



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

ALCOOL ET PUBLICS SENSIBLES

– Groupe n° 16 –

- ABGRALL Julie
- BONNIER Charlotte
- CALMEL Caroline
- GOUTTE Patricia
- JULIEN Patrick
- LEMARIE Gaëlle
- REQUILLART Benjamin
- ROUXEL Richard
- TRANQUARD Monique
- VANHOVE Aude

Animatrice

Madame VALADIE - JEANNEL Martine

Sommaire

1	Introduction	1
2	Méthodologie	2
2.1	Recherche documentaire pour une bonne compréhension et appropriation du sujet.....	2
2.2	Choix de l'échantillon et entretiens avec les divers intervenants	3
2.3	Mise en commun et exploitation des résultats.....	4
3	Un risque alcool persistant, difficilement cernable et aux conséquences lourdes.....	4
3.1	Evolution et décloisonnement de la perception des usages.....	4
3.2	Des modes de consommation selon les publics.....	5
3.3	Un coût sanitaire, social et économique	7
4	Une volonté politique de réduire les risques alcool.....	8
4.1	Une prise de conscience internationale des méfaits de l'alcool.....	8
4.2	La loi du 9 août 2004 : un cadre pour les politiques de santé publique de prévention des consommations excessives d'alcool.....	9
4.3	Une politique de santé publique interministérielle et déclinée à l'échelle locale.....	10
5	Les réalisations sur le terrain marquées par des logiques de dépistage, d'information, d'éducation et de répression	13
5.1	Les actions globales de prévention : dépistage, suivi individuel et répression	13
5.1.1	Repérage précoce et informations médicales	13
5.1.2	L'alcool dans le monde du travail.....	15
5.1.3	Les actions visant à réduire les violences routières dues à l'alcool	16
5.2	Abaisser les risques des populations ciblées.....	16
5.2.1	Alcool et grossesse.	16
5.2.2	La consommation excessive chez les jeunes.....	18
A)	Les jeunes et l'alcool dans le cadre festif : excès et poly-consommation.....	18
B)	L'école : acteur de prévention	18

5.3 Les pistes d'amélioration.....	21
5.3.1 La généralisation du RPIB	21
5.3.2 Développement des actions existantes et élargissement à d'autres publics	24
A) Les jeunes	24
B) Les personnes âgées.....	25
C) Les personnes en situation précaire.....	26
5.3.3 Rendre l'alcool moins accessible en agissant sur l'offre.....	26
Conclusion.....	27
Bibliographie
Liste des annexes	I
ANNEXE n°1 : Grille d'entretien	II
ANNEXE n°2 : Liste des personnes rencontrées	III
ANNEXE n°3 : Déclaration sur les jeunes et l'alcool, 2001	IV
ANNEXE n°4 : Brochure « La preuve par neuf »,	VIII
Questionnaires « FACE et AUDIT »	VIII
ANNEXE n°5 : Méthode FRAMES.....	XIV

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- Madame le Docteur VALADIE-JEANNEL Martine, Médecin Inspecteur de Santé Publique, DRASS Aquitaine, animatrice du groupe, pour son soutien méthodologique et son accompagnement.
- L'ensemble des personnes rencontrées, pour leur disponibilité et la qualité des échanges sur leurs expériences
- L'ensemble des professionnels que nous avons contactés par téléphone et qui ont accepté de répondre à nos questions

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

CESEC : Comité d'Education à la Santé et la Citoyenneté

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRDD : Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des soins

D3S : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social

EDH : Elève Directeur d'Hôpital

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FEDER : Fonds Européen de Développement Régional

FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

INPES : Institut National de Prévention et de l'Education à la Santé

IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MG : Médecin Généraliste

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetale

1 Introduction

La Gaule a basculé dans la « civilisation », lorsqu'au sixième siècle avant Jésus Christ, les grecs ont introduit la vigne autour de Marseille et d'Agde. Pour les grecs, puis pour les romains, le « civilisé » est celui qui sait tailler la vigne, boit du vin et abandonne les boissons « grossières » comme la bière et l'hydromel. Aujourd'hui encore, le vin et l'alcool sont enfouis dans les cultures des sociétés occidentales et en particulier dans le patrimoine français. L'usage d'alcool y symbolise l'entrée dans l'âge adulte. C'est un produit support de socialisation et de sociabilité.

Néanmoins, on connaît de nos jours les méfaits de l'alcool sur la santé des individus. La consommation excessive d'alcool est une cause majeure de mortalité prématurée (avant 65 ans), elle est un facteur de risque dans la majorité des cancers et des maladies cardio-vasculaires. Cinq millions de français ont un problème d'alcool ce qui en fait donc une priorité de santé publique.

Par ailleurs la bienveillance collective envers un produit associé à la convivialité et à l'histoire de riches terroirs, cède le pas devant une prise de conscience des dangers de l'alcool. Qu'elle parait loin l'époque où le fait d'avoir bu pouvait être présentée par un avocat comme circonstance atténuante lors d'un accident automobile. Les seuils d'acceptation ont considérablement baissé, il est loin le temps où le contrat de travail permettait à chaque agent SNCF de consommer jusqu'à 3 litres de vins par jour.¹ Sans avoir complètement basculé, les représentations collectives et donc les pratiques sont en train d'être profondément modifiées par le biais d'actions et d'impulsions des pouvoirs publics et des associations et lobbys. Cette évolution s'appuie sur des vagues successives de campagnes médiatiques de lutte contre l'alcool par la diffusion de slogans se voulant brefs et accrocheurs.² Le phénomène d'alcoolisation excessive rencontre un écho croissant dans les médias.

A y regarder de près la parole se libère sur les excès de l'alcoolisation ponctuelle, sur les effets de l'ivresse, sur l'alcoolisation des jeunes. Mais l'alcoolisme quotidien reste souterrain. C'est pour cela que la dernière campagne de prévention tente de lever le voile sur ces non-dits.

Par prévention on entend l'anticipation des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. On distingue trois phases : la prévention primaire qui vise à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème (risques en terme de conduites individuelles à risque, d'environnement ou encore de risque sociétal) ; la

¹ Entretien avec Madame Evelyne Bertrand. Déléguée régionale de l'ANPAA (35).

² En 1991 : « Tu t'es vu quand t'as bu ? » ; En 1994 : « Un verre ça va, trois verres. Bonjour les dégâts » ; En 1997-2000 : « Et vous avec l'alcool vous en êtes où ? », « l'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir » ; 2006 : « L'alcool quand est-ce qu'on en parle ».

prévention secondaire, dont le synonyme pourrait être le mot dépistage, qui cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie ou un désordre psychologique ou social ; la prévention tertiaire qui vise à prévenir les rechutes ou les complications (il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale).

Par souci de rapidité et d'efficacité, les pouvoirs publics tentent de mobiliser tous les acteurs dans la prévention des conduites d'alcoolisation excessive. D'une part, il est démontré que les interventions auprès des consommateurs à risques permettent une réduction de la consommation car ils ne sont pas encore dépendants et donc encore capables de réduire volontairement leur consommation. D'autre part, il est désormais prouvé que la précocité de la consommation excessive d'alcool est fortement corrélée à l'entrée probable dans la dépendance au produit, d'où une nécessité d'agir sur les publics jeunes dans un souci d'éducation et de promotion de la santé.

Cependant la politique de prévention se heurte à des résistances économiques et culturelles. 120 Airbus, 400 rames de TGV...c'est, en équivalence, ce que pèse le chiffre d'affaire annuel du secteur des boissons alcoolisées françaises, qui emploie directement environ 340000 salariés et réalise un chiffre d'affaires annuel d'environ 15,2 milliards d'Euros. On comprend mieux alors les enjeux que représenterait une baisse significative de la consommation d'alcool au-delà du domaine de la santé.

Si la consommation d'alcool ne doit pas être diabolisée, des actions préventives et curatives sont développées et doivent perdurer. Ainsi quelles stratégies développer concernant les conduites excessives d'alcool ?

La politique de prévention trouve sa légitimité sur des constats épidémiologiques (I) et elle est impulsée par des ressources institutionnelles (II). Malgré les politiques de prévention et les outils existants, l'implication des différents acteurs, des améliorations doivent être recherchées (III).

2 Méthodologie

Le groupe de travail N°16 est constitué de 10 participants issus de différentes filières (1 IASS ; 2 DS ; 4 D3S et 3 EDH). Notre mission était d'élaborer un travail de recherche sur le thème : « Alcool et prise en compte des publics sensibles. Quelles synergies à développer ? ». Ce travail s'est effectué sur une période de deux semaines, période non extensible du fait du départ en stage de nombreux participants du groupe.

2.1 Recherche documentaire pour une bonne compréhension et appropriation du sujet

Madame Martine Valadié-Jeannel nous a fourni au préalable un dossier documentaire concernant le thème. Les documents nous ont permis d'appréhender les enjeux majeurs du « Repérage Précoce et Informations Brèves » concernant la

consommation d'alcool et de mieux connaître les effets d'une consommation excessive sur la santé et l'équilibre psychosocial des individus.

Sous l'impulsion de notre référent, notre groupe s'est scindé en trois sous groupes afin de décrypter la base documentaire : épidémiologie, ressources institutionnelles et acteurs, outils et stratégies dans la prévention des consommations à risque. Une synthèse a été réalisée afin de réfléchir à la définition d'une problématique

Compte tenu de la contrainte temporelle, et en accord avec Madame Valadié-Jannel, nous avons écarté la problématique de prise en charge des personnes alcoolodépendantes, pour nous centrer sur la prévention de la consommation excessive d'alcool. Ce type de consommation touche tous les publics et peut avoir des effets néfastes sur les individus. De plus, il est prouvé que la précocité de ces modes de consommation est positivement corrélée à l'entrée dans la dépendance. De fait, la prévention des conduites d'alcoolisation excessive et son décloisonnement sont un enjeu majeur de santé publique.

Ces constats nous ont permis de définir la problématique suivante :

« Quelles stratégies développer dans la prévention des conduites d'alcoolisation excessive ? »

Nous avons affiné notre connaissance du sujet au travers de la bibliographie fournie par notre référent et via les publications des principaux organismes chargés de prévenir les risques liés à l'alcool (MILDT, INPES, OFDT, ANPAA, Sites ministériels, HAS). Les thèmes de recherche ont été répartis par binômes. Les résultats synthétisés ont été retransmis en grand groupe afin que tous les membres puissent être sensibilisés sur tous les aspects de la problématique. Ainsi, nous avons tous participé à l'élaboration du guide d'entretien (cf. annexe n°1) destiné à connaître le positionnement des acteurs de terrain sur le sujet ainsi que leurs pistes de réflexion quant aux stratégies à développer dans le domaine de la prévention des conduites d'alcoolisation excessive. Nous avons fait le choix de l'entretien semi directif. L'élaboration du plan a fait l'objet de plusieurs réajustements successifs avec le soutien de notre référent.

2.2 Choix de l'échantillon et entretiens avec les divers intervenants.

Nous avons choisi de manière collégiale les interlocuteurs et la répartition des entretiens (cf. annexe n°2). Certains entretiens ont été menés en binôme et d'autres de manière individuelle, compte tenu de la disparité des lieux de rendez-vous et du budget accordé.

Nous avons pris contact avec une multiplicité d'acteurs susceptibles d'intervenir dans le champ de la prévention du mésusage de l'alcool. Ainsi, nous avons rencontré des acteurs du domaine de la santé, de l'Education Nationale, du monde du travail mais aussi des partenaires institutionnels et associatifs participant à l'impulsion des programmes de prévention et à leur financement. Le point de vue des usagers n'a pas été écarté puisque

nous avons souhaité rencontrer des personnes alcool-dépendantes pour tenter de saisir leur point de vue sur la politique de prévention et leurs éventuelles suggestions compte tenu de leur expérience.

2.3 Mise en commun et exploitation des résultats :

Tous les entretiens ont fait l'objet d'une restitution orale devant l'ensemble du groupe. Ils sont venus enrichir notre exploration documentaire et nous ont permis d'étayer certaines hypothèses opératoires et d'en invalider d'autres. Des binômes se sont formés pour traiter et analyser les entretiens. Des propositions de pistes d'amélioration ont pu alors être dégagées. L'ensemble du groupe a effectué une relecture du rapport. Le travail de mise en forme (annexes, la bibliographie, abréviations...) a été réparti.

3 Un risque alcool persistant, difficilement cernable et aux conséquences lourdes

3.1 Evolution et décroisement de la perception des usages

La perception que les autorités publiques ont de l'alcool n'est pas neutre, puisqu'elle forme le présupposé de toute politique de prévention. Celle-ci traduit aussi les nouvelles préoccupations de la société. L'innocuité dont se prévalait l'alcool quant à ses incidences sur la santé publique a été, peu à peu, remise en cause.

En parallèle, le passage d'une approche par produit à une approche par comportement a été lent depuis la loi du 31 décembre 1970 visant les drogues illicites. Deux rapports sont venus remettre en cause l'approche traditionnelle de la consommation de produits psychotropes. En 1998, le rapport Roques³ a invalidé scientifiquement la dichotomie traditionnelle entre substances licites et substances illicites. Il propose la classification suivante, par dangerosité décroissante⁴ : héroïne, cocaïne, alcool / psycho stimulants, hallucinogènes, tabac, benzodiazépines / cannabis. Le rapport Reynaud-Parquet-Lagrue de 2000⁵ souligne deux notions. D'une part il faut substituer à l'approche par produit, qui a perdu sa pertinence, une approche par comportement. Outre le développement de la polyconsommation, toutes les substances visées ont la même conséquence potentielle : la dépendance. D'autre part, il convient de distinguer les concepts d'usage, d'usage nocif et de dépendance afin de promouvoir une politique réaliste adaptée à chaque type de comportement.

