



# 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)

**L**a 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 ponctuel<sup>1</sup> [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.

## Historique de la législation sur l'alcool

hôpitaux, etc.) sous peine de sanctions pénales. La loi HPST de 2009 a renforcé cette dimension pour protéger les plus jeunes : interdiction de la vente aux moins de 18 ans, de l'offre gratuite, des *open bars*, obligation de proposer des boissons non alcoolisées à prix réduit lors des « *happy hours* ». L'application de la réglementation reste néanmoins insuffisante notamment concernant l'interdiction de vente aux mineurs : seuls 60 % des débitants de boissons refusent systématiquement de vendre de l'alcool à des mineurs [61].

Le recours à la fiscalité, puissant levier pour peser sur les niveaux de consommation notamment chez les jeunes, a été plus aléatoire. Le cadre juridique applicable aux alcools est déterminé par la réglementation communautaire<sup>2</sup>. À l'échelle nationale, les alcools font l'objet d'un régime fiscal composé d'accises et d'une cotisation additionnelle. La charge fiscale appliquée aux différents types d'alcool demeure disparate si on la rapporte à l'unité d'alcool<sup>3</sup>. La Cour des comptes relevait en 2003 l'absence d'augmentation des tarifs des droits sur le vin depuis vingt ans et des droits indirects sur les alcools et les bières depuis 1996. Dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, une cotisation sociale a été instaurée en 2009 pour les boissons alcooliques titrant plus de 25° et étendue en 2011 aux boissons titrant plus de 18°. La taxe sur les « *premix* », mélanges prêts à consommer d'alcool et de boisson non alcoolisée sucrée, visait plus particulièrement à prévenir la consommation de ces produits par les jeunes, qui en étaient la cible marketing privilégiée. Les prélèvements ont été notablement alourdis en 2012 et 2013 sur les spiritueux (+10 % sur le droit de consommation) et les bières (+160 %), conduisant à renchérir leur coût.

### Réduire l'attractivité : encadrement de la publicité, avertissement sanitaire

La publicité pour les boissons alcooliques est strictement encadrée depuis la loi Evin de 1991, qui est au centre du dispositif français de lutte contre l'alcool et qui fait figure de modèle pour de nombreux pays étrangers. Les supports publicitaires autorisés sont limitativement énumérés par la loi : tout ce qui n'est pas prévu explicitement est interdit (articles L. 3323-2 à L. 3323-6 du CSP). Le contenu de la publicité est limité aux informations objectives concernant le produit. La publicité est interdite sur certains supports visant particulièrement les jeunes : communication en ligne, presse écrite.

Les associations de lutte contre l'alcool peuvent se constituer partie civile et jouent un rôle essentiel dans l'application de la loi et l'évolution de la jurisprudence.

2. Directive n° 92/83/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant l'harmonisation des structures des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques. Directive n° 92/84/CEE du Conseil du 19 octobre 1992, concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques.

3. Pour 10 g d'alcool, la charge fiscale varie dans un rapport de 1 à 62 : 0,37 centime pour le vin, 22,9 cts pour les spiritueux.

**1880** Loi 10 juillet 1880, première loi sur les débits de boissons.

**1916** L'absinthe est interdite à la fabrication et à la commercialisation.

**1954** Élaboration d'un Code des débits de boissons et création du Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme.

**1959** Ordonnance n° 59-107 stipulant l'interdiction de la vente d'alcool à des mineurs.

**1970** Instauration d'un taux légal d'alcoolémie pour les conducteurs (contravention entre 0,8 et 1,2 g/l de sang et délit au-delà de 1,2 g/l).

**1983** Loi fixant le seuil d'alcoolémie légale à 0,8 g/l.

**1987** Loi Barzach du 30 juillet 1987, introduction d'une réglementation relative à la publicité.

**1991** Loi Evin du 10 janvier 1991 redéfinit la réglementation sur la publicité en interdisant la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur des boissons alcooliques.

**2004** Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, mentions spécifiques sur la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (prise en compte systématique dans les campagnes de communication, dans la formation initiale et continue des professionnels de santé et médico-sociaux, dans les séances de prévention en milieu scolaire). Fixation d'objectifs concernant l'alcool : diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % d'ici à 2008 (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008), réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.

**2006** Arrêté du 2 octobre 2006, introduction du « pictogramme SAF » ; obligation d'apposer sur toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées un logo ou un message sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool durant la grossesse.

**2009** Loi HPST du 21 juillet 2009

- ◆ l'encadrement de la vente d'alcool est renforcé : interdiction des *open bars*, alignement de l'interdiction de vente à tous les mineurs, obligation de formation pour vendre de l'alcool à emporter la nuit, restriction des horaires de vente dans les stations-service (de 8h à 18h contre 6h à 22h auparavant), interdiction de vente des boissons alcooliques réfrigérées dans les stations-service ;
- ◆ les maires ont la possibilité de fixer une plage horaire d'interdiction de vente d'alcool à emporter de nuit dans leur commune, entre 20 heures et 8 heures ;
- ◆ la publicité est autorisée sur Internet, sauf sur les sites principalement destinés à la jeunesse (par leur caractère, leur présentation, leur objet) ou édités par les organisations sportives, sous réserve que la publicité ne soit ni intrusive ni interstitielle.



Pour mieux informer le consommateur des risques liés à la consommation d'alcool, il est obligatoire d'apporter un avertissement sanitaire (« L'abus d'alcool est dangereux pour la santé »). En revanche la formule « À consommer avec modération » souvent utilisée par les fabricants n'est pas une mention légale, il s'agit d'une pratique professionnelle devenue quasi-systématique.

### Informer et sensibiliser

Depuis la première campagne grand public menée par le ministère des Affaires sociales il y a 30 ans (« Un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts », 1984), des campagnes ont été régulièrement menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). En 1991, pour la première fois, la campagne « Tu t'es vu quand t'as bu ? » visait plus particulièrement les jeunes. Pour les plus récentes, la campagne sur les risques de la consommation régulière excessive d'alcool « Le compte à rebours » (2012) et « Esquive la tise » déclinaison spécifique vers les jeunes (volet digital sur [Alcool-info-service.fr](http://Alcool-info-service.fr)) en 2013.

Depuis 2007, toutes les unités de conditionnement des boissons alcooliques doivent porter un message préconisant de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la grossesse (un pictogramme ou un message sanitaire). Dans la pratique, la visibilité du pictogramme reste peu satisfaisante : les fabricants favorisent l'harmonie du packaging au détriment de la mise en exergue du logo. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 prévoit l'actualisation de ce pictogramme pour améliorer sa compréhension et sa visibilité.

### Réduire les risques

La réduction des risques liés à l'alcool s'est d'abord développée à travers les mesures de sécurité routière. Depuis 1995, la conduite d'un véhicule est interdite pour une alcoolémie supérieure ou égale à 0,5 g d'alcool/litre de sang, soit environ deux verres standards d'alcool. Pour les conducteurs de transports en commun routiers, l'alcoolémie maximale tolérée est inférieure à 0,2 g/l depuis 2004, un seuil qui sera prochainement aussi appliqué pour les conducteurs novices.

Un contrôle accru de l'alcoolémie au volant est rendu possible avec les éthylotests anti-démarrage que les services judiciaires peuvent utiliser comme mesure d'aménagement de peine. Ces dispositifs obligatoires dans les autocars destinés au transport d'enfants sont en passe d'être généralisés à l'ensemble des autocars. Dans les établissements de nuit, les gérants ont l'obligation de mettre des éthylotests à la disposition de la clientèle.

La réduction des risques liés à l'alcool s'est développée dans d'autres cadres de consommation (lieux festifs, espaces publics) à travers des interventions associatives visant à aller vers les usagers, au plus près des lieux et des moments de consommation (ex : dispositifs de maraude « vieillards de soirée », « nozambules », faisant intervenir des pairs...).

L'actuel plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives prévoit de développer des référentiels portant sur la réduction des risques liés aux usages de produits psycho actifs et en particulier l'alcool, afin d'améliorer les pratiques et d'outiller les intervenants.

### Repérer, intervenir précocement

Chez les jeunes, améliorer le repérage des usages à risque et les interventions précoces constituent un enjeu majeur car la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation augmentent les risques de dépendance ultérieure et de dommages. Les consultations jeunes consommateurs (CJC) ont vocation à participer et favoriser ce repérage et cette intervention précoces. Il existe 400 CJC, structures confidentielles, gratuites, destinées aux jeunes de 12-25 ans et leurs familles, animées par des professionnels des addictions et de l'adolescence. Elles permettent de faire le point, d'évaluer les consommations, proposent au besoin une aide avant que la consommation ne devienne problématique. Une campagne d'information sur les CJC<sup>4</sup> a été lancée par l'Inpes en janvier 2015.

Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) visent à identifier, à l'aide d'outils validés (questionnaire standardisé), les usagers ayant une consommation à risque pour favoriser une modification de leur comportement, avant que ne s'installent des complications. Le RPIB, dont l'évaluation a montré l'efficacité, est promu depuis 2005 par l'OMS. Une stratégie de développement du RPIB auprès des médecins généralistes a été initiée par le ministère chargé de la santé en France en 2006<sup>5</sup>, sans toutefois parvenir à se déployer complètement et de manière pérenne. De fait, la question de l'alcool fait encore partie des thèmes jugés les moins faciles à aborder pour les médecins généralistes (60 %) [35]. Ces derniers, qui voient environ 54 000 patients par semaine dans le cadre d'un sevrage alcoolique, abordent encore peu la consommation d'alcool de manière systématique avec leurs patients (23 %). L'impulsion donnée en 2006 a néanmoins pu favoriser la poursuite de programmes dans certaines régions et des expériences de sensibilisation et de formation au RPIB pour d'autres catégories de professionnels (ex : sage femmes, pharmaciens, infirmiers) ainsi que la diffusion d'outils pour les professionnels<sup>6,7,8</sup>.

4. Le site [www.drogues-info-service.fr](http://www.drogues-info-service.fr) comporte une page spécifique qui permet d'orienter les publics concernés vers les CJC.

5. Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie.

6. Kit « Alcool : Ouvrons le dialogue » de l'Inpes.

7. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine, RESPADD. <http://www.respadd.org/component/content/article/1-actualites/195-parution-du-guide-de-laddictologie-en-pharmacie-dofficine.html>

8. Le Respadd fournit des outils infirmiers <http://www.respadd.org/component/content/article/1-actualites/143-campagne-aupres-des-infirmiers.html>

### Faciliter la prise en charge dans le système de soins

Le dispositif de soins a évolué sous le double effet d'une part de la reconnaissance de l'addictologie à l'hôpital, qui s'est accompagnée d'une structuration de l'offre hospitalière en trois niveaux<sup>9</sup>, d'autre part du passage d'une approche par produit à une approche centrée sur la personne et les comportements, conduisant au niveau du secteur médico-social à réunir les CCAA (centres de consultation ambulatoire en alcoologie, issus des CHA et CHAA, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie) et les CSST (centres spécialisés de soins aux toxicomanes) au sein des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Structures de proximité, les 423 CSAPA du territoire proposent une prise en charge gratuite médicale, psychologique et

<sup>9</sup>. Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011) a permis de mettre en place une filière à 3 niveaux de soins en addictologie, reposant en niveau 1 sur des structures de proximité (dotées de consultation d'addictologie, d'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, de lits d'addictologie), au niveau 2 sur des structures de recours (lits d'hospitalisations pour soins complexes, hôpital de jour en addictologie, soins de suite et réadaptation) et le niveau 3 qui est un niveau de référence au sein des CHU (chargé de l'enseignement et de la recherche en addictologie).

socio-éducative, ambulatoire ou résidentielle. En 2010, 133 000 personnes y ont été accueillies pour un problème lié à leur consommation d'alcool [62].

Enfin l'aide à distance en santé s'est développée, intégrant un dispositif public dédié à l'alcool « Alcool-info-service » comprenant une ligne téléphonique (0980980930, de 8h à 2h du matin tous les jours) et un site Internet d'informations et de conseils ([www.alcool-info-service.fr](http://www.alcool-info-service.fr)).

### Conclusion

La France, contrairement à d'autres pays européens, connaît depuis plusieurs dizaines d'années une diminution constante du volume moyen d'alcool pur consommé par Français âgé de 15 ans et plus, liée à la baisse de consommation de vin. Toutefois, celui-ci reste élevé (11,2 litres en 2014 soit 2,5 verres standard par jour par personne) et l'on observe un développement des alcoolisations ponctuelles importantes, en particulier chez les jeunes. Ceci justifie de protéger les acquis du dispositif français et de poursuivre les efforts pour réduire la lourde charge sanitaire, sociale et économique induite par ces usages nocifs. 🍷

## Les interventions efficaces en direction des jeunes

Depuis les années 1960, la tendance globale des niveaux de consommation d'alcool, estimée à partir des données de vente, est à la baisse (OFDT). Si les données de consommation issues du Baromètre santé de l'Inpes confirment cette tendance au cours des dernières années, certains comportements d'alcoolisation des jeunes, comme les alcoolisations ponctuelles importantes (soit 6 verres ou plus en une même occasion) ou les ivresses, s'intensifient au sein de certains groupes. La question de l'alcoolisation des jeunes est ainsi depuis plusieurs années au cœur des préoccupations des acteurs de la prévention.

Pour y répondre et proposer des pistes d'action, en 2012, l'Inpes a réalisé une synthèse de dix synthèses de littérature produites par des organismes reconnus (Cochrane, NICE) ou publiées dans des revues dont le facteur d'impact était supérieur à 3 – parues entre 2007 et 2012. Les interventions présentées comme efficaces, selon les auteurs de ces synthèses, ont été classées selon quatre critères : l'âge des bénéficiaires, le type de prévention (universelle ou ciblée), le caractère validé ou prometteur de l'intervention et le niveau de l'intervention – c'est-à-dire qu'une distinction est faite entre les actions qui s'adressent directement aux individus et celles qui

touchent à leur environnement, donc qui influent sur l'offre d'alcool. Cette synthèse a permis d'identifier vingt-sept interventions de prévention pouvant avoir un impact sur la consommation d'alcool des jeunes dont dix-sept sont considérées comme validées [39]. Une intervention est considérée comme « validée/prometteuse » lorsque son efficacité est reconnue/présumée par au moins un des documents. L'objet du présent article est de présenter ces résultats de façon synthétique.

### Interventions auprès des enfants de moins de 10 ans

Six types d'interventions à destination des enfants âgés de moins de 10 ans ont été identifiés, dont trois universels et trois ciblés. Il s'agit de programmes structurés en milieu scolaire et/ou s'adressant aux parents. Ces programmes ont des effets à long terme puisqu'ils sont menés pendant l'enfance et vont pour certains agir sur des comportements d'alcoolisation qui ne surviennent qu'à l'adolescence, permettant notamment de réduire la consommation excessive, les ivresses ou la fréquence des consommations. Cependant, la quasi-totalité de ces interventions auprès des enfants n'ont pas pour objectif premier la prévention de la consommation d'alcool. En effet, plusieurs d'entre elles visent à prévenir la

**Chloé Cogordan**  
**Jean-Baptiste Richard**  
**Viêt Nguyen-Thanh**  
Institut national  
de prévention et  
d'éducation pour la  
santé (Inpes)

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



tableau 1

**Interventions s'adressant directement aux individus de moins de 10 ans, de 10 à 15 ans et de 15 ans et plus**

Intervention	Public bénéficiaire	Niveau de preuve*	Exemple de programme validé ou prometteur
<b>Interventions auprès des enfants de moins de 10 ans</b>			
Universelle	Intervention en milieu scolaire impliquant les parents	6-11 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Linking the Interest of Families and Teachers (<i>Eddy, 2000, 2003</i>)</li> <li>● Seattle Social Development Project (<i>Hawkins, 1991, 1992, 1999</i>)</li> </ul>
	Intervention en milieu scolaire	< 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Good Behavior Game (<i>Kellam, 1994, 1998, 2008; van Lier, 2009</i>)</li> <li>● Olweus Bullying Prevention (<i>Olweus, 1991, 1999; Smith, 2004</i>)</li> <li>● Second Step (<i>Grossman, 1997</i>)</li> </ul>
	Intervention auprès des familles	9-10 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Children and Parents Relations (<i>Loveland-Cherry, 1999</i>)</li> </ul>
Ciblée	Intervention auprès d'enfants présentant des troubles du comportement	6-8 ans présentant des troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Montreal Preventive Treatment Program (<i>Tremblay, 1996</i>)</li> </ul>
	Intervention familiale précoce (femmes enceintes)	Femmes enceintes présentant des facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nurse-Family Partnership Program à Elmira (<i>Olds, 1998</i>)</li> </ul>
	Intervention auprès des tout-petits	≤ 6 ans Ciblé (minorités ethniques, milieu urbain, faibles revenus) et/ou universel	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Triple P-Positive Parenting (<i>Heinrichs, 2006; Sanders, 2000</i>)</li> <li>● I Can Problem Solve (<i>Shure, 1982</i>)</li> <li>● Perry Preschool Program (<i>Schweinhart, 1980, 1993</i>)</li> <li>● The Incredible Years (<i>Reid, 2002; Webster-Stratton, 2001; Gross, 2003</i>)</li> </ul>
<b>Interventions auprès des jeunes de 10 à 15 ans</b>			
Universelle	Intervention auprès des familles ... via un ordinateur	10-14 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Strengthening Families Program (<i>Spoth, 1999, 2001, 2004, 2006, 2009</i>)</li> <li>● SODAS City (<i>Schinke, 2004, 2009</i>)</li> </ul>
	Intervention en milieu scolaire menée par les enseignants	12-14 ans (jusqu'à 17 ans pour SHAHRP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Life Skills Training (<i>Botvin, 1995, 2001; Griffin, 2003; Smith, 2004; Spoth, 2005</i>)</li> <li>● Unplugged/EU-Dap (<i>Faggiano, 2007</i>)</li> <li>● School Health and Alcohol Harm Reduction Project (<i>McBride, 2000, 2003, 2004</i>)</li> </ul>
	Intervention impliquant l'école, la famille et la communauté	10-15 ans (jusqu'à 18 ans pour Northland)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Project Northland (<i>Perry, 1996, 2002; Klepp, 1995; Komro, 1999, 2001, 2006; Toomey, 1996; Williams, 1995, 2001</i>)</li> <li>● Midwestern Prevention Project/Project STAR (<i>Chou, 1998; Pentz, 1989, 1990, 1995</i>)</li> </ul>
	Intervention en milieu scolaire avec implication des médias	10-15 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Keepin' It REAL (<i>Hecht, 2003; Kulis, 2003, Gosin, 2003; Warren, 2006</i>)</li> </ul>
	Intervention en milieu scolaire menée par les enseignants et impliquant les parents	12-15 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Healthy School and Drugs Project (<i>Cuijpers, 2001, 2002; Smit, 2003</i>)</li> <li>● Health-Related Information and Dissemination among Youth (<i>Reddy, 2002</i>)</li> <li>● SFP + LST (<i>Spoth, 2002</i>)</li> </ul>
	Intervention individuelle en milieu scolaire	12-13 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intervention menée par une infirmière et impliquant les parents : Start Taking Alcohol Risks Seriously/Stars for families (<i>Werch, 1996, 1998, 2000, 2001, 2003, 2005</i>)</li> <li>● Intervention sur l'activité physique : Project SPORT (<i>Werch, 2005</i>)</li> </ul>

