



La prévention

L'État s'est intéressé à la prévention du risque alcool surtout à partir des années 1950. La prévention agit à la fois pour limiter l'accès à l'alcool et pour informer les citoyens par l'éducation à la santé, la formation de relais et de campagne grand public.

Évolution de la prévention

Michel Craplet
Alcoologue et
médecin délégué
de l'Association
nationale de
prévention en
alcoologie et
addictologie (Anpaa)

La prévention du risque alcool a une longue histoire où la morale et la science se sont mêlées. Il est tentant de décrire une première période idéologique et une période contemporaine scientifique. Effectivement, jusqu'à la Révolution industrielle, existaient des discours moraux – souvent d'origine religieuse – ou humanistes – faisant référence aux valeurs classiques, de modération, de mesure et d'équilibre. C'est au cours du xx^e siècle que la prévention prit son visage moderne dans les pays occidentaux. Progressivement, les responsables de la santé publique demandèrent que la prévention s'appuie sur les données de la science en abandonnant le terrain de l'idéologie et de la morale. Aujourd'hui c'est l'ambition déclarée de tous. En fait nous pouvons repérer des innovations anciennes, déjà au xviii^e siècle, et des régressions récentes, que nous pourrions assimiler à des « retours du refoulé ».

Hésitations politiques et sociales

La prévention a donc longtemps été affaire de « liges de défense » et de bénévoles, suppléant au manque d'intérêt des pouvoirs publics. Les responsables politiques sont aujourd'hui plus intéressés, au moins dans les discours officiels appelant à l'action, sinon en donnant

les moyens financiers suffisants. C'est pourquoi la prévention du risque alcool procède par « bonds » en fonction du courage de certains responsables et des circonstances politiques et sociales. C'est ainsi qu'en France, on a vu l'État s'impliquer à un haut niveau dans les années 1950 avec la création du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme, puis à la fin des années 1990 lorsque la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie a été investie de la question alcool. Si aujourd'hui, les responsables de la santé sont conscients de l'enjeu, ils ont fort à faire avec l'inertie des autres départements ministériels qui défendent les intérêts des opérateurs économiques ou qui se soucient d'abord des caisses du Trésor public. C'est pourquoi, l'action des associations – par leurs professionnels et leurs membres actifs et formés – est toujours nécessaire, en particulier dans les périodes économiques difficiles où il convient de maintenir la flamme. Les programmes promus par les pouvoirs publics peuvent ainsi être confortés par des actions de terrain.

Nous pouvons suivre l'évolution du ton des actions de prévention en trois temps : faire peur – jusqu'aux années 1950 – informer ensuite, puis – depuis les années 1990 – faire rire et sourire, en utilisant l'humour et en

osant parler du plaisir et non seulement des « drames de l'alcool ». Il n'existe pas de preuve des efficacités respectives de ces attitudes qui dépendent des sensibilités successives des promoteurs et de la projection des effets qu'ils imaginent sur les publics visés.

La prévention a longtemps été segmentée selon les risques combattus, et, à l'intérieur de la prévention du risque alcool, elle fut souvent limitée à certains produits, comme les boissons distillées, voire même à certaines habitudes, comme la consommation d'absinthe.

La prévention fut longtemps scindée en prévention primaire, s'adressant à tous, prévention secondaire, destinée à réduire les dommages des personnes déjà en risque, et prévention tertiaire pour lutter contre les conséquences des syndromes ou maladies déjà installés. On distinguait aussi la prévention de l'usage à risque, de l'usage nocif et de la dépendance

La prévention globale

Aujourd'hui la prévention est intégrée dans une approche globale dont nous proposons la description suivante :

- La prévention est globale lorsqu'elle dépasse l'action au niveau d'un produit pour s'intéresser à l'ensemble des risques courus par un sujet, non pas réduit au seul état de buveur, de fumeur, de consommateur de drogue... mais considéré comme une personne vivante soumise à tous les aléas de la vie. Elle doit s'efforcer de réduire tous les dommages, tant médicaux que sociaux, qu'individuels, familiaux et collectifs et aussi bien les effets immédiats de la consommation d'alcool (telle l'ivresse) que les complications retardées (parfois au bout de plusieurs dizaines d'années).