³ Rapport commandé par Bernard Kouchner en juin 1998 sur la dangerosité des drogues, cf www.drogues.gouv.fr

⁴ Evaluée en fonction de la dépendance physique, la dangerosité sociale et la toxicité générale.

⁵ Rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale, disponible sur www.drogues.gouv.fr

Toute conduite d'alcoolisation ne pose pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS⁶, et qu'elle est prise en dehors de toute situation à risque. Celle-ci relève du simple usage d'alcool. Dès lors, trois types d'usage ou de mésusage doivent être mis en exergue⁷ :

- L'**usage à risque** définit *toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils proposés par l'OMS, non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel.*

- L'**usage nocif** définit *toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, et l'absence de dépendance à l'alcool. Cette définition fait référence aux conséquences et non pas aux seuils de consommation qui peuvent être inférieurs aux seuils de l'usage à risque dès lors que certains dommages sont constitués.*

- L'**usage avec dépendance** définit *toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de maîtrise de sa consommation par le sujet. L'usage avec dépendance ne se définit ni par rapport à des seuils de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui, néanmoins, sont souvent associés.*

Toutefois, peut-être grâce à l'évolution des perceptions et aux dispositifs existants, la consommation de boissons alcoolisées a régulièrement baissé au cours des dernières décennies en France. La consommation moyenne d'alcool par habitant a continué de baisser entre 2000 et 2005 : de 27% du nombre de consommateurs quotidiens, pour les hommes, de 34% du nombre de consommateurs quotidiens, pour les femmes.

3.2 Des modes de consommation selon les publics

La France reste en tête des pays européens pour la mortalité masculine prématurée (avant 65 ans) attribuée à l'alcool. Elle est au 11^{ème} rang mondial de la consommation moyenne d'alcool par habitant. Ainsi y boit-on 19 litres d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans. Cinq millions de Français ont un problème avec l'alcool, connaissent des difficultés psychologiques et des problèmes médicaux liés à une

⁶ Classification des conduites d'alcoolisation et seuils de consommation proposés par la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé). A ce titre, les seuils proposés par l'OMS sont :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

Le terme « verre » désigne ici le « verre standard » ou « unité internationale d'alcool », qui correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

⁷ Définitions tirées de la CIM-10.

consommation d'alcool⁸. Un million cinq à deux millions de personnes sont alcoolo-dépendantes, dont seulement 20% traitées. Dans la clientèle des généralistes, 29,8% des hommes et 11% des femmes sont des buveurs excessifs⁹.

Bien que les problèmes liés à l'alcool puissent toucher la totalité de la population, les statistiques témoignent de l'existence de variables lourdes sur lesquelles toute politique de prévention doit naturellement s'appuyer. De ce fait, plusieurs déterminants ressortent et affinent le tracé des publics à cibler prioritairement.

- **Le sexe** : les hommes qui boivent quotidiennement sont 3 fois plus nombreux que les femmes. Quant à l'ivresse régulière, elle concerne trois fois plus d'hommes que de femmes¹⁰. A cet égard, la consommation excessive d'alcool est à l'origine de 14% des décès masculins contre 3% des décès féminins. Les hommes représentent près de 80% des décès liés à l'alcool.

- **L'âge** : selon l'enquête ESCAPAD, l'expérimentation de l'alcool s'avère plus précoce pour les garçons mais plus rapide pour les filles¹¹. L'alcool précède la cigarette et le cannabis dans l'ordre chronologique, chose due à son insertion traditionnelle dans le cadre familial. En 2000, les garçons de 19 ans avouaient avoir pris leur premier verre d'alcool à 13,2 ans, ceux de 18 ans à 13,1 ans et ceux de 17 ans à 13 ans¹². L'augmentation de la consommation d'alcool chez les adolescents semble prédictive d'une consommation excessive à l'âge adulte. Cependant, la consommation quotidienne est d'autant plus élevée que l'âge augmente. L'alcoolisme du sujet âgé est souvent difficile à diagnostiquer. En cas d'alcoolisation, les sujets âgés, suivant souvent plusieurs traitements médicamenteux, présentent en effet un risque accru d'interactions médicaments-alcool. Le taux de mortalité par maladie hépatique est de 45 % pour le sujet âgé, alors que pour l'ensemble de la population, il n'est que de 22 %.

- **La catégorie socioprofessionnelle** : l'usage d'alcool est socialement différencié, surtout chez les hommes. Plus faible dans les catégories de cadres supérieurs et des professions intermédiaires, la consommation est élevée chez les employés et les artisans¹³. Toutefois, il faut éviter les généralités : les chefs d'entreprise, les cadres, comme les artisans commerçants s'avèrent plus nombreux à avoir bu de

⁸ *Equilibres*, n°16, mai 2006, « L'alcool et les idées reçues ».

⁹ Maitena MILHET et Christina DIAZ-GOMEZ in *Tendances*, n°47, mars 2006, « Alcoolisations excessives et médecine de ville ».

¹⁰ Revue *Actualités-alcool*, n°28, nov/déc 2005, « Premier séminaire interrégional sur RPIB auprès des buveurs excessifs ».

¹¹ Résultats de l'enquête ESCAPAD menée au cours de la Journée d'Appel et de Préparation à la Défense (JAPD), seule occasion de toucher l'ensemble des jeunes d'une même classe d'âge (garçons et filles, désormais).

¹² http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool_dom/alcooldom_com4.pdf.

¹³ Cf *annexe II*, Suivi de la cohorte GAZEL, créée en 1989 à des fins épidémiologiques réunissant 20 000 volontaires employés d'EDF-GDF sur le long terme.

l'alcool au cours de la semaine, ce qui ne préjuge en rien en termes de quantité. Au niveau du nombre de verres standards, les CSP ouvriers, agriculteurs et artisans commerçants offrent des chiffres plus importants.

- **La zone géographique** : On constate par rapport à la mortalité liée à l'alcool une zone en forme de croissant allant de la Bretagne à l'Alsace tout en évitant l'Île-de-France¹⁴, et une sous mortalité dans les régions du Sud. Cependant, consommation excessive et surmortalité ne sont pas forcément couplées. Le taux standardisé de mortalité par cirrhoses hépatiques chez les hommes de 1997 à 1999 affiche des disparités peu négligeables¹⁵. Le taux de mortalité liée à l'alcool est cinq fois supérieur chez les femmes vivant dans le Nord Pas-de-Calais que celles vivant en Midi-Pyrénées. Les traditions, le dynamisme économique ainsi que les modes de consommation aboutissent à une nécessité de différencier les politiques de prévention au gré des terrains.

- **La grossesse** : La consommation d'alcool par la mère peut aboutir, pour l'enfant, à la dysmorphie, à un syndrome malformatif et à un handicap psychomoteur et sensoriel. Des séquelles neuropsychologiques telles que des troubles psychoaffectifs, de l'apprentissage sont retrouvés lors d'une exposition prénatale moindre. Le niveau d'information des femmes enceintes sur les risques liés à l'alcool pendant la grossesse n'est pas homogène. Les femmes les plus jeunes, les primipares, les consommatrices d'alcool, et les femmes habitant dans les grandes villes sont les moins averties¹⁶.

3.3 Un coût sanitaire, social et économique

L'alcool est responsable chaque année de 23000 décès, consécutifs à des cancers¹⁷ (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx et foie), à des cirrhoses ou à des maladies du système nerveux, mais aussi de 22000 décès qui lui sont imputables indirectement (accidents de la circulation, suicides, homicides, etc.). Dès lors, on atteint le chiffre de 45 000 décès liés à la consommation d'alcool. 85% des cirrhoses sont d'origine alcoolique. L'alcool intervient dans 25% de toutes les maladies.

L'alcool est impliqué dans 20% des accidents domestiques et 15% des accidents du travail. Un accident mortel de la circulation sur 3 est attribuable à l'alcool. Cette mortalité touche tous les groupes d'âge ; elle est maximale entre 30 et 40 ans, puis baisse chez les conducteurs âgés.

¹⁴ Cf. carte sur http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool_dom/alcooldom_com4.pdf.

¹⁵ In *Idem*. Nord Pas-de-Calais : 38,7 (pour 100 000), Bretagne : 29,9, Aquitaine : 16,2, Midi-Pyrénées : 12,8.

¹⁶ Etude INPES/BVA, nov. 2004 : 1003 personnes de + de 15 ans et 200 femmes enceintes.

¹⁷ Près d'un décès par cancer sur neuf attribuable à l'alcool.

La mortalité prématurée attribuable à l'alcool (hors accidents et traumatismes) est particulièrement importante. Sur 85287 morts prématurées, 42963 sont liées à l'alcool. Malgré une baisse de 40% en 20 ans, la mortalité par imprégnation éthylique chronique reste plus forte en France que dans les autres pays de l'Union européenne : une surmortalité masculine liée à l'alcool de près de 30% supérieure.

Le coût du traitement de l'alcoolisme et pathologies associées représente près de 10% des dépenses de santé, soit un coût équivalent à 1,4% du Produit Intérieur Brut. Les pertes de revenus et les pertes de production liées à la maladie ou au décès prématuré imputables à l'alcool représentent 10 milliards d'euros chaque année en France¹⁸.

4 Une volonté politique de réduire les risques alcool

4.1 Une prise de conscience internationale des méfaits de l'alcool

L'OMS a, dès les années 80, élaboré des recommandations sur le risque alcool, en fonction des spécificités qu'elle a constatées au sein des différents groupes de pays. Constatant que « la Région Europe est la région de l'OMS où l'on boit le plus d'alcool », elle a adopté en 1995 une «Charte européenne sur la consommation d'alcool » qui proclame des principes généraux et prévoit des « stratégies de lutte contre l'alcoolisme pour promouvoir et protéger la santé et le bien-être de tous les européens ». Le texte qui en est issu, la « Déclaration sur les jeunes et l'alcool » de 2001 (cf. annexe n°3), vise à protéger les enfants et les jeunes contre les pressions qui s'exercent sur eux pour les inciter à boire, et à limiter les dommages qu'ils subissent directement ou indirectement du fait de l'alcool. Elle réaffirme cinq principes de la Charte européenne sur la consommation d'alcool.

S'en est suivi un «Plan d'action européen contre l'alcoolisme » pour la période 2000–2005, récemment prolongé par un « cadre de la politique en matière d'alcool dans la région européenne de l'OMS (2006) », qui rappelle que « la consommation d'alcool (en Europe) par habitant ainsi que la charge de morbidité liée à l'alcool sont deux fois plus élevées que la moyenne mondiale » et qui cherche à inciter les pays à mettre en œuvre des politiques visant à réduire les méfaits de l'alcool. L'expertise internationale de l'OMS lui permet de comparer les données épidémiologiques des différents pays, et d'analyser les actions qu'ils mènent dans le but de tirer des conclusions sur leur efficacité. Ainsi, son rapport de 2006 « Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus rentables en matière de lutte contre l'alcoolisme ? »¹⁹ répertorie les actions qu'elle considère efficaces en ce domaine, apportant alors un éclairage aux décideurs nationaux. Par la suite, des

¹⁸ *Expertise collective*, mars 2003, « Alcool, dommages sociaux, abus et dépendances ».

¹⁹ Site de l'OMS : www.who.int/fr/_réseau des bases factuelles en santé, zone Europe.

plans à visée de publics spécifiques, particulièrement sensibles, ont complété ce dispositif général²⁰.

Les stratégies élaborées dès 1995 gardent cependant toute leur pertinence puisqu'on les retrouve aujourd'hui dans les plans d'action de l'OMS mais aussi dans ceux des Etats membres. S'inspirant de ces réflexions globales, la France s'est dotée d'outils permettant la mise en place d'actions de prévention contre le risque alcool.

4.2 La loi du 9 août 2004 : un cadre pour les politiques de santé publique de prévention des consommations excessives d'alcool

Les prémices d'une politique nationale trouvent leurs fondements dans les années 1980, soit près de 15 ans avant la mobilisation de l'OMS et de l'Union européenne. La loi Barzach de 1987²¹ réglemente sévèrement la publicité sur les produits alcoolisés et leur interdit toute promotion à la télévision. Par la suite, le travail des cinq Sages²² et la loi Evin de 1991²³ posent les jalons d'une politique de prévention qui évolue vers une dimension plus globale, dans le sillage des principes validés par les experts nationaux et internationaux.

La loi du 9 août 2004 affirme pour la première fois la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique. Elle prévoit une diminution de 20% de la consommation d'alcool dans les cinq prochaines années.

Le chapitre V-I relatif à la lutte contre le cancer traite précisément de la consommation alcoolique en énonçant les axes de travail suivants :

- la mise en place d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme ;
- la protection du fœtus par le financement de la prévention du Syndrome d'Alcoolisation Foétale (SAF) par des taxes sur certains produits alcoolisés et une information sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupe d'âge homogène ;
- la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé ainsi que des professionnels du secteur médico-social sur les effets de l'alcool sur le fœtus.

