

Rapport sur la perspective d'organisation d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme

Rapport présenté au parlement par
Monsieur Xavier BERTRAND
Ministre de la Santé et des Solidarités

Rapport élaboré sous la présidence
de Madame Emmanuèle Jeandet-Mengual
Inspectrice générale des affaires sociales

Tome II

Article 42 de la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique :
« Le Gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005
sur les conditions de création d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme »

E3750



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ANNEXES

11. Séance « Recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie » du 2 mars 2005
12. Séance « Prise en charge et soins des buveurs excessifs » du 9 mars 2005
13. Séance « Accompagnement des anciens buveurs et de leurs familles » du 16 mars 2005
14. Séance « Alcool et prévention » du 23 mars 2005
15. Séance « Distribution de l'alcool » du 30 mars 2005
16. Réunion avec les experts en santé publique du 5 avril 2005
17. Séance « Production de l'alcool » du 13 avril 2005
18. Séance « Alcool, travail et emploi » du 20 avril 2005
19. Séance « Alcool, violence et respect de la loi » du 3 mai 2005
20. Séance « Alcool, territoires et inégalités » du 11 mai 2005
21. Séance « Alcool, communication et médias » du 18 mai 2005

**Séance « Recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie »
du 2 mars 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Eléments introductifs – INPES

Contribution INPES

Contribution IREB

Contribution INSEE

Contribution INSERM

Contribution Alfred Nizard – INED

Contribution OFDT

Séance « Recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie »

Personnes auditionnées

Réunion du 2 mars 2005

Pierre ARWIDSON - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Agnès CADET-TAIROU – Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Chantal CASES - Ministère des solidarités de la santé et de la famille/Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Jeanne ETIEMBLE - Institut national de la santé et de la recherche médicale

Alain GALLAIS - Institut national de la statistique et des études économiques

Jean-Louis LANCE – Institut national de la statistique et des études économiques

Alfred NIZARD - Institut national d'études démographiques

Pr. Philippe-Jean PARQUET - Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Georges SAINT-BLANQUAT - Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons



Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société

Bureau des pratiques addictives

Personne chargée du dossier

Nadège LAROCLETTE

Dr Dominique MARTIN

Tél. : 01 40 56 51 62/54 68

Fax : 01 40 56 40 44

Mail : nadege.larochette@sante.gouv.fr

dominique.martin@sante.gouv.fr

N° 5 - 176

Paris, le 11 MAR. 2005

**COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT
SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"**

**Auditions du 2 mars 2005 sur la thématique
« Recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie »**

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Frédéric Delpont (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin), Mireille Wuillaume (Direction de la sécurité sociale), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Dominique Vuillaume - Patrick Sansoy (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Pierre Arwidson - Tania Rosilio (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Marianne Storogenko (Direction générale de l'action sociale), Chantal Cases (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Jean-Louis Lance - Alain Gallais (INSEE), Pr. Parquet - Agnès Cadet-Tairou (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), Georges Saint-Blanquat (Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons), Jeanne Etiemble (Institut national de la santé et de la recherche médicale), Alfred Nizard (Institut national d'études démographiques), Bernard Basset - Dominique Martin - Nadège Larochette (Direction générale de la santé - Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Emmanuelle Double (DGDDI - Bureau F3), Christine Kerneur (Ministère de l'Education nationale - DESCO), Pascal Mélihan-Cheinin (DGS - Bureau des pratiques addictives).

En introduction, la Présidente du comité de pilotage rappelle le contexte de cette réunion.

L'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que le gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de la création d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme. L'élaboration de ce rapport a été confiée à un comité de pilotage qui a émis le souhait d'auditionner l'ensemble des acteurs concernés par ce

sujet. La réunion de ce jour a ainsi pour objet de procéder aux auditions de plusieurs institutions sur le thème « Recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie ».

Dans un premier temps, les auditionnés ont exposé leur position sur la situation actuelle, en France, à partir des données existantes d'observation et de la recherche sur l'alcool (cf. : documents ci-joints). Au terme de ces présentations, deux constats semblent être partagés par l'ensemble des intervenants :

- un nombre insuffisant de chercheurs sur ce thème et un financement de leur travail non pérenne. En conséquence, le domaine de la recherche sur l'alcool mériterait d'être revitalisé ;
- une faible connaissance de la population sur cette thématique. Il conviendrait dès lors de rendre accessible les recherches sur les effets de l'alcool.

Dans un deuxième temps, a été ouverte la discussion sur l'opportunité de la mise en place d'états généraux consacrés à la "lutte contre l'alcoolisme".

Malgré quelques difficultés à appréhender le contenu et l'apport de ces états généraux, l'assistance a une position ouverte sur leur création. Compte tenu des difficultés et de la complexité du sujet, l'ouverture d'un débat public organisé avec toutes les franges de la population (« du producteur au citoyen ») présente un intérêt supérieur à la réunion de seuls groupes d'experts. En effet, une telle formule pourrait permettre d'une part, de mettre en évidence les représentations et attitudes de la population sur ce sujet, et, d'autre part, de confronter les connaissances. A ensuite été évoquée la possibilité d'une structuration de ces Etats généraux par rapport aux modes de vie et de consommation de la population.

En outre, dans le contexte actuel de l'augmentation des préoccupations de santé chez les citoyens, les Etats généraux de lutte contre l'alcoolisme devraient avoir pour objectif d'apporter des connaissances à la population afin de l'aider à faire des choix éclairés. Dans la perspective des Etats généraux, il conviendra de recenser les données existantes et de les présenter de manière pédagogique afin que la population se les approprie. A l'issue de ce débat public, des propositions pourraient être formulées à l'attention des décideurs.

Compte tenu de ces éléments, il conviendra de mener une réflexion sur :

- l'intitulé des états généraux. En effet, dès lors qu'il a été décidé que les états généraux ne porteraient pas uniquement sur la dimension de santé publique, il paraît opportun de ne pas limiter leur objet à la seule « lutte contre l'alcoolisme », concept qui apparaît dépassé ;
- le moyen d'approcher au plus près le citoyen, de le faire participer à ce projet et de mettre à sa portée l'état des connaissances dans ce champ.


Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Société

Eléments introductifs

Pierre Arwidson



Plan

- Problème au niveau international (OMS)
- Problème au niveau européen (ECAS)
- Surveillance de la consommation
- Surveillance des stratégies d'influence

Estimation du nombre de consommateurs au niveau mondial



source : OMS

EGA

inpes

Poids sur la mortalité et la morbidité



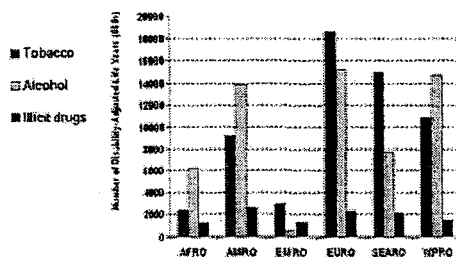
Reducing risks, promoting health
World Health Organization
World Health Report, 2002.
Geneva: World Health
Organization.
www.who.int

	Mortalité (% de la mortalité mondiale)	AVCI % de l'ensemble des années vie sans incapacité perdues
Tabac	8,8	4,1
Alcool	3,2	4,0
Drogues illicites	0,4	0,8

EGA

inpes

Comparaisons mondiales



EGA

inpes

En Europe

- Responsable de 9.2% de la morbidité et de la mortalité prématurée
- 1 homme sur 4 et 1 femme sur 10 boit de l'alcool d'une façon mauvaise pour sa santé
- 1 occasion sur 4 comprend une consommation de plus de 60g d'alcool (6 verres)
- 5% des adultes seraient dépendants
- La plupart des buveurs à risque sous-estiment la nocivité, le pouvoir addictogène et les conséquences négatives sur autrui

eurocare

EUROPEAN COORDINATION OF THE MONITORING OF ALCOHOL CONSUMPTION IN EUROPE

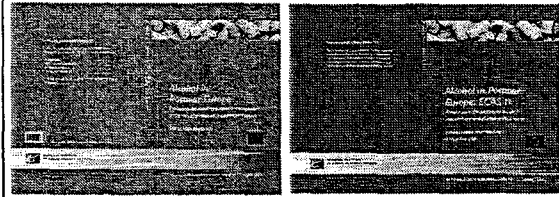
EGA

inpes

Plan

Problème au niveau international (OMS)
 Problème au niveau européen (ECAS)
 Surveillance de la consommation
 Surveillance des stratégies d'influence

Alcool dans l'Europe d'après la guerre



EGA

inpes

ECAS 1 et 2

European comparative alcohol study
 Financé par la commission européenne (DGV/F en 1998)
 Politiques publiques et leurs évolutions
 Evolution des consommations
 Modes de consommations
 Conséquences sur la santé

EGA

inpes

Evolution de la quantité consommée

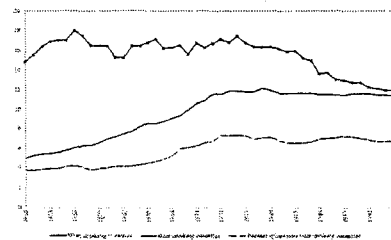


Figure 23. Consumption trends for three groups of countries (litres of 100% alcohol per capita, 1950-1998).

Evolution 1950 - 2000

- Les pays buveurs de vin ont réduit leur consommation (France, Portugal, Espagne sauf Grèce)
- Les pays buveurs de bière ont augmenté leur consommation jusqu'à dans les années 1970 puis stabilisation (Autriche, Allemagne, Belgique, Pays Bas)
- Les pays traditionnellement buveurs d'alcool fort sont devenus buveurs de bière (Norvège, Finlande, Suède)

EGA

inpes

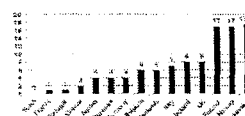


Figure 24. Les consommations moyennes et les scores de l'étude ECAS pour 20 pays (évaluation de 0 à 20).

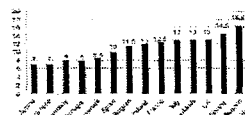


Figure 25. Les consommations moyennes et les scores de l'étude ECAS pour 20 pays (évaluation de 0 à 20).

Score ECAS sur 20

- production et de la vente en gros
- distribution individuel (âge limite)
- publicité
- alcool au volant
- prévention, éducation
- taxation

EGA

inpes

Corrélation entre quantité et mortalité (ECAS1)

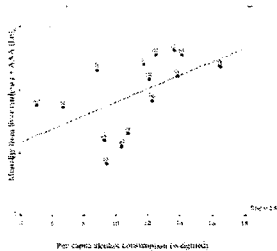


Figure 6.3. Relationship between alcohol consumption (litres 100% per capita 15+) and liver cirrhosis mortality + AAA-mortality (men and women). Average figures for each country for 1987-1995.

EGA

INPES

Explications ?

Lente homogénéisation des quantités consommées
 Mais encore beaucoup de différences
 Les convergences des styles de vie (urbanisation, automobiles, voyages, etc.) sont plus rapides que les modes de consommation d'alcool
 Effets des politiques publiques ?

EGA

INPES

Plan

Problème au niveau international (OMS)
 Problème au niveau européen (ECAS)
 Surveillance de la consommation
 Surveillance des stratégies d'influence

Sources au niveau mondial

OMS, base de données internationales depuis 1997 (mortalité depuis 1981)
 Constat du manque de données fiables sur les conséquences et comparables entre pays
 Manque de consensus sur la manière d'interroger dans les enquêtes en population
 Sources proviennent souvent de l'industrie
 OMS édite un guide Monitoring alcohol consumption
http://www.who.int/substance_abuse/monitoring_alcohol_consumption.html

EGA

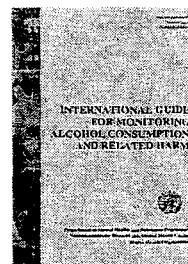
INPES

World Drink Trends

Sources : Nations Unies, FAO
 Pour 57 pays : ministères ou association de producteurs (dont seulement 19 pays en voie de développement)
 Tentent de tenir compte de toutes les sources (production domestique, production illégale, consommation par les touristes, ventes hors taxes, trafic frontalier, et contrebande)

EGA

INPES

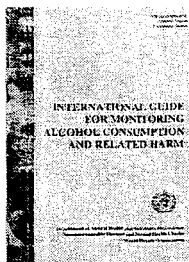


Données de ventes
 Enquêtes en population

EGA

INPES

Enquêtes en population



Sous-déclaration : 40 à 60 % / ventes

Normes sociales ?

Difficulté à joindre les buveurs excessifs au domicile

Variations saisonnières

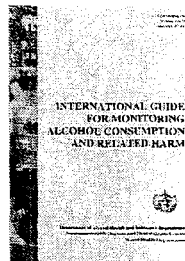
Oubli

Taille des verres

EGA

indec

"Tailles des verres" ou quantités servies



Etudes empiriques

hollandaise (Lemmens 1994) :

alcool fort +26% / std,
intermédiaire +14% / std, vin + 4%

Lemmens, P. (1994) The alcohol content of self-report "standard drinks". *Addiction*, 89, 593-602.

australienne (Stockwell, 1990) 90

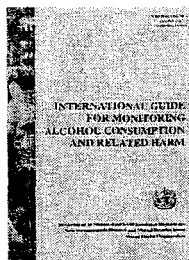
bars de Perth : verres de vin + 70% / stdd (max 250%)

Stockwell, T., Slatyer-Temple, D. & Walker, C. (1990) An experimental test of the proposal to label containers of alcoholic drink with alcohol content in "standard drinks". Technical Report, National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia. Submitted to Ministers Council on Drug Strategy, June.

EGA

indec

Enquêtes en population



QF : quantité fréquence
GQF : quantité fréquence graduée (fréquence de consommation de x, y, z verres)

7 derniers jours (plus ou moins détaillé)

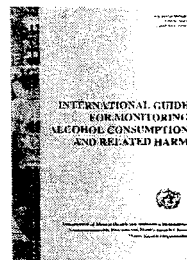
GQF > QF et 7DJ

Rehm, J., Greenfield, T., Walsh, G., Xie, X., Robson, L. & Single, E. (1999) Assessment methods for alcohol consumption, prevalence of High Risk drinking and harm: a sensitivity analysis. *International Journal of Epidemiology*, 28, 219-224.

EGA

indec

Données de vente



Stockage chez les grossistes, les vendeurs ou les particuliers

Achat par les touristes ou des non-résidents

Production domestique

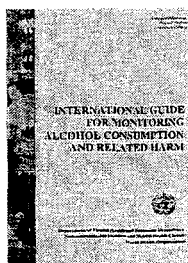
Contrebande

Achat transfrontalier

EGA

indec

Indicateur recommandé



Production + importation + production non déclarée + consommation à l'étranger + consommation en duty free
Moins consommation par les touristes + exportation + réexportation + stocks
Divisé par population de 15 ans et plus

EGA

indec

Plan

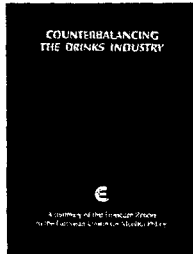
Problème au niveau international (OMS)

Problème au niveau européen (ECAS)

Surveillance de la consommation

Surveillance des stratégies d'influence

Groupes de pression

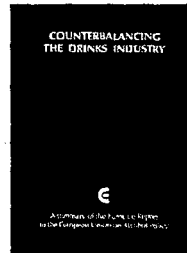


Tenter d'influencer les politiques nationales et internationales
 Devenir membres d'organisations et de comités pour accroître influence et respectabilité
 Recrutement de scientifiques, organisation de conférence, publication prestigieuses
 Créer des associations d'intérêt général
 Préparer les promouvoir des textes de consensus et des codes de bonnes pratiques
The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. Eurocare 2002

EGA

inpes

Argumentaire



La base de la politique doit être les modes de consommation : réduire les modes dangereux
 La modération s'apprend (responsabilité individuelle)
 Partenariat public / privé = une place à la table de discussion
 Renforcement de l'autodiscipline de l'industrie codes de bonnes pratiques, pas de réglementation
 Globalement l'alcool apporte des bénéfices à la société (mais coûte 2 à 5 % du PIB)

EGA

inpes

Groupes de pression

INTERNATIONAL CENTER FOR ALCOHOL POLICIES (THE AMSTERDAM GROUP)



International : le centre international pour la politique autour de l'alcool / (1996, www.icap.org)
 Européen : Le groupe Amsterdam (1990, www.amsterdamgroup.org : the European forum for sensible drinking)

Au niveau national :

Stiva (1982, www.stiva.nl)
 Portman group (1989, www.portman-group.org.uk)
 Entreprise et prévention (1990, www.sofdevivre.com)



EGA

inpes

Modération ?

La modération n'est pas rentable pour les producteurs : 10% de la population consomme entre 30 et 60 % de la totalité consommée

Lemmens, P. Relationship of alcohol consumption and alcohol problems at the population level. In Eds. Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T. International Handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. pp 395-412, 2001.

EGA

inpes

Effets de la publicité

17 pays avec ou sans interdiction de la publicité pour les alcools forts, période 1970-1983. Pays sans publicité : 16% consommation en moins et 10% d'accidents en moins (Wagenaar, Valence WHO meeting 7-9 may 2002)

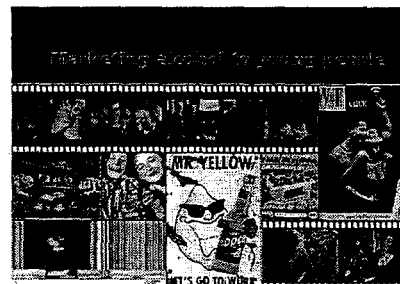
20 pays de l'OCDE 1970-1995, si restriction, baisse de 5 à 8%

Etude longitudinale nouvelle zélandaise : mémorisation de la publicité à 15 ans prédit une consommation plus élevée à 18 ans. L'appréciation de la publicité à 18 ans prédit plus de problème à 21 ans (Hill 2001).

Hill, L. & Caswell, S. Alcohol advertising and sponsorship: commercial freedom or control in the public interest. In Eds. Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T. International Handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. pp 823-846, 2001.

EGA

inpes



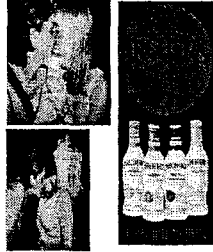
EGA

inpes

Diageo, code de bonnes conduites et pratiques commerciales

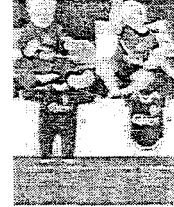
"packaging of alcoholic products should not suggest sexual success or prowess",

"advertising and promotional activities should not give the impression that social acceptance or sexual success cannot be achieved without consuming alcohol beverages"



EGA

INDICE



EGA

INDICE



EGA

INDICE

Baromètre santé

Pierre Arwidson, Christophe Léon, Tania Rosilio,
Colette Ménard*, François Baudier* (INPES)

avec
Stéphane Legleye*, Olivier Le Nezet* (OFDT)

* auteurs du chapitre du Baromètre santé 2000



EGA

Plan

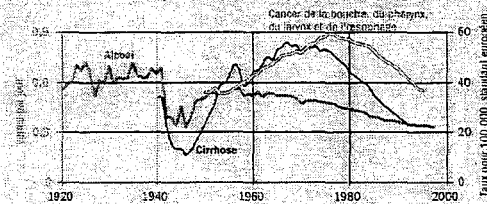
Evolution des ventes par habitant
Protocole du Baromètre santé
Structure de la population (quotidien,
hebdomadaire)
Profils de consommateurs
Nombre de verres bus la veille
Régions
Evolution

EGA



Evolution 1920 - 2000

Evolution de la consommation d'alcool et de la mortalité par cirrhose et par cancer de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage en France



source : Hill C, ADSP 2000;30:14-18

EGA



Baromètres santé

Enquête par téléphone, assistée par ordinateur
De type aléatoire (? quotas), à deux degrés (foyer puis individu, méthode du plus proche anniversaire)
Multithématique (environ une demi-heure)
Listes rouges depuis la vague 2000
Portables exclusifs depuis 2005

EGA



Baromètre santé 2000

Echantillon 13 685 personnes de 12 à 75 ans (précision environ 1% à 36%)

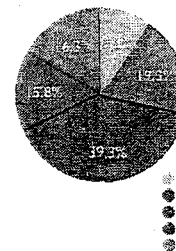
Taux de refus
refus ménage : 25%
dont refus immédiat : 22%
dont refus différé : 3 %
Refus individu : 6,6 %
Abandon : 2 %

EGA



Consommation d'alcool dans les 12 derniers mois

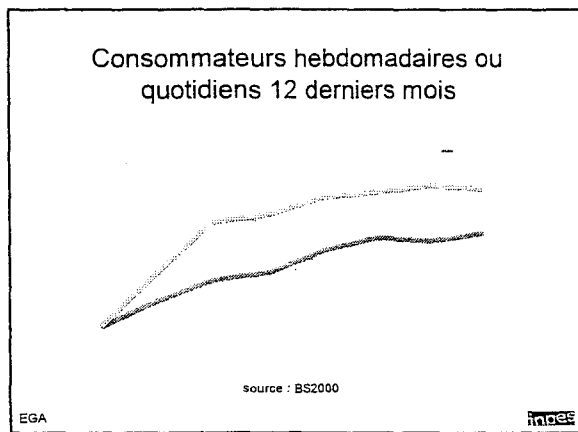
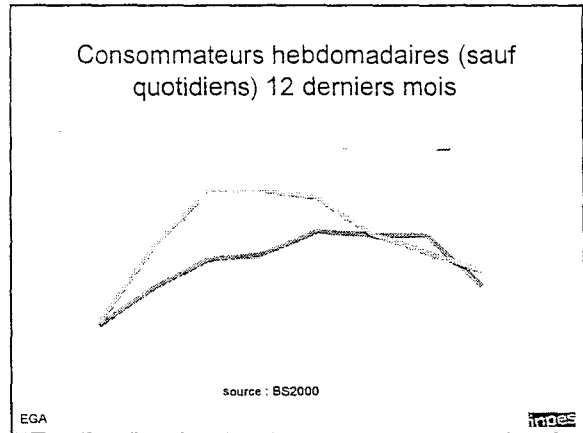
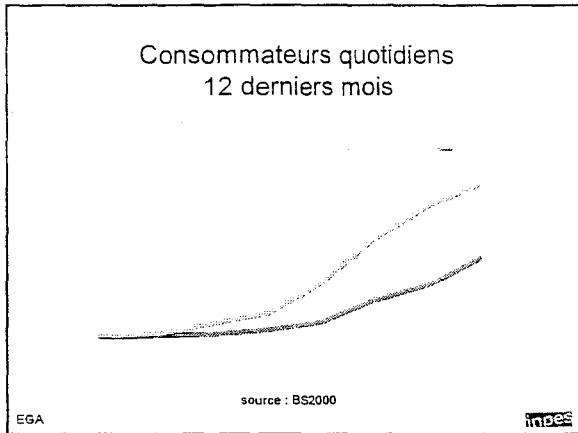
Abstinent : 10%
Occasionnel : 16%
Mois : 16%
Semaine : 40%
Quotidien : 20%



source : BS2000

EGA





consommateurs quotidiens 20 - 75

catégorie	ans	odds ratio
sexe	homme	3,6***
âge (? , exemples)	45-54	10***
	66-75	22***
dépendance (DETA)	positif	2,2***
tabagisme	fumeur	1,5***
vie commune	seul	0,7***
situation professionnelle	indépendant, retraité, autres inactifs	1,5**

source : BS2000

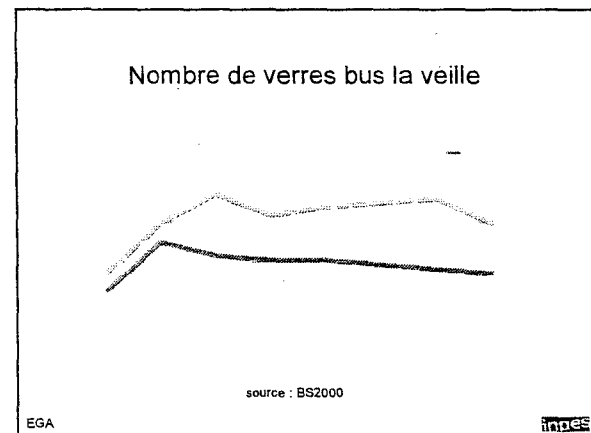
EGA inpes

Profil des consommateurs hebdomadaires ou quotidiens des 15 - 19 ans

catégorie		odds ratio
sexe	homme	2,6***
âge	?	1,3***
filère scolaire	professionnelle	0,6*
activités de groupe	oui	1,6***
tabagisme régulier	oui	2***
cannabis dans l'année	oui	3***

source : BS2000

EGA inpes



Alcool et régions

Quotidienne

Sud-Ouest Limousin >>

PACA, Normandie <<

Quantité bue dans la semaine

PACA, Rhône Alpes, Limousin, Auvergne >>

Centre, Lorraine <<

Ivresse

Bretagne, Pays de Loire, Aquitaine >>

Centre <<

? pas de corrélation avec les données de mortalité liée à l'alcool ou les données CCAA (sauf PACA)

EGA

insee

Evolution

Hebdomadaire

Quotidienne

Verres bus la veille



source : BS2000

EGA

insee

Suite

Baromètre santé 2005

30 000 personnes interrogées

premiers résultats pour mai 2005

EGA

insee

Réflexion mathématique sur une réduction de 20% de la consommation globale

$$Qté\ tot\ cons = pop \times occasions \times verres$$

pop en M	jours par an	nb de verres par jour	qté totale en M de verres par an
30	200	2,5	15 000
30	160	2,5	12 000
30	200	2	12 000
24	200	2,5	12 000

source : BS2000

EGA

insee



*Audition au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille du 2 mars 2005
Pr. Georges de Saint Blanquat, président du comité scientifique de l'Ireb*

Recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie

Situation actuelle

En 1991, après la dissolution du HCEIA et lors de la création du HCSP, une commission permanente sur l'alcool a été créée montrant ainsi la volonté du gouvernement de faire de l'alcool une priorité en Santé Publique. La recherche sur l'alcool était un créneau alors peu porteur.

En 1999, le champ de compétence de la MILDT a été élargi à l'alcool et au tabac.

En 2000, l'Inserm a lancé une Action Thématique Concertée (ATC) Alcool et la recherche alcoologique a pu ainsi bénéficier dans le cadre d'un appel d'offres MILDT/Inserm en 2001 et en 2002 d'un financement important de la part des pouvoirs publics. C'est le moment également de l'expertise collective de l'Inserm dans le domaine Alcool. Ceci a permis à de nouvelles équipes de s'intéresser à l'alcool bien qu'elles restent aujourd'hui encore trop peu nombreuses. De plus, rares sont les équipes qui ont l'alcool comme unique thématique de recherches.

De son côté, l'Ireb participe depuis sa création en 1971 à l'effort de recherche alcoologique. Les ressources allouées par l'Ireb, de l'ordre de 160 à 180 000 € par an durant ces dix dernières années, constituent un appoint pour les équipes subventionnées mais ne permettent pas, bien entendu, à elles seules de structurer la recherche. L'engagement de l'Etat en est d'autant plus indispensable.

Mais en 2004, l'appel d'offres MILDT/Inserm n'a pas été reconduit et seule la MILDT a lancé un appel d'offres.

La recherche a besoin de temps et nécessite un soutien constant et régulier. Il importe que ce soutien s'opère dans un cadre souple laissant une large autonomie aux chercheurs. S'il est essentiel d'avoir une politique de recherche, il est également capital que cette politique soit poursuivie de manière constante pendant plusieurs années, voire décennies, et qu'elle ne soit pas soumise aux aléas politiques.

S'il est vrai que l'appel d'offres de l'Ireb est modeste, il est régulier et n'est pas « ingérant » pour les équipes soutenues qui ont toute latitude pour conduire leurs travaux.

*Il faut donc se garder de rigidifier le système de recherche car un pilotage trop directif stérilise la recherche ; les chercheurs ont besoin d'un volant de liberté.
La situation actuelle apparaît encore trop liée aux aléas budgétaires et politiques.*

Préconisations

- Financer des équipes sur plusieurs années avec une garantie de reconduction des crédits accordés la première année sous réserve bien sûr que les travaux se déroulent convenablement.
- Développer le financement de thèses initié ces dernières années afin de conforter des équipes dans lesquelles se trouveront des chercheurs dédiés à l'alcool.
- Favoriser les bourses permettant les échanges de chercheurs et de post doctorants entre laboratoires français et étrangers.
- Diversifier les recherches. L'Ireb a très tôt développé un soutien aux sciences humaines et rapproché les chercheurs des sciences bio-médicales avec ceux des sciences sociales et humaines. Si la place des sciences humaines est désormais reconnue, il existe encore trop peu d'équipes structurées dans ce domaine et surtout très peu de pluridisciplinarité. Les recherches sont juxtaposées au lieu d'être concourantes. Il est important de favoriser les rencontres entre chercheurs des différentes disciplines afin de faciliter les échanges et d'aboutir à une véritable interdisciplinarité.
- S'il est indispensable de poursuivre les recherches en vue d'améliorer la connaissance en profondeur des mécanismes d'action des effets délétères de l'alcool, il faut également soutenir la recherche des mécanismes d'action des effets d'une consommation faible à modérée d'alcool (domaine cardio-vasculaire, diabète, vieillissement...).

Etats généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme

1. La nécessité de disposer d'indicateurs

Il est nécessaire d'avoir des indicateurs fiables et réguliers. Le groupe IDA (Indicateurs d'alcoolisation) fondé en 1993 par les professeurs Claude Got et Jacques Weill a rassemblé en 1997 les données existantes sur le sujet. Cependant, les carences soulignées à cette époque n'ont toujours pas été comblées et on peut regretter par exemple que le projet d'harmonisation des questionnaires utilisés dans les enquêtes n'ait pas abouti.

Les mises à jour des données « alcool mis à la disposition des consommateurs » et diffusées dans le cadre du groupe IDA n'ont pas encore été publiées mais un travail est en cours dans ce sens. Il n'y a pas actuellement de site public rassemblant toutes les données existantes. Or, il existe des statistiques annuelles disponibles de mortalité, de mise à disposition, d'accidentologie ainsi que d'autres données statistiques régulières.

2. La nécessité de réaliser des enquêtes en population générale

Ces enquêtes permettent d'évaluer les différents types de consommateurs (réguliers, occasionnels, à risque de dépendance, etc.). En effet, la consommation globale d'alcool est intéressante à connaître et est la plus facile à appréhender grâce en particulier aux statistiques fiscales mais, dans un objectif de Santé Publique, il est indispensable de savoir qui boit quoi et combien. En France, les enquêtes en population montrent que les hommes

boivent toujours plus d'alcool que les femmes, y compris dans les populations jeunes, mais les données ne sont pas précises. Il semble intéressant (voire indispensable) d'élargir à l'ensemble des boissons l'enquête en population générale réalisée tous les cinq ans par l'INRA et l'ONIVINS et qui renseigne de manière détaillée sur la consommation de vin en France. Le baromètre santé de l'INPES donne quelques éléments de réponse mais pas assez encore.

3. *La nécessité d'impliquer tous les acteurs*

Il s'agit d'impliquer tous les acteurs dans la lutte contre l'alcoolisme, depuis les producteurs jusqu'aux malades en passant par les pouvoirs publics, les chercheurs, les soignants, les organismes de prévention, etc., que tous ces acteurs soient privés ou publics.

IREB 19 avenue Trudaine 75009 PARIS

Tél : +33 (0) 1 48 74 82 19 - Fax : +33 (0) 1 48 78 17 56 - e-mail : ireb@ireb.com - www.ireb.com

Recherche et observation sur
l'alcool et en alcoologie

Les données INSEE

1 - Données macro économiques

2 - Données d'enquête

1- Données macro-économiques issues
des Comptes Nationaux

- Consommation de boissons alcoolisées dans
la consommation des ménages : niveau fin de
nomenclature des produits mais ne comprend
pas les consommation dans cafés, restaurants,
cantines ..

1- Données macro-économique issues
des Comptes Nationaux

- Estimation des quantités consommées en
volume d'alcool pur : mesure effectuée à
partir des données de vente des producteurs
(boissons commercialisées, y compris
estimation de la fraude et de
l'autoconsommation)

2 - Données d'enquête

- Enquête permanente 'conditions de vie' de
2001, partie variable santé.

* **Consommation d'alcool la veille du jour
de l'enquête**

- Enquête 'budget de famille' 2001

* **Relevé exhaustif des achats du ménage
sur 14 jour : niveau fin de nomenclature
pour les boissons alcoolisées**

2 - Données d'enquête

- Enquête décennale santé 1991

* **Consommez vous du lait, .. , du vin, de la bière..
?**

* **Si oui, en quelle quantité ? (nombre de verres)**

* **Tirage au sort KISH de la personne
interrogée, age >=18 ans, n=7 666**

2 - Données d'enquête

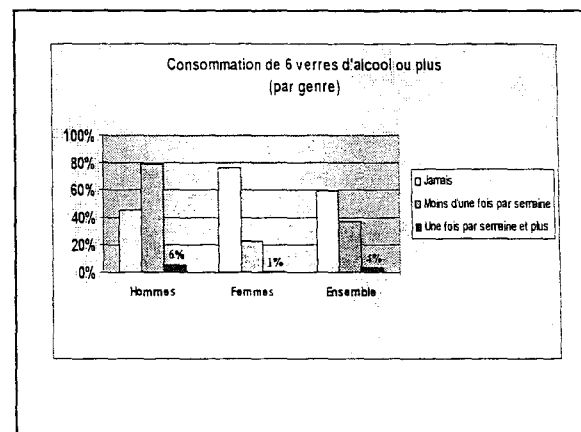
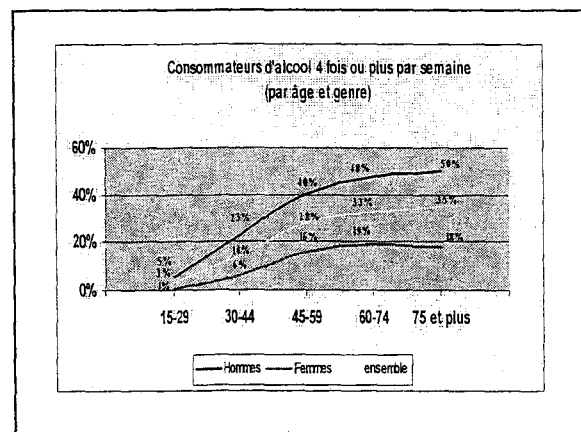
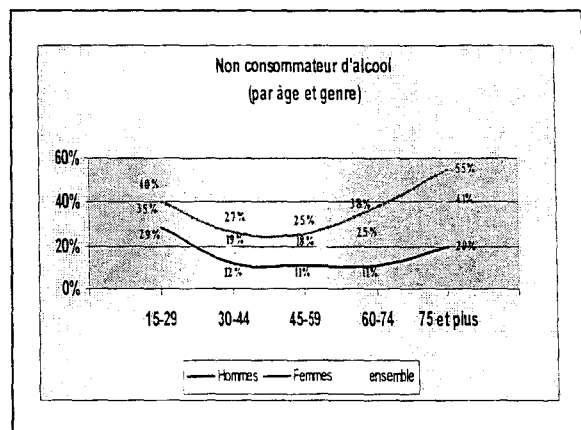
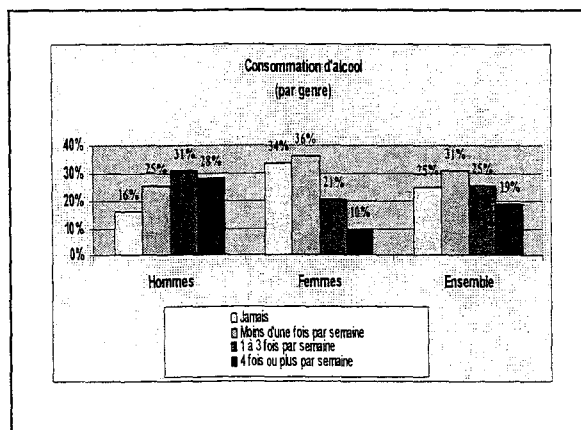
Enquête décennale santé 2003

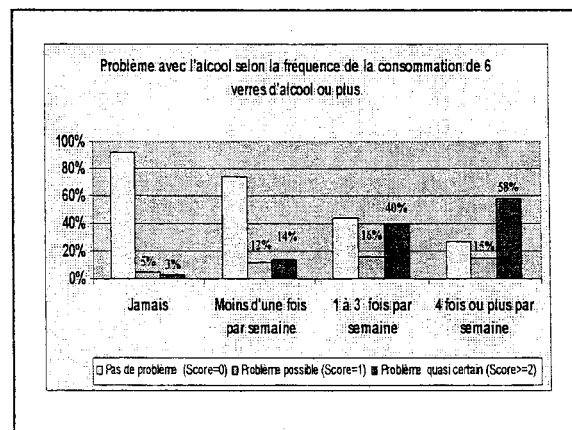
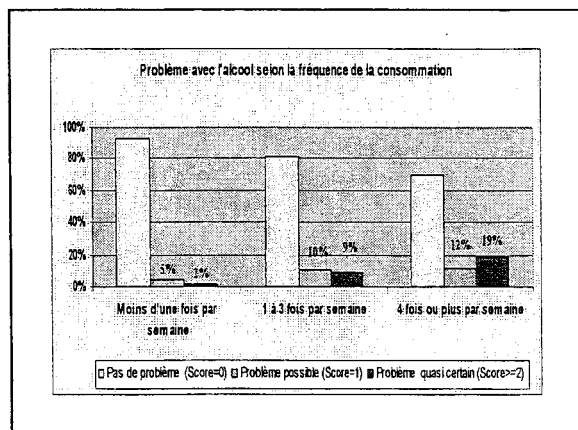
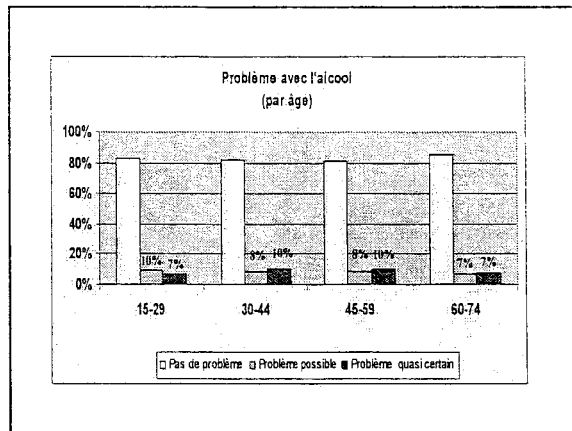
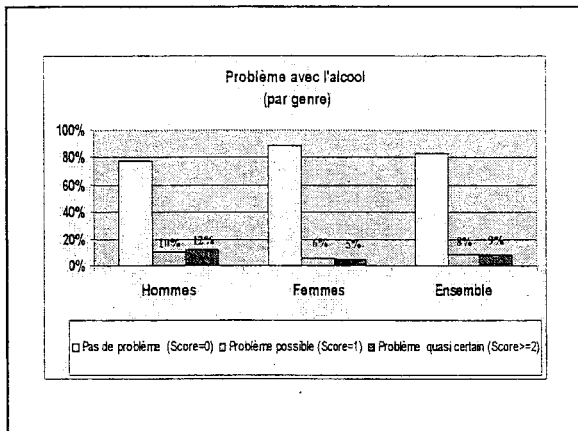
- * A quelle fréquence consommez vous des boissons contenant de l'alcool ?
- * Habituellement les jours où vous buvez de l'alcool, lesquelles consommez-vous et combien de verres ?
- * Vous arrive-t-il de consommer 6 verres ou plus lors d'une même occasion ? (fréquence)
- * Questionnaire CAGE

2 - Données d'enquête

Enquête décennale santé 2003

- * Auto questionnaire
- * 15 ans et plus
- * n=21 805





Type de consommation (enquête 1991 : 18 ans et plus)	Fréquence	Nombre de verres		
		Aperitif	Vin	Bière Total
Aperitif ou alcool fort seulement	4,7%	1,17		1,17
Vin seulement	52,7%		2,19	2,19
Bière seulement	9,8%		2,26	2,26
Aperitif ou alcool fort et vin	11,3%	1,25	2,39	3,64
Aperitif ou alcool fort et bière	2,1%	1,24	2,46	3,71
Vin et bière	12,1%		2,63	2,63
Aperitif ou alcool fort, vin et bière	7,4%	1,23	2,83	6,48
Ensemble		0,31	1,36	0,70

Type de consommation (enquête 2003 : 18 ans et plus)	Fréquence	Nombre de verres		
		Aperitif	Vin	Bière Total
Aperitif ou alcool fort seulement	16,4%	1,78		1,78
Vin seulement	28,5%		2,18	2,18
Bière seulement	6,4%		2,35	2,35
Aperitif ou alcool fort et vin	23,8%	1,39	1,97	3,36
Aperitif ou alcool fort et bière	5,8%	2,06	2,39	4,46
Vin et bière	7,0%		2,32	1,70
Aperitif ou alcool fort, vin et bière	12,1%	1,56	2,32	1,75
Ensemble		0,93	1,24	0,61

		Consommation annuelle en litres				
		1960	1970	1980	1990	2001
Vins (y.c. champagne)		18,5	15,6	13,7	10,6	9,1
dont	vins de conso courante	16,4	13,2	10,8	6,4	4,6
	vins de qualité	2,1	2,4	2,9	4,1	4,5
	Bière	2,2	2,6	3	2,4	2
	Cidre	1,6	0,9	0,4	0,4	0,3
	Alcools forts	2,3	3,1	3,5	3,2	3,7
	Total	24,6	22,2	20,6	16,5	15,1

Alcool

5 domaines d'intérêt

- Alcool et effets sur la santé
- Alcool et dommages sociaux
- Consommations: modérée, abus, dépendance
- Prévention
- Prise en charge

Alcool, effets sur la santé (1)

Effets néfastes sur la santé

- Maladies alcooliques du foie
- Cancers
- Maladies cardiovasculaires
- Effets sur le système nerveux

Difficulté de définir des doses néfastes pour chacun des effets car elles sont dépendantes du genre, de l'âge et de la vulnérabilité génétique

Effet d'une exposition pendant la grossesse *(toute consommation)*

Alcool, effets sur la santé (2)

Effets bénéfiques sur la santé

- Mortalité cardiovasculaire
- Fonctions cognitives (*à confirmer*)

Difficile de définir des doses bénéfiques car elles dépendent du genre, de l'âge et de la vulnérabilité génétique : il s'agit de doses relativement faibles

Effet trouvé pour l'alcool dans différents pays

Alcool, Dommages sociaux

- Consommation et insécurité routière, insécurité au travail
- Consommation et violence
- Impact socio-économique

Lien avec d'autres troubles et facteurs sociaux

Consommations

Consommation modérée, abus et dépendance

- Niveaux de consommations
- Fréquences de consommation
- Modes de consommation
- Lieux de consommation
- Déterminants culturels et sociaux

Explorer les consommations chez les jeunes, adultes et personnes âgées

Prévention

Prévention universelle: *population générale*

Prévention ciblée: *population à risque d'abus*

Prévention indiquée: *population ayant une consommation excessive*

Prévention des situations à risque
conduite sur route

Prévention différenciée chez les jeunes et les adultes, en milieu de travail

Recherche des facteurs d'efficacité des programmes

Prise en charge

Stratégies d'intervention adaptée:
selon la sévérité de la pathologie

Accès aux soins: *cure (médicaments) et
post-cure (thérapies)*

Pôles de compétences: *pour différents
types de soins*

*Adapter les stratégies thérapeutiques aux profils
des patients*

Propositions pour la mise en place des EG

Expertises collectives : **29 experts**

Actions thématiques concertées
Inserm : **15 porteurs de projets**
sur appel d'offre en 2002

Equipes de recherche Inserm: **20
responsables d'équipes** sur la
thématique en 2004

Auditions devant le COMITE DE PILOTAGE
Chargé de la rédaction du rapport prévu par les dispositions de l'article 42
de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
sur le thème «**Recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie**»

Contribution de Alfred Nizard (INED)
(Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2 mars 2005, 14h30)

Deux questions sont posées sur ce thème :

- D'après vous, quelle est la situation actuelle sur ce thème ?
- Quelles sont vos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ?

Avant toute chose, je voudrais dire que je n'interviens pas au nom de l'INED. Mon intervention n'a pu être préparée en concertation avec la Direction ou les chercheurs de l'INED. Aussi n'est-elle pas faite au nom de l'INED, mais simplement en mon nom personnel.

SITUATION ACTUELLE SUR CE THEME

Tout d'abord, il faut dire quelques mots sur la consommation de boissons alcoolisées et sur la mortalité induite.

La consommation moyenne d'alcool est encore excessive : elle équivaut en 1999 à la consommation quotidienne moyenne d'une bouteille de vin par homme âgé de 20 ans ou plus, abstinent et buveurs modérés compris.

Selon l'INSEE, la consommation d'alcool pur s'est élevée en 1999 à 12,8 litres par habitant de France métropolitaine, pour l'ensemble des deux sexes, enfants et abstinent compris (15,8 litres par habitant âgé de 15 ans ou plus).

Cette consommation correspond précisément à l'**absorption quotidienne moyenne de 0,35 litre de vin** titrant 10° – **un peu plus d'un tiers de litre - par habitant, hommes, femmes enfants et abstinent compris** (ou de 0,43 litre de vin par habitant âgé de 15 ans ou plus).

Ces chiffres, trop souvent ignorés et presque inconnus, ne peuvent être récusés. Il deviennent considérables si l'on prétend mesurer la consommation des seuls hommes âgés de 20 ans ou plus. La consommation s'élève alors à quelque 27 litres d'alcool pur par homme âgé de 20 ans ou plus, abstinent compris, correspondant à une consommation quotidienne de 73 centilitres de vin titrant 10° par jour, soit à la **consommation quotidienne moyenne d'une bouteille de vin par homme âgé de 20 ans ou plus, abstinent et buveurs modérés compris. La consommation moyenne de boissons alcoolisées en France est excessive.** C'est un fait avéré et préoccupant.

Avec ces chiffres, par delà l'incertitude des données statistiques relatives à la consommation d'alcool (autoconsommation, production et commerce illicites ou non enregistrés), **la France est toujours au premier rang des pays occidentaux pour la consommation d'alcool par habitant.**

Un autre motif de préoccupation tient à l'évolution récente de la consommation par habitant. Même si, globalement, celle-ci a baissé d'un tiers au cours des 40 dernières années, il reste qu'**elle a peu baissé depuis 1993.** L'évolution de la consommation d'alcool doit être attentivement suivie.

50 000 décès sont dus à l'alcool en France métropolitaine en 1999, sinon plus : 4 sur 5 sont des décès d'hommes et les 2/3 surviennent avant 65 ans.

L'effet d'une aussi importante consommation d'alcool sur la mortalité est évidemment considérable.

D'après l'INSERM, parmi les décès survenus en France métropolitaine en 1999, 9 026 ont cause spécifiée alcoolique suivant la Classification internationale des maladies (6 694 hommes et 2 332 femmes).

Mais au total, selon les déclarations des médecins certificateurs exploitées par l'INSERM, l'alcool est cause principale ou contributive de 18 661 décès en 1999 (14 710 hommes et 3 951 femmes).

Il est certes possible que les médecins certificateurs aient impliqué à tort l'alcool pour un certain nombre de décès, mais il est surtout évident que les déclarations des médecins pèchent par omission relativement à l'alcool. Par exemple,

- on sait que 80 ou 90 % des pancréatites chroniques sont d'origine alcoolique, mais les médecins certificateurs ne mentionnent l'alcool que pour 18 % des décès par pancréatite chronique (**sous-déclaration de 80 %**),
- on sait que 40 à 50 % des décès par accident de la circulation sont liés à l'alcool (du conducteur ou du piéton), mais les certificats médicaux de cause de décès ne mentionnent l'alcool que pour 2 % des décès par accident de la circulation (**sous-déclaration de 95 %**),
- on sait que les cancers de la cavité buccale et du pharynx sont majoritairement dus à l'effet conjoint de l'alcool et du tabac, mais les médecins certificateurs ne mentionnent l'alcool que pour 7 % des décès, et le tabac que dans 5 % des cas (**sous-déclaration de l'alcool de l'ordre de 90 %**).

La sous-déclaration de l'alcool dans les certificats médicaux de cause de décès n'est pas surprenante parce que le médecin certificateur, souvent hospitalier, ignore l'histoire et les antécédents du décédé (en raison de l'incomplétude du dossier du décédé ou de l'absence de sa consultation lors de la rédaction du certificat – les résultats d'une éventuelle autopsie ne sont pas connus avant la déclaration du décès). Par surcroît, les décès par accident peuvent être liés, non pas à l'alcoolisme du décédé, mais à celui d'un tiers.

En raison de la très forte sous-déclaration de l'alcool dans les certificats médicaux de cause de décès, on ne peut limiter le nombre de décès liés à l'alcool survenus en en 1999 à 18 661 (certificats médicaux de cause de décès mentionnant l'alcool).

Selon les 3 exemples cités ci-dessus il faudrait corriger la sous-déclaration en appliquant aux mentions d'alcool des certificats de cause de décès un multiplicateur de 5 ou plus.

En réduisant le multiplicateur à 2,5 (au lieu de 5 ou plus), on constate que **50 000 décès, sinon plus, sont dus à l'alcool en 1999**. Quatre décédés sur cinq sont des hommes. Les deux tiers des décédés ont moins de 65 ans (66 %) ; près des neuf dixièmes, moins de 75 ans (87 %). Pour l'ensemble des décès, toutes causes confondues, on n'observe que 20 % des décès avant 65 ans et 40 % avant 75 ans. **L'alcool provoque essentiellement des décès précoces et ce sont surtout des décès d'hommes.**

Le caractère excessif de la consommation moyenne d'alcool en France et son effet sur la mortalité étant précisés, on va tenter de répondre à la première des deux questions posées (situation actuelle sur le thème «recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie»).

La recherche et l'observation sur l'alcool souffrent actuellement

a) de l'insuffisance du nombre de chercheurs travaillant sur ce thème. Il semble y avoir de nombreux travaux en alcoologie et en addictologie, surtout dans les domaines de la médecine fondamentale et clinique, de la biologie, de l'épidémiologie, de la psychologie, de la sociologie, du social et de la santé publique, mais en définitive, un champ immense reste ouvert en raison de l'insuffisance du nombre de thèses et du nombre de chercheurs travaillant dans ce champ.

b) de l'insuffisance des connaissances sur ce thème. Je ne suis pas qualifié pour parler des différents domaines de la recherche sur l'alcool et en alcoologie. Cependant, en qualité de démographe, je constate une insuffisance criante de connaissances dans le domaine de la consommation d'alcool et de la population à risque ou ayant un problème avec l'alcool. Quelques exemples :

- On dit communément que 5 millions de Français ont un problème avec l'alcool, mais il est impossible de vérifier la validité de cette affirmation et encore moins d'établir la composition de cette population à risque selon une typologie précise et quantifiée.
- Nous ne connaissons pas vraiment le nombre de décès dus à l'alcool, sinon d'une manière approximative, faute d'enquêtes multidisciplinaires sur ce sujet.
- On constate que la diminution de la consommation est depuis 40 ou 50 ans un phénomène de génération (les plus récentes consommant moins que les générations précédentes), mais on ignore tout, d'un point de vue quantitatif, du renouvellement (entrées, sorties et effectif) de la population des personnes dépendantes à l'alcool. En particulier, le nombre de sorties-guérisons de l'alcoolisme reste inconnu.

c) de l'insuffisance de communication entre les différents acteurs de la recherche, et entre chercheurs et cliniciens, alcoologues ou psychiatres. Quelques exemples :

- On ne sait pas établir de relation entre les effets nocifs de l'alcool étudiés sur un échantillon ad hoc ou sur des patients et leurs manifestations dans l'ensemble de la population, faute d'une connaissance suffisante de la population des consommateurs, mais aussi faute d'une communication suffisante entre les chercheurs des différents domaines.
- L'alcool a un effet protecteur contre les maladies cardiovasculaires lorsque sa consommation est très modérée. Ce résultat a été vulgarisé en estompant son caractère conditionnel, alors même qu'en réalité l'alcool ne joue aucun rôle protecteur (sauf pour une petite fraction de la population, d'ailleurs inconnue) et constitue un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires (en raison des quantités consommées par de larges fractions de la population). Ce «contresens» a été favorisé tout à la fois par une connaissance insuffisante de la population des buveurs, mais aussi par l'insuffisance de la communication entre les chercheurs des différents domaines.
- Les cliniciens, alcoologues ou psychiatres, souffrent d'un manque évident de postes et de crédits, ainsi que de la faiblesse de la prise en charge médico-sociale des personnes en état de dépendance. Ils font face à une situation de pénurie. D'autre part, les spécialistes de santé publique préconisent une politique de prévention primaire en agissant notamment sur l'offre de boissons alcoolisées. Faute d'une communication suffisante entre les uns et les autres, il n'y a guère de jonction entre leurs univers respectifs, et cette situation pénalise tout à la fois la politique des soins aux personnes dépendantes et la politique de prévention de l'alcoolisme. Elle favorise l'entrisme des producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées parmi les chercheurs et les thérapeutes.

PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PLACE D'ETATS GENERAUX SUR LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

J'ignore si ces états généraux peuvent permettre d'avancer dans la lutte contre l'alcoolisme.

Le terme d'états généraux m'effraie quelque peu tout à la fois

- parce qu'il semble indiquer qu'il y aurait je ne sais quel blocage dans la politique de lutte contre l'alcoolisme,
- et parce que le choix même de cette expression semble créer, pour les producteurs et les distributeurs de boissons alcooliques ou alcoolisées, une vocation à être les acteurs des d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

J'avoue donc mon scepticisme.

Cependant, ces états généraux peuvent être l'occasion

- de faire un bilan de la recherche et de l'observation sur l'alcool et en alcoologie,
- de permettre la communication entre chercheurs, thérapeutes, enseignants, journalistes, associations d'anciens malades ...
- et de sensibiliser les médias et le public à la présence et à la place de l'alcool dans la société française, à ses effets sur les individus, sur la vie sociale, sur la morbidité, sur la mortalité par cancer et par autres causes, et à sa place dans les faits divers relatés par les journaux.

Mais il est à craindre que les problèmes de la viticulture ne surgissent au premier plan, même s'ils ne peuvent être résolus au prix de je ne sais quelle pause dans le recul de la consommation d'alcool.

Et pourtant, c'est avant tout «la liberté de vivre» (Professeur Alain Claisse) qu'il convient de privilégier, conformément à la garantie constitutionnelle de protection de la santé.

Alfred Nizard

Auditions devant le COMITE DE PILOTAGE
Chargé de la rédaction du rapport prévu par les dispositions de l'article 42
de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
sur le thème «**Recherche et observation sur l'alcool et en alcoologie**»

Contribution de Alfred Nizard (INED)
(Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2 mars 2005, 14h30)

ANNEXE STATISTIQUE
SUR LA QUANTITE D'ALCOOL PUR CONSOMMEE PAR HABITANT EN 1999
EN FRANCE METROPOLITAINE
(PAR SEXE ET GRANDES CATEGORIES D'ÂGES)

Le texte de la contribution évoque la consommation d'alcool pur en France métropolitaine en 1999, pour l'ensemble des deux sexes, enfants et abstinentes compris (12,8 litres par habitant, tous âges confondus, 15,8 litres par habitant âgé de 15 ans ou plus), ainsi que pour les hommes âgé de 20 ans ou plus (27 litres). Il donne l'équivalent quotidien de ces consommations en litre de vin titrant 10° (respectivement 0,35 litre, 0,43 et 0,73).

1) Consommation d'alcool pur en France métropolitaine en 1999 par habitant (ensemble des deux sexes, tous âges confondus) : 12,8 litres d'alcool pur, équivalent à 0,35 litres de vin par jour.

Le chiffre cité pour la consommation annuelle - **12,8 litres d'alcool pur** - a pour source une publication de l'INSEE (INSEE PREMIERE, N° 966 – MAI 2004, note au bas du tableau 3, page 4).

La conversion de la **consommation** annuelle d'alcool pur en litre de vin titrant 10° par jour résulte d'une opération simple : la consommation annuelle d'alcool pur est d'abord convertie en litres de vin équivalents (12,8 multipliés par 10, soit 128), puis divisée par 365 pour calculer la quantité quotidienne équivalente (128 litres /365 = **0,35 litre**).

2) Consommation d'alcool pur en France métropolitaine en 1999 par habitant âgé de 15 ans ou plus (ensemble des deux sexes) : 15,8 litres d'alcool pur, équivalent à 0,43 litres de vin par jour.

On suppose que la consommation d'alcool est pratiquement nulle de 0 à 14 ans. Dès lors, il suffit de diviser la consommation par la proportion de personnes âgées de 15 ans ou plus dans la population pour évaluer la consommation par habitant âgé de 15 ans ou plus.

Il suffit dès lors de multiplier les chiffres relatifs à la consommation d'alcool par habitant en 1999, tous âges confondus, par le rapport
population de tous âges en 1999 / population âgée de 15 ans ou plus en 1999.

Le site internet de l'INED <http://www.ined.fr/> donne l'évaluation de la population faite par l'INSEE au 1^{er} janvier de chaque année (en cliquant sur Population en Chiffres, puis sur FRANCE, puis sur le bouton de la liste déroulante qui se trouve à gauche sous «Population de la France » métropolitaine, enfin en sélectionnant «Grands groupes d'âges» sur la liste). Apparaît alors à droite de l'écran un tableau, donnant notamment la population totale aux 1^{er} janvier 1999 et 2000 : 58 496 613 et 58 748 743 respectivement, la population moyenne en 1999 - 58 622 678 - correspondant à leur demi-somme.

Le même tableau donne la population âgée de moins de 15 ans au 1^{er} janvier 1999 et au 1^{er} janvier 2000 pour chacun des deux sexes, 5 670 252 et 5 669 666 pour le sexe masculin et 5 409 778 et 5 406 357 pour le sexe féminin.

La population moyenne âgée de moins de 15 ans en 1999 est égale à la demi-somme des quatre effectifs, soit à 11 078 026 (ensemble des deux sexes).

La population âgée de 15 ans ou plus en 1999 peut être évaluée par différence entre la population totale - 58 622 678 – et la population âgée de moins de 15 ans – 11 078 026. Elle est égale à 47 544 652.

Le rapport population de tous âges en 1999 / population âgée de 15 ans ou plus en 1999 peut être calculé : $58\,622\,678 / 47\,544\,652 = 1,233$

Consommation d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus en 1999 :

12,8 multipliés par 1,233, soit **15,8 litres.**

Consommation, exprimée en litre de vin titrant 10° par jour : 15,8x10/365, soit 0,43 litre.

3) Consommation moyenne individuelle annuelle d'alcool pur (et équivalent quotidien de vin titrant 10°) en France métropolitaine en 1999, pour l'ensemble hommes femmes et par sexe, par classe d'âges et tous âges :

- **à 20 ans ou plus :**

17 litres d'alcool pur par an (0,46 litre de vin par jour) pour l'ensemble hommes-femmes,

27 litres d'alcool pur par an (0,73 litre de vin par jour, soit une bouteille de vin par jour !) pour les hommes,

8 litres d'alcool pur par an (0,21 litre de vin par jour) pour les femmes ;

- **à 15 ans ou plus :**

16 litres d'alcool pur par an (0,43 litre de vin par jour) pour l'ensemble hommes-femmes,

25 litres d'alcool pur par an (0,68 litre de vin par jour) pour les hommes,

7 litres d'alcool pur par an (0,20 litre de vin par jour) pour les femmes ;

- **tous âges :**

13 litres d'alcool pur par an (0,35 litre de vin par jour) pour l'ensemble hommes-femmes,

20 litres d'alcool pur par an (0,55 litre de vin par jour) pour les hommes,

6 litres d'alcool pur par an (0,16 litre de vin par jour) pour les femmes ;

- **à 15-19 ans (résultats simplement indicatifs) – part réservée pour la détermination de la consommation moyenne à 20 ans ou plus - :**

6 litres d'alcool pur par an (0,16 litre de vin par jour) pour l'ensemble hommes-femmes,

8 litres d'alcool pur par an (0,21 litre de vin par jour) pour les hommes,

4 litres d'alcool pur par an (0,10 litre de vin par jour) pour les femmes.

Il convient tout d'abord d'évaluer la consommation moyenne des femmes relativement à celle des hommes. Celle-ci peut être appréhendée soit d'après les enquêtes de consommation, soit d'après les statistiques de décès liés à l'alcool. Les deux méthodes concourent à une estimation de la consommation de boissons alcoolisées par femme comprise entre 25 % et 30 % de celle des hommes vers 1999.

Les enquêtes «Baromètre santé – nutrition» 1996 et 2002 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) permettent de mesurer la consommation des femmes relativement à celle des hommes d'après les consommations déclarées. Le tableau 1 ci-dessous présente les résultats des enquêtes 1996 et 2000.

Tableau 1
Proportion de femmes et d'hommes âgés de 18 à 75 ans
ayant consommé au moins un verre dans la journée,
Nombre moyen de verres consommés
Et consommation des femmes relativement aux hommes
D'après les enquêtes Baromètre santé – nutrition 1996 et 2002 de l'INPES

Année	% de personnes âgées de 18 à 75 ans ayant consommé au moins une boisson alcoolisée dans la journée		Nombre moyen de verres bus dans la journée	
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES
1996	32,2%	57,7%	2	3,8
2002	27,3%	52,1%	2	3,4
	Nombres moyens de verres bus dans la journée, rapportés à l'ensemble "buveurs et non buveurs"		Nombre de verres bus par les femmes relativement aux hommes (%)	
	FEMMES	HOMMES		
1996	0,644	2,1926	29,4%	
2002	0,546	1,7714	30,8%	

Les enquêtes «Baromètre santé – nutrition» font apparaître que le nombre moyen de verres bus par femme, non buveuses comprises, est dans une proportion de quelque 30 % relativement au nombre moyen de verres bus par homme, non buveurs compris (29,4 % en 1996, 30,8 % en 2002, 30 % en 1999 par interpolation).

A vrai dire, les enquêtes de consommation de boissons alcoolisées souffrent d'une sous-déclaration du nombre de verres bus, et cette sous-déclaration est proportionnellement d'autant plus grande que le nombre de verres bus est plus élevé. Il en résulte une sous-déclaration relative de la consommation des hommes, et conséquemment une surestimation de la consommation relative des femmes. Parallèlement, une sous-déclaration spécifiquement féminine a un effet opposé (sous-estimation de la consommation relative des femmes). Au total, **le nombre moyen de verres bus par femme pourrait être dans une proportion légèrement inférieure à 30 % relativement au nombre moyen de verres bus par homme.**

Les statistiques de décès suivant la cause donnent une mesure de la mortalité d'origine alcoolique des hommes et des femmes. Celle-ci nous permet d'appréhender le rapport entre les proportions de buveurs excessifs de chaque sexe, mais on peut en déduire la consommation des femmes relativement à celle des hommes en raison de la covariation de la mortalité alcoolique avec la consommation moyenne. Le tableau 2 rassemble les données sur la mortalité par cirrhose et par les causes avec mention d'alcool en France métropolitaine en 1999 (page suivante).

Pour le calcul des taux, les décès sont rapportés à la population moyenne âgée de 20 ans ou plus en 1999 parce qu'il n'y a pratiquement pas de décès par cirrhose ou avec mention d'alcool avant 20 ans.

La mortalité des femmes par cirrhose sans mention d'alcool est deux fois moindre que celle des hommes (50 %). Quant à la mortalité des femmes par cirrhose alcoolique, elle serait égale à 36 % de celle des hommes. En fait, en raison même de l'importance des cirrhoses alcooliques en France, l'alcool est très souvent suspecté en cas de cirrhose. Il en résulte certainement des mentions d'alcool indues faites par les médecins certificateurs. Les omissions de mention d'alcool coexistent d'ailleurs avec les mentions indues. Autre source de confusion : les cirrhoses d'étiologie non alcoolique (d'origine virale par exemple) pour lesquelles l'alcool n'est qu'un co-facteur. Ces phénomènes tendent à rapprocher

- le rapport du taux féminin au taux masculin de mortalité par cirrhose alcoolique,
- et le rapport du taux féminin au taux masculin de mortalité par cirrhose sans mention d'alcool.

Le rapport de 36 % du taux féminin au taux masculin de mortalité par cirrhose alcoolique reflète d'autant moins, quant à la consommation d'alcool, la situation des femmes relativement à celle des hommes, qu'à quantité égale, l'alcool est plus nocif pour la femme que pour l'homme. La cirrhose du foie alcoolique, en particulier, survient chez la femme après une plus courte période d'intoxication et elle a une évolution plus rapidement défavorable. Même si l'omission de la mention d'alcool par les médecins certificateurs est plus fréquente pour les décès de femmes, la mortalité par cirrhose alcoolique ne suggère pas une consommation féminine d'alcool égale à 36 % de la consommation masculine, mais plutôt une consommation féminine inférieure à 30 %.

La mortalité par autres causes spécifiées alcooliques et par les autres décès avec mention d'alcool révèle un rapport des mortalités femmes/hommes inférieur à 25 % ou même à 20 %. La plus ample sous-déclaration de l'alcool pour les décès de femmes minore ce rapport, tandis que la plus grande sensibilité des femmes à l'alcool a pour effet de majorer la mortalité féminine liée à l'alcool relativement à la consommation d'alcool. Au total, ces chiffres suggèrent, quant à la proportion de buveurs excessifs pour chacun des deux sexes, un rapport femmes/hommes de l'ordre de 25 %, et par extension, un rapport de 25 % pour la consommation des femmes relativement à celle des hommes.

Le rapport de 25 %, suggéré par les statistiques de causes de décès de l'année 1999, ne se rapporte pas à l'année 1999, mais à une période de 10 ou 15 ans se terminant en 1999. Aussi, a-t-on supposé finalement que le rapport de la consommation moyenne d'alcool des femmes à celle des hommes est de

- 1/3 ou 33,3 % sous l'hypothèse d'une consommation féminine très élevée,
- 1/3,5 ou 28,6 % sous l'hypothèse d'une consommation féminine médiane,
- 1/4 ou 25 % sous l'hypothèse d'une consommation féminine moindre.

Tableau 2
 Nombre de décès et taux de mortalité
 par cirrhose du foie et par causes avec mention d'alcool
 en France métropolitaine en 1999

Cause de décès ou population	S. MASCULIN	S. FEMININ
	Décès	
Cirrhose et maladies chroniques du foie sans mention d'alcool	2 072	1 126
Cirrhose alcoolique du foie	4 333	1 723
Autres causes principales de décès spécifiées alcooliques	2 361	609
Autres décès avec mention d'alcool	8 016	1 619
Population moyenne âgée de 20 ans ou plus en 1999	20 787 786	22 818 613
	Taux pour 100 000 habitants âgés de 20 ans ou plus	
Cirrhose et maladies chroniques du foie sans mention d'alcool	9,97	4,93
Cirrhose alcoolique du foie	20,84	7,55
Autres causes principales de décès spécifiées alcooliques	11,36	2,67
Autres décès avec mention d'alcool	38,56	7,10
	Rapport du taux des femmes au taux des hommes	
Cirrhose et maladies chroniques du foie sans mention d'alcool	0,495	
Cirrhose alcoolique du foie	0,362	
Autres causes principales de décès spécifiées alcooliques	0,235	
Autres décès avec mention d'alcool	0,184	
Sources - Décès par cause : CépiDc-INSERM (d'après le fichier des enregistrements individuels de décès communiqué par le CépiDc-INSERM à l'Unité de recherche Mortalité, santé, épidémiologie de l'INED). On trouvera également des données sur les causes de décès en 1999 sur les sites internet du CépiDc-INSERM http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/ et de la base sur les causes de décès depuis 1950 http://www-deces.ined.fr/1999/		
- Population moyenne âgée de 20 ans ou plus en 1999 : INSEE, d'après le site internet de l'INED http://www.ined.fr/ , qui donne l'évaluation de la population faite par l'INSEE au 1er janvier de chaque année suivant les Grands groupes d'âges (cf, texte ci-dessus). La population âgée de 20 ans ou plus par sexe en 1999 est la demi-somme, pour chaque sexe, des populations des groupes d'âges "de 20 à 59 ans" et "60 ans et +" au 1er janvier 1999 et au 1er janvier 2000.		

Les enquêtes de l'INPES citées ci-dessus se rapportent à la population âgée de 18 à 75 ans et les statistiques de mortalité à la population âgée de 20 ans ou plus. On a retenu ce dernier groupe d'âges pour les trois hypothèses. On associe à chaque hypothèse une consommation relative des jeunes hommes âgés de 15 à 19 ans, supposée être égale à la consommation moyenne des femmes âgées de 20 ans ou plus, et une consommation des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, supposée être égale à la moitié de la consommation moyenne des femmes âgées de 20 ans ou plus.

Le tableau 3 ci-dessous rend compte de la consommation d'alcool moyenne annuelle des hommes et des femmes, ainsi que de l'ensemble hommes-femmes, sous les trois hypothèses, pour les diverses classes d'âges : 15-19 ans, 20 ans et plus, 15 ans et plus, tous âges. A la consommation annuelle moyenne en litres d'alcool pur de chaque catégorie de la population est associée à sa conversion en consommation quotidienne moyenne en litre de vin titrant 10° (entre parenthèses).

Tableau 3
 Consommation moyenne des hommes et des femmes
 âgés de 20 ans ou plus, et de 15 à 19 ans
 en 1999 en France métropolitaine
 (sur la base d'une consommation moyenne de 12,8 litres d'alcool pur
 par habitant et par an, sans distinction de sexe ni d'âge)

Sexe et groupe d'âge	Population moyenne en 1999	Consommation moyenne relativement à l'homme âgé de 20 ans ou plus		
		1ère hypothèse	2ème hypothèse	3ème hypothèse
HOMMES				
15-19 ans	2 012 037	1/4 (25 %)	1/3,5 (28,6 %)	1/3 (33,3 %)
20 ans ou plus	20 787 786	1 (100 %)	1 (100 %)	1 (100 %)
15 ans ou plus	22 799 822			
Tous âges	28 469 781			
FEMMES				
15-19 ans	1 926 217	1/8 (12,5 %)	1/7 (14,3 %)	1/6 (16,7 %)
20 ans ou plus	22 818 613	1/4 (25 %)	1/3,5 (28,6 %)	1/3 (33,3 %)
15 ans ou plus	24 744 830			
Tous âges	30 152 897			
ENSEMBLE H + F				
15-19 ans	3 938 253			
20 ans ou plus	43 606 399			
15 ans ou plus	47 544 652			
Tous âges	58 622 678			
Sexe et groupe d'âge	Population moyenne en 1999	Consommation moyenne annuelle en litres d'alcool pur par an et (consommation moyenne quotidienne en litre de vin titrant 10°)		
		1ère hypothèse	2ème hypothèse	3ème hypothèse
HOMMES				
15-19 ans	2 012 037	6,9 (0,19)	7,6 (0,21)	8,5 (0,23)
20 ans ou plus	20 787 786	27,6 (0,75)	26,6 (0,73)	25,5 (0,70)
15 ans ou plus	22 799 822	25,7 (0,70)	25,0 (0,68)	24,0 (0,66)
Tous âges	28 469 781	20,6 (0,56)	20,0 (0,55)	19,2 (0,53)
FEMMES				
15-19 ans	1 926 217	3,4 (0,09)	3,8 (0,10)	4,3 (0,12)
20 ans ou plus	22 818 613	6,9 (0,19)	7,6 (0,21)	8,5 (0,23)
15 ans ou plus	24 744 830	6,6 (0,18)	7,3 (0,20)	8,2 (0,22)
Tous âges	30 152 897	5,4 (0,15)	6,0 (0,16)	6,7 (0,18)
ENSEMBLE H + F				
15-19 ans	3 938 253	5,2 (0,14)	5,8 (0,16)	6,4 (0,18)
20 ans ou plus	43 606 399	16,7 (0,46)	16,7 (0,46)	16,6 (0,46)
15 ans ou plus	47 544 652	15,8 (0,43)	15,8 (0,43)	15,8 (0,43)
Tous âges	58 622 678	12,8 (0,35)	12,8 (0,35)	12,8 (0,35)

Les effectifs de population moyenne en 1999 ont la source désignée ci-dessus (Evaluations de l'INSEE reproduites sur le site internet de l'INED). Le haut du tableau 3 rappelle les trois jeux d'hypothèses. La partie basse du tableau 3 donne les résultats.

On a d'abord calculé la consommation moyenne des hommes âgés de 20 ans ou plus en rapportant le produit de la consommation moyenne sans distinction de sexe ni d'âge (12,8 litres d'alcool pur en 1999) par la population totale tous âges (58 622 678) à un ensemble composé de chacune des parties de la population totale : femmes de 15-19 ans, hommes de 15-19 ans, femmes de 20 ans ou plus, hommes de 20 ans ou plus, un coefficient étant appliqué à chaque partie de la population totale correspondant à la consommation individuelle moyenne relativement à la consommation individuelle moyenne des hommes âgés de 20 ans ou plus. La population de 0-14 ans est évidemment comprise dans la population totale tous âges, mais elle ne figure pas parmi les catégories d'âges distinguées parce que sa consommation est supposée nulle (coefficient égal à 0)].

L'évaluation de la consommation moyenne des hommes âgés de 20 ans ou plus a permis, par la simple application des hypothèses, de déterminer la consommation moyenne des femmes âgées de 15-19 ans et de 20 ans ou plus, et des hommes âgés de 15-19 ans. On a ensuite calculé la consommation à 15 ans ou plus et tous âges par sexe et pour l'ensemble hommes-femmes en faisant simplement des moyennes pondérées. On a ainsi retrouvé, au terme de ce parcours, la consommation moyenne hommes-femmes, tous âges, égale à 12,8 litres d'alcool pur (sous les trois jeux d'hypothèses).

L'attribution d'une consommation moyenne par sexe à 15-19 ans – relativement à la consommation moyenne des hommes âgés de 20 ans ou plus - a été utile pour déterminer la consommation moyenne par sexe et pour l'ensemble hommes-femmes à 20 ans ou plus, à 15 ans ou plus et tous âges.

Quant à la conversion de la consommation moyenne annuelle en litres d'alcool pur en litre de vin titrant 10° par jour, elle résulte simplement de la multiplication par 10 de la consommation moyenne annuelle, puis de sa division par 365.

Les résultats relatifs aux jeunes hommes et jeunes filles âgés de 15 à 19 ans (respectivement 7 à 8,5 litres et 3 à 4 litres d'alcool pur par an, équivalant à 20 et à 10-12 centilitres de vin par jour) ne sont qu'indicatifs, encore qu'ils paraissent plutôt hauts, et même très hauts (surestimation vraisemblable de la consommation d'alcool à 15-19 ans).

En revanche, les autres résultats, relatifs aux hommes, aux femmes et à l'ensemble hommes-femmes âgés de 20 ans ou plus, de 15 ans ou plus et tous âges sont tout à fait robustes et fiables (cf. partie basse du tableau 3, page 6, et, pour les résultats de l'hypothèse centrale, page 2).

Aucun doute n'est possible : **en 1999, la consommation moyenne par habitant s'est bien élevée à 13 litres d'alcool pur** (précisément 12,8 litres), équivalents à **0,35 litre de vin par jour**, nourrissons, enfants et abstinents compris : celle du **sexe masculin à 20 litres d'alcool pur (0,55 litre de vin par jour)**, celle du **sexe féminin à 6 litres d'alcool pur (0,16 litre de vin par jour)**.

En réservant la part de la consommation de boissons alcoolisées à 15-19 ans, la consommation moyenne par habitant âgé de **20 ans ou plus s'est bien élevée à 17 litres d'alcool pur (0,35 litre de vin par jour) :**

- celle de l'homme âgé de **20 ans ou plus, à 27 litres d'alcool pur (0,73 litre de vin par jour) ;**
- celle de la femme âgée de **20 ans ou plus, à 6 litres d'alcool pur (0,16 litre de vin par jour).**

La consommation moyenne est bien excessive en France.

Audition en vue de la préparation des Etats généraux

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Quelle est la situation en matière d'observation ?

1. Consommations

On dispose aujourd'hui de sources assez nombreuses permettant d'observer les consommations d'alcool. Des problèmes subsistent cependant pour le repérage des consommations problématiques, de l'alcoolisme dépendance à l'usage nocif ou l'usage à risque.

Indicateur de quantités d'alcool pur consommées

- Le problème pour ces chiffres calculés à partir de données sur la taxation des ventes d'alcool tenait à la multiplicité des sources (gr IDA, Insee, OMS, World Drink Trend) et à l'irrégularité de la production de ces données.
- Pour renseigner l'indicateur sélectionné dans le cadre de la loi de santé publique, l'OFDT en liaison avec le groupe IDA et l'Insee a entrepris de rapprocher les modes de calcul de cet indicateur et de fournir un chiffre unique tous les ans.

Indicateurs de consommations déclarées dans les enquêtes en population générale

- Le système est désormais bien développé en France (enquêtes annuelles auprès des jeunes, enquêtes fréquentes auprès des adultes)
- Il y a eu des efforts pour une stabilisation des questions permettant une bonne comparabilité dans le temps (ex : ESCAPAD depuis 2000)
- Comparabilité internationale : bonne pour les jeunes, à améliorer pour les enquêtes auprès des adultes
- Les échantillons des enquêtes en population générale adultes et adolescente sont désormais suffisamment grands pour autoriser des exploitations régionales
- Malgré des améliorations dans le screening des usages problématiques, ce point reste à améliorer en envisageant à terme le recours à des outils standardisés validés internationalement, tels que l'AUDIT
- Une description plus fine des occasions de boire (notamment au travail) pourrait faire l'objet de modules spécifiques dans les enquêtes

2. Effets sanitaires

Fort investissement nécessaire sur les indicateurs de mortalité

Indicateurs de mortalité :

Méthodes de calcul de la mortalité liée à l'alcool à revoir

- Le chiffre toujours cité d'environ 45 000 décès liés à l'alcool provient de calculs réalisés à partir de fractions attribuables déterminées par Catherine Hill en s'appuyant sur des études maintenant un peu anciennes (début des années 1980 au plus tard). Ce mode de calcul a été remis en cause par C. Hill elle-même. Une réflexion pilotée par l'InVS est actuellement en cours pour renouveler ces données.

Mortalité par cirrhoses :

- Il faut pouvoir prendre en compte l'impact des hépatites C sur les décès par cirrhose et distinguer les décès par cirrhose alcoolique, par cirrhose virale et les décès pour lesquels les deux facteurs sont en cause.

Morbidité

- Le Pmsi est la principale source disponible et ses limites sont bien connues (outil médico économique et non épidémiologique ; les diagnostics associés de troubles du comportement liés à l'alcool ne jouant pas dans le classement du séjour seront mal renseignés). Ces données permettent néanmoins de connaître le nombre de jours d'hospitalisation pour des pathologies « traceuses » comme les cirrhoses ou les cancers des VADS.
- En dehors du PMSI on dispose des données des registres des cancers sur les cancers des VADS et du foie qui sont cependant des indicateurs imparfaits, les deux types de cancer n'étant pas uniquement liés à la consommation d'alcool
- On peut mentionner le manque de connaissance épidémiologique concernant le SAF (mais enquête en projet)
- On peut également mentionner le manque de données sur l'impact sur la santé des consommations abusives irrégulières

3. Effets sociaux/délinquances

Manque de données récentes disponibles sur ces sujets.

Délinquances/violences

- Données ponctuelles, manque de suivi
- L'OFDT s'efforce de faire prendre en compte cette problématique dans les travaux de l'Observatoire National de la Délinquance (introduction de questions sur l'implication de l'alcool dans les enquêtes de victimation)

Accidents

- **Route** : des outils existent pour l'observation de l'implication de l'alcool dans les accidents de la route ; les données réunies dans le cadre de l'étude SAM permettront d'améliorer les connaissances quant à l'implication de l'alcool
- **Domestiques** : manque patent de données sur cette question depuis l'enquête du HCEIA (personnes avec traumatismes vus dans plusieurs services d'urgence) qui remonte au début des années 1980 ; l'enjeu en terme de santé publique paraît pourtant important ; travail à entreprendre en collaboration avec l'InVS
- **Travail** : manque de données ; l'OFDT propose d'introduire des questions sur la consommation d'alcool dans l'enquête sur les conditions de travail de l'Insee (exploitée par la DARES)

4. Recours aux soins (pour un problème de consommation d'alcool)

- L'OFDT met actuellement en place un système de recueil d'information sur les prises en charge dans les structures spécialisées CSST et CCAA
- Les prises en charge à l'hôpital et en médecine de ville ne sont qu'imparfaitement décrites à partir du PMSI et des enquêtes de l'Inpes (Baromètre Santé médecins). Cette question doit être creusée.