	Intervention	Public bénéficiaire	Niveau de preuve*	Exemple de programme validé ou prometteur
Ciblée	Intervention ciblant des minorités ethniques	10-15 ans, minorités ethniques	V	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Curriculum for Native American Students (Schinke, 2000)</li> <li>● Culturally-Focused Intervention (Botvin, 1995)</li> <li>● Strong African American Families (Brody, 2006, 2010; Gerrard, 2006)</li> </ul>
	Intervention ciblant des enfants de parents divorcés	9-12 ans, enfants de parents récemment divorcés	P	<ul style="list-style-type: none"> <li>● New beginning program (Wolchik, 2002)</li> </ul>
	Intervention en milieu scolaire universelle + ciblée	12-14 ans, universel + ciblé (sans précision)	P	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Project Alert (Ellickson, 1990, 2003; St Pierre, 2005; Ringwalt, 2009)</li> </ul>
<b>Interventions auprès de jeunes de 16 ans et plus</b>				
Universelle	Intervention délivrée par ordinateur (CD-Rom, Intranet ou Internet)	Étudiants (buveurs à risque principalement)	V	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Outils commerciaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alcohol 101 (Plus) (Allison, 2002; Barnett, 2007; Carey, 2009, Donohue, 2004; Lau-Barraco, 2008, Michael, 2000; Miller, 2000)</li> <li>● My Student Body : Alcohol (Chiauzzi, 2005)</li> <li>● Electronic Check-Up to GO (Dumas, 2008; Steiner, 2005; Walters, 2007)</li> <li>● Alcohol Edu (Wall, 2007)</li> </ul> </li> <li>– Outils non-commerciaux (Kypri, 2004, 2005, 2008; Lewis, 2007; Neighbors, 2006)</li> </ul>
	Feedback normatif individuel en face-à-face	Étudiants (buveurs à risque principalement)	V	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Interventions brèves motivationnelles (Marlatt, 1998; Baer, 2001; Carey, 2006)</li> </ul>
	Intervention sur le lieu de travail	Jeunes travailleurs	V	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Yale Work and Family Stress Project (Snow, 2002)</li> </ul>
	Intervention communautaire	Jeunes en dessous de l'âge légal	P	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Communities Mobilizing for Change on Alcohol (Wagenaar, 2000)</li> <li>● Community Prevention Trials Project (Grube, 1997; Holder, 1997, 2000)</li> </ul>
Ciblée	Intervention ciblant les 1 <sup>ers</sup> condamnations pour conduite en état alcoolique	Jeunes condamnés pour conduite en état alcoolique	V	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mississippi Alcohol Safety Education Program and Added Brief Individual Intervention (Wells-Parker, 2002)</li> </ul>
	Intervention ciblant les jeunes sortis du système scolaire ordinaire (intégrés dans un système scolaire spécifique)	Jeunes sortis du système scolaire classique	V	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Project Towards No Drug Abuse (Sussman, 1998, 2002, 2003; Dent, 2001; Sun, 2006, 2008)</li> </ul>
	Intervention ciblant les sportifs en milieu scolaire	Lycéens sportifs	P	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adolescents Training and Learning to avoid steroids (Goldberg, 2000)</li> </ul>
	Intervention ciblant les jeunes blessés hospitalisés aux urgences	Jeunes patients aux urgences	P	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intervention brève motivationnelle aux urgences (Longabaugh, 2001)</li> </ul>

\* : V = validé ; P = prometteur.





violence et les comportements agressifs, représentant des facteurs de risque d'usage d'alcool ultérieur [84].

### Interventions auprès des adolescents âgés de 10 à 15 ans

Parmi les interventions universelles à destination des jeunes adolescents, certains programmes peuvent ne s'adresser qu'à la famille. Cependant, la grande majorité d'entre eux s'articulent autour du milieu scolaire et peuvent impliquer ensuite les parents, à l'image des programmes auprès des plus jeunes, mais également viser d'autres composantes comme la communauté ou inclure un volet médiatique. Les interventions ciblées retenues s'adressent par exemple à des minorités ethniques ou à des enfants de parents divorcés. La promotion des compétences psychosociales est intégrée dans plusieurs de ces programmes, universels ou ciblés, et constitue un axe fort de ces interventions présentées comme efficaces.

Ces interventions auprès des jeunes adolescents ont des effets positifs à moyen ou long terme sur l'initiation au produit, sur l'expérimentation des ivresses et sur les fréquences de consommation.

### Interventions auprès des jeunes de plus de 16 ans

Parmi les interventions s'adressant aux jeunes âgés de plus de 16 ans, on trouve en premier lieu les interventions universelles menées auprès d'étudiants et proposant un *feedback* normatif personnalisé. Ces programmes peuvent être réalisés par ordinateur ou en face-à-face (il s'agit alors d'une intervention brève individuelle). Ces interventions validées consistent à fournir aux étudiants des comparaisons entre leur propre profil de consommation, les normes perçues et les valeurs réelles de consommation de leurs pairs [53]. Les autres interventions universelles ainsi que les interventions ciblées sont menées dans des contextes divers : lieu de travail, communauté, milieu scolaire, services d'urgence, etc.

Les principaux effets de ces interventions se manifestent à moyen terme, avec notamment une baisse de la fréquence de consommation et du *binge drinking* pour tous les programmes de *feedback* personnalisé destinés aux étudiants, ainsi qu'une baisse de la quantité bue et des problèmes associés à l'alcool pour ceux d'entre eux qui sont menés *via* un ordinateur. Un programme auprès de jeunes arrêtés pour conduite en état d'ivresse

## Campagnes de communication ciblées jeunes, un exemple d'action

### Les campagnes de communications gouvernementales en France

En France, les campagnes médiatiques nationales de prévention de la consommation d'alcool spécifiquement à destination des jeunes sont relativement peu fréquentes. Deux organismes gouvernementaux travaillent sur ce sujet :

- La Sécurité routière s'implique uniquement dans la réduction des risques par la prévention des accidents de la route dus à l'alcool. Au cours des dix dernières années, elle a essentiellement travaillé autour de la promotion du concept « Sam », le conducteur désigné. Elle a également réalisé plusieurs campagnes sur l'alcool au volant à destination des adolescents et des jeunes adultes, dont « Insoutenable » en 2010 et le court-métrage « Le sourire du pompier » en 2014, qui jouent respectivement sur des images choc et sur les émotions de la vie après-accident.

- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a notamment réalisé le spot « Boire

trop. Des sensations Trop extrêmes » qui a fait l'objet de deux diffusions, en 2008 et 2011. L'axe choisi était également celui des risques à court terme : violences, noyades, rapports sexuels non protégés/non désirés, coma éthylique.

Ces campagnes cherchent à alerter sur les dangers de la consommation d'alcool en dénonçant des comportements.

### Ces campagnes sont-elles efficaces ?

Les campagnes de communication sur la prévention de la consommation d'alcool sont très rarement évaluées, et, selon les quelques données disponibles actuellement, il ne semble pas y avoir d'exemples de campagnes évaluées ayant eu un impact positif efficace. De ce fait, selon le rapport rendu par un comité d'experts de l'OMS en 2007, les campagnes d'information sur l'alcool seraient un antidote peu efficace, notamment face à l'importance des dispositifs de communication déployés par l'industrie de l'alcool, et

leurs effets sur les comportements seraient peu concluants. *A contrario*, plusieurs campagnes médiatiques de lutte contre l'alcool au volant ont eu un impact mesurable significatif. Par ailleurs, la littérature sur le sujet de la prévention du tabagisme est bien plus abondante et relève plusieurs campagnes ayant montré des effets positifs [26]. Les conclusions de ce rapport sont donc un peu hâtives et il semblerait surtout qu'il reste encore beaucoup à explorer dans le domaine de l'alcool.