Par ailleurs, cinq plans nationaux sont prévus pour la période 2004-2008 dont ceux concernant la lutte contre le cancer et la lutte contre les comportements à risques et les pratiques addictives. Le plan national de lutte contre le cancer²⁴ mis en œuvre dès

²⁰ « Déclaration sur les jeunes et l'alcool » de l'OMS Europe (2001)

²¹ Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social modifiant le code des débits de boissons en ce qui concerne l'encadrement de la publicité pour l'alcool.

²² Plan d'action publique, signé en 1986 par des experts, proposant un plan d'urgence contre l'abus des drogues licites

²³ Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

²⁴ Le plan de lutte contre le cancer est évoqué en annexe de la loi du 9 août 2004

2003 trouve dans l'action contre la consommation excessive d'alcool un levier majeur. Ainsi, le volet prévention énonce t-il les priorités suivantes :

- « *Mettre en place un avertissement sanitaire plus visible et plus utile aux consommateurs sur les emballages* » et un avertissement de type « *L'excès d'alcool peut faciliter la survenue de cancers* » assorti d'un numéro d'appel pour informer les consommateurs²⁵.
- « *Aider à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool* »²⁶
- « *Relancer une campagne d'information grand public sur les risques sanitaires liés à l'excès d'alcool* »²⁷

De même, le Plan Périnatalité 2005/2007 entend faire jouer au carnet de santé de maternité un rôle éducatif et préventif sur les risques liés à la consommation de toxiques par la femme enceinte, pour le fœtus (alcool, tabac, drogues). A cette fin, un nouveau carnet devrait être édité en 2006. Enfin, le Programme Nutrition Santé 2001-2005, bien qu'antérieur à la loi, fait de la réduction de l'apport d'alcool un objectif visant la population générale.

4.3 Une politique de santé publique interministérielle et déclinée à l'échelle locale

La mise en oeuvre de la politique de santé publique revient à la Direction Générale de la Santé (DGS) et, pour certains aspects, à la Direction des hôpitaux. Le Haut Conseil de Santé Publique a pour mission de donner des avis et d'apporter au Ministre chargé de la santé des éléments d'aide à la décision sur des problèmes de santé publique ou d'organisation des soins.

La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) a été mise en place dans l'optique de privilégier une vision décloisonnée entre les dépendances²⁸. Placée sous l'autorité du Premier ministre, la MILDT constitue l'épicentre du dispositif français de lutte contre les toxicomanies. Elle bénéficie de l'expertise de

²⁵ Mesure 15 du plan

²⁶ Mesure 16 du plan qui développe les axes suivants :

- Former les médecins et infirmiers, au cours du cursus de formation initiale, au repérage précoce des buveurs excessifs et à une démarche de conseil
- Inclure cette démarche de conseil dans la consultation de prévention prévue par la loi relative à la politique de santé publique
- Renforcer la prise en charge par des équipes de liaison hospitalières

²⁷ Mesure 17 du plan

²⁸ A l'origine centrée sur les drogues, elle a été chargée d'étendre sa compétence à l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes.

différents instituts oeuvrant dans le domaine, notamment de celle de l'Institut National de Prévention et de l'Education à la Santé (INPES)²⁹.

« Elle coordonne les politiques de 19 départements ministériels compétents dans le domaine. Elle anime et soutient également les efforts des autres partenaires publics et privés que sont les collectivités locales, les institutions spécialisées, les organismes professionnels, les associations et acteurs de la société civile. Par son action, elle favorise une meilleure cohérence des interventions respectives de chacun de ces acteurs. Au niveau local, elle s'appuie sur des chefs de projets désignés par les préfets pour coordonner l'action interministérielle de l'Etat et susciter des partenariats avec les élus locaux ou les associations »³⁰.

La MILDT assure également le financement des groupements d'intérêt public : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) et Drogues Alcool Tabac Info Service, outil d'écoute téléphonique, d'information et d'orientation. Le budget de la MILDT est réparti entre les différents ministères afin de réaliser les orientations définies au niveau gouvernemental.

Pour mettre en œuvre concrètement l'action de la MILDT sur le territoire, deux personnes sont « référents MILDT » : le Préfet de région et un référent par département, souvent dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales³¹. L'enveloppe de la DGS pour la lutte contre les addictions a récemment été attribuée à la MILDT. L'Assurance Maladie³² finance elle aussi une partie de la politique de prévention des addictions, notamment par le biais du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS). Par ailleurs, dans l'optique de la mise en œuvre de la future Agence Régionale de Santé (ARS), les services de l'Etat et de l'assurance maladie travaillent de plus en plus en commun pour sélectionner les projets dans le cadre des appels à projets pour des actions de prévention.

Les objectifs généraux de la loi de santé publique et des différents plans doivent être ensuite déclinés en fonction des spécificités épidémiologiques locales et des acteurs présents sur les différents territoires. Cette déclinaison est effectuée dans les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP), élaborés par les représentants de l'Etat dans la région, et comportant « un ensemble coordonné de programmes et d'action pluriannuels dans la région »³³. Sur la base des PRSP, des appels à projets sont lancés afin de retenir

²⁹ La stratégie de prévention de la consommation d'alcool mise en œuvre depuis 2001 par l'INPES informe le grand public sur les risques liés à l'ivresse, sur les repères de consommation faible et les risques sanitaires liés à une consommation régulière mais excessive d'alcool.

³⁰ www.drogues.gouv.fr

³¹ Entretien Madame CHEDRU, MILDT

³² Caisses primaires et caisses régionales

³³ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

des porteurs de projet qui bénéficieront de financements et d'un suivi pour la mise en place de leurs actions.

Cinq régions ont expérimenté un volet prévention contre le risque alcool dans leur plans régionaux de santé publique : la Bretagne, la Champagne-Ardenne, l'Aquitaine, l'Île-de-France et la Bourgogne. A titre d'exemple, le PRSP Aquitaine s'attache à la problématique suivante : « En Aquitaine, le pourcentage de personnes ayant consommé de l'alcool au cours de la semaine est un peu supérieur à la moyenne nationale. De même, comme dans les autres régions du sud de la France, le nombre de verres bus est plus élevé que dans l'ensemble du pays. Cette consommation plus forte que la moyenne concerne surtout le vin »³⁴.

La réussite de ces mobilisations institutionnelles dépend aussi largement des acteurs en présence sur le territoire. Le nombre et la qualité des associations et professionnels prêts à s'investir sur ce thème de santé publique sont déterminants pour la pertinence de l'action mise en œuvre.

Enfin, les collectivités territoriales sont des acteurs institutionnels de première importance, tant du point de vue des compétences qui leur ont été attribuées depuis 1983 ou plus récemment (Acte II de la décentralisation de 2004) ou de leur légitimité à mettre en œuvre une politique spécifique à leur territoire.

Les conseils généraux agissent sur la problématique de la consommation excessive d'alcool notamment à travers leur action en Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui s'adresse aux familles, aux femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans. Ils interviennent aussi en direction des publics en situation de précarité et ont la charge de l'action sociale en direction des personnes âgées.

Les conseils régionaux, outre le financement d'actions de prévention auprès de leurs lycéens, peuvent favoriser le développement d'observatoires de la santé ou de services de soins sans hospitalisation. Les communes, elles aussi, peuvent mettre en place des actions de prévention à l'image des soirées Dazibao de la mairie de Rennes³⁵.

³⁴ Programme régional de santé Alcool 2001-2006, programme ayant inspiré le PRSP Aquitaine dans son volet alcool.

³⁵ Soirées gratuites et sans alcool organisées par la mairie pour donner une alternative à la fréquentation des bars par les jeunes.

5 Les réalisations sur le terrain marquées par des logiques de dépistage, d'information, d'éducation et de répression

5.1 Les actions globales de prévention : dépistage, suivi individuel et répression

5.1.1 Repérage précoce et informations médicales

Actuellement, au plan national seulement 10 % des médecins généralistes parlent d'alcool avec leurs patients. Au regard de la faiblesse de ce chiffre et du constat croissant des conduites à risque alcool, un mode d'intervention a été promu par AGIR33³⁶ : le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) s'adressant aux médecins généralistes. « *Il était également intéressant de redonner à la médecine générale des objectifs de santé publique, quand, souvent, on la cantonne aux soins à l'individuel*³⁷ ».

En effet, les médecins généralistes apparaissent comme des acteurs pivots du fait qu'ils rencontrent dans l'année 75% de la population. Par ailleurs, 90% des patients estiment qu'ils sont compétents pour parler d'alcool. Le RPIB consiste à engager des médecins généralistes à aider les patients dans l'évaluation de leur consommation. Il s'agit d'une méthode d'intervention visant à faire prendre conscience aux patients du niveau de leur consommation d'alcool et des risques qui peuvent, éventuellement, y être associés. Cette méthode est un outil pertinent puisque simple d'utilisation et rapide (10 minutes).

Le RPIB se décompose en un repérage (via les questionnaires FACE et/ou AUDIT : cf. annexe n°4) et une intervention brève marquée par la méthode FRAMES, acronyme anglo-saxon (cf. annexe n°5). Le RPIB est une méthode d'origine anglo-saxonne dont l'efficacité a poussé l'OMS à généraliser l'expérimentation à d'autres pays, notamment la France. C'est autour de l'équipe de M. Michaud, responsable du projet Ile de France, dans le cadre de l'opération « Boire moins, c'est mieux » que des formations de formateurs ont été initiées. Celles-ci visaient à diffuser la méthode RPIB. Cette expérience a par la suite été élargie à cinq régions : Ile-de-France, Bretagne, Bourgogne, Aquitaine et Champagne-Ardenne. Dans la région Aquitaine, une évaluation a été mise en place par l'AGIR 33 et un organisme évaluateur externe auprès de cent médecins généralistes. 14000 fiches individuelles de patients ont été analysées. 22% des patients ayant une consommation excessive sont revenus à une consommation normale suite au RPIB. Afin d'élargir l'utilisation du RPIB auprès d'un maximum de professionnels de santé, une politique de formation de médecins généralistes et de médecins du travail est

³⁶ Réseau girondin spécialisé dans les conduites addictives

³⁷ Madame M. Valadié-Jeannel, médecin inspecteur DRASS Aquitaine in « La gazette Santé-Social » n°16 Février 2006

menée dans les régions pilotes. A partir de cette expérience, a été élaboré un plan national de formation.

Cependant, des difficultés existent quant à l'extension du RPIB : forte réticence des médecins généralistes due au temps nécessaire à l'entretien et au temps à consacrer à la formation, manque à gagner, d'où l'instauration d'une indemnisation, légitimité des formateurs, difficulté à trouver « une porte d'entrée » pour parler de l'alcool, culture médicale enracinée dans le curatif et peu dans le préventif.

« En résumé, il est possible d'amener les praticiens à développer de bonnes aptitudes pour le conseil centré sur le patient. Ils utilisent ces compétences s'ils y sont encouragés au moyen de rappels et de matériel fourni à cet effet. Le repérage et l'intervention brève (...) [produisent] un effet bénéfique sur la consommation d'alcool des patients à risque³⁸ ».

Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) sont également des acteurs du repérage précoce et de l'information médicale. Elles s'inscrivent dans une stratégie de repérage précoce suivie d'un conseil minimal et d'un accès aux soins de qualité. Créées par la circulaire de 1996³⁹, leur rôle a été renforcé par la circulaire du 8 septembre 2000⁴⁰. Les ELSA interviennent à l'hôpital via une astreinte téléphonique mais également, par l'intervention « au lit du malade » auprès de patients qui présentent un abus et une dépendance, quelque soit le motif d'hospitalisation. Il s'agit pour l'équipe, dans un premier temps, d'effectuer un repérage précoce des abus par des outils validés (questionnaire Audit/ Face, méthode FRAMES cf. supra RPIB) et dans un second temps une proposition thérapeutique, c'est-à-dire une intervention brève en cas d'abus. Les ELSA se déplacent dans tous les services de l'hôpital qui nécessitent leur intervention, pour moitié les services d'urgences et pour autre moitié les services de médecine. Selon Monsieur Benoît Fleury, Praticien Hospitalier, responsable ELSA au CHU Bordeaux : *« Les ELSA constituent une occasion essentielle pour proposer au patient une réflexion sur leur addiction, afin de les conduire à modifier leurs comportements⁴¹ ».*

Les difficultés sont multiples : la formation des équipes des urgences pour accueillir les patients rencontre des problèmes d'horaires ; l'acceptation sur le long terme des ELSA par l'Hôpital (conflit d'intérêt concernant notamment l'hospitalisation des malades) ; la difficile instauration d'une « culture addictologique » à l'Hôpital, question de légitimité des ELSA ; le manque de lits « dédiés » à la prise en charge spécifique des

³⁸ Revue Alcoologie et Addictologie, « L'enseignement de l'intervention brève aux médecins de premiers recours » 2004 N°26, p. 24S-29S

³⁹ Circulaire DH/EO 4 n°557 du 10 septembre 1996, relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison

⁴⁰ Circulaire DHOS-DGS du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

⁴¹ Citation extraite d'un entretien par e-mail.

addictions ; la prise en charge des préventions des conduites à risque en général, le patient ne doit pas retourner à son domicile sans une information.

