

Propositions du Haut Comité

Pour une politique de prévention, de soins et de réhabilitation en matière de conduites d'alcoolisation

Au sein du Haut Comité de la santé publique, le groupe de travail sur les comportements de consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites a présenté en séance plénière du 26 novembre 1996, une communication intitulée « Pour une politique de prévention, de soins et de réhabilitation en matière de conduites d'alcoolisation ». Ces orientations seront développées dans son rapport triennal en 1998.

La consommation à risque d'alcool représente avec la consommation de tabac, en France, un des déterminants majeurs des principales causes de mortalité prématurée. De même, l'alcool est responsable de nombreux états morbides ainsi que de nombreux dysfonctionnements sociaux (accidents, absentéisme, problèmes familiaux, violence...).

Les conduites d'alcoolisation : le déni français

Ce constat a amené tant la Conférence nationale de santé que les Conférences régionales à rappeler la place majeure que doit occuper la lutte contre les comportements à risque liés à l'alcool dans une politique nationale de santé publique impliquant un renforcement du rôle de l'État dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de cette politique.

En préambule à la définition des axes

de cette politique, le Haut Comité de la santé publique souligne que l'alcool jouit en France d'un statut particulier.

Son poids culturel et économique lui confère une image positive, à l'inverse, l'alcoolodépendant ou la personne en difficulté avec l'alcool est perçu de manière fortement négative.

Il y a une position contradictoire entre la volonté régulièrement affirmée de lutter contre les dommages liés aux conduites d'alcoolisation et les multiples actions visant à promouvoir la consommation d'alcool et à en valoriser les effets économiques, culturels... Ainsi l'alcoolisme fait, en France, l'objet d'un déni consensuellement accepté.

Les pouvoirs publics, responsables de la lutte contre l'alcoolisme, doivent réaffirmer leur engagement à mener celle-ci dans le cadre d'un plan national de lutte contre les comportements à risque liés à l'alcool.

Les principes généraux de la définition du plan

Pour aider à la définition de ce plan, il y a lieu d'améliorer la connaissance du phénomène d'alcoolisation :

- en adoptant les concepts d'alcoolodépendance, d'usage nocif dommageable et de consommation d'alcool. Ainsi la politique de santé sur ce thème s'établira en tenant compte des différents aspects des conduites d'alcoolisation ;
- en construisant un système d'information relatif à la connaissance de la production, de la distribution, de la consommation d'alcool et de ses modalités de consommation en France. Ce système d'information indépendant de tout intérêt particulier aura pour objectif l'homogénéisation et la validation des données produites par les multiples sources existantes. De plus, les enquêtes sur les comportements à risque et sur les facteurs de protection ou de vulnérabilité permettant d'adapter et de finaliser les stratégies de prévention devront être promues et encouragées.

Le Haut Comité constate que les moyens financiers actuellement mis en œuvre pour lutter contre le risque alcool sont notoirement insuffisants et nécessitent d'être mis en adéquation avec l'importance du problème. L'effort doit porter

sur la prévention, le soin et la réhabilitation, avec un effort plus intense sur la prévention dont les crédits sont particulièrement insuffisants.

Le plan doit comporter un volet centré sur la prévention et un volet centré sur le dispositif de prise en charge et de réhabilitation et veiller à les mettre en cohérence. À partir des orientations prises dans ces trois domaines (prévention, soins, réhabilitation), les pouvoirs publics doivent s'engager à financer des programmes d'actions en mobilisant de manière pérenne, les moyens financiers nécessaires.

Les mesures préventives

Les actions de prévention visent à éviter le passage de l'usage à la dépendance ainsi qu'à réduire les dommages liés aux conduites d'alcoolisation. Elles doivent faire l'objet de processus d'évaluation. Les mesures de prévention doivent être à la hauteur de l'offensive commerciale majeure développée par les producteurs et les distributeurs, notamment à destination des jeunes (mise en place des *premix*, augmentation du degré d'alcoolisation de la bière et du cidre, adaptation des stratégies commerciales).

