présidence et l'impulsion de la Suède, a proposé au Conseil de l'Union européenne une recommandation sur les jeunes et l'alcool qui a pour objectif une meilleure stratégie de protection et de prise en charge des jeunes face à ce problème.

Par ailleurs, les États membres ont choisi de s'appuyer sur les études comparatives demandées par la Commission (ECAS) pour définir une stratégie communautaire visant à réduire les effets néfastes de l'alcool dans l'espace communautaire. Une nette convergence des problématiques existe entre les États, il demeure cependant des différences considérables entre pays du nord et du sud non seulement sur le plan des indicateurs mais aussi sur les comportements et les approches politiques.

L'interministérialité : une stratégie de lutte contre les problèmes liés à la consommation d'alcool en France concerne l'ensemble des ministères en raison du poids de l'alcool au niveau sanitaire, fiscal, économique, agricole, culturel. Sa prise en compte au sein des services impliqués dans l'éducation et la formation des jeunes s'avère également nécessaire. Elle doit donc s'inscrire pleinement dans la logique des actions engagées par la MILDT depuis 1999 et insister sur leur renforcement.

L'articulation État /région : compte tenu des disparités régionales en matière de consommation et d'impact de l'alcool sur la santé et d'offre de soins en alcoologie, une programmation régionale est indispensable. Pour cela, il convient de potentialiser l'ensemble des outils existants (SROS, PRS, PRAPS et plans départementaux) afin de les articuler et favoriser ainsi l'égalité de tous dans l'accès aux soins.

---

<sup>40</sup> Conférence de Stockholm « Les jeunes et l'alcool » - discours d'introduction du Dr Gro Harlem Brundtland Directeur Général de l'OMS – 19 février 2001