Enfin, les urgentistes sont également des acteurs privilégiés du repérage précoce et de l'information médicale, notamment au regard du sixième de la population qu'ils voient par an. Par ailleurs, les urgences hospitalières reçoivent régulièrement de très nombreuses personnes en difficulté avec l'alcool. Afin de savoir prévenir ou prendre en charge les personnes ayant une conduite à risque, les équipes d'urgence sont sensibilisées et formées à : « *l'accueil et le dépistage (...), l'évolution des consommations (...), aux moyens thérapeutiques disponibles (...), à la réduction des risques, à la connaissance des disponibilités de soins, à l'identification des problèmes sociaux*⁴² » ; Elles élaborent des protocoles de prise en charge des réseaux, mettent en place des réseaux, orientent vers le médecin traitant. Concernant l'axe stratégique, les urgentistes ont pour rôle de réduire l'usage à risque et nocif par un repérage précoce suivi d'un conseil minimal. Les difficultés que ces professionnels rencontrent résident dans : la proposition d'une prise en charge de la prévention, le repérage du patient à risque, la faible formation en addictologie au cours de la formation médicale et paramédicale (4 jours pleins pour les internes), le manque de temps, le manque d'empathie de certains soignants et le jugement moraliste négatif.

5.1.2 L'alcool dans le monde du travail

La consommation d'alcool se situe au troisième rang des préoccupations des chefs d'entreprise, après la prévention des accidents du travail et la prévention des risques professionnels. L'alcool est le problème le plus cité dans l'enquête BVA 2006⁴³. Par ailleurs au cours de la visite annuelle, 30% des salariés ont été interpellés par le médecin du travail sur leur consommation d'alcool. On peut classer les actions menées, en deux catégories : celles qui sensibilisent le personnel (conférence⁴⁴, formation intégrée après demande du CHSCT, visite annuelle à la médecine du travail⁴⁵, information d'une heure sur l'alcool⁴⁶) et celles qui visent à mettre à jour le règlement intérieur⁴⁷ (l'ANPAA⁴⁸ intervient auprès des entreprises afin d'intégrer la réglementation de l'alcool dans le

⁴² Extrait de www.sante.gouv.fr « guide de bonnes pratiques pour les ELSA

⁴³ Enquête BVA ANPAA effectuée du 20 Mars au 21 Avril 2006 auprès d'un échantillon de 102 entreprises de moins de 50 salariés et de 709 entreprises de plus de 50 salariés.

⁴⁴ Conférence organisée par l'ANPAA « Alcool et entreprise »

⁴⁵ Utilisation de la grille « LEGO » à l'usine Peugeot-Citroën de Rennes

⁴⁶ Séance d'une heure en groupes (10-15 personnes) organisées chez Peugeot-Citroën à Rennes

⁴⁷ Depuis 2003, le restaurant d'entreprise de Citroën Rennes limite la distribution d'alcool à un verre par repas et par personne

⁴⁸ Agence Nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)

règlement intérieur). Par ailleurs, la mise en place d'indicateurs dans certaines entreprises permet de suivre les problèmes liés à l'alcool des salariés.

La prévention de l'alcool dans le monde du travail s'intègre dans un développement de la démarche de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Déterminer une manière de parler de l'alcool dans l'entreprise est une difficulté sous-jacente. La méthode communément utilisée est de lier l'alcool à la sécurité et au droit du travail.

5.1.3 Les actions visant à réduire les violences routières dues à l'alcool :

Pour certains spécialistes en santé publique, on peut parler d'une réalité épidémiologique, s'agissant du nombre d'accidents de la route⁴⁹. Le législateur a durci la législation sur le taux d'alcoolémie acceptée au volant (0,5 grammes d'alcool par litre de sang). De nombreux contrôles aléatoires d'alcoolémie avec alcoolo-test et éthylomètre sont menés.

On peut dire que la répression devient un des axes de la prévention qui gagne en efficacité puisqu'en 2004/2005, 5000 vies ont été sauvées sur la route. Les distributions de réglettes permettant d'évaluer son taux d'alcoolémie selon sa consommation sont distribuées sur les lieux de consommation par des intervenants de terrain.

5.2 Abaisser les risques des populations ciblées

5.2.1 Alcool et grossesse

Une population à risque spécifique est représentée par les femmes enceintes et leurs futurs enfants.

L'alcool est délétère au développement de l'embryon et du fœtus. Le passage de l'alcool se fait librement et directement du sang maternel vers le sang du fœtus, au travers du placenta. Deux niveaux de risques encourus par le fœtus sont distingués : des retards mentaux, des troubles du comportement et des séquelles neurologiques ; le « Syndrome d'Alcoolisation Fœtale » (SAF) qui se caractérise par des malformations cranio-faciales, un retard de croissance et des handicaps cognitifs. Le SAF est à l'origine de retards mentaux et de troubles du comportement.

Le SAF est la première cause non génétique de handicap mental en France. Sur 750000 naissances/an, 700 à 3000 enfants en sont atteints. « *Il touche sept fois plus d'enfants que la trisomie 21* »⁵⁰.

⁴⁹ Propos recueillis d'un entretien avec Olivier Grimaud, Enseignant-chercheur en santé publique, département MATISS ENSP, le 16 Mai 2006

⁵⁰ Alcool Actualité novembre décembre 2005 n°28,. INPES.

Une dose minimale d'alcoolisation sans conséquence n'étant pas encore définie aujourd'hui ; aucun conseil quant à une dose minimale ne peut être délivré. En France, la prévention préconise donc le « 0 alcool » pendant toute la grossesse (recommandation des spécialistes de gynécologie obstétrique et de pédiatrie). Cette préconisation est d'ailleurs reconnue consensuellement au niveau mondial⁵¹.

Tous les acteurs professionnels de santé participent à l'information sur le risque alcool pendant la grossesse et plus précisément les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens, les sages femmes, les centres de planification et de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Le Plan Périnatalité 2005-2008 prévoit une information sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse dans les carnets de santé de maternité, à compter de 2006, l'instauration d'une consultation au 4^{ème} mois de la grossesse, la prévention dans les collèges et lycées, et la formation initiale et continue des professionnels.

La mise en œuvre de ces actions reste hétérogène selon les régions, voire les établissements. A titre d'exemple, dans le Pas de Calais, à Saint-Omer, l'entretien du 4^{ème} mois a été anticipé⁵² alors qu'au CHU de Bordeaux il n'a pas encore été organisé⁵³. D'autres actions de prévention sont mises en oeuvre, en dehors du champ des politiques nationales, par des acteurs indépendants. A Roubaix, un spectacle a été organisé pour la maternité Paul-Gellé sur l'information des effets délétères de l'alcool sur l'embryon et le fœtus. La création d'un réseau est prévue pour informer dans les écoles primaires et collèges⁵⁴.

Un amendement voté en janvier 2006, dans le cadre de la loi handicap du 11 février 2005, prévoit l'insertion d'une mention obligatoire sur les bouteilles de bière, vin et alcool prévenant les femmes enceintes du risque encouru. Cette mesure fait suite à l'action en justice intentée par trois mères, pour défaut d'information sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse. C'est la première fois, en Europe, qu'un message sanitaire apparaîtra sur les bouteilles d'alcool.⁵⁵

Malgré l'évolution des connaissances scientifiques et médicales en la matière, il apparaît que les conséquences de cette consommation d'alcool restent insuffisamment

⁵¹ Contact santé n° 204. mai 2005. A titre d'exemple en Angleterre le ministère de la santé préconise de ne pas boire plus de un ou deux verres et pas plus d'une ou deux fois par semaine / en Suisse l'institut de prévention de l'alcoolisme préconise l'abstinence. Néanmoins, si la consommation est inévitable il préconise de ne pas dépasser un verre par jour et pas systématiquement. Et dans tous les cas, d'éviter les abus.

⁵² Contact santé, n° 204. mai 2005

⁵³ Sage femme cadre supérieur. CHU de Bordeaux.

⁵⁴ Contact santé, n° 204, mai 2005

⁵⁵ Le monde, 10 mai 2006.

connues. Il semblerait indispensable de généraliser l'information du grand public, de prévenir précocement les conduites à risque des femmes enceintes et développer la formation des professionnels de santé. De plus, la société française d'alcoologie préconise le développement des entretiens motivationnels et des interventions brèves (RPIB) chez la femme enceinte qui consomme de l'alcool.

5.2.2 La consommation excessive chez les jeunes

A) Les jeunes et l'alcool dans le cadre festif : excès et poly-consommation

On peut relever que les jeunes boivent moins d'alcool qu'il y a 5 ans, mais s'enivrent davantage⁵⁶. Des phénomènes tels que le « binge drinking » que l'on croyait circonscrits aux pays anglo-saxons⁵⁷ se développent en France. En même temps, la commercialisation de boissons « premix » tend à attirer une clientèle plus jeune. La consommation d'alcool garde un aspect festif, et sert parfois à faciliter l'intégration dans le groupe de pairs. Selon une étude réalisée lors de la journée d'appel de préparation à la défense en 2002 : 6,1% des filles et 18,8% des garçons ont une consommation régulière d'alcool. Avoir été ivre est fréquent : 55,8% des garçons et 38,2% de filles ont été ivres au cours de l'année et 10,1% et 2,5% l'ont été dix fois ou plus.

Dans ce cadre, les associations⁵⁸ constatent que la désignation d'un « capitaine de soirée » est devenue courante, signe que les messages de prévention peuvent aboutir. Toutefois, le besoin de transgression de la norme inhérent à cet âge et le rejet de tout jugement de valeur doivent conduire à une approche pragmatique de la prévention. Ainsi, « *une explication claire des conséquences de la consommation excessive et des méfaits des associations de produits, sur le lieu festif, marque davantage qu'un spot télévisé*⁵⁹ ».

B) L'école acteur de prévention

a) Les dispositions normatives

L'Ecole est un acteur de premier plan dans la politique de prévention. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008)⁶⁰ prévoit que tous les élèves bénéficient à chaque niveau de scolarité, d'une éducation à la prévention des pratiques addictives et des programmes de prévention des conduites à risque. Dans le cadre de la politique menée par le Ministère de l'Education Nationale il

⁵⁶ *Idem.*

⁵⁷ « Les pubs britanniques ne ferment plus à 23 heures » in *Actualités Alcool*, novembre-décembre 2005, n°28.

⁵⁸ Entretien avec Sandrine VILFROY, chargée de mission à l'association SPIRITEK, Lille (59).

⁵⁹ *Idem.*

⁶⁰ Ainsi que la loi d'orientation de l'Education Nationale du 5 mai 2005 qui suit les orientations données par la loi de santé publique du 9 août 2004

s'agit de développer des actions de prévention des conduites à risque sans dissocier les produits⁶¹. Par une approche positive, et la participation active des élèves, il faut leur permettre d'adhérer en toute liberté à des normes sociales protectrices de leur personne, passant par une réflexion sur l'image de soi et la connaissance de l'autre (par exemple, de développer une réflexion sur leur comportement, et la finalité de leur consommation : s'agit-il de faire la fête, d'évacuer un stress?). L'éducation à la santé doit permettre aux jeunes de s'approprier les moyens de faire des choix responsables. Pour cela il est nécessaire qu'ils soient informés des effets des produits et des méfaits de la polyconsommation, et des dispositifs légaux⁶².

Des actions de prévention s'adaptant à l'âge et aux caractéristiques de la population cible existent dès les classes de primaire. Elles doivent permettre aux jeunes d'opérer des choix favorables à leur santé, dans le cadre de relations sociales épanouissantes, en envisageant parfois des alternatives aux comportements à risque.

b) Les principes fondamentaux des actions de prévention à l'école⁶³ :

Dans le système éducatif, les actions de prévention s'inscrivent dans un projet éducatif d'ensemble cohérent prenant en compte la santé de l'élève et le développement progressif de sa responsabilité ; l'établissement scolaire constitue une instance privilégiée pour la prévention où la responsabilisation de tous les personnels de l'Education Nationale, quelle que soit leur fonction est pleinement engagée dans ce travail.

Il est important que les parents soient informés des actions entreprises et y soient pleinement associés individuellement et par l'intermédiaire de leurs associations.

c) Les outils

Depuis 1999⁶⁴, de nombreux outils sont proposés. Un recensement des actions menées doit permettre de mettre en commun les expériences et les savoir-faire. Un module de ressources et d'information est disponible sur le site du Ministère www.education.gouv.fr. Des outils de sensibilisation sont destinés à être le support d'échanges avec les jeunes : brochures (large diffusion à l'école d'un guide d'information "Drogues, savoir plus, risquer moins"), affichettes, kits de tests psychomoteurs, projets de concours. Des documents sont diffusés pour permettre aux professionnels de répondre aux questions les plus répandues des élèves. Des programmes académiques à l'exemple d'ACAPULCO (Alternative aux conduites addictives et de prévention de l'usage de

⁶¹ Bulletin Officiel de l'Education Nationale, n°18, 5 mai 2005.

⁶² Entretien avec Mme ASSEMAN infirmière scolaire au Lycée Diderot, Carvin (62).

⁶³ Bulletin Officiel de l'Education Nationale, « Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté », 9 juillet 1998.

⁶⁴ Campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès de lycéens, Ministère de l'Education Nationale et de la technologie.

l'alcool⁶⁵) visent à prévenir les comportements à risque et doivent permettre de soutenir les comportements adaptés porteurs d'alternatives aux conduites addictives en renforçant l'estime de soi des jeunes dans et hors de l'institution scolaire.

