

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 niveaux⁹, 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

⁹ 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).

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

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

* : 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) 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 corrélacionnelles, 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

La 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)