



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

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

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

La réponse publique en santé aux usages nocifs d'alcool

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

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

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

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

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

Limiter l'accessibilité des boissons alcooliques

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

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

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 communautaire². 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'alcool³. 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.

Historique de la législation sur l'alcool

- 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'apposer 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) 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 CJC⁴ 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 2006⁵, 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^{6,7,8}.

4. Le site 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 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 – parus 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.*