En matière de prévention, l'Ecole est naturellement appelée à faire appel à des partenaires extérieurs: autres services de l'Etat, collectivités locales, associations, organismes. Depuis le 31 octobre 1996, l'ANPAA est devenue complémentaire de l'enseignement public.

d) *Bilan et évaluation :*

Dans de nombreux établissements, des élèves sont parties prenantes dans une action visant à réduire les comportements à risque. Ces projets naissent souvent de l'action conjuguée de quelques éléments moteurs, membres de l'équipe pédagogique ou éducative. Selon le témoignage de Mme Asseman, infirmière scolaire, les médecins scolaires ne peuvent que très difficilement s'impliquer dans des actions de prévention puisqu'ils effectuent leur service dans un grand nombre d'établissements, leur activité concerne essentiellement les cas particuliers.

Les actions de prévention sont d'autant plus efficaces qu'elles s'inscrivent dans le projet d'établissement, de sorte qu'elles impliquent tous les acteurs de l'école. Depuis 1998, les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) doivent permettre de fédérer les actions de prévention. Constitués d'élèves, de personnels de l'établissement, de parents, ils sont présidés par le chef d'établissement. Ils permettent de déterminer des axes d'actions clairs et cohérents votés en conseil d'administration

Effectuer le bilan des actions entreprises est assez difficile. Néanmoins, il semble possible de distinguer plusieurs tendances. L'évaluation d'un programme réalisé pendant 3 ans dans 5 collèges d'Ile de France montre que les jeunes ayant bénéficié de programmes de prévention sont mieux informés sur le taux maximal d'alcoolémie autorisé pour la conduite automobile, les effets de l'alcool, les équivalences d'alcool contenus dans des verres de différentes boissons alcooliques... En revanche, l'impact du programme s'est montré moins probant en ce qui concerne les conséquences de la consommation excessive⁶⁶.

⁶⁵ Programme issu de l'inspection académique du Pas-de-Calais, co-financé par le Conseil Général du Pas-de-Calais.

⁶⁶ DUPAS Pascale, conseillère technique, caisse régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France, in *La santé de l'homme*, novembre-décembre 2003, p 34

5.3 Les pistes d'amélioration

Un problème majeur dans la réussite de la prévention est de faire en sorte que les actions puissent être poursuivies dans le temps, et étendues à un public plus large lorsqu'elles ont fait la preuve de leur efficacité. A titre d'exemple, le financement des PRSP est annuel (du fait de l'annualité de la loi de finances), les acteurs de proximité subventionnés dans ce cadre trouvent très difficile de mener une action de long terme⁶⁷. Selon un hospitalier ayant participé à la mise en œuvre d'un programme, le PRSP « *ne construit rien dans la durée. C'est complètement incohérent avec la santé publique où il nous faut au moins dix ans avant de voir les fruits d'un travail* »⁶⁸

5.3.1 La généralisation du RPIB

Le Ministère de la Santé et la MILDT⁶⁹ affichent la volonté d'une généralisation du RPIB et son utilisation plus large par les médecins généralistes. Une circulaire, en cours de finalisation, préconise la formation de l'ensemble des médecins généralistes. Elle devrait être envoyée aux DRASS en juin - juillet 2006⁷⁰.

Cependant, d'autres étapes englobent la formation. Elles conditionnent la réussite de la généralisation du RPIB et son inscription dans la durée. La stratégie envisagée comporte cinq temps : sensibilisation des médecins, simultanément au grand public, par des campagnes publicitaires médiatiques de masse ; mobilisation - recrutement des médecins généralistes par un travail de marketing téléphonique individuel ; formation des médecins ; remobilisation ; organisation de rencontres entre des médecins formés au RPIB pour un échange de pratiques.

Pour aider les régions à s'engager dans cette démarche et à choisir la stratégie la plus adaptée, quatre groupes de travail émanant du comité de pilotage national de lutte contre l'alcoolisme⁷¹ font des propositions. « *Un guide de bonnes pratiques de formation des médecins est en cours de formalisation avec des volumes horaires et des contenus préconisés. Un guide méthodologique de mise en œuvre d'une stratégie globale de promotion du RPIB est en réflexion. Un travail sur les outils informatiques à utiliser par les médecins, pour les aider à recueillir les données indispensables au repérage, est en cours. L'OFDT, organisme d'évaluation, propose une évaluation de la stratégie nationale mise en place entre 2006 et 2008. D'une part, il assurera une veille régulière sur le*

⁶⁷ Ainsi par exemple, l' « étude qualitative des programmes régionaux de santé mis en place en Rhône-Alpes entre 1998 et 2003 » constate, parmi les points négatifs des PRS « la précarité des structures ou des actions due à des financements annuels non pérennes », DRASS Rhône-Alpes, rapport final juin 2005. .

⁶⁸ Selon la même étude.

⁶⁹ Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Dépendances

⁷⁰ Entretien avec Madame MILHET, chargée de mission, OFDT

⁷¹ Comité de pilotage : DGS, MILDT

nombre de médecins formés avec création d'un registre national. D'autre part, il effectuera dans un premier temps un sondage exhaustif auprès des médecins formés sur la mise en pratique du RPIB et les difficultés rencontrées, puis dans un second temps le même sondage sur un échantillon aléatoire »⁷².

Le cadrage national du contenu de formation devient une nécessité. *« En effet, on assiste à une hétérogénéité des discours sur le RPIB souvent liée à l'origine professionnelle du formateur »⁷³.*

Cependant, *« Le problème de la participation des médecins généralistes à ces informations ou formations reste entier (entretien téléphonique, courrier, rencontres dans les cabinets médicaux). L'association des organismes de formation médicale continue à des leaders locaux avec l'impulsion de l'ANPAA semblerait être une piste à poursuivre »⁷⁴.*

Mme MILHET soulève une question : quel est le rapport coût/efficacité des différents types de formations actuellement délivrées dans les régions? Une évaluation serait souhaitable afin de pouvoir y répondre. L'OFDT, à titre de conseil et d'expert, propose aux régions déjà mobilisées un guide méthodologique pour effectuer ce type de recherche. En revanche, la région doit en assurer le financement. Nous pouvons à ce stade des propositions, nous interroger sur la pertinence d'un travail donné aux régions et non pris en charge par l'Etat.

L'évaluation de ce dispositif de formation et de son impact est à mettre en place par les acteurs régionaux. *« Deux entrées sont possibles. L'une à partir des médecins généralistes, mais ils y voient un contrôle ; l'autre à partir des patients mais il faudra respecter les directives de la CNIL »⁷⁵.* Pourtant, *« au delà de ces réticences ou difficultés, une évaluation à grande échelle des résultats du RPIB est indispensable »⁷⁶.*

Un problème soulevé par les médecins généralistes demeure : la perte de rémunération pendant le temps de formation. Deux possibilités peuvent être envisagées. Une rémunération serait un élément incitateur pour se former. Une valorisation financière permettrait la reconnaissance de nouvelles pratiques. *« La rémunération adaptée à une consultation de santé publique qui est de fait relativement longue (20mn) incluant les actions de prévention devra être envisagée au niveau national. »⁷⁷*

Il est important de noter qu'une proposition figure dans la loi de santé publique d'août 2004. Les médecins généralistes peuvent signer individuellement une convention avec l'assurance maladie pour effectuer des visites de prévention. Cette proposition est

⁷² Entretien avec Mme MILHET, chargée de mission, OFDT

⁷³ Entretien avec Dr CASTERA, Président du réseau girondin Agir 33, spécialisé en addictologie

⁷⁴ Réunion DRASS Aquitaine 12 mai 2006

⁷⁵ Réunion DRASS Aquitaine, 12 mai 2006

⁷⁶ Dr VALADIE-JEANNEL, Médecin inspecteur, DRASS Aquitaine, mai 2006

⁷⁷ Entretien Dr CASTERA, président Agir 33

intéressante car elle permet de sortir du paiement à l'acte. Cette démarche offerte n'a jamais pu être concrétisée car les textes d'application n'ont pas été pris, le contenu de la visite de prévention et le rythme de visite auquel pouvaient prétendre les patients n'ont pas été définis. De plus, certains médecins généralistes sont encore réticents à être directement rétribués par l'Etat.⁷⁸

Un élargissement de l'usage du RPIB est préconisé vers certains professionnels : « *médecin du travail, infirmière scolaire, médecin urgentiste, sage-femme, gynécologue⁷⁹, dentiste et pharmacien⁸⁰* ». « *Pour cela il est indispensable de transmettre aux professionnels de santé une culture de la prévention de la santé, et de les former à sensibiliser la population, qu'ils rencontrent dans leur exercice professionnel, à des conduites à risques. C'est une démarche globale qui doit être engagée, de longue haleine, qui s'inscrit dans la durée* »⁸¹.

Une sensibilisation des médecins dès leur formation initiale est souhaitable. En effet, « *à l'université de Bordeaux II, depuis 3 ans, 10 heures de cours sont consacrées au repérage des conduites à risque dans le cadre de la formation initiale des médecins généralistes⁸² par contre des propositions doivent être réfléchies pour les MG plus anciens où la modification des représentations et des habitudes reste délicate (l'alcool est un thème dissuasif⁸³)* ».

Le réseau Agir 33 réfléchit à d'autres préconisations concrètes⁸⁴ : « *Un bilan général devrait entrer dans la mise en place du dossier médical personnel (DMP). Ce bilan serait réalisé suite à une consultation de prévention ; en fonction des résultats, un suivi des problèmes rencontrés serait planifié, avec une rythmicité des rencontres, des examens complémentaires. Ce bilan pourrait être réalisé par une « structure » extérieure organisée puis la suite du suivi par un MG avec personnalisation de la prise en charge.* »

Au-delà du simple RPIB, « *des actions simples de médiatisation des problèmes de santé sont facilement réalisables selon les lieux, les acteurs : rencontres thématiques dans des librairies⁸⁵, relais par les chaînes de télévision locales, journaux locaux,* »

⁷⁸ Entretien Dr DEMIGNEUX. PH, alcoologue. CMP Paris 15.

⁷⁹ Entretien avec Madame MILHET, chargée de mission à l'OFDT

⁸⁰ Entretien Dr CASTERA, président Agir 33

⁸¹ Entretien avec Madame MILHET, chargée de mission à l'OFDT

⁸² Module addictologie en DES de médecine générale, Université de BX II

⁸³ Entretien Dr CASTERA, président Agir 33

⁸⁴ Entretien Dr CASTERA, président Agir 33

⁸⁵ Rencontre librairie Mollat à Bordeaux sur le cannabis mai 2006

5.3.2 Développement des actions existantes et élargissement à d'autres publics

A) Les jeunes

L'éducation à la santé fait partie des missions essentielles de l'école, mais la communauté éducative doit s'engager. Différentes pistes d'actions sont possibles⁸⁶ :

- Redéfinir le pilotage des projets académiques.
- Prévoir un cadre horaire minimum et repérable dans l'emploi du temps des élèves⁸⁷ et officialiser des temps collectifs de travail, réunissant les différentes catégories de personnels.
- Définir un ensemble de connaissances, de compétences, de savoir-faire que les élèves doivent acquérir, et faciliter la mise en œuvre d'actions dans les établissements.
- Intégrer l'éducation à la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation (assistants de service social, médecins et infirmières de service de santé scolaire).
- Rendre le travail du CESC plus effectif⁸⁸.

Le cadre scolaire n'est pas le seul terrain de prévention. L'intervention au sein des lieux de consommation semble donner de bons résultats, à partir du moment où l'on évite des messages moralisateurs qui peuvent avoir un effet contraire. Il faut alors tenter de répondre au mieux aux interrogations des jeunes.

Des témoignages de professionnels⁸⁹ travaillant en contact avec des jeunes soulignent un développement de la polyconsommation. L'alcool est parfois utilisé pour réduire la déshydratation, alors que la consommation de drogues atténue la sensation d'ivresse. Les jeunes concernés ont alors tendance à boire davantage. Pour sensibiliser ces publics, des actions de terrain sont menées sur les lieux potentiels de consommation, en particulier les boîtes de nuit. Il peut parfois s'agir de programmes à dimension européenne et bénéficiant des fonds du FEDER⁹⁰.

Ce pragmatisme peut amener les acteurs de la prévention à mettre en place, à proximité des parkings de discothèque, un «chill out»- espace convivial doté d'une musique relaxante- où les consommateurs excessifs seront conduits, sans injonction

⁸⁶ Entretien Madame Baudry, chargée de mission prévention scolaire MILDT.

⁸⁷ Entretien avec Mme Kowalczyk, assistante sociale, lycée Diderot, Carvin, 62

⁸⁸ Entretien avec Mme Baudry, chargée de mission à la MILDT. Les CESC ont souvent fait la preuve de leur efficacité, ils existent dans 70 % des établissements. Néanmoins, 20 % d'entre eux ont un rôle effectif. Cela s'explique en partie par les difficultés à mobiliser ses différents acteurs souvent par manque de disponibilité, mais aussi parce que les différences de statuts des acteurs qui le composent rendent complexes son organisation. Il serait sans doute souhaitable dynamiser leur fonctionnement en s'appuyant sur la mobilisation des chefs d'établissements.

⁸⁹ Association SPIRITEK, Lille (59).

⁹⁰ Programmes Inter régionaux de prévention dans les discothèques belges, non loin de la frontière française, menés par des associations des deux pays.

particulière, avant de reprendre le volant. On leur servira de l'eau ou un thé, de façon à les réhydrater. Ce moment de conversation permettra, en évitant tout jugement de valeur, d'aborder avec eux leur mode de consommation.

