



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 chroniques¹. 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

pour la période 2013-2020². 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 stratégie³ 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

3. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006DC0625&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^{er} 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)⁴

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