Les mesures de prévention doivent être diversifiées, volontaires, déterminées et inscrites dans la durée. La prévention visera à diminuer l'offre et à agir sur la demande en intervenant dans les champs de l'information, de l'éducation et de la réglementation.

Afin de diminuer l'accessibilité au produit des mesures de toutes natures doivent être mises en place, notamment :

- l'interdiction de la promotion sous forme de publicité. Le Haut Comité de la santé publique souligne et déplore, au moment où il est question d'évaluer la loi Évin, que tous ses décrets d'application ne soient pas rédigés. Le Haut Comité recommande que l'on procède à une évaluation de l'état du dispositif réglementaire avant d'être en mesure d'apprécier son impact éventuel.

- l'application des réglementations en vigueur, notamment celles contenues

dans le Code des débits de boisson. Le Haut Comité de la santé publique regrette l'élargissement des possibilités d'installation de buvettes dans les lieux sportifs offert par le décret du 8 août 1996. Le Haut Comité rappelle que tant le milieu sportif que le monde scolaire sont des lieux d'éducation et de structuration de l'enfant et de l'adolescent qui nécessitent d'être protégés de la promotion de produits de consommation à risque (alcool, tabac, drogue).

- des études montrent qu'il existe une forte corrélation entre la consommation d'un produit et son prix. Une augmentation du prix des boissons contenant de l'alcool doit entraîner une réduction des consommations. Ainsi, le Haut Comité de la santé publique recommande que les augmentations de taxes soient répercutées sur l'ensemble des boissons alcoolisées.

L'action sur la demande nécessite que le rôle des acteurs soit clairement défini. Les intérêts des producteurs et des distributeurs d'alcool sont en contradiction avec les intérêts de la santé publique.

L'État et les pouvoirs publics ont reçu des citoyens la mission d'intérêt général de lutter contre la consommation dommageable d'alcool et à ce titre ils sont responsables de toutes les actions de prévention utiles à cet objectif en totale indépendance. Ainsi la conception des messages, la mise en place et le financement des campagnes de prévention sont de la seule responsabilité des pouvoirs publics.

Le rôle de la réglementation en matière d'alcoolémie au volant ne doit pas être sous-estimé dans la modification des comportements de consommation. La récente introduction d'un taux de 0,50 g/l comme base d'infraction mérite d'être évaluée, de façon à savoir si cette mesure est suffisante.

À côté du dispositif général d'éducation pour la santé, le Haut Comité de la santé publique réaffirme l'intérêt d'un dispositif spécifique de prévention des conduites d'alcoolisation et de l'ensemble des comportements de consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites.

Le dispositif de soins et de prise en charge des conduites d'alcoolisation

Le dispositif de prise en charge des consommateurs à risque et de l'alcoolodépendant doit s'adapter au regard des trois principes suivants :

- le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme doit être maintenu.

Il convient de l'adapter aux nouveaux concepts (addiction, réseaux de prise en charge...) ainsi qu'à l'évolution et la diversité des comportements. Ses tâches doivent être diversifiées : promotion de l'alcoologie de liaison, place de la médecine de ville, des CHAA et de la médecine du travail dans le cadre de réseaux. La place du médecin généraliste dans ce dispositif doit être réaffirmée.

- l'évaluation clinique et économique des prises en charge et des diverses stratégies thérapeutiques doit être développée, en renforçant les capacités d'expertise dans ce domaine.

- l'organisation du système de lutte contre l'alcoolisme doit être régionalisée. Chaque région devrait être amenée à définir sous l'autorité du Préfet de Région un schéma régional coordonnant les structures de soins en alcoologie, notamment avec les autres dispositifs du système de soins.

La réhabilitation

Les dommages liés à l'alcool peuvent entraîner une exclusion ou une disqualification sociale, soit du fait de pathologies somatiques ou de perturbations de la vie professionnelle et sociale. La réhabilitation, au travers des post-cures et des centres d'hébergement et de réadaptation sociale, peut utiliser soit le dispositif spécialisé soit le dispositif général de réinsertion. Une évaluation de l'efficacité des dispositifs doit être menée. ■

Groupe de travail sur les comportements de consommation d'alcool, tabac et drogues illicites du Haut Comité de la santé publique