Toutefois, la majorité des jeunes consommateurs d'alcool témoignent d'une envie forte de profiter de la vie sans forcément appréhender les conséquences à long terme de l'usage qu'ils font de l'alcool. Il ne faut pas lier de manière déterministe la consommation excessive d'alcool à un manque affectif ou à une souffrance psychologique. Tout réside dans l'évaluation globale des situations individuelles. Les messages de prévention doivent intégrer ces aspirations sous peine de ne pas avoir l'impact escompté.

B) Les personnes âgées

La difficulté majeure rencontrée quant à l'appréhension de la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées a trait au dépistage. Outre la généralisation du repérage précoce par les médecins généralistes ou les médecins coordonnateurs dans les établissements d'hébergement, une action spécifique d'information par les infirmiers libéraux et les kinésithérapeutes (prévention des chutes) apparaît nécessaire.

Le médecin traitant est sans doute la personne qui a le plus d'opportunités de repérer l'alcoolisme de la personne âgée, dont l'isolement social et familial est relativement fréquent. Cependant, celui-ci est souvent confronté au déni du problème alcool par le patient et surtout par son entourage.

De plus, les outils de diagnostic de la consommation excessive d'alcool habituellement utilisés se révèlent mal adaptés aux populations âgées, et conduisent à une sous-estimation du problème :

- les patients âgés ont des troubles mnésiques, et des problèmes à évaluer leur consommation moyenne,
- les principaux questionnaires d'évaluation ont été validés sur des adultes de moyenne d'âge bien inférieure à 65 ans,
- l'utilisation de critères quantitatifs pose un problème de validité dans la mesure où les sujets âgés ont souvent une faible tolérance à l'alcool, en raison d'une diminution de leur compartiment hydrique, de leur débit cardiaque, de leur métabolisme, et de leur activité enzymatique hépatique. Ainsi, Il semble que les personnes âgées alcooliques consomment moins d'alcool que la moyenne des jeunes buveurs,
- plusieurs symptômes de l'abus d'alcool, tels que les douleurs musculaires, l'insomnie, la perte de la libido, la dépression, l'anxiété, la perte de mémoire et les altérations cognitives, peuvent être attribués à la vieillesse des sujets, alors que chez des personnes plus jeunes, ils peuvent être associés à une alcoolisation chronique.

La mise en place d'outils spécifiques ou l'adaptation de questionnaires validés (FACE, AUDIT) est donc opportune.

C) Les personnes en situation précaire

Des actions spécifiques de prévention et de promotion de la santé doivent être conduites en direction des personnes en situation précaire et des différentes populations marginalisées et exclues. La prévention de l'alcoolisation excessive passe par un décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur social. Nous savons qu'un des facteurs de risque de l'alcoolisation est le phénomène de désinsertion (perte d'emploi, isolement familial, perte de logement...). Une politique de prévention de l'alcoolisation excessive ne peut être efficace sans une coordination avec une politique d'insertion sociale. Or, dans le contexte socioéconomique actuel il paraît très difficile d'atteindre des résultats satisfaisants. Cependant le dispositif du Revenu minimum d'insertion prévoit une possibilité d'axer le contrat d'insertion sur l'amélioration de l'état de santé de l'individu. Ce dispositif est relayé par celui de la couverture maladie universelle qui permet aux bénéficiaires de minima sociaux d'accéder librement aux soins. La plupart des médecins libéraux prennent aujourd'hui la carte vitale mais certains sont encore réticents pour recevoir ce type de publics au sein de leur cabinet⁹¹. Des centres médico-sociaux prennent donc le relais ainsi que les permanences d'accès aux soins de santé (créées par la loi de lutte contre l'exclusion 1998). Ce sont des lieux de soins et de prévention qui doivent se faire sans cesse connaître des publics cibles et des partenaires afin de pouvoir détecter précocement les conduites d'alcoolisation excessives et leurs déterminants chez les personnes en situation de précarité.

5.3.3 Rendre l'alcool moins accessible en agissant sur l'offre

L'OMS considère que les mesures sur l'offre ont une grande importance quant à la diminution de la consommation d'alcool. « *Dans la plupart des pays, et en particulier dans les pays pratiquant une fiscalité plus légère sur les alcools, l'accroissement de cette fiscalité a permis non seulement d'augmenter les recettes de l'Etat mais aussi de diminuer les dépenses publiques liées aux effets néfastes de l'alcoolisme*⁹². » A ce sujet, un groupe de travail de l'Assemblée nationale proposait d'adopter une taxation proportionnelle au degré alcoolique des boissons⁹³. Cependant, les règles fiscales sont très encadrées et ne doivent pas fausser la concurrence européenne et internationale.

Par ailleurs, une autre piste est envisageable, celle de l'application plus stricte de la législation existant en matière de vente d'alcool aux mineurs, et aux personnes en état d'ivresse constatée. L'application plus systématique du retrait de la licence aurait sans doute un effet incitatif auprès des professionnels.

⁹¹ Entretien Dr Demigneux. PH.CMP. Paris 15.

⁹² Site de l'OMS : www.who.int/fr/, réseau des bases factuelles en santé, zone Europe.

⁹³ Rapport d'information de l'Assemblée nationale du 17 juin 1998, n°983.

Conclusion

La prévention de l'alcoolisation excessive, aujourd'hui, en France, est construite et légitimée. En effet, elle s'appuie sur une expertise internationale, elle a clarifié ses concepts, énoncé des seuils, dépassé une logique de produit pour évoluer vers une approche du comportement des consommateurs et validé des outils. Par ailleurs, elle mobilise des acteurs en nombre dans des champs spécialisés et amorce un travail en réseau.

La politique de prévention se heurte néanmoins à des problèmes de pérennisation de ses moyens et à des réticences des acteurs de santé publique. Cependant, la prise de conscience collective est difficile du fait de l'ancrage culturel de l'alcool et du poids économique de ce secteur en France.

Pour que la mobilisation des acteurs devienne une force, une coordination s'avère nécessaire afin de faire passer un message plus clair et plus percutant. Ainsi, l'idée d'une agence régionale chargée de la prévention en addictologie est-elle soulevée par Olivier Grimaud, enseignant-chercheur en santé publique à l'Ecole Nationale de la Santé Publique⁹⁴

⁹⁴ Entretien avec O. Grimaud le 15 Mai 2006

Bibliographie

OUVRAGES

FILLAUT T, NAHOUM-GRAPPE V, TSIKOUNAES M; « Histoire et alcool », PARIS L'HARMATTAN, 1999.

FREGAVILLE JP, DAVIDSON F, CHOQUET M., « Les jeunes et la drogue », PARIS PUF, 1977.

FREYSSINET – DOMINJON, WAGNER AC., « L'alcool en fête, manières de boire de la nouvelle jeunesse étudiante », PARIS L'HARMATTAN, 2003.

ARTICLES

.

BLANCHARD Sandrine, « l'alcoolisme du fœtus » in *Le monde*, 10 mai 2006.

CHOQUET M, COM-RUELLE L, LESREL J, LEMARIE N in *Education pour la santé, pour mieux vivre*, novembre – décembre 2003.

DIAZ-GOMEZ Christina, MILHET Maïtena, « Alcoolisations excessives et médecine de ville » in *Tendances*, n°47, mars 2006.

DUPAS Pascale, caisse régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France, in *La santé de l'homme*, novembre - décembre 2003. p 34

FLEMING M., « Efficacité des interventions brèves en alcoologie » in revue *Alcoologie et Addictologie*, n° 26, 2004.

MAILLARD C. « Comment prévenir l'alcoolisation des adolescents ? » *Le concours médical*. 14 mai 2003

OCKENE JK., « l'enseignement de l'intervention brève aux premiers recours » in revue *Alcoologie et Addictologie*, 2004.

RIGAUD A, « Un amendement très médiatisé », in revue *Addictions*, mars 2005.

ROSILIO T « Pourquoi l'alcool est une affaire d'hommes » in *Education pour la santé, pour mieux vivre*, novembre - décembre 2003.

PERETTI – WATEL P., « Les comportements à risque » in revue *Problèmes politiques et sociaux*, n°199, décembre 2005.

SAUNDERS JB, « repérage d'un mésusage d'alcool. Comment s'y prendre ? » in revue *Addictologie Alcoologie*, n° 26, 2004.

INPES, « Alcool et substances psycho actives dans l'entreprise : salariés et DRH s'expriment », *communiqué de presse*, 3 mai 2006.

INPES, « Premier séminaire interrégional sur RPIB auprès des buveurs excessifs » in *Actualités - alcool*, n°28, novembre /décembre 2005.

INPES, « L'alcool en héritage » in *Actualités Alcool*, novembre décembre 2005 n°28.

INPES, « Enquêtes BVA », communiqué de presse, 3 mai 2006.

INSERM, « Alcool, dommages sociaux, abus et dépendances » in *Expertise collective*, mars 2003.

« Alcool et société. Comprendre, prévenir, agir » in *Entreprendre*, n° 48, 2006.

« L'alcool et les idées reçues » in *Equilibres*, n°16, mai 2006

« Former les professionnels » in *La gazette Santé social*, n° 6, février 2006.

« A la maternité Paul-Gellé de Roubaix depuis plus de vingt ans, la lutte contre l'alcoolisation fœtale est au cœur de la prévention » Dossier spécial in *Contact Santé*, n° 204, mai 2005.

« A Saint-Omer, on pratique l'entretien du 4ème mois depuis 2001 », Dossier spécial in *Contact Santé*, n° 204, mai 2005

« Les pubs britanniques ne ferment plus à 23 heures » in *Actualités Alcool*, novembre - décembre 2005, n°28

« Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse », Recommandations de la société française d'alcoologie in *Alcoologie et Addictologie*, 2003, n° 25.

« Alcool, dommages sociaux, abus et dépendances » in *revue Expertise Collective*, mars 2003.

« Alcoolisation excessive : controverse et prévention » in *La Santé de l'homme*, novembre – décembre 2003.

« Représentations des élèves de sixième sur le thème alcool », *Etude professionnelle* Dr Viviane Laforge, 2000.

MEMOIRE

ASSEMAN Diane La consommation des substances psycho actives et l'anxiété chez les adolescents : étude en milieu scolaire, DESS Sciences humaines et conduites addictives, 2003, Université de Lille 3.

SITES

http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool_dom/alcooldom_com4.pdf

<http://www.oms.org>

<http://www.ireb.com/publications/>

www.sante.gouv.fr « guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaisons et de soins en addictologie

Rapport de l'IGAS, données générales sur les dispositifs, plans de Santé Publique : www.sante.gouv.fr

MILDT : www.droques.gouv.fr

OFDT : www.ofdt.fr

OMS : www.who.int/fr/

Institut de recherche scientifique sur les boissons : www.ireb.com

Institut national de la santé et de la recherche médicale : www.inserm.com

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé : www.irdes.fr

Association nationale en alcoologie et addictologie : www.anpaa.asso.fr

TEXTES REGLEMENTAIRES

Bulletin Officiel de l'Education Nationale du 9 juillet 1998, « Prévention des conduites à risques et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ».

Bulletin Officiel de l'Education Nationale HS n° 9 du 4 novembre 1999, « Repères pour la prévention des conduites à risques ».

Bulletin Officiel de l'Education Nationale, n°18, 5 mai 2005

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social modifiant le code des débits de boissons en ce qui concerne l'encadrement de la publicité pour l'alcool

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret du 30 août 1985 relatif aux établissements publics d'enseignement instituant les CESC.

Plan gouvernemental 2004 / 2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

Programme régional de santé publique d'Aquitaine 2005 (site de la DRASS Aquitaine)

RAPPORTS

ROQUES Bernard, *Rapport sur la dangerosité des drogues*, juin 1998 in www.drogues.gouv.fr

REYNAUD Michel, PARQUET Philippe, LAGRUE Gilbert, *Rapport sur les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives*, 2000, in www.drogues.gouv.fr

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et Ministère de l'éducation nationale. « Prévention des conduites addictives », in *guide de l'intervention en milieu scolaire*, 2006

MAMECIER Annie, RAVARY Yvelyne, BOUTET-WAISS Françoise, SALLE Joël, NAVES Pierre, VIENNE Patricia in Rapport « Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège », Janvier 2004, Inspection de l'éducation Nationale, Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche, Inspection générale des affaires sociales.

BEAUMLER JP, Rapport public, « L'école citoyenne : le rôle du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté », in la documentation française, 2002.

Rapport OMS sur la santé dans le monde, « Réduire le risque et promouvoir une vie saine », New York, 2002.

Communiqué du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Secrétariat d'Etat aux PME, au commerce, à l'artisanat, aux professions libérales et à la consommation, « hausse des prix du tabac, deux parlementaires en mission », 12 novembre 2003.

Rapport de l'OFDT, « perceptions et opinions sur les substances psychoactives et les politiques publiques relatives aux drogues », 2005.

« Etude qualitative des programmes régionaux de santé mis en place en Rhône-Alpes entre 1998 et 2003 » DRASS Rhône-Alpes, rapport final juin 2005.

Communiqué du Comité de pharmacologie et des substances dangereuses, société canadienne de pédiatrie, n° de référence DT 97-01.