5. Effectivité de la réglementation : à faire

Propositions

- un état des lieux sur les indicateurs de consommation et ses effets sanitaires et sociaux
- un état des lieux sur l'application de la réglementation
- une étude prospective : comment d'autres pays ont construit une stratégie alcool

**Séance « Prise en charge et soins des buveurs excessifs »
du 9 mars 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Eléments introductifs – DHOS

Contribution FEHAP

Contribution ANPAA

Contribution FNESAA

Contribution SFA

Contribution SFMG

Séance « Prise en charge et soins des buveurs excessifs »

Personnes auditionnées

Réunion du 9 mars 2005

Philippe BATEL – Association française des Equipes de liaison et de soins en addictologie

Michel CRAPLET – Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Thierry DANIEL – Société française d'alcoologie

Martine DAOUST - Société française d'alcoologie

Patrick ELINEAU - Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Maguy JEANFRANCOIS – Ministère des solidarités, de la santé et de la famille/Direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Dr. Olivier KANDEL – Société française de médecine générale (contribution écrite)

Jacques MARESCAUX- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif

Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en alcoologie
(Contribution écrite)

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société

Bureau des pratiques addictives

Personne chargée du dossier

Nadège LAROCLETTE

Dr Dominique MARTIN

N° 5 - 1 8 9

Tél. : 01 40 56 51 62/54 68

Fax : 01 40 56 40 44

Mail : nadege.larochette@sante.gouv.fr

dominique.martin@sante.gouv.fr

Paris, le 15 MAR. 2005

**COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT
SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"**

**Auditions du 9 mars 2005 sur la thématique
« Prise en charge et soins des buveurs excessifs »**

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Mireille Wuillaume (Direction de la sécurité sociale), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Ruth Gozlan (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Pierre Arwidson (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Jacques Marescaux (représentant FEHAP), Martine Daoust et Thierry Danel (SFA), Michel Craplet et Patrick Elineau (ANPAA), Philippe Batel (ELSA), Bernard Basset - Pascal Mélihan-Cheinin - Nadège Larochette - Dominique Martin (Direction générale de la santé – Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Emmanuelle Double (DGDDI - Bureau F3), Christine Kerneur (Ministère de l'Education nationale - DESCO), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Frédéric Delpont (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Marianne Storogenko (Direction générale de l'action sociale), Chantal Cases (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Les invités suivants ont été excusés et transmettront une contribution écrite ou participeront à une autre réunion : Dr Kaplan (Société française de Médecine générale), Patrick Fouilland (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie / F3A), David Causse (Fédération hospitalière de France), Philippe Michaud (Boire moins c'est mieux)

En introduction, Mme Jeandet-Mengual, Présidente du comité de pilotage, rappelle le contexte de cette réunion et présente les modalités de l'élaboration du rapport prévu dans par l'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ainsi que les thèmes des auditions prévues. La réunion de ce jour a ainsi pour objet de procéder aux auditions de plusieurs institutions sur le thème « Prise en charge et soins des buveurs excessifs ». La Direction des hôpitaux a présenté la situation actuelle de la prise en charge ambulatoire et hospitalière.

Dans un premier temps, les auditionnés ont exposé leur position sur la situation actuelle, en France, de cette thématique (cf. : documents ci-joints). Plusieurs éléments font consensus :

- les intervenants ont unanimement pris position pour réfuter les termes de "buveurs excessifs" utilisés pour qualifier la thématique de ce jour ou de "lutte contre l'alcoolisme" inscrits dans le texte de loi tout en

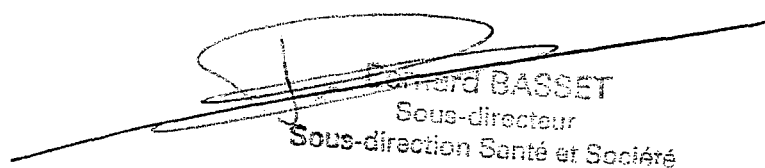
reconnaissant les difficultés sémantiques propres au discours sur l'alcool et ses conséquences. Ils ont rappelé l'importance du continuum dans les consommations, les problèmes et les prises en charge ;

- malgré son importance, le dispositif de prise en charge est considéré comme complexe, segmenté et peu visible. Il nécessite un renforcement, en particulier dans certains domaines comme la prise en charge des enfants atteints d'alcoolisation fœtale ;
- un travail, actuellement en cours avec la collaboration de la DHOS, la FHF et la mission PMSI, sur l'analyse de la filière de soins devrait permettre d'apporter des éléments concrets dans la visibilité et l'amélioration de la qualité du dispositif ;
- la formation des intervenants pose un problème grave car ne s'appuie que sur les diplômés d'université (DU) et le DESC d'addictologie ouvert aux seuls spécialistes d'autres disciplines. La spécialité d'alcoologie n'est pas reconnue en tant que telle et cela permet à des intervenants non qualifiés de proposer des formations sans aucune garantie de qualité et de validité.

La deuxième partie de la réunion a été consacrée à la discussion sur l'opportunité de la mise en place d'états généraux consacrés à la "lutte contre l'alcoolisme" et les opinions sur ce sujet sont assez tranchées :

- la plupart des intervenants approuvent l'idée d'un débat citoyen mais doutent de sa capacité à faire évoluer les représentations sociales ou à renforcer le dispositif de prise en charge ;
- certains considèrent que ces états généraux n'apporteraient rien de plus que les rapports d'expertises déjà existants et ne feraient qu'apporter davantage de confusion ;
- d'autres ont une idée assez concrète de la réalisation de ces débats qui, selon eux, devraient même être renouvelés périodiquement, être inscrits dans une politique de communication au long cours et soutenus par une très forte médiatisation.

En conclusion, la Direction de la Sécurité sociale a rappelé que les perspectives d'évolution de la démographie médicale (280 médecins pour 100 000 habitants en 2025 soit un niveau comparable à celui de 1985), doivent amener à reconsidérer la place du médecin dans le système de soins ainsi que la qualification des intervenants.


Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Société

ETATS GENERAUX ALCOOL

PRISE EN CHARGE ET SOINS DES BUVEURS EXCESSIFS

3° SEANCE 9 MARS 2005

METHODOLOGIE

9 THEMES D'AUDITION

- Recherche et observation
- Prise en charge et soins des buveurs excessifs
- Accompagnement des anciens buveurs et leurs familles
- Prévention
- Production de l'alcool
- Distribution de l'alcool
- Alcool, travail et emploi
- Alcool, violences- délits et respect de la loi
- Alcool et territoire

2 QUESTIONS:

- votre avis sur la thématique
- vos propositions sur la mise en place des EGA

PLAN

1. Rappel du poids de l'alcool dans la morbidité et la mortalité
2. Le dispositif de prise en charge
3. Le système d'information: la connaissance du dispositif
4. Le constat du dispositif de prise en charge - Les recommandations

PRINCIPES DIRECTEURS

DES STRATEGIES ALCOOL DGS/DHOS

- l'Accès aux soins et à la prise en charge
- la Qualité des soins et de la prise en charge
- la Continuité des soins et de la prise en charge
- Attention particulière aux populations les plus démunies et vulnérables (femmes enceintes)

POIDS DE L'ALCOOL DANS LA MOBIDITE MORTALITE

- Français: 6° consommateur au monde (moyenne 10,7 litres/hbt/an)
- 45.000 décès /an attribuable à l'alcool/ 2° cause mortabilité évitable
- 1/3 décès sur la route
- 1/4 recours au système de soins
- Coût social > tabac + drogues
- 1,5 à 2 millions de personnes dépendantes
- 3 à 3 millions ont une consommation excessive « à risque »
- Populations vulnérables:** 1/4 personnes incarcérées alcoolodépendante
Femmes enceintes (SAF)

LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE

3 secteurs, destinés à être complémentaires

A) DISPOSITIF AMBULATOIRE DE VILLE

- B) DISPOSITIF AMBULATOIRE SPECIALISE: (mis en place 1970)
- Comités départementaux de prévention (CDAPA)
- Centres de Cures Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)

C) DISPOSITIF HOSPITALIER plus éclaté et disparate

- Consultations hospitalières
- Lits dédiés à l'alcoologie (services d'alcoologie, médecine interne, gastroentérologie, psychiatrie....)
- Services Soins de Suite et réadaptation (SSR)
- ELSA

SYSTEME D'INFORMATION RECENSEMENT - ACTIVITES

1. **LE DISPOSITIF SPECIALISE:** OFDT
Recensement des structures + rapport annuel d'activité

2. **LE DISPOSITIF HOSPITALIER:** FINES, SAE
- Recensement très fragmentaire et incomplet +++
- Bilan annuel d'activité: uniquement ELSA

POUR LES DEUX DISPOSITIFS

Remontées d'information non exhaustives, retardées dans le temps

ANNUAIRE DE LA SFA : Recensement des structures alcool
serait la plus complète et la plus à jour : annuelle (Version) 2004

LE DISPOSITIF ACTUEL DE PRISE EN CHARGE - ACTIONS A ENTREPRENDRE

I) **ORGANISATIONNEL:**

a) *Mission* des trois secteurs clairement défini (qui fait quoi ?)

- complémentarité

- éviter ruptures de prise en charge

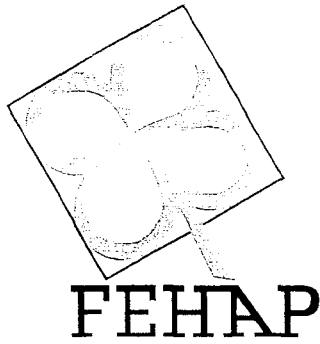
b) meilleure connaissance du « *Parcours* » du patient (à chaque étape,
quelle est la meilleure structure ou intervenant ?)

II) **SYSTEME D'INFORMATION:** Nb structures - Activités

III) **FORMATION:** surtout *Personnel non médical*

IV) **OUTILS:** *Recommandations de bonnes pratiques (RBP)*

- *Pour la médecine ambulatoire: Repérage précoce et interventions
brève (RPIB)*



Paris, le 19 avril 2005



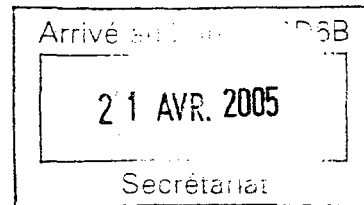
Docteur Dominique Martin
Conseiller technique
Direction générale de la santé
Sous direction santé et société
Bureau des pratiques addictives
14 Avenue Duquesne

75007 PARIS

Handwritten initials and a signature.

N/Réf : 2005-60 vcl/aj/nm

Objet : *Prise en charge et soins des buveurs excessifs*



Madame,

Suite à votre courrier en date du 24 février 2005, vous trouverez ci-dessous quelques éléments de réflexion sur la prise en charge et les soins des buveurs excessifs, et notamment sur les deux questions posées : quelle est la situation actuelle sur ce thème et quelles sont nos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

Par ailleurs, la FEHAP, représentée par Monsieur Jacques Marescaux, directeur de l'Association l'Elan retrouvé, a évoqué les premières observations issues du terrain à l'occasion de son audition le 9 mars dernier.

Après avoir contacté des centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA) et des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) adhérents de la FEHAP, nous faisons le constat suivant :

A titre liminaire, nous souhaitons rappeler que les établissements FEHAP interviennent aussi bien dans le dispositif ambulatoire que dans le dispositif hospitalier en cure ou en post cure, et également en psychiatrie.

Les CCAA apportent soins et aide psychosociale à trois types de population :

- les buveurs présentant une consommation excessive ou nocive à l'alcool
- les buveurs dépendant de l'alcool
- leur entourage.

Quant aux CHRS, ils constatent que les 2/3 des résidents rencontrent des difficultés avec l'alcool. Les traitements les plus efficaces sont les cures et postcures, alors que les prises en charge en ambulatoire s'avèrent plus aléatoires.

Les centres de cure proposent également des formations en alcoologie et addictologie et des soutiens techniques en alcoologie et addictologie aux professionnels des champs sanitaires et médico-social.



Bien que ce dispositif bénéficie d'un meilleur soutien de la part de la Direction générale de la santé, il est très inégalement réparti sur le territoire. La mise en place d'un CCAA pour 100 000 habitants sur tout le territoire¹ avec 4 ETP à disposition (1 ETP médical, 1 ETP secrétariat, 2 ETP paramédical et/ou social) est loin d'être atteint.

A noter que l'approche addictologique de l'alcoolisme et la prise en compte des autres addictions par produit (tabac, cannabis, drogues illicites) et/ou par comportement (troubles du comportement alimentaire...) est laissée à l'initiative des acteurs et ne bénéficie plus d'un soutien politique porteur tant au niveau des consommateurs que des acteurs du soin et de l'aide psychosociale.

Les problèmes budgétaires rencontrés par les établissements et services existant de longue date remettent en question leur pérennité. S'agissant de la prise en charge des suites de soins, des besoins en termes de moyens et de formation (des personnels socio-éducatifs) se font ressentir.

Les CHRS souhaiteraient notamment que les travailleurs sociaux soient formés à l'alcoologie et à l'addictologie dans la prise en charge des usagers.

La mise en place d'états généraux ne sera utile, dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme, que si ces derniers sont les éléments d'une stratégie de communication à long terme à l'égard du grand public. Pour plus d'impact, les médias doivent être intégrés dans des comités de pilotage aux niveaux national et régional.

Pour conclure, nos centres de cures ambulatoires en alcoologie font les propositions suivantes:

- réalisation de l'objectif : 1 CCAA pour 100 000 habitants
- développement de l'approche addictologique, et pas seulement alcoologique
- participation des représentants des acteurs du soin et de l'aide psychosociale à l'évaluation du dispositif et de ses actions, notamment sur le plan épidémiologique d'une part et d'autre part à l'évolution du dispositif sur le plan organisationnel
- financement des réseaux de santé et des réseaux de soin en alcoologie et addictologie, indispensable pour une politique transdisciplinaire.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, je vous prie de croire, Monsieur, à l'expression de ma considération distinguée.

Véronique COVIN LEROUX,
Directeur du Secteur Personnes Handicapées,
en Difficulté Sociale et Petite Enfance.

¹ Propositions du rapport des professeurs Reynaud et Parquet « *les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif et dépendance* », 1998.

Etats généraux de lutte contre l'alcoolisme

Texte de référence

Loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 42 : « Le Gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme ».

Audition de l'ensemble des acteurs concernés par ce sujet par un comité de pilotage placé sous la présidence de l'inspection générale des affaires sociales.

Thème retenu : « Prise en charge et soins des buveurs excessifs », particulièrement répondre aux deux questions suivantes :

- 1- Quelle est la situation actuelle sur ce thème ?
- 2- Quelles sont vos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ?

En préalable, nécessité de rappeler que le terme « buveurs excessifs et alcoolisme » sont des termes d'un autre âge qui vont à l'encontre des différents concepts préconisés par les conférences de consensus, particulièrement sur la notion d'usage – mésusage. Egalement, il est préférable d'employer la notion d'accompagnement à celle de prise en charge.

1- Quelle est la situation actuelle sur ce thème ?

Pour ne pas en rester à un état des lieux portant sur l'organisation et le financement des politiques publiques de santé ainsi que les statistiques (dont des éléments importants sont indiqués dans des textes et des rapports parus depuis 2003), et pour ne pas faire de redite avec les orientations nationales définies par l'Etat, l'A.N.P.A.A souhaite fortement que ces Etats Généraux :

Ne soient pas :

- Une énième rencontre entre experts de l'alcoologie et institutionnels chargés de cette question – Eviter absolument de donner à ces Etats généraux une dimension « technocratique »
- Une approche par produit
- Une approche qui distingue la prévention, le soin et l'intervention sociale

Doivent être :

- L'occasion de donner la parole à la société civile sur la base de la démocratie participative
- Que la réflexion issue de cette vaste prise de parole de la société civile donne lieu à des propositions concrètes d'amélioration du système de soin et de la prévention particulièrement à l'attention des représentants du pouvoir législatif et exécutif
- Un moyen pour expliquer concrètement les comportements de consommation
- Une force de propositions inscrites dans le continuum prévention, soins et intervention sociale

2-Quelles sont vos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ?

Propositions organisationnelles

En préalable, l'organisation d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme doit être inscrite dans la loi.

Périodicité :

Inscrire ces états généraux dans le temps, en les proposant avec une périodicité régulière.

Tous les cinq ans semble pertinent car cela permettrait d'alimenter et d'aider à préparer le rapport d'objectif de santé publique, les travaux de la conférence nationale de santé ou encore, la rédaction du plan MILDT.

Modalité de mise en œuvre :

Etats généraux régionaux : élaborer un « livre blanc de la lutte contre l'alcoolisme » :

- un état des besoins des malades et des professionnels, en étant à leur écoute :
 - en prévention,
 - en accompagnement (soins, insertion, ...),
 - et en termes économiques (des alcooliers responsables, ...).
 - des propositions concrètes et opérationnelles pour faire évoluer la législation, les représentations, etc.

Synthèse nationale :

Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme dans une grande ville (pas forcément Paris / ville « tournante ») à partir de la consolidation des livres blancs régionaux. Abouti à des propositions concrètes assorties d'un calendrier de mise en œuvre (délais maxi de 5 ans).

Modalité de recueil des avis :

- Forum sur Internet : création d'un site Internet dévolue à ces états généraux, ou d'une page sur le site Internet du ministère de la santé
- Lancement d'un recueil d'avis auprès de la population ciblée. Ce recueil d'opinion peut prendre plusieurs formes :
 - -questionnaires papier, (diffusion via les différents réseaux : associations d'étudiants, de quartiers, associations « généralistes », hôpitaux, médecins de ville, du travail, CPAM, Mutuelles, Jeunesse et Sports...)
 - -Utiliser les nouveaux moyens techniques comme par exemple les SMS à destination des jeunes (à organiser avec les opérateurs téléphoniques et les radios FM)
 - -nomination au niveau des régions « d'animateurs » qui pourraient être en charge du recueil d'avis auprès de groupe de parole, au cours de colloque, assemblée générale.
 - -Rencontre sur une ou plusieurs journées dans les palais des congrès régionaux.

Médiatisation de ces Etats généraux :

Avoir des « parrains » sensibilisés à la lutte contre l'alcoolisme.

Mettre en place un évènement le jour de la restitution de la synthèse nationale.

Accompagner la mise en place des états généraux régionaux dans la presse. Acheter des encarts publicitaires qui annoncent les états régionaux, nationaux.

Coordination

- -Coordination nationale avec un comité de pilotage mixte associatif / étatique / collectivités territoriales
- -Coordination régionale autour du coordonnateur régional MILDT ou DRASS ou GRSP

Participants

Objectifs : être à l'écoute des professionnels et des malades

- -Associations du champ de l'addictologie : SFA, A.N.P.A.A., F3A, ELSA, FNSEAA (post-cure), ANIT.
- -Associations d'anciens malades : Alcooliques Anonymes, Croix bleue, Croix d'or... ; les familles des malades en s'appuyant sur les structures de soins, de post-cure...
- -Associations dans le champ de la santé et précarité comme la Ligue contre le Cancer, Médecins du Monde, Emmaüs...
- -Associations du champ social comme la FNARS... (il faudrait faire jouer le réseau ALERTE, le réseau UNIOPSS...)
- -Les professionnels de la santé (Médecins du travail, travailleurs sociaux, etc.)

Suggestions de thématiques à aborder à l'occasion de ces Etats généraux

Les réflexions relatives aux champs de la prévention, du soin et de l'accompagnement social devraient porter sur :

Thèmes que nous suggérons :

Alcool et soins :

Sous thèmes possibles :

- l'usager : acteur de sa santé (moyens à donner aux usagers pour être partie prenante des prestations proposées)
- repérage précoce et intervention brève (alcool, tabac, cannabis)
- l'amélioration de la qualité de vie des malades et de leur entourage
- une optimisation de l'accueil des usagers à risque ou à problème en plus des dépendants

Image sociale de l'alcool

Sous thèmes possibles :

- Principe de précaution, principe de prévention : Quel choix de société ?
- Alcool sans risque et poly-consommation : une question d'éducation ?
- Alcool, poly-consommation et fêtes
- Alcool et religions
- Alcool, poly-consommation et santé
- Alcool, poly-consommation et précarité
- violence familiale

Alcool et âges de la vie

Sous thèmes possibles :

- Alcool, poly-consommation et jeunes
- Alcool (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale), tabac, cannabis et grossesse
- Alcool, substances psychoactives et travail : prise en charge précoce des personnes à problème
- Alcool et seniors

Alcool : un enjeu économique et social :

Sous thèmes possibles :

- Publicité, distribution, consommation d'alcool et enjeu de santé publique
- Politique fiscale sur les produits alcooliques en France et en Europe
- Financement de la prévention et du soin
- Maillage territorial et continuité de l'offre de soin (réseau de santé)
- Formation initiale et continue
- Evaluation des pratiques



Secrétariat : CSSRA Marienbronn
67250 LOBSANN
Tél. : 03.88.05.68.40.
Fax : 03.88.54.78.42.
e-mail : MARIENBRONN.CSSR@wanadoo.fr

REPONSE A LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE POUR LES ETATS GENERAUX ALCOOL

1. D'après vous quelle est la situation actuelle sur la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ?

La prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool tendait à s'améliorer depuis une dizaine d'années, mais les restrictions budgétaires actuelles pourraient rapidement générer une dégradation de cette situation.

Les disparités régionales sont encore importantes, y compris dans les régions à fortes morbidité alcoolique. Dans certaines régions sanitaires, le C.H.U. ne dispose pas d'un pôle alcoologique de référence, les structures de préventions primaires et secondaires ne sont pas professionnalisées, l'enseignement de l'alcoologie aux professions médicales, paramédicales, éducatives et sociales, n'est pas formalisé, et un réseau de soin addictologique n'est pas constitué.

Les SROSS de 3^e génération devraient être l'occasion de programmer systématiquement les différents éléments nécessaires d'un réseau alcoologique dans chaque territoire de santé en fonction de l'estimation des files actives, et d'évoluer vers une diversification de l'offre, au delà du nombre de lits, avec un soutien organisé au sevrage ambulatoire et à la prévention de la rechute.

Nous insistons sur la nécessaire adaptation de ces réseaux aux projets des malades alcooliques, par exemple en créant un Dossier Médical Personnel et Partagé (DMPP) au sein du réseau, pour éviter la répétition de l'anamnèse par le patient et optimiser l'exploitation des différents bilans.

Les intervenants du réseau (médecins, infirmiers, psychologues, personnels paramédicaux, éducatifs et sociaux, ...) doivent être qualifiés et bénéficier d'une formation addictologique initiale et continue.

La prise en charge doit être vraiment pluridisciplinaire : sanitaire et sociale, médico-psycho-socio-éducative.

L'évolution du profil des malades vers une poly - consommation (alcool, tabac, cannabis, éventuellement substitution, ...) doit être de plus en plus prise en compte dans la conception ou le développement du réseau, avec des passerelles avec les structures de soins pour toxicomanes.

La création de Maisons d'Accueil Spécialisé (M.A.S.) pour des patients très détériorés (par exemple souffrant d'un syndrome de Korsakov irréversible) serait indispensable, car ils ne relèvent ni de la psychiatrie, ni de la gériatrie.

2. Quelles sont vos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ?

Nous préconisons l'organisation d'un débat-citoyen dans chaque région sanitaire, puis national, dont le thème devrait bien viser la Santé de la population face aux mésusages de l'alcool, et dont les conclusions définirait la politique de prévention et de soins ainsi que les moyens financiers nécessaires, pour les cinq années à venir, et feraient des recommandations aux élus, en leur apportant, entre autres, des arguments pour répondre aux lobbys alcooliers.

Ces Etats Généraux devraient solliciter toute la population, mais aussi impliquer les patients/usagers, les mouvements d'entraide et les professionnels de l'addictologie.

Ces conclusions seraient confrontées aux dires d'experts.



Société Française
d'Alcoologie

Reconnue d'utilité publique
(décret du 29 octobre 1998)

Président fondateur
Dr Pierre Fouquet †
Présidents d'honneur
Pr Jean Adès
Pr Maurice Bazot
Pr Jean-Dominique Favre
Pr Pierre Jean
Trésorier honoraire
Pr Jacques Weill

Conseil d'administration
Président
Pr François Paille

Vice-présidents
Pr Jean-Louis Balmès
Dr Didier Playoust

Secrétaire générale
Pr Martine Daoust
Secrétaire général adjoint
Dr Thierry Danel

Trésorière
Dr Claudine Gillet
Trésorier adjoint
Dr Jean-Yves Bénard

Administrateurs
Dr Henri-Jean Aubin
Pr Dominique Barrucand
Dr Jean-Paul Descombey
Pr Jean-Dominique Favre
Dr Pascal Gache
Dr Eric Hispard
Dr Paul Kiritzé-Topor
Dr Yannick Le Blévec
Pr Michel Lejoyeux
Dr Philippe Michaud
Dr Claude Orsel
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Sarda

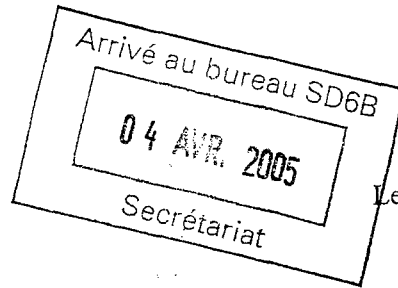
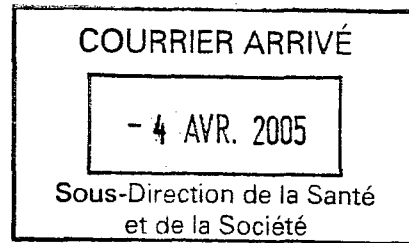
Responsables des groupes

Groupe enseignement et formation
Pr Jean-Louis Balmès
Pr Michel Lejoyeux
Groupe recherche
Pr Martine Daoust
Groupe évaluation des thérapeutiques
Pr François Paille
Groupe psychothérapies
Dr Claude Orsel
Groupe associations d'aide aux personnes
ayant un problème avec l'alcool
Dr Yannick Le Blévec

Chargés de mission
auprès du Conseil d'administration
Dr Bertrand Nalpas
M. Jacques Randu

Secrétariat général et siège social
c/o Princeps Éditions
64, avenue du Général de Gaulle
F-92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : 33 (0) 1 46 38 24 14
Fax : 33 (0) 1 40 95 72 15
princeps.gdunias@wanadoo.fr

Numéro de formateur 11 92 08693 92
Numéro SIRET 321 569 965 000 30



Le 22 Mars 2005

Monsieur Pascal MELIHAN-CHEININ
Chef du Bureau des Pratiques Addictives
Ministère des solidarités, de la santé et de
la famille
Direction Générale de la Santé
14 avenue de Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Doubles adressés à :
Madame Dominique MARTIN
Docteur PLAYOUST
Professeur DAOUST

Monsieur,

Nous avons discuté, lors du Conseil d'Administration de la Société Française d'Alcoologie du 19 Mars dernier, des auditions concernant les conditions de création des états généraux de lutte contre l'alcoolisme.

La Société Française d'Alcoologie se réjouit que des débats puissent se mettre en place autour de la consommation d'alcool dans notre pays. A ce titre, nous sommes prêt à participer à l'organisation de ces états généraux. Cependant, il nous paraît qu'un certain nombre de conditions doivent être remplies.

Tout d'abord, le titre nous pose problème. La « lutte contre l'alcoolisme » n'est plus une formulation qui nous paraît adaptée compte tenu de l'évolution des idées. Il en va de même pour le thème de certaines auditions qui parlaient de « buveurs excessifs », formulation qui ne correspond pas non plus aux recommandations élaborées par notre société en collaboration avec l'ANAES. Il nous paraît donc indispensable de trouver une autre formulation pour le titre de ces états généraux.

Par ailleurs, il nous semble qu'une telle manifestation devrait partir du terrain, comme c'est habituellement le cas, et devrait reposer sur des « cahiers de doléances » qui pourraient remonter de la société elle-même. Nous pensons que les associations et les structures du champ alcoologique doivent être étroitement associées à l'organisation de cette manifestation, notamment la Société Française d'Alcoologie, mais je suis sûr que nous pourrions nous associer avec nos partenaires habituels, comme nous l'avons fait, par exemple, pour la défense de la loi Evin pour apporter une contribution méthodologique et organisationnelle.



Président fondateur
Dr Pierre Fouquet †

Présidents d'honneur
Pr Jean Adès
Pr Maurice Bazor
Pr Jean-Dominique Favre
Pr Pierre Jean

Trésorier honoraire
Dr Jacques Weill

Conseil d'administration

Président
Pr François Paille

Vice-présidents
Pr Jean-Louis Balmès
Dr Didier Playoust

Secrétaire générale
Pr Martine Daoust
Secrétaire général adjoint
Dr Thierry Danel

Trésorière
Dr Claudine Gillet
Trésorier adjoint
Dr Jean-Yves Bénard

Administrateurs
Dr Henri-Jean Aubin
Pr Dominique Barrucand
Dr Jean-Paul Descombey
Pr Jean-Dominique Favre
Dr Pascal Gache
Dr Eric Hispard
Dr Paul Kiritzé-Topor
Dr Yannick Le Blévec
Pr Michel Lejoyeux
Dr Philippe Michaud
Dr Claude Orsel
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Sarda

Responsables des groupes

Groupe enseignement et formation
Pr Jean-Louis Balmès
Pr Michel Lejoyeux

Groupe recherche
Pr Martine Daoust

Groupe évaluation des thérapeutiques
Pr François Paille

Groupe psychothérapies
Dr Claude Orsel

Groupe associations d'aide aux personnes
ayant un problème avec l'alcool
Dr Yannick Le Blévec

Chargés de mission
auprès du Conseil d'administration
Dr Bertrand Nalpas
M. Jacques Randu

Secrétariat général et siège social
c/o Princeps Éditions
64, avenue du Général de Gaulle
F-92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : 33 (0) 1 46 38 24 14
Fax : 33 (0) 1 40 95 72 15
princeps.gdumas@wanadoo.fr

Numéro de formateur 11 92 08693 92
Numéro SIRET 321 569 965 000 30

En ce qui concerne plus précisément la réunion du 5 Avril prochain, une manifestation à laquelle je ne peux réellement pas me soustraire m'empêchera d'y participer. Je vous prie de bien vouloir m'en excuser. Je serai représenté au titre de la Société Française d'Alcoologie par le Docteur Didier PLAYOUST, Vice-Président.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Professeur F. PAILLE

« Prise en charge et soins des buveurs excessifs »

Audition du 9 mars 2005-03-08

Position de la Société Française d'Alcoologie (SFA)

I- Etat de la question

En 2001, la SFA La Société Française d'Alcoologie (SFA) s'est donnée avec divers partenaires la mission d'élaborer selon la méthodologie de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) des recommandations consensuelles pour la pratique clinique dans le domaine des conduites d'alcoolisation.

Ces recommandations ont eu, selon les procédures de recommandation de l'ANAES, pour objectifs principaux de :

- prendre en compte les différentes formes de consommation en amont de l'évolution vers l'alcool dépendance,
- proposer des outils et stratégies rationnels pour le repérage et le diagnostic précoces des différentes formes de conduites d'alcoolisation,
- proposer des modalités d'intervention pour prévenir l'aggravation des conduites à risque,
- promouvoir à partir de ces recommandations une culture alcoologique commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de l'insertion afin de permettre à tous ces intervenants de mieux se comprendre pour coordonner leurs stratégies et leurs actions.

Ces recommandations ont été rédigées en s'adossant à des **données expérimentales validées** dans des publications internationales. La première question posée aux experts concernait la classification des individus relativement à leur consommation d'alcool.

Toutes les données ont montré que la classification la plus pertinente était la suivante :

1. Non-usage (non-consommateur)

Toute conduite à l'égard des boissons alcooliques et/ou alcoolisées caractérisée par une absence de consommation. Le non-usage peut être :

- **primaire** quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte) ;
- **secondaire** quand il advient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme **abstinence**.

2. Usage (consommateur modéré)

Toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, *i.e.* inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

3. Mésusage

Catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse.

a. Usage à risque (consommateur à risque)

Toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.

b. Usage nocif (consommateur à problèmes)

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par : 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et par : 2) l'absence de dépendance à l'alcool.

c. Usage avec dépendance (consommateur dépendant ou alcoolodépendant)

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

4. Ivresse

L'ivresse est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage. À ce titre, elle ne peut être considérée comme une catégorie d'usage.

L'ensemble des observations permet de constater pour un sujet donné la possibilité au cours de sa vie de rester dans une **même catégorie de conduite** ou de **passer à une autre hiérarchiquement inférieure ou supérieure** en termes de sévérité et de gravité. Les conditions de ces évolutions sont encore mal établies mais rien n'est inéluctable. Il reste que **l'évolutivité des conduites d'alcoolisation est telle qu'elle impose de procéder à leur réévaluation régulière chez les consommateurs.**

Ces observations indiquent donc clairement que :

- le concept de « buveur excessif » ne correspond à aucune réalité clinique si ce n'est la composante normative des données OMS pour laquelle une pondération en fonction des individus est indispensable (femmes enceintes, jeunes, malades abstinentes par exemple). La connotation moralisatrice du terme « excessif » ne correspond pas non plus à des réalités sociales et / ou médicales.
- le passage d'un usage à l'autre pour un même individu nécessite une continuité dans la prise en charge et rend donc inefficace la segmentation de la filière de soins.

La connaissance par les spécialistes-médicaux ou paramédicaux- du parcours des malades d'une part, et la prise de conscience de ce problème majeur de santé publique par les autorités de tutelle d'autre part, ont permis de mettre en place et de structurer différents systèmes de **prévention et de prise en charge des malades.**

II- Situation actuelle de la prise en charge

La première observation est que la prise en charge diffère en fonction de l'usage individuel et requiert des interventions qui vont de la recommandation précoce au malade à la prise en charge lourde et longue (plusieurs semaines) dans des services spécialisés.

1. Niveaux d'intervention

- Tous les intervenants de la santé peuvent être impliqués dès la première consultation ayant pour objet un problème avec la consommation d'alcool ou non. Cette première intervention peut se faire en médecine générale ou spécialisée, en milieu institutionnel ou ambulatoire. Les intervenants étant :

- Centres ambulatoires
- Dispositifs hospitaliers
- Médecins généralistes
- Autres intervenants
 - Médecins du travail
 - Éducation nationale
 - Mouvements d'aide
- Réseaux en alcoologie (en addictologie)

Les dispositifs spécialisés regroupent :

- **Centres ambulatoires**
 - Circulaire du 23 novembre 1970 Consultations d'hygiène alimentaire
 - Circulaire du 31 juillet 1975 Centres d'hygiène alimentaire (CHA)
 - Circulaire du 15 mars 1983 Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA)
 - Loi du 29 juillet 1998 (financement CNAMTS)
 - Décret du 30 décembre 1998 Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)
 - Loi du 2 janvier 2002 Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- **Dispositifs hospitaliers**
 - Circulaire du 28 mars 1978 Unités d'alcoologie hospitalières
 - Circulaire du 10 septembre 1996 Équipes hospitalières d'alcoologie de liaison
 - Circulaire du 3 avril 2000 Équipes hospitalières d'addictologie de liaison

2. Etat des lieux

Différentes études et rapports ont été publiés relativement à l'état des lieux des moyens de prise en charge (composition des structures, modalités de fonctionnement, flux de patients..)

- Rapport TEN 1992
- ENA, IGAS
- DGS (CCAA) depuis 1993
- DHOS (Liaison) depuis 1997
- Rapport Reynaud & Parquet 1998

Un annuaire des centres de prise en charge réalisé par la SFA est aussi disponible sur le site de la SFA (<http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=annuaire>) et présente le maillage existant des offres sur tout le territoire.

Au total, s'il existe différentes offres de prise en charge **bien identifiées**, leur structure est morcelée, tant sur le plan fonctionnel que géographique. En effet, nous avons vu plus haut que le parcours des malades n'est pas linéaire et que l'expression et l'étiologie de la maladie sont très polymorphes.

Or, les offres de soins sont segmentées :

- **Pour le suivi des malades** (l'unité de lieu n'est pas toujours évidente pour les différentes interventions) ; toutes les étapes de la prise en charge devraient exister au sein d'une même structure, ce qui ne remet pas en cause la densité des structures existantes,
- **Pour la qualification du personnel de prise en charge** (les postes fléchés alcoologie sont bien souvent détournés de leur usage au profit d'une autre spécialité),
- **Pour les politiques de prévention et / ou de communication** toujours morcelées.
- **Pour la prise en charge des pathologies associées à la consommation chronique d'alcool**

Cette organisation, si elle rend lisible le maillage géographique des structures de prise en charge ne donne aucune lecture ni de **l'optimisation de l'offre de soins**, ni de **l'adéquation entre l'offre de soins et la typologie du malade**.

Il est donc indispensable :

- De pérenniser les actions entreprises,
- D'optimiser les offres en trouvant une bonne adéquation entre les profils des malades et la prise en charge,
- De faire des offres de formation qualifiantes qui permettent de renouveler les différents intervenants.

3. Rôle des associations

Différentes associations de spécialistes dans la prévention et / ou le soin ont mis en place des espaces communs de réflexion autour des problèmes non résolus à ce jour et concernant la prévention, la prise en charge, la valorisation des actes dispensés.

Pour la première fois en 2004, les associations ont **mutualisé leurs expertises complémentaires** (ELSA, ANPAA, F3A, SFA) pour identifier la filière de soins de façon à évaluer les différents niveaux d'intervention. Des groupes de travail ont été constitués avec des représentants des différentes associations et des autorités de

tutelle. A l'issue des travaux du groupe, quand tous les acteurs auront été identifiés et les typologies de malades repérées pour chaque offre de soin, il sera indispensable de réaliser une **évaluation de l'efficacité** de cette offre afin de savoir si elle est **optimisée** et comment il est possible d'en **améliorer l'efficience**.

4. La formation

Tous les niveaux de spécialités interviennent dans la prise en charge des malades ; la **formation des intervenants** est donc un enjeu majeur pour la réussite des différentes actions. Différentes offres de formations existent :

- Les formations académiques

Elles proposent un enseignement dans le cadre de DU, d'unités d'enseignement de différents masters nouvellement mis en place, d'un DESC d'addictologie. La FCB propose aussi au personnel médical et paramédical des notions dans le cadre des enseignements de pharmacologie, toxicologie, santé publique, thérapeutique.... L'alcoologie en tant que telle ne représente pas un **champ disciplinaire** clairement identifié.

Les diplômes délivrés sont qualifiants mais ne représentent pas une spécialité.

- Les formations par les spécialistes

Elles sont assurées par des formateurs reconnus par les associations (SFA, ANPAA) et permettent aux participants, grâce au label des organisateurs, de valider leur **formation continue** dans le domaine. Des formations en entreprise sont aussi proposées par certaines associations dans le cadre de la prévention.

La place faite à la discipline est en totale discordance avec l'ampleur du problème de santé publique et des problèmes majeurs se posent :

- La formation des médecins de médecine générale dans le domaine reste trop faible relativement au flux de patients concernés,
- L'existence de formations parallèles, délivrant des diplômes non validés, ni par les autorités de tutelle, ni par les associations de spécialistes, brouillent la lecture de la formation,
- La qualification du personnel soignant devrait être incitative pour la pratique (revalorisation des actes par exemple)

III- La spécificité du produit

La politique de réduction des risques concernant les différentes substances d'abus inclut l'alcool et le battage médiatico-parlementaire fait autour de l'aménagement de la loi Evin ont montré à quel point le produit alcool était perçu différemment des autres substances et par les malades, et par la population générale.

Dans le cadre d'un débat citoyen, la SFA associée à d'autres structures, se propose d'offrir un champ de réflexion sur ce problème.

Les boissons alcoolisées et leur usage font partie de la culture.

Les connaissances scientifiques, malgré une recherche insuffisamment développée dans le domaine, apportent de nouvelles données sur lesquelles les informations de prévention peuvent s'adosser (grossesse et alcool par exemple, jeunes et alcool, précocité de l'alcoolisation..)

La fabrication et la vente de boissons alcoolisées représentent un poids important de l'économie qui se plie aux règles économiques des autres produits : publicité, offres, ventes...

Les représentations culturelles, historiques et économiques des boissons alcoolisées s'opposent en permanence aux argumentaires de santé publique qui visent à en diminuer la consommation.

L'ensemble de ces faits a échafaudé deux blocs monolithiques d'intervenants opposés implicitement : les acteurs de santé et les acteurs de la production et de la distribution des produits alcoolisés. Il paraît important, à l'heure où tous les argumentaires des deux parties sont connus de tous, de créer un espace de discussion dans lequel tous les acteurs concernés pourraient réfléchir à des modalités de cohabitation.

Un des premiers axes de réflexion qui semble important à la SFA est celui de la mise en place d'un comité de surveillance de la communication faite sur les produits alcoolisés. Ce comité de surveillance pourrait comprendre, en plus des représentants de la SFA et des distributeurs, des sociologues, juristes et représentants des autorités de tutelle. Son champ de compétence, purement consultatif, pourrait concerner l'analyse des messages de publicité et leur respect de l'éthique relativement aux publics ciblés.

IV- Les propositions de la SFA pour la mise en place des états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme

La proposition majeure concerne la pérennisation et le renforcement des dispositifs existants de façon à améliorer l'efficacité de leurs actions.

De nombreux rapports ont été réalisés. La lisibilité des actions qui en ont découlé n'est pas claire. Des expertises sérieuses ont été réalisées, telles les expertises collectives INSERM, les conférences de consensus organisées par la SFA et L'ANAES. Elles ont été argumentées et ont donné des recommandations.

Il est indispensable, maintenant, de privilégier l'opérationnel et de suivre ces recommandations qui concernent :

1. L'offre de soins en urgence
2. L'offre des soins en milieu hospitalier
3. Médecins du travail
 - Formation
 - Stratégies de prévention
 - Réinsertion ou reconversion
4. Éducation nationale
 - Place de la médecine scolaire
 - Méthodologies de prévention
 - Moyens
5. Mouvements d'aide
6. Les réseaux
 - a. Approche spécifique des troubles liés à l'alcoolisation (aux conduites addictives)
 - b. Diagnostics tardifs et sous-estimés
 - c. Évolution globale des politiques de santé
 - d. Fonctionnement (Charte)
 - Coordination
 - Nécessités de communication et de formation
 - Mise au point de protocoles de soins
 - Système d'information
 - e. Suivi de l'activité et évaluation

Les propositions concernent aussi la formation et la mise en place d'une réelle offre de formation tant pour la FCB que pour la formation de spécialité.

L'identification de la filière de soins, entamée par les différents acteurs, en vue de la mise en place de la T2A, passe **OBLIGATOIREMENT** par une **action d'évaluation de l'efficience** du parcours, des intervenants, des propositions de soins.

L'analyse de l'adéquation entre le phénotype du malade et l'offre de soins est un pré requis à l'identification des différentes étapes de la prise en charge.

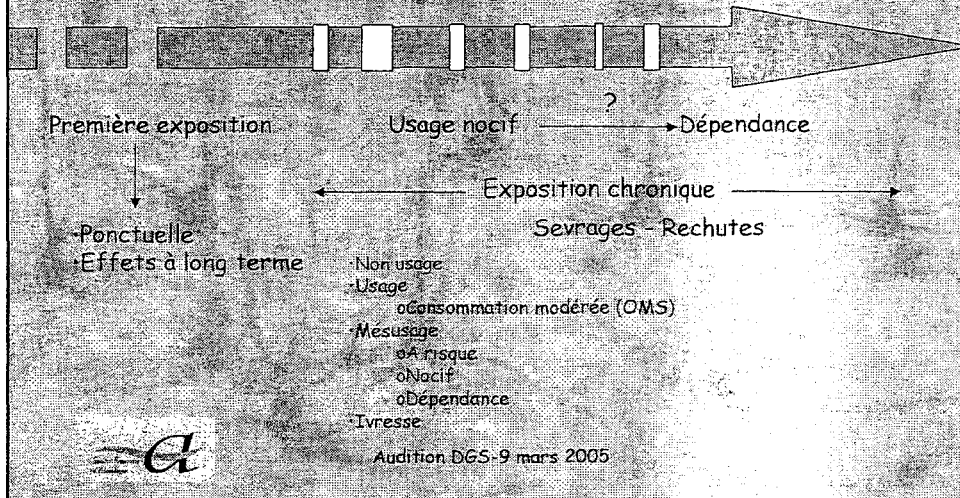
La formation des intervenants doit être structurée, lisible sur le plan national et relever exclusivement de structures accréditées par les ministères de tutelle (Education nationale et / ou Ministère de la santé).

Enfin, la recherche dans le domaine, parent pauvre de la recherche générale, devrait concerner tous les champs de la discipline, ce qui implique le fléchage de postes de chercheurs, d'enseignants chercheurs. Une relation claire doit s'établir avec l'ANR nouvellement mise en place. Des systèmes de capitalisation de résultats doivent permettre une évolution de la connaissance et remplacer les actions opportunistes réalisées jusqu'à présent. Les organismes de gestion de la recherche (MILDT et INSERM) ont regroupé leurs efforts pour lancer des appels d'offre, ce qui favorise l'émergence de nouvelles approches scientifiques. On peut regretter le caractère ponctuel de ces appels d'offre, ce qui nuit à la pérennisation de la connaissance. Il n'est pas acceptable que pour un tel problème de santé publique, aucune structure de capitalisation des connaissances, tous domaines confondus, ne puisse pas servir de socle pour la mise en place ou l'optimisation de nouvelles stratégies de prise en charge.

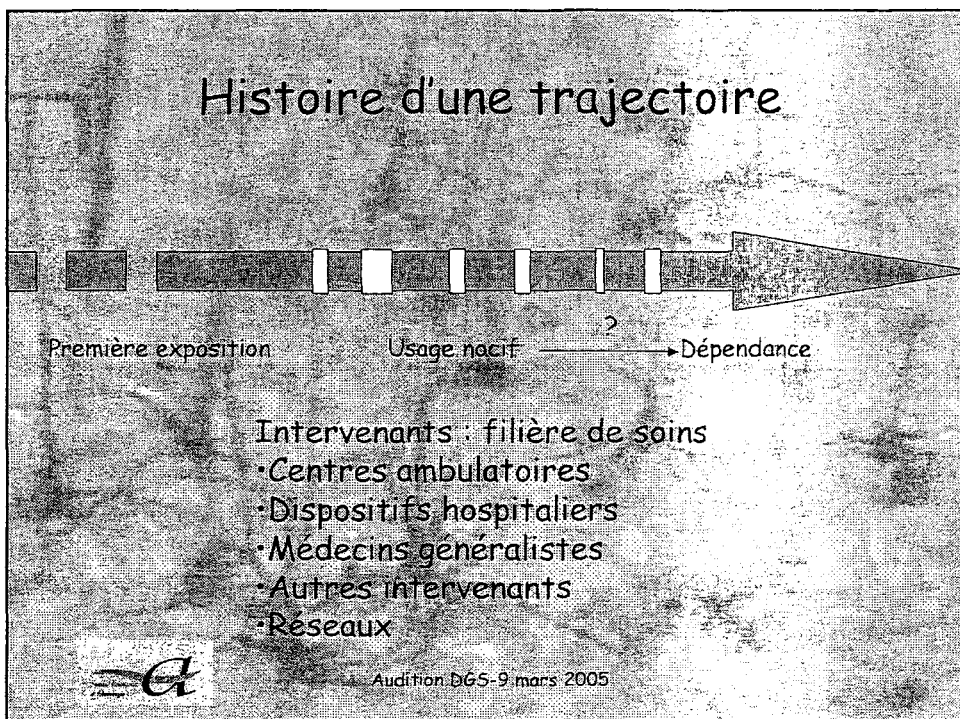
Le cloisonnement des structures de recherche comme les EPST ne permet pas la mise en commun de tous les résultats et les appels d'offre mis en place par la MILDT ne permettent pas de financer plus d'une dizaine de projet. S'il existait un observatoire des données scientifiques, de toutes origines, il serait plus facile d'y puiser des argumentaires pour mettre en place des stratégies de communication.

L'absence d'une telle structure rend l'approche alcoolologique - qu'il s'agisse de soins ou de recherche- **opportuniste**. L'alcoolologie est dépouillée et détournée de son objet. Elle devient porteuse d'intérêt bien souvent au gré des appels d'offres ou des priorités nouvellement définies qui permettent de maintenir une activité maquillée en alcoolologie. C'est vrai pour la recherche, c'est vrai pour les postes d'enseignants ou de praticiens hospitaliers, c'est vrai pour les offres de soin. Une des propositions de la SFA est de **pérenniser, développer et valoriser** les structures existantes, quelles qu'elles soient, pour transmettre l'expertise dans le domaine.

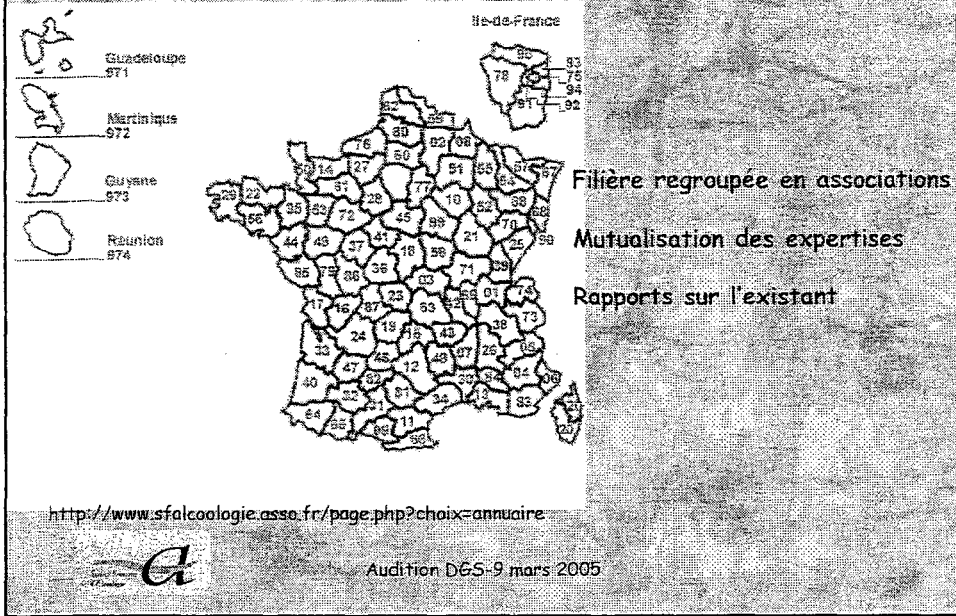
Histoire d'une trajectoire



Histoire d'une trajectoire



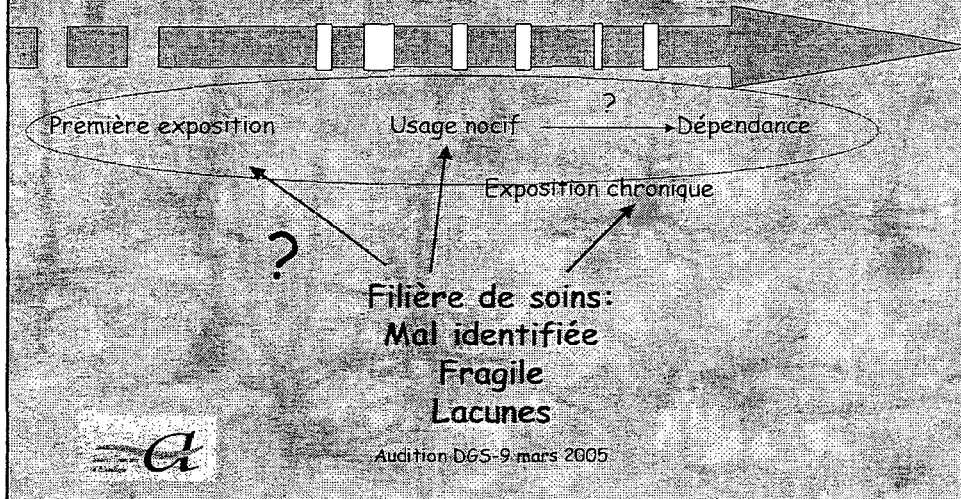
Etat des lieux



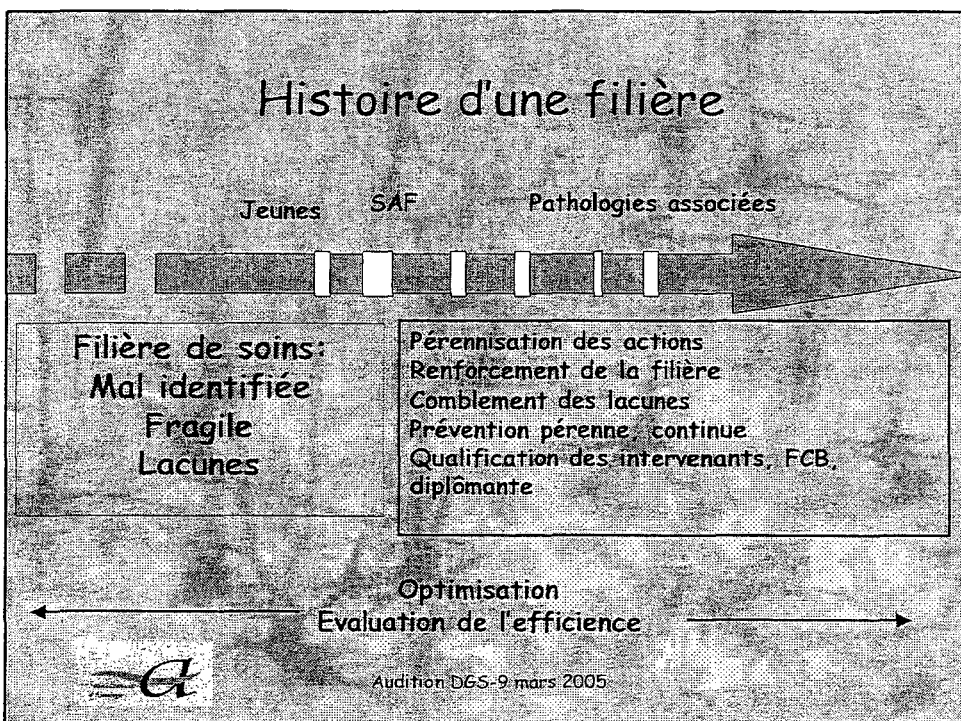
Histoire d'une trajectoire



Histoire d'une trajectoire



Histoire d'une filière



Recommandations

- NE PAS EMPILER LES RAPPORTS
- Appliquer les recommandations-
Opérationnel
- Mettre fin au détournement d'usage des
postes, des structures...
- Sortir du champ de l'argumentaire
scientifique
- Renforcer l'existant
- Identifier le champ disciplinaire



Audition D6S-9 mars 2005

vendredi 11 mars 2005

Objet

Rapport sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme.

Audition des acteurs concernés par le sujet : Prise en charge et soins des buveurs excessifs.

Contribution écrite sur les questions suivantes :

- quelle est la situation actuelle sur ce thème
- propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

Destinataire

Direction Générale de la Santé – Sous direction santé et société – bureau des pratiques addictives.

Docteur Dominique MARTIN 01 40 56 54 68 – dominique.martin@sante.gouv.fr

Rédacteur

Note rédigée par la **Société Française de Médecine Générale**, Société Savante créée en 1973. Cette association a pour but de promouvoir la médecine générale. A cet effet, elle œuvre pour la recherche et l'action dans les domaines scientifiques, biologiques et économiques propres à assurer la promotion et la qualification des médecins de famille. Elle s'attache à développer la recherche fondamentale et appliquée en médecine de famille".

Pour plus de renseignement : www.sfmfg.org

Préambule

Bien que la consommation de boissons alcoolisées diminue régulièrement dans notre pays, celle ci reste parmi les plus élevées d'Europe. L'alcool fait partie de notre culture, et les problématiques qui se développent ne sont pas toujours considérées comme pathogènes ou ne le sont que tardivement. Les conséquences sur la santé restent une préoccupation majeure de la santé publique^{1 2}.

Chaque année en France, le nombre de décès liés à la consommation d'alcool est estimé à 45000 en tenant compte des morts violentes. Le coût sanitaire des problèmes liés à l'alcool serait de 1,5 à 3 milliards d'euros³. On estime à 5 millions le nombre de buveurs excessifs et à 2,5 millions le nombre de personnes dépendantes de l'alcool. Plus de 1 500 tués sur la route à cause de l'alcool. L'alcool est en cause dans un accident mortel sur trois.

Ces chiffres alarmants, et bien d'autres en matière de tabagisme, d'obésité, de comportements sexuels à risques, etc. ont conduit le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) à préconiser "une conception globale de la santé impliquant un continuum des actions de prévention et des actions curatives fondé sur le concept d'évitabilité".

En matière de consommation d'alcool, à côté de « l'usage à faible risque ou usage simple » de boissons alcoolisées qui renvoie à une approche gustative ou conviviale, il existe des « mésusages » de l'alcool. La Société Française d'Alcoologie en définit 3 principaux : « l'usage à risque », « l'usage nocif », et « l'usage avec dépendance » qu'il convient naturellement de repérer et prendre en charge le plus tôt possible. Ce sont les objectifs fixés par le groupe d'experts en alcoologie, réunis dans le cadre de l'élaboration de la loi quinquennale relative à la politique de santé publique (2003), à savoir : prévenir le développement de l'usage nocif et

¹ CFES, CNAMTS, IPSOS. Les habitudes de consommation d'alcool des Français. Septembre 1998

² Arènes J, Baudier. Baromètre santé 1995/96. CFES, coll Baromètre 1997 : 288p

³ Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France, 1994-98. La Documentation Française, 1998 : 310p

l'installation de la dépendance, améliorer le repérage des situations d'installation de la dépendance et améliorer la prise en charge des personnes alcool dépendantes.

Dans le cadre de cette audition des acteurs concernés par le sujet, nous opterons pour la complémentarité des différents points d'observation de ce problème. Quelle vision avons-nous en tant que médecin généraliste ? Quelles sont selon nous les pistes de réflexions à mener ? Quelles propositions nous sembleraient efficaces ?

Quelle est la situation actuelle sur ce thème ?

Dans cette perspective, le rôle du médecin généraliste est indiscutable. Il est à l'interface entre le patient, sa famille, son environnement, les médecins spécialistes de ville et les structures de soins. On sait qu'en un mois, un quart de la population a recours au moins une fois au médecin généraliste⁴. Il a été montré que plus de 20% des hommes et 10% des femmes consultant un médecin généraliste auraient directement ou indirectement des problèmes liés au mésusage de l'alcool⁵. En revanche, la prise en charge effective des problèmes d'alcool par le médecin généraliste est encore insuffisante⁶ et bon nombre de médecins se sentent peu efficaces dans la prise en charge de ces patients⁷.

Bien que la prévention des risques liés à alcool, soit actuellement de nouveau promue, il reste nécessaire de réaliser des recherches complémentaires pour tirer des conclusions définitives sur l'efficacité de tels programmes⁸. Malgré une utilisation massive des médias dans les campagnes d'information publiques, sur l'abus de substances toxiques, l'efficacité de ces mesures n'a pas encore été très bien évaluée et les données connues laissent peu de place à l'optimisme.

On admet qu'un diagnostic précoce conduit à un meilleur résultat thérapeutique. Les recherches actuelles tendent à améliorer les instruments d'évaluation clinique pour faciliter le dépistage précoce des buveurs excessifs par les médecins généralistes. Il existe un débat, entre l'intérêt d'un questionnaire ou d'une approche diagnostique au cas par cas⁹, pour le diagnostic précoce de l'alcoolisme.

Par ailleurs il a été montré que les patients sont soucieux de leur qualité de vie et espèrent que leur médecin s'y intéresse. Les patients souhaitent recevoir des conseils efficaces pouvant améliorer leur santé¹⁰. Ainsi un diagnostic précoce, une prise en charge, aussi minime soit elle par le seul médecin, peut avoir un certain retentissement sur le mode de vie¹¹.

Une récente étude de la SFMG, issue de son observatoire de la médecine générale¹², qui portait sur 355 748 patients différents vus en 8 ans par 90 généralistes, montrait la différence d'évolution de la prise de charge du tabagisme, de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Pour la toxicomanie, on notait une augmentation de 50% en 4 ans. Pour le tabagisme la prise en charge a été multipliée par 2 entre 1998 et 2003. En revanche celle de l'alcoolisme reste « étrangement » stable depuis 10 ans ! Plusieurs

explications peuvent être avancées pour expliquer cette différence entre la prise de ces addictions. On peut y voir entre autre, l'absence de messages clairs vis-à-vis de l'alcool. La plus

⁴ CREDES Enquête sur la Santé et la Protection sociale. Rapport n° 1282 - Décembre 1999

⁵ Huas D, Allemand H, Loiseau D et al. Prévalence du risque alcool et des maladies liées à l'alcool, dans la clientèle adulte du généraliste. Rev Prat Med Gen 1993 ; 7 (203) : 39-44

⁶ Miche JN, Morel F, Gallais JL. " Perceptions du risque alcool et des co-morbidités dommageables en médecine générale " Rev Prat Med Gen, 1999, 470 : 1402-8

⁷ Naudet M. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale : essai d'analyse d'un déni collectif. DRMG n°60 - Mars 2005 : 35 - 57p.

⁸ M.A. Jansen (Ed.), A promising future: alcohol and other drug problem prevention services improvement 1992. OSAP Prevention Monograph 10, pp. 38-48, Rockville MD, 1992.

⁹ Cornel M, Van Zutphen WM. Recognition of problem drinkers and the role of the general practitioner. "Detection of problem drinkers in general practice". STIVA Stichting Verantwoord Alcoholgebruik. 1994 15-23.

⁹ Skinner HA, Allen BA, Mcintosh MC, Palmer WH. Lifestyle assessment: just asking makes a difference. Brit Med J 1985; 290 : 214-6.

¹⁰ Skinner HA, Allen BA, Mcintosh MC, Palmer WH. Lifestyle assessment: just asking makes a difference. Brit Med J 1985; 290 : 214-6.

¹¹ Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle ? Findings of the medical research council's general practice research framework study on lifestyle and health. Brit Med J 1987; 294: 940-2.

¹² Observatoire de la médecine générale 2004-10. Société Française de Médecine Générale. <http://omg.sfmfg.org>

grande résistance des patients comme des médecins à évoquer la consommation d'alcool. Sans parler de l'ambiguïté que laisse les atermoiements actuels autour de la Loi Evin !

Il faut rapprocher ce constat des chiffres de consommation en population générale. On s'accorde à retenir qu'il existe 5% de personnes abstinentes de toute boisson alcoolisée – 41% de buveurs occasionnels – 32% de buveurs réguliers modérés – 15% de buveurs excessifs et 8% de patients dépendants de alcool. Une récente étude de l'OFDT – Inserm¹³ précise que 91% des adolescents ont déjà bu de l'alcool à 18 ans, que la consommation est rare avant 14 ans, mais que à 12 ans, plus de 3 élèves sur 5 déclarent avoir déjà consommé une boisson alcoolique. A 17 ans 51% des garçons et 47% des filles ont déjà été ivres.

En 1998, le Secrétariat d'Etat à la Santé a initié une mission sur « la dangerosité des drogues » Rapport du Professeur Bernard Roques » où il aborde les effets neurotoxiques de l'alcool. La même année, à la demande de la direction générale de la Santé et de la direction des hôpitaux, les professeurs Michel Reynaud et Philippe Jean Parquet établissent un rapport sur les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance et évaluation du dispositif de soins.

A ce jour deux expertises collectives ont été réalisées par l'INSERM qui permettent d'apporter une aide à la décision pour la mise en place d'actions de santé publique.

«Alcool, effets sur la santé, 2001 » permet de disposer des données scientifiquement validées concernant les effets de l'alcool sur la santé. Les experts s'accordent à reconnaître que les risques liés à la consommation d'alcool sur la mortalité et les maladies graves augmentent au-delà de 20g d'alcool pur par jour. Ces observations conduisent à recommander de ne pas dépasser 2 à 3 verres par jour pour les femmes et 3 à 4 verres d'alcool par jour pour les hommes.

La deuxième expertise collective « alcool, dommages sociaux, abus et dépendance, 2003 » porte sur les différents contextes d'usage de l'alcool, l'évolution des modes de consommation et les conséquences collectives tant sociales qu'économiques de la consommation excessive d'alcool. Les experts soulignent l'importance de ces connaissances pour définir des stratégies de prévention adaptées aux différentes populations et aux différentes situations.

Enfin, organisées par l'ANAES et la Société Française d'Alcoologie, deux Conférences de consensus sur les modalités de sevrage en alcoologie (1999) et sur les modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage (2001) ont apporté des éléments de référence pour les soignants.

Est-il possible d'améliorer les résultats tant sur le plan de la prévention, du dépistage et de la prise en charge ? Il nous semble que cette question pourrait être la colonne vertébrale d'éventuels états généraux de la lutte contre l'alcoolisme. En effet on voit bien que la prégnance des mésusages de l'alcool est importante sur la santé publique. Les études confirment et précisent la morbidité et la mortalité induite. De nombreuses réflexions et travaux ont été menés pour préciser les conduites à tenir pour améliorer les résultats. Pour autant si la consommation baisse progressivement en population générale, nous restons en France en tête des pays les plus consommateurs. Et surtout, les moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge actuels ne semblent pas briller par leur efficacité !

Quelques propositions pour la mise en place d'états généraux

Premièrement, la réflexion devrait être menée sur les trois éléments du continuum évoqué par le HCSP. A savoir la prévention – le dépistage et la prise en charge. Ils sont en effet très liés quelques soit le champ d'attribution des différents professionnels (médical, social ou psychologique).

Deuxièmement, un autre axe devrait structurer le travail. Celui du type de mésusage de l'alcool. En ciblant sur la consommation à risque, l'usage nocif et la dépendance.

Enfin, étant donné l'importance des travaux antérieurement réalisés par l'ensemble des partenaires institutionnels, scientifiques et associatifs, ces états généraux ne se justifieront que s'ils sont en mesure d'apporter ou de susciter des pistes concrètes et adaptées pour optimiser les résultats.

¹³ Choquet M, Beck F, Hassler C, Spilka S, Morin D, Legleye S. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. Tendances n° 35, Mars 2004. OFDT, 4 p.s

Nous rappelons que notre contribution centrée sur la médecine générale se veut être un regard complémentaire qu'il faut corroborer aux apports des autres structures auditionnées.

Sur le plan de la prévention

Dans un souci pragmatique, deux pistes sont à explorer :

1- La prévention primaire

Le concept, de prévention et d'éducation à la santé, relayé par les médias est maintenant bien intégré par la population. Les patients sont plus demandeurs de conseils. Pour autant la question de la consommation d'alcool reste encore taboue et les résistances bien présentes.

Peut-on envisager des pistes concrètes pour lever cet obstacle ?

Comment les différents partenaires impliqués peuvent contribuer à la dédramatisation, la déculpabilisation des personnes et des professionnels quant à l'évocation de la consommation d'alcool ?

2- La prévention vers les jeunes

Le discours de prévention pour ce public est particulièrement délicat. Les jeunes se sentent peu concernés par les messages sur la santé. C'est pourtant la période de la vie où les expériences ont un poids important pour l'avenir. C'est la période de « l'engrammage » de modèles comportementaux.

La prévention des conduites à risque est à valoriser. Il est illusoire d'espérer éviter la consommation d'alcool chez les jeunes, mais en revanche, indispensable de prévenir (dans tous les sens du mot) les conséquences de la consommation excessive.

Quel message collectif (média) et individuel (médecin) peut-on faire passer pour diminuer les risques routiers, les risques de violence (agression, viol...) ?

Le message, de prévention ou de conseil, donné par les médecins est trop porté sur les risques sanitaires. Ceci est accentué par l'amalgame qui est fait par le monde médical entre les différents types de mésusages. La notion même de prévention doit faire écarter à première vue la notion d'alcoolisme (dépendance). La cible doit être les usages à risque et les buveurs excessifs. Il faudrait centrer les actions sur la notion de levée de l'inhibition sous alcool.

Peut-on trouver des pistes de communication pour améliorer la prévention des risques liés à la désinhibition sous alcool ? Quels messages simples sur ce thème peuvent être relayés par les médecins généralistes lors des consultations avec les adolescents ?

Inciter à dépister, au delà du recours à des produits (alcool, cannabis...), le mal être, la difficulté dans l'affirmation de soi et les problèmes de communication.

Sur le plan du dépistage

Le repérage des mésusages de l'alcool est la première étape dans la prise en charge des problèmes liés à « l'alcoolisme ». L'évocation spontanée, par le patient ou son entourage, de la consommation de boissons alcoolisées reste assez exceptionnelle¹⁴. Le médecin généraliste est tenu d'avoir, d'après le code de déontologie médicale, une activité de prévention primaire, de dépistage et de traitement ; son rôle à jouer dans le continuum des soins préconisés, encore à définir, est probablement essentiel.

Plusieurs méthodes d'aide au dépistage et à l'évaluation du risque lié à l'alcool ont été testées en alcoologie¹⁵. Celles ci vont des échelles (DETA – CAGE, CDA, SMAST, AUDIT) aux questionnaires courts¹⁶ en passant par les interventions brèves¹⁷. Toutes montrent que la seule évocation de la consommation d'alcool avec le patient peut influencer son comportement dans les mois qui suivent¹⁸. Malgré ces outils, le dépistage reste bien insuffisant. Seulement 7 % des personnes

¹⁴ JC Bouix, P Gache. Parler d'alcool reste un tabou. Rev Prat Med Gen 2002 ; 16 (588) 1488-92.

¹⁵ TF Babor, JC Higgins-Biddle, JB Saunders, MG Monteiro. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for uses in primary care. World Health Organisation.

¹⁶ V Picard, L Gerbaud, I Perthus et coll. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif d'alcool. Rev Prat Med Gen 200 ; 16 (573) 699-703.

¹⁷ TF Babor, JC Higgins-Biddle. Brief intervention, for hazardous and harmful drinking. World Health Organisation.

¹⁸ D. Huas, F. Pessionne, JC Bouix et coll. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. Rev Prat Med Gen 2002 ; 16 (586) 1343-8.

ayant consulté un généraliste dans l'année déclarent avoir eu un échange sur l'alcool¹⁹. La difficulté, voire l'impossibilité, d'assurer un dépistage systématique dans la durée est, sans aucun doute, une des raisons de « l'échappement » au diagnostic précoce. Comment se former à tout ? Comment tout dépister ? On sait la difficulté de maintenir dans la durée et l'exhaustivité le dépistage de troubles comme, les cancers, les MST, le tabagisme, l'alcoolisme, l'hypercholestérolémie, l'hépatite C, l'Alzheimer, sans oublier de faire le point sur les vaccins. On comprend alors qu'un questionnement systématique sur la consommation d'alcool des patients trouve rapidement un épuisement. A combien de réseaux un médecin doit-il appartenir pour être un bon médecin ? Combien de temps peut durer une consultation pour à la fois remplir sa fonction de soignant et celle d'agent de prévention primaire, secondaire et tertiaire ? On comprendra ainsi que, contrairement aux idées reçues, l'optimisation nécessaire du dépistage des mésusages de l'alcool dans la population des consultants en médecine générale, ne pourra se faire par l'invitation ou le rappel au questionnement systématique des patients. En effet celui-ci ne tient pas compte du principe de réalité des contraintes de l'exercice au quotidien du médecin de premier recours²⁰. Il est donc vain.

Nous pensons en revanche, qu'un questionnement ciblé, par des indicateurs indirects associés à la surconsommation d'alcool serait très efficient.

Dans notre pratique le "problème alcool" est abordé ou "offert" par le patient, de plusieurs manières par : par un symptôme (plainte organique, HTA, asthénie, nervosité, la dépression...), par les dires de l'entourage (famille, amis, autres professionnels...), par un appel urgent (ivresses, violence, accident du travail...). Il s'agirait de repérer et d'identifier ces facteurs associés aux mésusages de l'alcool. Ceux-ci sont entendus au sens large : co-morbidités, facteurs socio-environnementaux ou encore critères d'âge ou de sexe, etc.

Peut-on repérer et identifier des indicateurs directs ou indirects de mésusage de l'alcool afin de mettre en place une méthode pour en améliorer le dépistage ?

Sur le plan de la prise en charge

Nous ne reviendrons pas sur la prise en charge des patients alcooliques encore insuffisante au regard de la population concernée^{5 6}, ni sur la stagnation de celle-ci depuis des années¹². Améliorer la prise en charge ambulatoire et le travail en partenariat sont donc indispensables. Comme nous l'évoquons en page 3 il existe des références quant aux méthodes de soins (conférence de consensus...). La médecine ambulatoire de premier recours est sans aucun doute un levier pour améliorer les résultats. Parce que la souffrance de l'alcoolique est aussi physique, le médecin généraliste, grâce au symptôme, peut quitter l'évocation du produit pour créer une communication avec le malade.

Mais il existe des freins qui ne peuvent s'expliquer uniquement par le manque de formation des médecins. Les principaux que nous avons identifiés lors des séminaires de formation que réalise la SFMG sont les suivants :

La première difficulté est liée notre fonction : pragmatique par formation, nous sommes logiquement dans un fonctionnement de passage à l'acte : plaintes => diagnostic => traitement, alors que le soin à ces patients nécessite du temps, un cheminement, de la maturation avant d'accéder à la décision.

Il existe ensuite l'épineux problème de la disponibilité, du temps. Comment faire en 20 minutes (la durée moyenne de la consultation en France est de 17'²²) ? Les médecins généralistes qui assistent aux formations craignent de ne pas pouvoir mettre en pratique les méthodes qui leurs sont présentées par les alcoologues, qui en général disposent de plus de temps ! Il est donc nécessaire de montrer que cela est possible pour peu qu'on adapte les procédures.

¹⁹ Michaud P, Fouilland P, Grémy I, Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins - Résultats d'un sondage téléphonique en population générale. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 (611) : 605-8.

²⁰ Kandel O. Trois chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. Revue du Praticien Médecine Générale. Tome 16, n°587, 14/10/2002, 1408-1410p.

⁵ Huas D, Allemand H, Loiseau D et al. Prévalence du risque alcool et des maladies liées à l'alcool, dans la clientèle adulte du généraliste. Rev Prat Med Gen 1993 ; 7 (203) : 39-44

⁶ Miche JN, Morel F, Gallais JL. " Perceptions du risque alcool et des co-morbidités dommageables en médecine générale " Rev Prat Med Gen, 1999, 470 : 1402-8

¹² Observatoire de la médecine générale 2004-10. Société Française de Médecine Générale. <http://omg.sfm.org>

²² Kandel O, Duhot D, Véry G, Lemasson JF, Boissnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Revue du Praticien Médecine Générale. Tome 18, n°656/657, 07/05/2004, 781-84p.

Sans compter sur l'adaptation nécessaire entre ce qui est souhaité par le médecin et possible pour le patient. Cette question ne se limite pas à la prise en charge des addictions. Elle est indirectement liée à l'observance des décisions médicales. Mais elle se voit plus aisément dans ces situations.

Compte tenu de ces éléments nous pensons que pour améliorer la prise en charge il serait bon de :

Aider à bien différencier les différents types de mésusages car ceux-ci nécessitent des conseils et des prises en charge spécifiques.

Promouvoir et évaluer des protocoles de prise en charge adaptés à la réalité de la pratique du médecin généraliste.

Voici quelques éléments qu'il nous semble important de souligner lors de cette première audition. Nous restons à la disposition du groupe de travail pour la rédaction du rapport de la DGS et sommes disposés à participer à d'éventuels états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

Auteur

Docteur Olivier KANDEL

Médecin généraliste

Directeur des Etudes & Recherches à la SFMG

Membre de la Société Française d'Addictologie

Coordinateur du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie de la Vienne (86)

05 49 88 84 07 – 06 08 81 96 20 – o.kandel@sfmfg.org

**Séance « Accompagnement des anciens buveurs
et de leurs familles »
du 16 mars 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Contribution La Croix bleue

Contribution Fédération nationale des Amis de la santé

Contribution Association Vie Libre

Contribution Alcooliques Anonymes

Contribution Alcool assistance – La croix d'or

Séance « Accompagnement des anciens buveurs et de leurs familles »

Personnes auditionnées

Réunion du 16 mars 2005

Stéphane BROUTIN (association Vie Libre)

Alain CHARPENTIER (association La Croix Bleue)

Martine B. (association Alcooliques Anonymes)

Monique R. (association Alcooliques Anonymes)

Jacques JANUSZ (association Vie Libre)

Bernard LEMAITRE (association Alcool Assistance Croix d'Or)

Jacques RANDU (association Alcool Assistance Croix d'Or)

Jean Claude TOMCZAK (association Amis de la Santé)

Albert WALTZER (association Amis de la Santé)

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société

Bureau des pratiques addictives

Personnes chargées du dossier

Nadège LAROCLETTE

Dr Dominique MARTIN

Tél. : 01 40 56 51 62/54 68

Fax : 01 40 56 40 44

Mail : nadege.larochette@sante.gouv.fr

dominique.martin@sante.gouv.fr

D. 05. 133

Paris, le 23 MAR. 2005

COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"

Auditions du 16 mars 2005 sur la thématique

« Accompagnement des anciens buveurs ? et de leurs familles »

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Marianne Storogenko (Direction de la sécurité sociale), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Ruth Gozlan (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Pierre Arwidson (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Jean-Baptiste Herbert (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Isabelle Faibis (Direction de la Sécurité sociale), Albert Waltzer et Jean Claude Tomczak (association Amis de la Santé), Jacques Randu et Bernard Lemaitre (association Alcool Assistance Croix d'Or), Alain Charpentier (association La Croix Bleue), Monique R. et Martine B. (association Alcooliques Anonymes), Jacques Janusz et Stéphane Broutin (association Vie Libre), Bernard Basset - Pascal Mélihan-Cheinin - Nadège Larochette - Dominique Martin (Direction générale de la santé – Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Emmanuelle Double (DGDDI - Bureau F3), Christine Kerneur (Ministère de l'Education nationale - DESCO), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Frédéric Delport (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin).

En introduction, Mme Jeandet-Mengual, Présidente du comité de pilotage, rappelle le contexte de cette réunion et présente les modalités de l'élaboration du rapport prévu à l'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ainsi que les thèmes des auditions prévues. La réunion de ce jour a ainsi pour objet de procéder aux auditions de plusieurs associations d'entraide sur le thème « Accompagnement des anciens buveurs excessifs et de leurs familles ».

Dans un premier temps, les associations ont exposé leur position sur la situation actuelle, en France, de cette thématique (cf. : documents ci-joints). Plusieurs éléments font consensus :

- les intervenants ont unanimement pris position pour réfuter les termes de "buveurs excessifs" utilisés pour qualifier la thématique de ce jour ou de "lutte contre l'alcoolisme" inscrits dans le texte de loi. Ils définissent leurs associations comme des mouvements d'entraide auprès des "anciens buveurs" ou des "malades alcooliques dépendants", dont l'objectif est l'abstinence et non auprès des "buveurs excessifs" qui ne sont pas nécessairement dépendants et dont l'objectif est la réduction de consommation. Les difficultés sémantiques propres au discours sur l'alcool et ses conséquences ont été à nouveau soulignées ainsi que la nécessité de revoir le vocabulaire en alcoologie ;

discours sur l'alcool et ses conséquences ont été à nouveau soulignées ainsi que la nécessité de revoir le vocabulaire en alcoologie ;

- les associations ont toutes souligné les difficultés qu'elles rencontrent en termes de reconnaissance, de soutien financier (baisse des subventions) et de visibilité de leur action malgré son importance (mobilisation de près de 50 000 bénévoles). Elles ont insisté sur les difficultés posées par les nouveaux modes de financement par action et non sur le fonctionnement qui les met parfois en difficulté ;
- les intervenants ont insisté sur l'évolution des personnes suivies dont les situations personnelles et familiales sont le plus souvent lourdes. Ces personnes présentent souvent des problèmes psychologiques, psychiatriques ou des poly addictions qui rendent la prise en charge plus compliquées ;
- la nécessité d'un renforcement des compétences est ainsi devenu nécessaire pour assumer les contraintes administratives nouvelles et ces prises en charge complexes ;

La deuxième partie de la réunion a été consacrée à la discussion sur l'opportunité de la mise en place d'états généraux consacrés à la "lutte contre l'alcoolisme" et les opinions sur ce sujet sont assez tranchées :

- la plupart des intervenants approuvent l'idée d'un débat collectif large afin de permettre un changement de regard de la société, une montée en puissance de la parole des malades et une meilleure reconnaissance des mouvements d'entraide ;
- certaines associations considèrent que ce débat doit concerner l'ensemble de la société y compris les alcooliers, d'autres sont tout à fait opposées à la participation de ces derniers ;
- en plus de la modification des représentations sociales, qui pourrait même aboutir à faire de la maladie alcoolique une grande cause nationale, les résultats attendus portent sur un inventaire des acteurs de l'alcoologie et une meilleure coordination de leur action, sur le développement de lieux d'écoute ;

En conclusion, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie a ouvert un débat sur la visibilité et l'efficacité de l'expression publique des mouvements d'entraide.



Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Sociétés

1/ Accompagnement des anciens buveurs excessifs

= antinomie et manque de clarté sur l'intitulé, en effet :

Anciens buveurs : qui ont connu la dépendance. Difficulté à s'arrêter : état de manque, sevrage.

Buveurs excessifs : pas encore dépendants physiquement mais pour lequel l'alcool pose problème à eux et à l'entourage. Pas conscients de leur problème (déni) : on ne les voit pas aux réunions.

Et de leur famille : le plus souvent ce sont le conjoint, les parents ou enfants mais quelquefois un ami, l'employeur etc... Dire plutôt : leur entourage.

2/ A la Croix Bleue, comment accompagnons-nous ?

- a) *La rencontre* : le 1^{er} contact : souvent par téléphone. Il arrive parfois que la personne vienne d'elle-même (annonce dans le journal...). Nous pouvons proposer une visite au domicile (ou dans un lieu neutre). Le but essentiel étant d'amener la personne vers le groupe.
La réunion :
Lieu unique ; on s'écoute, on peut vider son sac.
On est tous ensemble : buveur, entourage, sympathisants.
On écoute les témoignages : on s'identifie à celui qui s'en est sorti.
Organisation de réunions à thème : essentiel pour retrouver sa dignité et se reconstruire. Le chant fait aussi partie de nos réunions.
Rencontre festive : impliquer les gens. Faire la fête sans alcool.
- b) *Un outil en plus* : On propose l'engagement d'abstinence (qui est signé à 2 : le membre actif accompagnant et le buveur ; le membre actif et le solidaire (conjoint, parent, etc...) qui choisit l'abstinence pour, au début accompagner le malade, puis s'engage à son tour dans une vie sans alcool.
On grandit ensemble : le buveur et son conjoint.
- c) *Etre accompagné pour bien accompagner* : impulsion au niveau national.
❖ formation continue : analyse de notre pratique d'accompagnement.
❖ formation initiale des nouveaux membres actifs.
- d) *Les centres de postcure (CSSR)* : créés dans les années 60/70 par la Croix Bleue pour la Croix Bleue.

3/ Politique de la lutte contre l'alcoolisme

Importance d'une loi ?

Plutôt accentuer la prévention vers le grand public sur :

- les dangers de l'alcool – existe déjà.
- bousculer les esprits : ex. : télé ou radio : difficile d'avoir une recette sans alcool !!
- nous y associer :

* notoriété des associations : de nombreuses personnes ne savent pas où s'adresser quand elles sont confrontées à un problème alcool pour elles-mêmes ou pour leur entourage.

* ne pas négliger l'aide financière pour les actions et le fonctionnement de nos structures : le siège est un fer de lance au niveau de l'animation de l'association. Or, on a de moins en moins de possibilités d'impulser de nouveaux programmes au niveau des sections locales.



Groupement d'Associations Fédérées de Lutte contre l'Alcoolisme

Siège Social :

6, rue de Breuschwickersheim
67117 ITTENHEIM
☎ 03 88 69 12 46

Secrétariat Général :

12 rue des Fontaines Feuillées
35600 REDON
☎ 02 99 72 43 82

ACCOMPAGNEMENT DES ANCIENS BUVEURS EXCESSIFS ET LEURS FAMILLES

Situation actuelle sur ce thème :

Pour la Fédération Nationale des Amis de la santé, il ne fait aucun doute que la situation de l'accompagnement des anciens buveurs excessifs et leurs familles est en très nette dégradation, ceci en raison du manque de moyens de fonctionnement d'une part et d'un manque de reconnaissance d'autre part.

Nos associations affiliées, entièrement constituées de membres bénévoles, se trouvent depuis quelques années, soumises à une restriction de moyens, pour ne pas dire une suppression.

Nos militants interviennent aux différents stades de la démarche de soins auprès des malades et de leurs familles :

Avant le sevrage : (sur appel de la personne elle même, de la famille, d'un proche, d'un médecin, d'un service social ou autre...).

Pendant le sevrage ou la cure : auprès du malade (par des visites, des appels), auprès de la famille (par visites ou invitations aux réunions).

Après le sevrage : lors de visites à domicile, de démarches d'ordres divers, de réunions, de groupes de parole, d'activités diverses.

Les déplacements multiples et le temps consacré sont d'ordres divers, comme bien sûr, le côté « *thérapie* », le côté information, mais également et de plus en plus, des démarches administratives, de réinsertion, d'aides de toutes natures (sauf financière), de soutien aux malades, aux conjoints, aux enfants, voire aux parents.

La dégradation de la situation actuelle, se situe au niveau d'une démobilité des militants qui sont bénévoles mais pas « *pigeons* », car s'ils sont prêt à investir de leur temps, ils le sont moins pour y être de leur poche, ce qui est bien compréhensible.

Cette situation de dégradation a pour origines :

- a- **le désengagement total de financement par la CAF** (caisse d'allocation familiale) alors que certaines de nos actions de terrain consistent en un travail de réinsertion, tant dans le contexte familial que professionnel et de la société en général, par des opérations comme l'accompagnement scolaire pour les enfants en difficultés, l'aide en nature (vêtements, mobilier, etc...), l'assistance dans les démarches administratives. N'oublions surtout pas les graves problèmes de surendettement dont les premières victimes sont les membres de la FAMILLE ; certaines de ces actions, se pratiquent en collaboration avec d'autres associations ou organismes. N'oublions pas non plus le problème des séparations et divorces induit par le produit et qui pourraient, peut-être, être évités.

- b- **La transformation des subventions de fonctionnement en financements sur actions** : nous n'avons absolument rien contre les actions de préventions et d'informations, bien au contraire, puisque la Fédération Nationale des Amis de la Santé a incité ses associations affiliées à adhérer, dès le début, à ce type de démarche, car nous jugeons que si nous pouvons éviter par ce biais le parcours de galériens dans la dépendance au produit à une personne, il fallait absolument le faire.
La Fédération Nationale confectionne elle même sa documentation pour intervenir auprès des jeunes et dans le milieu du travail, et la met à disposition des associations départementales.
La Fédération Nationale organise également des stages de formation pour les intervenants dans le milieu scolaire, et rend compte aux organismes subventionneurs, tant au niveau national que départemental, de ses actions par le biais d'une plaquette bilan actions jeunes annuelle (ces actions sont faites en corrélation avec les directives du plan gouvernemental et ministériel).

- c- **L'absence d'un correspondant « technique » désigné** susceptible de nous aider dans les démarches administratives avec les DDASS, les CAF et toutes les autres administrations (justices, pénitentiaires, santé, éducation, sociales, etc.). Car les réseaux s'ils existent un petit peu partout sur le papier ne le sont pas toujours dans la réalité, ou, s'ils le sont, n'intègrent pas toujours les bénévoles associatifs. Ces bénévoles qui, toutefois sont bons pour palier quelques fois leurs *indisponibilités*.

Il ne faut pas oublier que notre vocation basique est l'accompagnement, et celle-ci, se trouve actuellement perturbée par le manque de moyens financiers. Un professionnel se fait rembourser ses frais de déplacements et son temps. Si nous passons énormément de temps, nous ne voulons pas en être de notre poche en ce qui concerne les frais engagés.

A titre indicatif, notre venue aujourd'hui et, comme par exemple, les réunions à la SFA nous coûtent sans que quiconque ne se préoccupe de savoir qui paye. Nous qui sommes délocalisés, comme le souhaite d'ailleurs le gouvernement, nous nous retrouvons perdants dans l'histoire.

Enfin, concernant les actions, je puis vous affirmer que les demandes sont de plus en plus nombreuses tant dans le milieu de la jeunesse (éducation nationale) que dans le monde du travail. Et nous devons prendre des mesures afin de satisfaire ces demandes, donc plus de formations, plus de documentations, plus de matériels pédagogiques, plus de temps et, bien sûr, plus de déplacements.

Propositions de mise en place d'Etats Généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme

La Fédération Nationale des Amis de la Santé est largement favorable à l'organisation d'Etats Généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme si les conditions ci-après recueillent un avis favorable de la part des organisateurs.

- **Tout d'abord – Eviter le montage d'une GRAND'MESSE fourre-tout pour se donner bonne conscience.**

- **Ensuite – Afficher une volonté délibérée pour aboutir à des projets et objectifs clairs, nets et précis dans un cadre de développement programmé fixant les étapes calendaires et les moyens en acteurs et finances.**

Si ces Etats Généraux devaient se limiter à une plate-forme d'enregistrement d'idées et de propositions se diluant dans le temps, il vaut mieux continuer à ignorer la base et agir comme cela se passe trop souvent sans consultation des acteurs militants du terrain. Vous avez le droit de considérer mes propos comme sévères, mais ceux-ci sont dictés par une expérience de plus de trente ans où nous entendons les mêmes discours qui se perdent dans l'anonymat.

Pour éviter cela, nous proposons un programme détaillé des Etats Généraux avec en priorité un Etat des lieux à partir duquel seront construits les points de l'ordre du jour au titre de toutes les carences relevées dans l'état des lieux.

Les points de l'ordre du jour devront être traités par les responsables des groupements nationaux de lutte contre l'alcoolisme sans exception faisant état de l'expérience du terrain sous forme d'exposé à limiter dans le temps, soumis à l'assistance pour discussion.

En fin d'enregistrement des intervenants, une synthèse devra être dégagée qui servira de définition des objectifs et des moyens. En procédant de cette manière, le contenu de la lutte contre l'alcoolisme au titre des carences sera largement évoqué.

Notre contribution à la politique de lutte contre l'alcoolisme en débat aux ETATS GENERAUX

La Fédération Nationale des Amis de la Santé insiste afin que le Code du Travail en son article L 232.-2 soit modifié.

L'article : Il est interdit d'introduire et de consommer de l'alcool dans une entreprise à l'exception du vin, de la bière et de l'hydromel.

Nous demandons aussi :

- Un contrôle plus sévère des boissons nouvellement mises sur le marché avec une réglementation stricte du conditionnement.
- La révision des prix des boissons non alcoolisées par rapport aux boissons alcoolisées qui sont vendues plus chères que les boissons alcoolisées.
- Le renforcement du contrôle de vente des boissons alcoolisées aux mineurs – grandes surfaces – stations service.
- Une formation de tous les responsables commerciaux au contact de la clientèle jeunes dans les discothèques, bars, stations service, débits de boissons, lors de manifestations.

INTERVENTION DE L'ASSOCIATION VIE LIBRE SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES ANCIENS BUVEURS EXCESSIFS ET DE LEUR FAMILLE.

A propos du thème du congrès, nous pensons d'abord qu'il faille faire attention au titre de celui-ci. Pour nous, mouvement d'anciens buveurs, le malade alcoolique (physiquement dépendant !) et le buveur excessif (qui a des comportements abusifs avec d'alcool) sont deux réalités très différentes qui ne s'appréhendent pas du tout de la même manière et envers qui les buts à atteindre sont différents (abstinence totale et définitive dans un cas, réduction de la consommation dans l'autre).

Par contre, l'étude d'outils pour repérer la différence entre les deux est intéressante.

Au niveau de la situation actuelle du problème, on parle beaucoup de polytoxicomanie ; c'est une réalité dans les sections de Vie Libre. Mais à côté de cette réalité, nous repérons qu'il continue d'exister sempiternellement en France, une population d'alcooliques « classiques », qui n'ont jamais touché aux autres drogues dures et quasiment jamais touché au cannabis. En ce sens, il faut être prudent avant de vouloir faire évoluer tout le dispositif thérapeutique vers l'addictologie car l'alcoolisme reste une réalité et une spécificité tout à fait singulière et réelle.

Dans l'accompagnement des familles, il semble y avoir en vogue chez ceux qui s'occupent de violences, la croyance suivante : « *l'alcool n'est qu'un facteur aggravant* ». Or nous constatons que très généralement lorsque dans un couple, le ou les membres alcooliques guérissent, les violences cessent. Dans les dysfonctionnements systématiques familiaux, l'alcool peut (et est souvent) le facteur monocausal, il a donc à être traité comme tel.

Par contre il y a quelques années, il était courant qu'à cause d'un problème d'alcool, les familles se séparent puis, après la guérison du malade, se ressoudent.

Aujourd'hui, cela nous semble de moins en moins vrai, après la guérison du malade, bien souvent chacun suit sa route, et les familles se recomposent.

Quel type de famille faut-il accompagner ?

Quand la famille se réunit, la personne qui n'était pas malade doit apprendre à vivre avec une autre personne : c'est toute une pédagogie à inventer.

Proposition pour la mise en place d'états généraux :

- ⇒ On ne peut pas être juge et parti. Si des états généraux doivent se tenir, il est absolument anormal (et il serait nocif) que les professionnels de l'alcool soient invités.
- ⇒ Cette remarque vaut aussi pour les organisations qu'ils ont créées (par exemple l'association « Entreprise et Prévention »).
- ⇒ Certaines populations spécifiques, et très en lien avec l'alcool, doivent être prises en compte :
 - Ⓞ Prisonniers (dont 50 % sont en prison pour un motif qu'ils ont fait en étant ivre),
 - Ⓞ SDF, qui sans réinsertion, rechutent de manière quasi systématique après les soins.
- ⇒ L'éducation des cadres et représentants syndicaux à la prise en compte de l'alcoolisme nous semble également être une priorité.
- ⇒ Les interventions dans les milieux scolaires sont à prendre en compte, non seulement dans leur aspect « prévention » mais aussi sous l'aspect que grâce à ce qu'y entendent les élèves, des choses sont dites et débattues à l'intérieur des familles.



ALCOOLIQUES ANONYMES

Bien sûr, le plus souvent, nos interventions sont **complémentaires** d'autres traitements, nous ne devons pas le perdre de vue. Aussi une bonne articulation avec les autres partenaires est elle extrêmement importante.

▪ quels partenaires

Dans ce souci de complémentarité, nous nous sommes réjouis des recommandations de l'ANAES (**conférences de consensus** 1999 et 2001) :

Entre guillemets

« Les mouvements d'entraide doivent être impliqués dès le temps du sevrage »

« La rencontre avec un mouvement d'entraide doit toujours être proposée aux patients alcoolodépendants ».

Nos groupes d'entraide sont inscrits aujourd'hui dans le **réseau** d'aide alcoologique et se trouvent déjà relativement bien impliqués, en particulier dans les structures d'alcoologie ambulatoires et hospitalières.

Nous nous efforçons de garder à l'esprit le **respect** le plus strict des limites et **des compétences** de chacun : nos membres ne donnent pas de conseils médicaux, ne s'improvisent pas psychologues, confesseurs ou avocats.

Notre objectif principal reste l'**abstinence continue**, totale, pas seulement en tant que telle, mais, surtout, **comme outil** de la restructuration de la personne. Nos membres vont, petit à petit, reprendre toute leur place dans la société, le monde du travail, la vie familiale et peut être un jour, à leur tour, venir renforcer le **tissu associatif** existant.

II – « Quelles sont vos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ? »

▪ Qui sommes-nous ? :

“ Les Alcooliques Anonymes sont une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir.

Le désir d'arrêter de boire est la seule condition pour devenir membre des AA. Les AA ne demandent ni cotisation ni droit d'entrée ; nous nous finançons par nos propres contributions.

Les AA ne sont associés à aucune secte, confession religieuse ou politique, à aucun organisme ou établissement ; ils ne désirent s'engager dans aucune controverse ; ils n'endossent et ne contestent aucune cause.



ALCOOLIQUES ANONYMES

Accompagnement des anciens buveurs excessifs et de leurs familles.

I – « D'après vous, quelle est la situation actuelle ? »

Notre association, ALCOOLIQUES ANONYMES, vient en aide aux malades alcooliques et un mouvement parallèle, les groupes familiaux ALANON / ALATEEN, aide leur entourage.

Toutes les associations d'aide aux malades ont un rôle reconnu, maintenant, une vraie place dans le paysage de la Santé en France : elles représentent un apport non négligeable de bénévoles .

Si une **évaluation chiffrée** de notre travail est bien difficile (il ne semble pas exister de chiffres au niveau national), une **efficacité** bien réelle peut se mesurer dans **l'accompagnement du malade alcoolique** en termes

- d'abstinence
- de qualité de vie
- de réduction des coûts

▪ Notre action

Notre action peut prendre la forme d'un **accompagnement individuel** du malade.

Il s'agit surtout de **réunions de groupe** où s'élabore un travail de réflexion personnelle et de communication avec les autres. Un programme de rétablissement individuel en douze étapes est proposé, basé sur une littérature spécifique. Le plus tôt possible, on encourage vivement le malade à participer à la vie de l'association, à être acteur, partie prenante, décideur de son destin.

Deux grandes caractéristiques démarquent les associations :

- l e **bénévolat** et la disponibilité **gratuite** de ses membres
- l'accompagnement du malade, et parfois de son entourage, **sans limitation dans la durée.**

Parmi les **valeurs fortes** développées par l'adhésion à une association, retenons l'entraide liée à une atmosphère de convivialité et de partage, l'échange par un travail d'écoute et de communication, la déculpabilisation du malade, sa valorisation et sa responsabilisation et, enfin, une approche globale de la personne dans toutes ses dimensions humaines : physique, mentale (voire spirituelle), sociale, familiale.

Des groupes destinés à l'entourage existent depuis de nombreuses années et sont à même de fournir à la **famille** un lieu de soutien, un temps de réflexion et des pistes pour un re-ajustement de ses fonctionnements. Ceci à travers des réunions conjointes et/ou des groupes spécifiques (groupes familiaux ALANON/ALATEEN).



ALCOOLIQUES ANONYMES

Notre but premier est de demeurer abstinent et d'aider d'autres alcooliques à le devenir ».

Actuellement il existe plus de 100.000 groupes dans le monde entier qui représentent 2 millions de membres . En France, on compte plus de 600 groupes. Nous avons une permanence téléphonique qui fonctionne 24 heures sur 24 :

0820 ECOUTE.

Ce que fait A.A.

1. Nous partageons notre expérience de rétablissement avec tous ceux qui demandent de l'aide pour leur problème d'alcool.
2. Notre programme de rétablissement en 12 étapes nous propose un nouveau mode de vie sans faire usage d'alcool. Le programme AA est un programme spirituel et non religieux : grâce à ce programme, nous nous remettons en question, nous apprenons à savoir qui nous sommes, comment nous fonctionnons : c'est vraiment une ouverture d'esprit ; nous changeons de comportement : au lieu de fuir dans l'alcool, nous essayons de devenir adulte.
3. Les réunions AA sont de deux sortes :
 - Les réunions ouvertes aux alcooliques et non-alcooliques concernés par ce problème, au cours desquelles un AA parle librement de son expérience en tant qu'alcoolique ; ensuite est proposé un partage sur un thème du programme ou sur une difficulté personnelle.
 - Les réunions fermées, réservées aux seuls alcooliques, qui se déroulent de la même façon.

Ce que A.A. ne fait pas :

1. AA ne porte pas de diagnostic médical ou psychiatrique et ne donne pas d'avis sur les traitements et médicaments.
2. AA ne dirige ni hôpitaux, ni centres de soin ou de sevrage ; il ne procure ni logement, ni travail, ni argent, ni toute autre aide sociale.
3. AA n'accepte pas d'argent de l'extérieur. Il fonctionne grâce aux contributions volontaires de ses membres.

AA repose, comme son nom l'indique, sur le principe de l'ANONYMAT : les membres n'ont pas honte d'appartenir aux Alcooliques Anonymes, ils ne veulent qu'encourager plus d'alcooliques à demander de l'aide.



ALCOOLIQUES ANONYMES

Nous essayons **d'être présents** partout où souffrent des alcooliques (centres de soins, établissement pénitentiaires) et **de nous faire connaître** .

▪ Quelles propositions ? :

« ...nous n'endossons ni ne contestons aucune cause... »

Prévention primaire

Alcooliques Anonymes fait peu de prévention primaire, c'est à dire qu'il n'est pas de notre ressort de chercher à éviter que des comportements à risque d'aujourd'hui ne conduisent demain à avoir des problèmes sérieux avec l'alcool.

En particulier, en direction des jeunes, il ne nous semble pas judicieux de porter notre témoignage dans un collège ou un lycée. La démarche se devrait d'être pluri partenariale, durable dans le temps, globale. Nous pensons qu'il vaudrait mieux sensibiliser les adultes de la communauté éducative (enseignants, administratifs, surveillants, personnels d'entretien, de cantine, concierge, infirmière, assistante sociale, médecin scolaire, parents d'élèves, policiers ...) appelés « adultes-relais ».

Un partenariat avec les antennes locales de **Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie** peut être bénéfique tant au stade de la réflexion qu'au stade de l'action.

Prévention secondaire

C'est là notre principal pôle d'action, puisqu'il s'agit d'aider les personnes en difficulté avec l'alcool, parmi lesquelles les personnes dépendantes que nous nommons « alcooliques ».

Prévention tertiaire

Le thème même de l'audition d'aujourd'hui -« l'accompagnement des **anciens buveurs** excessifs et de leurs familles » - nous renvoie à la prévention tertiaire, celle qui vise à ce que les personnes ayant été malades de l'alcool, mais qui se sont soignées et qui vont bien, ne replongent pas. C'est aussi une des raisons d'être de nos réunions que de maintenir notre abstinence.

Alors, quelles propositions ?

Comme vous le voyez, nous ne sommes pas des professionnels, nous n'avons que notre propre expérience.

Dès la lecture de notre définition, vous sentez une très forte tradition d'autonomie, de non-affiliation. Toute collaboration avec vous ne peut être que ponctuelle : aussi n'avons-nous voulu ici que vous partager quelques unes de nos pistes de réflexion.

Alcool assistance - La croix d'or

ETATS GENERAUX DE LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Compte tenu de l'évolution du vocabulaire alcoologique lors de ces 10 dernières années il nous semble d'emblée que la définition même de l'intitulé proposé doit être corrigée, car lorsque l'on est au contact du terrain de la souffrance sociale, il est indéniable que selon ces termes elle persiste à désigner avec une connotation de culpabilisation, les personnes qui en souffrent. Il nous semble qu'il serait préférable d'employer « Prévention et soins de la maladie alcoologique » si l'on veut vraiment permettre à ceux ou celles « personnes dépendantes de l'alcool » de sortir de leur isolement social et du sentiment de honte et de culpabilité qu'induit naturellement cette maladie et faire aussi diamétralement changer le regard de ceux qui les entourent qui n'est fait que de représentations sociales erronées et obsolètes. Il en est de même en ce qui concerne l'appellation des associations que l'on s'est accordé à ne plus nommer « d'anciens buveurs » ou « néphalistes » mais « Mouvements d'entraide » comme c'est le cas depuis de très nombreuses années dans les pays anglo-saxons (Self aid groups) dont un certain nombre sont formés en Alcoologie et relation d'aide comme ceux d'Alcool Assistance, et se voient confiées des fonctions de soignants auxiliaires dans les services hospitaliers spécialisés ou dans les centres de soins privés.

Ce changement sémantique participerait à notre avis à favoriser la communication, ouvrir le dialogue et favoriser l'accès et l'accueil de ces personnes en difficulté par les différents acteurs de terrain de l'alcoologie qui sont en mesure actuellement de les recevoir, les informer objectivement et les accompagner progressivement vers les soins adéquats que nécessite leur état.

Le monde de l'Alcoologie national est riche d'une quantité d'organisations médicales, sociales, associatives, qui, si leurs actions ont le mérite de répondre au coup par coup dans leur spécialité, aux conséquences des différentes situations d'alcoolisation, pathologiques ou sociales, restent isolées dans leur domaine et ne connaissent que très rarement de coordination entre elles.

Un gros effort reste à fournir pour établir une communication entre elles, faciliter l'échange des connaissances et la mise en commun des pratiques par le développement d'un réel travail en réseaux. En effet aucune d'entre elles n'est en mesure de répondre seule aux multiples effets de cette maladie bio-psycho-sociale aux multiples et souvent graves conséquences.

On dénombre un certain nombre de sociétés savantes ou associations de professionnels, des organismes sociaux territoriaux dont le personnel est quotidiennement confronté à des situations d'alcoolisation quelquefois graves mais qui n'a ni les moyens, ni la formation pour y faire face.

Le nombre des médecins alcoologues reste encore très restreint.

L'offre de soins spécialisés et extrêmement limitée et les délais d'attente sont beaucoup trop longs faute du nombre très insuffisant de lits spécialisés et des refus d'ouverture qui sont opposés aux praticiens expérimentés qui présentent des dossiers de création.

Il convient d'évoquer ce que certains ont nommé « le butinage thérapeutique », phénomène consistant pour les sujets alcoolodépendants à aller d'un médecin à l'autre, c'est pourquoi l'avènement du « Médecin traitant » nous paraît tout à fait adapté à cette maladie, précisant que celui-ci ne pouvant assurer le suivi de sa prescription doit travailler en partenariat avec un bénévole d'association qui accompagne le patient dans sa décision personnelle de recourir à des soins adaptés.

Le problème du suivi à l'issue des soins par les établissements les ayant prodigués reste encore aléatoire et le problème récurrent « des perdus de vue » demeure et est très souvent évoqué.

Cette situation regrettable pourrait être efficacement évitée si la recommandation de fréquenter un mouvement d'entraide était plus formellement spécifiée.

De ce fait les cas de réalcoolisation sont encore nombreux et de plus, on constate un déficit important des établissements de post cure qui seraient nécessaires pour prolonger le travail psychologique souvent indispensable, pendant plusieurs semaines, pour certains malades.

Lorsque l'on est dépendant de l'alcool aujourd'hui où peut-on s'adresser ?

Où peut-on s' informer objectivement et être accompagné vers les soins adéquats que nécessite cet état.

Les lieux de recours, d'accueil, de permanences nous semblent encore très confidentiels que ce soit pour les personnes dépendantes elles-mêmes mais encore plus pour leurs entourages, désireux d'aider mais, qui dans leur honte sociale, n'osent souvent pas se livrer pour connaître les possibilités qui s'offrent à eux.

Il convient de préciser qu'en dehors des injonctions thérapeutiques (travail, justice), ce sont dans 80% des cas l'entourage ou les proches du malade qui font la première démarche d'investigation, puis d'information concernant les recours possibles, sur la relation d'aide qu'ils ne peuvent apporter eux-mêmes, et les différentes offres de soins, ambulatoires ou résidentiels.

De son aveu même ce public ne se sent pas écouté ou soutenu de façon attentive et notre mouvement offrant depuis 1974 l'accueil de « ses groupes ENTOURAGE » de plus en plus nombreux, a vu croître de façon significative le nombre des consultants par cet intermédiaire.

Il nous paraît capital de développer les lieux d'écoute spécialisés, car ces personnes « malades de l'alcool, sans jamais avoir bu » ont besoin de savoir le pourquoi de la maladie, la progressivité de l'intoxication, la survenance de l'alcoolodépendance, pour comprendre, accomplir leur retournement et devenir des acteurs efficaces dans la décision de soins de leur malade et pouvoir créer les meilleures conditions de la réinsertion et de la reprise de la vie familiale et sociale dans la situation nouvelle qu'exige l'abstinence.

C'est la raison pour laquelle les mouvements d'entraide, au-delà de leur rôle d'information, d'aide et d'accompagnement aux soins, organisent des activités conviviales, festives, sportives, culturelles en sorte d'intégrer les nouveaux abstinentes et leurs familles dans ces manifestations qui représentent une aide significative à la reprise de la vie sociétale dont les uns et les autres ont été longtemps privés.

Il semble naturel à priori d'avoir recours à son médecin généraliste, mais on s'aperçoit que peu d'entre eux ont reçu la formation, même élémentaire, dans cette discipline et ont de ce fait des difficultés à « oser parler » de son problème à leur patient (de peur souvent de le perdre) et d'entreprendre avec lui la relation d'aide qui est nécessaire pour une prise de conscience objective de sa consommation excessive et souvent encore bien moins de l'urgence que requiert son état de dépendance et enfin provoquer l'indispensable désir de changement préalable à toute décision personnelle de soins.

Il existe un certain nombre de CSAPA (anciens CCAA) dont le nombre, malgré les promesses faites pour en avoir au moins UN POUR 100000 habitants, reste toujours notablement insuffisant.

De plus ces centres, pour cause d'engorgement, ne peuvent pas répondre suffisamment rapidement dans le temps, proposant des délais de rendez-vous allant quelquefois jusqu'à plusieurs semaines.

Il convient de savoir à cet effet que si le malade alcoolique met souvent très longtemps à se décider à entreprendre sa démarche, même après une longue période d'alcoolisation, il est important de répondre rapidement à sa demande lorsqu'il parvient enfin à l'exprimer.

Compte tenu de cette situation il est donc également difficile de trouver auprès de ces centres, si compétents soient-ils, le suivi que nécessite le malade avant, pendant et après ses soins.

Il est de plus regrettable et préjudiciable que ces centres ne soient pas plus ouverts au partenariat et n'acceptent pas dans de nombreux cas de travailler avec les bénévoles des mouvements

d'entraide qui par leur disponibilité pourraient apporter une continuité dans le temps et relayer efficacement dans l'esprit les recommandations des professionnels.

Lorsque l'on examine cet état des lieux, on peut considérer que la fonction crée l'organe et que si les mouvements d'entraide et d'action sociale sont nés (Croix Bleue, Alcool Assistance, Vie Libre Alcooliques Anonymes et tous les autres mouvements corporatistes ou professionnels) c'était bien pour combler ce vide social dans les différents domaines que sont :

L'aide et l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool.

Avant les soins

C'est le but fondamental primordial fixé par nos fondateurs.

Il faut considérer que dès qu'un contact est établi avec une personne en difficulté, il faut créer un climat privilégié d'accueil sans jugement qui permettra de faire diminuer sensiblement son inquiétude et son sentiment d'incapacité à régler seul son problème.

Il faut amener la personne à prendre conscience que sa dépendance est une maladie. Pour cela avec des mots simples nous devons lui expliquer les mécanismes successifs de l'intoxication progressive due à une consommation exagérée, et à la survenue de l'Alcoolodépendance.

L'écoute active, les mots justes et les témoignages positifs sont les outils essentiels pour créer la relation d'aide qui conduira progressivement au changement de comportement.

Avec l'aide de nos partenaires des réseaux, nous devons guider la personne, sans l'influencer vers sa démarche personnelle de demande de soins. A partir de ce moment le choix lui est offert, dans un premier temps de réduire sa consommation et de s'essayer à l'abstinence, de changer son mode de vie avec comme perspective un mieux être dans sa personnalité et sa vie.

Pendant les soins : Rompre l'isolement avec l'extérieur.

La courte période du sevrage doit être suivie d'un accompagnement psychologique plus ou moins long suivant les sujets. La 1^o Conférence de Consensus de la SFA a montré dans un constat randomisé que la fréquentation d'un bénévole, ancien malade, au décours des soins pouvait influencer très favorablement le maintien de l'abstinence et assurer une préparation à la réinsertion.

Après les soins : deux étapes, la vie sans alcool, la vie hors alcool.

Comme on a pu le constater l'intervention des centres de soins publics ou privés a ses limites dans le temps et c'est à ce stade que le rôle d'accompagnant des bénévoles des mouvements d'entraide révèle son utilité pour accompagner les nouveaux abstinentes, qui, confrontés à nouveau aux réalités d'un environnement qui n'a pas changé, doivent trouver les repères de leur vie nouvelle sans alcool.

Les mouvements contribueront utilement à combler les espaces de temps, laissés libres du fait de la non consommation, par la fréquentation de ceux « pareils » qui ont surmonté en leur temps, ce moment difficile.

Le groupe de parole permettra de parfaire le travail psychothérapeutique commencé pendant les soins, permettant au nouvel abstinent de trouver ou retrouver par sa propre affirmation, la reconquête et l'estime de soi et par un travail sur lui-même sa capacité à élaborer son projet de vie hors alcool.

Si l'on ne souhaite pas parler de valeur de l'exemple, la réussite des plus anciens montre que ce qui semblait inaccessible devient possible.

N OS PROPOSITION S POUR LA MISE EN PLACE **D'ETATS GEN RAUX**

De très nombreux groupes de travail se sont réunis depuis de nombreuses années autour des problèmes de ce grave problème de santé communautaire que pose la consommation excessive d'alcool et du nombre restant cependant stationnaire des sujets alcoolodépendants et aussi du nombre des décès qui en découle directement ou indirectement.

Cela induit l'idée que si on a enregistré une baisse significative de la consommation du vin, les modes de consommation ont évolué vers vers d'autres alcools, plus fort en degrés et auprès de consommateurs dont l'âge moyen a baissé lui aussi.

On peut aujourd'hui considérer que si les résultats de ces études, pris isolément, auraient pu chacun contribuer à l'élaboration d'une politique nationale de Santé Publique spécifique « Alcool » ni leur mise en commun, ni leur consolidation n'ayant été réalisées, leurs recommandations n'ont pas trouvé d'application concrète, faute d'avoir réunis ensemble les différents acteurs de terrain qui en se connaissant en mettant en commun connaissances et compétences et travaillant en réseaux auraient pu les développer.

On peut citer en particulier les différentes études de la MILD T dont le rapport RA SCA S traitant de la politique de prévention et d'éducation pour la santé par le biais de la formation de nouveaux animateurs en particulier auprès du milieu scolaire.

Les deux conférences de consensus de la SFA de 1999 et 2001, traitant du soin du malade alcoolique et de son accompagnement.

La publication du rapport sur l'usage et la mésusage présenté à Reims par le Dr. Alain RIGA UD dans le cadre des journées de la SFA ;
Ce ne sont pas les études qui font défaut, il conviendrait simplement de réunir les différents acteurs qui pourraient en concertation les activer chacun dans sa compétence.

En conséquence si la mise en place d'états généraux est tout à fait souhaitable, il est indispensable qu'elle concerne l'ensemble des

NOS PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PLACE D'ETATS GENRAUX

De très nombreux groupes de travail se sont réunis depuis de nombreuses années autour des problèmes de ce grave problème de santé communautaire que pose la consommation excessive d'alcool et du nombre restant cependant stationnaire des sujets alcoolodépendants et aussi du nombre des décès qui en découle directement ou indirectement.

Cela induit l'idée que si on a enregistré une baisse significative de la consommation du vin, les modes de consommation ont évolué vers d'autres alcools, plus fort en degrés et auprès de consommateurs dont l'âge moyen a baissé lui aussi.

On peut aujourd'hui considérer que si les résultats de ces études, pris isolément, auraient pu chacun contribuer à l'élaboration d'une politique nationale de Santé Publique spécifique « Alcool » ni leur mise en commun, ni leur consolidation n'ayant été réalisées, leurs recommandations n'ont pas trouvé d'application concrète, faute d'avoir réunis ensemble les différents acteurs de terrain qui en se connaissant en mettant en commun connaissances et compétences et travaillant en réseaux auraient pu les développer.

On peut citer en particulier les différentes études de la MILDT dont le rapport RASCAS traitant de la politique de prévention et d'éducation pour la santé par le biais de la formation de nouveaux animateurs en particulier auprès du milieu scolaire.

Les deux conférences de consensus de la SFA de 1999 et 2001, traitant du soin du malade alcoolique et de son accompagnement.

La publication du rapport sur l'usage et la mésusage présenté à Reims par le Dr. Alain RIGAUD dans le cadre des journées de la SFA ;

Ce ne sont pas les études qui font défaut, il conviendrait simplement de réunir les différents acteurs qui pourraient en concertation les activer, chacun dans sa compétence.

En conséquence si la mise en place d'états généraux est tout à fait souhaitable, il est indispensable qu'elle concerne l'ensemble des disciplines oeuvrant sur le terrain de l'Alcoologie et de l'Addictologie, et permette l'expression de tous les acteurs spécialisés :

-alcoologues, médecins généralistes, établissements de soins publics et privés, personnels soignants, psychothérapeutes, personnel et services sociaux, mouvements associatifs, responsables politiques nationaux et territoriaux.

Les dispositions du Plan gouvernemental 2004/2008 dans ses recommandations offre de nombreuses et très intéressantes pistes de travail, encore faudrait-il que les représentations, le cloisonnement corporatif, le clivage bénévoles/professionnels, le manque récurrent de moyens financiers de mise en œuvre cessent d'empêcher sa réelle mise en œuvre.

La première et capitale démarche doit être la prise en compte du fait révélé que nos concitoyens n'ont pas conscience des dangers de ce qu'ils consomment.

Il est donc urgent d'entreprendre un programme national d'EDUCATION POUR LA SANTE « Alcool » tel qu'il est préconisé dans le plan en donnant aux consommateurs des points d'information de proximité en nombre suffisants.

On peut constater en effet que si les campagnes successives, plus ou moins pertinentes qui ont été réalisées par le CFES si elles ont été très largement diffusées (à grands frais) elles ont souvent été moralisatrices, n'ont fait l'objet d'aucune concertation préalable des acteurs de terrain, n'ont pas offert de possibilités de renseignements au public qui s'est senti concerné et n'ont à notre sens pas été évaluées.

Il convient aujourd'hui :

-de donner d'une façon pragmatique l'accès à une information personnalisée, tant aux personnes en difficulté qu'à leurs entourages familial et professionnel.

- D'élaborer une réelle politique de prévention et de réduction des risques telle qu'elle est proposée dans le plan, dès l'âge scolaire et il faut pour cela un débat de fond avec les responsables de l'Education Nationale. Cette politique doit être adaptée au milieu du travail dans lequel une très importante demande est en train de s'exprimer, (réduction de l'absentéisme, des journées de congés/maladie, du taux élevé des accidents du travail.)
- D'encourager et d'apporter les moyens financiers nécessaires à la formation d'un nombre suffisant d'animateurs de prévention, professionnels et bénévoles.
- De faciliter l'accès aux soins par la création de nouveaux lits d'hospitalisation résidentielle ou hospitalière.
- de poursuivre activement la création des unités de liaison hospitalières qui ont donné malgré leurs effectifs limités d'excellents résultats.
- D'accélérer la formation continue des médecins de ville encore trop peu nombreux à donner la réponse adaptée.
- Développer le principe de l'intervention brève qui si elle n'est pas la panacée a permis une avancée. Lesd recommandations des conférences de consensus contiennent tout ce qu'ils doivent savoir pour être plus efficace dans le dépistage, l'accompagnement aux soins et le suivi de l'abstiné.
- Créer ou accréditer des formations spécialisées, sinon diplômantes, au moins qualifiantes.
- Ouvrir sur les effectifs des mouvements d'entraide qui peuvent offrir un personnel bénévole qualifié pour peu qu'on lui alloue les moyens qui représente en équivalent « emplois plein temps » une main d'œuvre de terrain nombreuse, disponible en permanence et dont le coût fixe reste avantageux , même si un effort significatif doit être envisagé pour leur financement à l'heure actuelle ridiculement modeste par rapport à l'équivalence d'emplois plein temps que représentent leurs diverses interventions.
- Les constats sur l'état des lieux de l'alcoolisation dans notre pays est suffisamment accablant pour qu'on ne laisse plus se développer certains monopoles de fait. Il y a un travail de terrain et de proximité considérable à accomplir, notre souhait est que les états généraux envisagés permettent de dresser un inventaire exhaustif des acteurs et qu'en considération des connaissances, compétences et capacités de chacun, son rôle soit clairement défini , d'une part pour répondre aux attentes aujourd'hui mal satisfaites du public en difficulté et d'autre part en conformité avec les missions clairement définies des institutions en charge de sa mise en œuvre.

Il semble très étonnant que ce problème d'Alcool dont on parle en tant que maladie depuis les années 50 (Pierre FOUQUET) reste encore aujourd'hui la 3^e cause nationale de mortalité dans notre pays et nous suggérons comme nous l'avions déjà formulé que « la maladie alcoolique » soit enfin considérée « grande cause nationale », ce serait très certainement un moyen efficace pour une prise de conscience générale des dangers et des coûts directs et indirects énormes qu'elle génère.

Sachant qu'à l'exception du Nord/Pas de Calais tous nos députés sont les élus de départements ou régions producteurs de vins et d'alcools, comment verront-ils cette grande cause dans l'atteinte qu'elle pourrait porter aux intérêts colossaux d'une partie de leurs électeurs pour sauvegarder l'intérêt général. C'est bien la raison pour laquelle il convient que leur représentants soient concernés dans le débat des Etats Généraux pour fixer d'un commun accord les limites dans lesquels ils doivent être tenus.

C'est de plus ce qui marquera la différence avec la Loi EVIN , certes animée de bonnes intentions, mais don(t les dispositions prises sans concertation à l'encontre des deux plus importants lobbies financiers qu'étaient la production alcoolière et la publicité ne pouvait qu'être mise en échec du fait même de sa présentation.

Soyez assurés que pour la part qu'on lui a reconnue, notre association saura comme elle le fait depuis de nombreuses années, poursuivre son action de terrain dans les domaines qui lui ont été dévolus par sa reconnaissance d'utilité publique (1966) son agrément Jeunesse et Sports et éducation populaire et son agrément d'organisme de formation :

- Aide et Accompagnement des personnes en difficulté avec l'Alcool et leurs entourages.
- Sensibilisation aux risques de la consommation excessive d'alcool et autres produits psychoactifs auprès des jeunes dès l'âge scolaire et auprès des populations actives des Entreprises.

**Séance « Alcool et prévention »
du 23 mars 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Contribution INPES

Contribution DESCO

Contribution Programme « Boire moins c'est mieux »

Contribution La Mutualité française

Contribution La Mutuelle des Etudiants

Contribution La Mutuelle étudiante

Séance « Alcool et prévention »
Personnes auditionnées
Réunion du 23 mars 2005

Damien BERTHILIER – La mutuelle des étudiants

Nicole CHAUSSIN - Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales

Patrick ELINEAU - Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Annie KRYNEN - Mutualité Française

Philippe LAMOUREUX – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Céline MARTINEZ – La mutuelle des étudiants

Philippe MICHAUD – Association Boire Moins C'est Mieux

Christiane VEYRET - Ministère de l'Education nationale/Direction de l'enseignement scolaire

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société
Bureau des pratiques addictives
Personnes chargées du dossier
Nadège LAROCLETTE
Dr Dominique MARTIN
Tél. : 01 40 56 51 62/54 68
Fax : 01 40 56 40 44
Mail : nadege.larochette@sante.gouv.fr
dominique.martin@sante.gouv.fr

D.05.222

Paris, le 30 MAR. 2005

**COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT
SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"**

**Auditions du 23 mars 2005 sur la thématique
« Alcool et Prévention »**

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Ruth Gozlan et Michel Massacret (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Philippe Lamoureux et Pierre Arwidson (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Isabelle Faibis (Direction de la Sécurité sociale), Christiane Veyret (Ministère de l'Education nationale - DESCO), Annie Krynen (Mutualité Française), Patrick Elineau (ANPAA), Philippe Michaud (Boire Moins C'est Mieux), Nicole Chaussin (USEM), Damien Berthilier et Céline Martinez (LMDE), Bernard Basset - Pascal Mélihan-Cheinin - Nadège Larochette - Dominique Martin (Direction générale de la santé – Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Marianne Storogenko (Direction de la sécurité sociale), Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Emmanuelle Double (DGDDI - Bureau F3), Jean-Baptiste Herbet (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Frédéric Delport (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin).

En introduction, Mme Jeandet-Mengual, Présidente du comité de pilotage, rappelle le contexte de cette réunion et présente les modalités de l'élaboration du rapport prévu à l'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ainsi que les thèmes des auditions prévues. La réunion de ce jour a ainsi pour objet de procéder aux auditions de plusieurs institutions, associations et mutuelles sur le thème « Alcool et Prévention ».

Dans un premier temps, les partenaires ont exposé leur position sur la situation actuelle, en France, de cette thématique (cf. : documents ci-joints). Plusieurs éléments font consensus :

- les actions de prévention, mises en place actuellement en France, se situent dans le contexte de baisse continue de la consommation d'alcool depuis plusieurs années ; cependant la situation générale reste difficile car elle est liée à la grande complexité du sujet alcool et aux contraintes politiques, économiques et culturelles particulièrement présentes dans la société française ;

- par ailleurs, les stratégies des producteurs viennent renforcer ces difficultés en utilisant des techniques d'influence une argumentation basée sur la valorisation de la consommation modérée d'alcool, la responsabilité individuelle du consommateur et l'autodiscipline de l'industrie par le biais de codes de bonne conduite. Cette stratégie va à l'encontre de la protection par la réglementation, et s'appuie sur des messages ambigus et des moyens financiers conséquents ;
- en revanche, les actions de prévention, mises en œuvre par les partenaires institutionnels et mutualistes, valorisent une approche globale intégrant les notions de continuum dans le risque et tendent à corriger la présentation des producteurs qui cherchent à séparer les personnes dépendantes du reste de la population ;
- l'objectif affirmé est de réduire la consommation moyenne de la population, de prévenir les conduites à risques et de sensibiliser le public aux repères sur les seuils de risque ;
- la prévention alcool en direction des jeunes est une priorité partagée. Elle porte en particulier sur la sécurité routière et les actions en milieu festif

La deuxième partie de la réunion a été consacrée à la discussion sur l'opportunité de la mise en place d'états généraux consacrés à la "lutte contre l'alcoolisme". Les opinions sur ce sujet sont unanimement en faveur de la création d'Etats généraux. Ces derniers sont perçus comme une occasion unique de donner la parole aux citoyens et, de favoriser le débat public. Les propositions portent sur les différentes méthodes qui pourraient être mises en œuvre pour préparer ces Etats généraux comme des enquêtes préliminaires, des recueils d'informations préalables, des collèges thématiques.



Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Société

Prévention

Audition dans le cadre de la préparation des Etats généraux de prévention de l'alcoolisme

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

- Différentes approches préventives
- Stratégies des producteurs
- Stratégies de l'INPES
- Position de l'INPES sur l'opportunité et l'organisation des EGA

Approches préventives

Axe	Principes	Actions préventives	Exemples
Libéral	Choix éclairé de l'individu	Information, sensibilisation du public et des professionnels	Campagne médiatique Document de prévention
Protecteur	Environnement favorable à la santé	Par voie législative et réglementaire	Taxes élevées Taux d'alcoolémie légale au volant Faible disponibilité (heures de vente, âge légal d'achat)
Mixte	Environnement favorable à la santé	Initiatives individuelles ou collectives	Défi brestois (3 jours sans depuis 84) Intervention brève des généralistes

Approches préventives « alcool »

- Contexte favorable : baisse continue de la consommation d'alcool (vin ↓)
- Analyse internationale récente (Babor 2003)
 - Les + efficaces : axe protecteur (prix fort, disponibilité faible, taux d'alcoolémie volant faible)
 - Interprétation : s'appliquent à tous, en tous lieux et en permanence
 - Le + faisable : dépend des contraintes politico-économiques et culturelles

Officines d'influence

- Différentes approches préventives
- Stratégies des producteurs
- Stratégies de l'INPES
- Position de l'INPES sur l'opportunité et l'organisation des EGA

INTERNATIONAL CENTER FOR ALCOHOL POLICIES

THE AMSTERDAM GROUP



Prévention

INPES



STVA

- International : le centre international pour la politique autour de l'alcool / (1996, www.icap.org)
- Européen : Le groupe Amsterdam (1990, www.amsterdamgroup.org : the European forum for sensible drinking)
- Au niveau national :
 - Stiva (1982, www.stiva.nl)
 - Portman group (1989, www.portman-group.org.uk)
 - Entreprise et prévention (1990, www.soifdevivre.com)

Techniques d'influence

- Tenter d'influencer les politiques nationales et internationales
- Devenir membres d'organisations et de comités pour accroître influence et respectabilité
- Recrutement de scientifiques, organisation de conférence, publication prestigieuses
- Créer des associations d'intérêt général
- Préparer les promouvoir des textes de consensus et des codes de bonnes pratiques

The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. Eurocare 2002

inpes

Leur argumentaire

- La base de la politique doit être les modes de consommation : réduire ceux qui sont dangereux
- La modération s'apprend (responsabilité individuelle)
- Partenariat public / privé = une place à la table de discussion
- Renforcement de l'autodiscipline de l'industrie codes de bonnes pratiques, pas de réglementation
- Globalement l'alcool apporte des bénéfices à la société

inpes

Responsabilité individuelle ?

- Difficilement critiquable à première vue
- Mais c'est un des éléments essentiels de l'architecture argumentaire
- Permettant d'éviter la réglementation
- Dans ce schéma
 - Producteurs : liberté de vente et de promotion
 - Clients : responsables de consommer sans dommages
 - Société : paye les dommages sociaux et sanitaires (2 à 5% du PIB)

inpes

Appel à la modération : double langage ?

- Difficilement critiquable à première vue
- Mais La modération n'est pas rentable pour les producteurs : 10% de la population consomme entre 30 et 60 % de la totalité consommée
 - Lemmens, P. Relationship of alcohol consumption and alcohol problems at the population level. In Eds. Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T. International Handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. pp 395-412, 2001.
- En fait prône la modération d'une main et empêche le chiffre d'affaires généré par les buveurs excessifs avec l'autre

inpes

Code de bonne pratique de marketing ?

- Dans le code de bonne pratique de Diageo, on peut lire que

les contenants de boissons alcoolisées ne devraient pas suggérer des succès ou des prouesses sexuelles,

et que la publicité et les activités promotionnelles ne devraient pas donner l'impression que l'acceptation sociale ou le succès sexuel ne puissent pas être atteints sans consommer des boissons contenant de l'alcool

Mais la réalité des pratiques de lancement de leur nouveau produit Archer ...



inpes

Quand la publicité n'a pas de contrainte



inpes

Particularités françaises des stratégies d'influence : réactions (1)

- Lutte contre le classement de l'alcool comme une drogue (rapport Roques 1998)
 - Pétition de 30 000 signatures contre l'assimilation des boissons alcoolisées aux drogues (1998-1999)
 - 3 millions de sous-bocks avec le slogan « l'alcool c'est pas de la drogue. On n'est pas des dealers » par la fédération nationale des boissons, ou l'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie (août 2002)
- Créativité stimulée par la contrainte réglementaire sur la publicité : nouveaux imaginaires de marque, jeux de mots et de sens

INPES

Particularités françaises des stratégies d'influence (2) : science

- Vin et santé
- Très nombreuses initiatives
- 2 exemples
 - www.vinetsante.com (articles scientifiques choisis et commentés)
 - www.vin-sante.org (finance de la recherche scientifique à partir d'une équipe officielle (un membre du conseil scientifique de Vin et Santé est aussi dans celui de l'INPES))



INPES

Particularités françaises des stratégies d'influence (3) : liens avec les pouvoirs publics

- Colloque au Sénat « vin, santé et alimentation » (novembre 2002)
- 1ères Assises nationales « vin, santé et vérité » (18 mars 2005)

INPES

Budgets publicitaires en 2000

Bière	62 M€
Apéritifs	32 M€
Whiskies	29 M€
Champagnes	23 M€
Liqueurs	12 M€
Cidres	8 M€

Hors promotion sur lieux de vente

INPES

- Différentes approches préventives
- Stratégies des producteurs
- Stratégies de l'INPES
- Position de l'INPES sur l'opportunité et l'organisation des EGA

INPES

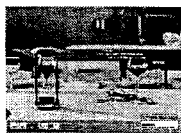
Bref historique

- 1984 : Un verre ça va...3 verres bonjour les dégâts
- 1986 : pensez au deuxième verre... pour l'eau
- 1991 : Tu t'es vu quand t'as bu
- 1997 : Et vous avec l'alcool vous en êtes où ? (introduction des repères)
- 2001 : Avec l'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir

INPES

2004 : Votre corps se souvient de tout

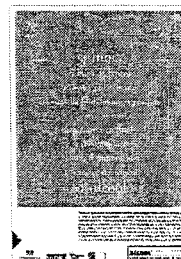
- Informer la population sur les repères de consommation à moindre risques
- Introduire la notion de buveur à risque en remplacement de l'alcoolique
- Installer la notion de risque d'une consommation prolongée et régulière



inpes

Actions ciblées

- Femmes enceintes (zéro alcool)
- Hommes : annonce presse « bois moins si t'es un homme »



inpes

Actions professionnels

Repères pour votre pratique pour les médecins



Ouvrons le dialogue



Journalistes

Alcool

inpes

- Différentes approches préventives
- Stratégies des producteurs
- Stratégies de l'INPES
- Position de l'INPES sur l'opportunité et l'organisation des EGA

inpes

Opportunité des EGA

- Favorable
- Contribution : méthode Delphi et réunion de synthèse d'experts et représentants régionaux : le 22 avril
- Entendre les personnes non habituellement interrogées (associations familiales ou de consommateurs +/- tirage au sort de citoyens ?)
- Inviter des orateurs pour présenter la situation dans les pays voisins (Belgique ou Allemagne, Royaume Uni ou pays scandinaves, Espagne ou Italie)

inpes

**NOTE/ RAPPORT AU PARLEMENT
SUR LES CONDITIONS DE LA CREATION D'ETATS GENERAUX
DE LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME**

I Etat des lieux

L'enquête ESPAD 2003¹, portant sur un échantillon de 16 000 élèves de 12 à 18 ans, scolarisés au sein de 400 établissements du second degré, met en évidence une large expérimentation de l'alcool par les élèves. L'alcool est le seul produit que, dès douze ans, une majorité d'élèves déclarent avoir déjà consommé. (70% des garçons et 63 % des filles en ont pris au moins une fois). Les consommations régulières d'alcool sont très rares avant 14 ans mais augmentent ensuite. Les niveaux de consommation diffèrent fortement entre garçons et filles. Pour les garçons, ils passent de 4 % à 14 ans à 22 % à 18 ans ; pour les filles de 1 % à 14 ans à 7 % à 18 ans.

Les types d'alcool consommés évoluent avec l'âge : le cidre et le champagne sont les boissons le plus souvent consommées entre 12 et 15 ans ; au-delà, ce sont surtout les alcools forts et la bière. La consommation de vin reste pour sa part faible tout au long de l'adolescence.

II La politique de prévention des conduites addictives en milieu scolaire

L'action du Ministère de l'Education nationale s'inscrit, depuis de nombreuses années, dans une démarche globale de lutte contre les conduites addictives. En effet, la prévention de l'alcoolisme n'est pas à isoler de celle de l'ensemble des autres conduites à risque. (violences, conduites suicidaires, conduites addictives).

2 – 1 Les textes

* La circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 crée le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, dispositif d'organisation de la prévention de la violence et des conduites à risques dans l'établissement scolaire. Elle définit en outre la mise en œuvre des partenariats autour de l'établissement. Le CESC travaille selon la dynamique de projet et inscrit son action au service de la politique définie par le conseil, d'administration puis déclinée dans le projet d'établissement.

* La circulaire n°2000-106 du 11 juillet 2000 relative au règlement intérieur dans les EPLE (BOEN hors série n° 8 du 13 juillet 2000) précise que « L'introduction et la consommation dans l'établissement de produits stupéfiants sont expressément interdites. Il en est de même pour la consommation d'alcool, excepté pour les personnels, dans les lieux de restauration. »

* La circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation, prévoit que la prévention des conduites à risque et la lutte contre la consommation de produits illicites ou dangereux, doit être intégrée dès l'école primaire et tout au long du cursus scolaire, particulièrement au collège.

* La loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 24 mars 2005 précise dans son rapport annexé, que chaque établissement du second degré bénéficiera des services d'un(e) infirmier (ère) identifié(e) qui participera, en liaison avec les professeurs concernés, à l'éducation des élèves aux questions de santé ainsi que de nutrition et proposera au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté un programme d'actions en matière de prévention des comportements à risque pour la santé et des conduites addictives (lutte contre le tabac, la drogue, l'alcool), en lien avec les services sociaux et de sécurité de l'Etat ou des collectivités territoriales.

¹ ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs), enquête transversale en milieu scolaire menée concomitamment dans 30 pays européens sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, attitudes et opinions relatifs aux substances psychoactives.

* Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), place l'école comme un acteur de premier plan dans la politique de prévention. Il prévoit que tous les élèves bénéficient à chaque niveau de leur scolarité, dans le cadre de leur emploi du temps, d'une éducation à la prévention des pratiques addictives portant sur le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres substances licites ou illicites.

Le code de l'éducation, en conformité avec la loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004, prévoit dans son article L 312-18 qu'une information soit délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupe d'âge homogène.

* Le code de l'éducation (article L.312-17) préconise par ailleurs, une information dans les collèges et les lycées relative aux conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus

2 – 2 Dans les programmes d'enseignement

Ces questions peuvent être traitées dès l'école primaire et dans le 2nd degré en particulier, dans le programme de sciences de la vie et de la Terre. Elles peuvent également faire l'objet d'une approche interdisciplinaire, en tenant compte de la maturité des élèves et de leurs préoccupations.

L'éducation à la sécurité routière prévoit la prévention des risques liés à la consommation d'alcool, drogues et médicaments pour conduire un véhicule.

- A l'école primaire, l'attestation de première éducation à la route est destinée à valider les savoirs et les savoir-faire acquis du cycle 1 au cycle 3 et régulièrement inscrits par les élèves et les enseignants sur une grille d'évaluation intégrée au dossier scolaire.
- Au collège, une formation théorique générale de l'usager de la route est assurée dans le cadre des enseignements obligatoires et sanctionnée en classe de 5^e et en classe de 3^e par une attestation scolaire de sécurité routière (ASSR).

Au cours de cette année scolaire, un groupe d'experts a été constitué par la direction de l'enseignement scolaire, et un guide d'intervention en milieu scolaire a été élaboré. Une expérimentation est menée dans 80 établissements scolaires (écoles, collèges, lycées) des académies d'Aix- Marseille, Créteil, Dijon, Lille et Versailles. Son objectif est de définir les conditions propices à la mise en œuvre d'une action de prévention en classe, d'apporter des éléments de démarche et de contenus pour ces interventions et d'assurer un apport d'informations valides. L'OFDT procédera à une évaluation en vue d'une stratégie de généralisation qui devrait être mise en œuvre dès septembre 2005 pour aboutir en 2008.

2 – 3 Les documents d'accompagnement

- Une brochure, en deux volumes, éditée en 1999-2000 « L'alcool, parlons-en aussi au lycée », destinée à tous les relais d'éducation et personnels de l'éducation nationale comporte des informations et des propositions pour mettre en œuvre des actions de sensibilisation et de prévention au sein des lycées. Elle apporte également des éléments pour répondre aux questions des lycéens (exemple: quels sont les effets de l'alcool sur le cerveau ?)
- Le BO spécial n° 9 du 4 novembre 1999 : « repères pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires » en deux volumes :
 - le volume 1, intitulé « Guide pratique », consacre un chapitre à la consommation d'alcool sous la forme de scénarios, de questions, de conséquences et de recommandations
 - Le volume 2 est un guide théorique qui porte sur le rappel de la loi, l'organisation de la prévention dans l'établissement et le rôle des partenaires extérieurs.

État des lieux : prévention primaire & secondaire

Philippe Michaud,
Médecin addictologue,
Coordinateur du programme « Boire
moins c'est mieux » (ANPAA, OMS)
Formateur à l'entretien motivationnel

Préparation des « États généraux de la
lutte contre l'alcoolisme »

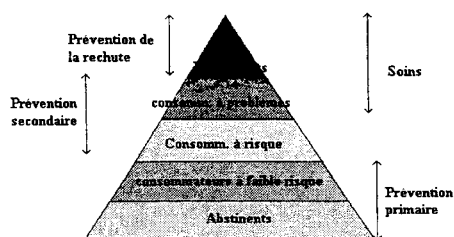
1

1. État des lieux

- Je ne parlerai que des préventions primaire et secondaire
- Bien qu'elles soient reliées au soin
- Et j'aborderai la question de la formation des professionnels

2

La pyramide du risque



3

Le risque alcool

- Ne concerne pas que les « alcooliques »
- N'est pas constitué que par « l'alcoolisme »
- La moitié des 45 000 morts dans l'année n'étaient pas dépendants
- Nécessite une action de prévention de masse
- Dont les opérateurs doivent être
 - L'Etat
 - Les leaders d'opinion (et les mass media)
 - Les intervenants de première ligne

4

Prévention primaire : réduire l'exposition au facteur de risque

- Nécessité d'un consensus des leaders d'opinion sur la réduction
 - De la consommation moyenne
 - Des consommations dangereuses
- Utiliser tous les moyens à cet effet
 - Taxes
 - Campagnes
 - Formation des relais de terrain : bars, clubs sportifs, enseignants
 - Et plus généralement mobilisation de la « communauté »
 - Information sur les emballages (pas seulement des boissons alcoolisées)

5

Prévention secondaire : repérer les consommations dangereuses et intervenir auprès des consommateurs excessifs

- Qui repère ? Tous les intervenants de première ligne
- Comment ? Avec les outils adaptés
- A quel prix ? Formation initiale et continue, mobilisation, diffusion des outils, légitimation sociale de l'intervention
- Quelle intervention ? Intervention brève, déclinée en fonction du public (et de la nature du risque)

6

Prévention secondaire : soustraire au facteur de risque

- Nécessité d'un consensus des leaders d'opinion sur la réduction
 - De la consommation moyenne
 - Des consommations dangereuses
- Utiliser tous les moyens à cet effet
 - Campagnes légitimant le 'dialogue sur l'alcool'
 - Formation des intervenants de première ligne
 - médecins généralistes
 - médecins du travail
 - centres préventifs d'examen de santé
 - missions locales
 - Services social et médical des établissements scolaires
 - intervenants auprès des personnes âgées
 - ...
 - Information sur les emballages
 - Renforcer le dispositif de soin et ses liens avec la 'première ligne'

7

Un axe essentiel : la formation

- Les acteurs de santé et sociaux ne sont pas formés...
 - ... à l'alcoologie
 - ... à l'écoute
 - ... à la conduite d'entretien
- Intégrer dans les études (... faire sauter quelques verrous)
- Intégrer dans la formation continue
- Mobiliser les leaders d'opinion

8

2. Des Etats généraux pourquoi, comment ?

- Parce que la loi le dit...
- Et parce que *nous* pouvons nous en saisir
- Avec pour objectifs
 - de nouvelles façons de penser
 - de nouvelles façons d'interagir
 - de nouvelles exigences
 - de nouveaux outils ou une meilleure diffusion d'outils insuffisamment utilisés

9

Le comment

- Place au Tiers
 - Il ne faut pas que des discours d'experts
- Partir des besoins insatisfaits
 - Ne pas parler que de l'existant institutionnel
- Préparer la session par des recueils d'information sur le terrain
 - Favoriser la sociologie... et la politique
- Associer les élus municipaux des villes
 - Moins associés au lobby alcoolier, plus près des réalités des conséquences secondaires
- Laisser sa place à l'imprévu

10

Concrètement

- Travailler par collègues
 - Producteurs de discours (politiques, administration, chercheurs et universitaires, regroupements professionnels, associations...)
 - Acteurs de terrain (soins, prévention, première ligne)
 - Représentant de la population (échantillon ?)
- Travailler sur des thèmes transversaux
 - Quelle information au grand public ?
 - Quels professionnels pour quelles interventions ?
 - Quelles formations pour quels savoirs ?
 - Quelle organisation du dispositif de soin ?
- Utiliser des médiateurs entre collègues
- Finir par deux jours d'échange en plénière

11



Anie Krynen
Direction de la Santé
Département Santé Publique

**CONTRIBUTIONS DE LA MUTUALITE FRANCAISE AU
RAPPORT SUR LES CONDITIONS DE LA CREATION
D'ETATS GENERAUX DE LA LUTTE CONTRE
L'ALCOOLISME**



LA MUTUALITE FRANCAISE

- 95 % des mutuelles santé en France
- 38 millions de personnes protégées
- 2 000 services mutualistes de soins et d'accompagnement
- Un réseau national de prévention et de promotion de la santé = 72 unions départementales, 19 unions régionales
- 3,6 millions d'euros consacrés aux programmes et actions de prévention par le Fonds National de Prévention Mutualiste
- Partenariats nombreux : État, Assurance Maladie, collectivités locales, associations...



**RAPPORT POUR LE CONGRES
DE TOULOUSE 2003**

« Pour le mouvement mutualiste, gérer le risque en santé, c'est d'abord tout mettre en œuvre pour empêcher la survenue des maladies, accidents ou handicaps.

C'est ensuite garantir aux personnes malades, accidentées ou handicapées l'accès à des soins et des prises en charge précoces et de qualité pour éviter l'aggravation de leurs problèmes de santé, favoriser leur guérison quand c'est possible, ou à tout le moins en limiter les conséquences...



Gérer le risque santé, c'est enfin assurer un emploi efficace des ressources disponibles, humaines, matérielles ou financières, au meilleur bénéfice de chacun, en fonction de ses besoins indépendamment de son statut social ou de ses ressources.

Il n'y a donc pas de gestion du risque en santé sans anticipation des problèmes, sans responsabilisation de tous et sans actions concertées entre les acteurs qui concernent aussi bien la couverture des besoins de santé que l'organisation des ressources humaines et matérielles pour les satisfaire. »



UN CONTINUUM D'INTERVENTIONS

- Promouvoir la santé et éviter ou retarder l'apparition des problèmes de santé (niveau des déterminants)
- En cas de problème de santé, agir pour que la prise en charge soit la plus précoce possible et de qualité pour tous
- Limiter l'impact des problèmes de santé sur les différents aspects de la vie des personnes concernées



**PROGRAMMES ET ACTIONS DE
PREVENTION ET DE PROMOTION
DE LA SANTE ALCOOL**



PROGRAMMES REGIONAUX déclinés LOCALEMENT
(Inclus majoritairement dans les PRS Alcool)

-Prévention des conduites à risque chez les jeunes

- Eduquer aux comportements responsables,
- Sensibiliser les jeunes aux conséquences de l'alcool,
- Agir sur les représentations sociales,
- Promouvoir la consommation de boissons non alcoolisées
- Permettre une auto-évaluation de sa dépendance à l'alcool,

Martinique, Lorraine, Franche-Comté, Bretagne,
Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes



-Alcool et sécurité routière

- Participer aux actions de sensibilisation sur les risques liés à la conduite sous l'emprise de l'alcool,
- Ateliers sécurité routière,
- Mise en place de points repos dans les lieux festifs,
- Travailler sur les représentations, les comportements,
- Information et propositions d'actions dans les bars et boîtes de nuit,
- Actions autour du conducteur sobre.

Martinique, Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Alsace, Corse,
Aquitaine...



PROGRAMMES DES MUTUELLES DESTINES A LEURS ADHERENTS

-Alcool en entreprise

- Colloques en vue de sensibiliser au problème de la consommation d'alcool en entreprise,
- Favoriser la consommation de boissons non alcoolisées,
- Guide sur les modes de consommation d'alcool,
- Rôle de l'entreprise dans l'information sur les problèmes de santé liés à la consommation excessive d'alcool.

Préviade-Mutouest, MNH, MG, MAI



- Prévention du risque alcool

- Informer sur la dépendance,
- Guide de bonne conduite pour un jeune automobiliste,
- Formation de formateurs sur un outil de prévention du risque alcool,
- Comprendre les mécanismes de la dépendance à l'alcool,

Préviade, MGET, LMDE, Mutuelle ASF



PRISE EN CHARGE ET ACCES AUX SOINS



-La Mutualité Française, financeur complémentaire

- prise en charge du forfait hospitalier,
- offre de prévention dans les garanties santé

- La Mutualité Française, offreur de soins spécialisé

- un centre mutualiste d'alcoologie, Saint-Galmier (Loire) : programme thérapeutique centré sur la dépendance à l'alcool

- La Mutualité Française, offreur de soins généraliste

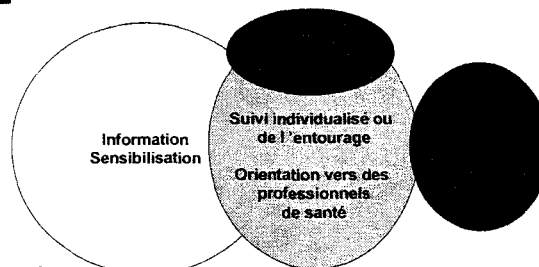
- les centres de santé
- les consultations prévention



PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PLACE D'ETATS GENERAUX SUR LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME



LA PREVENTION DANS L'OFFRE DES MUTUELLES



SUR L'INFORMATION ET LA SENSIBILISATION

- Favoriser une approche plus globale
 - Alcool et autres addictions,
 - Alcool et nutrition,
 - Alcool et hygiène de vie,
- Cibler des publics prioritaires
 - Jeunes (alcool festif, précocité de la consommation),
 - Femmes (alcool et grossesse),
 - Buveurs réguliers (dépendances à l'alcool),



- Cibler les lieux de vie et les établissements médicaux
 - Milieu scolaire,
 - Milieu professionnel,
 - PMI, Maternités,
 - Centres de santé,



SUR LA PRISE EN CHARGE PRECOCE ET LE SUIVI

- Assurer un meilleur repérage des personnes présentant un risque alcool
 - Former les médecins généralistes et les médecins du travail à l'intervention brève
 - Former les infirmiers et les médecins scolaires au repérage des jeunes à risque
- Faciliter l'accès aux soins
 - Développer les consultations et les centres d'alcoologie
 - Encourager les réseaux en alcoologie
 - Créer les conditions d'une meilleure prise en charge des prestations de prévention au travers du contrat responsable



- Renforcer le lien entre le médical et le médico social
 - Alcool et précarité
 - Alcool et santé mentale



SUR LE SERVICE AUX PERSONNES

> Développer le suivi et le soutien personnalisé aux malades

- *lien avec les associations (ANPAA, Anciens buveurs...)*
- *programme d'éducation du patient*

> Mettre en place un soutien à l'entourage

- *ligne d'écoute*
- *thérapie familiale*
- ...





Audition pour la rédaction du
Rapport
Sur les conditions de création
D'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme

« Alcool et prévention »

En vue de l'organisation d'Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme, l'article 42 de la Loi de santé publique du 9 août 2004, prévoit la remise d'un rapport au Parlement par le Gouvernement. La Mutuelle des Etudiants a été sollicitée afin d'apporter son expertise et sa connaissance de cette problématique chez les jeunes et particulièrement les étudiants. Les propos qui suivent précisent l'importance de cette thématique dans cette population et cela notamment en raison des conséquences de l'alcool sur la mortalité des jeunes.

Ils présentent également les principes d'intervention de la mutuelle basés avant tout sur la prise de conscience plutôt que sur la stigmatisation. Une description des actions de La Mutuelle des Etudiants permet de cerner la mise en œuvre de ces principes.

Enfin, La Mutuelle des Etudiants formule des propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

Les annexes présentent :

Les questions qui seront posées lors de notre prochaine enquête qui s'effectuera par courrier dans le courant du mois d'avril auprès de 50 000 étudiants affiliés et adhérents de LMDE.

Les opérations mises en place par La Mutuelle des Etudiants sur le territoire.

I- LMDE : Une mutuelle étudiante au service des étudiants

La Mutuelle des Etudiants est une mutuelle nationale qui gère par délégation du régime obligatoire d'assurance maladie, la sécurité sociale de près de 720 000 affiliés. Elle protège également plus de 200 000 étudiants en complémentaire. Du fait de cette délégation et conformément à ses statuts et son objet social, elle mène des actions de prévention et d'éducation à la santé auprès des étudiants. Elle s'inscrit ainsi dans les missions fixées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Mutuelle gérée par des étudiants, elle bénéficie d'un réseau d'élus étudiants et d'une structure administrative qui favorisent la diffusion de messages de réduction des risques et de promotion de la santé. Ces actions s'inscrivent dans la continuité du rôle que s'est fixé La Mutuelle des Etudiants depuis sa création en avril 2000 : le bien-être sanitaire et social de l'étudiant qui se situe au cœur de l'action de la mutuelle.

Par sa connaissance approfondie du milieu étudiant en matière de prévention, La Mutuelle des Etudiants met son savoir-faire et son expertise à disposition de l'ensemble des acteurs de sécurité sociale, et particulièrement des CPAM, CRAM et URCAM afin de contribuer aux objectifs de Santé publique et de bonne gestion des ressources de sécurité sociale.

La Mutuelle des Etudiants effectue aussi cette mission auprès de l'ensemble des partenaires, institutions (Universités, lycées, services de médecine préventive, mutuelles) ou du milieu associatif qui travaille sur la prévention auprès des étudiants, des lycéens et plus généralement des jeunes. La Mutuelle Des Etudiants est une structure ressource et ne conçoit sa mission que par un fonctionnement en réseau des différents acteurs, et par la mise en commun des connaissances et de la pratique.

Enfin, La Mutuelle des Etudiants intervient directement sur son public de référence. Par des opérations spécifiques, elle assume son rôle d'éducation à la santé auprès des étudiants, et ce sur l'ensemble des thèmes majeurs de préoccupation pour cette population.

II- Principe d'intervention: Proposer des alternatives plutôt que stigmatiser :

L'objectif de la mutuelle d'agir sur les principales causes de morbidité et de mortalité évitable se fait dans un souci d'efficacité : La Mutuelle des Etudiants ne se base pas sur les seules analyses déjà existantes sur les étudiants et les jeunes. Son action porte sur ses propres études et enquêtes, grâce à une mise à jour des données sur la santé et les modes de vie des étudiants. Si la période estudiantine se caractérise par une bonne santé globale, les sujets d'inquiétude et d'action restent cependant nombreux et la consommation excessive d'alcool dans un contexte particulier en fait partie.

La Mutuelle des Etudiants ne conçoit pas son intervention par des campagnes stigmatisantes et moralisatrices. Les prises de risques chez les jeunes sont en partie liées à la capacité de

l'individu à repousser les limites et transgresser les règles. Faire prendre conscience au jeune des risques qu'il encourt ne peut pas seulement se baser sur une information sur les limites à ne pas franchir. La méthode risquerait d'être contre productive. Les campagnes de prévention que mène la mutuelle proposent des alternatives : elles ne jugent pas et surtout n'enferment pas les étudiants dans un choix unique. Ceci ne signifie pas que la mutuelle s'exonère du rappel de toutes règles. Mais ce rappel se fait dans une logique d'acceptation et non d'affrontement entre l'adulte et le jeune ou l'étudiant. Sur ce point, la mutuelle a fait le choix de campagne de prévention par les pairs, c'est-à-dire le plus souvent les bénévoles, élus étudiants tant sur le thème de l'alcool que sur d'autres sujets.

Chez les étudiants et les jeunes, la problématique « alcool » est peu dissociable des questions de sécurité routière..

Déjà en 2002, le Haut comité à la santé publique (La santé en France 2002) constatait que les accidents de la route étaient la première cause de décès chez l'homme dans la tranche d'âge 15-44 ans. Même si les chiffres récents et les mesures prises tendent à montrer une baisse de cette mortalité, ce risque continue à toucher avec autant de gravité les jeunes. Elle reste la première cause de mortalité chez les jeunes :

Tableau 1 : Cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans

	15 à 24 ans	
	Eff.	%
Morts violentes	3 081	68,7
<i>dont : accidents de transport</i>	<i>1 859</i>	<i>41,5</i>
<i>autres accidents</i>	<i>506</i>	<i>11,3</i>
<i>suicides</i>	<i>607</i>	<i>13,5</i>
Certaines infections de la période périnatale	3	0,1
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	71	1,6
<i>dont : mal. cong. du système nerveux</i>	<i>14</i>	<i>0,3</i>
<i>mal. cong. de l'appareil circulatoire</i>	<i>31</i>	<i>0,7</i>
Tumeurs	375	8,4
Maladies du syst. nerveux et des org. des sens	159	3,5
Maladie de l'appareil circulatoire	160	3,6
Maladies infectieuses et parasitaires	34	0,8
Autres causes	599	13,4
Toutes causes	4 482	100,0

Champ : France métropolitaine. *Source : Inserm, CépiDc - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès*

Dans 25% des accidents entraînant la mort, la consommation d'alcool est en cause chez les jeunes. En France, un jeune sur deux âgé de 18 à 25 ans est étudiant et en matière de consommation d'alcool, la population étudiante ne fait pas exception. L'enquête réalisée en 2002 par téléphone auprès de 5000 étudiants, menée par La Mutuelle des Etudiants (Comment vivent et se soignent les étudiants, mars 2002) montre que 70% seulement des jeunes hommes refusent de prendre le volant après « avoir bu ». Il y a donc une prise de risque, consciente mais trop rarement analysée par les étudiants comme dangereuse.

Tableau 2 : Réponse des étudiants titulaires du permis B, à la question « Vous arrive t-il de conduire après avoir bu ? »

	Masculin	Féminin	TOTAL
Je n'ai pas le permis	0.0%	0.0%	0.0%
Jamais	70.7%	83.2%	77.1%
Très rarement	18.9%	12.7%	15.7%
Parfois	9.1%	3.6%	6.3%
Souvent	1.3%	0.5%	0.9%
TOTAL	100.0%	100.0%	

P=<0.1% ; chi2=79 ; dd=3 (TS)

Ces chiffres sont proches de ceux constatés par l'OVE lors de l'enquête 2003 sur les conditions de vie des étudiants.

Cette prise de risque se retrouve largement dans les conduites addictives. Concernant l'alcool, l'enquête de La Mutuelle des Etudiants montre que 40% des filles et 27% des garçons déclarent ne jamais consommer d'alcool et 5,7% avouent avoir une consommation régulière (et notamment une consommation à chaque soirée festive).

Tableau 3 : Réponses des étudiants à la question : « Consommez-vous de l'alcool? (Bière, vin, alcool fort) »

	Filles	Garçons	TOTAL
Jamais	39,5 %	26,7 %	33,5 %
De temps en temps	57 %	64,9%	60,5 %
Régulièrement	3,5 %	8,4%	6 %
TOTAL	100 %	100 %	100%

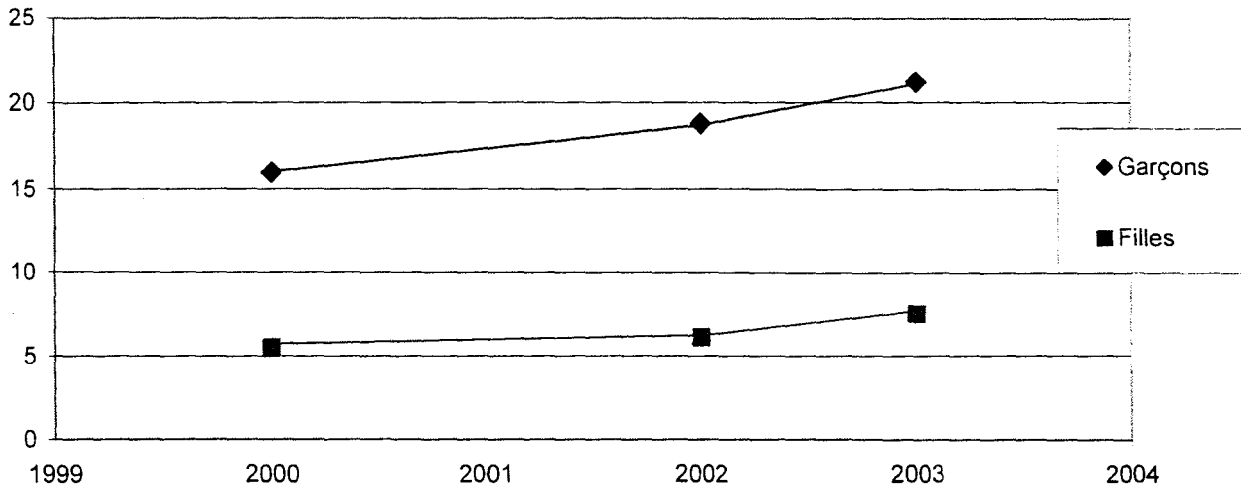
L'alcool est chez les étudiants un facteur festif important. Cette tendance se retrouve dans l'ensemble des enquêtes sur la consommation d'alcool chez les jeunes en Europe : d'une consommation quotidienne pour leurs parents, les jeunes consomment aujourd'hui essentiellement en fin de semaine ou au cours de soirées festives. Le baromètre santé souligne le fait « qu'un tiers des 12-25 ans consomme de l'alcool le samedi ». Cette consommation du week-end s'intensifie aux âges élevés, puisque chez les 20-25 ans, 44,4% des jeunes sont concernés. L'alcool est avec le tabac, la substance la plus fréquemment expérimentée entre 12 et 18 ans.

L'expérimentation est donc précoce et évolue vers une consommation régulière importante chez les garçons :

Parmi les garçons, la part de consommateurs hebdomadaires varie de 37,5 % entre 15 et 19 ans, à 61,7 % entre 20 et 25 ans. La consommation est beaucoup moins répandue chez les filles, pour lesquelles ce taux passe de 20,3 % à 32,2 %. (Baromètre santé 2000)

De plus, l'enquête ESCAPAD de 2003, nous indique que l'usage régulier (au moins dix fois au cours des 30 jours précédent l'enquête) à 17 ans est en augmentation.