C'est pourquoi l'Inpes teste d'autres approches que celle de la dénonciation du risque en s'appuyant notamment sur des stratégies d'« *empowerment* ». Cette approche s'inspire du concept de renforcement des compétences psychosociales, dans un format plus adapté à la communication. En effet, parmi les interventions efficaces agissant sur la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, le renforcement des compétences psychosociales est un axe central présent dans la quasi-totalité des programmes jugés efficaces

**Chloé Cogordan**  
**Macha Obradovic**  
**Jean-Baptiste**  
**Richard**  
**Viêt Nguyen-Thanh**  
**Pierre Arwidson**  
Institut national  
de prévention et  
d'éducation pour  
la santé (Inpes)

montre un effet à long terme sur la récurrence de conduite en état alcoolique.

### Interventions sur l'offre d'alcool

Parmi les interventions visant à modifier l'offre d'alcool et ayant montré des effets sur les jeunes, celles qui concernent la densité des points de vente [55], les prix [27, 55] et l'âge minimum légal pour l'achat ou la consommation [55, 84] sont validées, avec notamment une baisse de la consommation excessive pour les deux premières ou encore une diminution de la conduite en état alcoolique, des accidents et des décès de la route liés à l'alcool pour les deux dernières. L'interdiction de la publicité apparaît prometteuse en raison de ses effets pressentis sur l'initiation et la consommation d'alcool [55].

### Discussion

Vingt-sept interventions reconnues comme pouvant avoir un impact sur la consommation d'alcool des jeunes ont été identifiées dans cette synthèse. Vingt-trois s'adressent aux publics concernés tandis que quatre agissent sur leur environnement.

Les interventions s'adressant aux populations couvrent toutes les tranches d'âge, de l'enfant depuis son plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte avec une diversité dans les modalités d'intervention, celles-ci s'adaptant à l'âge des populations et aux comportements de consommation associés. En particulier, il semble que l'expérimentation de l'ivresse – autour de l'âge de 15 ans en France – représente une étape charnière qui nécessite ensuite des interventions adaptées. Chez les enfants et les jeunes adolescents (jusqu'à 15 ans), les interventions ciblées s'adressent à des publics considérés comme vulnérables du fait de leur origine ethnique, de leur situation socioéconomique, familiale ou en raison de problèmes de santé mentale. Chez les jeunes adultes en revanche, c'est la situation scolaire ou l'expérience d'une situation problématique en lien direct ou potentiel avec la consommation d'alcool qui permet de cibler l'intervention. De plus, l'implication des parents, quasi-systématique dans les interventions s'adressant aux enfants, et fréquente pour les adolescents, n'apparaît plus dans les programmes visant les plus de 16 ans.

[45]. Selon la définition de l'OMS, les compétences psychosociales sont « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ».

### Exemple d'une approche nouvelle

En 2013, l'Inpes a ainsi diffusé la campagne télévisée « Oui, on peut dire non » auprès des adultes avec deux spots visant à valoriser le comportement responsable de celui qui refuse un verre d'alcool face à une personne qui insiste, et à inciter à s'interroger sur sa propre consommation. Un post-test réalisé en face-à-face auprès de 1 008 individus avait montré des scores d'incitation très prometteurs, notamment en regard des standards des dernières campagnes de l'Inpes (incitation à réfléchir à sa consommation d'alcool : 32 % vs 19 % et

incitation à réduire sa consommation d'alcool : 21 % vs 14 %). Le ton convivial adopté pour parler d'alcool avait également été jugé juste (84 % vs 75 %) et non culpabilisant (36 % vs 48 %).

Une déclinaison de cette campagne destinée aux jeunes a été diffusée en 2014 avec « Esquive la tise », une websérie de huit épisodes visant les 14-18 ans. Elle met en scène des amis usant de différents stratagèmes pour esquiver une boisson alcoolisée et continuer à s'amuser sans pour autant se couper du plaisir de la fête, ni se désolidariser du groupe. Les stratégies d'évitement sont absurdes, ce qui rend les spots comiques et c'est finalement leur symbolique qui prime. Au lieu de dénoncer des comportements négatifs, on cherche à valoriser des compétences telles que la résistance à la pression des pairs et l'affirmation de soi, en montrant que l'on peut refuser un verre, sans passer pour un « loser ».

Avant sa diffusion, cette campagne a été testée auprès de quatre groupes de dix adolescents et a suscité des

réactions globalement positives. L'intention préventive des films a été bien comprise et ils ont trouvé les spots drôles, notamment en raison du côté absurde des esquives proposées, même si certains regrettent de ne pas se voir proposer des « esquives » plus réalistes. Contrairement à d'autres campagnes de prévention sur l'alcool auxquelles ils ont pu être confrontés, ils ont apprécié le ton non moralisateur de celle-ci, corroborant les résultats de la campagne adulte. Au cours des quatre semaines de la période de diffusion, le trafic sur l'espace jeune du site dédié ([www.alcool-info-service.fr](http://www.alcool-info-service.fr)) a été multiplié par trente-quatre – en comparaison des quatre semaines précédentes.


Ces premiers constats positifs en faveur de l'approche centrée sur l'*empowerment* encouragent les acteurs de la communication en prévention à poursuivre l'exploration de cette piste. 🐼

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



La nature des preuves disponibles quant à l'efficacité des interventions sur l'offre d'alcool est différente de celles dont nous disposons concernant les interventions menées directement auprès des individus. L'efficacité des interventions sur l'offre est inférée essentiellement à partir d'études corrélationnelles, avant/après et de séries temporelles, alors que l'efficacité des interventions de proximité est démontrée par des études expérimentales ou quasi-expérimentales, plus robustes en termes de niveau de preuve. Malgré ces différences, il convient de souligner la complémentarité de ces deux catégories d'interventions et l'intérêt d'agir à la fois sur l'offre et la demande, afin de trouver un équilibre entre la responsabilité collective et celle des individus.

Les résultats de cette synthèse, qui portait sur la prévention de l'alcoolisation chez les jeunes, présentent plusieurs points communs avec des travaux similaires réalisés concernant la prévention des consommations de tabac et de substances illicites auprès du même public [45]. En particulier, auprès des 10-15 ans, la quasi-totalité des interventions universelles validées ou prometteuses pour l'alcool le sont également pour au moins l'un des deux autres produits. Ces programmes qui, pour la plupart, reposent sur la promotion des compétences psychosociales des adolescents, semblent donc particulièrement porteurs en matière de prévention des conduites addictives.

Ce travail comporte également des limites qu'il convient de souligner. Les données recueillies, issues uniquement de la littérature scientifique, portent essentiellement sur l'efficacité des interventions ; elles offrent peu d'informations sur le contenu de celles-ci, sur la nature et la taille des effets observés, et ne permettent pas de répondre aux questions qui concernent leur implantation, en particulier dans d'autres contextes que ceux dans lesquels elles ont été développées et évaluées. Le partage de ces données sur les interventions validées en prévention de l'alcoolisation chez les jeunes est donc une première étape pour enrichir et favoriser la réflexion sur les pratiques dans ce domaine. Des échanges avec les professionnels de terrain ont souligné la nécessité d'une étape de description détaillée des interventions repérées mais aussi la difficulté de leur mise en place, faute de moyens, faute de volonté des pouvoirs publics (par exemple : densité des points de vente) et faute de la capacité à rencontrer certains publics (par exemple : interventions auprès des femmes enceintes). Ce travail devra par la suite être enrichi et mis en regard des pratiques actuelles. Il conviendra également de le rendre plus pratique et plus accessible aux professionnels afin qu'ils puissent s'emparer des interventions et les optimiser tout en tenant compte des spécificités nationales et locales. 

## Alcool et sécurité routière : évolutions du traitement pénal en France

**L**a conduite sous l'emprise d'alcool représente un quart du contentieux pénal. Quarante ans après l'interdiction de conduire au-delà d'un seuil légal d'alcool dans le sang, le bilan de la politique pénale menée fait apparaître un double mouvement : croissance des contrôles et des interpellations d'une part, uniformisation des sanctions appliquées, d'autre part.

### Des contrôles d'alcoolémie de plus en plus fréquents et positifs

Chaque année, plus de 11 millions de dépistages de l'état alcoolique sont pratiqués sur la route (+35 % en 10 ans). Cette hausse tient avant tout à l'intensification des contrôles préventifs, pratiqués à l'initiative des forces de l'ordre (9 millions, + 38 % en 10 ans). Du fait d'une stratégie de contrôle plus ciblée, orientée par exemple vers les soirées de week-end, ces contrôles préventifs se révèlent

bien plus souvent positifs qu'il y a 10 ans (3 % en 2011 contre 1,5 % en 2000). Les services de police et de gendarmerie effectuent également des contrôles obligatoires d'alcoolémie en cas d'infraction ou d'accident : environ 17 % de ces dépistages consécutifs à un accident mortel se sont révélés positifs. Ainsi, environ 30 % des personnes tuées sur la route ont perdu la vie dans un accident impliquant l'alcool. Alors que le nombre d'accidents mortels a baissé d'environ 75 % depuis les années 1970, la conduite sous l'emprise de l'alcool et la vitesse demeurent les principales causes infractionnelles de mortalité au volant.