Rapport de l'Agence de santé publique du Canada, division de l'enfance et de l'adolescence, « la santé des jeunes, tendances au Canada », site de l'Agence www.phac-aspc.gc.ca/

Avis du Haut comité de santé publique, 25 décembre 1998

Liste des annexes

ANNEXE n°1 : Guide d'entretien

ANNEXE n°2 : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE n°3 : « Déclaration sur les jeunes et l'alcool 2001 », OMS

ANNEXE n°4 : Brochure « La preuve par neuf », Questionnaires « FACE et AUDIT »

ANNEXE n°5 : Méthode FRAMES

ANNEXE n°1 : Grille d'entretien

Problématique : quelles stratégies développer dans la prévention des conduites d'alcool excessives?

Les points sont à aborder selon la qualification des personnes rencontrées.

Conceptions – Motivations – Valeurs

Que pensez-vous de la prévention de la consommation excessive d'alcool ?

(Parlez-nous de votre conception de ... ; quelle est votre approche de...)

Quelle est votre stratégie de prévention des risques et des conséquences de la consommation excessive d'alcool ?

Publics

Pouvez vous décrire les publics ou les milieux susceptibles d'être concernés ?

Quels milieux touchez vous ? (Quels sont vos publics cibles ? Quels sont les milieux pour lesquels vous avez des difficultés à agir ? Agissez vous auprès de groupes relais ?)

Produits

Que pensez vous des consommations associées d'autres substances psycho actives ?

Les Partenaires dans l'action

Quels sont vos partenaires, quelles sont les modalités concrètes de ces partenariats, les réussites et les limites (partenariat qui mériterait d'être formalisés ?, vos positionnement par rapport aux autres acteurs, les différences d'approche ?)

Les actions

Quels sont vos outils ? (si vous n'avez pas d'outils propres connaissez vous le questionnaire FACE ou AUDIT ?)

Pouvez vous faire un bilan de vos interventions ? (Volume d'activité, intérêt impact des actions ; indicateurs d'évaluation)

Si demain, vous devez améliorer ou réorienter votre activité, quelles seraient vos nouvelles orientations ?

ANNEXE n°2 : Liste des personnes rencontrées

Les entretiens se sont déroulés en direct, par téléphone, ou par internet.

Mme ASSEMAN Diane, infirmière scolaire au lycée Diderot à Carvin (62)

Mme BAUDRY Monique, chargée de mission en prévention scolaire à la MILDT

Mme BERGON, cadre de santé, service des urgences Agen (47)

Mme BERTRAND Evelyne, déléguée régionale à l'ANPAA (35)

M. BUCHE Sébastien, interne au Chu de Lille

M. CASTERA, médecin généraliste, président AGIR33 à Bordeaux

Mme CHEDRU Marie-France, chargée de mission à la MILDT

Mme CREPEL Isabelle, infirmière en santé publique, CRAES Bordeaux

M. DEMIGNEUX Gilles, praticien hospitalier, alcoologue, médecin de santé publique, CMP Paris

M. FLEURY Benoît, praticien hospitalier, responsable du réseau ELSA, président de l'ANPAA, Chu Bordeaux

M JOUHAUT, chargée de communication à la fédération des caves coopératives de l'Hérault (34)

Mme KOWALCZYK Barbara, assistante sociale au lycée Diderot à Carvin (62)

Mme MILHET Maïtena, chargée de mission OFDT

M. RENAUDIN J.P, responsable de la coordination psychotrope assistance chez Peugeot-Citroën Rennes

Mme VILFROY Sandrine, chargée de mission à l'association SPIRITEK à Lille (59)

Un seul des professionnels contactés ne nous a pas répondu, à notre regret :

M. MELOT, responsable régional MEDEF Bretagne

ANNEXE n°3 : Déclaration sur les jeunes et l'alcool, 2001

La Charte européenne sur la consommation d'alcool, adoptée par les États membres en 1995, énonce les principes directeurs et les stratégies à adopter pour promouvoir et protéger la santé et le bien-être de tous les habitants de la Région. La présente Déclaration vise à protéger les enfants et les jeunes contre les pressions qui s'exercent sur eux pour les inciter à boire, et à limiter les dommages qu'ils subissent directement ou indirectement du fait de l'alcool. La Déclaration réaffirme les cinq principes de la Charte européenne sur la consommation d'alcool.

Les cinq principes de la Charte européenne sur la consommation d'alcool.

- Toute personne a droit à une vie familiale, sociale et professionnelle à l'abri des accidents, des actes de violence et autres conséquences néfastes de la consommation d'alcool.
- Toute personne a le droit de recevoir, dès un stade précoce de son existence, une éducation et une information objectives et fiables concernant les effets de l'alcool sur la santé, la famille et la société.
- Tous les enfants et adolescents ont le droit de grandir dans un environnement aux risques réduits, à l'abri des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et, dans la mesure du possible, de la promotion des boissons alcoolisées.
- Toute personne ayant une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et les membres de son entourage ont droit à un traitement et à des soins accessibles.
- Toute personne qui ne souhaite pas consommer de l'alcool, ou qui ne peut le faire pour des raisons de santé ou pour d'autres raisons, a le droit de ne pas être soumise à des incitations à boire et d'être soutenue dans son abstinence.

Déclaration

Par la présente Déclaration, nous, participants à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool, appelons les États membres, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales ainsi que les autres parties intéressées à défendre la cause de la santé et du bien-être des jeunes et à investir dans cette cause afin qu'ils bénéficient d'une qualité de vie et d'un avenir satisfaisants pour ce qui est du travail, des loisirs, de la famille et de la vie collective.

Les politiques en matière d'alcool visant les jeunes devraient s'insérer dans une action plus vaste de la société, la consommation d'alcool chez les jeunes reflétant, dans une large mesure, l'état d'esprit et les pratiques de l'ensemble de la société adulte. La jeunesse est une ressource et les jeunes peuvent contribuer activement à résoudre les problèmes d'alcool.

Pour compléter cette action de la société, décrite dans le Plan d'action européen contre l'alcoolisme pour la période 2000–2005, il est aujourd'hui nécessaire de concevoir des buts, des mesures et des activités de soutien spécifiques destinés aux jeunes. Les États membres, en tenant compte de la situation sociale, juridique et économique, et du contexte culturel propres à chaque pays :

1. Se fixeront les objectifs suivants, qui devraient être atteints d'ici à 2006 :

- réduire considérablement le nombre de jeunes qui commencent à consommer de l'alcool ;
- retarder l'âge auquel les jeunes commencent à consommer de l'alcool ;
- réduire considérablement les occasions et la fréquence de la consommation excessive d'alcool chez les jeunes, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes ;
- proposer et/ou développer des alternatives pertinentes à la consommation d'alcool et de drogues, et améliorer la formation théorique et pratique des personnes qui travaillent auprès de jeunes ;
- faire participer davantage les jeunes à l'élaboration des politiques de santé pour la jeunesse, en particulier pour les questions d'alcool ;
- renforcer l'éducation des jeunes sur l'alcool ;
- limiter au minimum les pressions qui s'exercent sur les jeunes pour les inciter à boire, et notamment la promotion, les distributions gratuites, la publicité, le parrainage et l'offre d'alcool, en s'intéressant particulièrement aux grandes manifestations ;

- appuyer les mesures de lutte contre la vente illégale d'alcool ;
- garantir et/ou améliorer l'accès aux services de santé et de consultation, en particulier pour les jeunes qui ont des problèmes d'alcool et/ou les parents ou membres de la famille alcoolodépendants ;
- réduire considérablement les dommages causés par la consommation d'alcool, en particulier les accidents, les agressions et les actes de violence, surtout en ce qui concerne les jeunes.

2. Promouvront diverses mesures efficaces en matière d'alcool dans quatre grands domaines :

- **Protection** : renforcement des mesures visant à protéger les enfants et les adolescents contre la promotion et le parrainage de l'alcool. Mesures visant à faire en sorte que les fabricants ne ciblent pas, pour commercialiser les produits alcooliques, les enfants et les adolescents. Maîtrise de l'offre d'alcool par une action sur la réglementation de l'accès, de l'âge minimum de consommation et de la commercialisation, et notamment le prix de l'alcool, lequel a une incidence sur la consommation des mineurs. Offre d'une protection et d'un soutien aux enfants et adolescents dont les parents et membres de la famille sont alcoolodépendants ou ont des problèmes d'alcool.
- **Éducation** : sensibilisation, en particulier des jeunes, aux effets de l'alcool. Élaboration de programmes de promotion de la santé abordant les problèmes d'alcool dans des cadres tels que les établissements d'enseignement, le lieu de travail, les organisations de jeunes et les associations locales. Ces programmes devraient permettre aux parents, aux enseignants ainsi qu'aux pairs et aux responsables de jeunes d'aider ces derniers à apprendre et à mettre en pratique des aptitudes utiles dans la vie, pour faire face aux problèmes de pression sociale et pour gérer les risques. En outre, il faudrait donner aux jeunes les moyens de prendre des responsabilités en tant que membres importants de la société.
- **Cadres de vie** : mise en place de cadres encourageant et favorisant des alternatives à la culture de consommation d'alcool. Développement et promotion du rôle de la famille dans la promotion de la santé et du bien-être des jeunes. Développement de mesures tendant à supprimer l'alcool dans les écoles et, si possible, dans les autres établissements d'enseignement.
- **Réduction des effets néfastes** : amélioration de la compréhension des conséquences nocives de la consommation d'alcool sur l'individu, la famille et la société. Dans les cafés et restaurants, formation des personnes servant de l'alcool

et mise en application des règlements interdisant la vente d'alcool aux mineurs et aux personnes ivres. Mise en application des règlements et des peines applicables à la conduite en état d'ivresse. Offre de services sanitaires et sociaux appropriés aux jeunes qui ont des problèmes du fait de la consommation d'alcool de tierces personnes ou de leur propre consommation.

3. Engageront un vaste processus de mise en œuvre des stratégies et de réalisation des objectifs :

- Obtention d'un engagement politique par l'élaboration, avec les jeunes, de plans et de stratégies complets s'étendant à l'ensemble du pays et visant à réduire la consommation d'alcool et ses effets néfastes, en particulier chez certaines catégories de jeunes, et évaluation, avec les jeunes, des progrès accomplis vers la réalisation de ces buts.
- Développement de partenariats, en particulier avec les jeunes, par l'intermédiaire de réseaux locaux appropriés. Prise en compte des jeunes en tant que source d'information et incitation de ces derniers à participer à la prise de décisions ayant une incidence sur leur vie. Un accent particulier sera mis sur la réduction des inégalités, notamment en matière de santé.
- Élaboration d'une stratégie complète visant à résoudre les problèmes sociaux et sanitaires que connaissent les jeunes pour ce qui est, notamment, de l'alcool, du tabac, des autres drogues et d'autres questions connexes. Promotion d'une démarche intersectorielle aux niveaux national et local afin de garantir la mise en œuvre d'une politique viable et plus efficace. Dans les activités de promotion de la santé et du bien-être des jeunes, prise en compte des divers contextes sociaux et culturels, notamment ceux des jeunes ayant des besoins particuliers.
- Renforcement de la coopération internationale entre les États membres. De nombreuses mesures politiques, pour être pleinement efficaces, doivent être soutenues au niveau international. L'OMS prendra des initiatives en établissant des partenariats appropriés et en utilisant ses réseaux de collaboration opérant dans la Région européenne. À cet égard, une coopération avec la Commission européenne est particulièrement indiquée.

Le Bureau régional de l'OMS, par l'intermédiaire de son système européen d'information sur l'alcool, surveillera et évaluera, avec la participation de jeunes, les progrès réalisés dans la Région européenne pour ce qui est des engagements souscrits dans la présente Déclaration, et rendra compte de ces progrès.

ANNEXE n°4 : Brochure « La preuve par neuf »,
Questionnaires « FACE et AUDIT »



La preuve 9

9 BONNES RAISONS DE PARLER D'ALCOOL AVEC TOUS VOS PATIENTS

Une intervention brève pour diminuer les risques

- 1 Entre 70 et 140 de vos patients sont concernés par une consommation excessive¹ d'alcool.
- 2 Vous pouvez être plus efficace auprès de vos patients **buveurs à risque** non alcoolo-dépendants en évitant l'aggravation et la pérennisation de comportements à risque, l'apparition ou le développement de dommages en lien avec cette consommation et le passage à la dépendance.
- 3 Des outils de repérage précoce et d'intervention brève sont efficaces dans votre pratique quotidienne. L'intervention brève permet **aux buveurs à risque** non alcoolo dépendants de **réduire leur consommation d'alcool dans 25 à 40 % des cas**. Le bénéfice médical et psychosocial est durable pour les patients.
- 4 Les qualités du **questionnement clinique** sur la consommation déclarée sont **plus performantes** que les **examens biologiques**.
- 5 **Parler** dans ces conditions **de l'alcool est peu chronophage** au regard de l'efficacité (de 5 à 10 mn/patient par an).
- 6 Des membres d'associations d'anciens buveurs auraient souhaité que leur médecin généraliste ne craigne pas **d'aborder de façon plus systématique la question de l'alcool**.

Une prévention soutenue par

- 7 Des **formations** sur le repérage précoce et l'intervention brève qui vous seront proposées.
- 8 Une **campagne médiatique** susceptible de modifier les représentations de vos patients et de les amener à aborder plus spontanément la question de l'alcool. Elle va se dérouler prochainement en Aquitaine.

Une réalité préoccupante

- 9 Les **conduites d'alcoolisation excessive sont un problème important de santé publique**.

EN FRANCE :

- **5 millions** de consommateurs d'alcool sont des buveurs excessifs, ce qui représente 3 fois le nombre des alcoolo-dépendants.

EN AQUITAINE :

- **1 000 personnes** décèdent chaque année d'une **pathologie directement liée à l'alcool** (cancers des voies aéro-digestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique et cirrhose du foie), **soit l'équivalent de 2 Boeing 747**.

- L'alcool est une **cause essentielle de mortalité prématurée** puisque **46% des décès dus à l'alcool** surviennent chez des **personnes de moins de 65 ans**.

- **Outre les décès qui lui sont directement attribuables**, l'alcool est également un **facteur associé, responsable de nombreux décès** (accidents de la voie publique, accidents domestiques, suicides, pathologies gastro-intestinales, maladies cardio-vasculaires, troubles mentaux, maladies respiratoires).

¹ Chiffres définis au vu des résultats d'enquêtes menées en médecine générale : 15 à 20 % des personnes de 15 à 69 ans dans la clientèle d'un médecin généraliste sont en difficulté avec l'alcool, et la file active moyenne d'un médecin généraliste est de 715 patients.

- Pour dépister les consommateurs à risque
- les informer des risques encourus
- et les amener à modérer leur consommation

Des techniques et des outils sont à votre disposition

Vous pouvez vous appuyer sur :

- ⑥ Un **questionnement simple**, systématique, dans le cadre de l'entretien médical tout particulièrement :
 - sur la consommation hebdomadaire déclarée d'alcool (CDA)
 - le nombre maximal de verres bus par occasion

Les niveaux de consommation :

L'usage est à risque si la consommation est supérieure aux seuils préconisés par l'OMS. (Le seuil de risque a été déterminé à partir de nombreuses études épidémiologiques).

- pas plus de 21 verres par semaine pour les hommes,
- pas plus de 14 verres par semaine pour les femmes,
- pas plus de 4 verres par occasion.

L'usage nocif ou abusif ne se définit pas par un seuil de consommation mais par l'existence de dommages dans les domaines somatique, psychoaffectif ou social, soit pour le sujet lui-même, soit pour la société, sans qu'il y ait dépendance à l'alcool.

La dépendance est une perte de maîtrise de la consommation d'alcool, une perte de la liberté de s'abstenir de consommer.

Attention, il s'agit là de seuils collectifs à adapter en fonction de situations individuelles : grossesse, conduite d'engins, prise de médicaments ou de pathologies somatiques en particulier hépatiques.

- ⑥ Un **conseil minimal** ou une **intervention brève** structurée autour de quelques entretiens ou de la remise de documents (brochures de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), ...), qui vous permettront **d'amener entre 20 et 60 de vos patients à réduire leur consommation d'alcool** donc à minimiser les risques encourus ou améliorer leur état de santé.

Les bénéfices attendus d'une réduction de la consommation d'alcool :

Amélioration :

- et parfois normalisation d'une HTA essentielle
- du sommeil
- des troubles cognitifs (mémoire, capacités visuo-motrices, praxie)
- voire normalisation des troubles métaboliques
- de la condition physique
- de la vie sexuelle
- de la situation professionnelle
- de la maîtrise de soi

Réduction des risques :

- de cancers et de cirrhose
- d'accidents

Prévention :

- du syndrome d'alcoolisme foetal
- de l'alcoolisme dépendance

et aussi :

- mieux être en famille
- perte de poids
- économie financière...

En tout état de cause, votre patient doit recevoir de l'information claire, objective et non biaisée sur l'état actuel de sa situation personnelle.

- ⑥ Concernant les personnes les plus en difficulté, vous pouvez les inciter à entreprendre une démarche de soins, éventuellement en lien avec des équipes spécialisées.

UR PARLER DE L'ALCOOL

Le repérage

Le simple fait de parler d'alcool avec un patient est susceptible d'induire un changement de comportement. **Le questionnement clinique** qui va explorer la relation du patient avec l'alcool doit prendre en compte la consommation d'alcool hebdomadaire déclarée et le nombre de verres par occasion.

Les outils présentés ci-dessous et insérés à l'intérieur du 4 pages peuvent vous aider à aborder la question de l'alcool :

- ⑥ **L'AUDIT** : auto-questionnaire adapté pour détecter et pour repérer les buveurs à risque.
- ⑥ **Le FACE** : hétéro-questionnaire adapté pour repérer les buveurs à risque (*publication en cours de préparation*).

L'intervention brève

Une intervention efficace chez les consommateurs non alcoolo-dépendants

Les principaux éléments de l'intervention brève sont définis par l'acronyme anglo-saxon « **FRAMES** »

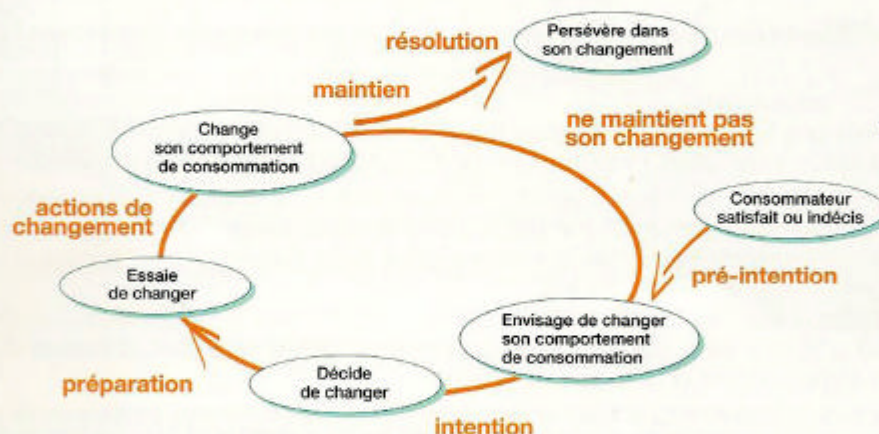
- ⑥ **Feed-back** : (rétroaction)
Le patient reçoit une information claire, objective et non biaisée sur l'état actuel de sa situation médicale. S'intéresser à sa consommation, l'informer des conséquences d'une alcoolisation excessive peut l'amener à modifier son rapport à l'alcool.
« Au vu de ce que vous venez de me dire ou des résultats du questionnaire que vous venez de compléter, votre consommation d'alcool vous expose à des risques,(...) peut expliquer votre HTA... »
- ⑥ **Responsabilité** :
Le médecin doit insister sur le fait qu'un changement des habitudes de consommation d'alcool repose sur une décision du patient et de personne d'autre.
« C'est à vous de décider ce que vous voulez faire de cette information, personne ne peut changer votre consommation d'alcool si vous ne le souhaitez pas... »
- ⑥ **Advice** : (conseil)
Le médecin informe le patient des avantages qu'il aurait à diminuer ou arrêter sa consommation d'alcool, tout en lui laissant le choix du moment et du type de changement.
« Si vous le souhaitez, je peux vous donner quelques conseils, maintenant ou plus tard, ... »
- ⑥ **Menu** :
Lorsque le patient se sentira prêt à diminuer ou à stopper sa consommation d'alcool, le médecin pourra étudier avec lui les différentes stratégies possibles pour l'aider à changer ses habitudes de consommation.
« Suite à votre décision, comment envisagez-vous d'agir sur votre consommation ? »
- ⑥ **Empathie** :
Le médecin a une approche bienveillante et chaleureuse, tout en proposant une écoute active.
« Je vous comprends, je sais combien il est difficile de changer ses habitudes... »
- ⑥ **Self Efficacy** : (sentiment de sa propre efficacité)
Le médecin renforce le sentiment d'efficacité personnelle et encourage l'optimisme du patient quant à la possibilité de changement.
« Je vous trouve courageux d'avoir pu parler de votre consommation d'alcool, ... vous avez déjà montré que vous êtes capable de... »

PROCESSUS DE CHANGEMENT

Il est important que le médecin généraliste fournisse une aide adaptée au patient dans un processus de changement. Ce processus est souvent long pour un patient alcoolodépendant et peut être rapide pour un patient à risque non alcoolodépendant. L'intervention brève permet de rentrer **rapidement** dans le processus de changement tel qu'il est identifié dans le **cycle de Prochaska et DiClemente**.

Le **cycle** peut aider le médecin généraliste à repérer l'étape où se situe le patient dans son changement de comportement :

- ❶ **La pré-intention** : la personne ne considère pas avoir un problème de consommation.
- ❷ **L'intention** : elle envisage de modifier ses habitudes. Elle pèse le pour et le contre.
- ❸ **La préparation** : la décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle demande conseil, recherche des informations...
- ❹ **L'action** : c'est une période au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes. Cela peut lui demander beaucoup d'attention et d'énergie au quotidien.
- ❺ **Le maintien** : il s'agit alors d'éviter de dépasser les seuils de consommation préconisés. La personne a davantage confiance en ses capacités.
- ❻ **La résolution** : c'est le moment où la personne n'a plus la tentation de revenir à un comportement antérieur, même quand elle est stressée, déprimée, ou en colère.



Les questionnaires et les documents relatifs aux tests de repérage comme les supports de prévention sont disponibles gratuitement auprès :

❶ des comités de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et des Centres d'Alcoologie (CCAA) :

Dordogne : 05 53 07 66 82

Gironde : 05 57 57 00 77

Landes : Mont de Marsan : 05 58 75 46 04

Dax : 05 58 91 39 24

Lot et Garonne : 05 53 66 47 66

Pyrénées Atlantiques : Bayonne : 05 59 63 22 69

Pau : 05 59 82 90 13

❷ des Comités Départementaux et Régional d'Éducation pour la Santé (CODES et CRAES),

Dordogne : 05 53 07 68 57

Gironde : 05 57 57 18 47

Landes : 05 58 46 63 99

Lot et Garonne : 05 53 66 58 59

Pyrénées Atlantiques : 05 59 62 41 01

❸ des réseaux d'addictologie,

❹ des équipes hospitalières de liaison en addictologie...

Toute information complémentaire peut-être obtenue auprès de la DRASS Aquitaine, Inspection régionale de la santé - Tél. 05 57 01 95 94.

Ce document a été élaboré en 2002, dans le cadre du programme régional de santé " Alcool " Aquitaine 2001-2006, par un groupe de travail régional, associant des médecins libéraux, des médecins hospitaliers, des médecins du travail et des professionnels de la prévention.

FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.

En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

					Score
1 A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
2 Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux <input type="checkbox"/>	trois ou quatre <input type="checkbox"/>	cinq ou six <input type="checkbox"/>	sept à neuf <input type="checkbox"/>	dix ou plus <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
3 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
4 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
5 Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
TOTAL					

Interprétation :

Date : ____ / ____ / ____

⊗ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.

⊗ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.

⊗ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Photocopier autant que nécessaire.

AUDIT

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de le remplir en cochant une réponse par ligne. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Pour votre information, nous vous rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme « un verre standard » dans ce questionnaire.

Mais attention : une canette de 50 cl d'une bière forte (8°6 ou 10°) contient l'équivalent de 4 verres standard et une bouteille de vin contient 8 verres standard.

Un verre standard représente une de ces boissons :



7 cl d'apéritif
à 38°



2,5 cl de digestif
à 45°



10 cl de
champagne à 12°



25 cl de cidre
« sec » à 5°



2,5 cl de whisky
à 45°



2,5 cl de pastis
à 45°



25 cl de bière
à 5°



10 cl de vin
rouge ou blanc à 12°

					Score
1 A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	1 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	
0	ou moins 1	2	3	4	
2 Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux <input type="checkbox"/>	trois ou quatre <input type="checkbox"/>	cinq ou six <input type="checkbox"/>	sept à neuf <input type="checkbox"/>	dix ou plus <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
3 Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	par mois 1	2	3	4	
4 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	par mois 1	2	3	4	
5 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	par mois 1	2	3	4	
6 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	par mois 1	2	3	4	
7 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	par mois 1	2	3	4	
8 Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	par mois 1	2	3	4	
9 Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?					
Non <input type="checkbox"/>	oui, mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/>		oui, au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/>		
0	2		4		
10 Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?					
Non <input type="checkbox"/>	oui, mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/>		oui, au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/>		
0	2		4		
TOTAL					

Photocopier autant que nécessaire.

Mode d'emploi : calculez votre score

Date : / /

- ⊗ Moins de 6 pour une femme et moins de 7 pour un homme correspondent à un risque « faible » ou à un risque « anodin ».
- ⊗ Entre 6 et 12 pour une femme et 7 et 12 pour un homme, on est en présence d'une consommation à risque ou à problème.
- ⊗ Au-delà de 13, pour un sexe comme pour l'autre, l'alcoolodépendance peut être soupçonnée.

ANNEXE n°5 : Méthode FRAMES

- **Feed-back** : le patient reçoit une information claire (...), [pour] l'amener à modifier son rapport à l'alcool.

- **Responsabilité du patient**

- **Advice (conseil)** : le patient est conseillé et on lui laisse le choix du moment et du type de changement.

- **Menu** : le médecin étudie avec le patient les différentes stratégies possibles pour l'aider à changer ses habitudes de consommation (objectifs réalistes).

- **Empathie** : le médecin adopte une approche bienveillante et chaleureuse sans jugement de valeur.

- **Self Efficacy (sentiment de sa propre efficacité)** : le médecin renforce l'optimisme du patient quant à la possibilité de changer de pratiques.