Figure 1: Evolution de l'usage régulier d'alcool à 17 ans



Données : ESCAPAD, OFDT

La Mutuelle Des Etudiants a choisi de retenir l'élément festif comme facteur important de la prise de risque et donc comme espace privilégié d'intervention pour la prévention des risques liés à l'alcool.

Cependant, une autre approche est à envisager. Certes les campagnes de prévention sur l'alcool vues sous l'angle de la sécurité routière constituent un acquis important et doivent être maintenues, mais il est également nécessaire d'appréhender les risques de la consommation d'alcool hors du prisme de la route. En effet, ces effets ne doivent pas être négligés, même si l'on s'adresse à une population jeune. Comme au lycée, la période des études constitue pour les jeunes un passage entre adolescence et vie adulte. C'est le moment où l'expérimentation est à l'œuvre. C'est une période où l'on teste ses propres limites en exagérant parfois. Cette démarche est d'ailleurs cohérente avec la prévention plus globale des addictions (tabac et cannabis notamment).

Les rapports à l'alcool nous renvoient à la question du mal-être, thème qui est encore difficile à définir chez les étudiants, mais dont les signes sont présents.

L'enquête sur la santé des étudiants qui se prépare a pour but de mieux définir ce phénomène.

III- Une campagne nationale support des opérations locales :

Afin de sensibiliser les étudiants mais aussi les lycéens sur le risque « alcool », La Mutuelle des Etudiants a conçu un outil particulier : « le Village sécurité routière » (VSR). Monté sur les campus ou dans les établissements d'enseignement secondaire, il est un outil de prévention primaire auprès de jeunes qui n'ont pas encore le permis ou qui ne sont pas encore touchés par l'élément festif. Il permet aussi de rappeler aux autres les risques auxquels ils peuvent être confrontés.

Le Village Sécurité routière peut-être également associé à des opérations de prévention organisées dans des lieux festifs estudiantins. D'autres actions y sont également organisées telles que les opérations de raccompagnement ou les soirées sans alcool.

1) Le Village sécurité routière :

La Mutuelle des Etudiants a créé un support ludique et informatif pour travailler au changement des mentalités. Outil de proximité, il peut être installé sur tous les campus ou les lycées.

Attractif (Voiture tonneau, lunettes d'alcoolémie..), il permet le dialogue avec les pairs mais aussi avec des professionnels du monde de la route.

Le VSR dispose d'ateliers répartis par thème : alcoolémie et drogues, conduite, accident vision, code de la route. Le passeport au format de poche est le fil rouge du village, il permet de garder une trace du VSR, de s'autotester et de s'informer.

Le village s'associe dès que c'est possible à une soirée étudiante dans laquelle La Mutuelle des Etudiants organise des actions de réduction des risques : raccompagnement, conducteur désigné, distribution d'éthylotests.

La problématique de l'alcool chez les jeunes est aussi souvent traitée lors des forums santé multi-thématiques ou lors de l'intervention de nos chargés de prévention sur les conduites addictives.

En effet, lors de ces nombreuses actions au sein des campus, des lycées ou autres enceintes, LMDE apporte son expertise sur le comportement des étudiants et la dépendance à l'alcool.

LMDE favorise et encourage là aussi, la prévention par les pairs, les messages paraissent ainsi plus largement accessibles et donc plus facilement acceptés.

Il s'agit hors contexte festif de s'adresser directement aux étudiants et de décrypter avec eux le phénomène de dépendance et les conséquences à court et à long terme de l'alcool notamment sur leur santé, le suivi normal des études...

2) Les opérations lors d'événements festifs :

Plusieurs formes d'intervention ont été mises en œuvre pour sensibiliser aux problèmes de l'alcool sur les lieux même de consommation :

a- Proposer des « soft drinks » ou boissons non alcoolisées

Elles sont mises à la disposition des étudiants lors des soirées, elles sont généralement gratuites ou à un prix symboliques. La tenue des stands est assurée par des chargés de prévention ou des conseillers mutualistes de LMDE.

Lors des soirées, les étudiants confient les clés de leur véhicule, en échange d'un accès illimité aux « soft drink », avec obligation au moment du départ de tester son alcoolémie à l'aide d'un alcootest fourni par LMDE.

Le principe de ces actions est axé sur la responsabilisation des conducteurs et des passagers qui sont aussi trop souvent victimes des accidents de la route mettant en cause l'alcool.

Dès les premières expérimentations par nos chargés de prévention, de ce type d'action, il a été constaté que les étudiants sont très réceptifs à ce dispositif et se sentent rassurés par la présence de tels stands lors des soirées.

L'aspect volontaire de cette démarche, accompagnée d'un discours ni moralisateur ni culpabilisateur, permet aux jeunes de mieux comprendre les règles et de ce fait de mieux appréhender les risques.

b-Le raccompagnement ou le conducteur désigné

La Mutuelle Des Etudiants a mené plusieurs opérations pour inciter les jeunes à ne pas prendre le volant lors des soirs de fêtes ou à laisser leur véhicule sur place pour se faire raccompagner.

Le principe du conducteur désigné est une pratique de plus en plus répandue et véritablement plébiscité par les jeunes eux mêmes.

En effet, selon une enquête de la Sofres sur «Les jeunes et la sécurité au volant », 86 % des jeunes déclarant sortir en discothèque ou en soirée se sont déjà retrouvés dans une situation de désigner un ami, avant de consommer de l'alcool, afin que ce dernier puisse prendre le volant au retour.

Si cette mesure ne règle pas certes le problème de la consommation excessive d'alcool, elle permet de réduire la prise de risque au volant et sur la route, pour le conducteur, les passagers et les autres victimes.

Par l'organisation d'opérations de raccompagnement, La Mutuelle Des Etudiants a permis à des centaines de jeunes d'être raccompagnés à leur domicile sans problème.

Ces initiatives sont fréquentes en périodes post examens et à l'obtention des diplômes : lors de ces soirées les équipes de LMDE sont mobilisées et travaillent le plus souvent directement avec les organisateurs de soirées ou les établissements de nuit et les taxis de la ville, ou les sociétés de transports en commun (bus notamment). Tous les acteurs qui interviennent dans ces moments incontournables de vie étudiante sont ainsi mobilisés pour sensibiliser les étudiants.

Propositions
Pour la mise en place d'états généraux
Sur la politique de lutte
Contre l'alcoolisme

1) Redéfinir la prévention des risques de la consommation d'alcool en direction des jeunes. Au vu des statistiques récentes qui montrent une augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes, une redéfinition de la politique de prévention n'est-elle pas utile? Une réflexion sur cet aspect et notamment sur l'importance d'informer les jeunes sur les limites, s'avère nécessaire dans le cadre des états généraux. Une des bases de la réflexion doit être de ne pas moraliser ou stigmatiser les jeunes sur leur consommation d'alcool qui est une réalité comme dans le reste de la société. Il ne faut pas non plus la banaliser.

Réflexion sur le cadre législatif et la réglementation :

- 1) Réflexions sur de la publicité et le marketing des alcooliers
- Quelle réglementation face au développement des bières fortes et des « prémix » (mélange d'alcool fort et de limonade ou jus sucré, prêt à consommer) ?
 - Comment réglementer la présence des alcooliers sous des formes détournées dans les soirées étudiantes ?
 - Comment mettre en place un prix incitant à la consommation de boissons sans alcool ?

2) Les moyens donnés à la prévention :

- ▢ Quels moyens pour la sensibilisation des jeunes et des étudiants sur les lieux festifs avec interpellation du conducteur qui ramène ?
- ▢ Quelle réglementation de la distribution d'alcool sur les campus et les lieux d'enseignement ?
- ▢ Moyens pour sensibiliser sur le risque alcool: les outils nécessaires à la prise de conscience ont un coût. (éthyllos, formation des bénévoles, organisation de VSR)
- ▢ Moyens pour le développement des dispositifs de raccompagnement en sortir de boîte ou sur les lieux festifs identifiés comme jeune ou étudiants : ne subventionner les soirées étudiantes qu'à condition qu'elles prévoient un dispositif de raccompagnement ou de conducteur non buveur.
- ▢ Développement des transports en commun de nuit.

EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE SUR LA SANTE DES
ETUDIANTS

Votre consommation d'alcool

1. Est-ce que vous consommez de l'alcool... ?

(Une seule réponse possible)

1. Oui, tous les jours => PASSER A LA QUESTION 76
2. Oui, trois à quatre fois par semaine => PASSER A LA QUESTION 76
3. Oui, une à deux fois par semaine => PASSER A LA QUESTION 76
4. Oui, deux à trois fois par mois => PASSER A LA QUESTION 76
5. Moins souvent => PASSER A LA QUESTION 76
6. Non, jamais => PASSER A LA QUESTION 80

2. Parmi ces différents types d'alcool, lequel consommez-vous le plus souvent ?

(Une seule réponse possible)

1. La bière
2. Le vin (blanc, rosé, rouge)
3. Les alcools forts (le whisky, la vodka, la tequila, le rhum...)
4. Les « premix » (mélange de soda sucré et d'alcool fort)
5. D'autres alcools (cidre, champagne, apéritifs...)

3. Quand vous consommez de l'alcool, vous êtes le plus souvent... ?

(Une seule réponse possible)

1. Seul(e)
2. Avec des amis
3. En famille

4. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé après avoir consommé de l'alcool... ?

(Plusieurs réponses possibles)

1. De vous sentir malade (tête qui tourne, nausées...)
2. De vous sentir gai(e)
3. D'être angoissé(e)
4. D'être violent(e)
5. De vous sentir désinhibé(e)
6. De ne vous souvenir de rien
7. D'avoir le sentiment d'avoir trop bu
8. Rien de tout cela

5. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous buviez trop ?

(Une seule réponse possible)

1. Oui
2. Non

6. Quels mots sont, pour vous, associés à la consommation d'alcool ?

(Plusieurs réponses possibles)

1. La détente
2. Le plaisir
3. La convivialité
4. La fête
5. L'excès
6. L'oubli des problèmes
7. La déprime
9. La dépendance
10. D'autres mots
11. Aucun de ces mots

Les opérations « Village Sécurité Routière » en 2004

-Région Bretagne :

Sur le campus de Ker Lann où s'est tenue un forum sécurité routière durant une semaine,
Angers,
Le Mans
Rennes ;

-Région Grand sud Ouest :

Bourges,
Orléans,
Bordeaux
Toulouse.

-Région Nord :

Laon
Saint Armand où LMDE a proposé aux étudiants et aux lycéens une semaine de sensibilisation aux risques liés aux dangers de la route.

-Région Ile De France, dans les universités de :

Nanterre,
Evry,
Paris Dauphine,
Saint Denis,
Villetaneuse.

Des stages de conduite sur les sites de Marne la Vallée et de Cergy avec la MATMUT ont eu lieu. Les étudiants ont pu s'essayer, sous les bons conseils des accompagnateurs, aux freinages d'urgence.

-Région Sud :

Montpellier
Castelnaudary avec une sensibilisation aux dangers de la route directement aux sorties des discothèques.

-Région Est

Reims
Nancy

-Région Rhône Alpes, Auvergne, Bourgogne, Franche-Comté :

Grenoble,
Saint Etienne,
Annecy,
Clermont Ferrand,
Dijon,
Chambéry,

Les actions de prévention primaire :

- Lyon action Santé Ville/ sexualité, tabac, **alcool**, addiction, nutrition et sécurité routière.

- Salon de l'étudiant de La Rochelle : stand de prévention multi thématique sur les addictions **et l'alcool**

- Tremplin des « jeunes charrues » ateliers et formation de bénévoles aux actions de prévention alcool, sécurité routière, sur lieux festifs. Sensibilisation et information auprès des étudiants, que les bénévoles vont rencontrer pour diffuser des outils de prévention (tests alcoolémie, préservatifs) et **expliquer les dangers liés à un comportement festif.**

- Création, avec des sections de BTS, **d'un CD-Rom Sécurité routière, axé sur les dangers de la route, de la vitesse et de l'alcool et ses effets.**

Explication de la démarche de prévention par ces mêmes élèves de BTS aux autres élèves du lycée.

Une action sur les addictions et l'alcool en 2005

- **Les jeudis de la prévention à Rennes**, menée sur toute l'année 2005: Amener à faire évoluer les comportements et informer sur les risques liés à la fête notamment ceux liés à la consommation d'alcool.

Prévention par les pairs avec une équipe mobile d'étudiants allant à la rencontre d'autres étudiants.

Formation d'étudiants relais (associations, Bureau Des Etudiants..).

Mobiliser les réseaux d'étudiants pouvant faire partager un message commun de prévention.

Equipe Mobile présente tout au long de l'année sur les lieux de fête des villes universitaires bretonnes : centres ville, concerts, festivals...

Et notamment les Jeudis soirs, avec accompagnement des BDE organisant des soirées d'intégration.

Sur le reste de l'année : l'action est mise en place les veilles de vacances scolaires, sur les moments festifs type festival, lors de la semaine de la prévention routière et en partenariat avec des salles de concert.

Nos actions « Soirée sans alcool »

- A Paris, présence des chargés de prévention lors de la « Soirée ELSA » (European Law Student's Association), en mars 2004, organisée dans une discothèque près de 500 à 600 étudiants présents.
Cette soirée a rassemblé des étudiants de plusieurs nationalités.
Les chargés de prévention de LMDE ont mis en place un système de soft drink gratuits pour les conducteurs à qui il était demandé de déposer les clés du véhicule et utilisation obligatoire de l'éthylotest avant la remise des clés avec mise à disposition de café gratuit.
- Depuis maintenant deux ans LMDE fait partie du comité de pilotage du projet PARME, (Prévention des Addictions et de conduites à Risques en Milieu festif Etudiant). Dans ce projet initié par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France CRAMIF, LMDE propose l'intégration systématique de dispositif de prévention des conduites à risque lors des soirées et galas étudiants.
- Evry, soirée étudiante et sensibilisation sur l'alcool au volant
- « les soirées Charte » à Perpignan, signées aussi bien par les étudiants mais également par les exploitants de discothèques. LMDE a pour cela formé des équipes relais pour animer ces soirées Charte.
- Présence des chargés de prévention de la LMDE lors du Gala de fin d'année de Dauphine, en mars 2004, ou la soirée Méli-mélo organisée par l'Université de Paris1-Panthéon Sorbonne avec tenue de stand et boissons non alcoolisées gratuites en échange des clés du véhicule avec obligation de se soumettre à un alcootest avant de repartir.

Nos actions de raccompagnement

- opérations “Nuits du bac”, “Taxi n’co”, ainsi que la présence de chargés de prévention de la Mutuelle lors des soirées ou galas étudiants pour sensibiliser aux comportements à risque, au cœur même de ces événements festifs.

- Présence des chargés de prévention lors des festivals de Caen et de Rennes, avec un stand de prévention pour tester son alcoolémie et accompagnement en cas de dépassement du taux.

- Juillet 2005 : actions au cours des soirées du BAC, festivals de l’été : Quartiers d’été, Astropolis...

D’autres actions sont prévues toute l’année sur toute la France.

**DGS- Etats généraux de lutte contre l'alcoolisme.
Audition Mercredi 23 mars 2005**

I) Présentation de l'USEM : Union nationale des mutuelles étudiantes régionales.

II) La prévention alcool par les mutuelles étudiantes régionales.

- Contexte
- Actions de prévention
- Résultats 2003-2004

III) Propositions

I) Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes

L'Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales (USEM) fédère différentes mutuelles étudiantes régionales : la MEP (PACA, Languedoc-Roussillon, Corse), la MGEL (Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne), la SMEBA (Bretagne, Pays de la Loire), la SMECO (Centre, Poitou-Charentes), la SMENO (Nord-Pas-de-Calais, Normandie, Picardie), la SMERAG (Antilles Guyane), la SMEREB (Bourgogne, Franche-Comté), la SMEREP (Ile-de-France), la SMERRA (Rhône-Alpes, Auvergne), VITTAVI (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Réunion) et la SEM (boursiers étrangers). Elle est représentée par 150 agences en France.

Les mutuelles étudiantes ont trois missions : la gestion du régime étudiant de Sécurité Sociale, de la mutuelle complémentaire santé ainsi que la mise en place d'actions de prévention santé à destination du public étudiant. Elles offrent également quelques services locaux liés à la vie étudiante (logement, assurances, voyages...).

L'ensemble des mutuelles étudiantes régionales gère la santé de 930 000 affiliés, soit 60 % des étudiants. Ce sont les étudiants eux-mêmes qui organisent la gestion du régime étudiant de sécurité sociale (les remboursements Sécurité Sociale des affiliés) et de la couverture complémentaire (mutuelle des adhérents). En effet, ces mutuelles régionales, créées en 1972, sont organisées autour d'une assemblée générale et de conseils d'administration composés d'étudiants.

Les actions de prévention santé, tiennent une place importante dans l'activité des mutuelles régionales. D'ailleurs, début 2003, cette mission de prévention est reconnue puisque les mutuelles étudiantes régionales ont signé avec la Cnamts une convention pluriannuelle de gestion qui comprend un volet politique sanitaire et sociale, afin d'informer et de sensibiliser le public étudiant et lycéen sur des problèmes de santé publique.

Chaque mutuelle étudiante régionale est autonome et décide localement de ses actions en fonction des programmes régionaux de santé (PRS), des attentes des étudiants et des priorités préconisées par les élus mutualistes. Ainsi les thèmes de prévention santé principalement développés sont l'abus d'alcool, de tabac et de drogues, la gestion du stress et des troubles psychologiques, la prévention contre les IST et l'éducation à l'équilibre alimentaire.

Un cadre national est cependant défini en fonction des priorités retenues par les autorités de santé publique pour permettre une cohérence des actions et une meilleure efficacité. Ainsi 3 priorités de santé ont été retenues pour 2004-2005.

- Tabac
- Alcool
- Souffrance psychique.

Les actions de prévention sont surtout menées sur les lieux de vie étudiant : dans les universités, écoles mais aussi les citées universitaires, les restaurants universitaires et les soirées, les discothèques.

Rmq

En tant qu'acteur spécialisé sur la population jeune étudiante, notre propos ne concernera que l'action de prévention du risque alcool en leur direction.

II La prévention alcool en direction des jeunes

2.1 Contexte

Pour les 18-25 ans, l'alcool est surtout consommé de manière festive le week-end. Ils déclarent par conséquent plus d'ivresse que leurs aînés alors que leur consommation quotidienne est très rare 2,3 % pour une consommation hebdomadaire de 43,6 %.¹
35% des jeunes de 18-25 déclarent avoir été plusieurs fois ivres au cours des 12 derniers mois (le nombre moyen d'ivresses s'élève à 5,9)

L'insécurité routière touche toujours principalement les jeunes âgés entre 18 et 24 ans. En 2003, 1 200 jeunes de cette tranche d'âge sont morts suite à un accident de la route, soit 25,8% des tués sur la route alors que cette catégorie ne représente que 13% de la population (chiffre Observatoire nationale de la sécurité routière).

2.2 Action de Prévention

C'est dans ce contexte que les mutuelles mettent en place une politique active, l'alcool est inscrit comme priorité nationale depuis deux ans.

¹ Source OFDT 2002

Les objectifs de notre action

Objectif principal

- Réduire la consommation excessive d'alcool.

Objectifs secondaires

- Réduire le comportement à risque et les accidents de la circulation liés aux consommations festives.
- Information des jeunes sur les conséquences néfastes de l'alcool sur la santé.

Les principes qui sous tendent notre action

Il s'agit avant tout de :

- Limiter les risques liés à l'ivresse et les conduites sexuelles à risque, à aider les jeunes à avoir une consommation responsable plutôt que l'abstention complète de consommation.
- Intervenir en mettant en place une éducation par les pairs.

Modes d'actions :

- Diffusion d'information sur l'alcool, les repères de consommation via brochure d'information, site Internet, décomptes de sécurité sociale.
- Mise en place d'action de sensibilisation, d'information sur l'alcool et les risques au sein des universités.
- Mise en place d'un contexte favorable à la consommation faible d'alcool dans les soirées étudiantes, avec la mise en place d'action « conducteurs sobres ».
- Formation des responsables associatifs organisateurs de soirée à la prévention du risque alcool.

Chaque association étudiante qui s'est engagée dans le montage d'une action de prévention bénéficie d'une formation sur le sujet de santé. Elles peuvent ainsi véhiculer les messages de prévention, participer à l'animation du stand de prévention lors de leurs soirées.

En pratique lors d'une soirée, les étudiants qui souhaitent participer à l'opération s'engagent à ne pas consommer d'alcool au cours de cette soirée. Leur niveau d'alcoolémie est mesuré par un éthylotest électronique. Tous ceux qui ont respecté leur engagement se voient rembourser une partie de leur entrée et un éthylotest leur est remis pour une prochaine soirée.

Des indicateurs d'évaluation sont en cours d'élaboration.

2.3 Quelques résultats de nos actions en 2003-2004 :

200 soirées « conducteurs sobres », soit 37 000 conducteurs qui ont participé aux opérations,

200 stands de prévention dans les universités ou les lycées, soit 60 000 jeunes sensibilisés au problème de l'alcool ; 115 000 éthylotests ont été distribués.

L'enquête réalisée en 2003 par l'USEM « Enquête nationale sur la santé des étudiants », a révélé que :

- 83% des étudiants ayant bénéficié d'une action de prévention sur l'alcool ont jugé que cela avait une incidence positive sur leurs comportements
- 30 % des étudiants redemandent des actions sur ce sujet.

Renforcer les actions de prévention c'est ainsi répondre aussi à une réelle demande de la part des étudiants.

III Propositions

Ces propositions ne concernent que la population jeune, et particulièrement en vue de réduire les risques immédiats liés à la consommation excessive d'alcool (risque routier...).

Au-delà de la seule information, les Etats Généraux pourraient être un temps important de débat sur les questions de santé, de prévention. Moment d'échanges entre experts, professionnels et usagers qui devront faire place aux expériences de terrain. Ils devraient ainsi accorder une place aux jeunes dans les débats.

3.1) Déroulement des Etats Généraux : décliner les Etats Généraux au niveau régional

L'expérience des mutuelles de l'USEM montre que les actions au plus près des étudiants, sur le terrain sont les plus efficaces. Cela répond d'ailleurs aux attentes des étudiants en effet 44,5 % des étudiants, déclarent que le mode d'action terrain est leur mode d'action préféré et le plus efficace quand il s'agit de prévention alcool. (enquête santé des étudiants 2003-USEM)

3.2 Homogénéiser les termes de communication sur les actions de conducteurs désignés :

Différentes formules existent :

- Capitaine de soirée
- le Bob
- Conducteur sobre
- Celui qui conduit c'est celui qui ne boit pas

Ils conviendraient de définir nationalement un terme générique.

3.3 Recommandations sur les opérations de transports accompagnés (bus navette mise à disposition des jeunes).

- Cela déresponsabilise et incite à augmenter les consommations d'alcool.

- Effet pervers contraire à celui recherché : les jeunes vont en voiture au point de rendez-vous du bus navette, consomment encore plus d'alcool, puis reprennent leur voiture du point de rendez-vous bus navette à chez eux. Ceci a été constaté par les SMER qui ne le font plus depuis 6 ans.

DGS- Alcool et Prévention

Audition 23 mars 2005
Présentation Usem

Alcool et Prévention

I) Présentation de l'USEM : Union nationale des mutuelles étudiantes régionales.

II) La prévention alcool par les mutuelles étudiantes régionales.

- 1) Contexte
- 2) Actions de prévention
- 3) Résultats 2003-2004

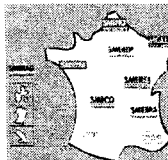
III) Propositions Etats généraux de lutte contre l'alcoolisme

Alcool et Prévention

I) L'USEM : Union nationale des Stés Etudiantes Mutualistes régionales,

Fédère les mutuelles régionales qui gèrent plus 900 000 étudiants, pour :

- Le régime étudiant de SS
- La mutuelle complémentaire
- Les actions de prévention



Alcool et Prévention

II) La prévention alcool en direction des jeunes

1) Contexte

Pour les 18-25 ans, l'alcool produit festif consommé surtout le week-end.

- 35% des jeunes de 18-25 déclarent avoir été plusieurs fois ivres au cours des 12 derniers mois
- 1 200 jeunes de cette tranche d'âge sont morts suite à un accident de la route

Alcool et Prévention

2) Actions de prévention

Objectifs principal :

- réduire la consommation excessive d'alcool

Principes :

- responsabiliser les jeunes
- éducation par les pairs

Alcool et Prévention

Modes d'action :

- Diffusion information (via Internet, brochure, décomptes...)
- Action de sensibilisation au sein des universités
- Mise en place actions conducteurs sobres
- Formation des responsables associatifs étudiants organisateurs de soirée



Alcool et Prévention

3) Quelques résultats en 2003-2004

- 200 soirées « conducteurs sobres », soit 37 000 conducteurs qui ont participé aux opérations.

Enquête USEM 2003 « Enquête nationale sur la santé des étudiants »

- 83% des étudiants ayant bénéficié d'une action de prévention sur l'alcool ont jugé que cela avait une incidence positive sur leurs comportements
- 30 % des étudiants redemandent des actions sur ce sujet



Etats généraux contre l'alcoolisme

III) Propositions

- 1) Décliner les Etats généraux en région
- 2) Homogénéiser les termes de communication sur les actions conducteurs sobres
- 3) Recommandations sur opérations de transports accompagnés

**Séance « Distribution de l'alcool »
du 30 mars 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Contribution ministère du tourisme

Contribution FAGIHT

Contribution UMIH

Contribution Synhorcat

Contribution Fédération nationale des boissons

Contribution G. Leclerc

Contribution Auchan

Contribution AIP

Contribution CNPA

Séance « Distribution de l'alcool »

Personnes auditionnées

Réunion du 30 mars 2005

Patrick AMELINE - Synhorcat

Martine CROHARE - Confédération des professionnels indépendants de l'hôtellerie

Sylvie DUBOT - Ministère délégué au tourisme

Patrick FLAHAUT – Groupe Auchan (contribution écrite)

Mireille GAMBRELLE - Synhorcat

Philippe MARCHANDIER - Conseil national des professions de l'automobile

Alexandre MUR - Groupe E. Leclerc

Bernard QUARTIER - Union des métiers et des industries de l'hôtellerie

Jean REINHARDT - Association des indépendants du pétrole

Christian ROUX - Conseil national des professions de l'automobile

P. SAMSON – Fédération nationale des boissons (contribution écrite)

Fédération autonome générale de l'industrie hôtelière touristique (contribution écrite)



Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société

Bureau des pratiques addictives

Personne chargée du dossier

Nadège LAROCLETTE **N° 5 - 2 5 3**

Dr Dominique MARTIN

Tél. : 01 40 56 51 62/54 68

Fax : 01 40 56 40 44

Mail : nadege.larochette@sante.gouv.fr

dominique.martin@sante.gouv.fr

Paris, le 07 AVR. 2005

**COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT
SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"**

**Auditions du 30 mars 2005 sur la thématique
« Distribution de l'alcool »**

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Maguy Jeanfrancois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Norbert Bach (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Tania Rosilio (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Jean-Baptiste Herbet (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Isabelle Faibis (Direction de la sécurité sociale), Hélène Mélet (Direction générale des douanes et des droits indirects), Sylvie Dubot (Ministère délégué au tourisme), Alexandre Mur (Groupe E. Leclerc), Philippe Marchandier - Christian Roux (Conseil national des professions de l'automobile), Bernard Quartier (Union des métiers et des industries de l'hôtellerie), Patrick Ameline - Mireille Gambrelle (Synhorcat), Martine Croharé (Confédération des professionnels indépendants de l'hôtellerie), Jean Reinhardt (Association des indépendants du pétrole), Pascal Mélihan-Cheinin - Dominique Martin - Nadège Larochette (Direction générale de la santé - Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Christine Kerneur (Ministère de l'Education nationale - DESCO), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Frédéric Delpont (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Marianne Storogenko (Direction générale de l'action sociale), Pierre Arwidson (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Anne Dux (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes), Jacques Jond (Fédération autonome générale de l'industrie hôtelière touristique), Jean-Jacques Gillemann (Union française des industries pétrolières), Hervé Fargues (Auchan), C. Boissin (Fédération nationale des boissons), Groupe Carrefour.

En introduction, la Présidente du comité de pilotage rappelle le contexte de cette réunion.

L'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que le gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de la création d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme. L'élaboration de ce rapport a été confiée à un comité de pilotage qui a émis le souhait d'auditionner l'ensemble des acteurs concernés par ce sujet. La réunion de ce jour a ainsi pour objet de procéder aux auditions de plusieurs institutions, syndicats des métiers de l'hôtellerie et de la restauration, représentants des stations-service et des grandes surfaces sur le thème « Distribution de l'alcool ».

1. L'état de la distribution des boissons alcooliques en France

L'exposé de la situation actuelle de la distribution de l'alcool en France (cf. : documents ci-joints) laisse apparaître que :

- la consommation de boissons alcoolisées a lieu, dans 78 % des cas, au domicile ;
- la grande distribution réalise 61 % des ventes de boissons alcoolisées, les cafés-hôtels-restaurants : 30 % et les collectivités, transports et presse : 9 %.

Au terme de ces présentations, deux constats semblent être partagés par l'ensemble des intervenants :

- depuis 2003, les ventes de boissons alcoolisées ont sensiblement diminué en volume. La politique de sécurité routière menée par le Gouvernement explique l'essentiel de cette diminution ;
- les professionnels du secteur assistent à l'érosion de certaines boissons traditionnelles (ex. : les digestifs). En revanche, les nouvelles boissons alcoolisées aromatisées, dites « premix » ou « alcopops », et les boissons sans alcool sont en forte expansion.

La plupart des professionnels auditionnés a fait part de son implication dans les campagnes de prévention de l'alcoolisme et de sécurité routière. Tout en étant conscients de leur responsabilité dans ce domaine, ils mettent en avant leur souhait de responsabiliser davantage les consommateurs.

2. Réflexions sur les états généraux de la lutte contre l'alcoolisme

Malgré quelques difficultés à appréhender le contenu et l'apport de ces états généraux, l'assistance a une position ouverte sur leur création. Dans l'hypothèse où ces états généraux aient lieu, les représentants de la distribution souhaitent être associés à la démarche. Ils considèrent cette manifestation comme une opportunité pour améliorer l'image de leur profession auprès du public, et y voient également une plate-forme pour leurs revendications auprès des pouvoirs publics (ex. : refonte du code de la santé publique pour la partie débits de boissons, uniformisation des horaires de fermeture des débits de boissons...). Toutefois, les futurs Etats généraux ne doivent pas, à leur sens, prendre la forme d'une « grande messe » qui s'avèrerait improductive. A l'inverse, Mme la Présidente souligne l'enjeu d'ouvrir des débats collectifs sur la thématique alcool, tout en faisant connaître à l'opinion publique les données détenues actuellement par les seuls experts et les professionnels.



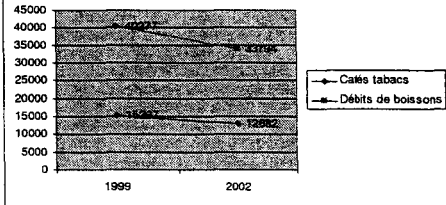
Marie-Hélène CUBAINES
Administrateur civil
Adjointe au Sous-directeur
Sous-direction Santé et Société

LA DISTRIBUTION DE L'ALCOOL

Mercredi 30 mars 2005

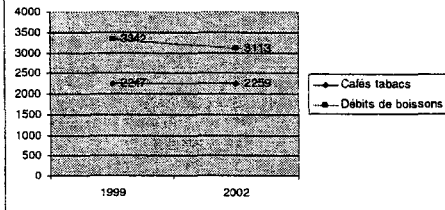
Présentation du secteur (1)

Evolution du nombre d'établissements



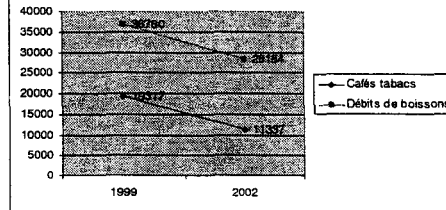
Présentation du secteur (2)

Evolution du CA en M d'Euros



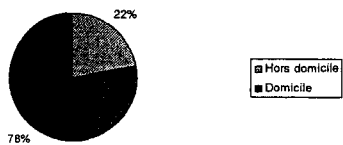
Présentation du secteur (3)

Effectif salarié moyen au 31/12



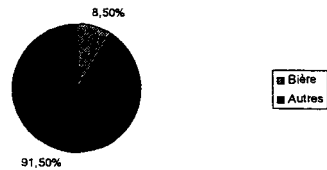
Le marché des boissons

marché des boissons

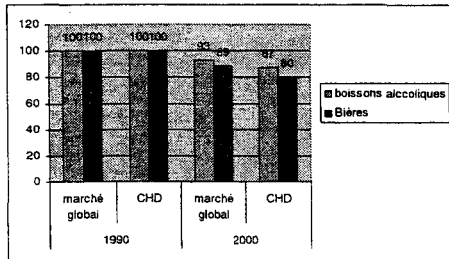


Le marché de la bière

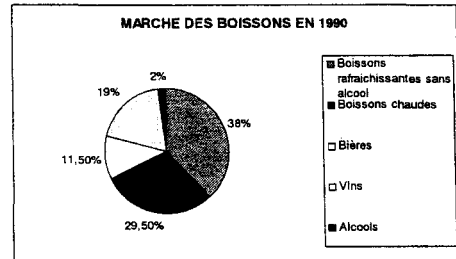
marché des boissons



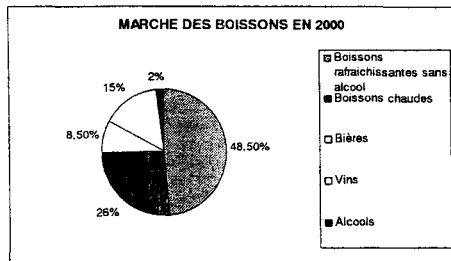
Évolution du marché des boissons



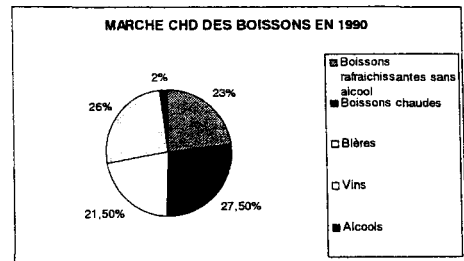
Évolution du marché des boissons (2)



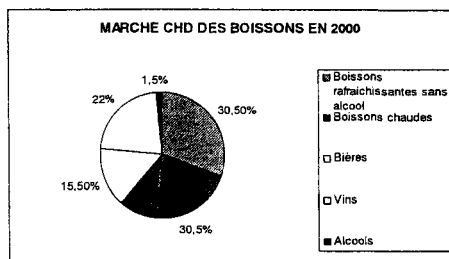
Évolution du marché des boissons (3)



Évolution du marché des boissons (4)



Évolution du marché des boissons (5)



États généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme

- * Associer tous les représentants des vendeurs de boissons alcooliques
- * Soutenir les démarches de qualité des débits de boissons
- * Favoriser la consommation des boissons non-alcooliques dans les débits de boissons

Merci de votre attention



FÉDÉRATION AUTONOME GÉNÉRALE DE L'INDUSTRIE HÔTELIÈRE TOURISTIQUE

La plus importante Organisation Syndicale Patronale de l'Hôtellerie saisonnière française

F.A.G.I.H.T.

221 avenue de Lyon - BP 448
73004 CHAMBERY cedex
Téléphone 04 79 69 26 18
Télécopie 04 79 62 68 33

- siège annexe : -
60, avenue de New-York
75016 PARIS
Téléphone 01 45 25 88 07

Avril 2005

AVIS DE LA FAGIHT DANS LE CADRE DES AUDITIONS SUR LE THEME « DISTRIBUTION D'ALCOOL »

1^{ERE} QUESTION : D'APRES VOUS, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE SUR CE THEME ?

L'alcoolisme est une notion plurale qui recoupe de grandes variétés de situation : maladie alcoolique, alcoolisation massive ponctuelle, alcoolisme mondain... Il s'agit d'un problème ancien qui de tout temps a eu des conséquences aux plans humain, social et sociétal : mortalité directe ou indirecte des personnes alcooliques, accidentologie liée à l'alcool, traitement coûteux des maladies alcooliques ...

Actuellement, les personnes souhaitant consommer de l'alcool ont le choix entre de multiples vecteurs plus ou moins réglementés : débits de boissons, grandes surfaces, commerces de proximité, stations services (poste à essence), buvettes associatives, ...

En préalable, la FAGIHT rappelle que la responsabilité d'un Professionnel de l'Industrie Hôtelière ne peut pas se substituer à la responsabilité de chaque consommateur qui est seul à connaître son état alcoolique réel quand il entre dans un établissement. Il n'y qu'en cas d'ivresse avérée qu'une intervention autoritaire peut être envisagée.

En ce qui concerne plus spécifiquement les professionnels des débits de boissons (cafés, bars, brasseries ...), le constat au regard de la distribution d'alcool est le suivant :

- la vente d'alcool par les professionnels des débits de boissons est en constante diminution, en lien avec la politique de lutte contre l'ivresse au volant. La vente de boissons non alcoolisées (jus de fruit, eaux minérales, sodas, cafés ...) constituent actuellement la part la plus importante du chiffre d'affaires de ces professionnels.
- le prix de vente de l'alcool dans un débit de boisson reste élevé en comparaison avec d'autres points de distribution telles les grandes surfaces, stations services De ce fait, la consommation d'alcool est modérée par cet aspect économique et la consommation alcoolique en grande quantité se déroule très souvent en dehors de débits de boissons, par le biais d'autres vecteurs de distribution d'alcool.
- Une réglementation stricte soumet la vente d'alcool dans un débit de boissons au contrôle du professionnel : celui-ci est légalement tenu de s'assurer que le consommateur ne se trouve pas en état d'ivresse manifeste. Ainsi, en présence d'une personne manifestement ivre, le professionnel refusera la vente d'alcool, sous peine de sanctions pénales lourdes.

Les cas d'accidents liés à l'alcool et impliquant, en amont, des professionnels des débits de boissons, font l'objet d'un traitement médiatique intensif, voire exagéré.

De ce fait, naît dans l'opinion générale une idée fautive selon laquelle les professionnels des débits de boissons vendraient massivement de l'alcool à toutes personnes sans distinction et seraient, dès lors, responsables d'accidents graves, voire mortels.

Les professionnels des débits de boissons se trouvent surexposés dans un problème qui dépasse très largement l'exercice de leur activité professionnelle.

Ils ont le sentiment d'être les boucs émissaires dans la lutte contre l'alcoolisme : leur responsabilité est facilement mise en cause avant même celle des individus eux-mêmes ; les autres distributeurs d'alcool (grandes surfaces, stations services entre autres) bénéficiant d'une certaine forme d'impunité alors qu'ils proposent de l'alcool à un prix bien plus attractif pour les consommateurs et sans réel contrôle des quantités.

2^{EME} QUESTION : QUELLES SONT VOS PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PLACE D'ETAT GENEVAUX SUR LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ?

La tenue d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme devrait permettre :

- de privilégier la prévention de l'alcoolisme : alerter sur les signes avant-coureurs, allumer les clignotants et conseiller pour réagir à temps ;
- de mettre en exergue la responsabilité individuelle irremplaçable et à la base de toute action valable ;
- d'établir le rôle des différents distributeurs d'alcool dans la vente d'alcool ;
- d'interpeller les pouvoirs publics sur certaines incohérences en terme de lutte contre l'alcoolisme. Ainsi, peut-on citer l'application à la vente de boissons non alcoolisées d'un taux de TVA à 19.6 % alors que ces produits sont achetés à un taux de 5.5%. Un tel taux de TVA contribue à faire des boissons non alcoolisées des produits moins attractifs en terme de prix.

Outre les représentants des professionnels des débits de boissons, il semble que devraient prendre part à ces états généraux :

- les représentants de tous les autres distributeurs d'alcool
- les fournisseurs de boissons alcoolisées et non alcoolisées
- les spécialistes médicaux en alcoologie
- les structures d'aides aux alcooliques (type association)
- les autorités judiciaires (police, gendarmerie, Parquet...)

Conclusion

La FAGIHT est prête à coopérer aux initiatives publiques tendant à lutter contre l'alcoolisme dès lors que ces démarches s'inscrivent dans une volonté réelle d'analyse du problème, de mise en perspective des responsabilités de chaque intervenant à commencer par le consommateur d'alcool, sans stigmatisation des Professionnels de l'Industrie Hôtelière.



La distribution de l'alcool

Bernard QUARTIER
Président de la Fédération Nationale
des cafés, brasseries et discothèques

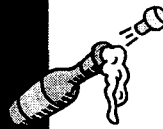
DGS - 30 mars 2005

1



Situation actuelle de la distribution d'alcool

Approche statistique



2



Les distributeurs : 3 marchés



Part de marché (%)	1998	2005
La grande distribution	78.5	80
Les CHR D	14.5	11.5
Collectivités, transports, presse ...	7	8.5

Source : GIRA SIC

3



Le secteur des boissons alcoolisées



Part de marché (%)	1998	2005
La grande distribution	61	61
Les CHR D	31.5	30
Collectivités, transports, presse ...	7.5	9

Source : GIRA SIC

4



Situation actuelle

Etat des lieux dans les CHR D



5




Constat

- 300 000 cafés en 1900, 47 000 en 2005



Situation des CHR D préoccupante

6




Les raisons


- Fréquentation cafés en baisse depuis 1998
- Nouveaux circuits de distribution de boissons
- Réglementation trop contraignante pour les petits établissements
- ...

↓

Responsabilité accrue des exploitants
Et non de la grande distribution




7



Les propositions pour la mise en place d'Etats Généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme


Application d'une même législation

8




- Réglementation identique pour l'ensemble des lieux de distributions et de vente d'alcool
 - ◆ Réforme du code de la santé publique :
 - ◆ Fermeture administrative, zones protégées, buvettes, stations services ...
- Les licences de débits de boissons
 - ◆ Création par l'État d'une structure qui stockerait les licences dans l'attente d'un repreneur

9




Les propositions pour la mise en place d'Etats généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme


Redorer l'image de la profession




10



- Charte de qualité des cafés / cafés brasseries
 - ◆ Signature d'une convention d'objectifs lors des Assises Nationales du Tourisme
- Éviter le nomadisme de la clientèle
 - ◆ Uniformisation des horaires
 - ◆ Charte Nationale des discothèques
- Engagement des professionnels
 - ◆ Campagne de lutte contre l'alcoolisme
 - ◆ Partenariat avec la police
 - ◆ Mise en place d'Ethylotest




11



Les propositions pour la mise en place d'Etats généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme

La responsabilité



12

■ Responsabiliser les consommateurs

- ◆ Les actions de co-voiturage (capitaine de soirée, Carnight ...)
- ◆ Volonté commune de mettre en place des actions de prévention afin de responsabiliser les jeunes



13

■ Responsabiliser les exploitants

PERMIS D'EXPLOITATION

- ◆ Formation obligatoire sur 3 jours
- ◆ Pour les titulaires de licence III et IV PR et GR
- ◆ Objectifs :
 - ◆ Valoriser les entreprises lors de leur transmission
 - ◆ Prévenir l'insécurité

14

BQ/BM/SB



Le 29/03/2005

La distribution de l'alcool

Objet : audition du 30 mars 2005

Présentation par M. Bernard Quartier - Président de la Fédération Nationale des Cafés, Brasseries et Discothèques (FNCBD), branche professionnelle de l'UMIH – Union des Métiers et des Industries de l'Hôtellerie.

L'Union des Métiers et des Industries de l'Hôtellerie (UMIH) est un syndicat patronal qui regroupe les secteurs des cafés, des cafés-brasseries, des discothèques, des bowlings, de l'hôtellerie, de la restauration traditionnelle et étoilée (CHRD).

La plupart sont des établissements recevant du public, titulaires d'une licence de débit de boissons afin de pouvoir vendre des boissons.

En France, l'UMIH regroupe 80 000 établissements permanents ou saisonniers dont 30 000 cafés, 1 200 discothèques et 92% des bars à ambiance musicale (BAM).

I - LA SITUATION ACTUELLE

A- Une première approche statistique (source GIRA Sic : cabinet d'études)

1/ Les Distributeurs :

En matière de boissons, il y a trois marchés.

-le premier marché dominant : la Grande Distribution, c'est-à-dire les supermarchés, le hard discount, les supérettes, les magasins de proximité...

En 1998, il représentait 78,5% du marché total des boissons.

En 2005, est resté quasiment stable avec une part en légère hausse, à 80%.

-Le second marché : les CHRD, Café, Hôtel, Restaurant et Discothèque, marché traditionnel des distributeurs et principalement exploité par des indépendants.

En 1998, il représentait 14,5% du marché global, mais c'est un marché qui se contracte.

En 2005, il chute à 11,5%.

-Le troisième marché : les collectivités, transports (SNCF, aéroports, bateaux, autoroutes, métro) points de consommation de loisirs, les circuits dits alternatifs (traiteurs, boulangeries, magasins de sport), et circuits quotidiens, tabacs, presse...

En 1998, 7%, part de marché la plus faible.

En 2005, c'est un marché qui progresse et est en expansion puisqu'il représente 8,5%.

2/le secteur des boissons alcoolisées :(source GIRA Sic : cabinet d'études)

Les ventes sont différentes sur les différents canaux selon qu'il s'agit de boissons alcoolisées ou non. Nous n'évoquerons que la vente des boissons alcoolisées :

-En 1998	en 2005
1 ^{er} marché : 61%	61%
2 ^{ème} marché : 31,5%	30%
3 ^{ème} Marché : 7,5%	9%

(dont le marché de la bière en baisse de moins 25% en 25 ans.)

Concernant le secteur CHRD, vous pouvez constater une baisse des ventes de boissons alcoolisées. En revanche, sur cette même période on a vu la vente de boissons non alcoolisées augmenter de 3,4%.

B - Etat des lieux dans les CHR

1/ constat :

- 300 000 Cafés en 1900, 47 000 en 2005.
- l'arrivée des BAM (bars à ambiance musicale) dans les villes a stabilisé les disparitions des licences de débits de boissons
- Hors agglomérations, les cafés continuent à disparaître.
- Plus de 90% d'alcool sont vendus dans les grandes surfaces et vendues librement, même s'il existe un règlement, celles-ci semblent oublier notamment dans la vente d'alcool la réglementation des mineurs, les quantités d'alcool autorisée. Ce qui n'est pas le cas dans les CHR
- La situation des Cafetiers restaurateurs et discothécaires est préoccupante (diminution des recettes et inadéquation des règles de fonctionnement des entreprises).

2/ Les raisons de la baisse dans les CHR :

- La fréquentation du café a tendance à baisser depuis 1998.
- Le manque de rentabilité de ce type d'établissement (café de campagne principalement)
- les contrôles routiers (peur du gendarme)
- Les campagnes de prévention (prise en compte des risques par les clients)
- La méconnaissance de la réglementation par les exploitants qui entraîne bien souvent des fermetures administratives.
- Un code des débits de boissons obsolète (pas de changement significatif depuis 1941 malgré les nombreuses demandes des organisations professionnelles représentatives du secteur).
- Une réglementation trop contraignante à supporter (sécurité incendie, fumeur, accessibilité handicapé...) pour les petits établissements, tels les cafés de campagne.
- Les nouveaux circuits de distribution de boissons (grande distribution 90% des ventes).
- La multiplicité des lieux de distribution (supermarché, station-service, CHR, épicerie)
- La distorsion de réglementation débits de boissons / autres lieux de distribution.
- la responsabilité accrue des exploitants des débits de boissons et la déresponsabilisation des consommateurs.

En effet, la responsabilité des exploitants peut être engagée à plusieurs titres : la protection contre l'ivresse publique, la protection des mineurs, au titre des responsabilités pénale (complicité de conduite en état d'ivresse, complicité de mise en danger d'autrui) et civile. Ce qui n'est pas le cas pour la grande distribution.

II- LES PROPOSITIONS

Pour la mise en place d'Etats généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme:

A – Application d'une même législation

1/ Une réglementation identique pour l'ensemble des lieux de distributions et de vente d'alcool : Réforme du code de la santé publique concernant la lutte contre l'alcoolisme.

Dans le domaine de la réforme du Code des débits de boissons, nous ne pouvons que constater une situation d'échec. Si encore le gouvernement avait opposé à nos demandes de révision un argumentaire étayé, nous aurions au moins eu le sentiment d'avoir été entendus, à défaut d'avoir été convaincants. Mais il apparaît que le code des débits de boissons ne soit pas une priorité et le moins que l'on puisse dire, c'est que depuis les années 50, notre pays a bien changé et à bien des égards nous sommes en retard sur la réglementation des autres nations européennes qui ont su évoluer, elles, au rythme de leurs sociétés.

Autant les lois et règlements s'accumulent pour exploiter un débit de boissons, autant s'amenuisent les obligations de buvettes temporaires. Nous ne voyons pas bien, en quoi les boissons alcoolisées vendues par les buvettes temporaires (au nez et à la barbe du fisc) sont moins nocives que celles lourdement taxées de nos débitants de boissons.

Souhait : refonte d'une partie du Code de la santé publique (fermeture administrative, zones protégées, buvettes, stations services....)

2/ Les licences de débits de boissons :

Une Libéralisation du Code irait en particulier à l'encontre de la politique de lutte contre l'alcoolisme. Contrairement à ce qui est mentionné dans le rapport de Pierre Cahuc de novembre 2004, les licences IV ne doivent pas être libéralisées, ce phénomène pourrait conduire à une multiplication des lieux de vente d'alcool .

Souhait : création par l'Etat d'une structure qui stockerait les licences de débits de boissons dans l'attente d'un repreneur.

B - Redorer l'image de la profession :

1/Charte de qualité des cafés / cafés brasseries

Grâce à la nouvelle charte qui vient de voir le jour, nous redonnons ainsi les moyens aux cafés de se valoriser.

L'accueil, la qualité des produits, le décor et l'hygiène seront les quatre engagements des établissements signataires de cette charte. Engagements forts qui seront les piliers du Café.

La profession aujourd'hui doit se mobiliser pour que le Café respecte les règles de l'art et redevienne un lieu de convivialité et de socialisation.

Dès à présent, les professionnels ont décidé de s'engager vers plus de professionnalisme et de qualité ; la charte va leur permettre de se faire entendre pour reconquérir la clientèle.

Dans le cadre du plan Qualité France et lors des Assises Nationales du Tourisme en décembre 2004 à Paris, M. Quartier Président de l'IDCCB, a signé une convention d'objectifs avec le Ministre Délégué au Tourisme en tant que tête de réseau pour cette charte de qualité dans les cafés.

2/ Eviter le nomadisme de la clientèle : l'uniformisation des horaires et la Charte nationale des discothèques

Uniformisation des horaires :

L'UMIH souhaite une unification des horaires de fermeture des établissements de nuit à 7 heures du matin sur tout le territoire français.

Cette mesure qui permet de garantir une concurrence équilibrée entre les établissements et d'éviter les déplacements de clients vers d'autres départements pourra ainsi diminuer le nombre d'accidents nocturnes.

Il est important de rappeler que la grande majorité des pays européens a depuis longtemps mis en place ce type de réglementation sur un horaire unique d'exploitation.

Cette tolérance en matière d'ouverture a été accordée dans certains départements et a ainsi pu apporter un souffle supplémentaire à la vie nocturne des établissements de nuit qui sont une composante essentielle de l'attractivité de la ville.

Grâce à cette décision et du fait de l'étalement des sorties, la sécurité a été ainsi renforcée.

C'est la raison pour laquelle, la profession est intervenue à de nos nombreuses reprises auprès du ministère. Nous avons été reçu par le cabinet de Dominique de VILLEPIN, Ministre de l'Intérieur et avons rencontré ses services pour évoquer les problèmes spécifiques de la profession.

Souhait : uniformisation des horaires.

Charte nationale professionnelle

Suite aux réunions qui se sont tenues à la Direction de la Sécurité et de la Circulation Routières, un projet de charte nationale a été élaboré entre l'Etat et les établissements de nuit et les restaurants.

L'objectif est d'obtenir une charte unique au niveau national. Elle accorde aux professionnels, un horaire de fermeture tardif harmonisé sur l'ensemble du territoire, en contrepartie de certains engagements. Le projet finalement présenté par le Ministère de l'Intérieur ne correspondant pas à cet objectif, l'UMIH a immédiatement dénoncé le projet de charte.

De son côté, la FNCBD a élaboré un nouveau projet de charte nationale professionnelle et a transmis une charte de bonne conduite au Ministère de l'Intérieur pour connaître sa position.

3/ Engagement des professionnels dans les campagnes de communication et partenariat :

Campagnes de lutte contre l'alcoolisme :

Nous développons de multiples actions de « citoyenneté » et sommes fortement impliqués dans la prévention de l'alcoolisme et la sécurité routière ; nous participons notamment à des actions de sensibilisation et de prévention, telles les manifestations « Capitaines de Soirée », « conducteur désigné »...

L'UMIH rappelle les efforts des professionnels tels les discothécaires dans leurs exploitations : en offrant notamment des jus de fruits gratuits, en cessant de servir de l'alcool avant la fermeture de l'établissement, en s'associant à des campagnes de la sécurité routière, alors que les grandes surfaces, ne font aucun effort et représentent à elles seules plus de 61% des ventes des boissons alcoolisées contre 30% pour nos établissements.

Souhait : harmonisation des campagnes de prévention sur l'abus de consommation d'alcool et engagement des professionnels à réaliser un certain nombre d'opérations de prévention sur l'année.

Partenariat avec la police :

Afin de travailler ensemble sur des sujets aussi prioritaires que la sécurité et l'alcoolisme l'UMIH a initié un partenariat avec le centre d'étude et de formation de la Police Nationale en vue d'une part de développer des stages de formation sur la réglementation des débits de boissons à destination de nos adhérents et d'autre part d'engager une véritable coopération entre les officiers de police, la gendarmerie et les organisations professionnelles.

Souhait : continuer les partenariats

Mise en place d'Ethylotest :

Dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme, l'UMIH et plus particulièrement sa branche professionnelle la FNCBD (Fédération nationale des Cafés, Brasseries et discothèques) a participé aux réunions du groupe de travail NF – Ethylotest au sein du Laboratoire National d'Essais (LNE). Les éthylotests qui ont reçu pour certains l'agrément, commencent à être mis à la disposition de la clientèle dans les établissements.

Souhait : Généralisation progressive de la mise en place dans les établissements d'éthylotests de dernière génération.

C - La Responsabilité

1/ responsabiliser les consommateurs : les actions de co-voiturage (capitaine de soirée, Carnight...)

Dans le cadre du comité interministériel sur la sécurité routière du 24 janvier dernier, le gouvernement dans ses nouvelles orientations pour 2005 prévoit de sensibiliser les jeunes conducteurs et de prévenir le risque de l'alcool au volant.

L'UMIH fortement impliquée dans la prévention de l'alcoolisme et la sécurité routière s'engage régulièrement dans des actions de prévention et d'information pour lutter contre l'abus d'alcool.

Depuis de nombreuses années, en partenariat avec la Prévention Routière, le Ministère des Transports et Entreprise et Prévention, nous soutenons les différentes démarches de sensibilisation et de prévention visant à informer les consommateurs sur les risques encourus par l'abus d'alcool. Nous participons avec nos organisations départementales à des campagnes comme « capitaine de soirée » et pérennisons les opérations « jeunes conducteurs », « conducteurs désignés ». Ces opérations sont organisées dans les établissements de nuit au cours desquelles des animations sont prévues pour encourager à la prudence et créer des réflexes de respect des autres et de sobriété au volant. Les jeunes conducteurs doivent prendre conscience du risque alcool-conduite.

Suite à la table ronde sur le thème « Alcool, lieux festifs et sécurité routière », organisée par la Sécurité Routière où le maître mot de cette journée fut « responsabilité » (conducteurs, professionnels), le Président Daguin et Rémy Heitz ont décidé de travailler d'une volonté commune à mettre en place des actions de prévention afin de responsabiliser les jeunes au risque mortel de l'alcool au volant.

Souhait : responsabiliser davantage les clients

2/ Responsabiliser les débitants de boissons : par la mise en place d'une obligation de formation (le permis d'exploitation).

Pour responsabiliser les débitants de boissons, il avait été proposé la mise en place d'une formation obligatoire maîtrisée par la profession pour tout futur titulaire de licence de débit de boissons (licence III et IV) ou Petite et grande licence restaurant. L'UMIH au travers de la FNCBD (Fédération nationale des Cafés, Brasseries et discothèques) a mené ce dossier qu'elle a initié depuis mars 2003.

« Le permis d'exploitation » avait été intégré dans une proposition de loi relative aux « Libertés et responsabilités locales » déposée par le député Thierry MARIANI qui nous soutient dans notre action. Malheureusement, les aléas du processus législatif ont fait que cette proposition n'a pu se concrétiser.

La profession souhaite la mise en place d'une seule et unique formation sur tout le territoire français, à l'exemple de la formation obligatoire imposée par les débitants de tabacs. Tout en favorisant une certaine souplesse dans l'organisation de cette formation maîtrisée par la profession, qui pourrait s'étaler sur 3 jours.

-pour valoriser les entreprises lors des transmissions : il permet de donner une autre image des débits de boissons.

-pour prévenir l'insécurité, l'abus d'alcool où les nuisances que peut occasionner l'exploitation mal contrôlée d'un débit de boissons. La grande majorité des fermetures administratives sont dues à la méconnaissance de la législation et au non respect des règles, d'où l'utilité de cette formation.

Nous sommes en effet convaincus que le secteur des CHRD doit concilier son métier de loisir et de convivialité avec les priorités de santé publique et de sécurité routière.

Dans le cadre du comité interministériel sur la sécurité routière du 24 janvier dernier, le gouvernement dans ses nouvelles orientations pour 2005 prévoit de sensibiliser les jeunes conducteurs et de prévenir le risque de l'alcool au volant.

Service Juridique et des Affaires Réglementaires de Mme Cros – Directeur.
Dossier suivi par Brigitte Montserrat – Responsable des Affaires Réglementaires.

Il a annoncé l'élaboration d'une démarche qualité qui avait été confirmée lors du comité interministériel du 7 juillet 2004 au travers de laquelle il fixe notamment comme objectif la formation des personnels et propriétaires dirigeants d'établissements.

Ce projet va dans le sens des intérêts communs, notamment en matière de professionnalisme et de sécurité routière.

Souhait : mise en place d'une formation de trois jours pour les responsables d'entreprises appelés à commercialiser de l'alcool.

Je vous remercie de votre attention.

INTERVENTION DU SYNHORCAT SUR LES CONDITIONS DE LA CRÉATION D'ETATS GENERAUX DE LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

LE 30 MARS 2005

THEME : DISTRIBUTION DE L'ALCOOL

Situation actuelle :

En 40 ans, la part des dépenses en boissons alcoolisées dans le budget alimentaire des ménages s'est fortement réduite ; elle est passée de 12,4 % en 1960 à 8,9 % en 2002. Toutefois, entre 1976 et 2001, la part de consommation du whisky dans les alcools forts, a progressé de 7,3 % en moyenne.

Il est à noter que depuis une trentaine d'années, la consommation quotidienne des jeunes diminue sensiblement au profit d'une consommation au cours des week-ends, le samedi soir, en particulier.

Par ailleurs, les jeunes consomment moins mais plus tôt. En effet, si la consommation moyenne des jeunes de 13 à 14 ans a quasiment baissé de moitié entre 1985 et 1996, le nombre de petits consommateurs dans cette tranche d'âge a doublé pour atteindre 30 % en 1996.

Par ailleurs, la bière est la boisson alcoolisée la plus consommée par la moitié des jeunes de 12 à 19 ans.

La consommation totale des boissons alcoolisées par habitant était en 1960 de 194,3 litres contre 110,3 en 2001.

La consommation des boissons non alcoolisées par habitant est passée de 64,4 litres en 1970 à 205,2 en 2001.

Si au regard de ces statistiques issues d'une étude réalisée par l'Insee en Mai 2004 (*Danielle BESSON, Division synthèse des biens et services*) la consommation d'alcool a baissé, il n'en reste pas moins que le taux d'accidents mortels lié à cette consommation représente 1/3 des accidents mortels de la circulation.

Par conséquent, il est de la responsabilité de tous les acteurs, de travailler sur des actions dont l'objectif n'est pas de prohiber la consommation d'alcool mais d'orienter les consommateurs vers une consommation responsable.

Propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme :

1. Réforme du Code des Débits de Boissons

Le SYNHORCAT s'investit depuis plusieurs années avec les différents ministères concernées : Ministère du Tourisme, Ministère de la Santé à la réforme du Code des Débits de Boissons inséré dans le Code de la Santé Publique.

Le SYNHORCAT a fait des propositions et une Commission Interministérielle devait se réunir en 2004.

Nous avons demandé notamment d'avoir la **possibilité de contrôler l'âge des mineurs** comme cela existe déjà pour les cinémas ainsi que pour la vente de tabac concernant les mineurs de moins de 16 ans. Le SYNHORCAT est donc tout à fait d'accord avec la proposition du Ministère de la Santé qui stipulerait que le débitant de boissons pourrait exiger la production d'une pièce d'identité ou de tout autre document officiel muni d'une photographie et de nature à faire la preuve de l'âge de l'intéressé (article L.3353-3 – interdiction de vente d'alcool aux moins de 16 ans et d'alcools forts aux mineurs de 16 à 18 ans).

2. Permis d'exploitation

Le SYNHORCAT a été à l'initiative du projet du permis d'exploitation qui prévoit que chaque futur titulaire d'une licence IV ait l'obligation de suivre une formation de trois jours. Ce projet qui devait voir le jour en 2004 porte sur la réglementation des débits de boissons, les obligations de l'exploitant en matière d'alcool, de drogue.

Ce projet, qui nous tient à cœur, est porté par Monsieur le Député MARIANI et devrait être voté en 2005.

3. Convention ONIVINS

Dans le cadre d'une étude menée pour ONIVINS en 2003/2004, « la filière vin en restauration » une convention entre le SYNHORCAT et l'ONIVINS a été conclue afin de développer des axes de formation visant à améliorer le service du vin en restauration.

L'objectif est donc au travers d'un échantillon d'entreprises traditionnelles, thématiques chaînés, brasseries indépendantes et chaînées, de mettre en place des modules de formation afin de sensibiliser le personnel à la vente du vin et notamment en proposant des accords mets et vin, proposer des modes de distribution du vin bouteille 50 cl, vente du vin au verre ...

L'objectif de cette formation est donc de sensibiliser l'ensemble de l'équipe de l'entreprise du restaurant afin de mieux diriger les consommateurs vers un produit de qualité.

4. Protection du consommateur et du restaurateur :

Considérant que la lutte contre l'alcool au volant est une priorité nationale pour les hôtels, cafés, restaurants, traiteurs, le SYNHORCAT a conclu une convention avec la société Global Groupe.

Pour ce faire, la société Global Groupe « allo chauffeur » propose de mettre à disposition des établissements de restauration, membres du SYNHORCAT, des chauffeurs qui raccompagnent le client à l'endroit qu'il souhaite avec sa propre voiture.

A ce titre, il est mis à disposition un central téléphonique de réservation et des chauffeurs sans voiture pour le raccompagnement des clients.

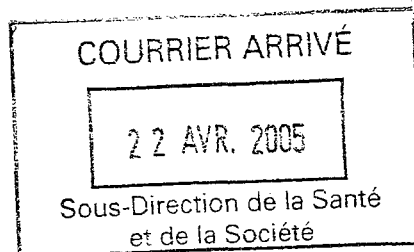
Grâce à un système de cartographie satellitaire, les chauffeurs sont localisés en temps réel au plus près de l'établissement.

Par ailleurs, il est à noter qu'aucune manipulation financière par les chauffeurs n'est présente dans ce dispositif.



FÉDÉRATION NATIONALE DES BOISSONS

SIÈGE SOCIAL : 49 RUE DE LA GLACIÈRE - BP 417 - 75020 PARIS CEDEX 1
TÉL. : 01 45 87 21 41 - Télécopie : 01 45 87 11 69
C.C.P. PARIS 16 18-940 - SIRET 784 408 478 00021
NUMÉRO D'IDENTIFICATION INTRACOMMUNAUTAIRE : FR14784408478



NL
COP
D
200

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
Direction Générale santé et société
Bureau des pratiques addictives
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

A l'attention de Madame Nadège LAROCLETTE

F.G.A
22-4
R.D

Paris, le 18 avril 2005

Madame,

Vous avez souhaité recueillir la position de notre Fédération quant au rapport préparatoire aux Etats Généraux de la lutte contre l'alcoolisme. Compte tenu des délais trop courts nous n'avons pu nous rendre à l'audition à laquelle vous nous aviez conviés.

En revanche, les principales organisations représentatives de nos clients directement en contact avec le public, l'UMIH et la CPIH, ont pu présenter leurs observations lors de ces rendez-vous. Il est évident que nous intégrons totalement les avis et les observations formulés par ces dernières.

Toutefois, nous souhaitons apporter au dossier une contribution par écrit, relativement synthétique que nous proposons de formuler ci-après :

Données quantitatives

Notre Fédération représente environ 800 entreprises de distribution de boissons dénommées « **Distributeur Conseil Hors Domicile en boissons** » (DCHD). Le chiffre d'affaires de ce secteur stricto sensu est d'environ 2,8 milliards d'euros. Ces entreprises emploient environ 12.000 salariés.

Sur le marché global des boissons, les boissons alcoolisées représentent 25 % du total. La part de celles-ci a diminué de 7% entre 1990 et 2000 au profit des boissons non alcoolisées chaudes ou froides. A noter que les boissons non alcoolisées (BRSA) ont progressé de 52 % au cours de cette même période.

Notre Profession intervient quasiment exclusivement sur le marché de la consommation hors domicile (CHD) et majoritairement sur celui de la vente à

consommer sur place. Ce marché représente seulement 22 % du marché total des boissons.

Dans le marché CHD, les boissons alcoolisées ne représentent que 39 % du marché total.

Notre secteur n'est donc concerné que par moins de 10% de la distribution totale de boissons alcoolisées.

A noter également que sur une période de 10 ans (1990-2000), les boissons alcoolisées ont diminué de 13 % sur le marché CHD alors que ce marché a globalement progressé de 10 % au cours de la même période.

La bière reste notre produit principal, il ne représente à l'heure actuelle que 15 % du marché CHD, le volume distribué sur ce marché a diminué de 20 % entre 1990 et 2000.

La bière reste le produit le moins alcoolisé de la gamme. L'Association Brasseurs de France nous fait remarqué que, depuis 1995, 50 % des bières du marché français ont baissé leur degré alcoolique d'au moins 10 %.

Ces chiffres parlent donc d'eux-mêmes et l'on ne peut en conséquence accuser notre Profession d'être le principal diffuseur d'alcools en France, surtout si on prend en considération le fait que notre secteur ne se désintéresse pas des effets de la consommation finale des produits qu'il diffuse comme nous l'évoquons ci-après.

Données qualitatives

Notre Fédération participe à toutes les actions qui consistent à responsabiliser la consommation d'alcool notamment :

- campagne de la Sécurité Routière sur le conducteur abstinent ;
- campagne de mise à disposition et d'installation d'éthylotests et éthylomètres chez nos clients ;
- programmes de formation initiale et continue tant interne qu'externe en matière de prévention et de lutte contre l'alcoolisme.

Notre atout majeur dans ce domaine est le fait que nous assurons «un service après-vente » et un suivi de nos produits jusqu'à l'acte de consommation finale sous la responsabilité et la vigilance des chefs d'établissements CHR.

Contrairement au secteur de la consommation à domicile, le consommateur de boissons alcoolisées n'est pas livré à lui-même. Dans ces conditions, une véritable consommation responsable de boissons alcoolisées peut être promue, c'est-à-dire, pour le consommateur, le triple choix du moment de consommation, de la quantité consommée et surtout de la qualité des produits.

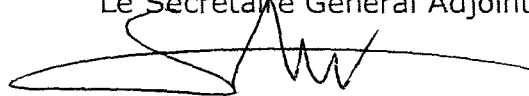
La Charte de Qualité dont l'IDCCB assure actuellement la promotion et la diffusion sous l'égide du Ministère du Tourisme (Qualité Tourisme) comporte dès son premier article l'affirmation du respect de la réglementation du Code de la Santé Publique en matière de lutte contre l'alcoolisme.

La F.N.B. est, avec les organisations représentant les établissements de débits de boissons, membre fondatrice de l'IDCCB (*Institut pour le Développement des Cafés et Cafés-Brasseries*).

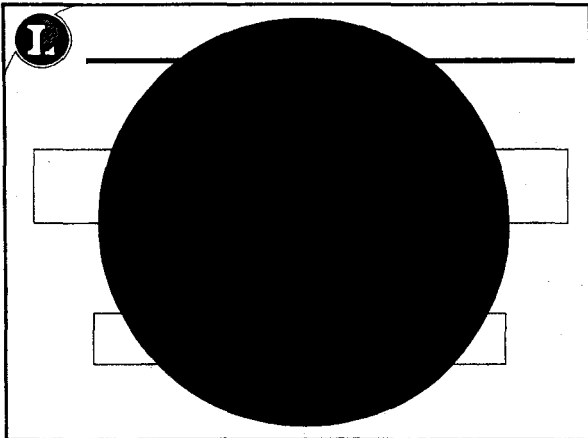
Ainsi, à notre sens, nos clients débitants de boissons, doivent être considérés non plus comme des pourvoyeurs d'alcool mais comme des agents de base de maintien du tissu social (zone rurale, banlieue).

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Secrétaire Général Adjoint,

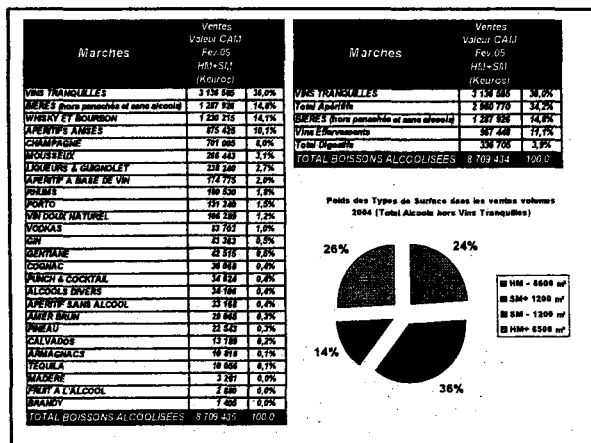
A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. SAMSON', written over a horizontal line.

P. SAMSON



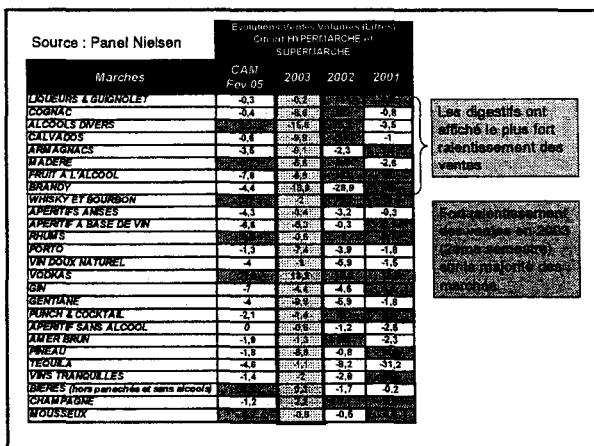
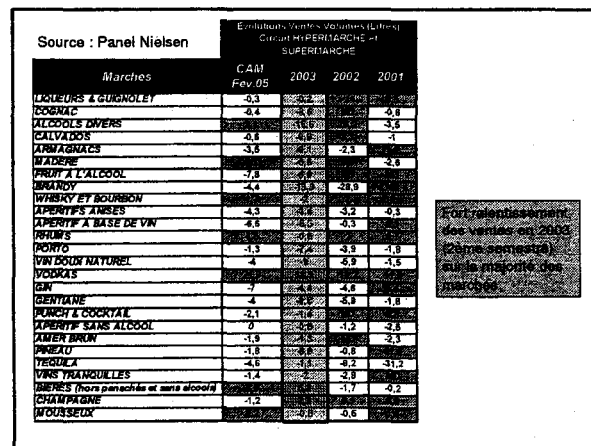
La Distribution de l'alcool en france

- Structure du marché en G.M.S
- Historique des ventes par Marchés
- Evolution des achats des ménages
- Synthèse et Perspectives d'évolutions



La Distribution de l'alcool en france

- Structure du marché en G.M.S
- Historique des ventes par Marchés
- Evolution des achats des ménages
- Synthèse et Perspectives d'évolutions



Source : Panel Nielsen

Evolution des ventes Volumes (Litres)
Circuit HYPERMARCHÉ + SUPERMARCHÉ

Marchés	CAM Fev.05	2003	2002	2001
GENÈRES & GUISMOLET	-3,3	-0,2	-0,2	-0,2
COGNAC	-0,4	-8,8	-8,8	-8,8
ALCOOLS DIVERS	-15,6	-15,6	-15,6	-15,6
CALVADOS	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
ARMAGNACS	-3,5	-8,1	-8,1	-8,1
MADÈRE	-5,6	-5,6	-5,6	-5,6
PRUY A L'ALCOOL	-7,8	-8,9	-8,9	-8,9
BRANDY	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
WHISKY & BOURBON	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
APERITIF ANISES	-4,3	-3,4	-3,2	-4,3
APERITIF A BASE DE VIN	-4,6	-3,3	-4,3	-4,3
LIQUEURS	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
TOKYO	-1,5	-2,4	-3,8	-1,1
VIN DOUX NATUREL	-4	-4	-4,8	-1,3
VOODKAS	-7	-4,2	-4,8	-4,8
GIN	-7	-4,2	-4,8	-4,8
GENÈRE	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
PUNCH & COCKTAIL	-2,1	-7,6	-6,8	-1,8
APERITIF SANS ALCOOL	0	-0,8	-1,2	-2,5
AMER BRUN	-1,9	-1,3	-1,3	-2,3
AMER	-1,8	-4,8	-4,8	-4,8
BIÈRE	-1,6	-1,1	-1,9	-1,9
CHAMPAGNE	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2
MOUSSEUX	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8

Les familles de produit « Trans-générationnelles » affichent des variations plus modérées.

Source : Panel Nielsen

Evolution des ventes Volumes (Litres)
Circuit HYPERMARCHÉ + SUPERMARCHÉ

Marchés	CAM Fev.05	2003	2002	2001
LIQUEURS & GUISMOLET	-3,3	-0,2	-0,2	-0,2
COGNAC	-0,4	-8,8	-8,8	-8,8
ALCOOLS DIVERS	-15,6	-15,6	-15,6	-15,6
CALVADOS	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
ARMAGNACS	-3,5	-8,1	-8,1	-8,1
MADÈRE	-5,6	-5,6	-5,6	-5,6
PRUY A L'ALCOOL	-7,8	-8,9	-8,9	-8,9
BRANDY	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
WHISKY & BOURBON	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
APERITIF ANISES	-4,3	-3,4	-3,2	-4,3
APERITIF A BASE DE VIN	-4,6	-3,3	-4,3	-4,3
LIQUEURS	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
TOKYO	-1,5	-2,4	-3,8	-1,1
VIN DOUX NATUREL	-4	-4	-4,8	-1,3
VOODKAS	-7	-4,2	-4,8	-4,8
GIN	-7	-4,2	-4,8	-4,8
GENÈRE	-8,8	-8,8	-8,8	-8,8
PUNCH & COCKTAIL	-2,1	-7,6	-6,8	-1,8
APERITIF SANS ALCOOL	0	-0,8	-1,2	-2,5
AMER BRUN	-1,9	-1,3	-1,3	-2,3
AMER	-1,8	-4,8	-4,8	-4,8
BIÈRE	-1,6	-1,1	-1,9	-1,9
CHAMPAGNE	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2
MOUSSEUX	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8

- ### La Distribution de l'alcool en France
- Structure du marché
 - Historique des ventes par Marchés
 - Evolution des achats des ménages
 - Synthèse et Perspectives d'évolutions

- Chez un distributeur, est identifié comme consommateur une personne effectuant l'achat du produit dans un point de vente.
- Toutes les données sont relatives à l'acte d'achat et non à la consommation des produits.