- La prévention est globale lorsqu'elle touche l'ensemble de la population de manière cohérente, sans qu'aucun groupe ne soit maladroitement visé par une « chasse aux buveurs, aux fumeurs... » montrant du doigt les problèmes... des jeunes, des femmes, des personnes en situation sociale précaire, par exemple... c'est-à-dire toujours les problèmes « des autres ». Ce procédé permet souvent d'esquiver ses propres responsabilités. On peut effectivement pointer ce « péché originel » de la lutte contre l'alcoolisme au XIX^e siècle, mis en place par des hommes, adultes, bourgeois, blancs souvent dans une ambiance paternaliste. Elle insistait sur la consommation d'alcool « de l'autre », la femme, le jeune, l'ouvrier, l'indigène colonisé. Plutôt que d'utiliser la notion de « groupe à risque » – souvent dénommé de façon révélatrice « groupe cible » – afin de ne pas stigmatiser un groupe par des actions sectorielles, il vaut donc mieux utiliser la notion de « situation à risque ». Les actions de prévention sur ces situations particulières doivent se situer dans le contexte d'une approche générale touchant tous les citoyens.

- La prévention est globale lorsqu'elle comprend aussi bien des mesures de contrôle de la disponibilité des produits psychoactifs que l'information grand public, l'éducation à la santé donnée individuellement et la formation (en particulier de personnes-relais qui pourront

diffuser et traduire les idées des spécialistes dans le vocabulaire et la sensibilité des groupes avec lesquels ils auront à travailler). La prévention globale associant le contrôle et l'éducation permet à la fois de diminuer la présence du risque et les conséquences dangereuses lorsque le risque est couru malgré tout.

La prévention globale s'appuie sur le fait qu'il existe un lien entre la disponibilité de l'alcool et sa consommation et entre la consommation moyenne et les consommations élevées, c'est-à-dire finalement entre la tolérance sociale et les dommages provoqués par l'usage dangereux d'un produit toxique. Notons que, dans ce domaine, le principe de précaution est en général oublié. Ce modèle d'intervention dit « en population générale » (*population-based approach* en anglais) est fondé sur les travaux (remontant aux années 1950) de Sully Ledermann, statisticien français, travaux régulièrement mis à jour par les spécialistes anglo-saxons de la prévention. Dans ce modèle il faut ajouter les mesures de contrôle aux mesures d'éducation à la santé considérant que *dire* (expliquer, favoriser le dialogue...) ne suffit pas, mais qu'il faut parfois *interdire* ou réglementer (la production, la vente, la publicité et les autres formes de valorisation, la consommation...) Ce modèle s'appuie sur des études d'évaluation qui ont pu démontrer l'efficacité des méthodes de contrôle de l'offre d'alcool (par des mesures réglementant la disponibilité et le prix des boissons par exemple).

Ceci ne veut pas dire que les méthodes agissant sur la demande soient inefficaces, mais que leur évaluation ne peut se faire que sur le long terme. Ceci ne veut pas dire non plus qu'il faut mettre en œuvre, sans discussion et sans adaptation, les mesures de contrôle qui se sont révélées efficaces dans des contextes particuliers.

Allier réglementation et éducation permet d'expliquer la loi, et la connaissance de la réalité du risque est renforcée par le fait que des réglementations sont considérées comme nécessaires.

La prévention globale refuse les modèles psychopathologiques simplistes. Le passage de la consommation sans problème à l'usage nocif et à la dépendance n'est pas seulement une affaire de fragilité individuelle, comme certains discours médicaux ou psychologiques le laissent entendre. Il ne suffit pas non plus de dire que l'alcool est cause de la misère ou que la misère induit la consommation d'alcool, comme certains discours sociaux le prétendent. Nous savons qu'il faut insister sur les interactions entre les vulnérabilités individuelles et les conditions socioculturelles.

Pour une prévention humaine

Même si la prévention globale comprend des mesures de contrôle social, elle doit garder les caractéristiques humanistes de toute intervention sociale et favoriser un message de liberté. Par ailleurs, il nous semble que, même dans le domaine de la prévention, il faille garder une certaine modération. Il nous semble que la prévention doit être une invitation à vivre, sans gommer



la souffrance ni la mort : ne pas boire d'alcool ne rend pas immortel, il faut le dire dans les actions de prévention pour ne pas entendre le public nous le dire. Nous savons aussi que pour légitimer le discours sur le risque, il faut avoir parlé des plaisirs (convivial, psychoactif, gustatif...) des conduites incriminées. C'est un préliminaire nécessaire pour que le discours sur la prévention soit entendu – et même écouté – et pour que puisse être abordé aussi le plaisir de courir les risques. La prévention doit encore souvent acquérir une dimension nouvelle qui tienne compte de l'irrationalité de l'homme, de la dimension inconsciente, en utilisant les émotions et pas seulement la raison, en particulier

bien sûr à propos des produits modifiant la rationalité. La prévention doit assumer cette richesse humaine, en tenant compte de la psychopathologie avec ses névroses, ses conduites d'échec et la force de la pulsion de mort. De cette façon, elle ne tombera pas sous le coup des accusations simplistes d'opposants disant parler au nom de la liberté mais défendant en fait un libéralisme favorable aux intérêts des opérateurs économiques.