### Un contentieux de masse

L'essor des contrôles routiers est allé de pair avec une hausse des condamnations judiciaires en lien avec l'alcool. Si les condamnations pour blessures ou homicides involon-

taires causés par des conducteurs en état alcoolique sont en baisse depuis 2000, la conduite automobile avec plus de 0,8 g d'alcool par litre de sang est à l'origine de la plupart des condamnations pour délit routier (89 %). La conduite en état alcoolique (CEA) représente ainsi une condamnation sur cinq et ce chiffre continue de progresser rapidement. Cette montée en puissance s'explique en partie par la récurrence liée à ce type de comportement : 16 % des conducteurs condamnés pour ivresse au volant sont condamnés pour la même infraction dans les cinq années suivantes, ce qui est bien supérieur au taux moyen de récurrence (11 %).

Pour faire face à ce contentieux de masse, la justice a diversifié les modes de traitement pénal, en multipliant le recours aux procédures simplifiées et rapides. Aussi la conduite en état alcoolique est-elle majoritairement traitée dans le cadre de procédures

### Ivana Obradovic

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

# Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool

L'alcool et le tabac sont les substances les plus massivement consommées, avec des risques et des dommages qui en font les principaux déterminants de santé (lire page 16). À ces problématiques de santé s'ajoutent, concernant l'alcool, des dommages d'ordre social, notamment liés aux accidents de la route, domestiques et du travail, à la délinquance routière et aux violences commises ou subies. Le coût social a été évalué en 2000 à 37 030 millions d'euros, soit 2,37 % du PIB et une dépense par habitant de 600 euros [29].

Malgré l'évidence de ces faits, il existe une divergence majeure entre la perception des risques par le grand public et les connaissances des dommages validés par les experts [12, 57, 76, 85]. Les politiques publiques, peut-être par effet miroir de l'opinion publique qui sous-estime les dommages liés à l'alcool, ne sont pas à la hauteur des enjeux : la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 avait inscrit la lutte contre la consommation excessive d'alcool parmi les 100 objectifs nationaux de santé et l'on sait aujourd'hui

que l'objectif n'a pas été atteint. Pendant ce temps les alcooliers sont plus que jamais à l'offensive avec des stratégies marketing innovantes qui visent notamment massivement les jeunes et les femmes.

## Consommation d'alcool et dommages

La consommation d'alcool en France, et notamment du vin, est ancrée dans la culture mais a connu un net fléchissement en passant de 26 litres d'alcool pur par personne et par an en 1961 à 12 en 2011, proche de la consommation des pays riches du Nord.

On estime à 44,4 millions le nombre de consommateurs d'alcool chez les 11-75 ans [60], soit 90 % de cette classe d'âge, dont 5 millions d'usagers quotidiens. Les consommations à risques connaissent aussi une hausse significative avec 4 millions de personnes buveuses à risques chroniques et 520 000 personnes à risque de dépendance, soit 37 % des consommateurs [58].

La mortalité attribuable à l'alcool [38] était de 49 000 morts en 2009 chez les adultes en France. Par ailleurs

**Alain Rigaud**  
**Delphine Jarraud**  
Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa)

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

comme l'ordonnance ou la composition pénales, plus que par un jugement du tribunal. Ces procédures ne pouvant comporter que des peines d'amende ou de substitution, leur utilisation a pour effet d'augmenter la place des amendes dans la réponse judiciaire à la conduite en état alcoolique.

## Vers une systématisation des peines d'amende ?

Au cours de la dernière décennie, la part des amendes n'a cessé d'augmenter, constituant le premier mode de réponse pénale à la problématique de l'alcool au volant (52 % en 2011), à hauteur d'un montant moyen de 324 euros. À l'inverse, la part des emprisonnements avec sursis total a été divisée par deux (26 %) et l'emprisonnement avec une partie ferme est, lui, resté stable (moins de 10 %), avec une durée moyenne d'incarcération estimée à 3,8 mois, souvent associée à des cas de récidive.

## Synthèse

La montée en charge du contentieux routier lié à la conduite sous l'emprise d'alcool résulte d'une combinaison de facteurs. Elle reflète d'abord l'attention portée par les pouvoirs publics à la répression de la délinquance routière depuis 2002, date à laquelle ce thème a été mis à l'agenda politique au titre de « cause nationale ». Les politiques de lutte contre l'insécurité routière se sont alors traduites par la création de nouvelles incriminations, une multiplication des contrôles préventifs en bord de route et une réponse pénale plus systématique. En outre, la conduite en état alcoolique est une délinquance liée à l'activité des services de police et de gendarmerie : elle est constatée lors de contrôles spécifiques, dont la hausse entraîne quasi-mécaniquement celle des condamnations. L'essor du contentieux de conduite sous l'emprise d'alcool s'explique

aussi par le développement de nouveaux modes de procédure facilitant le traitement de la délinquance de masse. Ce changement de nature du traitement pénal des faits liés à l'alcool au volant influe sur le type de sanctions pénales prononcées, qui inclut une part croissante d'amendes. L'inflation de ce contentieux résulte, enfin, de la récidive, particulièrement élevée chez les personnes en difficulté avec l'alcool. 🍷

La synthèse de l'étude est consultable : Obradovic I. « La réponse pénale à la conduite sous influence (alcool et stupéfiants). Évolution du traitement pénal des délits routiers liés à l'usage d'alcool et de stupéfiants en France (2000-2011) », *Tendances*, n° 91, 2013, OFDT. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/reponse-penale-conduite-sous-influence-tendances-91-decembre-2013/>



## Consommations de substances psychoactives et grossesse : diagnostiquer et prévenir

### François Beck

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

### Jean-Baptiste Richard

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

**A**u cours de la grossesse, le fœtus est fortement exposé aux éventuelles consommations de substances psychoactives de la femme enceinte. Celles-ci peuvent avoir des effets graves pour l'enfant à naître, tels qu'un risque accru de fausse couche, de diminution du poids de naissance mais aussi, dans le cas de l'alcool, un retard psychomoteur, comme dans le cas du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

D'une manière générale, les femmes enceintes réduisent notablement leurs consommations. Toutefois, 24 % d'entre elles déclarent fumer quotidiennement pendant la grossesse (20 % après le 1<sup>er</sup> trimestre) et 3 % occasionnellement [9]. Bien que significativement inférieure à la prévalence tabagique des femmes qui n'attendent pas d'enfant, qui se répartissent entre 37 % de fumeuses quo-

tidiennes et 6 % de fumeuses occasionnelles, cette proportion positionne la France comme le pays d'Europe présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des autres affichant des prévalences comprises entre 10 et 15 % [88]. Ainsi, dans un pays marqué par un taux de fécondité qui le distingue de ses voisins européens, il apparaît d'autant plus dommageable que le tabagisme pendant la grossesse se maintienne à un niveau élevé. En ce qui concerne la consommation de cannabis, 3 % des femmes enceintes déclarent en avoir fumé au cours des douze derniers mois, contre 8 % des autres.

Si une part non négligeable des femmes continue à boire des boissons alcoolisées au cours de la grossesse, les quantités consommées s'avèrent nettement plus faibles

pendant cette période de leur vie, avec une consommation hebdomadaire quatre fois moins importante en volume. Environ 60 % des femmes qui consommaient de l'alcool avant leur grossesse ont arrêté de boire à l'annonce du diagnostic. Par ailleurs, seules 2 % d'entre elles déclarent un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (6 verres ou plus en une même occasion) pendant la grossesse.

### Cibler la prévention sur les femmes les plus jeunes et les moins favorisées

On peut distinguer différents facteurs de risque de consommation de substances psychoactives chez la femme enceinte. Ainsi, un état de détresse psychologique apparaît nettement associé à la consommation de tabac et aux épisodes d'alcoolisation pen-

la consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant. Enfin, l'alcool est impliqué dans la moitié de la délinquance routière et un quart des condamnations prononcées [60]. De manière indirecte, l'alcool est impliqué dans 40 % des violences familiales et conjugales, la moitié des violences faites aux femmes, un quart des faits de maltraitance à enfants, 30 % des viols et agressions sexuelles et 30 % des faits de violences générales [75].

### Prévenir les risques et réduire les dommages

La « réduction des risques », désormais totalement diffusée dans le lexique des professionnels du champ des addictions, est une traduction erronée de « *harm reduction* » qui signifie réduction des dommages. Cette stratégie s'est longtemps cantonnée aux seuls usagers de drogues injectables avec l'objectif de réduire les risques infectieux liés à leurs pratiques de consommation. Les dommages les plus nombreux étant induits par des substances licites, l'extension de la stratégie de réduction des risques et des dommages à ces produits et leurs usages s'impose aujourd'hui [31, 32].

Dans la mesure où un risque est la probabilité d'un dommage et que le dommage est un risque avéré, il

s'agit moins de « réduire les risques » que de « prévenir les risques et réduire les dommages ».

Ces objectifs doivent s'inscrire dans un *continuum* d'actions cohérent qui va de l'élaboration d'un environnement favorable à la santé en passant par la déstigmatisation des personnes malades, la prévention des risques, la réduction des dommages, tout en s'adaptant à quelques paradoxes.