Baisse sensible et régulière du nombre de ménages acheteurs

SECOOP : Hypermarchés + Supermarchés + Hard Discount + Autres (Hors CHR / Station Services)	Nbre Acheteurs / 100 Ménages				Evol Nbre Acheteurs / 100 ménages (en %)			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Total Alcools	81	80	79	79	NA	-1,2	-1,3	0,1
Rhums	21	20	21	20	NA	-4,2	1,2	-3,1
Punchs & Cocktails	15	13	16	22	NA	-9,8	16,4	42,0
Whiskies & Bourbons	43	43	40	38	NA	0,0	-6,7	-5,0
Anisés	41	40	39	36	NA	-2,7	-1,7	-7,3
Aperitifs à Base de Vin et Vermouths	28	29	28	28	NA	1,6	-2,3	0,8
Vins Doux Naturels & Pineaux	28	27	26	25	NA	-1,3	-4,1	-4,6
Portes & Madères	24	23	22	22	NA	-4,6	-3,8	1,1
Amers, Genbânes et Bitter	22	21	21	20	NA	-2,3	-1,0	-5,8
Liqueurs & Crèmes	34	32	34	33	NA	-6,3	7,6	-2,2
GIN Vodka Téquila	9	8	9	9	NA	-6,0	6,7	-0,3
Cognac Armagnac Calvados	12	10	11	10	NA	-12,9	6,4	-10,5
Eaux de Vie et Fruits à l'alcool	9	9	9	9	NA	0,5	1,2	-10,4
Autres alcools	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bières & Cidres	81	80	82	80	NA	-1,2	1,9	-2,2

En moyenne, 9 acte d'achat /an par ménage acheteur avec une certaine stabilité

SECOOP : Hypermarchés + Supermarchés + Hard Discount + Autres (Hors CHR / Station Services)	Nbre Actes Par Ménage Acheteur				Evol Actes Par Ménage Acheteur (en %)			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Total Alcools	9,3	9,2	9,1	9,0	NA	-0,6	-1,6	-0,9
Rhums	1,9	2,0	2,1	2,0	NA	9,1	0,7	-4,8
Punchs & Cocktails	2,7	2,7	2,4	2,6	NA	1,7	-11,3	12,1
Whiskies & Bourbons	5,3	5,3	5,5	5,4	NA	0,3	2,5	-1,4
Anisés	4,8	4,8	4,8	4,7	NA	0,8	-3,3	2,0
Aperitifs à Base de Vin et Vermouths	3,0	3,1	3,0	2,9	NA	2,3	-3,1	-2,6
Vins Doux Naturels & Pineaux	3,4	3,4	3,3	3,3	NA	1,7	-4,3	1,7
Portes & Madères	2,7	2,8	2,6	2,7	NA	2,2	-4,8	1,7
Amers, Genbânes et Bitter	2,9	2,8	2,7	2,7	NA	-2,9	-4,3	-0,7
Liqueurs & Crèmes	2,5	2,6	2,5	2,5	NA	4,3	-3,4	2,7
GIN Vodka Téquila	2,5	2,5	2,4	2,2	NA	0,0	-4,2	-9,6
Cognac Armagnac Calvados	1,4	1,5	1,3	1,4	NA	5,6	-11,0	3,9
Eaux de Vie et Fruits à l'alcool	1,2	1,3	1,3	1,3	NA	7,7	-2,0	6,2
Autres alcools	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bières & Cidres	10,2	9,9	9,9	9,3	NA	-2,0	-0,7	-5,4

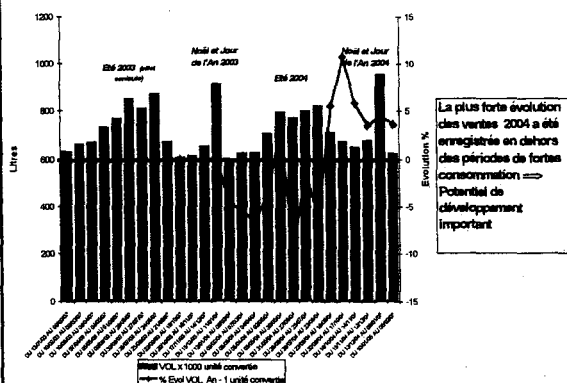
En moyenne, 1 bouteille achetée par acte

SÉCODIP : Hypermarchés + Supermarchés + Hard Discount + Autres (Hors CHR / Station Services)	Qtés Achetées / Acte (Litre)				Evol Qtés Achetées / Acte (en %)			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Total Alcools	1,2	1,2	1,2	1,2	NA	2,5	0,4	1,3
Rhums	0,9	0,9	0,9	0,9	NA	-0,4	3,3	-1,0
Punches & Cocktails	0,9	0,9	0,9	1,1	NA	1,0	3,9	19,4
Whiskeys & Bourbons	0,8	0,9	0,9	0,9	NA	2,8	4,5	2,2
Anises	1,0	1,1	1,1	1,1	NA	0,4	1,5	0,9
Apéritifs à Base de Vin et Vermouths	1,3	1,3	1,3	1,3	NA	2,2	0,5	-0,6
Vins Doux Naturels & Pineaux	0,9	1,0	1,0	1,0	NA	2,9	1,6	0,5
Portes & Madères	0,8	0,8	0,8	0,8	NA	-0,1	1,0	3,2
Amers, Gentanes et Bitter	1,1	1,1	1,1	1,1	NA	0,6	-1,3	2,6
Liqueurs & Crèmes	0,8	0,8	0,8	0,8	NA	-0,3	0,9	4,5
Gin Vodka Tequila	0,7	0,7	0,8	0,8	NA	2,7	1,9	2,0
Cognac Armagnac Calvados	0,6	0,6	0,6	0,6	NA	2,3	-2,0	-0,3
Eaux de Vie et Fruits à l'alcool	0,7	0,6	0,7	0,6	NA	12,1	5,9	2,8
Autres alcools	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bières & cidres	3,2	3,2	3,2	3,3	NA	0,6	0,5	2,7

Un acte d'achat aux alentours de 12 euros

SÉCODIP : Hypermarchés + Supermarchés + Hard Discount + Autres (Hors CHR / Station Services)	Sommes Dépenses / Acte				Evol Sommes Dépenses / Acte (en %)			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Total Alcools	11,9	12,3	12,5	12,3	NA	3,3	1,9	-1,9
Rhums	9,0	9,1	9,7	9,7	NA	1,3	5,9	0,5
Punches & Cocktails	4,5	4,7	4,9	5,2	NA	4,9	3,6	7,3
Whiskeys & Bourbons	13,3	13,6	14,2	14,4	NA	2,6	4,4	1,1
Anises	12,3	12,5	12,8	12,8	NA	1,1	2,9	-0,4
Apéritifs à Base de Vin et Vermouths	6,1	6,2	6,2	6,3	NA	2,3	-0,5	2,1
Vins Doux Naturels & Pineaux	4,9	5,0	5,2	5,1	NA	1,5	3,9	-2,0
Portes & Madères	6,3	6,6	6,4	6,6	NA	6,1	3,6	3,0
Amers, Gentanes et Bitter	7,1	7,2	7,4	7,5	NA	2,4	2,6	2,4
Liqueurs & Crèmes	7,1	7,3	7,6	7,7	NA	2,3	3,9	1,7
Gin Vodka Tequila	9,1	9,4	9,6	10,1	NA	3,0	2,2	5,0
Cognac Armagnac Calvados	10,7	10,9	10,9	10,2	NA	0,7	1,1	-6,3
Eaux de Vie et Fruits à l'alcool	10,7	11,3	11,2	11,2	NA	5,8	-0,7	-0,3
Autres alcools	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bières & cidres	4,2	4,2	4,4	4,4	NA	0,1	3,8	0,3

Evolution des ventes d'Apéritifs Sans Alcool 2003-2004



La Distribution de l'alcool en France

- Structure du marché
- Historique des ventes par Marchés
- Evolution des achats des ménages
- Synthèse et Perspectives d'évolutions

En synthèse

- Les ventes de boissons alcoolisées reculent régulièrement chaque année du fait :
 - De la baisse du nombre de foyer acheteurs
 - D'une baisse perceptible (surtout en 2003) des quantités achetées.
- Des mutations de ce marché sont en cours :
 - Erosion inexorable des boissons traditionnelles (digestifs)
 - Fort développement des nouvelles boissons à mélanger (cocktail ou long drink) dont la cible est plus jeune.
 - Développement de nouveaux formats
 - Développement régulier et certain, des boissons sans alcool

Propositions pour les Etats Généraux de la lutte contre l'alcoolisme

- Mise en place d'une journée sans alcool
- Développer la promotion des apéritifs sans alcool
- Campagne de sensibilisation des consommateurs à l'existence de produits sans alcool (lors des périodes de fêtes)
- Détention systématique de produits sans alcools sur les principaux marchés (en Hors Domicile et GMS)
- Encourager les fabricants à lancer des gammes sans alcool.
- Faire baisser progressivement le titrage des alcools forts

LAROCLETTE, Nadège**De:** Patrick Flahaut [pflahaut@auchan.fr]**Envoyé:** lundi 9 mai 2005 11:09**À:** LAROCLETTE, Nadège**Objet:** Fw: etats generaus sur l'alcool

En réponse à votre sollicitation concernant une audition sur le sujet "Distribution de l'alcool et ne trouvant pas de date pour un rendez vous physique je vous apporte par mail mon avis.

La situation sur la distribution de l'alcool:

Les boissons alcoolisées sont vendues dans la distribution moderne et quelque soit le type de magasins en libre service.

Seul, la réglementation sur la circulation et la vente aux mineurs limite l'achat de ces produits .

Les produits alcoolisés appartiennent au secteur des produits de grande consommation (PGC) et à ce titre, sont vendus comme les autres catégories de produits alimentaire.

Les prix de vente pratiqués sur ces produits sont comme pour les autres produits alimentaires soumis aux effets de concurrence et de nécessité de positionnement prix.

Ces produits font l'objet comme les autres produits alimentaires de promotions régulières souhaitées par nos clients et organisées par nos fournisseurs. Sur ce marché, la promotion est fortement réglementée.

Ce marché est un marché de marques, très markété ou les industriels pour la majorité internationaux (propriétaires ou distributeurs de marques étrangères) ont des très gros budgets pour animer et développer leurs marques ;

Ce marché se caractérise par une part du hors domicile très importante (CHR, nuit...) qui joue le rôle de prescripteur ou de découvreur;

Dans nos linéaires, nous avons la volonté de bien séparer les univers des produits alcoolisés de ceux des Boissons non alcoolisées ;

Dans la promotions et dégustation , nous avons la volonté de confier les animations à des professionnels recrutés et formés par nos industriels. Les industriels ont pour la plupart mis en place des chartes de dégustation qui couvrent la quantité dégustée, les personnes à qui l'ont fait déguster, les heures de dégustation.....

Depuis plusieurs années et plus particulièrement un an, nous constatons une régression sur les ventes des produits alcoolisées au profit des non alcool et à l'intérieur des produits alcoolisées un transfert vers des produits plus "doux" en teneur beaucoup plus faible en alcool.

Les études de L'ESPAD montre que la consommation et l'ivresse des jeunes entre 1999 et 2003 est en régression ,que les nouvelles boissons alcoolisées moins fortes que les autres viennent en substitution des alcools forts

États généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme

Il me semble très intéressant de réunir tous les acteurs sur ce sujet.

Les producteurs, les distributeurs , les agences de communication , le gouvernement , les associations, les comités de promotions, le monde agricole et les consommateurs ;

Je suis personnellement concerné par le sujet en tant que père, citoyen, distributeur. La distribution à travers l'application de la réglementation , les bonnes pratiques de commercialisation et proche des consommateurs à un rôle important à jouer. Notre métier est de vendre mais en s'efforçant de donner un maximum d'informations aux consommateurs de manière à ce que leurs achats soient responsables . Il est nécessaire de réfléchir tous ensemble aux informations sur le produit(responsabilité des industriels) , sur le lieu de vente (distributeurs) mais ausside manière plus prophylactique. Quelles

actions dans les écoles , les centres de vacances

Passer d'un mode répressif à un mode coopératif.

Travailler en amont sur les actions à mener pour réduire la production en milieu agricole.

FLAHAUT Patrick

Chef de Groupe BSA et ALCOOLS

03 28 37 62 15

pflahaut@auchan.fr

**Ministère des solidarités, de la santé et
de la famille
Direction générale santé et société
Bureau des pratiques addictives
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP**

Paris, le 30 mars 2005

N/REF : JR/AIP 05-005.

OBJET : Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme.

Madame, Monsieur,

Vous avez souhaité nous associer à l'élaboration du rapport sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme, en nous demandant notre avis, et nous vous en remercions.

L'Association des Indépendants du Pétrole (AIP) est un organisme professionnel dont les membres sont des sociétés pétrolières indépendantes, actives dans la distribution pétrolière en France sous la marque AVIA.

Notre réponse se limite volontairement au thème de l'audition, à savoir "Distribution de l'alcool", et plus particulièrement celle en stations service, seul domaine d'activité de nos membres à être concerné par ce thème.

1 Situation actuelle

Il nous semble tout d'abord important de préciser que la majeure partie des stations service ne vend pas d'alcool.

Pour celles qui en vendent, il peut s'agir:

- de stations service autoroutières et assimilées qui vendent des bouteilles d'alcool dans le cadre de la promotion des produits régionaux:

- > il s'agit d'alcools de production régionale, principalement selon la région des bouteilles de vin, champagnes, etc ayant une forte notoriété liée à la région dans laquelle se trouve la station service, selon une liste autorisée par département
- > en assortiment réduit bien ciblé,
- > de ventes à emporter et jamais de consommation sur place,
- > réalisées dans la très grande majorité des cas par des touristes souvent étrangers, qui trouvent là l'occasion pratique de ramener pour eux, leurs familles ou amis un produit à forte connotation d'origine,
- > les volumes vendus sont minimes, et en outre toutes les stations service autoroutières ne sont pas concernées.

La remise en cause de cette possibilité de vendre dans le cadre des produits régionaux des alcools n'apporterait à notre avis strictement rien dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme, mais par contre aurait un impact négatif certain sur la promotion de la Région et de ses produits.

- de stations service ayant une unité de restauration légère intégrée (buffet, cafétéria) notamment sur autoroutes et assimilées, avec consommation d'alcool dans le cadre d'un repas.

Ce cas rejoint complètement celui des unités de restauration spécialisées sur autoroutes, voies rapides ou routières. Il ne nous semble pas que cette vente apporte significativement une contribution au problème de l'alcoolisme.

- > il s'agit de vin ou bière, jamais d'alcools forts
- > pris en quantité raisonnable dans le cadre d'un repas

Les sociétés de restauration concédée seront plus à même que nous d'explicitier les conditions de cette vente.

- de stations service notamment de ville, qui ont une grande boutique accolée, à dominante alimentaire.

Pour ces boutiques, on n'est plus dans une problématique de stations service mais dans celle d'un magasin de proximité, avec une limitation des ventes d'alcools déjà largement effective.

2 Propositions

En comparaison des professions essentiellement concernées par la vente d'alcools, à savoir les cafés, bars, restaurants, discothèques... d'une part, les magasins de distribution (supermarchés, hypermarchés, magasins alimentaires) d'autre part, les stations service ne sont finalement que très peu concernées par la vente d'alcools et quand elles le sont c'est dans des conditions non incitatives à faire consommer l'automobiliste.

Comment lutter efficacement contre l'alcoolisme sans tomber dans une démarche prohibitionniste, dont les conséquences risquent d'être pires que la situation actuelle, tel nous semble être l'enjeu.

Il appartient aux professionnels concernés d'y répondre, car sincèrement nous ne croyons pas que le domaine des stations service soit un interlocuteur essentiel dans cette réflexion concernant la vente des produits alcoolisés.

Ce qui ne veut pas dire dans notre esprit désintéret face au problème de l'alcoolisme qui peut être pris en compte dans une société pétrolière au niveau de la gestion même de son personnel comme lors d'opérations de sensibilisation d'intérêt public dans son réseau de station service.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

J. REINHARDT
Délégué Général





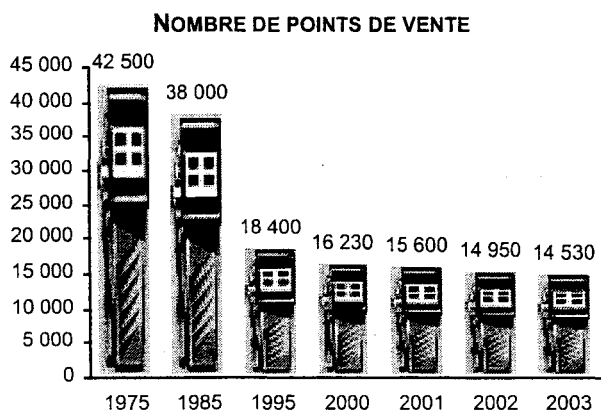
LA DISTRIBUTION DE L'ALCOOL EN STATION-SERVICE

I – SITUATION ACTUELLE

1. Rappel de la réglementation

La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, précise dans son article 12-X qu'il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre vingt-deux heures et six heures, dans les points de vente de carburants.

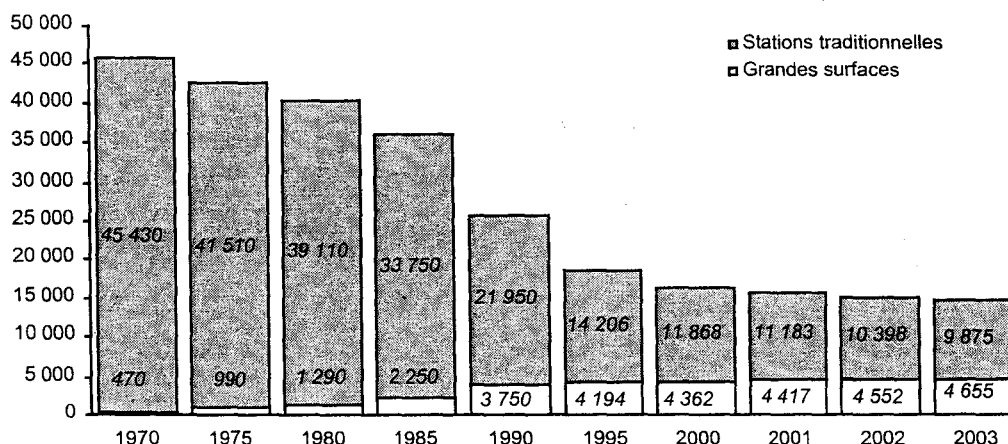
2. Contexte de la distribution des carburants



Le nombre de stations-service en France continue son érosion alarmante. Depuis 1985, environ **23.500** stations traditionnelles ont disparu, soit plus de 4 par jour, alors que dans le même temps, le nombre de stations-service en GMS a été multiplié par plus de 2.

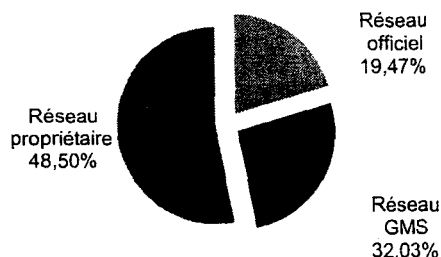
Selon le CPDP, le nombre de stations est passé de **14.950 à 14.530 (- 420) entre 2002 et 2003**. Dans le même temps, les grandes surfaces ont conforté leur implantation (+ 114 unités en 1 an) pour se situer à **4 655** points de vente.

EVOLUTION DU NOMBRE DE POINTS DE VENTE DE CARBURANTS (SITUATION AU 31/12/2003)



Source : CPDP

STRUCTURE DU RESEAU DES 14 530 POINTS DE VENTE Source : CPDP



Le réseau traditionnel hors GMS s'élève à **9.875** stations, dont **2.830 officielles** (appartenant aux compagnies pétrolières - **124**) et **7.045** pour les propriétaires exploitants. (-**399**)

Signalons que les stations autoroutières, au nombre de **408** comptent **4** stations de plus qu'en 2002.

L'évolution des parts de marché reflète celle des différents acteurs et se fait au détriment des stations traditionnelles. Le fort gain de parts de marché va au profit des GMS, qui de **20 %** en 1985 sont passées à **60 %** en 2002, avec cependant une stagnation depuis cette année. Cette évolution se réalise évidemment à l'encontre du réseau traditionnel. La très forte concurrence qui existe sur le marché français se traduit par des marges brutes les plus faibles d'Europe et le prix hors taxes le moins cher d'Europe.

Le laminage des marges de distribution a abouti à la situation suivante :

Les petits distributeurs indépendants, ou sous marque, installés principalement dans les campagnes n'ont pas les moyens de lutter contre une concurrence très forte.

Le consommateur déserte le commerce de proximité au profit de la grande distribution.

C'est ainsi que nombre d'élus, députés, sénateurs, maires, conseillers généraux regrettent de voir disparaître de leur village de dernier « poste d'essence ».

3. Disparition du commerce traditionnel

Le commerce traditionnel a également énormément souffert de la concurrence des grandes surfaces en accélérant gravement la disparition des épiceries de quartier ou de village. Ainsi, la disparition conjointe des stations-service et des petits commerces alimentaires a considérablement contribué à réduire la qualité de vie en centre ville ou dans les zones rurales.

Prenant en compte ce phénomène économique et en le rapprochant des nouvelles exigences du consommateur, ***les détaillants en carburants ont adjoint à leur activité traditionnelle de vente de carburants et de service à l'automobile, de nouvelles activités orientées vers le service à l'automobiliste, au prix de très lourds investissements.***

Pour leur part, les pouvoirs publics encouragent et soutiennent financièrement le même effort de modernisation et de diversification des petits distributeurs grâce au CPDC dont l'enveloppe budgétaire qui s'élève, pour 2005, à 11,2 Millions d'Euros.

4. Une offre cohérente

Les contraintes de la vie moderne ont fait évoluer les habitudes du consommateur : urbanisation toujours croissante, féminisation de la population active, allongement du trajet domicile-travail, ...

Le consommateur recherche une gamme complète de produits et de services :

- carburants, lavage auto, service rapide à l'automobile
- produits alimentaires de base (produits frais, conserves, épicerie, boissons ...)
- petit dépannage (droguerie, hygiène, parfumerie)
- produits de loisirs (livres, magazines, vidéo, jouets, photos)

et même dans certains cas,

- restauration rapide, point phone, photocopies, télécartes, timbres, etc. ...

Ce consommateur, piéton ou automobiliste, recherche en outre :

- la souplesse des heures d'ouverture
- la facilité d'accès et de stationnement
- la rapidité d'achat

La cohérence et la globalité de l'offre commerciale, comprenant entre autres la vente de boissons alcoolisées à emporter, sont **indispensables** pour répondre à la demande du consommateur. Celui-ci cherche en effet à s'approvisionner en un seul lieu et à l'occasion d'un seul déplacement.

5. Une offre indivisible

Dans les stations-service d'aujourd'hui, l'offre commerciale est un tout indivisible. Le consommateur n'admet pas, et à juste raison, de ne pas trouver en une seule fois tous les produits dont il a besoin. **L'absence d'une famille de produits remet en cause son intérêt à fréquenter le point de vente.**

L'absence de la distribution d'alcool dans les stations-service ne permettrait plus de faire jouer les fonctions de **commodité**, de **proximité** et de **complémentarité** des stations avec la grande distribution et le commerce local.

Par ailleurs, il convient de souligner que la vente de ce type de produits est estimée, en moyenne, à 30 % des recettes boutique dans la mesure, en particulier, où ils sont liés à un achat global : produits alimentaires + boisson alcoolisée à emporter.

La disparition de la vente de ces produits peut donc entraîner la cessation d'activité, compte tenu des chutes de recettes et, d'une manière plus générale, contribuer à compromettre l'existence d'un réseau de stations au maillage permettant de satisfaire les besoins de consommateurs et accentuant ainsi la désertification de trop nombreuses localités.

6. Aspects économiques et sociaux

Les exploitants de ces magasins trouvent dans ces diversifications une amélioration notable de leur revenu et une revalorisation de leur image.

L'extension de leurs compétences et de leurs responsabilités fait d'eux de véritables chefs d'entreprises.

De plus, cette activité est génératrice d'emplois.

7. La distribution de l'alcool en station-service

Les dernières statistiques montrent que les stations-service commercialisent seulement **0,11 %** des boissons alcoolisées.

Sur cette base, le consommateur achète à la fois une bouteille de boisson alcoolisée et du carburant :

1 fois sur 2 en grande surface

1 fois sur 2000 en station-service de marque

Concernant plus particulièrement les bières, les stations-service représentent **0,1 %** de ces ventes alors même que les boulangeries en représentent **0,2 %**.

Ces chiffres démontrent incontestablement que l'automobiliste achète **très peu** de boissons alcoolisées dans les stations.

Par ailleurs, l'alcoolisme au volant lié à la vente de boissons alcoolisées en station n'a jamais été démontré.

La réalité des achats dans les stations pourvues d'un rayon alimentaire est tout autre : le panier-type se compose de pain, d'un plat principal (surgelé par exemple), d'un laitage ou d'un dessert et, bien évidemment, d'une boisson : eau, soda ou éventuellement boisson alcoolisée.

Tous ces produits, y compris le vin, sont conditionnés pour une vente à emporter.

Enfin, les statistiques indiquent très clairement que l'essentiel des contrôles positifs d'alcoolémie concerne des automobilistes sortant d'un repas, d'un bar ou d'une discothèque ... toutes des ventes à consommer sur place.

II – PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PLACE D'ÉTATS GÉNÉRAUX SUR LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

Les distributeurs de carburants partagent les préoccupations des pouvoirs publics concernant la sécurité et la santé publiques face au problème de l'alcoolisme.

Ils sont naturellement prêts à **s'associer** aux pouvoirs publics pour participer aux campagnes préventives qu'ils jugeraient bon de lancer soit de manière permanente, soit au moment des week-end de fêtes et des grands départs en vacances :

- Informations claires et bien en vue sur la législation et les méfaits de l'alcool sur le point de vente
- Mise en place, par exemple, dans les stations-service, d'éthylomètres

Le CNPA comprend donc la sensibilisation des pouvoirs publics sur un problème de société qui éveille de profonds échos dans l'opinion publique.

Réunion avec les experts en santé publique du 5 avril 2005

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Réunion avec les experts en santé publique

5 avril 2004

Dr Philippe BATEL - Hôpital Beaujon

Dr Laurent CHAMBAUD – Société française de santé publique

Pr. Pierre KOPP - Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Pr. Roger NORDMANN - Académie Nationale de Médecine

Pr. Philippe-Jean PARQUET – CHRU Lille

Dr Didier PLAYOUST – Société française d'alcoologie

Pr. Michel REYNAUD – Collège universitaire national des enseignants
d'addictologie/Fédération hospitalière de France

Dr Alain RIGAUD - Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société
Bureau des pratiques addictives
Personnes chargées du dossier
Nadège LAROCLETTE
Dr Dominique MARTIN
Tél. : 01 40 56 51 62/54 68
Fax : 01 40 56 40 44
Mail : nadege.larochette@sante.gouv.fr
dominique.martin@sante.gouv.fr

Paris, le

COMITE DES EXPERTS POUR LE PILOTAGE DU RAPPORT SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"

Réunion du 5 avril 2005

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Pr Philippe-Jean Parquet, Pr Michel Reynaud (CUNEA, FHF), Pr Roger Nordmann (Académie Nationale de Médecine) Dr Alain Rigaud (ANPAA), Dr Laurent Chambaud (SFSP), Dr Didier Playoust (SFA), Pr Pierre Kopp (Université Panthéon-Sorbonne), Dr Philippe Batel (Hôpital Beaujon), Pascal Mélihan-Cheinin - Nadège Larochette - Dominique Martin (Direction générale de la santé – Sous-direction santé et société).

Excusé ou absent : Pr Claude Got

En introduction, Mme Jeandet-Mengual, Présidente du comité de pilotage, rappelle le contexte de cette réunion et présente les modalités de l'élaboration du rapport prévu à l'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ainsi que les thèmes des auditions déjà réalisées ou prévues.

La discussion avec les experts a permis de mettre en évidence les éléments de consensus et de divergences dans les approches.

1/ Les états généraux sont une opportunité à saisir en tant qu'ils permettront d'ouvrir un débat de société sur l'alcool et, par là même, de dépasser le discours des experts. Ils donneront, ainsi, l'occasion aux citoyens d'exprimer leurs besoins et attentes sur ce sujet. Il conviendra, toutefois, de justifier le choix de la seule thématique alcool et de contextualiser sa spécificité dans la société française.

2/ Cependant, les avis des experts diffèrent sur la définition du champ couvert :

- Pour certains, le périmètre des Etats généraux devrait être élargi aux "conduites d'alcoolisation et modes de consommation". Dans cette perspective, le titre des Etats généraux pourrait être le suivant : « Santé, vie quotidienne et conduites d'alcoolisation ».
- Pour les autres, il convient d'éviter tout risque de débordement des débats au profit d'une position contraire aux préoccupations sanitaires. Dès lors, ce champ devrait être clairement circonscrit au "risque alcool, le mésusage et les dommages induits", ou aux "malades de l'alcool (au sens large du terme ne se limitant pas aux dépendants) et leurs familles".
- Ces deux approches traduisent l'ambivalence et la complexité de la thématique alcool. La première proposition a pour intérêt de traiter du sujet alcool dans sa globalité, toutefois, les risques de débordement par les groupes de pression ne sont pas à négliger. A l'inverse, la seconde proposition vise à centrer les

débats sur les seuls aspects sanitaires. Toutefois, tout un pan de la thématique alcool ne sera pas traité et mis à la connaissance du citoyen. En outre, si l'accent est uniquement mis sur les dommages liés à la consommation d'alcool, les représentations des citoyens sur ce sujet n'évolueront certainement pas.

Au delà de ces divergences d'opinion, les participants se rejoignent sur l'idée que la rédaction actuelle de la LSP n'est pas satisfaisante. Aussi, le titre des Etats généraux devra être facilement compréhensible et comporter une connotation positive, sans toutefois omettre les risques sanitaires.

Quelle que soit l'orientation retenue, il conviendra de définir clairement l'objectif des états généraux et les résultats attendus. Cette démarche permettra de choisir les thématiques sur lesquelles la société civile pourra s'exprimer et être informée.

L'objectif premier de ces Etats généraux pourrait être la mise en connaissance des données relatives à la question de l'alcool et leur appropriation par les citoyens pour qu'ils soient à même de faire des choix éclairés. Au-delà de cette visée éducative, les Etats généraux pourraient aussi permettre de faire évoluer les représentations sociales et les comportements et ainsi, contribuer à la mise en place de stratégies d'acteurs différentes de celles qui existent actuellement.

Dans cette perspective, il conviendra d'élaborer une stratégie médias pour toutes les étapes des Etats généraux.

Les EGA devraient être largement déconcentrés et prendre en compte la dimension des territoires, donc croiser les logiques thématiques et les logiques territorialisées.

Enfin, les experts sont d'accord pour participer à la relecture du rapport avant que celui-ci ne soit envoyé au ministre puis aux parlementaires ; Mme Jeandet-Mengual en remercie les participants car cela lui paraît un gage de qualité et de légitimité pour le rapport.

La prochaine réunion est fixée au 26 mai 14h30 pour mettre en commun les réactions sur le projet de rapport.

**Séance « Production de l'alcool »
du 13 avril 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Contribution ministère de l'agriculture

Contribution Entreprise et prévention

Contribution Association des Brasseurs de France

Contribution Vin et société

Contribution Fédération française de spiritueux

Séance « Production de l'alcool »

Personnes auditionnées

Réunion du 13 avril 2005

Jérôme AGOSTINI - Vin et société

Séverin BARIOZ - Fédération française des spiritueux

Delphine BLANC - Vin et société

Cécile BIGOT - Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité/Direction des politiques économique et internationale/Bureau du vin

Alexis CAPITANT - Entreprise et prévention

Louis DELALANDE - Association des Brasseurs de France

Dominique DELAUNAY - Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité/Direction des politiques économique et internationale/Bureau du sucre

Frédéric DELPORT - Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité/Direction des politiques économique et internationale/Bureau du vin

Jean-François DORIAT – Brasseries Kronenbourg

Jean-Louis MEDIONI - Fédération française des spiritueux

Jean-Yves MOREAU - Entreprise et prévention

Gilbert PENA - Association des Brasseurs de France



Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société

Bureau des pratiques addictives

Personne chargée du dossier

Nadège LAROCLETTE

Dr Dominique MARTIN

Tél. : 01 40 56 51 62/54 68

Fax : 01 40 56 40 44

Mail : nadege.larochette@sante.gouv.fr

dominique.martin@sante.gouv.fr

N° 5 - 2 8 2

Paris, le 20 AVR. 2005

COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"

Auditions du 13 avril 2005 sur la thématique
« Production de l'alcool »

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Norbert Bach (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Pierre Arwidson (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Jean-Baptiste Herbet (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Mireille Willaume (Direction de la sécurité sociale), Hélène Mélet (Direction générale des douanes et des droits indirects), Cécile Bigot - Frédéric Delport (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin), Dominique Delaunay (Ministère de l'agriculture - Bureau du sucre), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Marianne Storogenko (Direction générale de l'action sociale), Jean-Louis Medioni - Séverin Barioz (Fédération française des spiritueux), Jérôme Agostini - Delphine Blanc (Vin et société), Alexis Capitant - Jean-Yves Moreau (Entreprise et prévention), Louis Delalande - Gilbert Pena (association des Brasseurs de France), Jean-François Doriat (Brasseries Kronenbourg), Pascal Mélihan-Cheinin - Nadège Larochette (Direction générale de la santé - Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Christine Kerneur (Ministère de l'Education nationale - DESCO), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Tania Rosilio (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Dominique Martin (Direction générale de la santé), Philippe Mauguin (INAO), ONIVINS.

En introduction, la Présidente du comité de pilotage rappelle le contexte de cette réunion.

L'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que le gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de la création d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme. L'élaboration de ce rapport a été confiée à un comité de pilotage qui a émis le souhait d'auditionner l'ensemble des acteurs concernés par ce sujet. La réunion de ce jour a ainsi pour objet de procéder aux auditions de plusieurs institutions et représentants du secteur de la production des boissons alcoolisées sur le thème « Production de l'alcool ».

1. L'état de la production des boissons alcooliques en France


L'exposé de la situation actuelle de la production de l'alcool en France (cf. : documents ci-joints) laisse apparaître :

- des enjeux économiques importants liés à cette activité. Ainsi, la filière viti-vinicole représente 189 000 équivalents temps plein pour la seule production. Sur les 57,1 milliards d'euros de production agricole en 2003, le vin contribue à 7,5 milliards d'euros et se situe en deuxième place derrière le lait (7,9 milliards d'euros). La production française de spiritueux s'élève à 610 millions de litres pour un chiffre d'affaires de 4 milliards d'euros. La France est, ainsi, le 3^{ème} producteur européen de spiritueux et le 9^{ème} au niveau mondial. Elle se situe à la sixième place en Europe pour la production de bières avec 17 millions d'hectolitres produits par an.
- une consommation d'alcool en diminution régulière depuis plusieurs décennies. La consommation individuelle par tête en litres d'alcool pur a diminué de 42 % de 1973 à 2003. Sur la même période, la consommation de bière par tête a baissé de 20 %. Ce constat de diminution constante de la consommation est aussi partagée par la filière des spiritueux, mais la baisse a surtout porté sur le vin. Pour ce produit, les consommateurs réguliers âgés cèdent la place à des consommateurs plus jeunes qui demeurent majoritairement des buveurs occasionnels.

La plupart des professionnels auditionnés reconnaît le caractère ambivalent de l'alcool et les exigences de santé publique qu'il induit. Conscients de leur responsabilité dans ce domaine, ils affichent une démarche d'autodiscipline et de déontologie en matière de communication et de commercialisation des boissons alcoolisées et d'actions de prévention visant à réduire la consommation abusive ou inappropriée d'alcool.

2. Réflexions sur les états généraux de la lutte contre l'alcoolisme

Tout en se déclarant incompetents dans le domaine de la santé publique, les participants auditionnés ont une position ouverte sur l'organisation d'Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme. Dans l'hypothèse où ces Etats Généraux auraient lieu, les représentants du secteur de la production souhaitent y être associés. Ils veulent voir dans cette manifestation une opportunité pour mener une politique ambitieuse de prévention ciblée sur les groupes considérés comme vulnérables (jeunes, milieux défavorisés, femmes enceintes...) ou les situations à risque (conduite, grossesse, prise de médicaments, travail à risque) et promouvoir la notion de modération. Ils rejettent, ainsi, la réduction de la consommation moyenne sans distinction entre usage et abus comme objectif de la politique de santé publique, jugée difficilement compatible avec les contraintes de leur secteur économique.



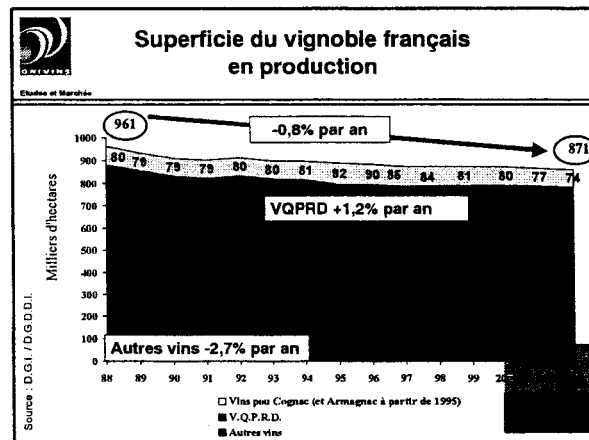
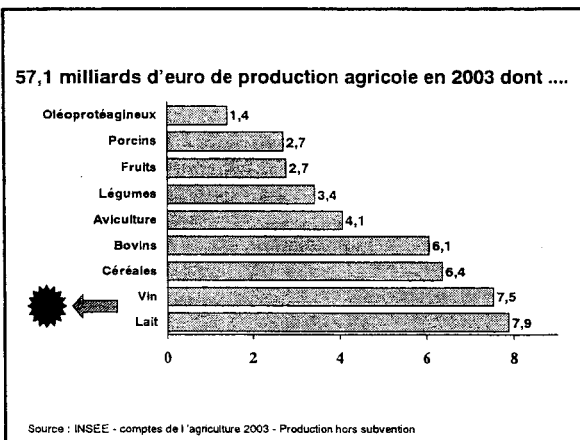
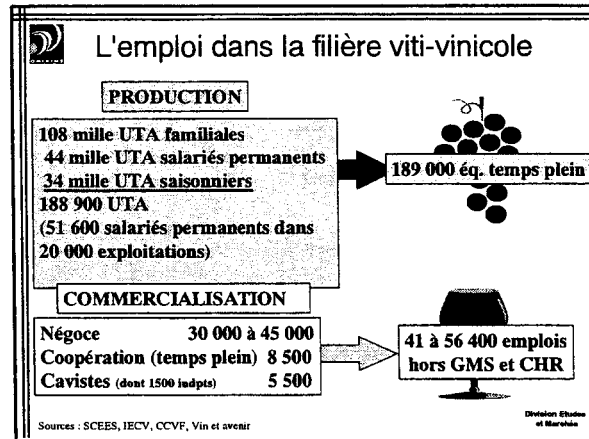
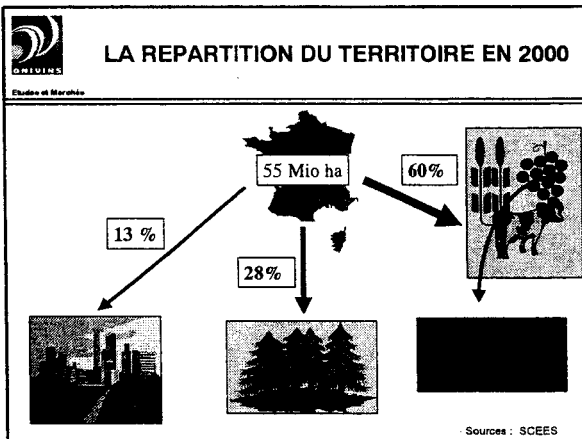
Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Société

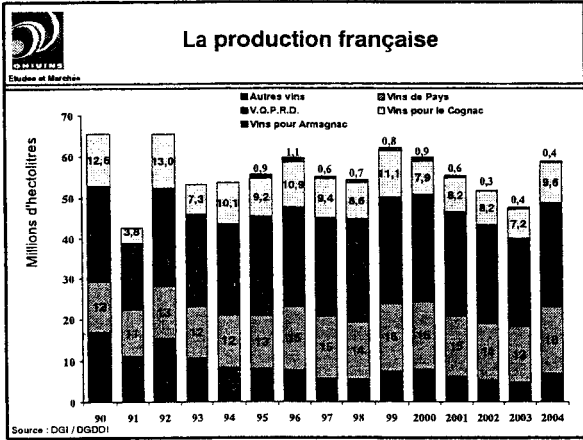
Réunion du 13 avril 2005
 au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Quelques informations sur la place du vin dans la
 production et la consommation d'alcool en France

Réunion du 13 avril 2005
 au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

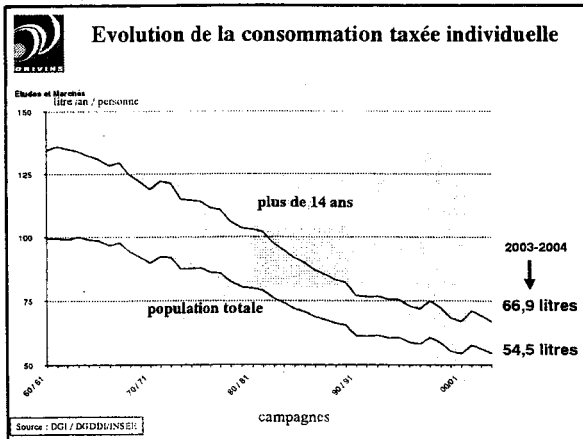
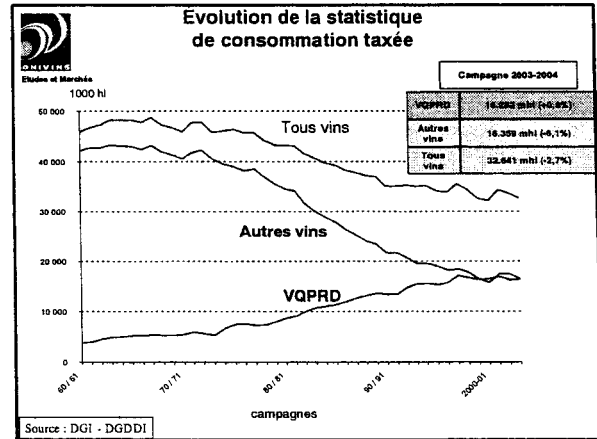
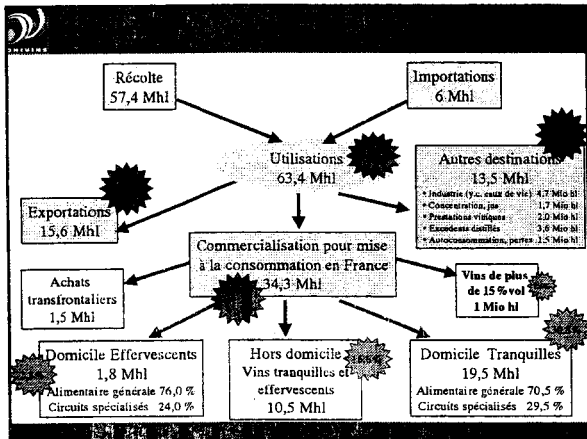
La production vinicole en France...
 peu de territoire occupé,
 participation importante à la valeur de la production
 agricole,
 fort contenu en emploi,
 représente la valeur de 100 airbus à l'exportation





Réunion du 13 avril 2005
au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille


Le principal, mais pas unique débouché de la filière vitivinicole française, diminue...



Réunion du 13 avril 2005
au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Le mécanisme principal: le recul de la consommation régulière.

Les consommateurs réguliers âgés cèdent la place à des consommateurs plus jeunes qui demeurent majoritairement des consommateurs occasionnels

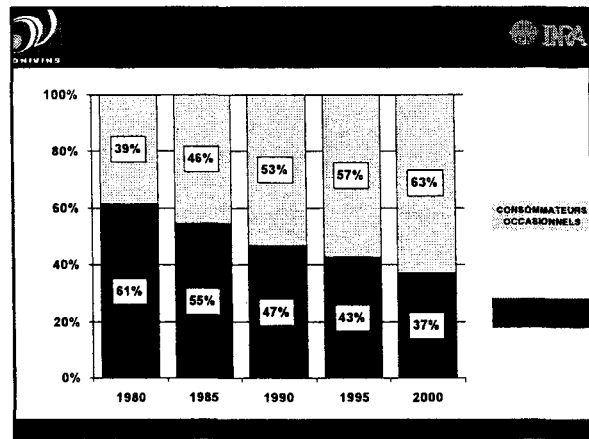
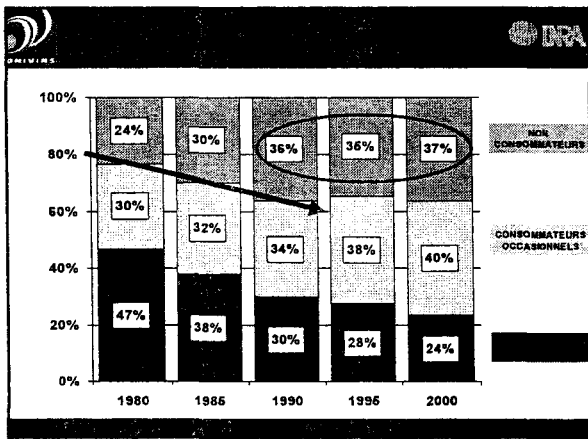


> 4010 personnes âgées de 15 ans et plus ont été interviewés à leur domicile en face à face
 > Enquête réalisée par ISL (Institut de Sondages Lavialle) du 14 mars au 13 avril 2000
 > Cinquième enquête après celles réalisées en 1980, 1985, 1990 et 1995.

Consommez vous du vin ?

- > Tous les jours
- > Presque tous les jours
- > 1 à 2 fois par semaine
- > Plus rarement
- > Jamais

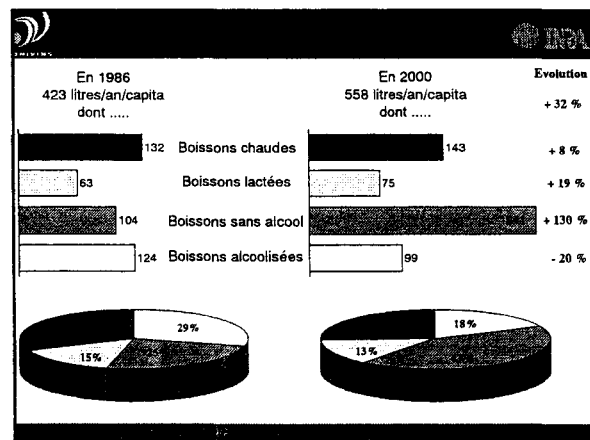
CONSOMMATEUR OCCASIONNEL
 NON CONSOMMATEUR

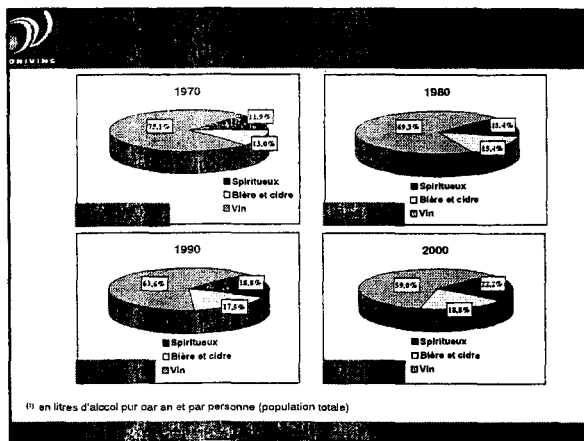
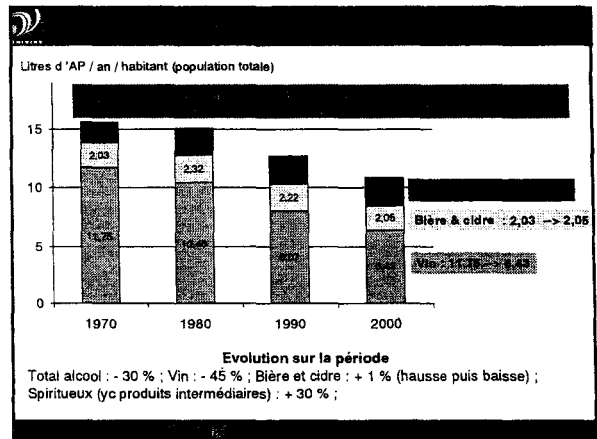
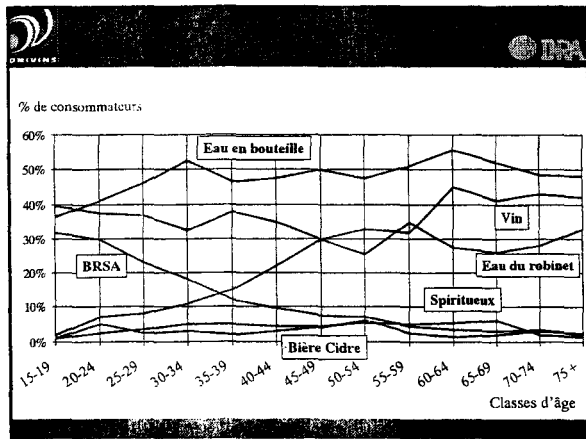
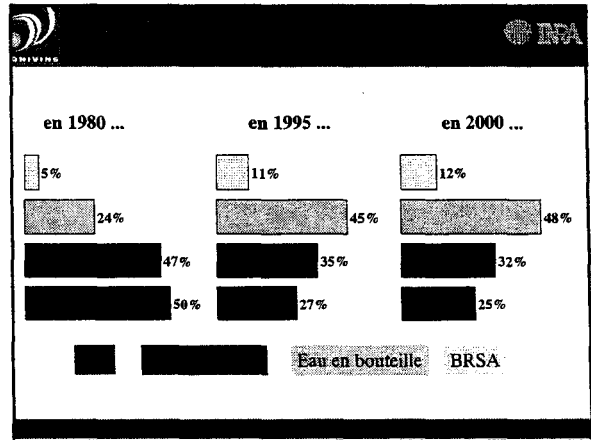
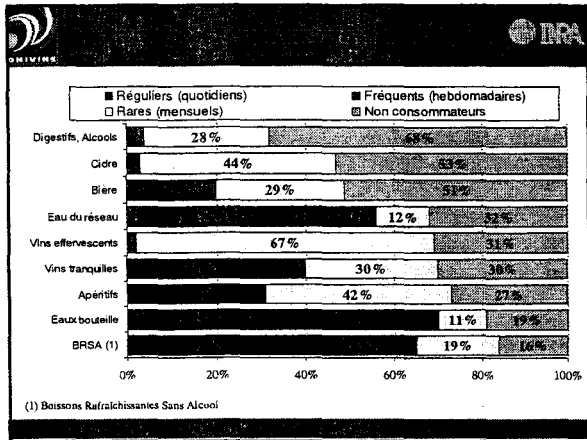


Réunion du 13 avril 2005
au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

La consommation de vin diminue au sein d'un univers « boissons commercialisées » qui croît.
les boissons les plus couramment bues sont celles qui accompagnent le repas

- le vin est concurrencé par l'eau en bouteille comme boisson traditionnelle d'accompagnement des repas
- la consommation d'alcool se déplace vers le hors repas, de l'univers « alimentaire » à l'univers des « loisirs »



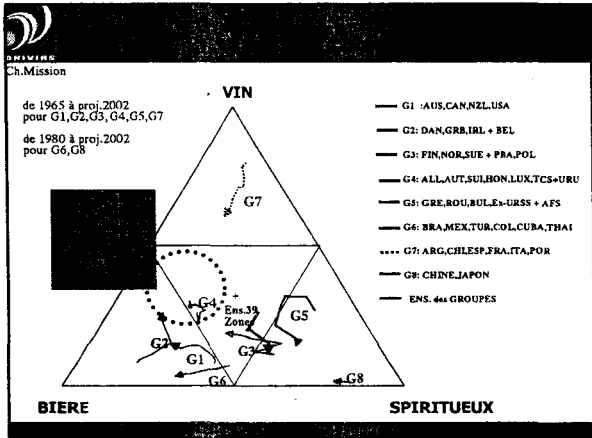


Réunion du 13 avril 2005
 au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Dans les pays de l'OCDE, la constitution de la ration d'alcool a tendance à s'homogénéiser:

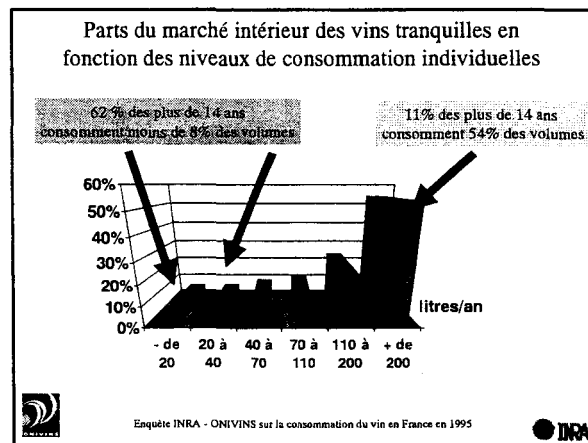
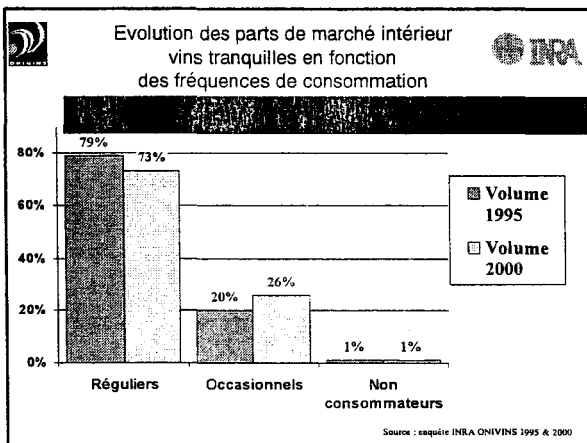
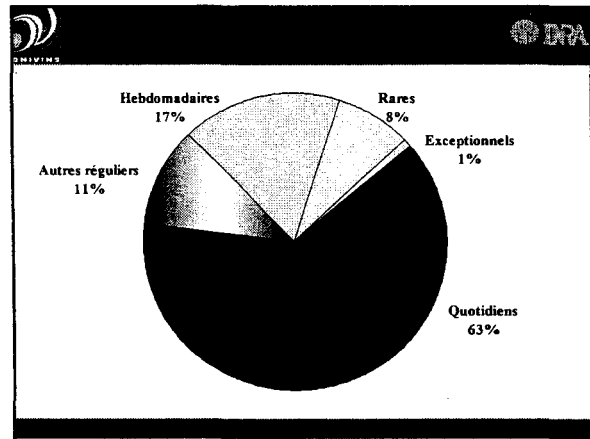
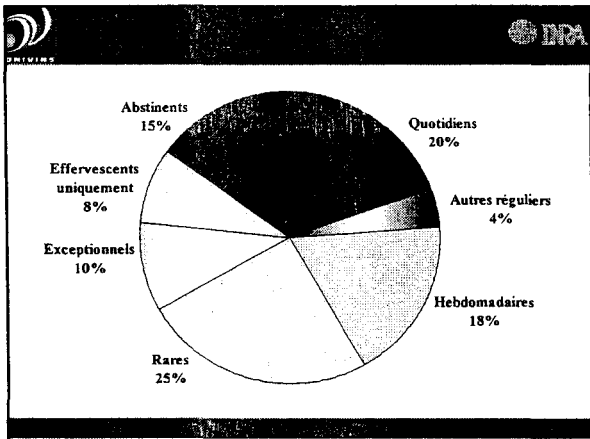
Dans les pays traditionnellement viticoles, la part du vin diminue au profit des autres boissons alcoolisées.

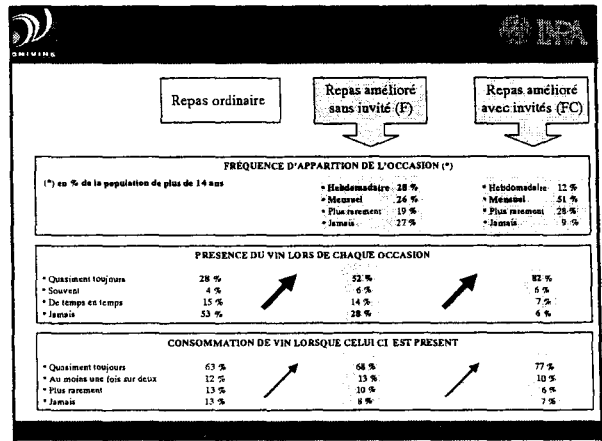
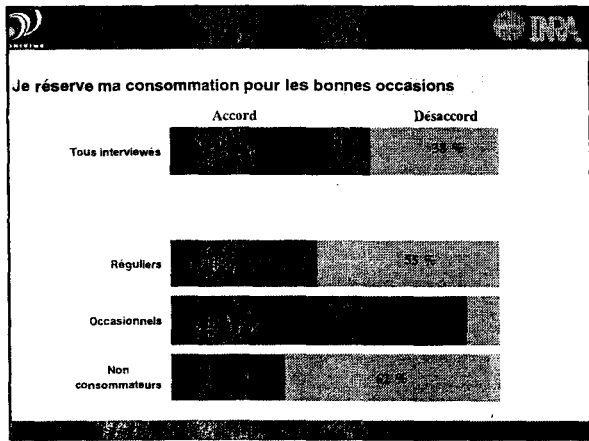
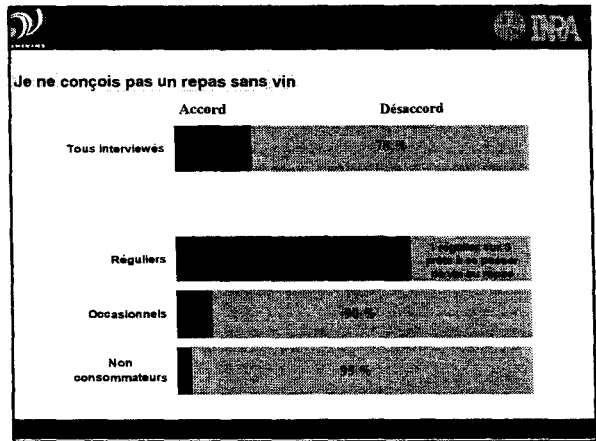
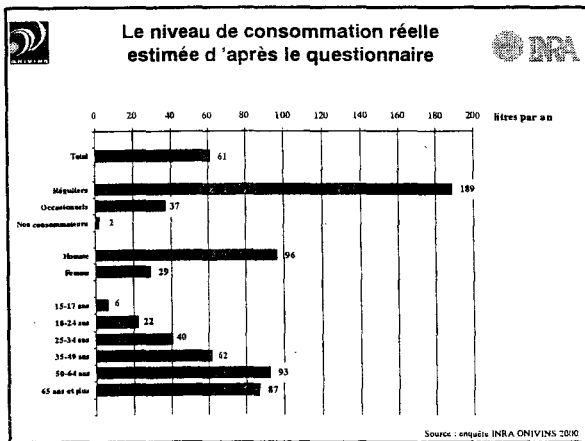
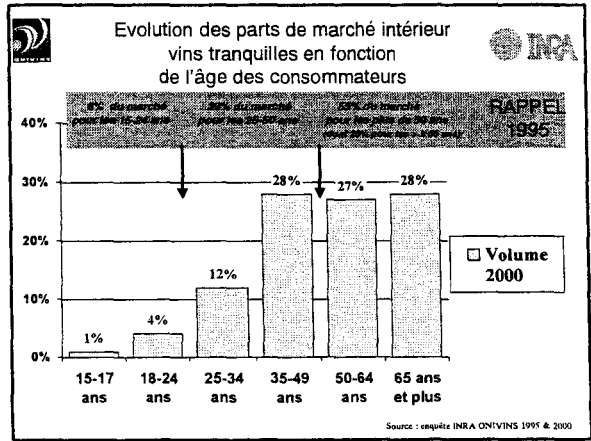
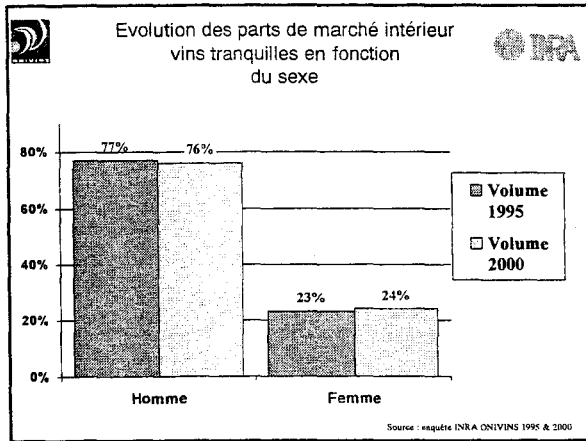
Dans les pays traditionnellement brassicoles, la consommation de vins croît.



Réunion du 13 avril 2005
au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

**Le marché intérieur vinicole (pour les vins tranquilles):
Profils des consommateurs et importance de l'occasion
de consommation**





**Entreprise &
Prévention**

Producteurs de boissons pour
la prévention du risque alcool

**Comité de pilotage
du Rapport sur les Etats généraux
de la lutte contre l'alcoolisme**

Audition du 13 avril 2005

Contribution de l'association Entreprise & Prévention

Sommaire

SYNTHESE	P. 3
1. SUR LA POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE ALCOOL	P. 4
2. SUR LA RECHERCHE ALCOOLOGIQUE	P. 6
3. SUR LA PREVENTION DU RISQUE CHEZ LES JEUNES	P. 7
4. SUR LA PREVENTION DE L'INSECURITE ROUTIERE	P. 8
5. SUR LE RISQUE ALCOOL AU TRAVAIL	P. 9
6. SUR LA DISTRIBUTION DES BOISSONS ALCOOLISEES	P. 10
7. SUR L'OPPORTUNITE D'ETATS GENERAUX ALCOOL	P. 11

Synthèse

Le coût des pathologies liées au mode de vie (tabac, alcool, déséquilibre alimentaire, sédentarité...) dans les dépenses de santé doit conduire, selon l'OMS, à donner la priorité aux activités de promotion de la santé, moins coûteuses que les soins et devant permettre de prévenir l'apparition des maladies.

Pourtant, la France tarde à s'engager dans une politique de prévention primaire du risque alcool. Comme le rappelle le rapport d'évaluation de la loi Evin « *La politique de lutte contre l'alcoolisme est fâcheusement limitée aux seuls aspects répressifs de l'encadrement de la distribution commerciale de l'alcool. (...)* ». Ce constat a de nouveau été confirmé par le Rapport de la Cour des Comptes en 2003 qui souligne en outre le désengagement de l'Etat.

Dans ce cadre, la tenue d'Etats Généraux consacrés au risque alcool devrait se fixer pour objectif une mobilisation citoyenne de toutes les parties prenantes pour une politique ambitieuse de prévention primaire, ciblée sur les groupes ou situations à risque.

Entreprise & Prévention plaide depuis quinze ans pour une politique qui reconnaît l'innocuité d'une consommation faible à modérée (à l'intérieur des seuils OMS) et qui tente en priorité de prévenir l'usage nocif et la dépendance. A noter que la diminution de l'usage nocif entraînera une baisse de la consommation moyenne, ce qui est une manière d'atteindre les deux objectifs fixés par la loi de santé publique d'août 2004.

Sur les différents aspects sociaux de l'alcool, des Etats généraux permettraient notamment :

- De favoriser une politique publique continue de soutien à la **recherche alcoologique**, en développant notamment la recherche en sciences humaines et sociales nécessaire à la réussite des actions de proximité.
- De concevoir une stratégie d'actions en direction des **jeunes**, population qui connaît en même temps une baisse de la consommation et des ivresses mais une persistance des risques avec notamment une surmortalité routière intolérable.
- De fédérer l'ensemble des acteurs pouvant intervenir sur le **risque routier** et accélérer ainsi la mise en oeuvre de programmes de prévention de terrain, tant pour la population des conducteurs adultes pour les jeunes qui en sont les premières victimes.
- De dresser un bilan des meilleures pratiques en matière **de prévention sur le lieu de travail** sur la base des résultats obtenus dans des entreprises appartenant à différents secteurs d'activité.
- D'associer les secteurs de la **distribution** à une juste application des réglementations et aux bonnes pratiques de commercialisation actuellement pratiquées par les secteurs de la production.

Dans ce cadre, les risques les plus élevés, en terme de morbidité et de mortalité, devraient faire l'objet d'un examen approfondi pour dégager des pistes d'action commune. L'expertise de ces thèmes est nécessaire mais, surtout, c'est la présence des différents partenaires de la prévention et leur rencontre pour définir des actions communes qui feraient l'originalité de ces Etats Généraux.

1. Sur la politique de prévention du risque alcool

Pour un modèle français de prévention

▪ Situation actuelle

La politique française de prévention du risque alcool semble se trouver aujourd'hui à un carrefour : le choix est difficile entre des mesures inspirées des modèles anglo-saxons et d'Europe du Nord qui visent la baisse de la consommation globale et le modèle Français historiquement fondé sur la « tempérance » - on dirait aujourd'hui la modération - et notamment la distinction entre usage et abus.

La France a ainsi développé progressivement - certains diront trop lentement - un modèle de gestion du risque alcool qui tentait d'harmoniser la culture et les intérêts d'un pays producteur avec ceux de la santé publique. Harmonisation symbolisée par la première grande campagne nationale de prévention du mauvais usage de l'alcool en 1983-84 (« *Un verre, ça va, trois verres, bonjour les dégâts* »).

Dans ce cadre, la France s'est presque toujours distinguée des modèles d'Europe du Nord. Durant près d'un siècle, la fiscalité a été conçue par exemple en France pour assurer de bonnes recettes fiscales alors que de nombreux pays poursuivaient par la taxe un autre objectif : la baisse de la consommation. Les interventions régulatrices, du type de celles des pays scandinaves et d'Amérique du Nord, visaient à éradiquer la consommation (prohibition) ou à la contrôler via des monopoles publics alors que la France n'a jamais affiché d'autre objectif que la lutte contre l'abus.

La loi du 10 janvier 1991, dite loi Evin, symbolise une première rupture avec ce modèle. Cette loi instaure des mesures dont la finalité est de réduire la consommation sans distinction entre usage et abus.

Aujourd'hui, la loi relative à la politique de santé publique parue en août 2004 fixe deux objectifs ; d'une part la baisse de la consommation annuelle moyenne d'alcool (- 20 % d'ici 2008), d'autre part la réduction de la prévalence de l'usage nocif de l'alcool et de l'installation de la dépendance. Il y a dans ces deux objectifs une sorte de reconnaissance tacite des deux modèles cités : l'un vise l'usage, l'autre l'abus.

On notera à ce propos que tous les pays d'Europe du Nord engagés, ponctuellement ou de manière continue, dans une politique de baisse de la consommation (notamment par la fiscalité, les limitations de vente ou de publicité) ont connu un échec systématique depuis 1970 et une hausse de leur consommation moyenne : Finlande (+ 72 %), Danemark (+ 40 %), Pays-Bas (+ 40 %), Islande (+ 20 %), Norvège (+ 20 %)¹. La Suède, pays pionnier en la matière et parmi les plus rigoureux, n'a pu empêcher une augmentation de la consommation d'environ + 15 % depuis les années 60 (bien que les statistiques suédoises soient sujettes à caution du fait de la production à domicile non déclarée).

¹ Source : *World Drink Trends*

▪ **Propositions dans le cadre d'Etats Généraux de lutte contre l'alcoolisme**

La tenue d'Etats Généraux de l'Alcool permettrait de définir pour la France un modèle de prévention et de gestion du risque alcool qui soit adapté à son identité culturelle, sociale et économique. La création récente du Conseil de la Modération, qui serait probablement un acteur de ces Etats Généraux, semble aller dans ce sens.

On a constaté récemment qu'une politique qui viserait explicitement à réduire la consommation sans distinction entre usage et abus aboutit à des enjeux difficiles à arbitrer dans un pays comme la France. Elle est sujette à des revirements politiques qui peuvent être dommageables pour la santé publique ou tout simplement à une absence de mise en oeuvre effective. Car elle se heurte à des handicaps insurmontables à terme :

- Handicap culturel : comment ne pas stigmatiser la fraction majoritaire du corps social qui consomme modérément ?
- Handicap social : comment ne pas perturber le climat social des régions productrices, dont certaines connaissent des crises récurrentes ?
- Handicap économique : comment ne pas pénaliser à l'excès un secteur fortement exportateur mais désormais livré à une intense concurrence ?
- Handicap démocratique : comment ne pas toujours renforcer le contrôle social des institutions sur l'individu ?

Il ne s'agirait en aucun cas de remettre en cause dans ce cadre le dispositif législatif et réglementaire existant (par ailleurs extrêmement abondant) mais de définir quelles sont les voies d'amélioration qui permettent de progresser dans la prévention du risque alcool en France.

L'un des enjeux des Etats Généraux serait, selon nous, de dégager un cadre d'actions, des priorités et des voies nouvelles ou encore peu explorées. Le risque, à notre sens, étant d'aboutir à un nouveau catalogue de mesures réglementaires ou législatives, à de nouvelles polémiques ou conflits et, finalement, à des impossibilités d'application.

La question serait : « Par quelle politique à long terme et quels moyens la France peut-elle atteindre les objectifs de la loi de santé publique en matière d'alcool ? »

Entreprise & Prévention plaiderait pour sa part pour une politique qui reconnaît l'innocuité d'une consommation faible à modérée (à l'intérieur des seuils OMS) et tente en priorité de prévenir l'usage nocif et la dépendance. A noter que la diminution de l'usage nocif entraînera une baisse de la consommation moyenne, ce qui est une manière d'atteindre les deux objectifs de la loi de santé publique.

Quant aux moyens, Entreprise & Prévention souhaite agir et s'associer aux pouvoirs publics dans toute approche fondée sur la réduction des risques. Celle-ci semble la meilleure voie pour un produit dont la consommation faible à modérée est majoritaire dans la population. Cette approche impose d'agir dans la durée, de manière forte mais ciblée, sur les populations les plus exposées (les jeunes, les milieux défavorisés, les femmes enceintes...) et les situations à risque (conduite, grossesse, prise de médicaments, travail à risque...).

Cette politique et ces moyens ont à notre sens l'intérêt d'être à la fois efficaces (les mesures centralisées et globalisantes le sont-elles ?), consensuels (peut-on mener une politique sans le concours des citoyens ?) et non conflictuels (peut-on mener une politique contre ses intérêts ?).

2. Sur la recherche alcoologique

Un manque d'indicateurs et de recherches en sciences sociales

▪ Situation actuelle

La recherche alcoologique française est aujourd'hui peu soutenue et non coordonnée. Lorsqu'elle bénéficie, ce qui est rare, d'un soutien public (ex. Action Thématique concertée Mildt/Inserm), celui-ci reste ponctuel et n'est pas reconduit. C'est de plus un champs de recherche délaissé par les investisseurs privés habituels (industries du médicament ou de l'alimentaire) à l'exception des grandes entreprises du secteur des boissons alcoolisées qui financent depuis 1971 les travaux de l'Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (IREB).

D'autre part, il est frappant de constater que la définition la plus récente des besoins de recherche alcoologique (cf. documents préparatoires à la loi de santé publique fin 2003) concerne quasi-exclusivement des sciences biomédicales. Nous y voyons la persistance d'une vision du risque alcool dominée par la référence médicale et, en corollaire, la difficulté d'envisager des stratégies de prévention primaire fondées sur des données sociales.

Ne faudrait-il pas mieux étudier les dimensions sociales, culturelles, instrumentales et analyser la part des conflits entre l'individu/le groupe et son environnement dans la formation des comportements à risque ? Il est souhaitable de connaître les facteurs qui conditionnent un mode de vie particulier si l'on souhaite induire un changement dans ce mode de vie (par exemple l'abandon d'un usage excessif de l'alcool). On ne peut donc faire l'impasse sur les besoins de recherche en sciences humaines et sociale en matière d'alcool. Il est essentiel de s'interroger sur les motivations des conduites à risque en matière de santé.

Le coût des pathologies liées au mode de vie (tabac, alcool, déséquilibre alimentaire, sédentarité...) dans les dépenses de santé doit conduire, selon l'OMS, à donner la priorité aux activités de la promotion de la santé, moins coûteuses que les soins et devant permettre de prévenir l'apparition des maladies.

Ces activités sont aujourd'hui limitées en France, autant nous semble-t-il par un manque de méthodes que par un manque de moyens (faute de modèles efficaces ?). Maintenir la promotion de la santé dans le dénuement méthodologique où elle se trouve, c'est retarder d'autant le développement d'une prévention efficace des conduites à risque, dont celles concernant l'usage de l'alcool.

Enfin, il est urgent de doter la politique alcool d'un outil épidémiologique de suivi. La réduction de l'usage nocif et de la dépendance alcoolique est l'un des deux objectifs de la loi de santé publique, mais il n'existe pas de dispositif permettant d'en mesurer la prévalence.

▪ Propositions dans le cadre d'Etats Généraux de lutte contre l'alcoolisme

Il serait souhaitable que la recherche alcoologique soit un thème fort d'éventuels Etats Généraux. Notamment pour favoriser une politique publique continue de soutien à la recherche, de développement de la recherche en sciences humaines et sociales et de production d'indicateurs permettant d'évaluer l'action publique.

3. Sur la prévention du risque chez les jeunes ***Persistence du risque routier dans un contexte de baisse de consommation***

Les adolescents français (14 à 18 ans) consomment moins de boissons alcoolisées que la plupart de leurs jeunes voisins européens. Dans cette catégorie d'âge, la consommation moyenne en France tend à diminuer depuis plusieurs années. Le nombre d'ivresses et la fréquence des problèmes liés à l'alcool sont également à la baisse. En revanche, la surmortalité des jeunes français sur la route, notamment dû à l'alcoolémie, demeure à un niveau intolérable.

Les dernières données disponibles sur la consommation de boissons alcoolisées des 14-18 ans proviennent de l'enquête ESPAD², réalisée en 1999 puis en 2003 en milieu scolaire auprès de plus de 15 000 garçons et filles. Elles montrent que :

- les non consommateurs et les faibles consommateurs (1 ou 2 boissons alcoolisées bues dans le mois) représentent 60 % des garçons et 75 % des filles.
- les consommateurs occasionnels (moins de 10 fois par mois) représentent 25 % des garçons et 20 % des filles.
- les consommateurs réguliers (plus de dix fois par mois) sont peu nombreux : ils représentent 1 garçon sur 8 et 1 fille sur 20. Enfin, 1 garçon sur 50 et 1 fille sur 250 consomme plus de 40 fois par mois une boisson alcoolisée.

L'étude ESPAD permet aussi de comparer le comportement des jeunes français âgés de 15-16 ans à leurs voisins du même âge dans 28 pays européens. Contrairement aux idées reçues sur les habitudes nationales, la France se classe en dessous de la moyenne européenne en nombre de consommateurs d'alcool adolescents. En ce qui concerne la consommation régulière, les jeunes français figurent dans le bas du classement : 7 % des 15-16 ans (garçons et filles) consomment des boissons alcoolisées 10 fois et plus par mois en France contre 25 % aux Pays Bas, 21 % en Autriche, 20 % en Belgique ou 17 % au Royaume-Uni. En matière d'ivresse (10 fois ou plus au cours des 12 derniers mois), la France est 27^{ème} sur 28 pays. Les jeunes Français (es) sont 2 % à déclarer des ivresses répétées contre 34 % des Danois, 29 % des Irlandais, 24 % des Britanniques, 23 % des Finlandais, 15 % des Suédois, etc.

Toutefois, en matière de sécurité routière, le risque persiste avec une amélioration moindre pour les 15-24 ans que pour la population générale et une augmentation de la mortalité chez les 18-24 ans (cf. page suivante).

▪ Propositions dans le cadre d'Etats Généraux de lutte contre l'alcoolisme

La thématique « Jeunes et Alcool » est sans doute le domaine où l'on dispose des données les plus fiables. Pourtant aucune stratégie d'actions n'est développée à l'exception de mesures ponctuelles, généralement médiatiques mais sans effet sur le risque réel.

C'est pourtant un domaine où la baisse de la consommation moyenne s'accompagne d'une persistance du risque, donc nécessiterait une intervention plus volontaire sur les situations à risque. De futurs Etats généraux devraient assurément se pencher sur cette question.

² European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – Enquête 2003

4. Sur l'insécurité routière

L'urgence d'une prévention de terrain associant les professionnels

▪ Situation actuelle

Les statistiques 2004 de sécurité routière montrent un net recul du facteur alcool dans les accidents de la route avec une diminution de 13,5% de la mortalité routière imputable à l'alcool, qui représente 28,8% des accidents mortels contre 31% en 2003. L'amélioration est plus relative pour les 15-24 ans (-4,5%) et la mortalité chez les 18-24 ans augmente (+1,2%) (Observatoire de la Sécurité Routière – Février 2004).

Ce constat plaide d'une part pour une action renforcée et ciblée sur les jeunes conducteurs, d'autre part pour une mobilisation des professionnels de l'hôtellerie, de la restauration et des débits de boisson pour en faire des acteurs de la prévention de l'alcool au volant.

En effet, l'amélioration du bilan de sécurité routière ne sera prolongée que si elle maintient le volet dissuasif (vigilance maintenue des forces de l'ordre, contrôles d'alcoolémie, sanctions dissuasives) tout en développant un volet préventif (mise à disposition d'éthylotests, formation des personnels de services, opérations « conducteur désigné » pour les jeunes, etc.).

Dans ce cadre, Entreprise & Prévention développe depuis plus de quinze ans des programmes de prévention contre le risque alcool chez les jeunes, notamment lors des week-ends ou dans les lieux de consommation (bars d'ambiance, discothèques...). Un partenariat a été engagé depuis 1999 avec la Sécurité Routière pour promouvoir le principe du conducteur désigné et le slogan « *Celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas* ». Dans le cadre de ce partenariat, Entreprise & Prévention organise notamment des animations « Conducteur désigné » dans les établissements de nuit, lance des campagnes de publicité et des jeux concours et diffuse des outils de prévention auprès des professionnels et des éducateurs.

Dans le même esprit, Entreprise & Prévention a conduit des opérations pilotes à l'échelle départementale qui ont montré l'efficacité d'une action impliquant tous les partenaires présents dans l'environnement des jeunes (police, école, associations sportives, mairies...).

Enfin, l'association a annoncé son projet d'équiper les principaux établissements de nuit du territoire français avec des bornes éthylotests électroniques permettant d'installer le réflexe « conducteur désigné » en dehors des opérations ou animations ponctuelles. Ce projet est soumis à l'agrément des matériels par le ministère des transports et sera déployé dès que possible.

▪ Propositions dans le cadre d'Etats Généraux de lutte contre l'alcoolisme

Le risque alcool sur la route exige une mobilisation de plusieurs types d'acteurs issus des pouvoirs publics, de l'éducation, du monde associatif et des professionnels (producteurs, distributeurs, cafetiers, etc.).

Des Etats Généraux pourraient permettre de réunir et de fédérer l'ensemble de ces acteurs et accélérer ainsi la mise en oeuvre de programmes de prévention de terrain, tant pour la population des conducteurs adultes que pour les jeunes qui sont les premières victimes du risque routier lié à l'alcool.

5. Sur l'alcool au travail

Une mise en commun des meilleures pratiques d'entreprise

▪ Situation actuelle

Les données existantes montrent que la consommation d'alcool des salariés est similaire à celle observée dans la population générale d'âge comparable. Ce qui signifie que l'entreprise n'est pas un lieu où la consommation serait plus importante mais aussi que la consommation avant, pendant ou après le travail est aussi répandue qu'en dehors de l'entreprise (selon une étude Ipsos/CFES publiée en 2001, 7 salariés sur 10 avaient participé à un pot dans leur entreprise et, parmi ceux-ci, 8 sur 10 avaient consommé une boisson alcoolisée).

La problématique générale de l'alcool au travail rejoint donc celle de la population adulte : nécessité de prévenir les usages nocifs (risque d'accidents...), de détecter les personnes ayant un problème avec l'alcool et d'accompagner celles-ci dans une démarche de soins. On sait cependant que certaines professions présentent un niveau de consommation plus élevé, notamment celles qui sont les plus pénibles physiquement (bâtiment, manutention...) et celles en contact avec le public (artisans, représentants, agents de police...).

En revanche, l'entreprise est un terrain où l'intervention de proximité est d'une part possible, d'autre part la plus susceptible d'apporter des résultats au delà de l'encadrement réglementaire existant, qu'il s'agisse de la législation ou des règlements intérieurs.

C'est donc un terrain particulièrement propice à un effort d'éducation à la santé (on parle de management de la santé au travail) et à une prévention ciblée sur les personnes et les situations à risque. La responsabilité juridique des mandataires sociaux et de l'encadrement ajoutés aux effets de l'usage nocif sur la sécurité, la productivité et la qualité sont des arguments qui doivent inciter les responsables des entreprises à initier ou faciliter des plans de prévention.

Il nous semble que la principale difficulté réside dans le choix des méthodes et des moyens d'intervention. Des cabinets spécialisés se sont développés sur le sujet, des associations proposent leur appui et de nombreuses expériences existent qui permettraient de guider les directions, responsables du personnel ou médecins du travail.

Les sociétés adhérentes d'Entreprise & Prévention, du fait même de leur activité de production, ont toutes développé des politiques actives de prévention du risque alcool pour les différentes catégories de personnel (production, commerciaux, etc.). L'association a donc inscrit dans son programme 2005 la réalisation d'un document d'information fondé sur les meilleures pratiques et à destination du management et des fonctions concernées dans les entreprises.

▪ Propositions dans le cadre d'Etats Généraux de lutte contre l'alcoolisme

Le risque alcool au travail nécessite par nature une prise en charge par les entreprises avec l'aide de différents types d'acteurs (encadrement, groupes de prévention, représentants du personnel, médecins du travail, assistante sociale, associations, consultants...).

Des Etats Généraux pourraient être l'occasion de dresser un bilan des meilleures pratiques en la matière sur la base de plans de prévention réussis dans des entreprises appartenant à différents secteurs d'activité. Ce bilan serait utile à l'ensemble des intervenants.

6. Sur la distribution des boissons alcoolisées

Pour un engagement de toute la filière professionnelle vers de bonnes pratiques

▪ Situation actuelle

Bien que les entreprises productrices de boissons alcoolisées n'aient légalement aucun contrôle sur la distribution de leurs produits, elles ont récemment conçu un Code d'autodiscipline et de déontologie en matière de communication et de commercialisation (document disponible auprès d'Entreprise & Prévention).

Ce Code a été signé par la quasi-totalité des organisations représentant les secteurs de la production et de la communication. Il comprend plus de 50 articles et s'attache notamment à la protection des mineurs en stipulant que :

- la communication commerciale des boissons alcoolisées (quel que soit le support) ne peut faire voir ou entendre des mineurs ou évoquer des scènes ou des personnes exerçant un attrait manifeste pour les mineurs ;
- les activités d'animation promotionnelle doivent prévenir la consommation illicite d'alcool par les mineurs ou la consommation excessive par tous les autres consommateurs ;
- la dénomination des boissons alcoolisées ne peut en aucune façon induire une confusion sur la nature alcoolisée des produits ;
- la nature alcoolisée et le degré alcoolique des boissons sont clairement indiqués aux consommateurs sur les emballages ;
- la conception et le design des emballages ne peuvent être fondés ou représenter des personnages ou des produits propres à la culture des adolescents ;

En matière de distribution, ce Code indique notamment que les entreprises doivent sensibiliser les distributeurs et revendeurs afin que les boissons alcoolisées soient proposées dans un rayon clairement distinct de ceux des produits non alcoolisés et que soient respectées les réglementations en vigueur et particulièrement les interdictions de vente aux mineurs.

Le respect des règles existantes est en tout cas un objectif majeur qui ne peut être atteint que par la participation de tous les professionnels. A ce titre, Entreprise & Prévention approuve la récente initiative du ministre de la santé de lancer une enquête sur le respect de l'interdiction de vente aux mineurs.

▪ Propositions dans le cadre d'Etats Généraux de lutte contre l'alcoolisme

Des Etats Généraux pourraient être l'occasion d'associer les secteurs de la distribution à une juste application des réglementations et aux bonnes pratiques de commercialisation actuellement pratiquées par les secteurs de la production. Si nécessaire, des points nouveaux pourraient être abordés dans ce cadre pour préciser ou renforcer ces bonnes pratiques.

7. Sur l'opportunité d'Etats Généraux

Engager une politique consensuelle de prévention primaire

▪ Situation actuelle

La politique publique de l'alcool est principalement mise en oeuvre sur la base de lois et règlements, l'éducation pour la santé et la prévention de terrain étant le plus souvent un aspect secondaire des initiatives publiques.