La prévention garde le poids historique et culturel de son histoire ancienne, avec ses erreurs, ses clichés, mais aussi ses rêves. Il est donc important de connaître son histoire car, dans ce domaine, beaucoup a été tenté mais beaucoup a été oublié. 🍷

La réponse publique en santé aux usages nocifs d'alcool

Laurie Chaumontet
Soraya Belgherbi
Nathalie Joannard
Pierre-Yves Bello
Bureau des addictions et autres déterminants comportementaux de santé, Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques, Direction générale de la santé

L'alcool est classé comme cancérigène depuis presque trente ans par le Centre international de recherche sur le cancer mais sa consommation, plus ou moins fréquente, reste un fait socialement accepté en France. Les boissons alcooliques se caractérisent par une grande accessibilité, une expérimentation précoce, souvent dans un contexte familial, et une large diffusion au sein de la population. De ce fait, parmi les 18-75 ans, en 2014, on estime que 1,2 % sont des buveurs à risque de dépendance, 8 % des buveurs à risque chronique et 28 % des buveurs à risque ponctuel¹ [59]. La réponse publique cherche à diminuer l'entrée des nouvelles générations dans ces usages à risques et à prendre en charge les personnes en difficulté avec leurs usages d'alcool.

Le commerce et la distribution d'alcool sont réglementés de longue date pour des raisons fiscales et d'ordre public. La prise en compte des préoccupations de santé publique est plus récente. Elle a conduit à construire à partir des années 1960 un cadre juridique qui s'est peu à peu renforcé, notamment avec la loi Evin du 10 janvier 1991, pierre angulaire de la réglementation en la matière. Autres dates importantes : 2004, la loi relative à la politique de santé publique fixe des objectifs chiffrés de réduction de la consommation moyenne et introduit des mesures visant à mieux prévenir l'alcoolisation fœtale ; 2009, la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) renforce l'encadrement de l'offre d'alcool avec un prisme orienté vers la protection des jeunes. Mais la réglementation a aussi connu des

remises en cause régulières. L'autorisation par la même loi HPST de la publicité sur Internet, hormis sur les sites spécifiquement dédiés à la jeunesse, et ceux édités par les associations, sociétés et fédérations sportives, en témoigne. Aux côtés de la loi, plusieurs plans du ministère chargé de la santé et interministériels ont pris en compte la problématique de l'alcool : le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, les plans cancer (2003-2007, 2009-2013 et 2014-2019).

Pour prévenir et lutter contre les usages nocifs de l'alcool les leviers sont de plusieurs ordres : limiter l'accessibilité des boissons alcooliques, en particulier aux plus jeunes, réduire l'attractivité, informer et prévenir, réduire les risques liés aux consommations, favoriser le repérage des usagers en difficulté et faciliter leur prise en charge dans le système de soins. Les mesures les plus coût-efficaces identifiées par la littérature sont la taxation proportionnelle au degré d'alcool, la réduction de l'accès aux boissons alcooliques en fonction de l'âge, la réduction du nombre de points de vente, puis l'interdiction de la publicité [4].

Limiter l'accessibilité des boissons alcooliques

En France, l'accent a été mis tôt sur l'encadrement de la vente de l'alcool avec le Code des débits de boissons (désormais intégré au Code de la santé publique). Les débits de boissons (sur place, à emporter, en ligne) sont soumis à des exigences de déclaration, licences, quotas, formation. L'exploitation d'un débit à consommer sur place peut être interdite dans le périmètre des « zones protégées » (écoles, espaces culturels, sportifs,

1. Les catégories sont définies à partir du test Audit-C qui prend en compte la consommation au cours des 12 derniers mois. Buveur à risque de dépendance : au moins 7 verres standard par jour, risque chronique : entre 3 à 7 verres/jour, risque ponctuel : au moins une fois 6 verres en une occasion.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.