Tout d'abord, il s'agit de concourir à un environnement favorable à la santé par une politique publique proportionnée aux dommages sanitaires et sociaux avérés, mettant en cohérence les statuts des substances psychoactives et leur dangerosité, que ce soit en matière de publicité, d'accès et de taxation, tout en luttant contre la stigmatisation des personnes en difficulté avec leurs consommations.


Ensuite il faut, pour prévenir les risques, agir le plus précocement possible, notamment par l'éducation pour la santé auprès des plus jeunes, avec des actions de développement des compétences psychosociales face aux prises de risques, d'aide à la résistance aux effets de groupe, et d'affirmation de soi. Il s'agit également, pour réduire les dommages, de repérer et orienter le plus précocement possible les usagers en difficulté, donc sensibiliser et former les professionnels en « première

dant la grossesse. De plus, le risque de fumer parmi les femmes ayant un diplôme inférieur au bac est trois fois plus important que pour les autres, et les femmes ayant les plus faibles revenus sont presque deux fois plus nombreuses à fumer durant leur grossesse [9]. Globalement, la réduction des consommations de substances psychoactives s'avère plus difficile parmi les femmes les plus jeunes et celles disposant des revenus les plus bas.

Avec seulement un tiers des femmes qui parviennent à arrêter pendant cette période, l'intérêt de mettre en place des interventions efficaces en matière de sevrage tabagique au cours de la grossesse apparaît évident. Il faut souligner que certains professionnels de santé conseillent parfois de diminuer le nombre de cigarettes fumées plutôt que d'arrêter

totalemment, afin de limiter le stress occasionné par le sevrage tabagique.

Des actions pourraient être menées en particulier en direction des plus jeunes et des femmes en situation de précarité, qui arrêtent moins souvent leur consommation de tabac ou d'alcool pendant la grossesse. Une information brève, émanant du gynécologue ou du généraliste, en direction des jeunes femmes envisageant une grossesse, dans le cadre de consultations pré-conceptionnelles par exemple, ou de celles déjà enceintes, serait certainement utile. Dans la mesure où une proportion importante des grossesses n'est pas prévue, la « cible » des femmes en âge de procréer semble prioritaire. Le guide « Alcool et grossesse », édité en 2011 sous l'égide du ministère chargé de la santé à destination des professionnels de santé, souligne la

difficulté à parler de sa consommation d'alcool à une femme enceinte et suggère des pistes pour ouvrir ce dialogue, en donnant notamment des exemples de prise en charge précoce. L'entretien prénatal précoce, qui offre souvent un temps d'échange long avec une sage-femme, pourrait être une ressource très utile car c'est l'occasion d'orienter les femmes vers des consultations spécialisées, d'autant que les sages-femmes certifiées en addictologie sont de plus en plus nombreuses. En matière d'alcool notamment, la transmission intergénérationnelle entre mère et fille apparaît enfin comme une source d'information essentielle, invitant aussi à considérer les mères de jeunes femmes enceintes comme des relais privilégiés de la prévention. 

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

ligne», même si le « précoce » est parfois tardif... car « il n'est jamais trop tard ».

Enfin, réduire les dommages est une conjugaison du « care » et du « cure », du « prendre soin » et du « soin », en s'appuyant sur une approche systémique, car il ne s'agit pas que d'un individu ou d'un produit, mais aussi d'un environnement. Ce que visent avant tout l'accompagnement et les soins est l'amélioration de la qualité de vie et l'autonomisation de l'individu-acteur de son propre parcours, en s'appuyant sur son histoire, son environnement, ses expériences et ses compétences. Les professionnels ont pour mission d'accompagner l'utilisateur dans une démarche personnelle de réduction des dommages immédiats et d'aide à la prise de conscience des dommages à moyen et long termes. Dans cette perspective, le « cure » n'est pas réductible au modèle du sevrage prescrit et de l'abstinence immédiate, totale et définitive : les professionnels doivent offrir une palette de propositions et co-construire avec chaque individu la solution qui lui convient le mieux au moment de la rencontre, tout en s'adaptant tout au long de son parcours. Dans l'approche de l'accompagnement et des soins du XXI<sup>e</sup> siècle, le paradigme change : l'utilisateur, le malade, le patient ne doivent plus être assignés à une posture consistant à subir des soins et à s'adapter aux prescriptions des professionnels et ces professionnels,

s'ils veulent la meilleure alliance thérapeutique, doivent tout mettre en œuvre pour rendre la personne co-actrice de son parcours. Il ne s'agit plus d'inscrire les usagers dans une filière de soins à laquelle ils doivent tenter de s'adapter mais de leur proposer des parcours de soins individualisés adaptés à leurs préférences et à leurs capacités personnelles.

La prévention des risques et réduction des dommages en alcoologie doivent aussi faire avec les contraintes et paradoxes, notamment en matière de « demande » d'aide de l'individu, très fréquemment formulée sous la pression de tiers comme la famille, l'employeur ou la justice. C'est aussi trouver la juste place de la prévention dans une société qui valorise les boissons alcooliques comme un totem national, avec une publicité omniprésente surfant sur les traditions, le plaisir et la convivialité, des modalités d'accès quasiment libres et partout sur le territoire... tout en stigmatisant le « mauvais consommateur », « l'ivrogne », le « faible », la « mauvaise mère » ou le « père indigne », et finalement le malade.

### **Face à la réalité des dommages, une stratégie nécessairement pragmatique**

Les relations entre les produits psychoactifs et la fête sont des évidences sociales en France, chez les adultes « confirmés » comme chez les « jeunes », adolescents et



jeunes adultes, en apprentissage de leur intégration au groupe et de leur capacité de transgression. La fête est souvent devenue synonyme d'excès de consommation de produits psychoactifs, notamment d'alcool et de cannabis, dans le but parfois unique de modifier la conscience pour faciliter le « lâcher prise », se soustraire de certaines contraintes du réel, et favoriser certaines formes de lien social.

Certes, l'alcool est interdit de vente aux mineurs, des arrêtés municipaux fleurissent pour en interdire la consommation dans l'espace public, mais ces réponses sont insuffisantes, voire contre-productives, si elles ne se conjuguent pas à de véritables programmes de prévention des risques et de réduction des dommages « *in situ* », au plus près de ces consommateurs. Pour illustrer de tels programmes, nous décrivons le *continuum* d'actions mené à Bordeaux.

Suite à une étude diagnostique autour du constat d'augmentation de l'alcoolisation excessive des jeunes et d'un manque de moyens de prévention sur les lieux

festifs, l'Anpaa 33 a proposé le dispositif TAF – Tendances alternatives festives – composé d'une équipe mobile intervenant la nuit sur les espaces publics festifs directement auprès de ces jeunes. L'objectif est de prévenir les risques et réduire les dommages liés à leurs consommations excessives d'alcool et de produits psychoactifs, par le dialogue et la responsabilisation en les amenant à développer un comportement citoyen. Les interventions sont menées par une équipe bien identifiée et composée de professionnels et de volontaires formés, acteurs de « prévention par les pairs », dans une démarche d'« aller vers » pour informer ces jeunes, leur proposer une évaluation de leur consommation, les sensibiliser aux différents risques, les conseiller et les orienter, dans une approche sécurisante, non jugeante et non moralisatrice.

Depuis 2013, le dispositif a été complété par deux actions : « Soul Tram », sensibilisation en musique le jeudi soir dans le tramway qui relie la cité universitaire au centre-ville, et « Somm'énbus », du jeudi au vendredi

## Le baclofène

**L**e développement de traitements efficaces de l'alcoolodépendance est d'une importance majeure pour les sujets qui en souffrent et pour la réduction des dommages sanitaires et sociaux imputables à l'alcoolisme. De nombreux agents pharmacologiques ont été testés depuis les années 1950 et de nouvelles molécules sont actuellement proposées.

Le baclofène est l'un d'eux et suscite depuis 2005 un intérêt, souvent passionné, pour réduire le *craving*, terme anglais qui désigne l'envie irrépressible de reprendre de l'alcool devant des *stimuli* externes ou internes, et ce en l'absence de syndrome de sevrage, et qui est un facteur de rechute.

Le baclofène est une molécule ancienne dont le profil pharmacologique offre un intérêt nouveau pour le traitement de la dépendance alcoolique. Autorisé depuis 1974 à une posologie de 30 à 75 mg comme myorelaxant pour traiter les contractures spastiques de pathologies neurologiques sévères, le baclofène est un agoniste puissant du système GABA qui est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. Ce profil a suscité des tra-

vaux sur des modèles animaux qui ont montré à hautes doses un effet dose-dépendant sur la réduction de la consommation d'alcool. Des essais ont été conduits à partir de 1993 chez l'homme, et notamment sept essais contrôlés entre 2002 et 2007, avec des posologies différentes et des résultats également différents. Ces essais ont monté l'intérêt potentiel du baclofène pour réduire voire arrêter la consommation, un effet variable selon la dose et la nécessité d'une posologie élevée, supérieure à celle de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) en neurologie, avec des interrogations sur la tolérance à ces fortes doses.

