

# 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-

tidienues 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

totallement, 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'embus », 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)