Le rapport d'évaluation de la loi du 10 janvier 1991 réalisé par le Commissariat Général du Plan fin 1999 concluait à ce propos : « *La politique de lutte contre l'alcoolisme est fâcheusement limitée aux seuls aspects répressifs de l'encadrement de la distribution commerciale de l'alcool. (...) Le dépôt de ce rapport d'évaluation devrait être l'occasion d'une prise de conscience de la nécessité de relancer vigoureusement les politiques de prévention et d'éducation pour la santé* ».

Celui de la Cour des Comptes publié en 2003 concluait : « *Les actions de prévention demeurent ponctuelles – une dizaine de campagnes d'information en 20 ans – et insuffisamment coordonnées au niveau local, tandis que certains domaines charnières comme le dépistage de la consommation à risques étaient délaissés* ».

Le retard dans la mise en oeuvre de la récente loi de Santé Publique est un autre exemple de la difficulté de multiplier les mesures centralisées ; la mise en application de la loi nécessite la parution de 132 textes réglementaires, dont 62 décrets et 70 arrêtés. A ce jour, seuls sept ont été pris.

Deux autres voies semblent donc prioritaires dans ce contexte d'engorgement de l' « action publique par la loi » : la mobilisation des acteurs dans la prévention primaire et l'autodiscipline professionnelle. Sur ces deux formes d'action, un consensus peut être rapidement réuni à partir d'un objectif de diminution de l'usage nocif et de la dépendance. Ce consensus permettra la mobilisation des professionnels qui sont à même de relayer des messages/actions de prévention primaire sur le terrain comme le montre l'action d'Entreprise & Prévention depuis une quinzaine d'années.

▪ Proposition pour des Etats Généraux de lutte contre l'alcoolisme

De futurs Etats Généraux prendraient toute leur dimension novatrice si ils se fixaient pour objectif une mobilisation citoyenne de toutes les parties prenantes pour une politique ambitieuse de prévention primaire ciblée sur les groupes ou situations à risque.

Dans ce cadre, les risques les plus élevés, en terme de morbidité et de mortalité, devraient faire l'objet d'un examen approfondi pour dégager des pistes d'action commune (ex. besoin de recherches pour guider l'action de prévention, prévention du risque routier, prévention du risque chez les jeunes, prévention du risque alcool au travail, autodiscipline professionnelle, situations particulières...).

L'expertise de ces thèmes est nécessaire mais, surtout, c'est la présence des différents partenaires de la prévention et leur rencontre pour définir des actions communes qui feraient l'originalité de ces Etats Généraux.

Prévention
Le promoteur de bien-être pour
 le promoteur de l'équipe d'ici

*Audition par le comité de pilotage
 du rapport sur les Etats généraux
 de la lutte contre l'alcoolisme*

Alexis Capitant
 Directeur général
 Le 13 avril 2005

**Priorité internationale à la promotion
 de la santé**

- OMS : donner la priorité à la promotion de la santé, moins coûteuse que les soins
- France : pas de culture de la prévention
- Prévention Alcool : limitée à l'encadrement de la promotion / commercialisation
- Etats Généraux : une opportunité d'engager une politique de prévention primaire fondée sur les situations / groupes à risques

Prévention
Le promoteur de bien-être pour
 le promoteur de l'équipe d'ici

Quel objectif ?

<ul style="list-style-type: none"> ● Réduire la consommation ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Objectif de la LSP ○ Efficacité sanitaire ? ○ Peu consensuel ○ Limites du contrôle social sur l'individu ○ N'incite pas à la prévention ciblée ○ N'aide pas les groupes à risques / les malades 	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduire l'abus et la dépendance ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Objectif de la LSP ○ Efficacité sanitaire ! ○ Consensuel ○ Modèle français ○ Nécessite des indicateurs ○ Implique une relance de la politique alcool ○ Justifierait des Etats Généraux ○ Fait baisser la consommation moyenne
---	---

Prévention
Le promoteur de bien-être pour
 le promoteur de l'équipe d'ici

Opportunité des Etats Généraux

Sur la base d'un objectif de lutte contre l'abus :

*Des Etats Généraux devraient être consacrés à la **Prévention du risque alcool**, notamment aux moyens d'actions à développer auprès des groupes les plus exposés ou dans les situations à risques.*

Prévention
Le promoteur de bien-être pour
 le promoteur de l'équipe d'ici

Sur le thème « Recherche »

- Financements publics réguliers
- Coordination avec la recherche privée
- Indicateurs de suivi usage nocif / dépendances
- Développement des recherches utiles à l'action de prévention
 - Recherches en sciences sociales
 - Recherche action
- EG : Relancer la recherche alcoolologique

Prévention
Le promoteur de bien-être pour
 le promoteur de l'équipe d'ici

Sur le thème « Jeunes »

- Baisse des indicateurs et persistance du risque
- Nécessite une stratégie d'actions novatrice
- Une urgence : le risque routier
- Une question : comment aider la minorité de ceux qui consomment de manière excessive ?
- EG : Proposer une stratégie d'actions

Prévention
Le promoteur de bien-être pour
 le promoteur de l'équipe d'ici

Sur le thème « Route »

- Amélioration des indicateurs (sauf jeunes)
- Nécessite une action spécifique vers les jeunes conducteurs
- Nécessite de prolonger l'action répressive par de la prévention de terrain pour maintenir l'amélioration des résultats
- Mobilisation souhaitable des professionnels (Hôtellerie, restauration...)
- *EG : Besoin de fédérer l'ensemble des partenaires sur le risque alcool et route*



Sur le thème « Travail »

- Une consommation similaire à la population générale
- Nécessité de prévenir l'usage à risque
- Opportunité de dépistage
- Terrain idéal pour l'action de proximité
- *EG : Intérêt de dresser un bilan des meilleures pratiques auprès des entreprises ayant obtenu des résultats*



Sur le thème « Distribution »

- Les entreprises productrices n'ont aucun contrôle sur la distribution...
- ...mais elles ont signé un Code d'autodiscipline visant notamment à sensibiliser la distribution
- L'accès des produits aux mineurs doit être surveillé
- *EG : Intérêt d'engager toute la filière professionnelle dans les bonnes pratiques*



Conclusion :

- Etats généraux : une opportunité pour développer la prévention en France
- Des thèmes d'actions prioritaires
- Nécessité de réunir et faire travailler ensemble tous les partenaires de la prévention
- Montrer des exemples d'actions ciblées réussies pour motiver les différents partenaires



AUDITION PAR LE COMITE DE PILOTAGE
DANS LE CADRE DE LA PREPARATION D'UN RAPPORT
AU PARLEMENT SUR « LES CONDITIONS DE CREATION D'ETATS
GENERAUX DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME »

Production de l'alcool

13 avril 2005

I « D'APRES VOUS, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE SUR CE THEME ? »

- La France produit 17 millions d'hl de bière
(monde : 1 400 millions d'hl – Europe : 310 millions d'hl)
- La France est le 6^e producteur d'Europe :

Allemagne	108 millions d'hl
Royaume-Uni	57
Espagne	28
Pologne	24
Pays-Bas	25
France	17

- La consommation française en 2004 :

Ventes totales	17
- Export	- 2
+ Import	+ 5
	<hr/>
	= 20 millions d'hl

En France, la consommation individuelle par tête en litres d'alcool pur a baissé de 42 % de 1973 à 2003 (source World Drink Trends 2005).

Sur la même période, la consommation de bière par tête a diminué de 20 % (source WDT).

Baisse de la consommation de bière en 2004 : - 4 % (source Brasseurs de France / SCEES)

- **La consommation de bière représente 15 %** (soit 1,73 litres) de la consommation d'alcool pur des Français (source IDA OFDT 2001).
- Avec 33,7 litres de bière en 2004, la France se situe en 14^e position dans l'(ex-) Europe des 15.

> **LE CONSOMMATEUR FRANÇAIS EST UN « PETIT » CONSOMMATEUR DE BIÈRE**

SITUATION ECONOMIQUE DE LA FILIERE

- Le repli sensible de la consommation entraîne des pertes d'emplois directes chez les brasseurs : 550 suppressions prévues sur 2005-2008.

Plus de la moitié des emplois directs dans les brasseries ont disparu depuis 1985 : 9800 en 1985 et 4300 en 2003 (source ministère de l'Agriculture - SCEES).

26 unités de production supprimées de 1985 à 2003.

Fermetures récentes (2000 à 2004) :

Adelshoffen, Kronenbourg K1, Terken, Kronenbourg Rennes, Interbrew, Armentières

- La diminution des cafés-bistrot de 1985 à 2002 est de 43 %.

46 600 ont disparu sur les 82 500 existants.

- Répercussions à craindre sur les 160 000 emplois de la filière, aussi en amont (agriculture, emballages, conditionnements, etc.).

UNE PROFESSION RESPONSABLE : DES RESULTATS TANGIBLES

- Sensibles et réactifs aux exigences de santé publique, les principaux brasseurs ont baissé le degré alcoolique de leurs produits.

De nombreux lancements s'effectuent aujourd'hui avec des bières qui se situent en dessous de 5° d'alcool.

Les bières sans alcool et les « panachés » (bière plus limonade) représentent 1 million d'hectolitres et atteignent 8 % du total dans les enseignes de la grande distribution.

- Producteurs responsables, ils se sont interdit la fabrication et la distribution de bières fortes à plus de 8°, tout en rappelant à leurs consommateurs les repères d'une consommation responsable.

II "QUELLES SONT VOS PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PLACE « D'ETATS GENERAUX » SUR LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ? "

- Les brasseurs savent qu'il existe des comportements de consommation abusive et ne s'en désintéressent pas.
- S'ils n'ont pas compétence dans le domaine de la santé publique, ils peuvent, dans le cadre des futurs états généraux, avancer des propositions adaptées, pour prévenir les consommations excessives qui, lorsqu'elles deviennent régulières, mènent à l'alcoolodépendance.

**Rapport sur les conditions de création d'états généraux de la lutte contre
l'alcoolisme
Audition de Vin et Société
13 avril 2005**

L'association Vin et Société réunit l'ensemble des organisations professionnelles représentatives de la filière vitivinicole française :

- *Production : CCVF (Confédération des Coopératives Viticoles de France), CFVDP (Confédération Française des Vins de Pays), CNAOC (Confédération Nationale des Producteurs de Vins et Eaux-de-Vie de Vin à Appellations d'Origine Contrôlées), VIF (Vignerons Indépendants de France)*
- *Négoce : AFED (Association Française des Eleveurs Embouteilleurs Distributeurs de Vins), EGVF (Entreprises des Grands Vins de France)*
- *Interprofessions : ANIVIT (Association Nationale Interprofessionnelle des Vins de Table et des Vins de Pays), CNIV (Comité National des Interprofessions des Vins à appellation d'origine)*

Elle a vocation à s'exprimer au nom de la filière vitivinicole française sur le thème de la place du vin dans la société.

Le comité de rédaction du rapport a souhaité entendre l'association Vin et Société sur les questions suivantes :

- d'après vous, quelle est la situation actuelle sur le thème « Production de l'alcool » ?
 - quelles sont vos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ?
-

Le vin et l'alcoolisme

Au préalable, rappelons que les membres de la filière ne produisent pas de l'alcool ou une boisson dans laquelle on aurait intégré de l'alcool mais du vin, c'est-à-dire une boisson complexe qui contient de l'alcool et à laquelle est attachée une valeur culturelle qui, bien mise en valeur, est porteuse de modération.

Même si le vin représente encore la moitié des boissons alcooliques bues en France, sa part n'a cessé de diminuer. D'après l'Onivins, la consommation moyenne de vin du Français est passée de 100 litres par an au début des années soixante à 55 litres lors de la campagne 2003-2004. Et même si le nombre de non-consommateurs de vin ne diminue plus depuis 1995, la part des consommateurs réguliers qui représente 75% des volumes consommés, ne cesse de baisser au profit des consommateurs occasionnels. Cela signifie que la consommation de vin en France va poursuivre sa chute (de -5 à -25% selon les scénarios établis par l'Onivins).

Par ailleurs, le vin est lié à des modes de consommation spécifiques. Il est traditionnellement consommé au cours d'un repas, pour la plupart de fête ou familial. D'ailleurs, en matière de Sécurité routière, le vin est moins concerné par la consommation des jeunes que par le risque de sous-estimation de sa consommation au cours d'un repas.

On peut constater par ailleurs que la diminution de la consommation globale d'alcool des Français depuis une trentaine d'années n'a pas entraîné de baisse des problèmes liés à l'alcoolisme, bien au contraire. Vin et Société estime nécessaire que les pouvoirs publics s'interrogent sur l'efficacité de la politique de prévention de l'alcoolisme en France.

La politique de prévention de l'alcoolisme

Depuis de nombreuses années, la France a choisi une politique de prévention de l'alcoolisme qui s'attaque essentiellement au produit et ne prend pas suffisamment en compte les comportements, les déterminants sociaux et économiques. Ce n'est pas l'alcool qui rend alcoolique mais son mauvais usage.

Aujourd'hui, les risques de maladie liés à l'alcool correspondent à une consommation débutée il y a trente ans. Ils doivent être traités mais ne pas occulter les autres aspects de l'alcoolisme. Les Etats généraux ne seront intéressants qu'à partir du moment où ils réuniront l'ensemble des acteurs concernés qui feront évoluer un discours quantitatif qui a montré ses limites vers une réflexion plus qualitative sur le mauvais usage de l'alcool, les raisons socio-économiques de l'alcoolisme, la recherche des publics concernés et leurs comportements spécifiques.

Il est important de mieux comprendre le comportement de ceux qui sont imperméables aux messages traditionnels de prévention, qui ne se laissent pas convaincre par ces messages. Un travail de recherche et de réflexion sur les modes d'intervention devrait être engagé par les pouvoirs publics dans ce domaine.

La politique de prévention doit cibler les publics à risque et non les consommateurs modérés. Rappelons que pour la grande majorité des consommateurs, l'alcool ne pose pas de problème de santé. Ce n'est qu'à cette condition que la filière pourra participer à ces états généraux.

Les engagements de la filière vitivinicole

La filière vitivinicole n'a pas vocation à définir cette politique de prévention. En revanche, les professionnels sont prêts à participer à un programme d'information, de sensibilisation et d'éducation au bon usage du produit. C'est ce qu'elle souhaite réaliser au sein du futur Conseil de la Modération dont la création a été annoncée par le ministre de l'Agriculture en décembre 2004.

La filière souhaite prendre exemple de l'expérience québécoise d'Educ Alcool, association de professionnels du secteur des alcools qui engage des actions de partenariat avec médecins et pouvoirs publics pour améliorer la prévention des abus d'alcool. Et les résultats sont très positifs et reconnus par tous. Par exemple, le Québec est aujourd'hui la province canadienne dans laquelle les jeunes ont la plus importante consommation d'alcool tout en étant ceux qui ont le plus faible taux d'ivresses. Cela confirme que la prévention de l'alcoolisme ne passe pas par la culpabilisation de toute consommation d'alcool mais plutôt par des actions ciblées sur les publics ayant des comportements à risque et sur une meilleure éducation de la modération.

Comité de pilotage du rapport sur les Etats Généraux de la lutte contre l'alcoolisme

Audition du 13 avril 2005

Le point de vue de la FFS, représentant la production et le commerce des boissons spiritueuses

Jean-Louis MEDIONI, membre du Comité de Direction de la FFS

On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

- 1996 : création de la Fédération Française des Spiritueux
- 90% de la consommation de spiritueux en France représentés par 150 entreprises (adhérant en direct ou via 4 syndicats de métier).

Champs d'intervention :

- Spiritueux (amers et gentianes, anisés, eaux-de-vie de fruits, liqueurs, rhum et eaux-de-vie de canne à sucre, autres spiritueux composés (genièvre, gin,...) ;
- boissons dérivées dont le titre alcoométrique est inférieur à 15% vol. mais supérieur à 1,2% vol ;
- alcools et produits dérivés pour métiers de bouche.

On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

La FFS a vocation pour traiter de toutes les questions transversales :

- caractéristiques, définitions et dénominations des produits,
- commerce,
- communication commerciale,
- fiscalité,
- aspects sociaux et consommation,
- concurrence sur les marchés
- etc.

On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

- Relais national, européen et international de ses adhérents auprès de toutes les parties intéressées :

- au niveau européen : membre de la Confédération européenne des producteurs de spiritueux (CEPS).
- au niveau international (pays tiers), dans le cadre d'un accord de collaboration avec la Fédération des exportateurs de vins et de spiritueux (FEVS).

On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

Vous avez dit « spiritueux » ?

On connaît le vin, la bière, le cognac, le whisky, le pastis, mais rares sont ceux qui savent ce qu'est un « spiritueux ».

Simplement dit, le terme « spiritueux » désigne toutes les boissons contenant de l'alcool obtenues par macération et/ou distillation d'une matière alcooligène d'origine agricole et titrant 15% vol ou plus.

Les spiritueux ne sont pas des « produits agricoles »*

Les spiritueux sont des boissons d'origine exclusivement agricole, élaborés, comme la plupart des boissons selon des processus dits « industriels », - y compris les produits dits « artisanaux », « traditionnels », « à l'ancienne » ...

* au sens communautaire de l'expression, comme l'alcool et le vin qui sont considérés comme des produits de première transformation

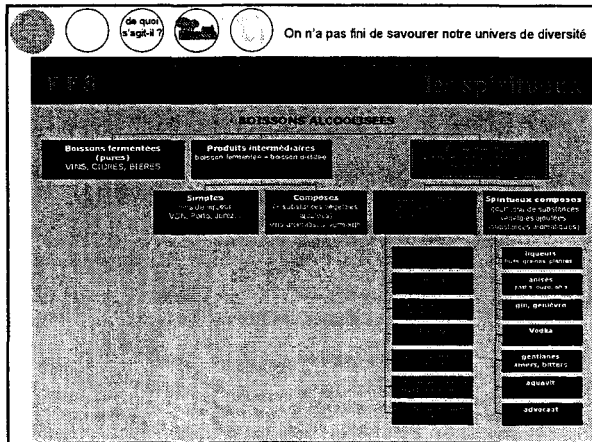
On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

Tout un univers de diversité.

- les matières alcooligènes utilisées
(betteraves, céréales, raisin, vin, cidre, fruits, agrumes, graines, plantes,...),
- les procédés d'élaboration
(distillation, aromatisation, macération dans l'eau/l'alcool, infusion, assemblage, mélange, réduction, dilution, ...),
- les modes de consommation
(nature ou dilué, sur glace, en long drink, cocktail pré-mélangé ou non, ...).

On distingue :

- les « eaux-de-vie » : boissons issues directement de la distillation et dont le goût provient de la matière alcooligène utilisée
- les spiritueux composés : boissons obtenues par « aromatisation » d'un alcool parfois d'une eau-de-vie, à l'aide de plantes, de fruits, de graines etc. par macération et/ou distillation et/ou mélange



On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

Le poids économique des spiritueux en France

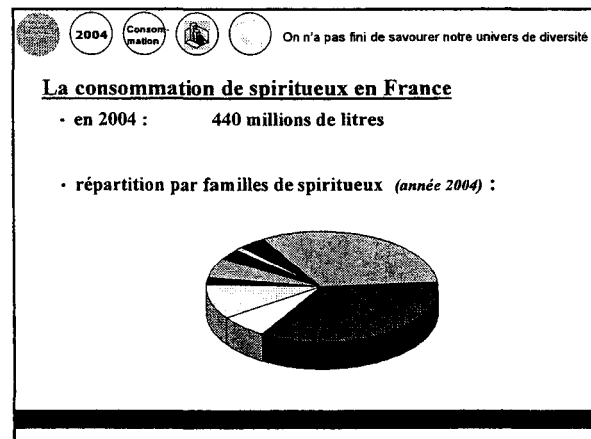
➤ les spiritueux font partie de la filière « boissons alcoolisées » dont l'ensemble représente :

- 95 % de PME
- 170 000 emplois
- 50 millions de tonnes/an de fruits et de plantes aromatiques
- 90% du verre d'emballage utilisé en France.

On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

Le poids économique des spiritueux

- production française : 610 millions de litres
- chiffre d'affaires (hdt) : 4 milliards d'euros
- France : 3ème producteur européen, 9ème mondial
- ventes marché français : 240 millions de litres
- ventes autres marchés : 370 millions de litres



On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

⇒ La FFS rassemble des producteurs responsables. Il sont conscients que l'alcool est un produit ambivalent, source de plaisir et de convivialité lorsqu'il est consommé de façon modérée, source de risque lorsqu'il est consommé de façon inappropriée (conduite de véhicule, grossesse, mineurs, etc.) ou excessive ;

⇒ Elle participe activement à l'information de ses membres sur la nécessité d'agir de façon responsable et a cosigné, avec d'autres organisations le code d'autodiscipline et de déontologie en matière de communication et de commercialisation des boissons alcoolisées.

On n'a pas fini de savourer notre univers de diversité

Tendances de consommation des spiritueux

↓ Consommation quotidienne (boisson de circonstances (événements heureux particuliers, soirées de fin de semaine, etc.).

Contrairement à une idée reçue, depuis plus de vingt ans, le volume moyen consommé annuellement de spiritueux est en diminution constante.

La consommation quotidienne moyenne annuelle de boissons alcoolisées par habitant en 2003 : 1/2 verre de spiritueux, 1 verre demi de vin, 1/2 verre de bière, 1/10ème de verre pour les autres boissons alcoolisées.

Habitudes de consommation : 3 grands modèles comportementaux.

- Phénomène de mode, traditions culturelles, communication..., les habitudes de consommation sont fonction de différents facteurs et évoluent avec les mentalités et les origines culturelles des consommateurs

- Le consommateur recherche désormais des spiritueux « blancs », à la saveur moins typée, tels la vodka, le gin, le rhum blanc ou encore la tequila, tout en étant attiré par des produits ayant un degré d'alcool de plus en plus faible.
- La consommation hors foyer représente environ 30% de la consommation des spiritueux, 70% étant consommés à domicile. Cette proportion varie selon les familles de produits.

L'ivresse et la dépendance restent minoritaires

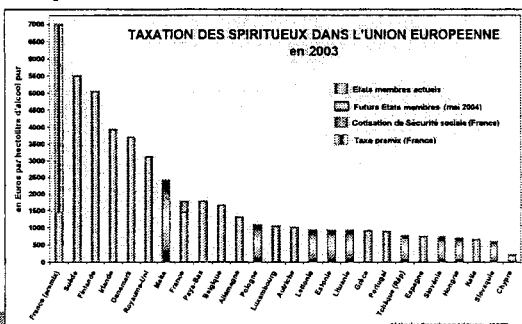
« 15,8 % des personnes ayant bu de l'alcool au cours de l'année déclarent au moins une ivresse durant cette période. Ces déclarations varient significativement en fonction de l'âge, avec un pic chez les 15-25 ans. Ainsi, le nombre moyen d'ivresses déclarées au cours de l'année par ceux qui déclarent une ivresse est de 4,4, il est maximal entre 20 et 25 ans, à un âge où la consommation quotidienne est très rare ».

CFES – Résultats du Baromètre santé – 2000

La fiscalité spécifique des spiritueux en France.

- Les spiritueux supportent près de 80% des taxes perçues sur les boissons alcoolisées, y compris la "cotisation de sécurité sociale", soit pour 2003 : 2,21 milliards d'euros (à laquelle s'ajoute la TVA sur la valeur du produit et sur les taxes).
- Globalement en 2003, la consommation de spiritueux a rapporté, au titre des impositions spécifiques, avec la TVA sur les droits : 2,8 milliards d'euros
avec la TVA totale : 3,39 milliards d'euros
- Pour un spiritueux titrant 40 % vol, on arrive à une taxation, par litre, de l'ordre de :
7,1 euros (5,8 euros de droit de consommation et 1,3 euro de cotisation de sécurité sociale)
9,2 euros avec la TVA sur les droits et taxes et sur le prix.

La France est parmi les pays qui taxent le plus les spiritueux en Europe.



La FFS combat les messages discriminatoires entre les différentes boissons alcoolisées et elle rappelle que seule une politique de prévention visant à réduire la consommation abusive ou inappropriée de ces boissons doit être menée.

Ainsi, les risques de dépendance alcoolique seront réduits.

➤ Voici ce que devront être les principaux thèmes de réflexions des Etats Généraux de la lutte contre l'alcoolisme.

**Séance « Alcool, travail et emploi »
du 20 avril 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Contribution du ministère du travail

Contribution CFDT

Contribution FO

Contribution UPA

Contribution CGT

Contribution FNATH

Contribution CFTC

Contribution MEDEF

Séance « Alcool, travail et emploi »
Personnes auditionnées
Réunion du 20 avril 2005

Jacques BOURGEOIS - Union professionnelle artisanale

Dr. Jacques DANAN - Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale/Direction des relations du travail/Inspection médicale du travail

Aymerez DUROY - Mouvement des entreprises de France

Dr. Maryvonne GOURNAY – Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelles de Basse-Normandie

Dr. Eric HISPART – Hôpital F. Widal/CCAA Cap 14

Jean HODEBOURG – Confédération générale du travail

Marie-Hélène LEROY - Union des industries chimiques

Pierre-Yves MONTELEON - Confédération française des travailleurs chrétiens (contribution écrite)

Dr. François PELLET - Mouvement des entreprises de France

Franck URBANIAK - Force ouvrière

Fabienne RATAJER - Force ouvrière

Houria SANDAL - Union professionnelle artisanale

Laurence THERY - Confédération française démocratique du travail

Arnaud de BROCA - Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (contribution écrite)

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société
Bureau des pratiques addictives
Personnes chargées du dossier
Nadège LAROCLETTE
Dr Dominique MARTIN
Tél. : 01 40 56 51 62/54 68
Fax : 01 40 56 40 44

Mail : nadege.larochette@sante.gouv.fr
dominique.martin@sante.gouv.fr

Dr Jacques Danan (DRT- Inspection médicale du travail)
jacques.danan@drt.travail.gouv.fr

Paris, le

COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"

Auditions du 20 avril 2005 sur la thématique « Alcool, travail et Emploi »

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Ruth Gozlan et Patrice Bayard (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Pierre Arwidson et Colette Menard (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Isabelle Faibis (Direction de la Sécurité sociale), Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Jean-Baptiste Herbet (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Maryvonne Gournay (MIRTMO Basse Normandie), Franck Urbaniak et Fabienne Ratajer (FO Section protection sociale), Laurence Thery (CFDT), Jean Hodebourg (CGT), Jacques Bourgeois et Houria Sandal (CT - UPA), Marie-Hélène Leroy (UIC), Aymerez Duroy et François Pellet (MEDEF), Eric Hispard (CCAA CAP14), Bernard Basset - Pascal Mélihan-Cheinin - Nadège Larochette - Dominique Martin (Direction générale de la santé – Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Pierre-Yves Monteleon (CFTC), Jean-Louis Simonotti (Entreprises publiques), M le président de la FNATH, Jackie Boisselier (FFB), Marianne Storogenko (Direction de la sécurité sociale), Emmanuelle Double (DGDDI - Bureau F3), Frédéric Delpont (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin).

En introduction, la Présidente du comité de pilotage rappelle le contexte de la réunion. L'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que le gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2005, un rapport sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme. L'élaboration de ce rapport a été confiée à un comité de pilotage qui a émis le souhait d'auditionner l'ensemble des acteurs concernés par ce sujet. La réunion de ce jour a ainsi pour objet de procéder aux auditions relatives au thème « alcool, travail et emploi ».

Le Dr Jacques Danan (Direction des relations du travail – Inspection médicale du travail), membre du comité de pilotage, transmet aux participants un message de M. Combrexelle, Directeur des relations du travail, qui regrette de ne pouvoir être présent, comme il l'avait prévu, à cette réunion au cours de laquelle sera débattu un sujet qu'il considère comme important et dont la DRT se préoccupe. M. Combrexelle sera particulièrement

attentif aux résultats des discussions sur ce thème et aux contributions écrites qui sont demandées aux intervenants dans ce cadre.

Le Dr Danan présente, dans une brève entrée en matière, les éléments de problématique suivants :

- Il s'agit d'une question pour laquelle le manque de données est manifeste.
- Au-delà des questions sous-jacentes d'efficience professionnelle, de coûts et de responsabilité, deux angles principaux d'analyse doivent être envisagés du point de vue de la santé au travail :
 - L'alcoolisation doit-elle être considérée comme un facteur d'aggravation des risques professionnels ? Accroît-elle la fréquence ou la gravité des accidents du travail, des maladies professionnelles ?
 - L'alcoolisation doit-elle être envisagée comme conséquence des conditions du travail, de son organisation ?
- Enfin, le lien entre alcool et emploi ne doit pas être omis (relations entre chômage et alcoolisation ; emploi envisagé comme un facteur de réduction des problématiques sociales liées à l'alcool...).

Le Dr Danan, qui a demandé au Dr Maryvonne Gournay, médecin inspecteur régional du travail de Basse-Normandie, particulièrement impliquée depuis de longues années dans cette thématique, de bien vouloir présenter les données dont elle dispose ainsi que son expérience et ses réflexions, rappelle, avant de lui laisser la parole, le rôle et l'organisation de l'inspection médicale du travail.

L'intervention et les réflexions du Dr Gournay sont annexées au présent compte rendu. Elles fourniront, tout au long de la réunion, matériau et points d'appui aux prises de positions des différents participants et au débat. Le Dr Gournay aborde en effet tant les aspects quantitatifs (dans les limites de ce qui est actuellement connu) que les attitudes observées en entreprise face au « problème alcool ».

Le Dr Éric Hispard, alcoologue et médecin du travail, apporte ensuite un témoignage imprégné de son double regard, de soignant d'une part, d'observateur et d'acteur dans l'entreprise d'autre part. Son intervention très vaste lui donne l'occasion de souligner que les données du dispositif de prise en charge en alcoologie peuvent fournir des informations très précieuses, y compris sur le thème du lien avec le travail et l'emploi. Il insiste notamment sur la transformation, dans la période récente, des caractéristiques du travail et sur le fait que les problèmes d'alcoolisation, et les atteintes cognitives qui en résultent, menacent toutes les catégories de travailleurs.

La Présidente du comité de pilotage demande ensuite aux différentes organisations syndicales et professionnelles qui ont répondu à l'invitation¹ de s'exprimer sur leur vision de la situation et de donner leur avis sur la mise en place d'états généraux. On trouvera en annexe les contributions de ces organisations.

De ces prises de position et du débat qui les a suivies, on peut dégager quelques éléments de synthèse.

Sur l'analyse de la situation

La plupart des participants convergent à propos de l'insuffisance des données actuelles et de la nécessité de développer les connaissances sur le thème « alcool, travail et emploi ».

¹ Conformément à la demande du Directeur des relations du travail, toutes les organisations siégeant au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels ont été invitées.

Même si des différences notables de sensibilité s'expriment quant à la lecture que l'on peut faire de la situation actuelle, toutes les organisations formulent des questionnements et des contenus à débattre, qu'il s'agisse

- de l'importance et de la nature du lien entre alcoolisation et travail
- des réponses qu'il est possible d'apporter (réponses individuelles, médicales ou disciplinaires ; réponses en termes de procédures de sécurité, d'information, de formation ; demandes d'encadrement législatif et réglementaire ; réponses collectives mettant en question l'organisation du travail ; ...)

Sur la tenue d'états généraux

Malgré certaines réserves exprimées – soit pour souligner la limite que constitue, dans le domaine spécifique « alcool et travail », la faiblesse des ressources en connaissances récentes, soit pour questionner, dans le même domaine, l'individualisation de l'alcool par rapport aux autres substances psycho-actives –, l'impression d'une ouverture aux approfondissements permis par le débat public domine. Certaines organisations (voir annexes) proposent des modalités de prise en compte de l'axe travail, soit en suggérant des types de participants, soit en formulant des vœux quant au mode d'approche (exemples : approche décentralisée ; secteurs privé et public ; secteurs professionnels particuliers ; enquêtes de terrain ; traitement spécifique de la question du genre...).

ALCOOL, TRAVAIL et EMPLOI

Quelques réflexions...

Dr M. GOURNAY

*Médecin Inspecteur Régional du Travail
et de la Main-d'Oeuvre de Basse-Normandie*

Etude CHRU Nancy 1988

Alcoolémie (g/l)	AT lieu de travail		AT circulation		AT trajet	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
< 0.05	90	90.9	18	94.7	23	82.1
0.05 - 0.79	7	7.1	0	0	1	3.6
> 0.80	2	2	1	5.3	4	14.3

Hôpital de Garches 1986/1988

18 décès par accident de travail

Ethylémie	0	0 - 0.3g/l	0.3 - 0.8g/l	> 0.8g/l
18	9	6	3	0

Prévalence de l'Alcoolisation

Secteur	Buveurs excessifs	Alcooliques
Sidérurgie 83	10 %	8 %
Ass. Lorraine inter 83	3 %	
Défense nationale 89	15 %	7 %
Tri postal 91	16 %	8 %
Mairie St Etienne 97	10 %	
Gazel EDF/GDF	12 %	
Basse Normandie 80	8 %	
Basse Normandie 91	3 %	2 %
Basse Normandie 98	3,4 %	1,1 %

Aptitude et Alcool

Etude 1996 Basse-Normandie :

- 63 médecins du travail surveillant 130 000 salariés.
- ▲ 447 personnes ont un problème d'aptitude (0,3 %)
- ▲ 80 inaptitudes temporaires
 - 54 sur poste de sécurité,
 - toutes les autres pour alcoolisation aiguë*
- ▲ 18 inaptitudes définitives
 - 7 reclassements
 - 11 licenciements

Dans le même temps, 91 licenciements pour raison alcool par l'employeur
Nombre de sanctions avant ces licenciements : **11**

Enquête Règlements Intérieurs

IMTMO 2002

Auto-questionnaire envoyé aux :

- 100 plus grandes entreprises de Basse-Normandie
- 6 hôpitaux privés
- 26 hôpitaux publics
- 19 administrations
- 18 mairies

Taux de réponse :

- 72 entreprises, soit 71%
- 5 hôpitaux privés, soit 83%
- 17 hôpitaux publics, soit 65%
- 7 mairies, soit 39%
- 8 administrations, soit 42%

taux global= 64%

- + 63 entreprises de transport

Résultats:

	Entreprises	Hôpitaux privés	Hôpitaux publics	Administrations	Mairies	Transports	Total
Clauses du RI concernant l'alcool	94%	100%	47%	25%	14%	87%	81%
Inexploitable	0	0	24%	25%	14%	3%	5%
Clauses du RI concernant le Dépistage	33%	0	0	25%	14%	75%	43%
Inexploitable	0	20%	29%	25%	14%	3%	6%

Situation Actuelle

↘ Alcoolisme «traditionnel»

↗ Alcoolisation «de soutien»

- Liée aux conditions de travail
- aux relations de travail
- à l'organisation du travail
- au management

- Et à l'interaction

Vie professionnelle ↔ Vie sociale

Paris, le 22 avril 2005

Destinataires :

Réf : lthery@cfdt.fr

Objet : **Alcool, travail, emploi**

Alcool, travail, emploi

Audition du 20 avril 2005 à la demande de l'IGAS en vue de la rédaction du rapport préalable à la tenue d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme.

Tout d'abord, disons que le sujet est idéologiquement et émotionnellement chargé, y compris pour les syndicalistes.

Avant de répondre aux deux questions posées par le comité de pilotage placé sur la présidence de l'IGAS, il nous semble important de développer deux préalables sur ce que nous entendons par santé et travail.

Selon nous quelle est la situation actuelle sur ce thème ?

- que sont pour nous le travail et la santé ?

Nous considérons le travail comme un élément déterminant de la construction de sa santé, dans la mesure où le travail n'est jamais une simple reproduction de consignes mais une mobilisation du corps et de l'intelligence en vue d'objectifs à atteindre.

En échange de cette contribution du salarié à l'efficacité de son entreprise, il attend une reconnaissance de l'utilité de son travail et de la qualité de celui-ci. Dans ces conditions, le travail est au cœur de l'identité individuelle.

C'est sans doute une des raisons pour les quelles, le travail est source de réalisation, d'émancipation, d'indépendance, valeurs chères à la CFDT.

Le travail a cette caractéristique qu'il ne mobilise pas seulement le salarié pendant son temps de travail mais aussi dans son espace personnel (ses préoccupations, ses humeurs...). Cela a son importance quand on parle d'alcoolisme.

Nous partons d'un second préalable selon lequel c'est parce que nous sommes en mesure d'être acteurs et actifs dans les choix qui orientent notre vie que nous nous maintenons et développons notre santé. Il est alors question des marges de manœuvre et de la capacité d'action dans son travail, et plus largement tout au long de sa vie professionnelle.

La santé n'est donc pas l'absence de maladie, mais la capacité pour les salariés d'agir, de prendre la main dans le jeu des relations sociales et professionnelles, bref d'être reconnus comme de véritables acteurs des changements de l'entreprise.

Au plan collectif, c'est retrouver des marges de manœuvre et une capacité de négocier dans l'entreprise.

- les liens entre travail et alcool ou alcool et relations de travail

Il est très peu fréquent d'envisager l'alcoolisme dans sa relation avec le travail, autrement que pour envisager l'impact de l'alcool sur le travail. Même si globalement la consommation d'alcool baisse dans la population, la question reste importante dans ses liens avec le travail

Nous distinguons deux situations un peu différentes.

La première concerne les milieux de travail où l'alcool est « banalisé »

La seconde vise à se demander dans quelles mesures les évolutions que connaît le travail aujourd'hui sont déterminantes dans le développement de conduites addictives de la part des salariés, dont l'alcoolisme. Mais citons également le tabagisme, la consommation de cannabis, la prise de psychotropes.

a) Les milieux de travail où l'alcool est banalisé :

Dans les situations où le travail expose à des risques importants pour l'intégrité physique des salariés, la prise d'alcool est banalisée à la fois comme identification à un milieu le plus souvent viril et comme moyen de lutter contre la peur. Chute de hauteur dans le BTP, manipulation de produits toxiques dans l'industrie chimique.

Les stratégies défensives mis en lumière par Christophe Dejours (psychodynamicien du travail et professeur au CNAM) ont pour but de lutter contre un danger et un risque réel, elles ont un caractère fondamental et nécessaire pour tenir dans le milieu de travail.

Plus globalement, quand on est dans une situation de travail où les conditions de travail ne sont pas bonnes, la probabilité pour que les salariés ne prennent pas soin d'eux est grande. Autrement dit, pour considérer que la préservation et le soin apporté à son corps a une grande importance, il faut être dans une situation de travail qui respecte son intégrité (cf les travaux de Philippe Davezies, enseignant chercheur en médecine du travail)

b) Les nouvelles formes de conduites addictives dont l'alcool est une modalité

Quelles sont ces évolutions du travail que nous observons dans les entreprises et les administrations ?

C'est ce que nous appelons les phénomènes d'intensification du travail.

Une analyse rapide des dernières grandes enquêtes menées par la DARES, l'INSEE ou la Fondation de Dublin, permet de mettre en lumière un phénomène massif d'intensification du travail en France et à l'échelle européenne. La pression au travail a augmenté avec la hausse des normes de productivité, l'élévation des cadences de production et le raccourcissement des délais. Le travail répétitif se maintient dans les secteurs industriels et s'est étendu à des activités de service. La pression du client et de la demande extérieure s'est généralisée. Aux pathologies physiques (douleurs dorsales ou musculaires, TMS...) sont venues progressivement se greffer des pathologies psychologiques (stress, fatigue généralisée). Cf annexe.

Les salariés de tous les secteurs sont soumis à des contraintes qui se superposent sans que par ailleurs ils aient la possibilité de répondre et de faire face à ces contraintes.

Dans ces situations de travail où le salarié est dépossédé de sa liberté d'organiser, de réorganiser ou d'adapter le travail, où son travail n'est pas reconnu, il développe des stratégies pour faire face à l'angoisse de ne pas y arriver, faire face à la solitude. Il développe des stratégies de défense pour tenir au travail. (Cela ne veut pas dire que les salariés boivent au travail, mais que globalement leur consommation a augmenté.) L'alcoolisme ou la surconsommation d'alcool est alors un indicateur, un indice parmi d'autres de la souffrance, de la peur, de l'ennui au travail.

L'alcoolisme est alors une façon de taire sa souffrance.

Pour prévenir efficacement la surconsommation d'alcool dans les entreprises, il convient donc de se demander en quoi le travail intervient dans l'alcoolisme ?

c) quelle prévention mettre en place dans les entreprises ?

Aujourd'hui la question est abordée dans les entreprises principalement sous l'angle de la victimisation ou l'angle de la répression.

Soit on considère les salariés alcooliques comme des malades à traiter médicalement et individuellement, soit l'entreprise met en place à travers son règlement intérieur une batterie de sanctions pouvant aller jusqu'au licenciement.

Le traitement est alors individuel et culpabilisant et fait l'impasse des déterminants du travail.

Il ne faut pas se contenter de faire des campagnes d'information et de sensibilisation contre l'alcoolisme.

Faire de la prévention dans ce contexte, c'est

- essayer d'établir le lien entre l'alcoolisme et la peur, l'alcoolisme et la solitude, l'alcoolisme et le stress
- Relier le développement de la consommation d'alcool à d'autres signes de dysfonctionnements du point de vue de la santé (prises de médicament, absentéisme, suicide, etc) et du point de vue de l'entreprise (panne, baisse de la qualité etc)

Il s'agit bien de croiser les indicateurs et d'interroger l'organisation du travail et de la production, notamment dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels et la rédaction du document unique contenant cette évaluation (obligation légale depuis novembre 2001)

Nos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme

- Nous encourageons la prise en compte de l'axe travail emploi alcool pour la tenue de ces états généraux en raison de la particularité du milieu de travail (autorité patronales, règles internes à l'entreprise et surtout nécessaire prévention de la souffrance au travail dans un cadre global et systémique) ;

- Nous souhaitons que la question du travail inclut le secteur privé et le secteur public où les questions d'alcoolisme sont tout aussi prégnantes ;

- nous souhaitons un ancrage régional ou en tout cas décentralisé pour prendre en compte les réalités du territoire en matière d'activités, de caractéristiques de la population (taux d'activité des jeunes, des femmes des seniors entre autre, vieillissement de la population, etc) et caractéristique de l'état de santé des salariés au travail (statistique de la CRAM) ;

- nous souhaitons que ces états généraux soient l'occasion de prendre en compte les réalités que les salariés vivent dans leur entreprise en adoptant une approche constructive et participative laissant une grande place au travail collectif.

Nous proposons que soit mise en place à l'initiative des partenaires sociaux une enquête de terrain dont le but est de mobiliser les salariés et de responsabiliser les employeurs sur le sujet à travers la mise en commun de diagnostic et la construction de plan d'actions et de prévention mettant le travail au cœur de la question.

Cette enquête serait élargie à d'autres indicateurs de dysfonctionnement.

Nous proposons de cibler quatre secteurs :

- bâtiments
- chimie
- les services
- les administrations

Il conviendrait à chaque fois d'associer les services de santé au travail dont la priorité est désormais tournée vers la prévention primaire avec la mise en œuvre de compétences pluridisciplinaires.

- réserver un traitement spécifique à la question du genre (femmes et alcool).

ANNEXE

L'intensification du travail

L'intensification se répand à tous les secteurs d'activité et se complexifie, associant souvent une combinaison de formes. Aux **contraintes tayloriennes** (travail répétitif, cadences élevées, efforts physiques...) persistantes dans l'industrie et se diffusant dans les activités de services, notamment les services aux personnes, la grande distribution et les activités de transport, s'ajoutent des formes d'intensification nouvelles.

Les **formes événementielles**, tout d'abord, liées au développement du travail en continu et aux modes d'organisation de la production en flux tendus qui mettent l'accent sur le traitement de l'urgence (pannes, incidents, aléas venant impacter la production) et induisent une vigilance accrue et une sur-mobilisation des salariés.

La pression des **contraintes marchandes** liées à la recherche de la satisfaction du client tant sur le plan des délais que la réponse à ses besoins est également identifiée comme une des sources principales d'intensification du travail, en particulier dans les activités de service.

Enfin, des formes plus diffuses d'intensification que l'on peut qualifier de « **psychosociales** » sont également repérables. Elles renvoient avant tout aux tensions voire contradictions que peuvent introduire les modes de gestion et de management dans l'activité quotidienne de travail, générant une tension entre travail réel et travail prescrit, objectifs à atteindre et réalité du travail, critères d'évaluation et contraintes de production.

L'intensification apparaît donc comme un phénomène complexe, multiforme, associant une pluralité de contraintes. Cette diversification des formes d'intensification est indissociable de 1) l'évolution des modes d'organisation de la production vers un effort constant d'automatisation et l'intégration des contraintes marchandes (délais, flexibilité, réactivité, diversité), 2) l'évolution de l'organisation du travail poussant vers davantage d'autonomie et de responsabilisation et 3) l'individualisation accrue des modes de gestion des hommes et la transformation des modes d'évaluation et de contrôle du travail.

En d'autres termes, l'intensification du travail est au cœur des transformations touchant à l'organisation du travail et de la production

- L'action syndicale devient plus difficile et se complexifie (de moins en moins de temps morts pour échanger)
- La charge de travail s'est intensifiée et accentuée : toujours plus vite ; plus d'opérations ; plus de tonnage
- Les entreprises connaissent une frénésie du changement (difficultés à stabiliser les modes d'organisation, problème des consultants qui plaquent des solutions de l'extérieur, déstabilisation des cadres et impact sur leur management, manque de repères dans les services)
- Pratiques managériales – Injonctions paradoxales
- Manque de reconnaissance – manque de valorisation (pas de retour pour les salariés)
- Impasses sur le reclassement des inaptitudes au travail (Troubles Musculo-Squelettiques)
- « Difficultés à bien faire son travail » : comment rendre visible la partie invisible de la mobilisation des salariés dans le travail, source de souffrance éthique

- Glissement des tâches et des responsabilités, polyvalence et poly-compétences dans un contexte de changement perpétuel et sans reconnaissances pour les salariés
- Imprévision du déroulement des temps :
 - le planning au jour le jour – pas d'anticipation des aléas ; il en découle souvent des difficultés pour organiser sa vie privée.
 - Difficultés à gérer le vieillissement – lien avec la frénésie de changement et le manque de reconnaissance ;
 - Problématiques différentes selon homme ou femme.



« ALCOOL, TRAVAIL ET EMPLOI »

Note à l'attention de la Direction Générale de la Santé Sous Direction Santé et Société Bureau des pratiques addictives

Introduction

Suite à la convocation du Comité de pilotage chargé d'effectuer un rapport au parlement sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme, la Confédération Force Ouvrière entend tout d'abord faire les quelques observations préliminaires suivantes :

- ◆ Il semblerait que la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme réponde avant tout à un problème de santé publique qui est de la responsabilité pleine et entière de l'Etat, éventuellement en relation avec les associations représentatives sur ce terrain. La Confédération Force Ouvrière considère en effet que le sujet ne peut intéresser les organisations syndicales que dans l'optique où il intègre les aspects de la santé au travail et où il touche de façon indirecte aux missions de l'assurance maladie. Nous aborderons donc plus particulièrement l'aspect « santé au travail » de ce sujet et non celui de la santé publique. Sous l'angle « santé publique », les seuls outils disponibles restent à notre avis la prévention par l'information (campagnes de publicité...), l'analyse de cohortes statistiques qu'il conviendrait de mettre en œuvre (pour la connaissance du problème) et le partenariat avec les relais médicaux nécessaires (de la CNAMTS par exemple et des CRAM en régions), pour toucher les publics de terrain.
- ◆ Concernant la première question posée par le Comité portant sur notre connaissance de la situation actuelle de ce thème « Alcool, travail et emploi », la difficulté tient au fait qu'aucune étude récente au niveau national n'a été menée par les pouvoirs publics. Aucune statistique gouvernementale n'est disponible. Les chiffres repris pour le moment dans les médias sont tirés d'études effectuées par des associations ou des initiatives prises au niveau régional par telle médecine du travail ou telle entreprise. Il est en effet impossible d'analyser efficacement un problème sans en connaître le périmètre exact. A ce stade, nous ne pouvons pallier le manque criant de connaissances statistiques sur l'alcoolisme au travail, manque dû à la carence des pouvoirs publics.
- ◆ La réponse à la deuxième question va donc de soi : il nous semble peu logique d'organiser des états généraux sur l'alcoolisme sans avoir au préalable procédé à une étude détaillée, statistique, de la question au niveau national sur laquelle se baser pour établir un rapport. A partir de ces éléments, il y a moyen de discuter entre acteurs (Professionnels de la santé, organisations syndicales, associations de lutte contre l'alcoolisme représentatives au niveau national) et de proposer d'éventuelles solutions.

Outre ses premières précisions, Force Ouvrière est consciente comme tout à chacun du problème que cause l'alcoolisme dans le milieu du travail : absentéisme, moindre rendement, comportements dangereux entraînant des perturbations dans le fonctionnement de l'entreprise et même accidents du travail... Selon une étude de l'ANPAA (association nationale de prévention en alcoolémie et addictologie), les boissons alcoolisées seraient responsables de 10 à 20% des accidents du travail. Même s'il faut rester prudent sur les chiffres avancés ici, on ne peut nier cet état de fait : l'alcoolisme ne s'arrête pas aux portes de l'entreprise, il y rentre et y est bien présent, il est la cause de dégâts importants, avant tout pour le salarié ou l'agent atteint de cette maladie, bien que la plupart des acteurs présents semblent parfois l'ignorer ou même le cacher.

Dans cette optique, une prévention au sein de l'entreprise semble être appropriée, ainsi qu'un accompagnement individualisé des salariés « dépistés » comme « alcooliques » sans oublier l'allocation de moyens supplémentaires afin de pouvoir assurer un certain suivi général ...

Une démarche préventive nécessaire

La prise en compte réelle du problème de l'alcool dans l'entreprise est nécessaire par tous les acteurs présents ou gravitant autour de l'entreprise : employeurs, organisations syndicales, salariés concernés ou non par le problème sans oublier le médecin du travail compétent, le médecin généraliste du salarié(e) concerné(e).

La mise en place de plans d'actions traitant de prévention collective au sein de l'entreprise est une première bonne approche notamment pour faire prendre conscience, soit de l'étendue des problèmes que l'alcoolisme peut poser au sein d'une entreprise, soit pour un(e) salarié concerné(e) par l'alcoolisme de son propre problème ou même de sa maladie.

L'alcoolisme est encore un sujet tabou au sein de notre société, encore plus dans le cadre de l'entreprise. Une tendance à l'indifférence existe même vis-à-vis des salariés alcoolo-dépendant, jusqu'au jour où « l'incident », « l'accident » ou le « drame » survient.

La société, le monde du travail, n'ont pas le même regard sur l'alcoolique et le drogué et pourtant dans les deux cas, l'humain devient dépendant. Nous devons dans ces deux cas apporter une réponse médicale sociale et psychologique, comme on le fait pour n'importe quelle maladie.

La solution généralement retenue reste pourtant le rejet, la culpabilisation, l'exclusion de la personne « fautive » par un licenciement, alors qu'il suffirait de mettre en place une prévention, un lieu d'échange d'informations, pour réussir à sensibiliser les salariés à ce sujet et tenter de leur offrir une alternative au licenciement pur et simple car on sait bien que cette procédure de sanctions ne fait qu'aggraver la situation pour le salarié et même pour l'entreprise qui ne fait finalement que régler au cas par cas le problème de l'alcoolisme et le repousser jusqu'au prochain incident ou accident...

Il existe donc un intérêt commun à trouver des solutions durables, plutôt qu'à ignorer mais faut-il encore qu'une volonté commune existe, notamment provenant du salarié lui-même car la volonté de guérir est un préalable.

Un accompagnement personnalisé indispensable

Il faut partir du principe que l'alcool est une maladie trouvant parfois ses causes dans le travail (stress, harcèlement moral...), qu'il convient de prendre en compte absolument dans le cadre du travail.

Il est interdit juridiquement de sanctionner (mesures disciplinaires ou licenciement) un salarié pour cause de maladie, il doit en être de même pour le salarié présentant des suspicions d'état d'ébriété ou de dépendance par rapport à l'alcool.

Il faut absolument accompagner le salarié dont l'alcoolisme a été constaté par le médecin du travail dans l'entreprise ou le médecin traitant à l'extérieur de l'entreprise. Le laisser seul face à la maladie serait le condamner d'avance, casser le lien avec le travail est une grave erreur.

D'où le rôle primordial du médecin du travail, qui doit également prendre ses responsabilités devant un salarié présentant des signes précurseurs de dépendance à l'alcool.

Le suivi médical est indispensable pour assurer un suivi efficace et mettre en place, en collaboration avec son médecin traitant, un programme d'accompagnement et un traitement approprié.

La mise en place d'une véritable coordination des soins entre les différents professionnels de santé intervenant à ce niveau est donc tout aussi essentiel.

Pourquoi pas même former des spécialistes « Alcoolisme » dans la population des médecins, infirmières ou assistantes sociales ?

L'éloigner d'un environnement de travail trop stressant ou d'un travail en contradiction avec son état est également indispensable, l'inaptitude provisoire ou inaptitude au poste est dans ce cas envisageable mais toujours si des mesures d'accompagnement sont prises.

La mise à disposition de moyens financiers supplémentaires

Tout cela peut être rendu possible tout d'abord par une véritable volonté politique et en allouant des moyens financiers supplémentaires, à qui ?

- aux médecins du travail (pas assez nombreux) tout d'abord qui jouent ici un rôle primordial,
- aux CHSCT, qui peuvent mener des actions de prévention (formation de ses membres pour les sensibiliser à ce problème et même aller plus loin en les formant à l'hôpital dans le cadre d'un service spécialisé),

La mise en place d'une coopération au niveau national, comme au niveau local, nécessite également des moyens supplémentaires afin qu'un suivi effectif des données collectées, des études statistiques menées (par exemple par l'INVS en relation avec la médecine du travail et les centres d'examen de santé), des rapports commandés le soient en collaboration avec tous les acteurs concernés de près ou de loin par ce problème.

La solution diffère selon le problème mais c'est souvent l'argent qui permet d'avancer et de faire mieux...

OBJET : ALCOOL, TRAVAIL ET EMPLOI

CREATION D'ETATS GENERAUX DE LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

COMITE DE PILOTAGE

AUDITION DE L'UPA LE 20 AVRIL 2005

L'UPA est invitée à répondre aux deux questions suivantes :

« – D'après vous quelle est la situation actuelle sur ce thème ?

– Quelles sont vos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ? »

I – SITUATION ACTUELLE SUR CE THEME , SELON L'UPA :

1 – Les situations à risque au travail et sur l'emploi doivent être mieux délimitées :

- **L'alcool, quelle dangerosité : usage, abus ou dépendance ?**

L'UPA attire l'attention du Comité de pilotage sur la nécessité de veiller à ne pas créer de confusion entre l'usage normal, relevant de la convivialité, et des situations d'abus voire de dépendance à l'alcool.

C'est uniquement lorsqu'il y a abus ou dépendance, que l'alcool peut présenter un risque au travail et pour l'emploi, ce qui autorise l'employeur à intervenir.

- **Au-delà de l'alcool, ne doivent pas être occultées d'autres substances psychoactives présentant les mêmes risques :**

Les effets néfastes qui peuvent découler d'une consommation excessive d'alcool peuvent également découler de la consommation d'autres substances psychoactives, tels que les anxiolytiques ou des substances illicites tel que le cannabis.

Ces substances sont tout aussi dangereuses et leur consommation peut aboutir aux mêmes effets au plan professionnel, qu'une consommation abusive ou dépendante d'alcool :

- augmentation des risques pour les accidents du travail, y compris accidents de la circulation (de trajet ou de mission),
- image négative de l'entreprise auprès de ses clients,
- absences fréquentes, arrivées tardives,
- baisse des performances, baisse de la qualité du travail,
- détérioration des relations,
- voire licenciement du salarié.

Pour ne pas réduire la portée de la réflexion, nous pensons donc qu'il ne faut pas adopter un propos réducteur, mais élargir le débat à l'ensemble des substances psychoactives.

2 – Nécessité de mieux circonscrire la responsabilité de l'employeur dans les conséquences dangereuses pouvant découler de consommations abusives, dépendantes ou illicites :

L'UPA tient à attirer l'attention du Comité sur la nécessité de regarder le rôle de l'employeur en la matière, à son juste niveau. L'employeur ne saurait en effet, se substituer à l'intéressé lui-même, seul responsable de ses consommations, qui relèvent au demeurant, de ses libertés individuelles.

L'employeur doit ainsi faire face à un dilemme :

- **la loi lui interdit de faire de l'ingérence dans la vie privée de son salarié,**
- **mais elle l'oblige à veiller en « bon père de famille », à ce que le travail exécuté le soit en toutes circonstances en respectant la sécurité, la santé et le bien-être psychosocial du travailleur.**

Pour autant, l'UPA souhaite attirer l'attention du Comité sur les difficultés tant pour l'employeur que pour l'entourage voire pour l'intéressé lui-même, à relever la frontière entre les différents stades de consommation notamment de l'alcool.

L'employeur ne peut en fait, s'appuyer que sur le diagnostic du médecin du travail pour mettre en évidence de telles consommations. Lorsqu'elles sont apparentes, pour l'employeur, il est bien souvent trop tard pour prévenir l'accident ou la faute à l'origine d'un licenciement.

Les entreprises artisanales sont en effet, régulièrement confrontées à des difficultés de dépistage de l'usage d'alcool ou autres substances psychoactives, l'administration comme la jurisprudence arguant systématiquement d'une atteinte aux droits de la personnes.

C'est pourquoi, il est essentiel que le Comité de pilotage acte que l'employeur :

- 1 – ne dispose que de faibles moyens en terme de dépistage comme de moyen de sanction en cas de dépistage positif, pour protéger le salariés comme ses collègues d'un accident possible,**
- 2 - ne peut en la matière, que s'appuyer sur les examens réalisés par le médecin du travail, interlocuteur privilégié, censé apprécier l'aptitude au travail de chaque salarié. Il est un acteur fondamental pour le salarié comme l'employeur, pour dresser un diagnostic, repérer la substance en cause, voire, à titre préventif, informer des risques pouvant résulter de l'usage de telles substances.**

II – Propositions sur la mise en place d'Etats généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme :

Compte tenu de tout ce qui précède, l'UPA serait donc favorable à des Etats généraux traitant de l'ensemble des substances psychoactives dans le milieu du travail : l'abus comme la dépendance à l'alcool, la consommation d'anxiolytiques, voire de substances illicites tel que le cannabis.

La consommation de ces produits présente les mêmes risques pour la sécurité et la santé au travail des salariés voire pour l'emploi des intéressés.

Il faut donc les observer ensemble pour mettre en place une politique globale de prévention des risques, tant collective qu'individuelle.

En outre, en ce qui concerne plus spécifiquement la consommation d'alcool, il est essentiel que les Etats généraux ainsi envisagés permettent de relativiser les propos, bien entendu, en tenant compte de la dangerosité de la prestation à fournir, en distinguant bien les comportements pouvant être dangereux au travail comme pour le maintien dans l'emploi du salarié, d'autres comportements qui peuvent relever d'un usage normal et raisonnable, relevant de la convivialité.

Ainsi par exemple, si la consommation d'alcool est à proscrire sur un chantier exposant les salariés à des travaux en hauteur ou à l'usage de machines dangereuses, la situation est différente lorsque le salarié voire l'artisan lui même doit participer à un salon ou à l'organisation d'un concours professionnel pouvant l'obliger à une consommation raisonnable d'alcool (ex : métiers de bouche).

Propositions d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme
Contribution de la C.G.T. représentée par Jean HODEBOURG
Membre du Conseil Supérieur de Prévention des Risques Professionnels
À la réunion du 20 Avril 2005

RESUME DE L'INTERVENTION ORALE

Nous avons rédigé une contribution que nous remettons à la commission... Suite aux introductions intéressantes, je souligne que cette rédaction est antérieure à la réunion et à partir d'une convocation assez imprécise sur le thème.

- Nous avons été *heureusement* surpris que la Direction Générale de la Santé convoque les organisations syndicales car ce n'est pas dans ses habitudes de nous associer aux réflexions sur la politique de santé publique.
- L'introduction démontrant que l'expression "20 % des accidents de travail sont dus à l'alcoolisme" n'avait aucune base statistique réelle correspond à notre opinion.
- * L'évocation du rôle de l'aggravation des conditions de travail correspond aux réflexions de la C.G.T. en notant au passage une tendance à la diminution de la consommation globale de l'alcool dans la population.

CONTRIBUTION ECRITE DE LA C.G.T.

REPOSE A LA 1^{ERE} QUESTION DE LA CONVOCATION :

Réunir des états généraux de la lutte contre l'alcoolisme peut être utile à la politique de santé publique en France... Oui la C.G.T. s'engage à y participer et à y présenter ses propositions à partir de ses expériences d'actions de prévention sur les lieux du travail.

- La C.G.T. ne peut qu'approuver le thème " *Alcool, Travail et Emploi*" car il intègre le travail dans la réflexion ce qui n'est pas fréquent sur la santé et la prévention.
Une inversion serait, de notre point de vue, souhaitable : "*Travail, Alcool et Emploi*" car quelle que soit la question de santé abordée, le travail est, pour nous, central dans la construction de la santé comme dans ses atteintes.
- Méthodologiquement l'inégalité de mortalité entre catégories sociales (jusqu'à 9 ans entre ouvriers et cadres supérieurs et 12 ans pour les "inactifs" (souvent des "exclus du travail") est pour nos analyses une référence centrale... Y compris pour les maladies attribuées à l'alcool.
 - * Le paradoxe français part d'une prolongation de la durée de vie avec un écart grandissant entre les catégories sociales.
- ***L'inégalité de morbidité*** est également centrale à nos réflexions, notamment celle des cancers qui sont devenus la 1^{ère} cause de décès avant 85 ans...
Les ouvriers en meurent 3 fois plus en moyenne y compris pour les cancers du poumon... Et l'inégalité sociale monte à un taux de **10** pour les cancers aérodigestifs supérieurs qualifiés généralement alcoolotabagique.
- Ces inégalités de morbidités et de mortalité qui s'aggravent ne cristallisent t-elles pas l'ensemble des inégalités de la population ?
- Enfin il nous semble important de pointer la diminution de la consommation d'alcool depuis quelques décennies. Ce qui est rarement évoqué dans les expressions de la D.G.S..

VOILA POUR NOUS LE RESUME LA SITUATION ACTUELLE ET LA REPOSE A LA PREMIERE QUESTION DU COMITE...

NOUS ENCHAINERONS SUR UNE AUTRE INTERROGATION :

- Est-ce que l'approche mono-factorielle de l'alcoolisation explique, à elle seule, l'inégalité de mortalité et de morbidité des maladies dites "alcooliques" ? N'est-ce pas une relation de causalité simplificatrice ?
 - * Voilà une réflexion qui mérite confrontation, dialogue pour rechercher une approche pluri-factorielle favorisant la prévention.

- Nous y sommes habitués et expérimentés depuis les actions des C.H.S.C.T. pour la prévention des facteurs de risques professionnels sur les lieux de travail jusqu'aux négociations nationales sur la reconnaissance des maladies professionnelles... Dans cette instance, en permanence des "médecins experts appointés" du patronat "théorisent sur les facteurs de risques" résumés uniquement à alcool-tabac-alimentation pour freiner la reconnaissance de nouvelles maladies professionnelles. Ils sont allés récemment jusqu'à nier le rôle déterminant de l'amiante dans les cancers du larynx.

➤ *J'illustre de 3 anecdotes le vécu des salariés :*

1 Une petite vision historique :

La C.G.T. et le mouvement syndical sont nés en créant des bourses du travail au 19^e siècle avec une idée simpliste : Pour un prolétariat conscient de son rôle et de sa force, sortons-le des bistros !

- C'était le combat contre l'alcoolisme qui était encouragé par des employeurs. Par exemple : Ils fournissaient des casiers de 10 litres de vin rouge gratuitement sur les chantiers et dans les ateliers...

2^{ème} *Anecdote.* Dans les années 50 à une réunion de délégués où je revendiquais une fontaine d'eau fraîche en fonderie... Le directeur a éclaté de rire sur notre insistance ! Elle fut installée et les fondeurs s'y sont désaltérés avec cette eau fraîche. La consommation de vin a diminué... Revendiquer des fontaines d'eau fraîche sur les lieux de travail continue en 2005.

3^{ème} *Anecdote vécue.* Au cours d'un bilan de santé complet pour une grande fatigue persistante... J'ai, suite à une prise de sang, été interrogé avec insistance sur ma consommation d'alcool...

- Après les médecins m'ont indiqué que mes gammas GT dépassaient les 300 et ce taux persiste.
 - Une biopsie a montré un foie normal très sain.
 - *Commentaire médical* : C'est génétique puisque vous consommez peu d'alcool.
- Aucune question sur mon activité professionnelle ne m'a été posée.
 - Pourtant pendant dix ans j'ai été exposé à des doses élevées de solvants... Ce peut être une autre explication que j'ai découverte par mes lectures sur les risques professionnels.
 - *N'y a t-il pas là méconnaissance des risques professionnels dans le milieu médical ?*

☞ PASSONS A LA 2^{ème} QUESTION :

QUELLES SONT LES PROPOSITIONS DE LA C.G.T. ?

1) Ne faut-il pas dépasser ce que nous appelons "*pensée unique médico-universitaire dominante*" qui je le répète résume les "*facteurs de risques*" pour la santé seulement à : "*alcool-tabac-alimentation*" ? Cette théorie culpabilisatrice des mauvais comportements individuels ne néglige t-elle pas des données scientifiques sur les risques professionnels qui existent.

Par exemple : *Les seuls* comportements tabagiques et alcooliques permettent-ils d'expliquer le coefficient de 10 des cancers de la gorge atteignant les ouvriers par rapport aux professions intellectuelles ?

2) Nous proposons d'intégrer dans la réflexion une donnée, établie notamment par la Darès (les études du Ministère du Travail), qui rejoint celles de la Fondation Européenne de Dublin sur les Conditions de Travail : *L'aggravation des conditions de travail physiques et mentales...*

➤ La consommation d'alcool est visuelle. Elle peut être considérée comme un anti-stress par certains.

- * L'alcool pour la réflexion ne doit pas être séparée des autres stimulants ou calmants, des psychotropes dont la consommation est moins visible mais augmente considérablement.

☞ EN CONCLUSION

Nous souhaitons que l'alcool ne soit pas abordé *isolément* et que soient intégrées à la réflexion les causes multifactorielles des maladies et de l'alcoolisation abusive pour envisager des propositions de prévention efficaces.

"L'alcoolisation" même à doses modérées est souvent utilisé comme défense individuelle et collective contre la peur, les tensions que les salariés ont à affronter.

- Les conduites addictives témoignent souvent des souffrances dus au travail, dues, notamment, à l'intensification du travail répétitif, à la mise en concurrence par la Direction Participative par Objectif et la gestion par harcèlement hiérarchique.
- L'amélioration des conditions de travail, la valorisation des métiers, du "*travail bien fait*", est un levier majeur de prévention.

Jean HODEBOURG
Appartement 99
29 Avenue Laplace
94110 Arcueil

Avons-nous un programme de santé ? Oui... mais...

Je continue d'argumenter pour que les expressions sur la *santé* correspondent encore mieux aux potentialités d'actions de la population et ne négligent pas son lien dialectique avec sa construction ou sa destruction par le travail.

- Je reçois le même jour : Le document de 4 pages préparant le rassemblement européen d'IVRY et notre revue "*Santé publique*"
 - * J'y ai lu, avec grand intérêt, l'article de Jacques ROUX. Ne devient-il pas le testament politique militant de ce professeur de médecine décédé ?
- Sur nos écrits actuels, il interroge :
 - * Peut-on proposer un programme de santé ?
 - Il répond : "*Oui... mais...*" Et précise : "*Pour être en bonne santé, il faut vivre dans une société en bonne santé...*"
- Cette expression est proche et complémentaire de celle d'Yves CLOT : "*C'est le travail, malade d'une véritable maltraitance économique, qu'il faut soigner.*"
- Jacques ROUX rappelle : "*La prévention reste l'élément essentiel de tout programme de santé...*"
 - * Il indique... "*L'ouvrage le plus complet que je connaisse est celui de 1981-82 élaboré par une commission organisée par Jack RALITE*" ... "*un travail considérable*"
- POURQUOI CES TEXTES SONT-ILS OUBLIES ?
(Commentaire J.H. : *Ces discussions pluridisciplinaires furent pour moi, d'origine ouvrière, considérablement enrichissantes. C'était vraiment de l'interdisciplinaire... avec reconnaissance des "savoirs profanes" des salariés non-médicaux*)
- "*Pourquoi ce document était dérangeant*" interroge t-il ?
 - * Il cite en exemple : 13 pages sur '*Organisation du travail et politique de prévention*'.

☞ POUR PREPARER IVRY : TOUS CES CONCEPTS FONDAMENTAUX SONT "OUBLIES" !

- Avoir les moyens financiers de soigner les maladies est important *Oui... mais...* ; La *priorité* n'est-elle pas d'agir "*pour empêcher la survenue des maladies*"... C'est un combat contre les causes des inégalités sociales de mortalité et de morbidité hors des centres de soins et qui se mène sur les lieux de travail.
 - * ET SUR L'EUROPE ACTUELLEMENT SE JOUE LE PROJET DE DIRECTIVE R.E.A.CH. QUI CONCERNE LES POLITIQUES CAR IL SERA SOUMIS AU PARLEMENT EUROPEEN.
- Les produits cancérigènes en milieu du travail préparent les cancers de demain comme c'est le cas avec l'amiante, le benzène, les fumées de soudage, etc. etc.
Les objectifs du programme européen R.E.A.CH (Registration, Evaluation, Autorisation of Chemicals), visant à évaluer la nocivité des substances chimiques, ont été critiqués en commun au nom des l'industries chimiques par CHIRAC et BLAYRE. Ils visent à éviter la mise sur le marché de nouveaux produits sans connaître leurs effets sur la santé.

☞ VOILA UN DES ENJEUX POLITIQUE DE LA PREVENTION NEGLIGES ... POURQUOI ?

- Derrière il y a le drame des cancers (sur lequel CHIRAC a dû "*bouger*" du fait des actions notamment de celles sur l'amiante) mais aussi cause de la perte de fertilité masculine, de certains handicaps d'enfants, etc.

CES ARGUMENTS NE SONT-ILS PAS NEGLIGES ET OUBLIES ? POURQUOI ? LE DEBAT CONTINUE... J'ESPERE QU'IL SERA CONSTRUCTIF.

**Contribution de l'association des accidents de la vie (FNATH)
en vue du rapport du Gouvernement
sur les conditions de la création d'Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme
(article 42 de la loi de santé publique)**

Thème: Alcool, travail et emploi

I - Quelle est la situation actuelle sur ce thème ?

Il existe peu de statistiques sur ce thème. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estimait, en décembre 2003, le coût de l'alcool-dépendance et des pathologies associées à l'usage excessif de l'alcool à près de 10 milliards d'euros, soit environ à 10% des dépenses de consommation médicale. Plus précisément sur le thème de l'alcool et de l'emploi, selon certaines estimations (notamment citées par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé), 10 à 20% des accidents du travail seraient liés à une consommation d'alcool, soit un accident du travail sur cinq. En outre, l'absentéisme pour maladie serait deux à cinq fois plus élevé chez les buveurs excessifs que dans la population générale. On peut enfin évoquer le fait que les accidents de trajet constituent la principale cause d'accident mortel au travail – même si, bien entendu, d'autres raisons que la consommation d'alcool entrent en jeu. Il s'agit donc bien d'un problème de santé publique.

L'alcoolisme constitue un réel risque en milieu professionnel, dans la mesure où il provoque une réduction des compétences nécessaires à l'accomplissement des tâches et une diminution de la vigilance.

La question de l'alcool en milieu professionnel est indissociable de celle plus générale de l'alcoolisme : en effet, une consommation excessive d'alcool à la maison peut engendrer des conséquences en milieu professionnel, mais un stress accru en milieu professionnel ou des conditions de travail pénibles peuvent être à l'origine d'une consommation d'alcool à domicile.

La question de l'alcoolisme au travail est également indissociable des réflexions générales ou internes aux entreprises sur les conditions de travail et la pénibilité des emplois, que l'alcool peut donner l'illusion d'amoindrir. L'alcoolisme constitue souvent la manifestation d'un mal être au travail – ou d'ailleurs à l'opposé de l'absence de travail (une réflexion pourrait d'ailleurs être engagée sur le lien entre chômage et alcoolisme). Une action dans l'entreprise sur ces questions implique également une analyse des conditions de travail : horaires, environnement, délais d'exécution,...

L'alcoolisme reste un sujet tabou dans notre société en général et en milieu professionnel en particulier, notamment en comparaison avec le tabagisme. Cela s'explique également par le fait que ce sujet est souvent un sujet tabou ou complexe à aborder par la personne elle-même. En conséquence, le traitement de cette question relève souvent soit du déni soit de mesures plus discriminantes, tel que le licenciement.

Mais l'entreprise devrait constituer un lieu central dans la prévention de l'alcoolisme. Certaines entreprises s'en sont saisies en mettant notamment en place des groupes de parole sur cette question. Le rôle des médecins du travail devrait être essentiel, notamment en raison de la visite régulière dont fait l'objet chaque salarié. Cependant on constate qu'ils n'en font pas une pratique courante, notamment en raison du manque de formation sur ce sujet qui les rend peu à l'aise avec la

problématique ou dans le repérage des situations. Ce repérage est d'autant plus difficile que les personnes alcooliques auront tendance à ne pas aborder cette question avec le médecin du travail en raison des conséquences possibles (inaptitude). Cela pose plus généralement la question des missions et de l'indépendance des médecins du travail.

En conclusion, on peut donc souligner que le thème de l'alcool et de l'emploi – indissociable de la question plus générale de la lutte contre l'alcoolisme – constitue une véritable question de santé publique, à la charnière avec les questions d'amélioration des conditions de travail, de pénibilité ainsi que de celles des missions et de l'indépendance des services de santé au travail.

II - Quelles sont vos propositions pour la mise en place d'Etats généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ?

En raison de la situation actuelle décrite ci-dessus et du véritable enjeu de santé publique que constitue la lutte contre l'alcoolisme, la FNATH est favorable à l'organisation d'Etats généraux sur la lutte contre l'alcoolisme qui devra prendre en compte la problématique de l'alcool dans le cadre du milieu professionnel.

Ils pourraient se dérouler au-niveau national en y associant d'une manière la plus large possible les associations de personnes alcooliques, de victimes d'accidents du travail (et en premier lieu la FNATH), les entreprises, les médecins du travail et plus généralement les préventeurs présents dans les entreprises, les partenaires sociaux... Ils pourraient être précédés par des conférences « citoyennes », sur le terrain, car la décentralisation du débat sur ce plan permettrait l'expression plus directe des réalités et propositions telles qu'elles sont perçues en proximité ; leur remontée constituerait un facteur d'enrichissement du niveau national.

Les objectifs que pourraient se fixer les Etats-généraux seraient de briser les tabous liés à cette question, de permettre un échange en particulier des bonnes pratiques, de susciter une prise de conscience notamment des médecins du travail dans leur pratique quotidienne, d'émettre des propositions à décliner notamment au-niveau régional, à réaliser dans un délai de deux à cinq ans une évaluation des progrès réalisés. On peut envisager également la proposition de nouveaux objectifs pour la prochaine loi quinquennale de santé publique.

Les Etats-généraux devront s'appuyer d'une manière ou d'une autre sur la conférence nationale de santé. De même, au-niveau régional la FNATH estime nécessaire de laisser s'approprier de cette question les conférences régionales de santé, qui auront notamment pour mission de proposer un plan régional de santé publique comportant un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme d'éducation à la santé. La question de la lutte contre l'alcoolisme aura donc toute sa place au sein de ce plan et les Etats généraux articulés avec les conférences de santé doivent permettre de dégager des priorités.

*Association des accidentés de la vie (FNATH)
Mai 2005*

Monsieur,

A mon retour de congés je découvre vos messages (courriel et courrier). Je suis désolé de n'avoir pas pu y répondre plus tôt. Je vous remercie de votre invitation, mais je ne suis pas sûr de pouvoir me libérer pour le 20 avril.

Ces quelques réflexions pour contribuer à vos travaux.

A ma connaissance, la CFTC n'a pas les moyens de faire un "état des lieux", une étude des accidents du travail mettant en cause l'alcool serait sans doute la bienvenue. Mais les données sont-elles disponibles ?

Le risque routier est sans doute le domaine où cette cause d'accidents est la mieux connue. Mais, existe-t-il des données sur le conducteur professionnel ?

Au moins une affaire récente semble mettre en cause la responsabilité de l'employeur (ou de collègues) pour des accidents de trajet après un "pot arrosé" sur le lieu de travail.

Il est probable que la législation du travail actuelle qui interdit l'alcool sur le lieu de travail soit peu respectée lors des "pots" et réunions "conviviales". L'autorisation du vin (champagne ?) ou des hydromels (par exemple) correspond-elle à une réalité ? Une étude serait sans doute nécessaire pour s'en rendre compte.

Pour ce qui est de la discrimination à l'embauche ou au maintien dans l'emploi de salariés ayant des problèmes d'addiction à l'alcool ou à toute autre substance (licite ou non) pouvant avoir une influence sur le comportement et les capacités médicales du travailleur, le problème se pose dans des termes particulièrement complexes.

Il appartient au médecin du travail dans le cadre de la délivrance d'une aptitude médicale de déterminer si le salarié peut ou non occuper son poste de travail sans se mettre en danger et sans mettre autrui en danger.

On notera que certains médicaments peuvent avoir une influence au moins aussi importante que l'alcool sur l'aptitude médicale à occuper certains postes, notamment les postes de sécurité.

La responsabilité du collectif de travail et particulièrement de l'employeur peut être recherchée dans certaines conditions où la personne au travail est manifestement dans un état qui ne lui permet pas d'accomplir sa tâche sans mettre en danger sa vie ou celle d'autres personnes. Nous entrons là dans une problématique plus large que l'abus d'alcool. Il nous semble que la bonne attitude est de faire intervenir un médecin (de préférence le médecin du travail) pour secourir la personne concernée.

Bien sûr, il arrive que l'abus d'alcool soit manifeste et que le simple dépistage par éthylomètre s'impose ! Avec éventuellement une mise à pied temporaire dans l'intérêt de tous.

Pour ce qui est des personnes présentant une addiction, le maintien dans l'emploi doit être la règle, l'exclusion temporaire l'exception justifiée par des problèmes de sécurité. Il est nécessaire de bien connaître les conséquences physiologiques et les caractéristiques du poste de travail : une mission pour le médecin du travail !

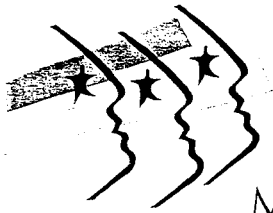
--

Je reste à votre disposition.
Sincèrement,

CFTC
Pierre-Yves Montéléon
Responsable politique Santé au travail
13, rue des écluses Saint Martin
75483 Paris cedex 10

01 46 14 85 44
06 88 85 28 50

NL.



Mouvement
des Entreprises de France
MEDEF

LE DIRECTEUR GENERAL

Paris, le 16 mai 2005

Madame,

Vous avez auditionné le MEDEF dans le cadre de l'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui dispose que le Gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de la création d'Etats Généraux de la lutte contre l'alcoolisme.

Vous avez souhaité recueillir notre avis sur le dossier « alcool, travail et emploi » ainsi que nos propositions pour la mise en place d'Etats Généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

Nous ne pouvons que réaffirmer notre désaccord sur cette initiative qui, comme dans le cadre d'un groupe de travail initié par le Ministère du travail en 1992², n'aurait d'autre résultat que de conduire à imputer aux entreprises tous les préjudices liés à ce problème de santé publique.

Dans les faits, on ne peut que constater que la législation française permet d'exclure l'alcool des lieux de travail, mais qu'elle ne permet évidemment pas d'agir sur les véritables facteurs de l'alcoolisme.

L'alcoolisme est essentiellement une question de santé publique qui résulte de la conjonction de plusieurs facteurs, qui peuvent être très variés et intervenir à des degrés divers.

Dans ce contexte, nous ne pouvons accepter que la responsabilité des entreprises soit à priori invoquée alors qu'elles cherchent en permanence à lutter contre ce fléau qui perturbe gravement leur fonctionnement.