En 2004, le Pr Olivier Ameisen, souffrant lui-même de dépendance alcoolique et restant en difficulté malgré son recours aux traitements classiques, s'est auto-prescrit le baclofène à haute dose – entre 70 et 120 mg – en postulant que la suppression dose-dépendante du *craving* chez l'animal serait transposable à l'homme, et que cette suppression éliminerait le risque de rechute. La publication de son « *self-case report* » puis celle d'un autre cas par W. Bucknam ont encouragé des généralistes,

des psychiatres et quelques alcoologues à prescrire le baclofène à ces posologies hautes hors AMM. Des études observationnelles ouvertes ont confirmé des bénéfices cliniques chez certains patients mais ont posé du même coup la question de préciser les profils d'efficacité et de tolérance par des études randomisées dans la perspective d'une AMM dans l'alcoolodépendance.

Cette utilisation à haut dosage et hors AMM a soulevé à partir de 2008 en France dans la communauté alcoologique et parmi les associations de patients des débats d'autant plus vifs, voire passionnés, qu'elle faisait l'objet d'une importante médiatisation concernant l'espoir placé dans le baclofène pour guérir l'alcoolodépendance. Si les essais contrôlés à doses faibles (30 mg/j) avaient permis d'observer une tolérance satisfaisante, aucune étude n'avait néanmoins jamais été effectuée pour l'utilisation à hautes posologies en dehors de la publication des cas de O. Ameisen et de W. Bucknam, d'une autre série de cas et d'une étude non randomisée. L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) publiait en 2011 un premier point

**Alain Rigaud**  
Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa)

de minuit à 5 heures du matin, sur des sites variables selon les soirs : les jeunes sont accueillis à bord d'un bus par une équipe de secouristes et d'animateurs pour se reposer et « dégriser » avant de rentrer à leur domicile, être soignés ou orientés vers les urgences si besoin.

Dans un tout autre registre, celui des consommateurs réguliers et excessifs, en majorité des hommes de 40-65 ans et souvent dépendants, l'offre doit être elle aussi pragmatique pour favoriser leur accompagnement et les soins. Ces personnes ont en général intériorisé l'injonction médicale et des associations d'entraide leur prescrivant une abstinence totale et définitive. En effet, les stratégies thérapeutiques en alcoologie ont longtemps été dominées par une approche pharmacocentrée sur le produit avec les dispositifs de « cure » et de « postcure » en établissements sanitaires, sans véritable mesure d'évaluation d'efficacité, en dehors des témoignages des « rétablis », et sans comparaisons à court, moyen et long termes avec d'autres options.

À côté de ce modèle de l'abstinence, une autre option est apparue ces dernières années comme un objectif également recommandable, celle de la réduction de la consommation pour diminuer le niveau de risque et réduire les dommages, et qui a été inscrite dans les « *guidelines* » de plusieurs pays occidentaux (NIAAA, 2007 ; EMA, 2010 ; NICE, 2011). En effet, face à la personne qui dit à son médecin « *Docteur, je veux arrêter de boire...* », car sa consommation devient problématique pour lui, il faut souvent entendre « *... arrêter de boire comme ça* », c'est-à-dire dans une perte de contrôle. La majorité des individus ne souhaitent pas ou pensent n'être pas prêts à devenir abstinentes tout de suite, ils aspirent à retrouver une consommation plaisir et pensent parvenir à en reprendre le contrôle.

Cette demande appelle un panel de propositions inscrites dans une démarche globale d'accompagnement médico-psycho-social, qui conjuguent plusieurs stratégies faisant appel aux compétences et expériences des usagers eux-mêmes : consommer autrement, peut-être

d'information de mise en garde sur la prescription hors AMM, puis un second en 2012 pour reconnaître l'intérêt potentiel des hautes posologies et recommander que la prescription soit organisée par les addictologues.

L'évaluation de l'efficacité du baclofène à haute dose sur la réduction de la consommation d'alcool et sa tolérance par des essais cliniques multicentriques randomisés et en double aveugle *versus* placebo s'imposait. Deux essais ont été engagés en 2012, *Bacloville* (Pr P. Jaury) avec 320 patients consommateurs à haut risque suivis en ambulatoire pendant 18 mois et *Alpadir* (Pr M. Reynaud) avec 316 patients dépendants pour le maintien de l'abstinence avec une posologie cible de 180 mg/jour. Leurs résultats sont attendus pour mars 2015.

En avril 2014, prenant en compte de nouvelles données - d'autres études ayant suggéré que le profil GABAergique du baclofène comporte également un effet anxiolytique et sur l'appétence - et la demande des professionnels et des associations de patients, l'ANSM décidait d'accorder une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du baclofène dans

le traitement de l'alcoolodépendance pour l'encadrer dans l'attente des résultats des essais et en assurer la sécurité et le suivi de pharmacovigilance. Cette RTU retenait deux indications hors AMM : 1) l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage et suite à l'échec des autres traitements disponibles ; 2) la réduction majeure de la consommation, également après échec des autres traitements disponibles. La RTU permettait également d'autoriser la prise en charge par l'Assurance maladie et prévoyait deux dispositions de nature à renforcer la coordination entre généralistes et spécialistes et à améliorer les parcours de soins. Si de nombreux patients répondent en effet à des interventions de faible intensité médicamenteuse et/ou psychologique, il faut aussi souvent, pour d'autres malades, développer en partenariat des stratégies thérapeutiques complexes. Le dispositif a été néanmoins, et pour plusieurs raisons qui se sont conjuguées, manifestement boudé, à la fois par de nombreux prescripteurs et par leurs patients.

Aujourd'hui, la communauté médicale, les patients et les autorités de santé sont dans l'attente

des résultats imminents des essais, préalables indispensables à toute demande d'AMM, et de l'analyse des données de pharmacovigilance obtenues avec ou sans la RTU car les effets indésirables du baclofène à hautes doses sont déjà connus. Comme toute prescription, celle du baclofène haut dosage ne peut être envisagée qu'au cas par cas et surveillée par des médecins expérimentés pour assurer l'adaptation posologique individuelle en fonction de la réponse thérapeutique et de la survenue des effets indésirables.

Enfin, il faut rappeler que le baclofène, aussi efficace soit-il et comme tout agent pharmacologique, ne résoudra pas d'un coup tous les problèmes de l'alcoolisme en France et ne supprimera pas la nécessité de proposer un accompagnement aux patients dépendants de l'alcool, dont le mal-être, à l'origine d'une part de leur addiction, appelle une aide psychothérapeutique et psychosociale pour se reconstruire, souvent sur les ruines de ce que leur dépendance a détruit. 🍷





autant, mais en s'exposant à moins de risques, réduire la consommation, voire expérimenter le sevrage, de transition ou à consolider. Ce n'est qu'avec un large éventail de propositions et dans le respect de leur choix initial que les professionnels réduiront le risque d'échec et de découragement des usagers dans leur attente d'aller mieux. Les usagers en difficulté avec l'alcool sont capables, comme tout individu, d'expérimenter le panel de mesures le plus approprié à leur recherche de qualité de vie. Les professionnels ont le devoir d'émanciper les usagers dépendants du modèle dominant de l'abstinence en leur offrant un accompagnement plus proche de ce qu'ils veulent ou sont capables d'expérimenter. C'est un enjeu important en médecine de ville pour faciliter l'accès aux soins précoces des consommateurs engagés insidieusement sur la voie de la dépendance, sans attendre qu'ils en atteignent les niveaux les plus sévères.

Par exemple, concernant des publics très désinsérés socialement et alcoolodépendants, comme certaines personnes sans toit, les stratégies d'accompagnement doivent aussi s'adapter, en remettant notamment en cause l'interdiction de consommation dans les centres d'hébergement d'urgence ou d'insertion sociale. Ces mesures s'avèrent généralement contre-productives car elles engendrent des alcoolisations massives le soir avant l'entrée dans ces centres, et donc également des pertes de contrôle des consommateurs qui augmentent les risques de désordre dans le fonctionnement de

ces établissements, tout en exposant ces consommateurs au « manque » pendant toute la soirée et la nuit. Sans imposer d'interdit, des stratégies de réduction ou de contrôle des consommations peuvent faciliter une meilleure insertion de ces personnes et un climat plus apaisé pour tous, résidents et professionnels.

### Pour conclure

La prévention des risques et réduction des dommages est « *une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur leur usage, ce qui implique une attitude de tolérance à l'endroit de la consommation des drogues plutôt qu'une philosophie de l'abstinence (ne pas commencer à en prendre) ou de l'abstinence (arrêter d'en prendre), philosophie traditionnellement soutenue par l'injonction pénale ou thérapeutique.* » [15]

L'alcool est dans notre société une « drogue » licite qui fait déjà l'objet d'une grande tolérance, et même d'une complaisance culturelle qui réprouve certes l'abus mais récuse tout autant l'abstinence. L'usage d'alcool perdurera pour le plaisir de beaucoup mais aussi pour soulager la condition des plus vulnérables, avec son cortège de risques, ponctuels ou chroniques, et de dommages, immédiats ou différés, sanitaires et sociaux. Il est plus que temps qu'une politique publique déploie en France une approche centrée sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à la consommation de l'alcool. 🍷

## Orientations internationales en matière de lutte contre l'usage nocif d'alcool

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

Ces dernières années, la prise de conscience internationale sur la nécessité de prendre des mesures efficaces contre les conséquences néfastes de la consommation d'alcool est réelle. L'usage nocif d'alcool génère, en effet, de lourdes conséquences à l'échelon mondial. Il s'agit d'un des quatre facteurs de risque majeurs de maladie non transmissible. Pour y répondre l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est dotée en 2010 d'une stratégie mondiale, déclinée au niveau de la région Europe de l'OMS en un plan d'action 2012-2020, ainsi que d'un plan de lutte contre les maladies non transmissibles pour la période 2013-2020. Bien que l'Europe soit la région du monde la plus consommatrice d'alcool, l'Union européenne qui s'était dotée d'une stratégie « alcool » pour la période 2006-2012, peine à la renouveler. Les enjeux économiques et sanitaires liés à l'usage nocif d'alcool sont majeurs et justifient l'intégration des orientations internationales dans les stratégies nationales de santé.