Nous vous prions de croire, Madame, à l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Jacques CREYSSEL

Mme Nadège LAROCLETTE
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
Direction générale de la santé
Sous direction santé et société
Bureau des pratiques addictives
8 avenue de Ségur
75007 PARIS

² Un groupe de travail constitué notamment des partenaires sociaux avait été réuni, par le Ministère du travail, en vue d'élaborer une « charte sur l'alcool en milieu de travail ». Ce groupe a malheureusement été un échec en raison du postulat posé par les syndicats de salariés qui peut se résumer ainsi « C'est le milieu du travail qui est responsable de l'alcoolisme des salariés » « L'alcoolisme des salariés est donc excusable » « L'employeur doit payer les conséquences de l'alcoolisme et ne saurait prononcer de sanction ».

**Séance « Alcool, violence et respect de la loi »
du 3 mai 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Contribution ministère de la Justice

Contribution F3A

Contribution INAVEM

Contribution Patrick Chariot

Contribution La route des jeunes

Contribution Ligue contre la violence routière

Séance « Alcool, violence et respect de la loi »

Personnes auditionnées

Réunion du 3 mai 2005

Béatrice BOSSARD - Ministère de la Justice/Direction de l'administration pénitentiaire
(contribution écrite)

Francis OZIOL - Ministère de l'équipement, des transports, de l'aménagement du territoire,
du tourisme et de la mer/Direction de la sécurité et de la circulation routière

Philippe LAVILLE - Ligue contre la violence routière

Stéphanie MOY - Association la Route des Jeunes

Véronique DANDONNEAU - Institut national d'aide aux victimes et de médiation

Dr. Patrick CHARLOT - Urgences médico-judiciaires Hôtel-Dieu

Marie-Jeanne HUSSET - 60 millions de consommateurs

Patrick FOUILLAND - Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie



Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société

Bureau des pratiques addictives

Personne chargée du dossier

Nadège LAROCLETTE

Dr Dominique MARTIN

Tél. : 01 40 56 51 62/54 68

Fax : 01 40 56 40 44

Mail : nadega.larochette@sante.gouv.fr

dominique.martin@sante.gouv.fr

Paris, le

COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"

**Auditions du 3 mai 2005 sur la thématique
« Alcool, violence et respect de la loi »**

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Pierre Arwidson - Tania Rosilio (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Jean-Baptiste Herbet (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Chantal Fontaine - Marie-France Chedru (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), Francis Oziol (Direction de la sécurité routière), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Marianne Storogenko (Direction générale de l'action sociale), Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Véronique Dandonneau (INAVEM), Philippe Laville (Ligue contre la violence routière), Stéphanie Moy (association La route des jeunes), Patrick Fouilland (Fédération des acteurs en alcoologie et addictologie), Patrick Chariot (médecin légiste alcoologue A-HP), Marie-Jeanne Husset (60 millions de consommateurs), Bernard Basset - Pascal Mélihan-Cheinin – Christèle Lemieux - Nadège Larochette (Direction générale de la santé – Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Christine Kerneur (Ministère de l'Education nationale - DESCO), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Dominique Martin (Direction générale de la santé), Mireille Willaume (Direction de la sécurité sociale), Hélène Mélet (Direction générale des douanes et des droits indirects), Cécile Bigot (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin), M. Laumont (INRETS), Mme Bossart (Direction de l'administration pénitentiaire), M. Salens (Direction des affaires criminelles et des grâces – Bureau santé publique, droit social et environnement), M. Capin-Dulhoste (Direction des affaires criminelles et des grâces – Bureau des politiques générales et de la protection des libertés individuelles).

En introduction, la Présidente du comité de pilotage rappelle le contexte de cette réunion.

L'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que le gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de la création d'états généraux de lutte contre l'alcoolisme. L'élaboration de ce rapport a été confiée à un comité de pilotage qui a émis le souhait d'auditionner l'ensemble des acteurs concernés par ce sujet. La réunion de ce jour a, ainsi, pour objet de procéder aux auditions de plusieurs institutions et associations concernées par la thématique « Alcool, violence et respect de la loi ».

La Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), absente, a remis une contribution écrite qui a été distribuée en séance.

La problématique « Alcool, violence et respect de la loi » est successivement abordée sous deux angles distincts : la sécurité routière et le lien entre alcool et violence de manière plus générale.

L'exposé de la situation actuelle du lien alcool/sécurité routière (cf. : documents ci-joints) laisse apparaître l'importance de l'alcool dans la survenue d'accidents de la circulation. En effet, l'alcool est la deuxième cause d'accidents après les excès de vitesse. 31 % des accidents mortels et 10 % des accidents corporels lui sont, ainsi, imputables. Si le nombre de personnes tuées a dans l'ensemble diminué de 20,9 % entre 2002 et 2003, cette baisse, durant la même période, n'atteint que 17,4 % pour les accidents mortels causés par l'alcool. C'est pourquoi, la lutte contre l'alcool est l'une des priorités de la politique de sécurité routière. La multiplication des contrôles d'alcoolémie, l'aggravation des sanctions encourues, la diffusion de campagnes de communication et de prévention fondées sur le principe du conducteur désigné et la mise en place de partenariats sont des outils utilisés à cette fin.

En ce qui concerne les violences dans leur ensemble, la Fédération des acteurs en alcoologie et addictologie (F3A) relève la complexité du lien entre alcool et violence. Elle constate que 15 à 30 % des consultants des centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) ont recours à ces structures du fait de problèmes avec la Justice et fait part des difficultés rencontrées compte tenu du manque de coopération entre les différentes institutions concernées et de l'ambiguïté inhérente à « l'obligation de soins ». Le Dr. Patrick Chariot complète ces données en faisant référence à des études menées aux Etats-Unis et au Canada, selon lesquelles, les victimes d'agressions physiques ou sexuelles relient les violences à une prise d'alcool ou d'autres drogues par l'agresseur dans une proportion variant de 26 à 39 % des cas, tandis que l'alcool serait impliqué dans 40 à 50 % des homicides. Pour sa part, en se fondant sur son expérience, l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) présente trois cas de figure du lien alcool et victime :

- l'alcoolique « victimisé » (alcoolique qui se met en danger, personne vulnérable) ;
- la victime d'une personne alcoolique (victime d'accidents de la circulation, violences intra-familiales, violences gratuites) ;
- la victime ignorée, non entendue.

Tous les intervenants font le constat d'un manque de données sur cette thématique alcool et violence.

Les participants ont, ensuite, fait part de leurs réflexions sur le projet d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme. La plupart d'entre eux ont une position ouverte sur leur organisation. Seule la représentante du magazine 60 millions de consommateurs fait part de sa perplexité quant à ce projet, doutant de ses objectifs et de son impact réel. Prenant exemple sur les Etats généraux de la sécurité routière, le ministère de l'équipement affirme, à l'inverse, que ce genre d'événement est une opportunité pour, d'une part, construire des axes forts et partagés et, d'autre part, conforter la politique du Gouvernement. Sur le sujet « alcool, violence et sécurité routière », il considère que la marge de progrès est importante et que les Etats généraux alcool pourraient permettre des avancées notables. Pour les autres intervenants, ces états généraux pourraient être l'occasion de favoriser les échanges pluridisciplinaires et d'améliorer l'accès des citoyens à l'information portant

sur l'alcool et les risques qui lui sont liés. Dans cette perspective, les Etats généraux pourraient avoir pour objectif de changer les représentations du risque alcool.

Comité de pilotage pour la création d'états généraux de l'alcoolisme
organisé par le ministère des solidarités, de la santé et de la famille

contribution de la direction de l'administration pénitentiaire
sous-direction des personnes placées sous main de justice
réunion du 3 mai 2005

L'administration pénitentiaire a pour mission la garde et la réinsertion des personnes détenues - condamnées ou prévenues - qui lui sont confiées par les autorités judiciaires.

Elle assure la mise à exécution des sanctions pénales - en milieu ouvert comme en milieu fermé - et doit prendre toutes les mesures destinées à faciliter la réinsertion sociale des personnes confiées à ses services. (D 188, 189 du code de procédure pénale -CPP)

Envisager la réinsertion sociale d'une personne suppose d'envisager sa situation individuelle dans ses diverses dimensions: professionnelle, familiale, culturelle et bien sûr, sanitaire, etc.

Parmi la population carcérale, un nombre particulièrement élevé de personnes présente des conduites addictives de dépendance aux médicaments, aux drogues illicites, à l'alcool ou au tabac. D'après l'étude réalisée par la DRESS en 2003 sur l'état de santé des personnes détenues à leur entrée en prison, un quart des entrants déclarait au moins deux consommations à risque parmi les suivantes : consommation importante de tabac, consommation excessive régulière ou discontinuée d'alcool, utilisation prolongée ou régulière de drogues illicites dans l'année précédant l'incarcération.

Cette problématique est également présente en milieu ouvert chez les personnes condamnées non incarcérées (sursis avec mise à l'épreuve SME, sursis avec obligation d'exécuter un travail d'intérêt général STIG).

L'état de santé des personnes placées sous main de justice - incarcérées ou non - ne peut donc être étranger aux préoccupations des professionnels de justice qu'ils soient magistrats ou personnels pénitentiaires, notamment lorsque la commission des infractions semble en lien avec des problèmes de santé identifiés ou lorsque la consommation même du produit - alcool, drogues illicites - est un élément constitutif de l'infraction.

L'action des services pénitentiaires d'insertion et de probation

La personne placée sous main de justice est confiée sur décision judiciaire au service d'insertion et de probation (SPIP) - à compétence départementale - qui assure un suivi individuel. Ce suivi s'entend comme le processus de contrôle et d'accompagnement de la personne condamnée - écrouée ou libre - et tous les actes afférents : entretiens, actualisation du dossier, avis et rapports écrits, échanges partenariaux, évaluation, diagnostic et propositions, visites à domicile, etc. (Cf pièces jointes " Actions du service pénitentiaire d'insertion et de probation")

1 - En milieu fermé

- l'alcool, un produit prohibé en établissement pénitentiaire

Aux termes de l'article D 346 du code de procédure pénale, "la vente en cantine de toute boisson alcoolisée est interdite".

En outre, le fait pour un détenu de se trouver en état d'ébriété ou d'absorber sans autorisation médicale des substances de nature à troubler son comportement constitue une faute disciplinaire du deuxième degré (article D 249-2 alinéa 10).

- Un partenariat indispensable à la prise en charge des personnes placées sous main de justice

Selon les articles D 385 et D 390-1 du CPP, "la prise en charge globale des personnes présentant une dépendance à un produit licite ou illicite" relève de la compétence des services sanitaires : SMPR, UCSA, CSST, CCAA. L'accès à l'établissement et aux personnes suivies est donc assuré par le chef d'établissement. Dans le cadre des actions de prise en charge menées en partenariat entre les autorités sanitaires et les services pénitentiaires, des associations extérieures telles que "vie libre", "alcooliques anonymes" peuvent également intervenir en faveur des personnes détenues et animer des groupes de parole.

La note interministérielle Santé/Justice/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la **prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues** présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive a précisé les modalités des actions partenariales entre les autorités sanitaires et pénitentiaires aux différents stades de l'incarcération : entrée, séjour, préparation à la sortie. (Cf pièce jointe "documents de référence")

Un premier bilan de ces orientations nationales réalisé sous forme d'enquête "Addictions en milieu carcéral" par l'OFDT en 2003 (Cf pièce jointe "documents de référence") a mis en évidence de réels progrès dans la prise en charge de l'abus et de l'usage nocif d'alcool. 80 % des établissements pénitentiaires permettent l'accès à une consultation spécialisée. Des efforts sont toutefois encore nécessaires afin de réduire les délais d'attente à ces consultations, de renouveler ou de diversifier l'offre de soins auprès des personnes alcoolo-dépendantes refusant d'admettre ce problème de santé. Il reste donc beaucoup à faire pour disposer d'un nombre suffisant de structures et personnels sanitaires qualifiés et volontaires pour un partenariat avec les services pénitentiaires.

Des **actions d'éducation pour la santé** sont mises en place en établissement pénitentiaire sur le thème de l'alcool : atelier théâtre à la MA de Fleury Mérogis en 2003 ; sessions prévention alcool à Limoges, Bayonne, Mont de Marsan, St Martin de Ré, Uzerche avec le CDPA ou L'ANAPAA en 2004 ; forum et groupe de parole alcool à St Briec .

S'agissant de la **préparation à la sortie**, il est essentiel qu'un relais effectif soit assuré entre la structure de soins en détention et une structure extérieure. C'est souvent une condition pour une réinsertion réussie. La qualité de ce relais ne sera pas sans effet sur le risque de récidive chez certaines personnes condamnées pour des infractions commises sous l'influence de la consommation d'alcool.

2 - En milieu ouvert

Les personnes condamnées à des mesures alternatives à l'emprisonnement sont prises en charge par le SPIP sous l'autorité et le contrôle des magistrats chargés de l'application des peines.

Le soin peut être un des éléments constitutifs de la sanction et de ses modalités d'exécution.

La notion d'**obligation de soins** a été introduite en droit pénal français dès la fin des années 50 avec la création du sursis avec mise à l'épreuve ou SME (art 132-45 du CP).

Aujourd'hui, plusieurs peines privatives de liberté permettent au tribunal d'imposer à un condamné de "se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins même sous le régime de l'hospitalisation" : SME, STIG. L'obligation de soins peut aussi être prononcée dans le cadre des mesures post-sentencielles : libération conditionnelle (D 536 du CPP), semi-liberté (art D138).

La personne condamnée peut refuser cette démarche de soins, auquel cas

aucune contrainte ne peut lui être imposée. Toutefois, cette attitude pourra être analysée comme un non-respect des obligations fixées et peut aboutir à une révocation du sursis c'est-à-dire à l'incarcération.

La personne condamnée, évoluant en milieu ouvert, est libre du choix de son médecin généraliste ou spécialiste. Toutefois, le SPIP peut porter à la connaissance des personnes suivies les coordonnées des centres de soins publics locaux afin de favoriser l'accès aux structures sanitaires de populations en difficultés sociales. Il s'agit alors d'une simple indication pour information et non d'une orientation contraignante.

Le SPIP s'assurera de la réalisation de la démarche de soins en sollicitant par exemple un justificatif de rendez-vous mais aucune information relative à la pathologie ou aux prescriptions médicales ne sont sollicitées afin de respecter le secret médical.

Des **stages** sont également organisés dans le cadre de l'exécution des sanctions prononcées pour conduite sous l'empire d'un état alcoolique ou conduite en état d'ivresse dans le ressort de nombreux tribunaux. (Cf pièces jointes "actions de terrain des SPIP")

Ils s'inscrivent dans l'exécution de peines d'emprisonnement assorti du sursis et de l'obligation d'effectuer un travail d'intérêt général (STIG), d'une peine de travail d'intérêt général (délictuelle (art 131-8 du CP) ou contraventionnelle (art 131-17 al 2 du CP)), d'une peine d'emprisonnement assorti d'un sursis avec mise à l'épreuve (SME).

- S'agissant du STIG ou TIG,

le stage est effectué au titre d'heures de travail d'intérêt général. L'organisation de ce stage relève des attributions des services pénitentiaires d'insertion et de probation (art D 574 du CPP), en partenariat avec des associations habilitées ou des personnes morales de droit public (art 131-8, R 131-12 et s. du CP) et en coordination avec le juge de l'application des peines (JAP). Une vérification de présence à ce stage est assurée par le JAP lui-même ou par les délégués de probation qui en rendent compte au JAP (art R 131-29 et s. du CP). En cas d'absence partielle ou totale à ce stage et donc d'inexécution de la peine de travail d'intérêt général, la personne condamnée peut être poursuivie sur un fondement délictuel pour violation des obligations résultant de la peine de TIG (art 434-42 du CP).

-S'agissant du SME,

le stage est effectué au titre de l'obligation d'exercer une activité professionnelle ou de suivre un enseignement ou une formation professionnelle (art. 132-45 1° du CP). En cas d'inexécution des obligations du sursis avec mise à l'épreuve, le JAP peut saisir le tribunal correctionnel aux fins de révocation partielle ou totale de la peine d'emprisonnement prononcée (art. 132-47 et s. du CP)

3- des actions partenariales et interministérielles

Les stages, forums, sessions d'éducation à la santé sont possibles grâce au partenariat des services déconcentrés de l'Etat, des associations nationales ou locales engagées dans la lutte contre l'alcoolisme. Cette coopération est indispensable. La lutte contre l'alcoolisme ne peut être renvoyée au seul champ de compétence des autorités sanitaires. Chaque département ministériel concerné, chaque acteur de terrain peut contribuer à l'efficacité de cette politique publique de santé sous réserve d'une articulation pertinente et respectueuse des champs de compétences de chaque acteur.

La direction de l'administration pénitentiaire inscrit son action dans cette démarche partenariale au profit des personnes qui lui sont confiées.

o

Réponse à la DGS et au comité de pilotage
sur le thème : « Prise en charge et soins des buveurs excessifs ».

En préalable, la F3A tient à rappeler fermement l'attachement porté par les professionnels à la rigueur de la terminologie à employer. Aujourd'hui il ne paraît plus concevable de 'lutter contre l'alcoolisme' – ce mot est porteur de confusion et de jugement et est centré sur la seule dépendance – mais plutôt de poursuivre les efforts déployés sur le terrain pour prendre en compte l'ensemble du spectre des risques et des dommages dus à l'alcool, ce qui implique d'informer, repérer, protéger les sujets vulnérables, aider au changement de comportement les consommateurs à risque, traiter les alcoolodépendants, prévenir les récurrences et les complications, prendre en charge les handicaps et, plus généralement, modifier les représentations liées aux produits et à leurs divers usages, dans un contexte où l'usage de l'alcool comporte également des aspects positifs qu'il serait de nier.

L'engagement des pouvoirs publics pour la reconnaissance de ces efforts, leur soutien et leur développement passe, à notre avis, par une radicale évolution dans leur compréhension de la problématique addictive.

Question 1 : Quelle est la situation actuelle sur le thème « Buveurs excessifs » ?

1. La Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A) considère les risques liés à l'alcool dans leur globalité et dans un continuum qui va des conséquences de l'alcoolisation aiguë à la dépendance. La consommation d'alcool ne peut être totalement séparée des consommations d'autres produits avec ou sans dépendance, des conduites à risque et de la souffrance psychologique et sociale des consommateurs et de leur entourage. Les buveurs excessifs non dépendants, dont il est question ici, font partie des personnes en danger du fait de leur consommation d'alcool et subissent une part importante de la morbi-mortalité liée à l'alcool.
2. Le dispositif ambulatoire créé dans les années 1970 pour offrir une proposition à cette population a vu son objectif se transformer pour devenir le pôle ambulatoire du soin pour les personnes dépendantes. Ce mode de prise en charge a été depuis validé, notamment lors des conférences de consensus et des évaluations demandées par l'Etat. Il continue d'avoir une activité de prévention secondaire du fait du recrutement par la Justice et les alcoolémies routières (évaluation des situations alcoologiques des contrevenants).
3. Parmi les objectifs de la F3A rappelés dans son manifeste, ceux qui concernent les buveurs excessifs sont :
 - a. **Limiter la fréquence (prévalence) de la consommation dangereuse.** On ne peut que constater la faiblesse des quantifications de la prévalence et le manque d'une étude en population générale. Par ailleurs l'ambiguïté de l'attitude du gouvernement dans la bataille autour de la Loi Evin a été manifeste.
 - b. **Assurer le repérage précoce des comportements à risque pour permettre une intervention auprès des consommateurs avant l'apparition de dommages.** Le développement pluri-annuel d'un plan de formation des acteurs du soin primaire au repérage précoce et à

l'intervention brève paraît nécessaire, ainsi que son intégration obligatoire dans le cursus de la formation médicale initiale.

- c. **Améliorer en fréquence et en qualité le diagnostic des dommages dus à l'alcool pour renforcer l'efficacité des interventions.** On propose de placer ce sujet dans le plan national de formation indemnisée et d'évaluer l'activité des spécialistes en matière de dépistage des consommations dangereuses face à des symptômes potentiellement en rapport avec ces consommations (ex : HTA...)
- d. **Améliorer la connaissance sur les traitements et plus généralement sur les modes d'intervention.** L'effort est fait sur la réparation et sur le soin, parfois au détriment de l'intervention en amont par manque de disponibilité et de moyens. Les acteurs de l'addictologie sont ressources pour les soignants de première ligne.
- e. **Donner à la formation une cohérence au regard des objectifs.** Les systèmes de formation, initiale et continue présentent au regard des préoccupations de santé publique (par exemple la prévention secondaire, l'intervention précoce) et de l'approche relationnelle un retard dramatique.

Question 2 : Quelles sont nos propositions pour la mise en place d'« Etats généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme » ?

1. Les Etats généraux devraient à nos yeux se fixer pour objectif de donner à l'alcoologie une dimension :
 - a. de santé publique ;
 - b. prioritaire ;
 - c. citoyenne ;
 - d. communautaire ;
 et à donner l'occasion au plus grand nombre de changer ses représentations
 - sur le risque alcool et les facteurs qui l'influencent,
 - sur les acteurs qui permettent de l'atténuer : l'individu, le groupe, la collectivité, les professions, les responsables à tous les niveaux,
 - et sur les moyens qui peuvent être mis en œuvre par chacun de sa place.
 Le produit est à la fois l'écrit, l'événement et son retentissement politique et médiatique.
 L'écrit doit apporter des propositions concrètes – et des évaluations des moyens nécessaires – pour remplir les objectifs généraux ci-dessus énumérés.
2. Concernant leur organisation, la F3A propose de se référer au modèle historique et de mettre en place une procédure par collègues.
 - Le premier collège regroupe ceux qui produisent de la doctrine : les politiques, les communicants, les scientifiques, les agences type sécurité routière, OFDT ou INPES, les associations nationales SFA, ANPAA, F3A..., les mouvements à l'échelle nationale.
 - Le deuxième collège regroupe ceux qui agissent sur le terrain dans le champ de la prévention ou du soin, dans les secteurs spécifiquement alcool ou non (CDPA, CODES, CCAA, associations d'entraide à

l'échelle locale..., services sociaux et autres acteurs de premier rang - bénévoles, médecins généralistes, médecins de santé au travail...); services et structures de soin en alcoologie et en addictologie, les acteurs de la prévention...). Ces acteurs de terrain pourraient être sollicités à travers une étude DELPHI à l'échelle nationale.

- Le collège « grand public » doit inclure une représentation des patients/usagers des produits... et des structures de soins, de prévention et de répression – les patients ne doivent pas être seulement représentés par les mouvements d'anciens buveurs (rechercher des structures avec des représentations des usagers, voire constituer un panel représentatif de la population). On peut s'appuyer pour ce travail sur des sondages, sur une enquête sociologique.

2. Le contenu

On propose de tenir deux à cinq jours (à Versailles ?).

- Réunion des collèges avec des questions communes et des questions spécifiques par collège. Chaque collège s'appuie sur un secrétariat constitué avant les Etats généraux, qui rassemble pendant trois mois les données proposées par chaque « public » représenté. Le diagnostic sur lequel il s'appuie permettra de constituer un « livre blanc » informel sur l'existant : selon le collège, état des publications, (sociologiques, philosophiques, historiques (évaluation)... donc au delà de la partie médicale sur le soin), état de l'opinion vue par les médias... contributions spontanées et volontaires...
- Chaque collège doit produire des propositions, appropriation du diagnostic éventuellement complété par une étape intermédiaire avec complément d'enquête : aboutir à une conclusion s'appuyant sur un diagnostic partagé.
- Des observateurs « hors champ », voire des observateurs internationaux servent de médiateurs entre les collèges, selon une procédure dialectique : à la fin de chaque demi-journée le collège A entend le rapport des observateurs délégués dans les collèges B et C. Cela permet de préparer autant que possible les convergences qui permettront un résultat utilisable.
- Pour permettre le travail des collèges, il faut un temps de participation dédommagé, la transparence des critères pour la désignation des membres des collèges, la démocratie au sein des collèges, qui sont leurs représentants pour discuter après dans les groupes thématiques réunissant des représentants des trois collèges.

Alcool,
violences
délicts
et respect
de la loi

Etats généraux

Patrick Fouillard
Alcoologue, directeur du CCAA du Havre
Médecin de recherche à l'ANPAA (programme BMCM)
Président de la fédération des acteurs de l'alcoologie
et de l'addictologie

Alcool,
violences
délicts
et respect
de la loi

La F3A : une fédération...

- d'équipes ancrées dans leurs territoires
- de personnes, où sont représentés tous les métiers de l'addictologie
- où l'alcoologie reste au cœur des préoccupations des équipes, dans un paysage où l'addictologie se complexifie

À partir du dispositif CCAA, longtemps sous-développé, la F3A appuie, accompagne la mise à niveau des équipes et les prépare à entrer de plein pied dans la dynamique CSAPA

Alcool,
violences
délicts
et respect
de la loi

Le constat

- Il est volontairement impressionniste
- Il balise les difficultés rencontrées
- Il trace quelques pistes de travail qui peuvent être reprises en compte dans la préparation des états généraux
- Il s'appuie sur une expérience acquise sur des terrains très diversifiés
- Il est une « offre de service » à la préparation de ces états généraux

Alcool,
violences
délicts
et respect
de la loi

Une préoccupation constante

- des équipes
 - Entre 15 et 30% des consultants dans les CCAA viennent pour des problèmes avec la justice
 - Certes les problèmes de CEA sont les plus nombreux
 - Mais les autres délicts avec violence représentent une part de plus en plus importante
 - Des professionnels interviennent en milieu carcéral
 - Mais les autres consultants en alcoologie
 - Ne sont pas indemnes de situations de violence (donnée ou subie)
 - D'autant que, de plus en plus, nous accueillons des personnes faisant partie des entourages
- de la F3A
 - qui a fusionné il y a trois ans avec l'Association pour la prévention et l'étude des conduites d'alcoolisation des populations pénales

Alcool,
violences
délits
et respect
de la loi

Difficultés rencontrées

- L'alcool et la violence sont porteurs des mêmes ambivalences, c'est-à-dire à la fois positives et négatives
 - Pour la société
 - Pour les groupes
 - Pour les individus
- La complexité des relations entre alcool et violence
 - Alcool psychotrope contient la violence avant de la libérer
 - La violence est aussi un symptôme : « L'expression tragique de besoins non satisfaits »
- Réponses possibles
 - Un travail d'étude plus approfondi (soutien à la recherche notamment de terrain)
 - Favoriser les échanges interdisciplinaires sur ces questions (santé, droit, sociologie)

Alcool,
violences
délits
et respect
de la loi

Difficultés rencontrées

- Les questions A & V se « gèrent » dans des institutions multiples qui ont du mal à coopérer
 - Tout se passe comme si travail social, santé, justice et police agissaient chacune pour leur compte
 - Même quand les acteurs ici où là tentent de coopérer, leur tâche n'est pas facilitée par les institutions
 - Il pourrait bien en aller de même au sein de chacun de ces secteurs
- Chacune de ces institutions souffre des mêmes maux
 - manque de moyens
 - personnels insuffisamment formés
 - peu de temps dédiés et reconnus pour les coopérations
- Réponses possibles
 - Une politique volontariste pour soutenir les liens qui se créent sur le terrain

Alcool,
violences
délits
et respect
de la loi

Difficultés rencontrées

- Par rapport aux usagers de soins, sous main de justice
 - Ambiguïté de « l'obligation de soins » pour des personnes qui se sont pas forcément des malades
 - L'ambivalence de la demande des consultants qui viennent chercher « l'attestation de suivi »
 - L'intérêt, pour les personnes suivies et pour la prévention de la récidive laisse planer beaucoup de doutes (rareté des études)
- Réponses possibles
 - Une politique volontariste pour soutenir les liens qui se créent sur le terrain

Alcool,
violences
délits
et respect
de la loi

Des Etats généraux pourquoi, comment ?

- Parce que la loi le dit...
- Et parce que nous pouvons nous en saisir ce peut être une opportunité
- Avec pour objectifs
 - de nouvelles façons de penser
 - de nouvelles façons d'interagir
 - de nouvelles exigences
 - de nouveaux outils ou une meilleure diffusion d'outils insuffisamment utilisés

Alcool,
violences
délits
et respect
de la loi

Des états généraux, comment ?

- Place au Tiers
 - Il ne faut pas que des discours d'experts
- Partir des besoins insatisfaits
 - Ne pas parler que de l'existant institutionnel
- Préparer la session par des recueils d'information sur le terrain
 - Favoriser la sociologie... et la politique
- Associer les élus municipaux des villes
 - Moins associés au lobby alcoolier, plus près des réalités des conséquences secondaires
- Laisser sa place à l'imprévu

Alcool,
violences
délits
et respect
de la loi

Concrètement

- Travailler par collègues
 - Producteurs de discours (politiques, administration, chercheurs et universitaires, regroupements professionnels, associations...)
 - Acteurs de terrain (soins, prévention, première ligne)
 - Représentant de la population (échantillon ?)
- Travailler sur des thèmes transversaux
 - Quelle information au grand public ?
 - Quels professionnels pour quelles interventions ?
 - Quelles formations pour quels savoirs ?
 - Quelle organisation du dispositif de soin ?
- Utiliser des médiateurs entre collègues
- Finir par deux jours d'échange en plénière

Alcool,
violences
délits
et respect
de la loi

Pour conclure

- Un constat qui reste à établir

Alcool, violence, délit et respect de la loi



www.inavem.org

Présentation de l'inavem

OBJET : Animer coordonner et promouvoir les actions d'aide aux victimes d'infractions pénales.

- 145 associations d'aide aux victimes
- 650 permanences d'accueil
- 230 000 victimes reçues

Les missions des associations d'aide aux victimes

- Accueillir
- Ecouter
- Informer

Ces missions sont assurées par des psychologues et des juristes et des travailleurs sociaux.

Le contenu de l'intervention

La finalité de l'intervention des associations d'aide aux victimes réside dans la prise en charge globale de la victime

- Une action d'évaluation
- Une centralisation des réponses

En termes de lieu de service
Soutien psychologique, information juridique, accompagnement administratif, professionnel, social, financier...

- Une présence sur le long terme

L'alcoolique victimisé

- Les personnes en rupture sociale
- Les personnes « vulnérables »

Les victimes des alcooliques

- Les accidents de la circulation
- Les violences intra-familiales
- Les violences « gratuites »

La victime non prise en charge et l'alcoolisme

- La victime ignorée
- Le sentiment de ne pas avoir été entendu
- Le défaut de réponse judiciaire

Quelques propositions

- Une information généraliste
- Une réponse pluridisciplinaire
- Une effectivité de la réponse pénale

*Alcool, violence, délits et respect de la loi
(audition DGS 3 mai 2005)*

Alcool et violence : des occasions manquées ?

Patrick Chariot

Médecin légiste et alcoologue, praticien hospitalier. Urgences médico-judiciaires, Hôtel-Dieu – 75004 Paris
et Consultation d'alcoologie, service de médecine interne, Hôpital Ambroise-Paré – 92100 Boulogne
patrick.chariot@htd.aphp.fr

Situation actuelle

L'association entre alcool et violence est connue de longue date et illustrée dans la langue et dans la littérature, les sujets alcoolisés pouvant être auteurs ou victimes. Les effets pharmacologiques de l'alcool jouent très probablement un rôle dans la survenue d'actes de violence. Selon des études menées au Etats-Unis et au Canada, les victimes d'agressions physiques ou sexuelles reliaient les violences à une prise d'alcool ou d'autres drogues par l'agresseur dans une proportion variant de 26 à 39 % des cas,^{1,2} tandis que l'alcool serait impliqué dans 40 à 50 % des homicides.³ Une revue de la littérature a été publiée en 2003 dans le cadre de l'expertise collective de l'Inserm.⁴ Les données précises sur ce sujet sont rares en France. Aucune enquête de victimation nationale ou régionale ne s'est intéressée directement à l'alcool, ni n'a intégré un questionnement sur l'alcool.⁴ Seule la recherche menée en 2000 sur les violences faites aux femmes a abordé cette question, à la marge.⁵ La situation particulière des unités médico-judiciaires, observatoire des situations de violence, peut permettre une appréciation de l'association alcool/violence, en analysant aussi bien le regard des victimes que celui des agresseurs.

La prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool souffre parfois de l'absence d'interlocuteur abordant le problème, les réticences des soignants à parler d'alcool pouvant en être une raison. Dans l'expérience française des centres de cure ambulatoire en alcoologie, 15 à 20 % des consultants viennent après dépistage d'une alcoolémie routière positive.⁶ Dans la pratique de certains médecins du travail, la survenue d'un incident associé à une alcoolisation procure une occasion d'inciter l'intéressé à une démarche thérapeutique volontaire.⁷ L'examen médical pratiqué dans un cadre médico-judiciaire, dans les suites d'un acte violent, ne pourrait-il pas être l'occasion de suggérer une intervention thérapeutique, transformant ainsi un événement violent, perçu comme purement négatif, en une occasion d'initier un processus de soins ? La détection d'un problème d'alcool chez un auteur de violences, placé en garde à vue ou dont la victime est examinée après qu'elle a déposé plainte, peut-elle être l'occasion pour le médecin légiste d'être un premier intervenant en alcoologie et de proposer un contact et un suivi ultérieurs dans une structure de soins ?

La garde à vue comme expérience marquante dans l'itinéraire d'une personne en difficulté avec l'alcool

La garde à vue est un événement éprouvant vécu par de nombreuses personnes en difficulté avec l'alcool, en particulier les hommes, dans un contexte d'alcoolisation au volant ou lors d'épisodes de violences. Elle est souvent vécue comme une sanction humiliante, en particulier en raison de l'application de menottes, quasi systématique dans notre expérience, même en l'absence de signes de dangerosité manifeste, ce qui semble en contradiction avec les instructions du ministre de l'intérieur du 11 mars 2003.⁸

Intervention alcoologique brève en garde à vue

La faisabilité et les résultats d'une intervention brève en garde à vue ne sont pas connus de façon précise. En Grande-Bretagne, certains médecins légistes pratiquent déjà ce type d'intervention et la jugent utile, certaines personnes placées en garde à vue se trouvant en dehors de tout circuit de soins.^{9,10} Mon expérience personnelle est encourageante, tant dans le temps de la garde à vue qu'à distance, par ce qu'en rapportent les patients vus en consultation d'alcoologie. Dans le temps de la

garde à vue, l'entretien avec le médecin peut permettre de situer la garde à vue dans l'histoire de l'alcoolisation et de faire émerger une demande de soins.

Le regard des victimes : alcool et violences volontaires

Nous avons constaté que 15 % des victimes examinées au centre médico-judiciaire des Hauts-de-Seine savaient ou avaient l'impression que leur agresseur avait bu de l'alcool au moment de l'agression. Parmi ces 15 %, l'existence d'une démarche de soins vis-à-vis de l'alcool était connue dans moins d'un cas sur dix. L'alcool était plus fréquemment présent dans les situations de violences conjugales ou intrafamiliales.^{11,12}

La situation de crise dans laquelle se trouvent souvent les patients examinés dans un cadre médico-judiciaire peut permettre l'écoute d'une parole d'un tiers soignant, qui n'est ni le médecin traitant, ni juge, ni policier, ni protagoniste du fait de violence, mais qui se trouve présent à un moment où souvent tout semble aller mal, et pourra contribuer à la prise de conscience de l'intérêt d'une démarche de soins, pour soi-même ou pour le proche concerné.

Propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme

1 – Favoriser la pratique d'interventions alcoologiques brèves auprès des victimes de violence, que les sujets alcoolisés soient auteurs ou victimes, en particulier dans les situations de violences au sein du couple ou intrafamiliales, et quelle que soit la situation si la victime elle-même est alcoolisée.

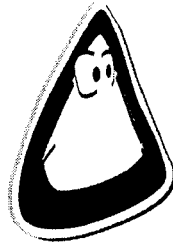
2 – Inclure dans les objectifs de l'intervention du médecin auprès des personnes placées en garde à vue la pratique d'une intervention alcoologique brève dans le temps de la garde à vue.

3 – Formation des médecins : former à l'alcoologie les médecins intervenant auprès des victimes et ceux intervenant auprès des médecins en garde à vue (médecins généralistes, légistes, urgentistes, psychiatres), inclure les centres de consultations en alcoologie dans le réseau des intervenants auprès des victimes de violence.

Références

1. Statistics Canada. The 1993 general social survey. Cycle 8 personal risk. Public use microdata file documentation and user's guide. Ottawa : Statistics Canada, 1994.
2. Greenfield LA. Alcohol and crime : an analysis of national data on the prevalence of alcohol involvement in crime. Bureau of Justice statistics. Washington DC : US Department of Justice, 1998.
3. Graham K, West P. Alcohol and crime : examining the link. In Heather N, Peters TJ, Stockwell T, eds. International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester : Wiley, 2001 :439-70.
4. Expertise collective. Consommations et violence. In : Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : Inserm, 2003 : 171-231. Ibid. Synthèse : 381-440. Ibid. Recommandations : 441-452.
5. Jaspard M, Brown E, Condon S, et al. Les violences envers les femmes. Une enquête nationale. Paris : La Documentation Française, 2003.
6. Facy F, Biecheler-Fretel MB, Rabaud M, Peytavin JF. Conduite en état alcoolique et consultation en alcoologie. Alcoologie et Addictologie 2002 ; 24 :253-62.
7. Besançon F, Simon G. Prévention des dommages dus à l'alcool en médecine du travail. Alcoologie et Addictologie 2002 ; 24 :63-6.
8. Chariot P (ed). Garde à vue : réalités médicales. Paris : Glyphe & Biotem, 2004.
9. Deehan A, Stark M, Marshall EJ, Hanrahan B, Strang J. Drunken detainees in police custody : is brief intervention by the forensic medical examiner feasible ? Crim Behav Ment Health 1998 ; 8 : 214-21.
10. Best D, Noble A, Stark M, Marshall EJ. The role of forensic medical examiners and their attitudes on delivering brief alcohol interventions in police custody. Crim Behav Ment Health 2002 ; 12 : 230-5.

11. Chariot P, Veniel D, Bourokba N. Le regard des victimes. Alcool et violences volontaires au centre médico-judiciaire des Hauts-de-Seine. Communication à la Société française d'alcoologie, Paris, mars 2002. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 : 187.
12. Chariot P, Veniel D, Bourokba N. A view from the victims. Alcohol and violence in a French clinical forensic medicine unit. 16^e congrès de l'*International Association of Forensic Sciences*, Montpellier, septembre 2002.



LA ROUTE DES JEUNES

145, avenue de Suffren

75015 Paris

Tel : 01 40 56 33 51

Fax : 01 40 56 05 16

Internet: www.laroutedesjeunes.org

Email : routedesjeunes@nameplanet.com

Alcool, violence, délits et respect de la loi

La consommation d'alcool est généralisée : toute la population est concernée, hommes, femmes, jeunes et moins jeunes. La Route des Jeunes, de par ses actions y est confrontée régulièrement.

Lors des opérations Nuit pour la Vie et Dry-Verre qui ont lieu respectivement en discothèque et dans les bars, les bénévoles proposent à tous les conducteurs un contrat : en échange de leurs clés de voiture, ils se font offrir une entrée et des boissons non alcoolisées. Ils doivent s'engager à respecter le taux d'alcoolémie légal, ainsi pour récupérer leurs clés, les conducteurs doivent se soumettre à un éthylotest. Si leur taux d'alcoolémie est en dessous de la limite légale, ils récupèrent leurs clés.

De manière générale, le discours de La Route des Jeunes est très bien perçu par les jeunes que nous rencontrons lors d'actions de terrain. Notre philosophie est que lorsque les jeunes parlent aux jeunes, le message passe mieux, car il permet l'aspect moralisateur du discours que tiennent les adultes. Pour preuve, 80% des conducteurs acceptent de confier leurs clés de voiture à La Route des Jeunes et donc de jouer le jeu.

Néanmoins, les bénévoles sont confrontés lors de chaque action à des « irréductibles » qui n'ont pas conscience des dangers de l'alcool au volant. Ils viennent pour sortir, s'amuser avec leurs amis, sans réaliser que leur comportement est dangereux et irresponsable.

Seule la peur du gendarme peut amener ces personnes à réduire leur consommation d'alcool. L'aspect répressif tant décrié est alors la seule solution pour que ces conducteurs adoptent un comportement responsable.

Les chiffres sont pourtant effarants lorsqu'il s'agit de sécurité routière : en 2003, l'alcool était présent dans un accident sur trois.

On note néanmoins que La Route des Jeunes est de plus en plus souvent contactée par des grandes écoles type école d'ingénieur ou école de commerce pour leur soirées open bar ou classiques, puisque les BDE craignent la consommation abusive de certains et sont relativement conscients de l'effet d'incitation que provoquent ce genre de soirées.

Que peut-on alors faire pour endiguer ce phénomène de conduite dangereuse ?

- Informer : certaines personnes ne connaissent même pas le taux légal actuel d'alcoolémie au volant ! On remarque de même que s'ils connaissent les effets de l'alcool, beaucoup ne connaissent ni le processus de l'alcoolisation ni celui de l'élimination de l'alcool et sont surpris du temps nécessaire à l'élimination d'un verre d'alcool.
- Prévenir : privilégier l'information dès le collège, à travers la discussion avec des intervenants de la sécurité routière.
- Communiquer : mettre au point de nouveaux outils de communication : affiches, plaquettes, dépliants expliquant l'alcool, ses effets et les risques encourus.

LIGUE CONTRE LA VIOLENCE ROUTIERE

15 RUE JOBBE DUVAL - 75015 PARIS
Tél. : 33 (0) 45 32 91 00 - Fax. : 33 (0) 45 32 91 01
secretariat@violenceroutiere.org - www.violenceroutiere.org

Alcool, violence, délits et respect de la loi Contribution de la Ligue contre la violence routière

1. La situation actuelle sur ce thème

- ↳ Dans un accident mortel sur trois, l'un des impliqués a un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 g d'alcool par litre de sang.
- ↳ Lors de contrôles effectués hors accident, 2 à 3 % des conducteurs présentent une alcoolémie dépassant ce taux.
- ↳ Les impliqués dans un accident présentant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale sont :
 - Soit des buveurs occasionnels,
 - Soit des alcooliques chroniquesMais dans des proportions qui ne sont pas connues.
- ↳ 25 % des tués sont des jeunes de 18 à 25 ans, tranche d'âge dont la part n'est que de 13 % dans l'ensemble de la population. Et la moitié de ces tués le sont les soirs et nuits de week-end avec deux causes majeures : excès d'alcool, excès de vitesse, souvent les deux combinés.
- ↳ Pour bon nombre de jeunes, la bière n'est pas une boisson alcoolisée.
- ↳ Bon nombre de conducteurs alcoolisés pensent « d'accord, j'ai bu, mais je maîtrise ».
- ↳ Il n'est pas assez connu que l'alcool :
 - Altère la vision et l'appréciation des distances et des vitesses,
 - Allonge considérablement le temps de réflexe.

2. Propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

Nous nous limitons à ce qui concerne l'alcool et la sécurité routière.

Nous souhaitons que les états généraux fassent les propositions suivantes :

- ↳ Obligation pour tous ceux qui sont condamnés pour alcoolémie d'installer sur leur véhicule un dispositif de contrôle de l'alcoolémie du conducteur qui bloque le démarrage en cas de dépassement de la limite légale (« alcoolock », déjà en usage en Suède dans de tels cas).
- ↳ Mise au point et diffusion d'un éthylotest électronique fiable et bon marché.
- ↳ Campagne auprès des patrons de bars pour leur rappeler la législation actuelle leur interdisant de servir un client manifestement ivre.
- ↳ Campagne auprès des patrons de discothèque pour les inciter à amplifier l'action « celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas » et à installer un éthylotest de contrôle à la sortie de leur établissement.
- ↳ Mise en place d'une formation des serveurs pour leur apprendre à détecter l'ivresse et à refuser une demande de boisson alcoolisée.

**Séance « Alcool, territoires et inégalités »
du 11 mai 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Contribution ministère de la santé (DGS)

Contribution ministère de la santé (DREES)

Contribution INSERM

Contribution FNARS

Contribution centre d'hébergement d'urgence Baudricourt

Contribution CAMSP de Roubaix

Contribution UNAF

Contribution UFAL

Contribution ATD Quart Monde

Contribution Médecins du Monde

Séance « Alcool et inégalités »

Personnes auditionnées

Réunion du 11 mai 2005

Nicolas BRUN - Union nationale des associations familiales

Pierre CHAUVIN - Institut national de la santé et de la recherche médicale

Jocelyne CLARKE - Union des familles laïques

Mélanie COUSIN - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de Roubaix

Marc GAGNAIRE - Fédération nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale

Emilie GOETGHELUCK - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de Roubaix

Dr. Xavier GUILLERY - Médecins du Monde (contribution écrite)

Jean-Baptiste HERBET – - Ministère des solidarités, de la santé et de la famille/Direction générale de la santé/Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques/Sous-direction observation de la santé et de l'assurance maladie

Dr. Chantal LAUREAU - ATD Quart Monde (contribution écrite)

Christine LE MASSON – Maternité de Roubaix

Marie LEVEQUE – Centre d'hébergement d'urgence Baudricourt Paris

Jean-Yves MARIN - Association des familles rurales

Michel PELTIER – DRASS d'Ile de France

Dr. Nicolas PRISSE - Ministère des solidarités, de la santé et de la famille/Direction générale de la santé/Bureau santé des populations, précarité et exclusion

Guy-Noël TEINTURIER - Fédération nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale

Dr. Maurice TITRAN - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de Roubaix

Dr. Laurent URSO BAIARDO – Centre hospitalier de Roubaix

Danièle WOHLGEMUTH - Ministère des solidarités, de la santé et de la famille/Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins/ Bureau des usagers et du fonctionnement général des établissements

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société
Bureau des pratiques addictives
Personnes chargées du dossier
Nadège LAROCLETTE
Dominique MARTIN
Tél. : 01 40 56 51 62/54 68
Fax : 01 40 56 40 44
Courriel : dominique.martin@sante.gouv.fr
nadege.larochette@sante.gouv.fr

Paris, le 27 MAI 2005

N° 5 - 375

**COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT
SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"**

**Auditions du 11 mai 2005 sur la thématique
« Alcool, territoires et inégalités »**

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Alexandre Popovic (Ministère de l'Éducation nationale - DES), Ruth Gozlan (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Pierre Arwidson et Tania Rosilio (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Claude Rouy (Délégation interministérielle de la Sécurité routière), Isabelle Faibis (Direction de la Sécurité sociale), Jean-Baptiste Herbet (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Marianne Storogenko (Direction de la sécurité sociale), Nicolas Prisse (DGS-SD6D), Danièle Wohlgemuth (DHOS), Michel Peltier (DRASSIF), Pierre Chauvin (INSERM), Jocelyne Clarke (UFAL), Marc Gagnaire et Guy-Noël Teinturier (FNARS), Maurice Titran - Mélanie Cousin et Emilie Goetgheluck (CAMSP de Roubaix), Laurent Urso Baiardo (CH de Roubaix), Christine Le Masson (Maternité de Roubaix), Marie Devêque (Centre Beaudricourt), Nicolas Brun (UNAF), Jean-Yves Martin (association des Familles Rurales), Bernard Basset - Pascal Mélihan-Cheinin - Nadège Larochette - Dominique Martin (Direction générale de la santé – Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Emmanuelle Double (DGDDI - Bureau F3), Cécile Bigot (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin), M Zytinski (Confédération syndicale des familles), Mme Jenson (Médecins du Monde), Chantal Laureau (ATD Quart Monde), Anne Laporte (Observatoire du SAMU social de Paris), Caroline Dutartre (Foyer de l'Abbe Bazir), .

En introduction, Mme Jeandet-Mengual, Présidente du comité de pilotage, rappelle le contexte de la réunion. L'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que le gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2005, un rapport sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme. L'élaboration de ce rapport a été confiée à un comité de pilotage qui a souhaité auditionner l'ensemble des acteurs concernés par ce sujet. La réunion de ce jour a ainsi pour objet le thème « alcool, territoires et inégalités ».

Le Dr Nicolas Prisse (SD6D), Mr Herbet (DREES) et Mr Chauvin (INSERM) ont présenté les éléments de cette problématique en France (diaporamas en annexe) selon les éléments suivants :

Les inégalités sociales de santé sont fortes en France et se sont plutôt aggravées. Ainsi les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées présentent des indicateurs de mortalité, de morbidité et d'accès aux soins

plus défavorables que les catégories socioprofessionnelles plus élevées. Le gradient entre ces groupes est particulièrement élevé chez les hommes en ce qui concerne l'espérance de vie et les indicateurs de santé perçus.

- Pour les hommes adultes, les taux de décès liés à la consommation d'alcool (alcoolisme, tumeurs, morts violentes), le risque de dépendance et les niveaux de consommation sont caractérisés par une grande disparité entre les groupes sociaux et les scores de précarité.
- En ce qui concerne les variations territoriales, la surmortalité, en particulier masculine, concerne particulièrement les régions Bretagne et Nord de la France avec un gradient Nord/Sud très prononcé.
- Les modes de consommation d'alcool varient d'une région à l'autre, tant en termes de type de produit, de modalité de consommation, que de quantité, et les effets des différents facteurs (sexe, âge, ressources, emploi, domicile) sont très intriqués. On peut cependant conclure que, toutes choses égales par ailleurs, l'effet régional résiduel est assez faible en ce qui concerne les risques d'alcoolisation excessive et de dépendance à l'alcool.
- Le lien statistique entre les caractéristiques socio-démographiques, la richesse du département de domicile et l'alcoolisation excessive concerne plutôt les hommes de 35-54 ans et les femmes ayant des revenus élevés (dans certaines régions comme l'Île de France).

La Présidente du comité de pilotage demande aux participants leur point de vue sur la thématique « alcool, inégalités et territoires » et leur avis sur la mise en place d'états généraux (contributions en annexe).

Sur l'analyse de la situation

Les représentants d'associations et d'équipes intervenant sur le terrain ont insisté sur les points suivants :

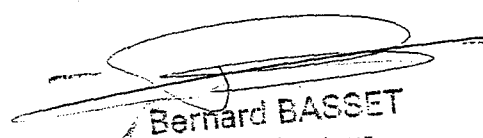
- Le manque de visibilité de cette problématique : l'alcool a la capacité d'avoir un effet miroir sur la société et de renvoyer celle-ci à des questionnements sur ses propres représentations souvent exprimées par des clichés. Le problème alcool fait l'objet d'un désintérêt, voire d'un déni, généralisé et reste souvent non abordé même par les professionnels, d'autant plus qu'il y existe un risque de discrimination et de stigmatisation des personnes. La communication sur les risques, en particulier dans certaines circonstances comme la grossesse ou la conduite doit être considérablement renforcée.
- Le manque de moyens consacrés à la prise en charge, en particulier des familles, des femmes enceintes et des enfants en difficulté reste considérable.
- La prise en compte de la dimension sociale demande d'améliorer les connaissances dans ce domaine ainsi que la formation des professionnels, en particulier sociaux. La valorisation du rôle des réseaux d'accompagnement autour des patients et de leurs familles est une priorité relevée par l'ensemble des intervenants.

Sur la tenue d'états généraux

L'assemblée est favorable à la tenue de ces états généraux, en particulier au niveau des régions et des territoires.

Les propositions portent sur les domaines prioritaires comme la communication, l'information, et l'éducation pour la santé qui pourraient être renforcées à cette occasion. De même, ces Etats généraux pourraient être organisés sous la forme de forums citoyens ou de jurys citoyens. Ces derniers recevraient ainsi une formation leur permettant de formaliser leurs questions et d'interroger les experts sur les problématiques qui les concernent.

Enfin, les associations proposent leur collaboration pour la réalisation de cet événement afin de favoriser les actions de proximité et l'émergence du discours des citoyens.


Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Société

Inégalités sociales de santé et consommation d'alcool

11 mai 2005

Le constat général

Les disparités de santé entre groupes sociaux sont fortes en France;

elles se sont plutôt aggravées;

elles s'expriment au travers d'indicateurs de mortalité (qs), de morbidité, de handicap, de santé perçue, d'accès aux soins...

elles commencent dès la période périnatale.



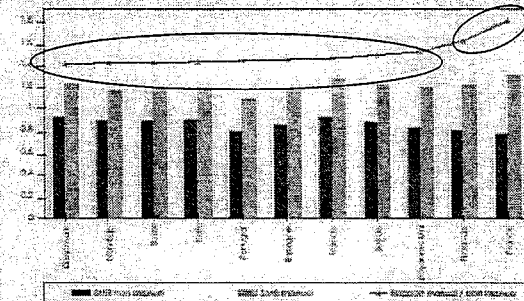
Mortalité

Espérance de vie à 35 ans (années)

Catégorie socioprofessionnelle	Hommes	Femmes
Cadres, professions libérales	44,5	49,5
dont : Cadres de la Fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	46,0	51,0
Agriculteurs exploitants	43,0	47,5
Professions intermédiaires	42,0	49,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	41,5	48,5
Employés	40,0	47,5
Ouvriers	38,0	46,0
Ouvriers qualifiés	38,5	46,5
Ouvriers agricoles	37,5	47,5
Ouvriers non qualifiés	37,0	45,5
Ensemble	40,0	47,5

Tableau 1 (d'après Jouglé E et col. la mortalité in les inégalités sociales de santé (Leclerc A, Fassin D) INSERM La découverte, 2004) : Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle de 1982 à 1996 (en années)

Rapport des taux de mortalité dans les pays européens : comparaisons "manuel" / "non manuel"



Source : Eurostat 2004

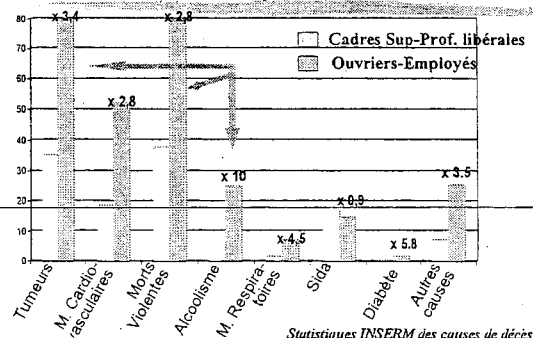


Le rôle de la consommation d'alcool

• Les plus fortes disparités de mortalité entre groupes sociaux sont observées pour les causes liées à l'alcool (cirrhoses et autres complications digestives et neurologiques, certains cancers)

• La spécificité des situations françaises et finlandaises s'explique en partie par les causes liées à la consommation d'alcool (Künst 2000; Jouglé 2004)

Taux de décès standardisés par âge pour 100 000, hommes actifs 25-54 ans, 1987-1993



Statistiques INSERM des causes de décès



Consommation d'alcool et SSE

• Les plus fortes consommations d'alcool concernent les **hommes** du « bas » de l'échelle sociale; les résultats des différentes études sont concordants (Brixi et Lang 2000; Leclerc 2004)

• En ville comme à l'hôpital, les proportions de patients diagnostiqués en alcoolisation excessive sont nettement plus élevées chez les patients en emploi précaire ou chômeurs, chez ceux qui ont des conditions de logement précaires ou sans abri, qui perçoivent le Revenu minimum d'insertion (RMI) ou sont assujettis à la Couverture maladie universelle (CMU) (Mouquet MC, DREES 2002).

Consommation d'alcool (g/jour) selon CSP, 35- 64 ans, selon CSP, données 1996 - 97 (Brixi et Lang 2000)

	consommation alcool (g/jour)	
	hommes	femmes
cadres et professions libérales	24,9	10,9
professions intermédiaires	30,2	9,3
agriculteurs exploitants	32,6	7,2
employés	32,7	9,3
artisans - commerçants	35,8	10,8
ouvriers	36,6	10,9

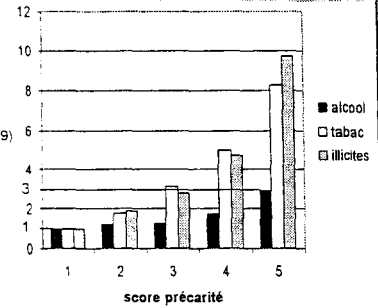
Nombre moyen de verres bus la veille selon CSP (Baromètre santé 2000, CFES)

profession	ensemble	hommes	femmes
artisan, commerçant, chef d'entreprises	3,4	3,7	2
agriculteur	2,9	3,1	1,3
ouvrier	2,9	3	1,8
cadre	2,7	2,9	1,9
profession intermédiaire	2,6	2,9	1,8
employé	2,3	3,1	1,8



Risque de dépendance

Données UK 1993, (Wilkinson et Marmot - WHO Eu 2003, d'après Wardle J. et al. 1999)



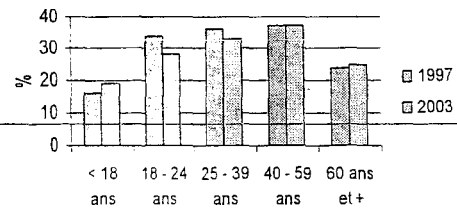
Cavaillat F. et col. 2005 (INRA - ONPES)

Synthèse des travaux sur l'alimentation des populations défavorisées

- consommation de bière, caractéristique d'un faible SSE
- consommations de vin et de boissons alcoolisées, caractéristiques d'un SSE élevé

Personnes entrées en prison en 2003: 31 % déclarent une consommation excessive d'alcool (33 % en 2003) (vs 19 % en pop générale selon ESPS)

Consommation excessive d'alcool c/o entrants en prison



Données Mouquet MC, DREES 2005

Sans domicile

- enquête INSEE 2001: 30 % des personnes ayant vécu plus d'une année dans rue déclarent une consommation importante d'alcool et 1/2 d'entre eux déclare avoir besoin d'alcool pour se sentir en forme le matin; 13 % des causes d'hospitalisation relatives à alcool ou toxicomanies.
- enquête INRA / SS75 2002: place alcool apports énergétiques (moyenne 44 % (+/- 30) pour les hommes
- enquête (INSERM, N. Darmon), 2001, 100 hommes SD, Paris: consommation moyenne quotidienne: 90 g/jour
- enquête recours aux soins un jour donné (52 % en risque d'alcoolisation excessive v/s 20 % ensemble patients)

Médecins du monde

20.000 patients 2003: 25 % de déclaration de consommation abusive

Consommation d'alcool des patients étrangers de MDM selon leur durée de séjour en France (%) (données 2003)

durée de séjour	abus répété ou addiction (%)
< 1 an	5,9
1 à 3 ans	9,5
3 à 10 ans	11,7
10 ans et +	21,1

Au total

- part importante de l'excès de mortalité est liée à l'alcool
- l'étude globale de la consommation montre des tendances fortes pour les hommes; ces tendances se renforcent encore dans certains sous groupes
- importance des cofacteurs: tabac pour K VADS, conduites à risque pour morts violentes, mauvaise qualité des véhicules, souffrance psy etc.
- surtout effet potentialisateur d'autres déterminants de la santé de ces populations qui augmentent la vulnérabilité par rapport à l'alcool (« causes des causes »: conditions d'existence, enfance, position sociale, accès aux soins, stress, réseau social,...)

Alcool et territoires.

Comité de pilotage du rapport sur les
« états généraux de l'alcool »

11 mai 2005

Alcool et territoires.

- Mortalité
- Consommation
- Existe t'il un effet territorial ?

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

2/20

Mortalité liée à l'alcool.

Source : CépiDc, Expertise collective Inserm, septembre 2001

- 23 000 décès « directs ».
- 35 à 45 000 décès totaux chaque année.
- Un quart des décès des 45 - 54 ans.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

3/20

Mortalité liée à l'alcool.

Source : Eurostat

- La France détient le triste record de sur-mortalité masculine liés à l'alcool.
- Suivi de près par l'Allemagne qui détient le record pour les femmes.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

4/20

Mortalité liée à l'alcool.

Source : CépiDc, Expertise collective Inserm, septembre 2001

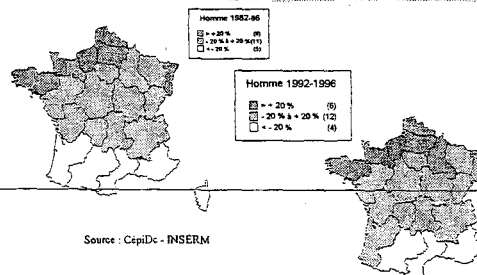
- Une forte et permanente sur-mortalité pour un large arc partant de la Bretagne et englobant les régions du Nord.
- Un gradient Nord/Sud très prononcé pour les hommes.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

5/20

Mortalité par région.



Source : CépiDc - INSERM

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

6/20

Consommation quotidienne de vin.

Source : Baromètre santé 2000, Inpes

- Le Sud-Ouest affiche une consommation quotidienne de vin très fréquente.
- La position élevée du Limousin pourrait s'expliquer par son caractère très rural.
- Les deux Normandie apparaissent en retrait.
- PACA consomme peu de vin.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« États généraux Alcool »

7/20

Consommation quotidienne autres.

Source : Baromètre santé 2000, Inpes

- Le nord et le nord-est très consommateur de bière alors que le pourtour méditerranéen est en retrait.
- Seule PACA affiche une prévalence plus élevée de consommation d'alcools forts.
- La Bretagne et les deux Normandies se distinguent avec une consommation quotidienne importante d'autres alcools.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« États généraux Alcool »

8/20

Quantités consommées.

Source : Baromètre santé 2000, Inpes

- Des régions où l'ivresse est fréquente ou bien les quantités bues sont particulièrement élevées alors que la consommation quotidienne est moyenne (Bretagne, Pays de la Loire, Bourgogne, Alsace, Franche-Comté et Rhône-Alpes).
- Des régions où la consommation quotidienne est fréquente et importante mais pas l'ivresse (Sud-ouest, Auvergne et Limousin).
- Une consommation quotidienne et des ivresses plus rares, des quantités consommées plus faibles ailleurs.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« États généraux Alcool »

9/20

Dépendances potentielles.

Source : Baromètre santé 2000, Inpes

- L'Île de France se distingue avec une prévalence des dépendances potentielles à l'alcool plus importante, surtout pour les femmes.
- Champagne-Ardennes et Lorraine, avec une prévalence moindre.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« États généraux Alcool »

10/20

Les forts risques d'alcoolisation excessive chez les patients vu par un généraliste.

Source : Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

- Risque d'alcoolisation excessive plus fort que la moyenne (proportions standardisées) en Bretagne (+33%) et dans le Nord-Pas de Calais (21%).
- Grandes similitudes de palmarès entre hommes et femmes, avec la région Île de France qui s'invite chez les femmes.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« États généraux Alcool »

11/20

Les forts risques d'alcoolisation excessive chez les patients vu par un généraliste.

Source : Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

- Un risque moins important
 - en Corse (-20%) et en Lorraine (-13%),
 - en Île de France pour les hommes (-15%),
 - et en Auvergne et Limousin pour les femmes (-33%).

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« États généraux Alcool »

12/20

Les forts risques d'alcoolisation excessive chez les patients vu par un généraliste.

Source: Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

- La Bretagne atténue son écart à la moyenne (+15%).
- Une prévalence plus importante :
 - ┆ pour le Nord-Pas de Calais (+70%), quelque soit le sexe,
 - ┆ en Auvergne, Poitou, Alsace et Haute Normandie pour les hommes,
 - ┆ en Champagne-Ardennes et Île de France pour les femmes.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

13/20

Les forts risques d'alcoolisation excessive chez les patients vu par un généraliste.

Source: Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

- ... mais moins élevée :
 - ┆ en Aquitaine (-46%) quelque soit le sexe,
 - ┆ en Corse, Île de France et Languedoc-Roussillon pour les hommes,
 - ┆ en France-Comté, Limousin et Pays de la Loire pour les femmes.

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

14/20

Plusieurs effets intriqués.

Source: Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

- Risque d'alcoolisation excessive chez les patients vu par un généraliste. Poids de chaque facteur :
 - ┆ Homme : * 4 (/ femme),
 - ┆ RMI : * 2 (/ ni RMI ni CMU),
 - ┆ Domicile précaire sans abris : * 1,7 (/ domicile stable),
 - ┆ Chômeurs ou emplois précaires : * 1,6 (/ emploi stable),
 - ┆ 35-64 : * 1,5 (/ 25-34 ans),
 - ┆ Personne seule : * 1,4 (/ couple avec enfants).

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

15/20

Plusieurs effets intriqués.

Source: Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

- Risque d'alcool-dépendance chez les patients vu par un généraliste. Poids de chaque facteur encore amplifiés :
 - ┆ Homme : * 4,2 (/ femme),
 - ┆ 35-64 : > * 3,4 (/ 25-34 ans),
 - ┆ Domicile précaire sans abris : * 2,9 (/ domicile stable),
 - ┆ Chômeur : * 2,6 (/ emploi stable),
 - ┆ RMI : * 2,4 (/ ni RMI ni CMU),
 - ┆ Personne seule : * 1,8 (/ couple avec enfant).

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

16/20

Un effet régional résiduel finalement plus faible.

Source: Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

- Risque d'alcoolisation excessive chez les patients vu par un généraliste, par rapport à la Bretagne :
 - ┆ **Identique** pour le Nord Pas de Calais
 - ┆ - 15 % pour les Pays de la Loire
 - ┆ - 25 % pour la Basse Normandie
 - ┆ - 30 % pour le Midi-Pyrénées, Auvergne, Poitou Charente, PACA, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

17/20

Un effet régional résiduel finalement plus faible.

Source: Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

- Risque d'alcoolisation excessive chez les patients vu par un généraliste, par rapport à la Bretagne :
 - ┆ - 35 % pour l'Alsace, Bourgogne, France comté, Centre, Aquitaine, Haute Normandie, Île de France,
 - ┆ - 40% pour la Picardie, Champagne-Ardennes, Limousin, Lorraine,
 - ┆ - 55 % pour la Corse

mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

18/20

Un effet régional résiduel finalement plus faible.

Source: Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, DREES, DRASS, FNORS

■ Risque d'alcoolodépendance chez les patients vu par un généraliste, par rapport à la Bretagne :

! + 50 % pour le Nord Pas de Calais

! - 25 % pour la région PACA

! - 50 % pour la région Aquitaine

! **identique** pour les autres régions

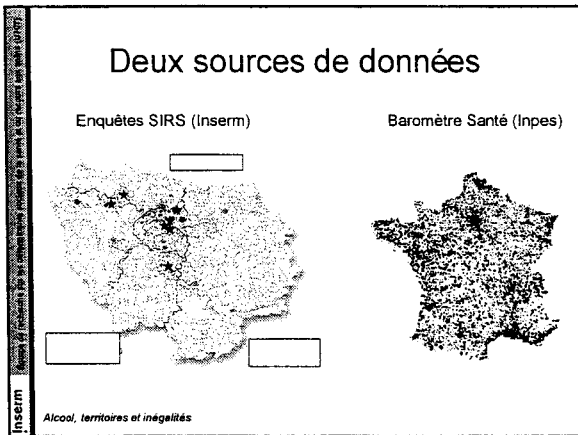
mardi 10 mai 2005

Comité de pilotage du rapport
« états généraux Alcool »

19/20

Alcool et territoires.

Je vous remercie de votre attention.



- ## Dans l'enquête SIRS 5 ZUS
- Parmi les buveurs, 7,7% sont des consommateurs excessifs, soit 3,4% de l'échantillon total.
 - En analyse multivariée, le risque d'être buveur excessif dans l'ensemble de la population est plus élevé chez :
 - les hommes (OR=5,4, p<10-2),
 - les moins de 25 ans (OR vs plus de 55 ans = 5,4, p=0,13 mais les effectifs sont faibles)
 - les 35-54 ans (OR vs plus de 55 ans = 3,7, p=0,13).
 - La prévalence de buveurs excessifs chez les hommes est donc comparable – mais un peu supérieure – à celle retrouvée à risque de dépendance en population masculine générale (13,3% selon le Baromètre Santé)
 - quand celle chez les femmes est plus faible dans notre population que chez l'ensemble des femmes en France.
 - Les plus jeunes (moins de 25 ans) de l'échantillon semblent donc bien être dans une situation spécifique vis-à-vis de l'alcool :
 - les buveurs y sont moins fréquents mais, quand ils boivent, ils le font de façon plus excessive, avec un risque 3 fois plus élevé d'avoir une consommation excessive que leurs aînés (p=0,01)
- Alcool, territoires et inégalités**

- ## Dans l'enquête SIRS Paris 20^e
- Un tiers (34,8%) des personnes majeures déclarent ne jamais boire de vin, de bière ni d'alcool, principalement :
 - des femmes (41,9% des femmes contre seulement 25,7% des hommes, p<10-3),
 - des jeunes (48,9% des 18-24 ans),
 - des personnes de nationalité étrangère (59,9% des étrangers contre seulement 28,9% des français, p<10-3)
 - des français de parents étrangers (52,4% contre 21,7% chez les français de parents français, p<10-3).
 - Le fait de consommer ou non de l'alcool est également lié au niveau scolaire et au niveau de diplôme
 - plus ceux-ci sont élevés, plus la proportion de buveurs augmente.
 - 6,8% des enquêtés ont un score au CAGE au moins égal à 2, et 1,8% un score supérieur ou égal à 3.
 - Le risque d'une consommation excessive est plus élevé
 - chez les hommes (11,3% des hommes contre 3,0% chez les femmes, p<10-3)
 - ainsi que chez les chômeurs (11,1% chez les chômeurs contre 6,6% pour l'ensemble des enquêtés)
- Alcool, territoires et inégalités**

Analyses contextuelles

Table 2. Fully adjusted OR and 95% CI from multivariate model for drinking, being a moderate drinker and being an alcohol-dependent drinker, France, 1999

Variables	Drinking		Being a moderate drinker		Being an alcohol-dependent drinker	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Model 1*						
Education						
High	Ref.		Ref.		Ref.	
Medium	1.19	1.02-1.38	1.19	0.91-1.52	0.82	0.72-1.16
Lowest	0.88	0.74-1.05	0.84	0.73-1.06	0.42	0.34-1.11
Income						
High	Ref.		Ref.		Ref.	
Medium-high	0.87	0.86-1.09	0.87	0.86-0.99	1.04	0.94-1.20
Medium-low	0.81	0.78-0.84	0.69	0.72-0.76	0.85	0.71-1.01
Lowest	0.39	0.33-0.46	0.34	0.32-0.45	0.45	0.46-1.07
Model 2*						
Unemployed/GDP	0.46	0.37-0.56	0.35	0.30-1.06	1.20	1.03-1.32
GDP % Male					0.36	0.38-0.96

* Model 1 included age, sex, education, income, occupation, employment and marital status.
 * Model 2 further included the GDP.

Alcool, territoires et inégalités

Perspectives

Table 5. Fully adjusted OR and 95% CI for the association between the wine-level GDP and being an alcohol-dependent drinker, estimated through analyses stratified by gender, France, 1999

Variables	Females		Males	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Model 1* stratified by GDP				
Model 1*	1.15	1.07-1.26	1.05	0.95-1.14
Model 2*	1.14	1.02-1.28	1.02	0.95-1.13

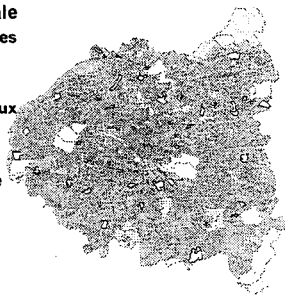
* Model 1 (stratified by sex) included age, education, income, occupation, employment, marital status and GDP.
 * Model 2 was further adjusted for the type of country of residence.

Alcool, territoires et inégalités

- La cohorte SIRS
 - Inserm, Cnrs/Ehess, Ined
 - 3000 ménages franciliens
 - Représentativité IRIS
 - Données longitudinales
 - Conditions de vie
 - Insertion et ruptures sociales
 - Analyses contextuelles
-
- Alcool, territoires et inégalités**

Recommandations

- **La dimension territoriale**
 - conditions de vie dans les quartiers
- **La dimension sociale**
 - réseau et support sociaux
- **Les populations migrantes et issues de l'immigration**
 - Hommes immigrés
 - Jeunes de 2^e et 3^e génération



INSERM

Alcool, territoires et inégalités

Alcool et populations précaires

❶ Des constats

Parmi les populations en grande précarité, une part importante consomme des produits addictogènes. Cependant de nombreux groupes de populations forment les "précaires" auxquels s'attachent différents comportements de consommation de produits addictifs. Certains groupes sont abstinents de produit addictif y compris du tabac. C'est une des raisons pour lesquelles nous ne pouvons pas stigmatiser les précaires pour ce type de comportement.

Mais qu'en est-il des comportements de consommation des populations moins précarisées ?

Chez les personnes à la rue, ceux que l'on nomme SDF, il semble que les consommations soient impulsives ou cloniques. Dans ce cadre les produits varient en fonction de la présence sur le terrain des types de toxiques ainsi que des phénomènes de mode, même si l'alcool reste une base quasi constante sur laquelle viennent se surajouter des produits du moment. Dans ces milieux, la polyconsommation des produits sur un socle alcoolisé est devenue la règle en une dizaine d'années, même si ici ou là on trouve des personnes attachées à une monoconsommation essentiellement alors alcoolique.

Une enquête que nous avons faite il y a une dizaine d'année sur les personnes entrant en CHRS montrait que plus de 40% des hommes avaient une consommation excessive d'alcool. Une étude de 2004 faite auprès des équipes des CHRS de Bretagne montrait que 70% des personnes consommaient des produits addictogènes.

Nous avons un manque de connaissance en ce qui concerne ces phénomènes de consommations surtout quand on aborde des personnes en précarité dont les comportements sont moins repérés, que ce soit les femmes, des personnes moins désocialisées, des sortants de prison, des travailleurs pauvres, des migrants..., toutes populations qui à un moment ou un autre peuvent se retrouver en CHRS ou en structure d'insertion.

Chez ces personnes vivant en vulnérabilité extrême et consommant de l'alcool, il est difficile de faire la part entre consommation excessive et niveau de dépendance. Les modes de vie, l'effacement des repères notamment temporels et de localisation,... rendent aléatoires l'anamnèse des consommations et l'examen médical. Cela est corroboré lors des arrêts brutaux de consommation que subissent régulièrement ces personnes à l'occasion des hospitalisations ou des hébergements d'urgence : ces arrêts intempestifs peuvent provoquer des signes de sevrages importants ou bien ne pas provoquer de symptomatologie. Il est vraisemblable que le mode de vie de rue lisse les comportements et les symptomatologies et ne permet plus de spécifier les diagnostics ; un certain nombre de ces modes de consommations ont une visée d'apaisement de symptomatologies liée à une maladie psychiatrique non suivie. Quelles sont ainsi les interactions entre maladie mentale exclusion et recours à l'alcool ?

Quelle est la cause et quelles sont les conséquences de l'alcoolisme ? L'alcool entraîne-t-il ou aggrave-t-il l'exclusion ? Ou au contraire, la consommation d'alcool est-elle une conséquence inévitable de l'état de mal-être ? Même si nous avons tendance à privilégier la seconde hypothèse, ce choix manque de l'appui d'études fiables.

Actuellement dans ces domaines c'est souvent à posteriori, après une reconstruction sociale minimale que nous pouvons faire la part des choses.

Les structures de la FNARS sont très diverses dans leurs destinations et leurs types de prise en charge. Certaines ont une approche ou sont des « post-cures » alcooliques, d'autres ne tolèrent pas de consommations en leur sein, d'autres travaillent avec des personnes sous consommations, certaines situations d'insertion (conduites d'engins à moteur, certains travaux,...) ne tolèrent pas le recours à des consommations... Certains travaillent y compris avec des alcooliques violents, d'autres ignorent ces comportements.

N'y aurait-il pas intérêt à connaître les avantages et inconvénients de ces modes de fonctionnements ?

Les prises en charge des personnes en précarité sont discontinues dans les structures d'hébergement. Même si elles débouchent sur une insertion sociale réussie, les séjours sont courts par rapport à une maladie alcoolique qui est chronique tant dans son installation, sa gestion par la personne et sa phase d'échappement. Il faut pouvoir repérer ces phénomènes de "problèmes avec l'alcool", de consommation excessive ou de dépendance, il faut savoir pourquoi et comment intervenir. Il faut apprendre à travailler avec les personnes sous addictions. Il faut relayer les prises en charges quand les personnes vont sortir des dispositifs, et donc pouvoir connaître les partenaires susceptibles de prendre la suite. Cela demande des formations et des savoir-faire que n'ont pas toujours les travailleurs sociaux.

Les prises en charge médicales, quel qu'en soit le type, sont souvent complexifiées avec ces personnes. En effet, les spécificités affectives, relationnelles, comportementales, sociales et médicales des populations précaires se surajoutent aux conséquences de l'alcoolisme. Ces personnes ont un manque de confiance en elles, sont souvent dans une spirale d'échec qu'il faut détricoter continuellement.

Ainsi la prise en charge à chaque étape des cures ainsi que la continuité des soins nécessitent des savoir-faire spécifiques, un fonctionnement d'équipe et l'intégration dans des réseaux de partenaires éprouvés. Les alcoologues doivent pouvoir prévoir avec leurs partenaires et les patients les parcours des personnes en ayant dessiné à l'avance de possibles prochaines étapes, de possibles prochains échecs. Cela est essentiel surtout dans les premiers temps des prises en charge qui sont fragilisantes pour des organismes de patients déjà très éprouvés. La personne prépondérante de référence pour le patient peut changer à chaque étape, ce qui nécessite de la part des intervenants une excellente intercommunication, une bonne dose d'humilité, une réactivité de tous les instants.

Ainsi la question des indications des cures ne sont-elles pas à reposer avec ces personnes ? De même, un travailleur social formé n'est-il pas en capacité d'orienter les personnes vers une cure, tout comme un soignant ? Les Associations d'Anciens Buveurs ne sont-elles pas des partenaires de l'accompagnement au long cours de ces personnes, et ne doivent-elles pas être intégrées à tous les endroits de prise en charge ?

② Quelles réponses pour des prises en charge adaptées

Il n'y a pas de réponses simples ni uniques.

Comme tout travail visant à modifier les comportements, ceux-ci doivent être envisagés avec un "avant", un "pendant" et un "après" le changement. Il s'agit d'un travail collectif avec des liaisons fortes avec des partenaires médico-sociaux.

Certaines structures sont bien placées pour effectuer le suivi de ces prises en charges. Ce peut-être des CCAA, des dispensaires de soins humanitaires, des dispositifs de cures et de suivi ambulatoires... Mais tous ces dispositifs doivent avoir pensé les spécificités des prises en charges de ces publics en matière de soins d'alcoologie avec les relais nécessaires, de manière à pouvoir agir en cohérence et sans discontinuité.

Sur un territoire donné les différents dispositifs de prise en charge médico-sociaux ont besoin d'être repérés et activés.

③ Quels sont les besoins ?

La répartition des structures capables de prendre en charge ces personnes est très inégale et souvent insuffisante en fonction des territoires. Quand des dispositifs sont présents, il ne sont pas forcément adaptés ou suffisants pour ces personnes.

Il y a un manque de connaissance de ces publics.

Il y a des manques de dispositifs pouvant répondre aux prise en charges effectives de ces personnes.

Ainsi des axes de travail pourraient être déterminés :

- Qui sont les personnes ayant besoin de ces prises en charges et combien sont-elles sur un territoire donné ?
- Quelles sont les prises en charges les plus adaptées pour ces personnes ? Ne peut-on pas répertorier quelques expériences innovantes en la matière ?
- Il serait nécessaire de recenser les structures adaptées à recevoir ces publics et de vérifier les lieux où elles manquent ou bien sont insuffisantes.

Guy-Noël Teinturier
Médecin

Membre de la commission nationale Santé de la Fnars

Marie LEVEQUE
Assistante Sociale
Centre d'Hébergement d'Urgence
Baudricourt
Etablissement du CASVP

Intervention devant la DGS, le 11 Mai 2005

« Alcool, territoires et inégalités »

En tant que centre d'hébergement d'urgence le public que nous accueillons a souvent une problématique d'addictions à différents produits. Il s'agit de personnes toxicomanes, mais surtout de personnes malades alcooliques. A cet égard je voudrais préciser que je suis entièrement d'accord avec M.PELLETIER pour dire qu'il faut parler d'alcoolisme car parler d'addiction en revient à « oublier » le produit lui-même.

Je vais vous exposer les méthodologies de prises en charge qui sont celles des travailleurs sociaux du centre Baudricourt.

Nous travaillons essentiellement avec le CCAA « CAP 14 » sur le principe de la consultation avancée.

En effet, quand nous détectons une problématique d'alcool, nous n'hésitons pas à aborder le problème d'emblée avec la personne et de lui proposer un rendez-vous avec le travailleur social de CAP 14. C'est une méthode permettant à l'utilisateur de ne pas être confronté immédiatement avec le médecin, qui souvent le paralyse avec la crainte d'avoir un discours moralisateur.

Le rendez-vous a lieu dans le bureau du travailleur social du centre avec celui-ci le travailleur social de CAP 14 et l'utilisateur. Il n'y a pas de jugement mais simplement un bilan est fait par rapport à sa consommation et les risques qui peuvent s'en suivre au niveau de sa santé.

Si l'utilisateur en est d'accord seulement alors est pris un rendez-vous avec le médecin du CCAA.

Il est dès lors possible que l'utilisateur rentre dans un processus de soins. Cependant il n'est pas utile qu'un sevrage soit fait si la personne ne rentre pas dans un processus de réinsertion. Dans cette optique un bilan professionnel est réalisé afin d'envisager, avant toute cure et post-cure, l'après, c'est à dire une formation ou une réinsertion professionnelle directe. Cette technique de travail permet dans une certaine mesure d'éviter une rechute certaine si la personne se retrouve exactement dans la même situation qu'avant les soins.

Malheureusement il faut dire qu'en matière d'inégalités territoriales Paris n'a que peu de structures qui permettent une telle méthodologie de travail. En réalité quand on examine le nombre de CCAA qui existe sur Paris on en dénombre seulement 5, ce qui est nettement insuffisant. Du coup le délai des rendez-vous pour une prise en charge se situe aux alentours

d'un mois, alors que l'on sait que lorsque la personne prend la décision la prise en charge doit être rapide, même si la cure n'intervient que beaucoup plus tard.

Pour la population de sans domicile fixe il se greffe un autre problème, à savoir que les centres de post-cures sont souvent « officiellement » complets ! Il s'avère que quand nous donnons l'assurance que la personne sera reprise à Baudricourt à l'issue de son séjour il y a de la place ! Le centre Baudricourt s'engage ainsi à reprendre les personnes afin que le processus de soins puisse continuer.

Il manque également, et c'est une réflexion toute personnelle, dans le cadre de la formation initiale des travailleurs sociaux une formation spécifique sur les méthodes de travail avec les personnes souffrant d'addiction et notamment pour la prise en charge des personnes alcooliques.

Concernant la tenue d'Etats Généraux sur l'alcoolisme en France, il me semble nécessaire, qu'en raison des inégalités de prise en charge suivant les régions, il faille tout d'abord commencer par leur tenue au niveau régional, voire même départemental, avant de tout regrouper au niveau national.

Je vous remercie.

8/8 Texte écrit pour les Entretien de Bichot

Septembre 1998

8/14 Texte écrit pour la revue " Profession Sage - Femme "

EST-IL POSSIBLE DE PREVENIR LE

SYNDROME D'ALCOOLISME FOETAL (S.A.F.) ?

Auteurs : Maurice TITRAN
Brigitte DUMONT
Pierre BRICE

Le syndrome d'alcoolisme foetal et les troubles neuro-développementaux (T.N.D.) qui peuvent l'accompagner, sont les conséquences d'une embryo-foetopathie parfaitement évitable.

Une femme qui, tout au long de la grossesse, ne consommera pas de boissons alcoolisées met son bébé à l'abri de tout risque : voilà une prévention simple et efficace !

Les lésions qui seront observées sont de trois ordres pour le bébé :

- lésions morphologiques,
- malformations viscérales,
- troubles neuro-développementaux (T.N.D.)

Pour la mère, le pronostic est lié à celui de la maladie alcoolique. Les troubles morphologiques et les malformations viscérales observées chez le nouveau-né sont directement liés au risque alcool et sont fonction des modes d'alcoolisation et du moment où cette alcoolisation est survenue par rapport à la grossesse.

Les T.N.D. eux sont la conséquence de la tératogénicité de l'alcool en interrelation avec des phénomènes psycho-sociaux et environnementaux plus complexes déterminés par l'évolution de la maladie alcoolique de la femme.

La prévention peut être primaire, secondaire, ou tertiaire.

La *prévention primaire* : grâce à l'information, les femmes cessent de consommer des produits potentiellement tératogènes et la société les aide :

- en les accompagnant (rôle de la famille)

- en les informant (rôle des alcooliers, des vendeurs de boissons alcoolisées, des médias et des scientifiques),
- en les soutenant (rôle des lois sociales, des savoir - faire des professionnels).

A la naissance, les bébés sont intacts et disposent alors d'un potentiel de santé facilitant leur adaptation aux milieux qui les accueille.

La prévention secondaire :

- il s'agit de femmes qui, dans les moments habituels de la vie, s'alcoolisent, qui n'ont pas eu l'occasion encore de mesurer leur niveau de dépendance par rapport au produit.

Deux cas de figures se rencontrent :

- celles qui possèdent de l'information arrêtent leur consommation d'autant plus facilement qu'elles ne sont pas dépendantes ou qu'elles le sont peu et qu'elles sont motivées par la grossesse pour préserver la santé de leur bébé - c'est la situation la plus fréquente.
- les autres qui sont animées par les mêmes motivations vont essayer d'arrêter leur consommation mais avec stupéfaction, elles n'y parviennent pas. Ce sont ces femmes qu'il est impératif de dépister à la consultation prénatale.

Le dépistage en ces circonstances est toujours difficile, surtout pour une équipe obstétricale qui travaille seule. Elle est d'autant plus facilitée qu'un réseau efficace s'organise autour de l'équipe obstétricale. Cette dernière reste le pivot de l'action, les partenaires articulant leurs compétences diverses autour d'elles et intervenant en médiation.

Il ne s'agit pas d'attendre l'occasion (rencontre d'une femme enceinte alcoolique dépendante) pour commencer à essayer de construire ce réseau. Celui-ci doit être pré-existant et profiter de chaque cas rencontré pour s'affiner, se diversifier, se complexifier si nécessaire.

La prévention sera d'autant plus efficace qu'il s'agira d'une équipe pluri-disciplinaire "rôdée" et se connaissant bien, travaillant en coordonnant leurs actions du prénatal jusqu'à l'entrée à l'école. Cette équipe profitera de chaque cas rencontré pour

enrichir ses compétences et ses savoir-faire. Elle se devra de rester disponible et accueillante pendant de longues périodes si nécessaire surtout si l'alcoolisation reste active.

C'est là que les professionnels ont le plus besoin d'être soutenus, angoissés qu'ils sont par les découvertes de consommations effarantes qu'ils sont amenés à faire : plusieurs litres par jour de bières, de vin ou d'alcool fort associés souvent au tabac, à des sédatifs et excitants de tous ordres, parfois intriqués avec la consommation de drogues interdites. Comment rester professionnel dans ces conditions ? Comment garder sa capacité de penser et d'agir quant toutes nos propositions et nos tentatives échouent ? La tentation est alors grande d'abandonner. Un professionnel ne devrait jamais s'entendre dire : "je reste à votre disposition, revenez me voir quand vous aurez arrêté de boire". C'est au contraire pendant que les femmes enceintes boivent de l'alcool que les professionnels doivent les rencontrer, et plus elles en boivent et plus la nécessité de se rencontrer est impérieuse.

En effet, nous avons souvent été confrontés à la rencontre de grossesses alcoolisées où la dépendance au produit était telle que le pronostic n'était plus au devenir fonctionnel du bébé mais plutôt à la survie de la mère.

C'est dans ces contextes que doivent être décelées les formes cliniques complexes d'alcoolisation masquant ou accompagnant un syndrome dépressif grave (équivalent de conduite suicidaire) une psycho-pathologie pré-existante voire une alcoolisation qui permet de tolérer un sevrage à l'héroïne. Il est bon de rappeler ici que l'héroïne ne génère aucune malformation ni embryonnaire ni foetale. Les dangers de l'héroïne pour une grossesse sont dans le risque infectieux (septicémie, hépatite, SIDA), le risque social (délinquance), le risque de souffrir d'une irrégularité parfois insupportable des liens mère - enfant qui sont écartelés par des périodes de manque qu'il faut combler en urgence.

Il est bon de rappeler qu'un des dangers du sevrage à l'héroïne pendant le temps de grossesse c'est l'alcoolisation avec les effets redoutables de malformations foetales surtout si cette alcoolisation est intriquée à la consommation d'autres substances (nicotine).

La prévention en ce domaine serait de mesurer avec prudence les indications de sevrage à l'héroïne, peser judicieusement l'indication d'une substitution qui dans la pharmacopée française nous limite à la méthadone.

Prévention tertiaire maintenant :

Malgré tous nos efforts et notre savoir-faire, la femme reste dans une consommation forte d'alcool. Sous nos yeux, les lésions foetales apparaissent. Le retard de croissance intra-utérin apparaît dans le dernier trimestre. La microcéphalie est présente. Nous devons nous préparer à accueillir un bébé polymalformé. Le pronostic est sombre sur son devenir.

D'autant plus sombre que la santé de la mère est gravement compromise.

D'autant plus sombre que l'alcoolisation de cette femme s'accompagne d'une multitude de ruptures sociales (famille - conjoint - enfants).

D'autant plus sombre que les professionnels ont eux aussi été abandonnés à leur désespérance et à l'échec de leurs tentatives, au prix parfois d'une blessure réciproque (femmes bafouées dans leur dignité).

L'expérience que nous avons a toujours été de nous appuyer sur l'espérance de vie.

D'abord espérance des professionnels qui se doivent d'abord de garder un confort suffisant dans leur travail.

Espérance de ces femmes chez qui la vie est extrêmement menacée.

Elles sont très culpabilisées par cette dépendance au produit alcool qu'elles ont subi pendant la grossesse et qui a terni pour longtemps l'image que toute femme se fait de son rôle de mère.

Les risques sont grands. Beaucoup de femmes nous ont parlé du désir de mourir, de la peur de voir le bébé à la naissance, de la peur que leur enfant leur manifeste rancune.

L'apport d'un soutien psychologique est essentiel de la part d'un thérapeute qui s'inscrira dans l'équipe pluridisciplinaire. Le pédiatre rencontré pendant la grossesse a un rôle important permettant de réajuster les angoisses de la mère et de répondre le plus clairement possible à ses interrogations. Ces rencontres psychologiques, sociales, pédiatriques, obstétricales peuvent avantageusement être complétées par la rencontre de femmes devenues abstinentes et qui ayant vécu un drame analogue peuvent témoigner de tous les possibles par rapport à la capacité qu'elles ont une fois retrouvé la santé d'aider leur enfant à grandir en les inscrivant ou en les réinscrivant dans un projet de vie.

Un certain nombre de ces mamans se sont regroupées au sein d'une association qu'elles ont appelé E.S.P.E.R.* et qui, chaque semaine, se réunit pour parler de la vie, de ses joies et de ses vicissitudes, et qui peuvent accueillir des femmes enceintes cherchant à atteindre l'abstinence.

Ce sont également ces femmes riches de l'expérience de la dépendance puis du sevrage qui peuvent nous expliquer et essayer de nous faire comprendre à nous professionnels de quelles formes d'aides elles auraient eu besoin au moment où tout allait mal. Au moment où s'exerçant au sevrage au lieu de rencontrer la santé et le bien-être que tous nous leur promettions, elles n'ont fait que découvrir la souffrance du manque. Cette souffrance qui les paralysait et qui les empêchait de rester en lien affectif avec le bébé qu'elle portait. Le seul moyen qu'elles avaient alors, du fond de leur solitude, pour retrouver ce chemin affectif qui les rattachait à ce bébé en leur giron était bien sûr de consommer de nouveau ce produit, ceci restant le seul moyen pour apaiser la souffrance du manque. Cette souffrance calmée, le chemin affectif vers le bébé qu'elle porte peut de nouveau être parcouru. Mais la souffrance du manque ne tarde pas à réapparaître s'accompagnant de la culpabilité, d'angoisses, de traumatismes psychiques. Une seule solution : s'affronter à la souffrance du sevrage qui sera accompagné avec prudence.

En permettant aux femmes de retrouver leur liberté par rapport à l'alcool et donc un état de santé normal et une espérance de vie habituelle.

En les accompagnant pour renaître à leurs compétences de mère au sein d'une famille, de compagne au sein de leur couple, de professionnels, de bénévoles, etc..., nous éloignons d'autant le risque de constitution de surhandicap au niveau de leurs enfants.

En effet, ces derniers fragilisés par les séquelles de l'embryofetopathie alcoolique ont moins de possibilités d'adaptation à un environnement complexe et difficile.

Plus on va aider à stabiliser l'environnement, plus on va augmenter les possibilités d'adaptation de cet enfant et plus on espère pouvoir écarter les risques d'exclusion sociale et d'inadaptation grave (placement au long cours - hospitalisation - délinquance - emprisonnement) et éviter de laisser au monde des orphelins avec déficits cognitifs et troubles de l'adaptation grave, voilà le résultat que nous obtenons si on aide la famille dans sa globalité. Les enfants habitués à trouver dans la société et

* E.S.P.E.R. (Ecoute Santé Professionnels Enfants Respect) Association Loi 1901

autour d'eux l'aide légitime dont ils ont besoin disposeront plus que d'autres d'une meilleure information par rapport au risque alcool.

Là se pose la question d'un lien éventuel entre l'exposition au produit alcool dans la vie anténatale, les conditions stressantes des premiers mois de vie et la plus grande vulnérabilité à la dépendance.

Plus tard, ils peuvent devenir parents et faire naître des enfants intacts si eux-mêmes ont gardé la liberté par rapport à l'alcool.

Nous mesurerons alors en les accompagnant en interdisciplinarité comment ils pourront déployer leurs compétences à devenir parents.

Voilà l'ultime action de nos stratégies de prévention.

En conclusion, je voudrais évoquer le drame de ces femmes afghanes à qui on a d'abord dit, vous ne pouvez vous faire soigner que par des infirmières, des sages-femmes et des médecins femmes puis à qui on a interdit toute forme d'exercice professionnel, les empêchant ainsi d'un coup d'un seul à accéder à tous les soins.

Ne sommes-nous pas un peu comme cela quand on dit à une femme alcoolique dépendante enceinte : "Revenez me voir quand vous aurez arrêté de boire".

Paris, le 9 Mai 2005



Audition de l'UNAF
Groupe de travail de préparation des
États généraux de la lutte contre l'alcoolisme
11 mai 2005

La question de l'alcoolisme est bien entendu une problématique qui rentre dans les préoccupations des associations familiales. Nous ne décrirons pas ici les conséquences d'une consommation « immodérée » de produits alcoolisés pour les personnes concernées, mais aussi les ravages « collatéraux » que représente cette consommation sur l'ensemble des membres de la cellule familiale, de nombreux spécialistes se sont déjà exprimés sur cette question.

S'il est très difficile pour les familles de parler de ce sujet, qui reste souvent tabou et discriminant, il est tout aussi difficile d'aborder ce thème d'un point de vue collectif.

En effet, l'association de la prise d'alcool à un caractère festif, voire parfois culturel, très ancrée dans notre société, ajoute à la complexité de la délivrance d'un message de prévention qui doit être à la fois percutant, efficace, équilibré sans être repoussant.

Par ailleurs, nous ne pouvons occulter le poids économique que représente la production d'alcool dans notre pays et la force des différents lobbys qui interviennent dans ce champ. Ceci rend parfois difficile la réalisation d'un débat sur la consommation d'alcool dans des conditions sereines.

A titre d'exemple, la lecture des débats parlementaires qui ont eu lieu lors des discussions sur les projets de loi relatifs à la santé publique ou sur les territoires ruraux est édifiante. Elle montre que l'on louvoie sans cesse entre une logique économique et une logique de santé publique, ce qui rend parfois difficile la lisibilité et la cohérence des politiques publiques en ce domaine.

Néanmoins, nous ne pouvons que nous féliciter de la volonté d'intégrer ce thème dans la politique publique de santé publique, telle que définie par la loi du 9 août 2004. Nous sommes donc très favorables à la tenue d'États généraux sur cette question et sommes persuadés que le Mouvement familial, dans son ensemble, prendra toute sa place dans cette réflexion.

Les thèmes qui devront être abordés lors de ces rencontres seront sans doute très variés. En tant qu'Institution familiale, nous serons particulièrement intéressés par ceux concernant notamment les jeunes et l'alcool, les boissons-prémix, le suivi des dispositions concernant l'alcoolisme fœtal, alcool et sécurité routière, alcool et violence, alcool et publicité, alcoolisme et inégalités sociales, les conséquences de l'alcoolisme au sein des familles, l'accompagnement des personnes et leur soutien, action et prévention.

Concernant la méthodologie à employer lors de ces États généraux, il nous semble primordial qu'elle laisse une part importante à la participation du public à ces réflexions.

Les États généraux de la santé qui se sont déroulés entre avril 1998 et juin 1999, peuvent, à ce titre, servir de modèle. Rappelons que cet événement a suscité l'organisation de plus de 1000 réunions à travers toute la France. Près de 180 000 personnes y ont participé. Les modalités d'organisation des débats ont été très diverses. Certaines, nouvelles, ont été expérimentées comme, par exemple, les jurys citoyens. Une place à l'initiative associative a été accordée d'une manière importante tant sur l'organisation de ces rencontres que sur les thèmes des débats. La parole de l'expert a été confrontée à celle du profane. Les États généraux de la santé (comme ceux du cancer qui se sont déroulés durant la même période) ont enfin débouché sur des actions concrètes (la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades ; le plan cancer...).

Il est donc important que ces États généraux aboutissent également à de telles réalisations et non à des énièmes rapports, toujours bien faits, mais qui ne trouvent que rarement une concrétisation dans la vie quotidienne de la population.

Ces États généraux doivent également permettre à chaque acteur de se situer vis-à-vis des actions et des politiques qui seront proposées lors de cet événement et d'identifier les différentes collaborations qui pourront être initiées. Les conclusions de ces États généraux devront enfin être reprises, notamment, dans le cadre des réflexions qui auront lieu au sein des futures conférences de santé.

ALCOOL, TERRITOIRES ET INEGALITES

Question n°1

D'après vous, quelle est la situation actuelle sur ce thème ?

Question n°2

Quelles sont vos propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme ?

Q.1

Les disparités géographiques sont grandes et notamment sur la ligne nord/sud puisqu'il a souvent été constaté que le Nord, la Bretagne, la Normandie étaient plus touchés que les départements du sud de la France. Le critère **géographique** se croise avec d'autres : celui de **genre**, les femmes et les hommes ayant une consommation et des modes de consommation parfois différents ; le critère **professionnel**, également pertinent car certaines professions (commerciales, celles qui sont plus « physiques » ...) sont davantage exposées.

Le critère **social** est déterminant et l'augmentation de la précarité doit aujourd'hui avoir des effets terribles sur la surconsommation d'alcool.

Il serait important que le mouvement associatif soit destinataire des études mises à jour sur ces multicritères, pour qu'il puisse participer davantage aux mesures d'information et de prévention.

L'UFAL serait intéressée plus particulièrement pour ses secteurs « Santé » et « Consommation ». En ce qui concerne ce dernier point, l'UFAL tient actuellement des permanences à Toulouse, Montauban, Lyon, Bordeaux, Saint-Brieux, Brest, Saint-Quentin, Créteil. *D'autres ne peuvent pas être ouvertes, faute de moyens financiers ou d'implication des élus.*

Q.2

- ✓ L'alcoolisme est **un FLEAU en France** : en 2002, la France était le 1^{er} pays consommateur d'alcool en Europe ; la politique de santé publique qui a été récemment menée (nous pensons plus particulièrement aux campagnes de prévention routière) a-t-elle eu des effets mesurables ?
* 50 000 **décès** par an en France : l'alcool est une cause de mortalité sur les routes, c'est aussi une cause de mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 60 ans –terrain favorable pour le cancer-.

* L'alcool est à l'origine ou accentue les risques de **maladies** : cardiovasculaires, cancers et cirrhoses, maladies du système nerveux etc.
C'est aussi une cause de handicaps et de maladies plus ou moins lourdes (retards de croissance) pour les nouveaux-nés car l'alcool franchit facilement la barrière placentaire.

* L'alcool augmente les risques de **violences** sur les autres : les violences familiales, les agressions, et sur soi-même : les tentatives de suicide.

L'UFAL préconise que soit menée une campagne spécifique sur ce thème : le suicide orchestré par les conduites à risques, et plus particulièrement l'alcool. Le public prioritairement ciblé pourrait être les jeunes, dont le taux de suicide dans notre pays, est très élevé.

- ✓ La consommation excessive d'alcool est, comme le tabac, **UNE CAUSE DE MORTALITE EVITABLE.**

Comment parvenir à une maîtrise de la consommation du produit ?

Les campagnes d'information et de prévention, les suivis médico-psychologiques sont des moyens efficaces, mais insuffisants puisque les statistiques ne marquent pas de véritables avancées.

Il faut donc mettre en place d'autres dispositifs de mise en alerte.

L'éducation à la santé :

Nous préconisons un module d'éducation à la santé, axé sur les risques alcooliques, module au programme de l'école primaire et de l'école secondaire, pour bien sûr, sensibiliser les enfants, mais également leur permettre de répercuter ces conseils auprès de leurs parents, et plus largement dans leur famille. Ce module serait pris en charge par des professionnels de la santé.

L'éducation au goût :

L'alcool, un plaisir au lieu d'être un fléau : lier l'alcool à l'alimentation, l'harmonie du vin et des plats.

Les jeunes ne sont pas éduqués au goût, et notamment au bon vin qui permet de bien accompagner un plat. C'est un point d'éducation qui permettrait de faire la différence entre « boire avec excès » et « boire avec modération », de distinguer « consommer » et « apprécier » non pas les effets, mais ce qui est bu.

Reste à voir dans quel cadre peut s'intégrer cette proposition qui renouvellerait l'image de l'alcool.

Elever le niveau de protection sociale et améliorer la santé de la population.

Informar, prévenir et soigner. Dissuader et sanctionner quand cela s'avère un risque pour les autres : c'est le cas de l'alcool au volant qui doit faire l'objet de tests plus nombreux qu'aujourd'hui. Il est inadmissible de mettre ainsi sa

U.F.A.L. Union des Familles Laïques
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
11 mai 2005

propre vie en danger et celle des autres. Des contrôles massifs d'alcoolémie doivent être mis en place.

La réinsertion sociale.

Les dégâts dus à l'alcool ont un **coût** social collectif : c'est un des aspects de ce fléau ; faire passer les dépenses y afférent, sur par exemple, le poste budgétaire de la recherche médicale serait d'une grande satisfaction et d'une grande utilité pour le plus grand nombre.

Les **effets sociaux** de l'alcool sont désastreux : malgré son image sociale souvent « conviviale », l'alcool exclut à terme, fragilisant les relations familiales, amicales et professionnelles.

Un accompagnement des personnes dépendantes est nécessaire pour que les soins soient véritablement efficaces sur le long terme. Une remise en route de l'activité salariée doit être facilitée.

Les associations, fortement implantées au plus près de la population, doivent mener une véritable **action militante** et disposer du matériel d'information (brochures, autocollants etc) à diffuser lors de leurs réunions.

L'alcoolisme de détresse sociale trouve en grande partie ses remèdes dans la **lutte contre la précarité**. C'est donc contre la pauvreté et les inégalités qu'il faut mener bataille en tout premier lieu.

Dr Chantal LAUREAU

Volontaire permanente d'ATD Quart Monde, Noisy le Grand (93)

Alcool, territoires et inégalités.

Les familles dont la vie est difficile vivent la présence ou l'absence d'alcool dans leur vie comme toutes les familles, avec les mêmes repères culturels, les mêmes influences géographiques. Mais pour certains couples en grande précarité, les difficultés avec l'alcool peuvent rimer avec histoire de ruptures familiales, instabilité de logement ou de travail, absence de liens sociaux, sentiment d'inutilité.

Plutôt que de parler de lutte contre l'alcoolisme, il faudrait sans doute mieux comprendre quelle place a l'alcool dans la vie des familles, avec quelles souffrances il est en lien, quelle expérience en ont les gens.

Les remarques qui suivent sont nées entre autres d'un travail de partenariat avec l'association PASS 93 avec qui nous cheminons depuis plusieurs années dans la rencontre de personnes et familles ayant des difficultés avec l'alcool.

Plusieurs familles accueillies dans notre centre de promotion familiale à Noisy le Grand ont une histoire faite de batailles, de résistance face à l'alcool : elles ont appris à organiser leur vie pour contenir les choses, pour ne pas se laisser déborder par l'alcool mais aussi par leurs peurs et par leurs angoisses, et nous aurions beaucoup à apprendre de cette expérience ; il est pourtant difficile pour ces pères et mères de famille de parler de leur lutte quotidienne avec l'alcool et contre l'alcool et de prendre du recul, tant l'alcool est à la fois sujet tabou et tellement indispensable dans leur vie.

« L'alcool ça fait beaucoup de mal » me disait une mère de famille qui par ailleurs est complètement paniquée à l'idée qu'elle devrait complètement arrêter de boire car elle sait bien qu'elle ne pourrait tenir sans alcool. On imagine qu'il ne suffit pas de retirer l'alcool de la vie de ces familles pour que tout aille mieux : l'alcool fait tellement partie de leur vie que s'il n'y a pas de réorganisation complète des relations, de la manière de vivre, des projets, de la gestion de la santé etc...leur vie perd ses repères et son sens sans alcool.

Ces couples que nous recevons inventent des choses pour faire face à ce double visage de l'alcool qui à la fois leur fait mal et qui a une place si importante dans leur vie. Il faudrait pouvoir recueillir ce savoir faire pour pouvoir s'appuyer dessus. Je citerai un exemple. Nous sommes surpris de voir que chez les familles accueillies quand il y a une difficulté avec l'alcool, c'est souvent une consommation excessive pour les deux conjoints. Quand il y a de jeunes enfants, ils essayent de faire attention à ce que l'un des deux reste en capacité de s'occuper des enfants, ou bien ils savent protéger les enfants. Il

y aurait sûrement d'autres savoir-faire à explorer comme celui de bien connaître les réactions de son conjoint par rapport à l'alcool, de savoir de quelle manière l'aider quand il souhaite moins boire, quand sa santé est menacée....

Il serait intéressant de mieux connaître toutes les personnes, structures, institutions qui rejoignent les familles dans leur souffrance par rapport à l'alcool et cherchent à mieux comprendre leurs attentes. Il peut s'agir de « lieux » très différents, structures de soins, mais aussi lieux de soutien à la vie familiale, créateurs de vie communautaire, lieux d'exercice de la citoyenneté, structures sociales ou culturelles diverses. En effet ce sont des familles et non des individus qui sont confrontées à la consommation excessive d'alcool et qui se sont organisées pour y faire face même s'il n'y a qu'un des membres qui consomme de manière excessive.

Le compagnonnage de familles en grande précarité suscite quelques questions :

Alcool et protection de l'enfance :

Le centre de promotion familiale de Noisy le Grand reçoit des familles avec de très jeunes enfants. Nous savons bien que les premières années de la vie des enfants sont décisives. Certaines mères sont en grande souffrance, boivent beaucoup, on sait les répercussions de l'alcoolisation pendant la grossesse. Il faut des années pour que ces mères puissent faire tout un travail permettant que l'alcool n'ait plus cette place centrale dans leur vie. Comment concilier ce temps de l'enfant qui grandit vite et ce temps des parents ? Comment conduire ces familles à accepter de l'aide alors qu'est omniprésente la peur du placement des enfants qui paralyse tout ? certaines familles ont tellement peur de la rencontre qu'elles gardent leurs volets et leur porte fermées des jours entiers... comment provoquer une véritable rencontre dans laquelle elles ne se sentent pas prises en défaut ?

Quel travail peuvent faire les services de la protection de l'enfance pour passer de la culpabilisation des parents à la construction d'une confiance réciproque ? comment sont-ils aidés dans l'accompagnement des parents face à cette question de l'alcool ? Des évaluations sérieuses ont-elles été faites à court terme, moyen terme et long terme sur les conséquences du placement lié à l'alcool ou sur le maintien dans la famille ?

Quelles alternatives ont-été mises en place, dans quelles régions ? nous avons tous dans l'esprit des parents qui ont arrêté de boire de manière excessive suite à un retour chez eux d'enfants placés ou qui au contraire ont repris une alcoolisation à la suite d'un placement de leurs enfants.

Alcool et liens

Les familles que nous recevons ont souvent perdu tout lien, lien familial, lien amical, ou de voisinage. Parfois la seule manière de créer du lien se joue autour de l'alcool. Certaines familles qui arrivent chez nous sont trop fragiles pour résister à ceux qui viennent dire bonjour, boire un verre. Certaines ne ferment même plus leur porte. D'autres qui n'avaient pas d'histoire antérieure d'alcoolisation

importante se mettent à beaucoup s'alcooliser. Et nous voyons des liens se créer, qui ne sont pas forcément des liens d'amitié, mais plus des liens « obligatoires » entre tous ceux qui consomment beaucoup d'alcool : des liens créés lors de visites obligatoires où on n'ose pas dire non, lors de demandes de prêt d'argent, d'alcool ou de cigarettes en fin de mois....

Nous nous efforçons beaucoup dans l'équipe de créer des moments de convivialité, des moments où nous expérimentons d'être ensemble pour des temps de fête, pour apprendre ou se former ensemble, des temps culturels, des temps où nous rejoignons d'autres. Mais souvent ces personnes ayant des difficultés avec l'alcool ont du mal à nous rejoindre dans ces temps. **Comment leur permettre de découvrir une vie communautaire qui ne soit plus centrée sur l'alcool, comment l'expérience de certains de la communauté vis à vis de l'alcool peut servir à d'autres, être relayée ?** Comment trouver dans la communauté elle-même les forces et le soutien pour lutter contre la consommation excessive pour les soutenir, les appuyer ? Comment les liens de proximité qui se créent peuvent-ils servir à cela ?

Bien sûr les mouvements d'entraide d'anciens buveurs sont en première ligne dans l'exercice de cette solidarité, mais d'autres forces existent dans les communautés.

Le projet familial

Il est difficile d'arrêter une consommation excessive sans projet. Si le projet de la famille prend toute sa place, alors l'alcool perdra sa place centrale et le sevrage ou la réduction de l'alcool peut se faire.

Un groupe de femmes vivant dans la cité de promotion familiale s'exprimait ainsi en 2002 :

« l'objectif du contrat-projet est de voir ensemble qu'est-ce que nous souhaitons le plus, et comment y arriver. Cela peut prendre du temps, mais l'équipe vient nous voir régulièrement pour que notre projet voie le jour, et tout cela est gratuit, on ne nous demande rien en retour, c'est un vrai partenariat. Nous discutons ensemble afin de savoir ce que nous souhaitons le plus, personne ne nous juge, ni nous montre du doigt. Petit à petit nous reprenons confiance. L'équipe des volontaires d'ATD est présente autour de nous et avec nous. Dès que nous nous croisons, il y a toujours un petit mot d'échangé, on n'est plus invisible. On se dit « tiens on fait attention à moi », et là le parcours commence réellement. On ne se sent plus exclus, on nous invite à participer à des activités, aussi bien pour les enfants que pour les adultes et petit à petit on sort de chez soi.

La plupart des familles désirent retrouver du travail, récupérer leurs enfants qui ont été placés et retrouver une vie familiale normale. Ce qui est formidable, c'est que le contrat projet évolue au

rythme des personnes, nous pouvons lui faire prendre des directions différentes pour aboutir au mieux. ». Une femme ajoute : *« cela fait six ans que je vis dans la cité de promotion familiale, mon objectif était de trouver du travail, c'est toujours le cas actuellement. Mais je me suis rendu compte que pour y arriver, je devais arrêter de boire. Il est arrivé que je discute avec tel ou tel volontaire de l'alcool et des es dégâts et grâce à ces discussions, je me suis mise à réfléchir, qu'est-ce que boire*

m'apportait ? Que des problèmes ! je rendais mes enfants malheureux ainsi que les gens qui m'aiment. J'en ai parlé à mon médecin, et il m'a appris qu'il était alcoologue. Cela fait 15 mois que je suis abstinente, et pourtant je ne me sens toujours pas prête à reprendre ma formation d'aide-soignante, je préfère pour le moment aider les autres dans cette même démarche, la lutte contre l'alcoolisme. Michèle que j'ai soutenue y est arrivée, et la plus belle récompense qu'elle a eue, c'est quand son petit garçon de 5 ans lui a dit « maman, maintenant je suis content car tu ne cries plus sur nous, je peux te parler, tu m'écoutes » »

l'accès aux soins de santé.

Lorsqu'il est devenu évident qu'il faut se soigner, lorsque émerge une demande, le chemin ne fait que commencer. Pour les personnes très pauvres, plus encore que pour d'autres pathologies, **l'accès aux soins est difficile**, à cause de la peur, du sentiment de culpabilité.

Comment accompagner ces personnes vers des soins ? On entend dire souvent qu'il faut que les personnes montrent qu'elles veulent se soigner sinon cela ne sert à rien. Comment mesure-t-on l'envie de se soigner ? Pour certaines personnes l'angoisse est telle que rien que de demander un accompagnement dans un service de soins constitue un exploit incommensurable. Il aura fallu quelquefois des semaines pour en arriver là. Dans ce cas, accompagner une personne en voiture, parfois assister avec elle à la consultation n'est pas de l'assistance mais peut être un véritable soutien le temps qu'une confiance émerge.

Je pense à cet homme qui avait décidé d'arrêter l'alcool en lien avec un projet de retour de sa fille placée et qui était persuadé en allant à une simple consultation d'alcoologie qu'il allait être hospitalisé sur le champ, presque avec une camisole de force... Il était paniqué et il lui a fallu une énorme dose de courage pour se rendre à cette consultation qui n'aurait sans doute jamais eu lieu si quelqu'un de l'équipe ne l'avait accompagné en voiture.

Mettre les pieds dans une structure de soins peut faire ressurgir beaucoup de souvenirs, de situations douloureuses ou humiliantes et créer ainsi une peur panique. Dans ce contexte où on sent les personnes au bord de " l'explosion ", les nerfs à vif, la moindre remarque anodine du style : " vous ne pouvez pas éteindre votre cigarette ", ou bien une question mal formulée peut entraîner une catastrophe. Cette catastrophe peut être une insulte, qui pour la personne très pauvre peut faire partie de son quotidien, mais être intolérable pour l'employé qui la reçoit et on a alors une escalade qui peut finir de façon violente. La formation du personnel d'accueil des structures de soins est primordiale.

-L'hôpital est lié très fortement dans la mémoire collective des très pauvres au risque de placement d'enfant. Le placement de l'enfant reste dans la tête et le cœur des parents, tellement fort qu'il n'y a plus de place pour autre chose.. Les parents se sentent donc très souvent jugés et toute question qui peut apparaître comme une inquisition, toute remarque qui peut être ressentie comme un jugement sur la vie familiale est mal reçue.

Enfin la question de l'urgence ressentie ou réelle est une vraie question :

Les personnes très pauvres vivent sans cesse à la fois dans l'urgence et dans la non urgence en même temps. ... Tout est urgent et doit être résolu très vite : garder les enfants, trouver de l'argent, trouver à manger, répondre à une convocation, les difficultés avec les voisins, la maladie... comment établir une hiérarchie entre tout cela ? finalement quand on est tout le temps dans l'urgence, qu'on ne peut rien prévoir, rien n'est plus urgent... alors si une brèche se fait et que tout d'un coup on trouve un espace pour se soigner, cela devient urgent : quelle souplesse ont les structures de soins pour répondre à cette urgence ressentie ? On dit souvent qu'il faut prendre le temps de vérifier que les personnes veulent vraiment se soigner, qu'il n'y a pas d'urgence en alcoologie. Peut-être n'y a-t-il pas d'urgence en alcoologie, mais quand des personnes très pauvres font une demande de soins, peut-être est-ce urgent....

Lorsqu'on a décidé de se soigner, **il faut oser sortir de chez soi** . Il faut aussi sortir de chez soi physiquement....prendre le bus, emmener les enfants ou les faire garder, avoir un peu d'argent et après le 25 du mois souvent on n'en a plus ou juste pour acheter un peu à manger. Ceci pose toute la question des soins à domicile dans certains cas : ce peut être une première étape lorsqu'il est trop difficile pour la famille d'aller jusqu'au centre de consultations .

Ces quelques points soulignés entraînent plusieurs questions :

- 1) -Quelle connaissance (au niveau local, national...) a-t-on de ce que font les usagers eux-mêmes, leurs familles, leurs entourage pour se protéger, s'organiser face à l'alcool ? Comment des soutiens peuvent-ils naître ? comment ce savoir-faire est capitalisé ?
- 2) Quelle connaissance et quelle évaluation a-t-on des moyens de lutte contre l'alcoolisme : certains parlent d'alcoologie plurielle : certaines personnes arrêtent complètement les boissons alcoolisées, d'autres maîtrisent leur consommation, certaines s'arrêtent avec l'aide de thérapeutes, d'autres avec l'aide de soutiens associatifs etc...Quels réseaux existent ?

3) comment favoriser l'accès aux soins des personnes en difficulté avec l'alcool en conjuguant souplesse, déculpabilisation , pluralité des réponses apportées. Quelle formation pour tous les acteurs de santé ?

4) Quels sont les soutiens apportés aux familles et leur implication dans la lutte contre l'alcoolisme de l'un des leurs ? quelle formation des personnels des services de protection de l'enfance pour qu'ils soient un réel soutien pour les familles ?

5) Quels réseaux communautaires, de quartier, associatifs, peuvent être créés ou soutenus lorsqu'ils existent pour recréer des liens qui ne soient pas centrés sur l'alcool ?

Il serait intéressant de reprendre les propositions du réseau « alcoologie plurielle » .

Médecins du Monde

Alcool, territoires et inégalités

- Situation sur ce thème
- Propositions pour la mise en place d'états généraux sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

Depuis plusieurs années, Médecins du Monde intervient sur les mouvements festifs par l'intermédiaire des missions raves.

Au cours de ces grands rassemblements (teknivals), MDM met en place un dispositif de soin ainsi qu'un dispositif de prévention et de réassurance. Notre stand est donc un lieu de passage où de nombreux festivaliers viennent à la fois piocher des informations et rechercher une écoute bienveillante. Aussi, nous sommes en mesure d'effectuer plusieurs constats.

La population rencontrée évolue et les festivaliers sont de plus en plus jeunes. Ils réalisent parfois plusieurs centaines de kilomètres pour participer à un grand rassemblement festif dont le nombre diminue au fil des années. Cette situation génère d'ailleurs l'apparition de mouvements festifs de plus petite envergure (200 à 300 personnes) ou les acteurs de prévention et de réduction des risques n'interviennent pas faute d'informations et de disponibilité et de réactivité.

Que ce soit sur ces grands rassemblements festifs ou sur d'autres lieux plus restreints (boîtes de nuit notamment) ou MDM intervient parfois, nous constatons que l'alcool est omniprésent.

Les consommations sont essentiellement à base de bières même si certains consomment des alcools plus concentrés tels que vodka, whisky ou rhum. Les quantités consommées sont variables et difficilement évaluables. Le nombre d'interventions pour ivresse aiguë reste néanmoins élevé sur le pôle sanitaire MDM et autres acteurs du soin (protection civile ou croix rouge ou encore aux postes médicaux avancés) ; au moins un tiers des interventions les plus lourdes peuvent nécessiter une hospitalisation.

L'alcool reste le liquide absorbé de base. L'effet attendu va de la simple hydratation à la recherche de « défonce ».

Le produit est banalisé à la fois par les jeunes festivaliers mais probablement aussi par les intervenants en réduction des risques. L'alcool, comme le cannabis sont des produits peu critiqués par les participants à la fois dans la notion de quantité mais aussi de complications et de dépendances.

Même si nous proposons des alcootests en fin de soirée ou festival, nous disposons d'assez peu de documents spécifiques sur les risques de l'alcool.

La prévention des accidents de la route est essentielle d'autant que l'on connaît l'impact terrible que fait l'alcool au volant et plus particulièrement sur cette population. Néanmoins nous devons nous interroger sur d'autres axes de prévention, sur d'autres supports d'informations, d'autres messages.

L'alcool représente bien souvent le produit de base d'un mélange plus complexe de différentes substances. En effet, l'alcool va être associé à du cannabis mais aussi à des comprimés d'ecstasy. Il peut être associé à des amphétamines ou à des substances hallucinogènes. Ce sont les associations les plus fréquentes mais nous rencontrons aussi des mélanges alcool-cocaïne, alcool-héroïne etc.....

Plus la soirée ou le week-end avancent, plus les risques de mélanges sont possibles et plus les effets des produits se parasitent les uns avec les autres. Plus les risques physiques et comportementaux augmentent

Certaines plaquettes d'information et de réduction des risques évoquent pourtant cette problématique.

Ces constats, nous les effectuons dans tous les sites de rassemblement, que ce soit dans la Bretagne en parallèle du festival des vieilles charrues, à Marigny (région parisienne) ou dans le sud de la France où a lieu tous les étés un grand teknival. Néanmoins, nous observons quelques particularités territoriales avec notamment une fréquence plus élevée des petits rassemblements festifs en Bretagne, l'organisation de soirées en squats dans la région parisienne plus régulières et la grande fréquence de soirées de 2000 à 3000 personnes dans des boîtes de nuit de la frontière franco-espagnole. Ces manifestations évoluent avec le temps mais aussi avec la loi. Elles réalisent des mutations dans leur forme mais assez peu dans leurs pratiques de consommation de produits.

Devant ces constats qui posent aussi nos limites et nos insuffisances nous avons des propositions à faire. L'alcoolisme est avec le tabac le problème numéro un de santé publique, que cela soit chez les jeunes qui sont en devenir de difficultés, qu'avec les plus âgés. La politique de réduction des risques peut tout à fait s'appliquer à cette réalité.

De nombreux documents existent sur les méfaits de l'alcool sur la conduite automobile comme sur la santé. Le message semble avoir pénétré la culture commune et tous savent qu'il est dangereux de conduire en état d'alcoolisation. Beaucoup de personnes connaissent aussi les méfaits du tabac sur la santé....

Tous les individus ne sont pas égaux devant les produits. Certains vont pouvoir consommer de l'alcool sans subir de complications telles que des troubles du comportement (agressivité, passages à l'acte, perte de mémoire...) ou prendre des risques (conduites en état d'alcoolisation, conduites sexuelles à risque). D'autres vont fréquemment déclencher sous l'emprise de l'alcool ce type de complications.

Aujourd'hui nous savons qu'il existe des facteurs de risque de vulnérabilité à l'alcool et nous retrouvons presque constamment ces facteurs lorsque nous interrogeons les patients dépendant de l'alcool. Très tôt, dans leur histoire nous constatons qu'il existait vis à vis de l'alcool une grande tolérance physique (possibilité de boire beaucoup sans effets) et une difficulté fréquente à limiter leur consommation.

Ces deux éléments sont essentiels et la recherche de ces critères peut être un moyen très utile de prévention et de sensibilisation au risque de l'alcool.

La question posée peut alors être : « Thème : quel rapport entretenez-vous avec l'alcool ? Etes vous une personne à risque, une personne vulnérable vis à vis de l'alcool ? Questions : avez vous une grande tolérance à l'alcool ? Avez vous des difficultés à limiter votre consommation ? »

Nous savons aussi que certains facteurs de risques existent dans la dépendance au cannabis (l'âge de début, la quantité fumée par jour, depuis quand ?).....

Nous pourrions ainsi réfléchir à des outils qui ne parlerait ni des maladies de l'alcool, ni de la dépendance mais plutôt de la vulnérabilité à ce produit.

Peut être que cette approche pourrait être étendue à d'autres produits.

Nous proposons donc des outils de repérages précoces à une fragilité vis à vis de l'alcool. Son utilisation sur les rassemblements festifs n'est pas spécifique.

Le deuxième axe est celui d'un renforcement des outils actuels.

L'utilisation de l'éthylomètre est un bon moyen de poser une réalité matérielle devant une intoxication alcoolique. C'est aussi un moyen d'échanger sur la notion de consommation et de risques liés à cette alcoolisation. Cela permet enfin d'évoquer les autres produits dont le cannabis avec leur impact sur la conduite.

Les risques induits par les mélanges de produits ne sont pas parfaitement connus. C'est probablement une voie de réflexion à mener.

Enfin, nous avons certainement à nous familiariser avec les outils existants de prévention en matière de lutte contre l'alcoolisme. Nous devons introduire encore plus les questions de l'alcool dans nos pratiques de réduction des risques ce qui implique des formations de bénévoles.

En ce sens, la mise en place d'états généraux peut être l'occasion de renforcer cette sensibilisation sur le thème de l'alcool. Elle peut aussi impulser une harmonisation des pratiques en matière de lutte contre les problèmes liés à l'alcool.

St Brieuc, le 15/05/2005

Dr Guillery xavier

Mission rave Bretagne

Médecin du Monde

**Séance « Alcool, communication et médias »
du 18 mai 2005**

Personnes auditionnées

Compte rendu de réunion

Contribution Euro RSCG C&O

Contribution Karine Gallopel

Contribution TNS media intelligence

Séance « Alcool, communication, médias »
Personnes auditionnées
Réunion du 18 mai 2005

Philippe BATEL - Hôpital Beaujon

Joseph BESNAINOU – Bureau de la vérification de la publicité

Christine CORRIERI - Bureau de la vérification de la publicité

Pascale CROUZAT - Association des agences conseils en communication

François DAVID – Conseil supérieur de l’audiovisuel

Xavier DORDOR – Association pour la promotion de la presse magazine

Laurence DUPONT – Association des agences conseils en communication

Karine GALLOPEL – Université Rennes 1

Françoise HERNAEZ FOURRIER – TNS Secodip Media Intelligence

Pierre LEVY - Association des agences conseils en communication

Pascale MARIE – Syndicat de la presse magazine et d’information

Dr. Nicolas POSTEL-VINAY – Ministère des solidarités, de la santé et de la famille/Direction générale de la santé/Cellule communication

Nathalie RASTOIN - Association des agences conseils en communication

Christine REICHENBACH – Union des annonceurs

Marc SAINT-OUEN – Euro RSCG C&O

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Direction générale de la Santé

Sous-direction santé et société
Bureau des pratiques addictives
Personnes chargées du dossier :

Nadège LAROCLETTE

Dr Dominique MARTIN

Tél. : 01 40 56 51 62/54 68

Fax : 01 40 56 40 44

courriel : dominique.martin@sante.gouv.fr

nadega.larochette@sante.gouv.fr

D. 05. 371

Paris, le 27 MAI 2005

**COMITE DE PILOTAGE DU RAPPORT
SUR LES "ETATS GENERAUX ALCOOL"
Auditions du 18 mai 2005 sur la thématique
« Alcool, communication et médias »**

Présents : Emmanuèle Jeandet-Mengual (Inspection générale des affaires sociales), Alexandre Popovic (Ministère de l'Education nationale - DES), Aude Moracchini (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies), Aurélie Martzel, Sophie Decroix et Tania Rosilio (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Maguy Jeanfrançois (Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins - O2), Jacques Danan (Direction des Relations du Travail), Mireille Willaume (Direction de la sécurité sociale), Jean-Baptiste Herbet (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Emmanuelle Double (DGDDI - Bureau F3), Nicolas Postel Vinay (DGS - communication), Karine Gallopel (Université de Rennes 1), Marc Saint Ouen (EURO-RSCG), Philippe Batel (AP HP), François David (CSA), Joseph Besnainou et Christine Corrieri (BVP), Laurence Dupont Pascale Cruzat Pierre Levy et Nathalie Rastoin (AACC), Christine Reichenbach (UDA), Xavier Dordor (association Presse magazine), Pascale Marie (SPMI), Françoise Hernaez Fourier (TNS Media Intelligence), Bernard Basset - Pascal Mélihan-Cheinin - Nadège Larochette - Dominique Martin (Direction générale de la santé - Sous-direction santé et société).

Excusés ou absents : Claude Rouy (Délégation interministérielle de la sécurité routière), Isabelle Andreani (CNAMTS - Département Politique de Santé), Marianne Storogenko (Direction de l'Action sociale), Cécile Bigot (Ministère de l'Agriculture - Bureau du vin), Fédération Nationale de la Presse française, Direction du développement des médias, Service d'information du gouvernement, Hervé Chaballier (Capa Presse TV), Syndicat de la presse quotidienne régionale, Agence Mac Cann

En introduction, Mme Jeandet-Mengual, Présidente du comité de pilotage, rappelle le contexte de la réunion. L'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que le gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2005, un rapport sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme. L'élaboration de ce rapport a été confiée à un comité de pilotage qui a souhaité auditionner l'ensemble des acteurs concernés par ce sujet. La réunion de ce jour a ainsi pour objet le thème « alcool, communication et médias ». La Présidente du comité de pilotage demande aux participants leur point de vue sur la thématique et leur avis sur la mise en place d'états généraux (contributions en annexe).

Sur l'analyse de la situation :

1/ MM Joseph Besnainou (Directeur général BVP) et François David (Conseil Supérieur Audiovisuel) ont présenté leurs avis sur le contexte de la réglementation de la communication sur l'alcool en France selon les éléments suivants :

- Le bureau de la vérification de la publicité est chargé d'aider ses 900 adhérents à se conformer à la loi Evin et à respecter leurs propres codes établis par les producteurs dans un objectif de déontologie et d'autodiscipline. Ainsi en 2004, sur 720 projets de campagnes médias sur l'alcool, 387 sont parvenues au BVP pour un contrôle a priori et ont fait l'objet d'un avis. Seules quelques suggestions de modification ou de non diffusion ont été données.

- Le CSA , exerçant un contrôle a posteriori, n'a pas relevé d'entorses majeures au respect de la réglementation et a donné l'exemple des codes de bonne conduite pour la retransmission des évènements sportifs.

2/ Les représentants des annonceurs (UDA, AACC, Syndicat Presse Magazine) ont insisté sur les points suivants :

- les annonceurs ne remettent pas en cause la loi Evin qui limite strictement la publicité à l'information sur les produits. Ils souhaiteraient, cependant, que cette loi soit « plus claire et plus précise » ;
- pour la communication média, l'autodiscipline et les comportements responsables sont la règle chez les professionnels ;
- l'évolution des consommations n'est pas nécessairement liée à l'effet de la publicité
- l'alcool représente un enjeu de santé publique majeur mais les annonceurs craignent le risque de stigmatisation des consommateurs et de saturation du public en raison de la profusion des messages de prévention ;
- les entreprises se disent ouvertes au dialogue avec les autorités de santé, en particulier sur les questions d'information et d'éducation sur les comportements des consommateurs.

3/ Les responsables et porteurs des campagnes de prévention (INPES, EURO-RCG) ont présenté les enjeux des campagnes de communication sur l'alcool :

- la communication sur l'alcool, en tant que déterminant des problèmes de santé, est complexe et tente de viser ceux qui devraient être aujourd'hui la cible principale des messages de prévention : les buveurs réguliers excessifs ; mais il n'est pas facile de faire passer le message de ce qui doit être considéré comme excessif...
- les dernières campagnes en direction du grand public «alcool, votre corps se souvient de tout », ou à destination de groupes spécifiques (femmes enceintes) ont permis d'aborder les multiples facettes du sujet (seuils de consommation, risques sanitaires) ;
- le déni généralisé qui caractérise la relation à l'alcool en France rend cette communication délicate, d'autant plus que le sujet s'inscrit dans un cadre temporel complexe où les dommages sont silencieux et seulement visibles à long terme ;
- l'objectif des campagnes de communication n'est pas de prôner l'abstinence mais plutôt de mettre en avant un modèle de consommation faible à moindre risque.

4/ Les observatoires (Université Rennes 1 et TNS Media Intelligence) ont présenté leurs analyses sur les stratégies de marketing des alcooliers :

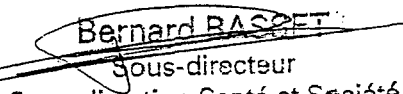
- la publicité de masse a peu d'incidence sur les ventes et ne représente que 25% de l'investissement marketing des alcooliers, tandis que la communication hors médias et divers autres instruments marketing, en raison de leur efficacité, en représentent 75% ;
- les dépenses marketing des alcooliers sont en augmentation depuis deux ans, en particulier dans le hors médias (publicité sur le lieu de vente, évènements, lobbying, jeux cadeaux, sponsoring, placement de produits dans des films, Internet, packaging ..) et sont très efficaces dans un contexte réglementé ;
- on observe également un grand développement de la créativité et de la diversité des concepts pour sensibiliser les médias et les prescripteurs, en particulier vers les cibles privilégiées que sont les jeunes et les femmes considérées comme peu consommatrices d'alcool par rapport aux hommes adultes et qu'il faut donc pousser à la consommation en prenant en compte le nécessaire renouvellement de générations.

Sur la tenue d'états généraux

L'assemblée est globalement favorable à la tenue de ces états généraux qui pourraient être selon des intervenants :

- l'opportunité d'un dialogue entre professionnels et acteurs de santé publique ;
- l'occasion d'une évolution des représentations sociales en libérant la parole des citoyens.

Les professionnels s'interrogent sur l'acceptabilité des messages sanitaires et les risques de saturation. Une unanimité s'est faite sur la nécessité d'accompagner ces Etats généraux par un fort programme de communication et d'information fondé sur des faits et non des opinions.


Bernard BASSET
Sous-directeur
Sous-direction Santé et Société



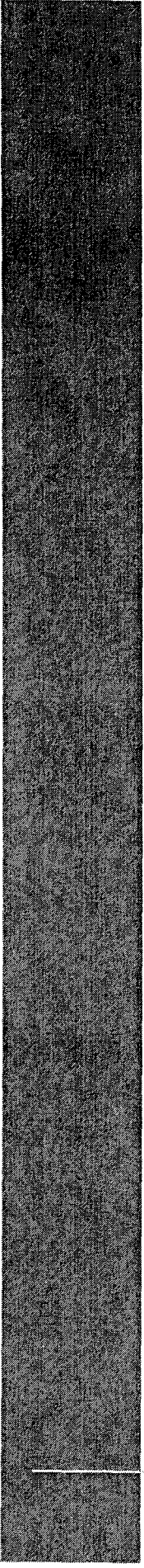
**Ministère des Solidarités,
de la Santé et de la Famille**

Alcool, communications et médias

Le 18/05/05

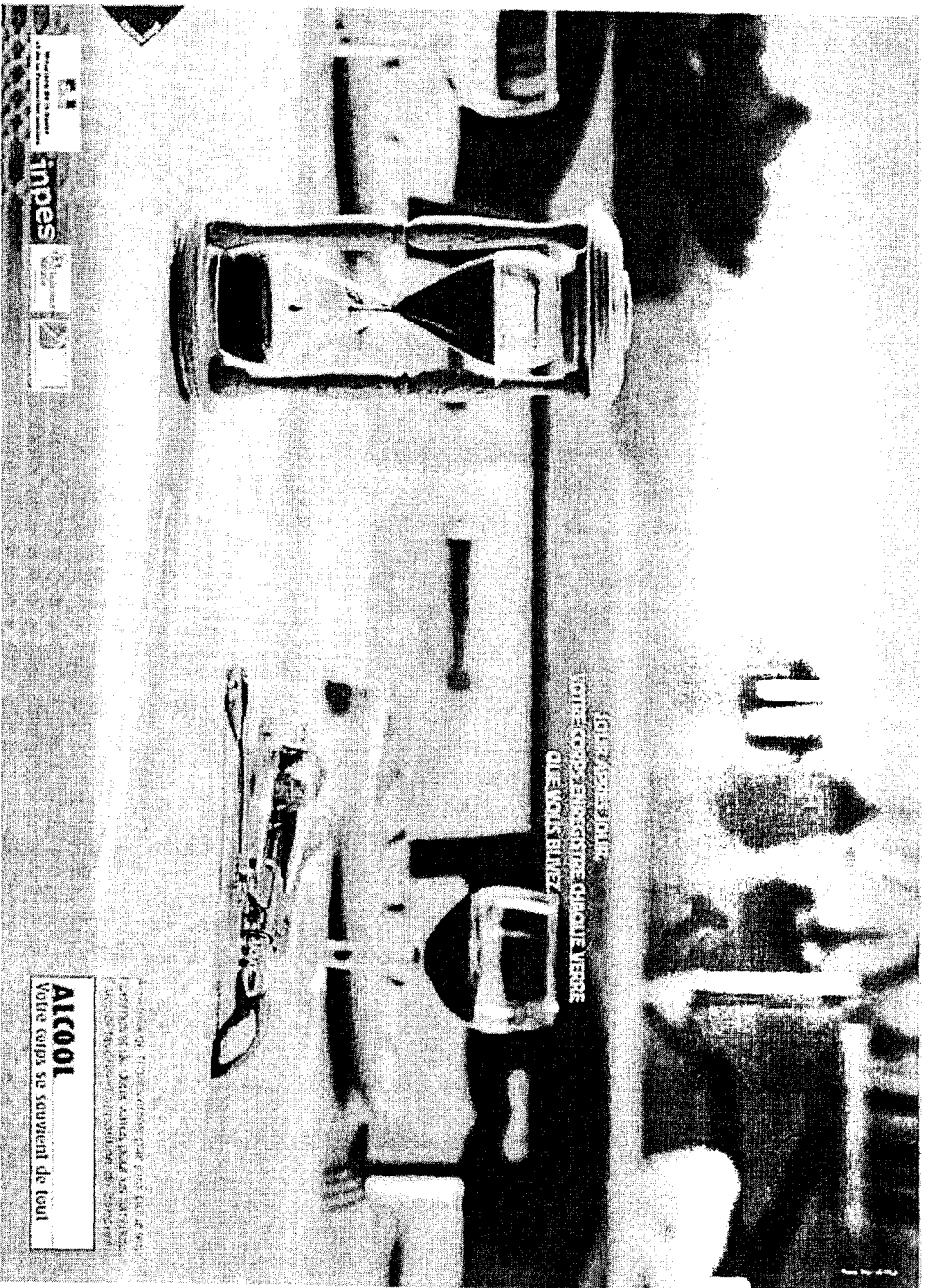
 **EURO RSCG C&O**

- **Un sujet qui vit dans l'ombre du tabac...**
 - Une équation sanitaire simple et efficace: « fumer tue »
 - Une réalité scientifique incontestable
 - Un contexte politique et sociétal qui accompagne le mouvement
 - Des résultats réels en termes de baisse de la consommation
- **... qui peine à trouver son territoire propre**
 - Un durcissement du sujet intenable d'un point de vue scientifique
- **... qui souffre de l'accumulation des interdits**
 - L'accumulation des messages sanitaires... nuit gravement aux messages sanitaires
- **Le temps du « boire tue » n'est pas encore venu...**
- **... et lutter contre l'alcool au pays de Verlaine et d'Audiard reste un combat inégal**

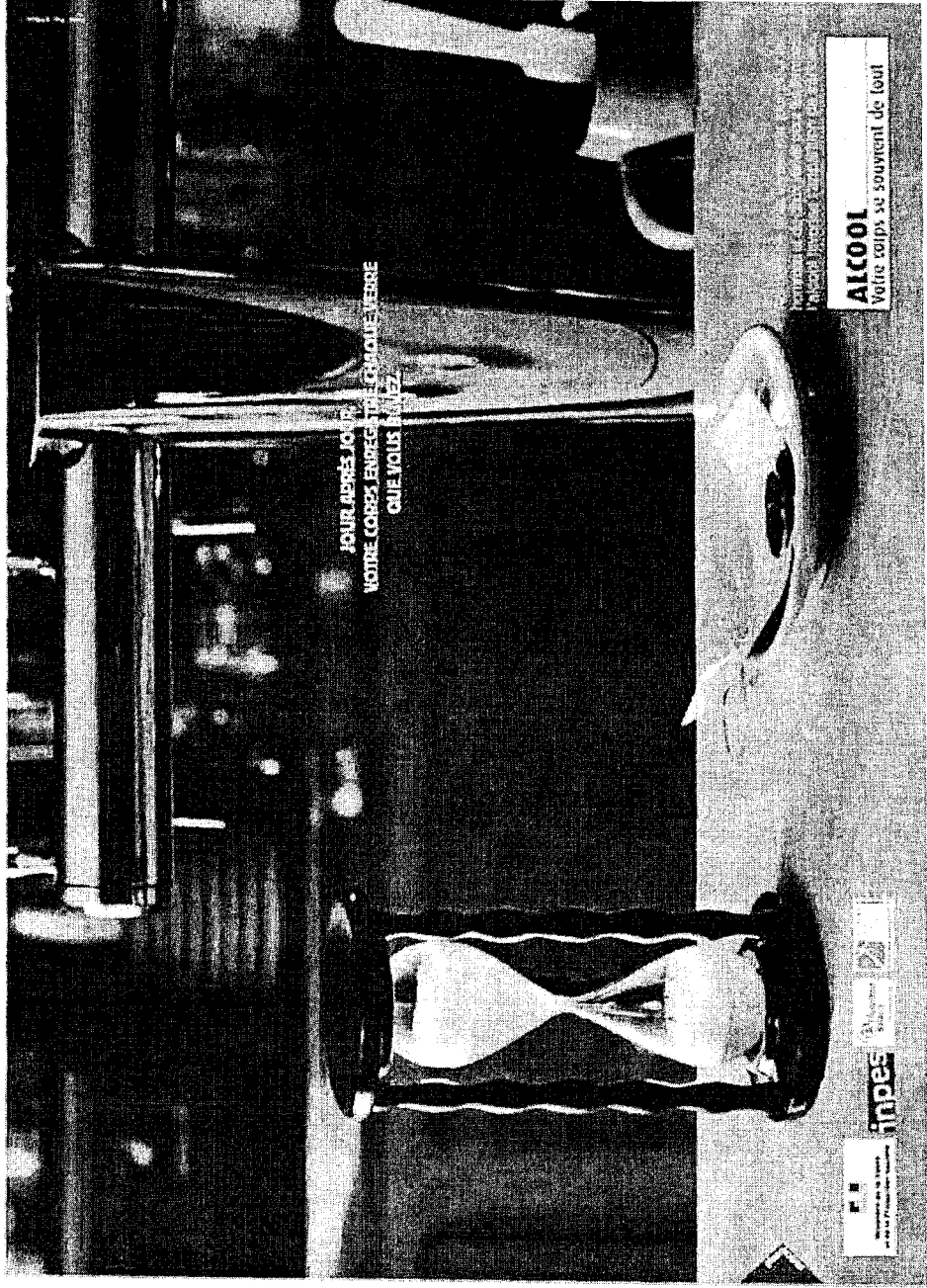


1

Ce que nous avons fait



A - Presse



★ EURO RSCG C&O

A - Presse

LEUR APERÇU
VOTRE CORPS ENREGISTRE CHAQUE VERRE
QUE VOUS BUVEZ

AU-DELA DE TROIS VERRES PAR JOUR POUR LES HOMMES ET DE DEUX VERRES POUR LES FEMMES, L'ALCOOL FAVORISE L'APPARITION DE CANCERS.

ALCOOL
VOTRE CORPS SE SOUVIENT DE TOUT

INPES

EURO RSCG C&O

Retour d'expériences

A – Un sujet de prévention contesté

- **La difficulté à concerner... ceux que ça concerne !**
 - ➔ « Le danger est ailleurs »: l'horizon rassurant de l'alcoolique comme unique victime réelle de l'alcool
 - ➔ « L'alcool et les jeunes, voilà le sujet central »: le déplacement du sujet vers les plus vulnérables
 - ➔ « Ce que l'on boit est moins dangereux »: une opposition constante entre une consommation « traditionnelle » de vin et la dramatisation d'une consommation de « débauche » liée aux alcools de « jeunes » (pré-mixs...)

- **...Le buveur régulier excessif est dans le déni de sa consommation**

B – Un sujet de société propice à la virulence et aux caricatures

- **La difficulté de se faire entendre et comprendre sereinement... dès lors que l'on parle de vin**
 - La paranoïa des viticulteurs français développant une contre-argumentation caricaturale
 - L'assise confortable et bien connue du French-paradox
 - L'exemple espagnol comme exemple à suivre

- **...l'exception viti-culturelle française interdit un débat serein**

C – Un sujet multi facettes

- **La difficulté à unifier le sujet alcool autour d'un thème central**
 - ➔ Appréhender la consommation régulière et excessive d'alcool comme sujet de prévention à côté de l'alcoolisme et de l'alcool au volant
 - ➔ Maintenir l'information sur les seuils de consommation à respecter dans un contexte de « concurrence » des seuils imposés par la sécurité routière
 - ➔ Arriver à faire accepter la « normalité » du vin par rapport aux autres alcools
 - ➔ Donner à voir la réalité concrète des risques encourus (cancers, maladies cardio-vasculaires) au-delà des maladies déjà connues (cirrhose)
 - ➔ Imposer le 0 alcool aux femmes enceintes
- **...autant de sujet méritant une argumentation et des messages spécifiques**

D – Un sujet publicitaire délicat

- **La difficulté à mobiliser et à impliquer autour d'un sujet par définition anti-spectaculaire**
 - ➔ L'absence de corrélations directes entre consommation d'alcool et maladies...
 - ✓ L'alcool n'est qu'un co-facteur: le risque de favoriser l'apparition de maladies graves mais pas de conséquences inéluctables
 - ✓ Pas d'études récentes sur lesquelles s'appuyer (2000 - Catherine Hill de l'Institut Gustave Roussy)
 - ➔ ... rend plus difficile le travail publicitaire
 - ✓ Impossible de lier directement la consommation à la maladie
 - ✓ Impossible de mettre en scène la maladie en tant que telle
 - ✓ L'obligation de se placer dans une logique temporelle complexe: un long terme incertain
 - ✓ La nécessité de rester dans un cadre sociologique précis: la consommation quotidienne, banale, anodine en apparence...

**Nos « intuitions »
pour l'organisation des états généraux
de lutte contre l'alcoolisme**

- **Intitulé : Ne plus parler d'alcoolisme**
 - Un mot qui met à distance
 - Un mot réducteur par rapport au problème alcool dans son ensemble

- **Contenu : Lever le déni et imposer la consommation régulière et excessive d'alcool comme un vrai sujet de société au-delà de ses aspects sanitaires**
 - Une prise de conscience collective indispensable aux futurs changements de comportement

- **Contenu : Favoriser un consensus sur des éléments scientifiques incontestables et récents qui permettent de simplifier l'équation alcool**
 - « Une consommation d'alcool excessive tue chaque année XXX personnes dans notre pays »
 - « Une consommation d'alcool excessive est responsable de l'apparition de cancers... »

- **Contenu : La nécessité d'assumer le sujet vin**
 - Trouver un terrain scientifique de consensus sans revenir sur des acquis de santé publique (?)

LES STRATEGIES MARKETING DES ALCOOLIERS

Karine Gallopel
Maître de conférences



Ministère de la santé
18 mai 2005
Paris

Karine Gallopel
Maître de conférences

ENSEIGNEMENT

Université de Rennes 1 (IGR-IAE)

- Marketing, Communication
- Marketing social
- Etudes de marché

RECHERCHE

UMR CNRS

- Doctorat: « impact de la musique sur les réponses des consommateurs à la publicité » (98)
- « marketing social (comportements tabagiques), analyse marketing des cigarettiers »

IMPLICATION TABAC

- Membre commission prevention & information LNCC
- Membre du CA CNCT
- Membre IDT de l'OFDT

PLAN

- e Introduction : marketing ?
- e Marketing des alcooliers ?
 - o Connaissance du marché
 - o Objectifs
 - o Segmentation /ciblage
 - o positionnement
 - o les 4 P
- e Conclusion



MARKETING ?

optique vente :

1. conception du produit
2. choix d'une technique de vente
3. observation : bénéfice ou perte ?

optique marketing :

1. Détermination besoin du marché
2. Mise en place marketing coordonné
3. Satisfaction consommateur
3. Débouchés

Le marketing...

...consiste à prendre
en considération les besoins
de consommateurs et à essayer
de satisfaire au mieux ces besoins
avec des outils adaptés

L'attitude et les outils du marketing

Etudes de
marché

Objectifs

Segmentation,
ciblage

Positionnement

4P

Evaluation



5. Les 4 P à adapter à la cible

Produit (Product)
Goût, emballage,
packaging, couleurs,
odeur,...

Prix (Price)
prix, promotion,
marge
Ecrémage,
pénétration, ...

Distribution (Place)
Acheminement du
produit vers
le consommateur

**Communication
(Promotion)**
Faire connaître,
aimer
et acheter

Des produits adaptés aux jeunes

- Innovations nombreuses :
 - Cellule innovation Pemod Ricard: 1 M Euro, 2 pr / an
- Premix, ready to drink, alcopops :
 - Boissons faiblement alcoolisées
 - Mélange fruits / alcool (blanc, vin)
 - Mélange bière / alcools forts (Smirnoff Ice: vodka + bière)
 - Vodka, rhum... (alcools blancs)
- Exotique:
 - Desperado, Téquila, Soho, Malibu...
- Nom :
 - Two Dogs, Seagram's Coolers, Wild Turkey Cola et Havana Club Loco... => Premix
 - Pop (champagne à boire à la paille)
- Goût :
 - Sucré, léger, fruité...
 - Plus léger en alcool
- Packaging :
 - Sophistiqués, modernes, collectors...

Des produits adaptés aux femmes

- Cible sous consommatrice
- Vins,...
- Nom :
 - « Bordeaux pour elles »
 - Gloss de Suze: Univers cosmétique, rouge à lèvres brillant
- Goût :
 - Gloss: Sucré, cerise et gingembre...
 - Vins: plus légers, plus fruités
- Packaging :
 - Sonya Rykiel, Christian Lacroix...

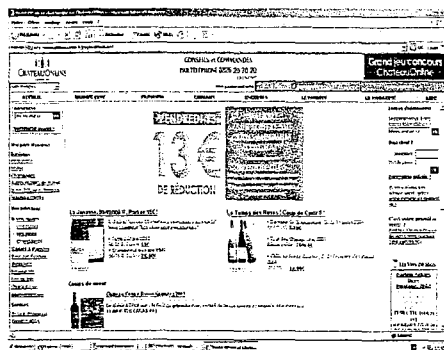
PRIX

- Différentes gammes / prix associés
- De + en + haut de gamme : image, marges

DISTRIBUTION

- Présence GMS:
 - Mouton Cadet parmi leaders : 90% présence en hyper, 100% opérations spéciales
- Réseaux sélectifs :
 - Pop: Queen, Villa Barclay, Paris, Londres, NY...
- Soirées étudiantes, concerts...
- Magasins spécialisés:
 - Lavana (Paris Madeleine: 1500 m²)...
- Force de vente très performante
 - taille, géomarketing, trade marketing...

Magasins virtuels :



Cafés, bars, restaurants, discothèques



Les médias utilisés (2)

■ Hors médias :

- Force de vente :
 - Taille, présence forte
- Sponsoring, Mécénat :
 - Pernod Ricard: art contemporain, musée du quai Branly
- Produits dérivés :
 - sacs, verres...

22

Les médias utilisés (3)

■ Hors médias :

- Relations publiques (lobbying, relation presse):
 - www.1855.com: Le figaro, LCI, Paris match, Les échos
- Marketing direct :
 - Bacardi 30 000 mailings sur leaders d'opinion mode & nuit
- Ouvrages, internet:
 - Femivin (guide vins pour femmes)
 - Femivin.com

23

■ Hors médias :

↳ Packaging

- Soutient le positionnement, l'univers de la marque
- Attire l'œil dans les linéaires / se démarque des marques concurrentes
- Permet la reconnaissance de la marque
- agit sur les émotions, renforce le désir d'achat
- Fidélise la clientèle : comportement de collectionneur
- Informe : goût, ingrédients, risques...

24



25

Conclusion (1)

- Les alcooliers **connaissent bien leur Marché**
- Dépenses en mktg de + en + forte:
 - ↳ 1,15 E pour un prix de vente de 3,8 E (vin)
- Leurs cibles de prédilection:
 - ↳ Les jeunes
 - ↳ Les femmes
- Leurs sources de croissance:
 - ↳ nouvelles cibles
 - ↳ nouveaux produits
 - ↳ Exportations
 - ↳ Rachat, fusion, diversification...

26

Conclusion (2) Essentiel de décrypter leur stratégie marketing

- Prévention plus efficace : contre marketing
 - ↳ quel contenu? (manipulation, santé...)
 - ↳ combien de messages? (1 ctre 4 en tabac)
 - ↳ avertissements sanitaires (à cibler)?
 - ↳ cibles prioritaires de prévention? (conso + intermédiaires)
 - ↳ Actions terrains sur des lieux pertinents...

27

Ministère des solidarités
de la santé et de la famille

Réunion du 18.05.2005

Françoise Hemaiez Fourier
Directrice des Etudes
TNS MI – Pôle Créations Publicitaires



1

TNS Media Intelligence

Qui sommes-nous ?

Outils : un observatoire médiatique qui permet de traquer et comprendre les nouvelles tendances et les évolutions des stratégies des marques alimentaires et potentiellement des alcools.

Méthodologie : croiser l'analyse des discours médiatiques et des stratégies d'images publicitaires selon le principe de l'analyse sémiologique + disposer de données de cadrage sur la puissance des investissements grâce au Pôle Investissements Publicitaires.

Sources : trois bases de données complémentaires :

- base qualitative du PÔLE CRÉATIONS PUBLICITAIRES
- base thématique du PÔLE INFORMATION (Rédactionnel)
- base quantitative du PÔLE INVESTISSEMENTS PUBLICITAIRES

2

1. Quelle est la situation actuelle selon nous ?

- montée des investissements publicitaires des boissons alcoolisées du premier trimestre 2005 par rapport au premier trimestre 2004 de +18% (habituellement un trimestre plus faible),

cependant, sur les 5 dernières années (de 2000 à 2004) le secteur n'a augmenté ses investissements que de 17% par rapport à une moyenne globale tous secteurs de +27%,

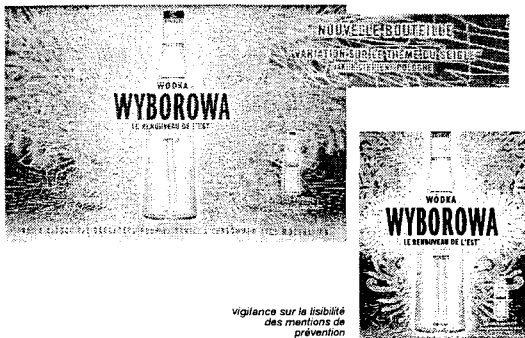
- créativité & diversité des concepts et axes de communication.

l'alcool noctambule : classique vecteur identitaire «tribal»



4

nouvel axe culturel underground



connivence culturelle & proximité



6

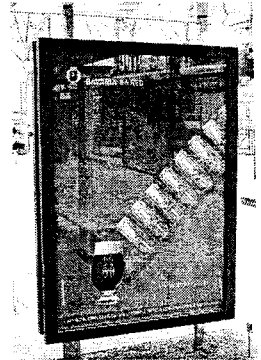
proximité et visibilité

Occupation
des unes ou
des dernières
de couverture

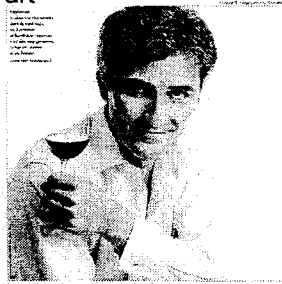


valorisation ludique de la quantité

« démesurément bière »

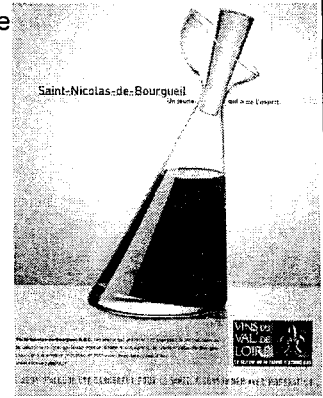


champ sémantique
de l'expertise et de l'art



BORDEAUX
BORDEAUX SUPERIEUR

design et élégance



Saint-Nicolas-de-Bourgueil
Un grand vin de Loire

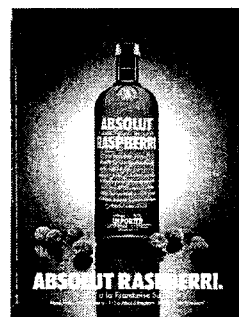
naturalité et tradition



WILLIAMINE
MORAND

L'unique fine eau-de-vie
de poires Williams de Valais.
La marque référence depuis 1889.
Inimitable
dans votre rasoir eau-de-vie.

expérimentation de nouveaux goûts



ABSOLUT RASPBERRI.

La Nouvelle Liqueur Premium
COGNAC - FRAMBOISE



expérimentation de nouveaux goûts



13

Donc une vigilance à maintenir...
mais une situation maîtrisée
par rapport aux communications
internationales

14

exemples internationaux : USA

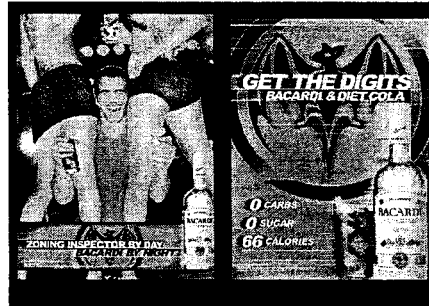
Bacardi : sensualité
 et expérimentation de nouveaux goûts



15

exemples internationaux : USA & BELGIQUE

Bacardi : puissance, double identité et bonne conscience du « low carbs »



film Belge

16

exemples internationaux : ESPAGNE

Moët en Espagne ou Bombay Saphir aux USA :
 univers de la mode et de la fête

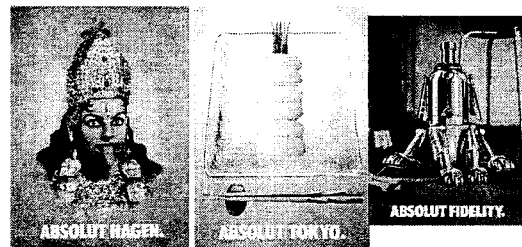


film
 Bombay Saphir USA

17

exemples internationaux : ALLEMAGNE

Absolut en Allemagne : connivence culturelle



18

2. Que pensez-vous d'états généraux sur l'alcool ?

- sensibiliser les médias & prescripteurs médicaux
- sensibiliser une cible jeune sur les nouveaux repères socioculturels de la consommation d'alcool.

19

axes de réflexion

éviter de réduire la problématique à « l'alcool délinquant »
peut être moins propice à une implication de certains publics qui rejettent la dramatisation...

réinscrire la problématique de l'alcool dans une dimension de « santé » alimentaire
occupation actuelle du terrain médiatique par le problème de l'obésité, des maladies cardiovasculaires ... et moins par l'alcool qui est cependant lié à ces problématiques de santé.

20

ANNEXE

détail des médias suivis

21

- Le Pôle Investissements Publicitaires recense et valorise toutes les campagnes publicitaires plurimédia (presse, radio, télévision, affichage, cinéma et Internet) par groupe de produits, annonceur, marque et support.
Le volume publicitaire est valorisé sur la base de tarifs bruts, hors taxe et hors dégressif.

UNIVERS PRODUITS

L'analyse plurimédia du marché publicitaire est réalisée hors AUTO-PROMOTION et ABONNEMENTS.
Les secteurs étudiés sur le marché publicitaire correspondent à la nomenclature TNS Media Intelligence.

UNIVERS MEDIA

PRESE
1 400 supports quotidiens et magazines, suppléments et hors série compris

RADIO
stations généralistes et musicales

TELEVISION
chaînes nationales et régionales
chaînes du câble & du satellite

AFFICHAGE
sur déclaratif des principaux afficheurs
réseaux nationaux et locaux

CINEMA
sur déclaratif de MEDIAVISION et Screen Vision

INTERNET
sur déclaratif de 34 régies

22

- Le Pôle Créations Publicitaires décrit et numérise les nouvelles créations publicitaires (en presse, radio, télévision, affichage, cinéma et Internet) par groupe de produits, annonceur, marque et support et par contenu des messages : signature & accroche, script, descriptif des visuels, thème.

Chaque année, le Pôle Créations Publicitaires de TNS Media Intelligence suit et analyse en France :

- - 55 000 annonces presse
- - 10 000 messages radio
- - 7 500 films publicitaires TV et cinéma
- - 4 000 affiches par an

23

UNIVERS MEDIA

Télévision – liste des Chaînes

- 6 chaînes Hertzienne : TF1, France 2, France 3, France 5, Canal + et M6
- 7 chaînes thématiques : LCI, MTV, Eurosport, Sport +, RTL9, Canal J, Voyage

Radio – stations suivies

- Écrans Nationaux + Ile de France

BFM	NRJ NATIONAL
CHERIE FM	RADIO CLASSIQUE
EUROPE 1	RFM
EUROPE 2	RIRE & CHANSONS
FRANCE INFO	RMC INFO
FRANCE INTER	RTL
FUN RADIO	RTL 2
MEM	SKYBOX
NOSTALGIE	SKYROCK
- Écrans Ile de France

ADO FM IDF	OUI FM IDF
CHERIE FM IDF	RADIO NOVA IDF
EUROPE 2 IDF	RFM IDF
FUN RADIO IDF	RIRE & CHANSONS IDF
DE LES INDEPENDANTS	RMC INFO IDF
LATINA FM IDF	RTL 2 IDF
MEM IDF	SKYROCK IDF
NOSTALGIE IDF	VOLTAGE FM IDF
	NRJ IDF

24