### La stratégie de l'OMS : maladies non transmissibles et usage nocif de l'alcool

En septembre 2011, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté une déclaration de haut niveau sur la maîtrise des maladies chroniques<sup>1</sup>. Prenant acte de la transition épidémiologique observée à l'échelle mondiale, ce texte rappelle que, selon l'OMS, près de 36 millions des 57 millions de décès enregistrés dans le monde en 2008 étaient dus à des maladies non transmissibles, principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Les quatre principaux facteurs de risque de ces maladies sont le tabagisme, l'abus d'alcool, une alimentation peu saine et le manque d'exercice physique. C'est dans la dynamique impulsée par l'ONU que l'OMS a élaboré un plan de lutte contre les maladies non transmissibles

1. [http://www.un.org/fr/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1)

pour la période 2013-2020<sup>2</sup>. Concernant l'alcool, il est proposé de viser une diminution de 10 % de l'usage nocif de l'alcool. Des options de politique publique sont présentées, il s'agit, entre autres de lutter contre la conduite en état d'ébriété, de réglementer la disponibilité de l'alcool pour le public, de limiter ou d'interdire la publicité en faveur de l'alcool, d'appliquer une politique de prix, consistant, par exemple à augmenter les accises sur les boissons alcoolisées.

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée dans le monde. L'Europe, avec une consommation moyenne annuelle de 10,9 litres d'alcool pur par personne âgée de 15 ans et plus, est la région la plus consommatrice. Or, l'usage nocif de l'alcool a des conséquences importantes. Ainsi, il est estimé qu'environ 2,5 millions de décès lui sont attribuables chaque année. La consommation d'alcool est le troisième facteur de risque de maladie dans le monde. En Europe, un décès sur sept chez les hommes et un sur treize chez les femmes lui sont attribuables. Afin de pallier ces menaces pour la santé publique et le développement économique et social, l'OMS a donc élaboré une stratégie mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool (2010) et, spécifiquement, pour la région Europe, un plan d'action européen pour réduire l'usage nocif de l'alcool au cours de la période 2012-2020.

Cette stratégie mondiale donne des orientations d'action afin de parvenir aux principaux objectifs suivants : une prise de conscience mondiale des risques sociaux, sanitaires et économiques liés à l'usage nocif de l'alcool, une base de connaissances renforcée sur l'ampleur du problème, un partenariat et une coopération renforcés entre les parties prenantes, un suivi et une surveillance à tous les niveaux.

Le plan européen, adopté en septembre 2011 par 53 États membres de l'OMS, dont la France, dresse un panorama des options politiques qui permettraient aux États de réduire les conséquences néfastes liées à la consommation d'alcool, de promouvoir la santé et le bien-être, d'améliorer la productivité et de renforcer le capital social, humain et sanitaire tout au long de la vie.

La stratégie mondiale et le plan d'action européen identifient dix axes prioritaires pour orienter l'action des États :

- *leadership*, prise de conscience et engagement : mettre en place des plans nationaux et des stratégies ciblées, assurer la coopération entre les instances gouvernementales, rendre l'information largement accessible, sensibiliser aux conséquences néfastes de la consommation excessive d'alcool pour soi et pour les autres ;
- actions des services de santé : assurer la prévention, le traitement et la prise en charge des troubles liés à l'alcool et de la comorbidité, soutenir les initiatives de repérage précoce notamment chez les femmes enceintes, améliorer l'accès des groupes les plus vulnérables à l'offre de services de santé ;

- action communautaire : mieux faire comprendre des méfaits de l'alcool au niveau local, favoriser l'élaboration de politiques municipales, promouvoir le développement de réseaux partenariaux, concevoir des programmes destinés aux sous-groupes vulnérables (jeunes, chômeurs, femmes enceintes par exemple) ;
- politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant : fixer et faire respecter un taux maximal de concentration d'alcool dans le sang, encourager la mise en œuvre de points de contrôles aléatoires, instaurer l'acquisition progressive des permis pour les débutants, mener des campagnes d'information et de sensibilisation, encourager la mise en place d'autres moyens de transport jusqu'à la fermeture des débits de boissons ;
- offre d'alcool : réglementer la production et la vente d'alcool (licences, limitations horaires, âge minimum, limitation du nombre de points de vente), mettre en place des mesures relatives à la consommation d'alcool dans les lieux publics ;
- marketing des boissons alcoolisées : instaurer un cadre réglementaire (contenu, volume, supports) et des systèmes de surveillance efficaces ;
- politiques de prix : instaurer un système national d'imposition spécifique à l'alcool, fixer un prix minimum de l'alcool s'il y a lieu, mettre en place des mesures incitatives favorisant la consommation de boissons non alcoolisées ;
- réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool : appliquer des lois interdisant la vente d'alcool jusqu'à l'ébriété, encadrer les contextes de consommations pour limiter les risques de violence, informer les consommateurs des méfaits de l'alcool et les indiquer sur les contenants, former à la conduite à tenir face à une personne en état d'ébriété ;
- réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel : instaurer un système de contrôle de la production et de la vente d'alcool, assurer la coopération entre les autorités ;
- suivi et surveillance : mettre en place des enquêtes nationales périodiques, définir un ensemble commun d'indicateurs, mettre en place des mécanismes d'évaluation.

### Au sein de l'Union européenne

La stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool (2006-2012)

Publiée en octobre 2006, cette stratégie<sup>3</sup> était initialement établie pour les années 2006 à 2012, mais perdue du fait de l'absence de renouvellement. Elle a défini cinq thèmes prioritaires :

- protéger les jeunes, les enfants et les enfants à naître ;
- réduire le nombre de blessés et de morts dus à l'alcool sur les routes ;

2. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-fr.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf?ua=1)

3. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006D0625&from=EN>



- prévenir les dommages liés à l'alcool chez les adultes et réduire les répercussions négatives sur le lieu de travail ;
- mener une action d'information, d'éducation et de sensibilisation concernant les conséquences d'une consommation nocive ;
- créer, étoffer et tenir à jour un ensemble de données commun.

Il s'agit pour la Commission européenne de favoriser la coopération et l'échange de bonnes pratiques entre États membres. Pour mener à bien cette stratégie deux structures ont été créées : d'une part le « Committee on National Alcohol Policy and Action » (CNAPA), au sein duquel les représentants des États membres ont travaillé en commun sur les retours d'expériences nationales et sur la coopération politique, et d'autre part le Forum alcool et santé qui regroupe des représentants de la société civile et des intérêts économiques.

La présidence lettone de l'Union européenne (1<sup>er</sup> semestre 2015) ayant inscrit la lutte contre les méfaits de l'alcool parmi ses priorités de mandat, des évolutions sont à prévoir, au rang desquelles pourrait figurer l'élaboration d'une nouvelle stratégie européenne.

### **Le plan d'action sur l'alcoolisation des jeunes et les alcoolisations périodiques intenses ou *binge drinking* (2014-2016)<sup>4</sup>**

La notion de *binge drinking* définie par l'OMS, et reprise par ce plan d'action, fait référence à la consommation de 60 g d'alcool pur en une occasion (environ 6 verres). Face à l'essor de ce phénomène chez les plus jeunes, l'Union européenne s'est dotée d'un plan d'action spécifique. Les objectifs principaux sont de retarder l'âge de la première alcoolisation et de réduire la quantité d'alcool consommée par les jeunes, plus particulièrement les mineurs. Six axes d'actions sont identifiés :

- réduire les alcoolisations périodiques intenses ;
- réduire l'accessibilité des boissons alcooliques pour les jeunes ;
- réduire l'exposition des jeunes au marketing et à la publicité en faveur des boissons alcoolisées ;
- réduire les conséquences néfastes de la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- garantir un environnement sain et sûr pour les jeunes ;
- soutenir la recherche.

Tous les acteurs de prévention et de prise en charge sont concernés par les orientations proposées pour endiguer ce phénomène préoccupant.

L'importance de l'alcool comme facteur de risque de violences, d'accidents et de maladies chroniques est mise en évidence par la mobilisation internationale qui a permis de disposer de plans mondiaux et européens. Leur adaptation et leur déclinaison au niveau national permettraient de disposer d'une stratégie globale de lutte contre l'une des causes majeures de mortalité évitable en France. 🍷

4. [http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014\\_2016\\_actionplan\\_youthdrinking\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf)