

é
s
e
s
o
g
i
d
a
x
+
t
o
x
o
x
+
r
e
v
e
u
e
n
o
16

4e trimestre
2004 - 11 €

Avec l'alcool,
où en sommes nous ?

et les rubriques :
prévention, biblio, législation, nova, www...

“Avec l’alcool, où en sommes-nous ?”

Sans nul doute la lutte contre l’alcoolisme est parvenue à une étape historique dans notre pays.

2004 restera comme l’année de la bataille de l’alcool entre le milieu de la viticulture et de l’industrie de l’alcool d’une part et les professionnels du soin et de la prévention d’autre part. Cette bataille est d’ailleurs loin d’être terminée.

Ce dossier thema accorde une large place à l’évolution de cette problématique à travers la contribution de plusieurs acteurs de l’ANPAA, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, qui montrent que les difficultés actuelles pour consolider la prévention et l’aide aux personnes en difficulté avec l’alcool trouvent des racines profondes dans la laborieuse émergence d’une politique de santé publique depuis des décennies.

Le choc de la culture du bien boire contre la culture de la prévention relève-t-il d’une vision simpliste ?

L’analyse de l’évolution récente des pratiques de consommation d’alcool par l’Ofdt montre pourtant que les Français (et plus encore les Françaises) ont intégré de nouvelles habitudes d’alcoolisation et de représentations sociales des boissons. On boit moins mais l’usage régulier et les ivresses progressent malheureusement chez les jeunes. Quant aux 9% d’adultes consommateurs problématiques, ils constituent toujours un enjeu de santé publique majeur comme le montre D. Jarraud dans la présentation du dispositif de prise en charge en pleine mutation.

Face à ces constats les enjeux d’une prévention globale ou ciblée, dans le milieu professionnel comme dans les écoles ou le cadre familial, resteront insuffisants s’ils se limitent à de grandes campagnes nationales. Il faut une prévention de terrain active, partenariale, qui s’inscrit dans la durée et la proximité auprès de la population.

* Médecin délégué
ANPAA

mraplet@anpa.asso.fr

La question alcool dans l’histoire de la France contemporaine

Dr Michel Craplet*

EN FONDANT L’ALCOOLOGIE dans les années 60, Pierre Fouquet avait placé la question alcool au croisement d’un ensemble de disciplines. Il avait été le premier à démontrer que pour intervenir avec pertinence dans le domaine du soin et de la prévention du risque alcool, il est nécessaire de bien

connaître le contexte social et culturel de la production, de l’offre et de la consommation des boissons.

Nous allons illustrer ce propos par un regard historique. Nous espérons ainsi expliquer certaines difficultés pour le développement du soin et de la prévention des problèmes liés à l’alcool en France.

Lutte contre l’alcoolisme : une longue histoire

Une grande peur sociale à la fin du XIX^e siècle

La prévention de l’alcoolisme débute en France dans une ambiance très politique après la défaite de 1870 face à la Prusse et les événements de la Commune. Même si cette révolte se limita à la ville de Paris, la bourgeoisie prit peur après avoir revécu le souvenir de la grande Révolution de 1789. Après la défaite des Communards, les conservateurs accusèrent l’ivrognerie du peuple d’être responsable de l’esprit de sédition et des violences. Il leur fut facile de reprendre les thèses des médecins aliénistes de l’époque qui avaient caricaturé le rôle de l’alcool sur les maladies mentales avec leur théorie de la *dégénérescence morale*.

C’est dans ce contexte qu’une ligue antialcoolique fut créée en 1872 par de grandes personnalités de la politique et des sciences, dont Pasteur et Claude Bernard. Le premier succès de cette ligue fut de faire

voter la première loi contre l’ivresse publique en 1873. Ensuite, cette ligue cibla dans son premier long combat une boisson apéritive populaire : l’absinthe. De 1870 à 1914, des publications, des manifestations et des pétitions essayèrent de sensibiliser les responsables politiques et l’opinion publique aux dangers de cette boisson.

Les armes alcooliques des combattants

L’interdiction de l’absinthe fut obtenue seulement à l’occasion de la première guerre mondiale, cette boisson disparut alors avec tout son folklore, mais le vin bénéficia des événements de ce conflit. Les viticulteurs du midi de la France avaient fait cadeau aux armées de quantités importantes de vin en 1914 et, dès l’année suivante, le Ministère de la Guerre en commanda des quantités encore plus grandes. Le vin, qui trouva son nom populaire de *pinard* dans les tranchées, fut alors

découvert par de nombreux soldats venant des régions du Nord et de l'Ouest de la France où ils n'en buvaient pas. Le maréchal Pétain, vainqueur de la bataille de Verdun, en fit une apologie remarquée quelques années plus tard et les plus grands poètes, comme Apollinaire, célébrèrent la victoire du vin, et en particulier du champagne, sur la bière allemande. Ainsi, il décrivit la ligne de front... *où l'artillerie débouche ses bouteilles crémantes*¹". La victoire de 1918 inaugura donc une période de gloire pour le vin pendant les "années folles", les années vin, pourrait-on dire en jouant sur les mots. De grands noms de la médecine se manifestèrent alors comme *médecins amis du vin*, dans des textes qui s'intitulaient par exemple *Mon docteur le vin*. La Ligue nationale contre l'alcoolisme se montra peu active pendant cette période.

Prohibition de guerre et overdose nationale

Ainsi, pendant cette première période de la prévention de l'alcoolisme - celle de la lutte contre un fléau social - les conditions politiques intérieures et extérieures ont eu un retentissement important. Ce fut encore le cas lors de la Seconde guerre mondiale. Comme en 1870, se développa un discours pointant le rôle de l'alcool dans la débâcle de l'armée française en 1940 : selon les cas, l'alcool est donc responsable des défaites ou des victoires ! De nouveau, des mesures réglementaires furent prises par l'État français. Il est impossible d'évaluer l'effet de ces mesures puisque ce sont les conditions de l'occupation de la France par l'armée allemande qui firent chuter la consommation de vin : la restriction de l'approvisionnement entraîna une baisse considérable de la mortalité due à l'alcool. Cependant, rapidement après 1945, la reconstruction de la France s'accompagna d'une réalcoolisation progressive qui aboutit à un record de consommation en 1957.

La réapparition du problème provoqua heureusement une réaction. La Ligue nationale contre l'alcoolisme se revivifia dans le Comité national de défense contre l'alcoolisme (CNDCA). Certains responsables politiques réagirent également. Mendès-France est encore dans les mémoires pour avoir fourni un verre de lait aux enfants des écoles tous les matins. Il avait choqué l'opinion en buvant ce même verre de lait lors de réunions publiques ! Il fit voter des lois et pris des décrets - en particulier pour abolir le privilège fiscal des bouilleurs de cru - au cours de son mandat de quelques mois en 1954. Il tenta de pérenniser son œuvre par

la création du Haut Comité d'Études et d'Information sur l'Alcoolisme (HCEIA) qu'il mit sous la tutelle du Premier Ministre. Cette œuvre fut poursuivie en 1959 par un autre homme d'état courageux, de bord politique opposé : Michel Debré.

À la même époque, le démographe Sully Ledermann publia les études qui conduisent au modèle de prévention en population générale. Elles étaient basées sur des recherches faites à l'Institut National d'Études Démographiques (ancêtre de l'INSEE) révélant que l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes était dû à l'alcoolisme. En conclusion, Ledermann écrivit que les revenus des producteurs, des vendeurs de vin et d'eaux de vie, ainsi que ceux de l'État pour sa part de taxe correspondaient à un *placement-alcoolisme*². En dépit de cet avertissement clair, les Français continuèrent de se cacher la tête dans le sable de leurs caves. C'est seulement dans l'Europe du nord que furent tirées les conséquences de ces recherches pour la politique de l'alcool et c'est seulement dans les publications anglo-saxonnes que les travaux de Ledermann ont été reconnus : nul n'est prophète en son pays.

Naissance du concept d'alcoologie

Les années soixante ont été marquées par le début d'un travail spécialisé grâce en particulier à Pierre Fouquet, fondateur de l'alcoologie, un mot qu'il était allé chercher en Suisse. Fouquet démontra, en novembre 1966, l'intérêt du concept d'alcoologie et proposa l'utilisation de ce mot dans son intervention fondatrice : *Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie*³. Dans ce texte, Fouquet expliqua pourquoi il avait repris ce signifiant utilisé en Suisse. J'ai retracé en détail l'histoire⁴ de ce mot saute-frontière entre la Russie, la Suisse et la France et l'intérêt⁵ de ce concept. J'ai expliqué comment le concept d'alcoologie est toujours pertinent et comment on pouvait toujours rêver avec Fouquet de l'intérêt d'une discipline rassemblant des travaux de tous les champs de recherche pour bâtir une approche exhaustive et cohérente des politiques de soin et de prévention.

L'isolement des alcoologues : les associations "au front"

Revenons à la situation française, sur le terrain, à la fin des années 60. La France bénéficiait donc d'une agence officielle - le HCEIA - de données statistiques et de concepts d'intervention dans le domaine de la prévention et du soin. Les premiers

centres d'alcoologie furent créés à partir de 1974, en particulier sous l'impulsion du CNDCA qui passa de son domaine traditionnel de la prévention à celui du soin. C'était aussi l'époque où les intervenants en prévention devinrent des professionnels formés à l'intervention et à la communication. En dépit du travail de ces pionniers, on aperçoit peu de cohérence et peu de continuité dans les politiques publiques au cours des années 70 et 80. Les progrès sont restés longtemps confidentiels dans un pays soumis à la "passion alcool" et plus intéressé par la commercialisation des produits de la vigne et par la valorisation de "bonnes" manières de boire. La situation semblait ne pas pouvoir évoluer et les Français paraissaient condamnés à une réduction de leur espérance de vie.

Pour combler le vide entre les besoins et les ressources, les autorités publiques utilisèrent les efforts des associations privées investies dans la prévention et le soin, pour accomplir un travail impopulaire qui les embarrassait. Ainsi, les hommes politiques ont pu continuer à porter tout leur intérêt vers leurs électeurs... viticulteurs ou buveurs de vin. Seules des organisations privées comme l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA), nouvelle appellation du CNDCA - héritière donc de la ligue anti-alcoolique fondée en 1872 - ou des sociétés savantes comme la Société Française d'alcoologie contribuèrent à entretenir la flamme du soin aux alcooliques et de la prévention du risque alcool. Nous pouvons comparer cette situation à ce qui s'est passé au XIX^e siècle dans le champ de l'assistance aux aliénés lorsque l'administration faisait appel à des congrégations et à des sociétés privées pour fonder les nouveaux asiles d'aliénés rendus obligatoires par la loi, mais dont la construction et la gestion étaient trop lourdes pour les finances publiques.

En dépit de certains succès (ou à cause d'eux !), le HCEIA fut démembré à la fin des années 80. Il passa d'abord sous l'administration du Ministère de la santé (ou du secrétariat d'état, selon le poids de la

1 - Apollinaire G., *Le vigneron champenois*. In "La Tête étoilée", Calligrammes

2 - Ledermann S., *Alcool, Alcoolisation, Alcoolisme*, Tome II, Paris, PUF, 1964, p. 430

3 - Fouquet P. *Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie*, Alcool ou santé, 1967; 82 (2) : 3-11

4 - Craplet M., *Alcoologie : mot français d'origine étrangère*, Alcoologie, 1999; 21(HS) : 133-142

5 - Craplet M., *Éloge de l'alcoologie et naissance de l'addictologie?*, Alcoologie et addictologie, 2000; 22 (3) :

santé dans les gouvernements successifs) puis ses ressources furent diluées dans le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) qui, à ce moment, devait investir ses moyens dans d'autres domaines à cause de l'augmentation de la consommation des drogues illégales et de l'épidémie de sida. Cette situation malheureuse donna l'occasion aux services publics d'oublier les problèmes d'alcool devant ces besoins apparemment plus urgents. Alors, les associations restèrent encore plus seules sur le front de la question alcool. Pourtant, au début des années 90, la loi Évin avait enfin placé la question de l'alcool sur l'agenda des responsables politiques, en France et même en Europe, du fait de ses conséquences sur les media internationaux, en particulier à l'occasion de la retransmission d'événements sportifs. Plus généralement, la circulation des hommes, des marchandises et des services à l'intérieur du grand marché européen en construction conduisit à élargir le champ d'intervention de la prévention du risque alcool. Cette internationalisation des problèmes fut abordée d'abord par les associations et a conduit à la création d'organisations européennes spécialisées comme Eurocare où l'ANPA pouvait faire entendre la voix de la France qui refusait la fatalité de l'alcoolisme.

On peut regretter à ce propos l'isolement institutionnel et scientifique des alcoologues français qui participèrent peu aux travaux internationaux, par exemple ceux de l'OMS. La question de la langue fut obstacle, non seulement la barrière linguistique, mais surtout l'illusion de la persistance de l'influence du français. On pourrait comparer ces alcoologues, qui s'enfermèrent dans leurs rêves, aux producteurs de vin français qui se sont réveillés seulement récemment devant la concurrence des vins d'origine étrangère dont la qualité s'accroissait régulièrement, parfois grâce à des professionnels français expatriés !

Eurocare : European Council on Alcohol Research Rehabilitation and Education

L'activité d'Eurocare et l'activité européenne de l'ANPA sont restées assez confidentielles en France : la plus grande manifestation fut une conférence de presse organisée à Paris le 29 septembre 1992, au lendemain du référendum français sur le traité de Maastricht. En revanche, la naissance d'Eurocare ne passa pas inaperçue dans plusieurs pays. Les producteurs d'alcool considérèrent d'emblée que cette association était une machine de guerre lancée contre eux. Ils attribuèrent à Eurocare un pouvoir supérieur à la réalité des moyens débutants de l'association ; il est possible qu'ils aient joué à se faire peur pour mobiliser leurs troupes et effrayer également les pouvoirs publics de certains pays par ce mouvement qu'ils qualifiaient de **néo-prohibitionniste**. Récemment, nous avons vu de nouveau comment les producteurs d'alcool et leurs alliés déforment la réalité de nos objectifs pour nous rendre impopulaires.

Eurocare se développa progressivement ; en 1995, s'ouvrit un bureau de liaison à Bruxelles. Aujourd'hui, Eurocare regroupe une cinquantaine d'associations représentant les états membres de l'Union Européenne et des associations d'autres pays (Suisse, Norvège, Europe centrale et orientale). Son objectif principal consiste à influencer les responsables politiques européens (ce qu'on appelle en français le lobbying, en anglais plus souvent : **advocacy**). Eurocare l'a fait à l'occasion de plusieurs rencontres avec les Commissaires européens et les Directeurs généraux et par des actions au sein du Parlement européen. Eurocare a réalisé plusieurs actions cofinancées par la Commission. Eurocare a publié également de nombreux documents.

Le détail de ces actions peut se retrouver sur le site internet : www.eurocare.org qui fournit par ailleurs des données sur la situation alcoologique en Europe.

Une réalité dure à avaler : l'alcool est une drogue

Des changements sont apparus au milieu des années 90. Des hommes politiques ont enfin laissé les experts définir une nouvelle politique de santé dans laquelle les problèmes liés à la consommation d'alcool ont trouvé leur place parmi les autres addictions. Plusieurs rapports (Parquet Raynaud, Raynaud Parquet, Kopp) ont repris scientifiquement et officiellement ce que les pionniers de l'alcoologie disaient et écrivaient depuis longtemps dans une abondante *littérature grise*.

Il restait aux responsables politiques et à l'ensemble des citoyens à *digérer* cette information pourtant bien simple : *l'alcool est une drogue*. La France doit affronter cette terrible nouveauté 45 ans après que cette vérité a été actée par l'OMS. Sous l'impulsion de sa présidente Nicole Maestracci, les travaux de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) ont alors été élargis aux drogues licites (alcool, tabac, médicaments). Ils ont contribué à faire

connaître le concept d'addiction avec un nouveau mot **addictologie**⁶ : les scientifiques français sont amateurs de nouveaux mots. Le gouvernement socialiste qui impulsua la nouvelle politique incluant l'alcool parmi les drogues, ne défendit pas cette position ouvertement, laissant les services du Ministère communiquer. Néanmoins, il favorisa des politiques telles que la réduction des risques et se rapprocha d'une légalisation du cannabis. Il tenta aussi de favoriser le rapprochement des structures de soin aux alcooliques et aux toxicomanes (projet des structures CSAPA).

Espoirs et risques de l'addictologie

La nouvelle politique de l'alcool était arrivée : l'alcool était considéré juste comme une drogue, parfois une drogue comme les autres. Tout en approuvant la nouveauté de l'addiction, j'ai déjà pointé certains risques de cette approche globale⁷. Il est

⁶ - Favre J-D, *Éditorial, Alcoologie et addictologie*, 2000: 3-4

⁷ - Craplet M., *Éloge de l'alcoologie et naissance de l'addictologie?*, op.cit.

vrai que la plupart des alcooliques sont également dépendants d'un autre produit : tabac, tranquillisants, cannabis. Il est vrai que l'alcool est souvent une introduction à d'autres drogues. Néanmoins, cette approche globale peut avoir des effets pervers : l'intérêt pour les questions du tabac et des médicaments psychoactifs au nom de la santé publique et les soucis sécuritaires soulevés par la question du cannabis et des drogues illégales peuvent contribuer à cacher le problème le plus important : l'abus d'alcool. Effectivement, il est plus gratifiant - en terme de reconnaissance publique ou politique - de s'attaquer aux problèmes des drogues illicites plutôt que d'apparaître comme un *triste sire* voire un *ayatollah* (ces appellations furent données à certains responsables de l'ANPAA dans des journaux considérés comme sérieux) qui refuse la convivialité nationale autour d'un verre. Le risque d'oubli de la question alcool dans l'ensemble du problème des drogues fut renforcé avec un changement de majorité politique qui se révéla sensible aux discours et aux actions des producteurs d'alcool. Il est intéressant de constater que l'approche du problème est redevenue politique pendant les périodes de campagne électorale : si la drogue est désormais un objet médical normal, elle n'est pas encore considérée comme un objet politique normal.

2004 : année étonnante

Après un silence de deux ans consécutif à l'alternance politique, un nouveau plan gouvernemental de la MILDT vient de se mettre en place. Ce retard est bien le reflet de l'ambivalence persistante du monde politique et administratif vis-à-vis de la question alcool. Nous pouvons prendre d'autres exemples pour illustrer cette ambivalence. Alors qu'une *grande loi sur la santé publique* a été préparée par les services du gouvernement et votée cette année, d'autres mesures prises par le parlement, parfois grâce à la passivité du gouvernement, sont venues contrecarrer les objectifs de cette loi.

- À la suite de condamnations en justice de certaines publicités conformément à la loi Évin, le monde de la viticulture a monté une grande opération de lobby en profitant d'un contexte favorable : la campagne pour les élections régionales et les difficultés de la filière vin⁸. Ce fut l'occasion pour eux de révéler leurs doubles discours ou leurs vrais discours en ressortant par exemple de vieux arguments comme *le vin est un aliment*. Ce fut aussi l'occasion de mesurer le courage ou la versatilité

⁸ - Cf. Revue Toxibase n° 15/2004 (p. 36).
Livre blanc de la viticulture française

de nos responsables. Le sort de la loi Évin repose à présent sur la mobilisation des ministres lors de son passage devant le Sénat en janvier 2005.

À la suite de la demande d'une association, le Parquet de Lille a ouvert une enquête préliminaire sur le défaut d'information des dangers de la consommation d'alcool. Il s'agit de savoir s'il est possible de déposer une plainte contre les producteurs d'alcool ou les responsables de la santé publique. Les chefs d'accusation pourraient faire référence au droit de la consommation (tromperie aggravée sur la marchandise) et même se qualifier en "*mise en danger de la vie d'autrui* ou *bles-sures involontaires*" en particulier dans le cas des femmes enceintes. Devant le retentissement médiatique de l'affaire, le ministre de la santé a affirmé être favorable à ce type de message sanitaire. Cette position est d'autant plus remarquable que le gouvernement précédent - du même bord politique mais avec un autre ministre de la santé - avait fait échouer un amendement sénatorial allant dans ce sens six mois auparavant.

Un texte a été voté à l'Assemblée nationale, il doit être confirmé au Sénat et suivi de décret d'application. Si une information sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse était enfin lancée vers le grand public, ce serait la fin d'un vrai paradoxe français : dans le pays où le docteur Lemoine, pionnier inconnu, avait découvert le syndrome d'alcoolisation fœtale en 1968, on pourrait enfin en parler... quarante ans après.

Il est intéressant de relever que par deux fois, c'est l'intervention de l'instance judiciaire qui poussa les responsables politiques à prendre position. Ces instances doivent donner un avis et ne peuvent différer leurs réponses, comme savent le faire les instances du pouvoir législatif, de l'exécutif ou de l'administration. De même, au niveau européen, c'est la Cour de justice des Communautés européennes qui donna dernièrement des avis favorables aux mesures de contrôle de l'offre d'alcool : reconnaissance de la validité de la loi Évin et des monopoles de vente d'alcool dans les pays scandinaves.

Conclusion : Un pays au milieu du gué sur un fleuve d'alcool

Les optimistes pourront dire que la situation s'améliore. Certes, l'accès à l'alcool est toujours facile en France, en particulier parce que la taxation des boissons alcooliques est faible. Cette facilité peut encore être illustrée par la possibilité d'acheter de l'alcool dans les stations-service pendant la journée. La restriction de la publicité était un facteur de contrôle important depuis le vote de la loi Évin en 1991. Cette loi a résisté aux attaques des industriels de l'alcool, en particulier au brasseur le plus puissant au niveau mondial (Anheuser-Bush) qui n'a pas pu sponsoriser la coupe du monde de football de 1998 en France. Alors qu'elle est confortée au niveau européen par une récente décision de la Cour de justice des Communautés européennes (C-262/02 du 13 juillet 2004), la loi Évin est aujourd'hui menacée en France.

La question de l'insécurité routière est mieux abordée et le rôle de l'alcool dans ce problème ne peut plus être oublié. Les conséquences de consommations excessives aiguës des jeunes générations (défonc'e) sont également mieux prises en considération. Nous pouvons dire crûment que la mort de dizaine de milliers de personnes à un âge prématûr autour de la cin-

quantaine, personnes qui ont été de bons pères de famille, de bons citoyens, de bons professionnels ne dérange pas la société autant que les morts d'un petit nombre d'adultes plus jeunes sur les routes ou à la suite d'autres actes de violence. Il semble que les changements des manières de boire qui entraîne un passage des complications médicales aux conséquences sociales soit une motivation forte pour les autorités publiques à installer une vraie politique de contrôle de l'alcool.

Dans le domaine du soin, en l'absence d'encouragements officiels, l'alcoolologie resta pendant des décennies le domaine de quelques spécialistes qui se sont intéressés à toutes les personnes qui avaient un problème avec l'alcool, même celles qui n'étaient pas dépendantes, parce que personne d'autre ne le faisait. Récemment, on reprocha à ces pionniers cette attitude peu efficace dans un pays qui avait besoin de larges programmes de diagnostic précoce et d'interventions thérapeutiques variées. Pour s'opposer à cette tendance, les médecins généralistes sont invités à faire du dépistage et des interventions brèves. Oui, la prévalence des problèmes et leur coût justifient ces nouveaux programmes dont l'efficacité est démontrée dans le cas des

usages d'alcool sans dépendance. Cependant, les ressources attribuées ne suivent pas toujours les déclarations politiques.

Par ailleurs nombre de personnes dépistées sont peu *obéissantes* aux mesures conseillées, puisque la consommation d'alcool fait justement oublier les conséquences de cette consommation, les résultats des tests de dépistage et les *bonnes résolutions* prises. Les centres spécialisés - ambulatoires ou avec hospitalisation - sont invités à devenir plus efficaces dans un contexte de normalisation qui n'est pas toujours favorable à la relation thérapeutique. Encore une fois, il n'est pas sûr que les moyens nécessaires à cet objectif soient donnés.

Les pessimistes pourront toujours lire les mêmes incohérences dans les derniers événements. *En France l'alcool est à la fois un sujet tabou et un produit totem*, disait Hélène Mignon dans un rapport parlementaire en 1998. C'est un totem autour duquel nous dansons tous. Dans un livre⁹, j'ai utilisé le mot *passion* pour résumer l'attitude de la société française et d'autres sociétés occidentales envers l'alcool. La passion évoque l'attraction pour le produit, la souffrance du manque et aussi le simple plaisir du collectionneur de bouteilles ou de souvenirs liés à l'alcool.

Lors d'une conférence où j'avais exposé le tabou lié aux problèmes d'alcool en France, des collègues norvégiens me surprisent pas leur interprétation : ils comparent la problématique de l'alcool en France à l'attitude des Norvégiens devant leurs compatriotes qui se comportent de manière dangereuse dans la pratique... du ski. Cette activité, qui pour nous appartient au monde des loisirs, est considérée en Norvège comme une valeur nationale dont il faut avoir la maîtrise, de même qu'en France le *savoir boire*. Les boissons alcooliques, et spécialement le vin, sont considérées comme de bons produits du point de vue économique et culturel. Pour rester un bon citoyen français, il convient de ne pas faire un *mauvais usage* de ces *bons produits*. Les buveurs qui en font un *mauvais usage* sont rejetés hors de la communauté.

Nous prétendons rester de bons citoyens même si nous travaillons dans le domaine de la prévention en dénonçant les excès de langage et de comportement des défenseurs des boissons. Nous sommes seulement quelquefois des *empêcheurs de boire en rond*, en obligeant nos concitoyens à prendre du recul pour ne pas tomber dans les excès de la *passion alcool*. Nous avons vu comment les viticulteurs se sont sentis particulièrement attaqués par les actions judiciaires récentes et les dernières cam-

pagnes de prévention. C'est faux ! Depuis 20 ans les responsables de ces actions et des campagnes ont justement pris garde de respecter l'équilibre entre les boissons pour ne pas se discréditer. Nous considérons que les producteurs devraient se tenir à un discours sans osciller entre plusieurs attitudes : le vin est-il un aliment banal, comme ils le disent, ou bien un produit divin, comme ils le soutiennent également. Peuvent-ils continuer à en parler comme du *sang de la terre* (en reprenant la métaphore de nombreux poètes) et crier au scandale parce que dans la dernière campagne de l'INPES ils ont cru voir que le vin avait été assimilé au sang.

Nous souhaitons enfin attirer l'attention sur le risque de *saucissonner* les actions de soin et surtout de prévention en ciblant sur certaines populations à risque : les jeunes, les femmes enceintes, les conducteurs de machine. C'est ainsi que la législation est devenue plus sévère envers les nouveaux-consommateurs (c'est-à-dire principalement des jeunes conducteurs) ou les chauffeurs de transports publics. C'est ainsi que des messages sanitaires vont être apposés sur les étiquettes pour parler seulement du risque de la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Ces actions ponctuelles sont nécessaires mais cette focalisation peut entraîner une stigmatisation qui aura des effets négatifs. Elle permet surtout aux autres consommateurs (les adultes, les hommes, les travailleurs du secteur tertiaire installées, non pas derrière un volant mais devant leur écran d'ordinateur par exemple...) de continuer à croire qu'ils sont à l'abri et de dénoncer le risque seulement chez les autres. Nous savons depuis les travaux de Ledermann que le problème est à considérer dans l'ensemble du corps social.

⁹ - Craplet M., *Passion alcool*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2000

Évolutions récentes des pratiques d'alcoolisation en France : aperçu des données épidémiologiques

F. Beck, S. Legleye*

LE RECOURS AUX ENQUÊTES en population générale permet de suivre les évolutions des usages de substances psychoactives en France. D'une façon générale, les consommations de drogues touchent surtout les jeunes hommes, mais il existe un décalage majeur de niveau

entre les produits licites et illicites. Parmi les adultes, l'alcool se distingue des autres produits par une certaine masculinité, ainsi que par le fait que la proportion d'usagers réguliers augmente avec l'âge. Les données présentées ici concernent les adolescents puis les adultes.

La différence entre garçons et filles qui apparaît pour la consommation d'alcool se retrouve naturellement pour l'ivresse. À 17-18 ans, près des deux tiers des garçons (63,3 %) déclarent avoir déjà connu un épisode d'ivresse au cours de leur vie, contre la moitié des filles (48,8 %) : l'ivresse est donc 1,3 fois plus répandue chez les garçons. Quant aux ivresses régulières (plus de dix au cours de l'année), si 11,0 % des garçons reconnaissent un tel comportement, il ne concerne que 2,9 % des filles (soit 3,6 fois plus de garçons).

Sur une période récente (2000-2003), l'usage régulier d'alcool parmi les 17-18 ans apparaît en hausse (sans que la proportion de jeunes déclarant des ivresses régulières n'ait toutefois évolué). Il s'avère désormais aussi fréquent que celui de cannabis parmi les filles. En revanche, parmi les garçons, l'usage régulier d'alcool est à présent supérieur à celui du cannabis.

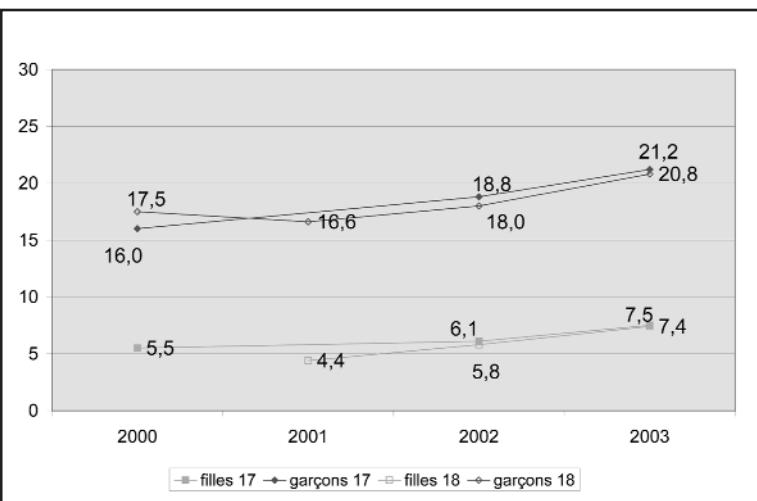
Usages parmi les adolescents

Parmi les adolescents, la consommation d'alcool est un comportement d'autant plus masculin que la fréquence de consommation observée est élevée. Par exemple, il y a à peine plus de garçons que de filles de 17-18 ans qui déclarent avoir bu de l'alcool au cours du mois (84,1 % des garçons et 76,2 % des filles), mais ce ratio atteint 2,8 pour la consommation régulière (21,0 % contre 7,5 %) et, bien qu'elle soit très rare,

il atteint 10 pour la consommation quotidienne : 2,1 % contre 0,2 % (Beck et al., 2004).

Dans la majorité des cas toutefois, l'usage récent d'alcool n'atteint pas le seuil des dix épisodes de consommation au cours des trente derniers jours. Ce type de consommation est caractéristique des jeunes, qui ne boivent pas tous les jours, mais essentiellement le week-end.

Figure 1 : Évolution de l'usage régulier d'alcool par sexe, à 17 et 18 ans depuis 2000 (en %)



Sources : ESCAPAD 2000, 2001, 2002, 2003 OFDT

Présentation de l'enquête ESCAPAD

Mise en œuvre par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), en partenariat avec la Direction Centrale du Service National (Dcsn), l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) a remplacé les enquêtes du Service de Santé des Armées menées au cours du Service National jusqu'en 1996.

Cette enquête annuelle consiste en un questionnaire proposé à l'ensemble des jeunes présents lors d'une seule Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD), soit environ 17 000 hommes et femmes de 17 à 18 ans interrogés chaque année. L'apport de cette enquête est de renseigner sur les tendances émergentes en termes de produits et d'offrir un suivi très réactif des évolutions sur cette population particulièrement concernée. Elle présente l'avantage d'interroger tous les jeunes Français, y compris ceux qui sont déscolarisés ou qui travaillent. Depuis 2001, cette enquête a été étendue aux DOM puis aux Collectivités d'Outre-Mer (COM) à partir de 2003. L'enquête a obtenu l'avis d'opportunité du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS), et s'est vue attribuer le label d'intérêt général par le Comité du Label, ainsi qu'un avis favorable de la Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés (CNIL).

* OFDT

3, av. du Stade de France
93218 Saint-Denis
la Plaine cedex

Usages en population adulte

Parmi les adultes, les usages d'alcool augmentent régulièrement avec l'âge pour dépasser, parmi les plus de 64 ans, les deux tiers des hommes et le tiers des femmes pour l'usage régulier d'alcool. Plus des deux tiers des 18-75 ans déclarent avoir bu au moins une boisson alcoolisée au cours des sept derniers jours. La question posée précisait un certain nombre d'exemples tels que vin, bière, apéritif, alcool fort mais aussi cidre et champagne, ces derniers étant parfois implicitement exclus du lot des boissons alcoolisées, eu égard à leur faible teneur en alcool ou au caractère festif et exceptionnel de leur consommation. La majorité de ceux qui ont bu au cours des sept derniers jours l'ont fait à une ou deux reprises (37 % de l'ensemble), 12 % des 18-75 ans ayant bu plus souvent, mais pas quotidiennement et 19 % ayant bu tous les jours. Les hommes s'avèrent nettement plus consommateurs que les femmes : les trois quarts (78 %) ont bu de l'alcool au moins une fois au cours de la semaine précédant l'enquête, contre près de six femmes sur dix (57 %). Enfin, les buveurs quotidiens sont presque trois fois plus nombreux que les buveuses quotidiennes (27% vs 11%).

L'alcool le plus couramment consommé est le vin (84 % des 18-75 ans en ont bu au cours de l'année) devant les alcools forts (60 %) et la bière (57 %). L'usage quotidien d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête concerne surtout les générations âgées : il passe de 3,9 % parmi les 18-25 ans à 38 % parmi les 55-75 ans. Plus généralement, l'alcool et les médicaments psychotropes sont les seules substances psychoactives dont l'usage augmente avec l'âge parmi les adultes.

La proportion de buveurs quotidiens (mesurée au cours de la semaine) est en

baisse, mesurable depuis le milieu des années 1990 : elle est passée de 23 % des adultes en 1995 (Guilbert et al. 1997) à 19 % en 2002, à structure de population constante. Ceci est dû en particulier à la diminution de la consommation quotidienne de vin (Legleye et al., 2001) qui s'observe depuis le début des années 1960 par les données de vente enregistrées par l'INSEE en litres d'alcool pur par adulte de 15 ans et plus (Besson, 2004) : le cidre et les vins de consommation courante sont en nette baisse, la bière et les alcools forts n'ont pas connu d'évolution notable sur cette période et les vins de qualité s'avèrent nettement plus consommés, en particulier depuis le milieu des années 1980. Globalement, l'ensemble des indicateurs de consommation d'alcool est resté orienté plutôt à la baisse au cours de la dernière décennie. C'est le cas par exemple de la proportion d'individus déclarant avoir bu la veille de l'enquête (39 % des 18-75 ans en 2002 contre 45 % en 1996 (Guilbert et Perrin-Escalon, 2004)).

Le vin représente la quasi-totalité des consommations quotidiennes d'alcool. Derrière lui, la consommation quotidienne de bière atteint à peine 5 % de chaque tranche d'âge, celle des autres types de boissons se révèle anecdotique. Selon une série d'enquêtes quinquennales menées depuis 1980, la consommation de vin a diminué dans la population française au cours des vingt dernières années, mais la part des consommateurs s'est maintenant stabilisée aux deux tiers de la population des 15 ans et plus (Aigrain et al., 2000). Il apparaît que les nouvelles générations apprécient toujours le vin mais ont tendance à choisir plutôt des vins de qualité supérieure dont ils boivent de plus petites quantités et beaucoup moins des vins de table.

Présentation de l'enquête EROPP

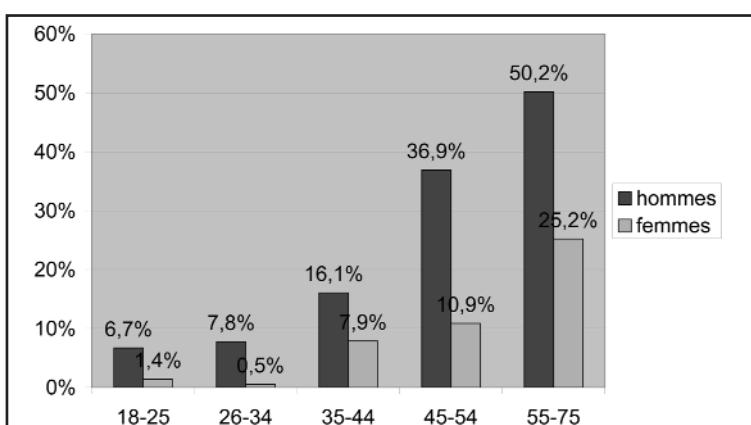
L'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Produits psychoactifs (EROPP) a été menée en 1999 et 2002 par téléphone (système CATI¹). Elle repose sur un échantillon par quotas² de 2 009 personnes âgées de 15 à 75 ans, représentatif de la population française métropolitaine. Un autre échantillon comprenant 201 individus possédant un téléphone portable mais pas de ligne fixe a également été interrogé, afin d'essayer d'évaluer l'impact d'une telle lacune de la base de sondage. Les résultats sur ces individus ont donné lieu à une étude méthodologique exploratoire (Beck et al., 2004).

L'objectif de cette enquête est d'observer et de suivre les évolutions des opinions sur la politique publique et les mesures à prendre au regard des perceptions sur les produits et sur les risques. L'anonymat et le respect de la confidentialité étaient garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL). EROPP a par ailleurs obtenu l'avis d'opportunité du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) et s'est vue attribuer le label d'intérêt général par le Comité du Label.

1 - Collecte Assistée par Téléphone et Informatique

2 - Les critères retenus pour les quotas sont le sexe, l'âge, la profession de la personne de référence du ménage, la région et la catégorie d'agglomération.

Figure 2 : Usage quotidien d'alcool au cours des sept derniers jours en 2002 selon le sexe et l'âge

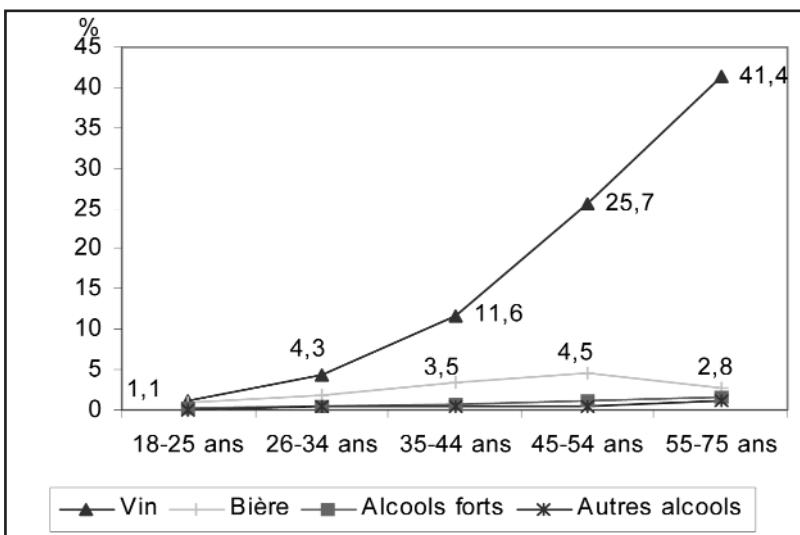


Source : EROPP 2002, OFDT

Comme l'avait montré Sulkunen (1986) sur la période 1965-1980, la consommation quotidienne d'alcool s'avère très liée à la situation professionnelle. En 2000, les retraités constituent le groupe le plus consommateur mais ceci est essentiellement dû à un effet de la génération. En contrôlant cet effet grâce à des régressions logistiques, il apparaît que les PCS les plus consommatoires sont les agriculteurs et les

artisans, suivies d'un peu plus loin par les ouvriers. Les cadres apparaissent dans la norme et les professions intermédiaires et les employés nettement moins consommateurs (Legleye et Beck, 2004a). Comparés au reste de la population de la même tranche d'âge, les étudiants du supérieur se déclarent un peu moins souvent consommateurs réguliers d'alcool, mais plus souvent ivres (Legleye et Beck, 2004b).

Figure 3 : Fréquence de la consommation quotidienne d'alcool en population générale adulte en 2000, par âge et type de boissons



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Présentation du Baromètre Santé 2000

Le Baromètre Santé 2000 est une enquête en population générale centrée sur la santé, réalisée en novembre et décembre 1999 à l'aide du système CATI (Guilbert et al., 2001).

L'échantillon repose sur un sondage aléatoire à deux degrés : les numéros de téléphone des ménages ont d'abord été obtenus par génération aléatoire sur la base de l'annuaire téléphonique, puis grâce à une itération. Avant les appels, une lettre-annonce à en-tête du CFES a été envoyée à tous les ménages (à l'exception de ceux sur liste rouge qui se la voyaient proposer a posteriori), mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans et parlant le français. Les numéros étaient recomposés automatiquement 30 ou 90 minutes plus tard s'ils ne répondaient pas ou sonnaient occupés : jusqu'à 12 tentatives étaient effectuées, à des heures et des jours différents si nécessaire, l'enquêteur raccrochant après 8 sonneries. Ensuite, à l'intérieur de chaque foyer, l'individu sélectionné était celui dont l'anniversaire était le prochain à venir. Si l'individu sélectionné n'était pas présent ou disponible au moment du contact, un rendez-vous téléphonique lui était proposé, et en cas de refus de participation de sa part, le ménage était abandonné. L'anonymat et le respect de la confidentialité étaient garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

Les données ont été pondérées par la probabilité de tirage au sein du ménage (pour compenser le fait qu'un individu d'un ménage nombreux a moins de chance d'être tiré au sort) et calées sur les données du dernier recensement de la population de 1999. Les taux de refus ont été les suivants : 25,1 % pour les ménages, 6,6 % pour les individus, puis 1,9 % des individus ont abandonné en cours d'entretien. L'échantillon comprend 13 685 personnes de 12 à 75 ans.

Usages problématiques

À partir des enquêtes en population générale, il est également possible de repérer les individus ayant actuellement (ou ayant rencontré par le passé) certaines difficultés avec l'alcool, grâce au test DETA³. Environ 9 % des adultes peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool. Un tel profil inclut donc des individus qui n'ont plus actuellement de problèmes avec l'alcool⁴. Cette proportion est restée stable au cours de la dernière décennie. Ce type de consommation à risque d'alcoolodépendance augmente globalement avec l'âge jusqu'à 45-54 ans : la proportion d'hommes concernés passe de 9 % à 19 % de 18-25 ans à 45-54 ans et celle de femmes de 4 % à 6 % ; elle s'établit ensuite à 14 % chez les hommes et 2,5 % chez les femmes pour les plus de 55 ans. Cela représente environ 4 millions de personnes d'âge adulte.

Par ailleurs, 12 % des 18-75 ans (18 % des hommes et 6 % des femmes) déclarent avoir bu la veille un nombre de verres de boisson alcoolisée supérieur à la norme fixée par l'OMS qui est de 3 verres standard pour les hommes et 2 pour les femmes. La fréquence de tels usages augmente avec l'âge pour concerter près du tiers des hommes âgés de plus de 60 ans (Guilbert et Perrin-Escalon, 2004).

Du point de vue de la situation professionnelle, seuls les cadres déclarent plus fréquemment des signes d'alcoolisation problématique que les autres catégories (à âge contrôlé⁵). Les chômeurs présentent légèrement plus souvent que les actifs occupés une consommation à risque d'alcoolodépendance. Les étudiants sont aussi peu nombreux que les autres jeunes du même âge à présenter une consommation potentiellement problématique d'alcool (Legleye et Beck, 2004b).

³ - Diminuer, Entourage, Trop, Alcool. Il s'agit d'une traduction du test américain CAGE censé repérer les usagers d'alcool à risque d'alcoolodépendance (Mayfield et al., 1974). Sont considérés comme tels ceux qui répondent par l'affirmative à au moins deux de ces questions : Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? ; Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? ; Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? ; Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

⁴ - Ce test est parfois posé sur les 12 derniers mois plutôt que sur la vie entière.

⁵ - Ce résultat résulte sans doute en partie d'une représentation différenciée des usages excessifs d'alcool, ainsi que d'un entourage plus ou moins enclin à faire des remarques sur la consommation d'alcool.

Ivresse

En 2000, 14 % des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois. En 1995, cette proportion s'élevait à 15 %. La prévalence de l'ivresse répétée (plus de trois épisodes déclarés au cours de l'année) est elle aussi restée assez stable entre les deux enquêtes : elle concernait 4,2 % de la population en 1995 contre 4,6 % en 2000. Ces comportements s'avèrent trois fois plus fréquents parmi les hommes (22 %) que parmi les femmes (7 %) et varient significativement avec l'âge, le pic se situant entre 18 et 25 ans (51 % des hommes et 22 % des femmes). Pour ceux qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 4,6 (5,1 pour les hommes et 2,9 pour les femmes).

Manières de boire, genre et activité professionnelle

Les manières de boire de l'alcool s'avèrent distinctes suivant le statut professionnel ou la catégorie socio-professionnelle et le niveau de diplôme. Par exemple, les ouvriers et artisans, mais surtout les agriculteurs affichent plus souvent une consommation quotidienne d'alcool alors que les professions intermédiaires ou intellectuelles supérieures sont sur un mode plus ponctuel d'alcoolisation pouvant mener à l'ivresse. Les étudiants du supérieur sont légèrement plus nombreux à déclarer avoir été ivres de façon régulière (plus de dix ivresses au cours des douze derniers mois) : 10 % contre 7 %. Ces particularités renvoient très vraisemblablement à une approche festive dans l'alcoolisation, caractérisée par une fréquence d'usage et des quantités moyennes absorbées plus modérées que celles du reste de la population, mais par un rapport plus étroit à l'ivresse.

L'activité professionnelle est également un facteur important de rapprochement des comportements de consommation des hommes et des femmes. Par exemple, chez les actifs exerçant un emploi, l'odds ratio associé au fait d'être un homme plutôt qu'une femme pour l'usage quotidien d'alcool vaut environ 7 parmi les ouvriers, 4 parmi les employés et les professions intermédiaires, mais 2 parmi les cadres et professions libérales ou intellectuelles supérieures. Pour l'ivresse, les odds ratios associés au *sex ratio* sont respectivement proches de 5 ou 6 pour les ouvriers, les employés et les professions intermédiaires contre moins de 4 pour les cadres, professions libérales et professions intellectuelles supérieures. Autrement dit, les comportements de consommation d'alcool des femmes se rapprochent de ceux des hommes à mesure que la catégorie d'emploi

s'élève (Legleye et Beck, 2004c). Ce résultat est particulièrement vrai en ce qui concerne les cadres par rapport aux autres catégories. Schématiquement, il est dû au fait que d'un côté, les femmes des catégories sociales supérieures déclarent plus souvent boire tous les jours ou avoir été ivres au cours de l'année écoulée que les autres, tandis que c'est l'inverse pour les hommes des catégories élevées.

Comparaisons européennes

Malgré la baisse importante des consommations depuis les années 1960, qui apparaît moins forte dans les autres pays, la France reste l'un des pays les plus consommateur d'alcool en Europe quelle que soit la source et l'indicateur utilisés (données Eurostat, OCDE, OMS) en compagnie du Portugal, du Luxembourg, de l'Irlande, la Hongrie, la République tchèque, l'Espagne et l'Allemagne. Si les pays conservent des particularités culturelles dans les usages d'alcool, en termes de type de boissons comme de pratiques d'alcoolisation, il apparaît une certaine uniformisation depuis quelques décennies. L'usage régulier d'alcool se rencontre toutefois plus souvent dans les pays latins et les usages moins fréquents mais plus importants en termes de quantité buée dans les pays nordiques voire anglo-saxons (Knibbe et Bloomfield, 2001). Les données recueillies auprès des élèves de 16 ans dans l'enquête européenne ESPAD (Hibell et al., 2004) offrent une image légèrement différente dans la mesure où la France se situe à des taux assez bas pour l'ivresse comme pour l'usage ponctuel de plus de plus de 5 verres (binge drinking), mais également pour l'usage régulier.

Par ailleurs, une typologie réalisée à partir des données ESPAD de la précédente enquête scolaire menée en 1999 révélait qu'outre les quantités et les pratiques et les fréquences d'usage, les différences sexuelles et les lieux de consommation diffèrent fortement du Nord au Sud mais également de l'Ouest à l'Est de l'Europe (Beck et al., 2002).

Bibliographie

- Aigrain P., Laporte J.-P., Melani C., Noblet C., (2000) *Enquête sur la consommation du vin en France en 2000 : premiers résultats en matière de fréquences de consommation. Communication présentée à la XXVe assemblée générale de l'OIV*, Onivins Infos, n° 74, p. 99-107
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. (2002) Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, Tome II, OFDT, 225 p.

Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., (2003) *Penser les drogues : Perceptions des produits et des politiques publiques*, EROPP 2002, Rapport OFDT, 227 p.

Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., (2004) *Using the telephone in general population surveys on drugs*, in Decorte T., Korf D.J. (Eds.), European studies on drugs and drug policy. Brussels : VUB Press, 113-140

Beck F., Legleye S., Spilka S. (2004) *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003*, Rapport OFDT, 251 p. disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap03.htm>

Besson D. (2004) *Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation*, Insee-Première, 966, mai 2004

Guilbert P., Arènes J., Baudier F., Allemand H., (1997) *Alcool : profils de consommation*. In Baromètre santé 1995/96, Baudier F. & Arènes J. (Eds), Vanves, CFES

Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.) (2001) *Baromètre Santé 2000*, Vanves, Editions du CFES, 474 p.

Guilbert P., Perrin-Escallop H. (2004) *Baromètre santé nutrition 2002*. Saint-Denis : INPES, 259 p.

Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A. and Morgan M. (2004) *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 450 p.

Knibbe R.A., Bloomfield K. (2001) *Alcohol consumption estimates in surveys in Europe : Comparability and sensitivity for gender differences*. Substance Abuse ; 22 (1) : 23-38.

Legleye S., Menard C., Baudier F., Le Nezet O., (2002) *Alcool*, in Baromètre Santé 99, Vanves, Editions du CFES

Legleye S., Beck F. (2004a) *Définition des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France*, Toxibase, n°15, 12-15.

Legleye S., Beck F. (2004b) *Ivresse et cannabis : les usages de produits psychoactifs des étudiants comme une étape vers le monde du travail*, note OFDT

Legleye S., Beck F. (2004c) *Faire genre et bien boire : les différences de consommation d'alcool des hommes et des femmes*, note OFDT

Mayfield D., McLeod G., Hall P. *The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument*. Am. J. Psychiatry 131:1121-1123, 1974

Sulkunen, P., (1989) *Drinking in France 1965-1979. An Analysis of Household Consumption Data*. British Journal of Addiction, Vol. 84, Issue 1

Organisation des soins en alcoologie

Delphine Jarraud*

L'ORGANISATION DES SOINS EN ALCOOLOGIE en France s'articule autour de plusieurs acteurs qui créent une filière de soin :

- La médecine de ville : médecins généralistes et spécialistes,
- Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), pour l'accompagnement en équipe pluridisciplinaire de toute personne en difficulté avec l'alcool, et son entourage,
- Les hôpitaux, pour le sevrage et le traitement des pathologies liées au mésusage de l'alcool,
- Les centres de soin de suite et de réadaptation en alcoologie, communément appelés *centres de post cure*, qui accompagnent la consolidation du sevrage.

L'accompagnement en alcoologie proposé par ces différents acteurs peut se compléter par l'accompagnement proposé par les associations d'anciens malades.

Cette *filière de soin* est générale, et toute personne en difficulté avec l'alcool a son propre parcours lié à son histoire personnelle.

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie est gestionnaire de plus de 150 centres de cure ambulatoire en alcoologie à travers l'hexagone et à la Réunion.

Bref historique

L'histoire des centres d'alcoologie, encadrée par des textes, est récente.

La circulaire de novembre 1970 a instauré les centres d'hygiène alimentaire, visant un public de buveurs excessifs ou risquant de le devenir. L'objectif était alors le dépistage et le traitement précoce de

l'alcoolisme. La circulaire du 31 juillet 1975 visait toujours les buveurs excessifs, avec l'objectif d'un traitement rééducatif, en partenariat avec la santé mentale et les associations d'anciens buveurs. Il faut attendre la circulaire de mars 1985 pour que le mot *alcoologie* apparaisse, avec les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, visant cette fois toute personne ayant un problème d'alcool pour elle-même ou à propos d'un proche. L'objectif des CCAA est alors la prévention et le traitement : accompagnement médical, relationnel et social, en partenariat avec les médecins libéraux, le secteur psychiatrique, les établissements hospitaliers, les organismes sociaux et les mouvements d'aide aux buveurs.

Cadre législatif et réglementaire actuel

On ne peut évoquer le contenu (projet thérapeutique) sans évoquer le contenu (cadre législatif et réglementaire) dans lequel s'inscrivent les CCAA, Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie.

Entrés dans le champ médico-social dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998, les CCAA sont nés par décret du 29 décembre 1998. Les CCAA ont pour mission *d'assurer le diagnostic, l'orientation, la prise en charge thérapeutique des personnes en difficulté avec l'alcool ainsi que l'accompagnement social de ces personnes et de leur famille*. Par ailleurs, les CCAA *peuvent participer à toutes actions de prévention, de formation et de recherche en matière de lutte contre l'alcoolisme organisées par des personnes morales de droit public ou privé*, ce qui signifie qu'un centre d'alcoologie ne peut assurer directement des actions de prévention... L'intérêt de l'organisation de l'ANPAA est donc que chaque comité départemental peut à la fois gérer un ou plusieurs établissements, en alcoologie comme en toxicomanie et être opérateur de prévention et de formation.

L'équipe d'un centre d'alcoologie est pluridisciplinaire, composée d'un médecin et

d'au moins deux professionnels parmi lesquels un psychologue, un infirmier, un diététicien, un assistant social, un éducateur spécialisé, un moniteur éducateur, un aide soignant.

Établissements médico-sociaux, les centres d'alcoologie sont financés par l'assurance maladie, sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : les consultations sont gratuites pour les usagers, qui en échange de cette gratuité fournissent leur attestation d'affiliation à un régime d'assurance maladie. Au demeurant, en aucune manière l'absence de droits ouverts à une protection sociale ne doit entraver l'accès aux soins.

La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 a instauré un cadre, notamment aux droits des usagers, en établissant la charte des droits et des libertés, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le document individuel d'accompagnement pour chaque usager, l'accès direct au dossier d'accompagnement par l'usager et les modalités de participation des usagers. Tous ces outils visent à décloisonner l'information entre professionnels et usagers et instaurent une nouvelle culture, certes contraignante en apparence sur la forme, mais philosophiquement incontournable si l'on souhaite réellement rendre les usagers co-acteurs de leur démarche de soin.

Évolution des missions

Les missions des centres d'alcoologie se sont développées, en général avant leur formalisation par des textes, notamment face à l'évidence qu'un professionnel en alcoologie ne peut se contenter d'attendre les usagers dans son bureau. Ainsi, à côté des *classiques* missions d'accompagnement en alcoologie, se sont développées les consultations avancées en alcoologie et les soins auprès des personnes sous main de justice (CDO). Par ailleurs, les centres d'alcoologie se sont ouverts progressivement à l'addictologie avec le développement des consultations d'aide au sevrage tabagique et tout récemment les consultations destinées aux jeunes

* Chargée de mission Soin, Intervention sociale ANPAA

djarraud@anpa.asso.fr

consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives.

Instaurées dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, sans cahier des charges spécifique, *les consultations avancées en alcoologie* visent à sortir les professionnels des murs des centres d'alcoologie pour aller à la rencontre des personnes en situation de précarité, là où elles se trouvent. Ces consultations sont financées depuis 2001 dans le cadre de l'ONDAM médico-social. Ces consultations *en dehors des murs* répondent à la nécessité d'aller vers les publics qui ne viennent pas spontanément dans les centres d'alcoologie, par méconnaissance, non orientation par d'autres professionnels ou plus largement par difficulté d'accès aux soins en général. Ces consultations avancées se sont développées (dans plus de 400 sites à travers l'hexagone) sous la forme de centres d'hébergement et de réinsertion sociale, lieux d'accueil de jour, points d'accueil écoute jeunes, foyers Socotra...

Les intervenants inscrivent leurs compétences dans un continuum d'actions : formation et sensibilisation en alcoologie des professionnels de ces établissements, appui technique notamment sur la place de l'alcool dans leur projet d'établissement et règlement de fonctionnement, accès aux soins des publics reçus dans le cadre de consultations individuelles ou actions de groupe. L'objectif visé est un meilleur repérage des problématiques alcool dans

ces établissements, une amorce de démarche de soin pour une orientation vers les structures spécialisées adaptées (centre d'alcoologie ou hôpital).

Sans cahier des charges spécifique, *les consultations d'aide au sevrage tabagique* se sont développées en 2000 dans les centres d'alcoologie par des crédits ONDAM. La double prévalence de l'alcool et de la tabaco-dépendance désignait effectivement les centres d'alcoologie comme établissements utiles au développement de l'aide à l'arrêt du tabac. Certains établissements accompagnent l'aide au sevrage tabagique des personnes reçues en alcoologie, d'autres ouvrent ces consultations au grand public.

Dans le cadre du plan triennal 1999-2002 de la MILD'T les conventions départementales d'objectifs santé-justice (CDO) ont été généralisées à tout le territoire et tous les produits, dont l'alcool. Ces conventions ont permis de développer les interventions des CCAA auprès des publics sous main de justice, dans le cadre d'obligation de soin, notamment suite à des *alcoolémies routières* et en milieu carcéral auprès des personnes détenues.

Dernier développement en date des missions des centres d'alcoologie, la mise en place au dernier trimestre 2004, dans le cadre du plan quinquennal 2004-2008 de la MILD'T, des consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille, sur des plages horaires spécifiques, avec pour objectifs :

- favoriser une évaluation partagée de la situation du jeune consommateur et un diagnostic de l'usage nocif,
- offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risque,
- offrir une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif,
- accompagner ou proposer une orientation aux jeunes lorsque la situation le justifie,
- offrir un accueil aux parents en difficulté du fait de la consommation de leurs enfants,
- proposer un accueil conjoint parents-enfants,
- susciter la motivation au changement en matière de comportements de consommation.

Pratiques thérapeutiques et organisation des soins dans les centres d'alcoologie

La commission médicale consultative de l'ANPAA a organisé en mai 2004 une enquête sur les pratiques thérapeutiques et l'organisation des soins dans ses établissements.

Premier constat : l'addictologie avance sur le terrain. Parmi 58 départements répondants, 11 ont déclaré offrir des soins spécifiquement en alcoologie, 29 en alcoologie et tabacologie et 18 en addictologie.

Élément fondamental de l'accompagnement : l'accueil. Un petit tiers des établissements répondants proposent un premier rendez-vous en moins d'une semaine, mais les délais s'allongent pour un premier rendez-vous avec un médecin : seuls 17% peuvent être assurés dans la semaine, et 10% exigent des temps d'attente supérieurs à un mois. Ces chiffres reflètent l'importance des files actives et l'insuffisance des temps de travail de médecin.

Les protocoles de premier rendez-vous diffèrent d'un établissement à l'autre : quatre établissements sur cinq assurent le premier rendez-vous avec un professionnel en accord avec la propre demande de l'usager, un établissement sur cinq propose un premier accueil avec un professionnel ciblé, majoritairement travailleur social ou psychologue.

Les protocoles d'accompagnement diffèrent aussi d'un établissement à l'autre et selon la diversité de l'équipe, proposant en général des entretiens individuels et des ateliers thérapeutiques. *Un bon tiers* des établissements propose quatre types d'accompagnements individuels, à 75% social, médical, psychologique et infirmier ;

Une expérience originale : l'intervention auprès des auteurs de violence à l'encontre de leur conjointe, sous l'effet de l'alcool, par le centre d'alcoologie de Chambéry en Savoie

Rappelons qu'une femme sur dix déclare subir des violences qui peuvent être verbales, psychologiques, physiques... on estime que cinq millions de personnes, avec les enfants, connaissent des situations de violences conjugales. Tous les milieux sociaux sont représentés, et le fait que les violences se déroulent dans la sphère privée renforce l'idée qu'elles doivent être cachées. Les chiffres nationaux de la délinquance baissent, selon les données du Ministère de l'Intérieur, mais ceux des atteintes aux personnes augmentent.

En Savoie, toutes les mains courantes en lien avec un acte de violence sont transmises à la Maison de la Justice et du Droit qui rencontre la victime. La politique du parquet de Chambéry est la poursuite en correctionnel de tous les faits les plus graves (interruption temporaire de travail supérieure à huit jours et réitération). En cas de premières violences légères, des alternatives aux poursuites sont mises en place : injonction de soins et contrôle judiciaire sur plusieurs mois. Quand la violence est en lien avec la consommation d'alcool, la personne est orientée au centre d'alcoologie.

la moitié des établissements proposent trois types d'entretiens individuels, à 90% médico-psycho-social et 15% des établissements ne sont pas pluridisciplinaires, proposant seulement la rencontre d'un médecin, ou d'un médecin et d'un autre professionnel, majoritairement psychologue ou travailleur social.

Au-delà des consultations *classiques*, certains centres d'alcoologie proposent des modalités d'accompagnement individuel comme la relaxation, la sophrologie, le massage, l'hypnose...

Parallèlement à ces consultations individuelles, la grande majorité des centres d'alcoologie proposent des ateliers thérapeutiques : groupes de paroles, ateliers de relaxation, ateliers d'écritures, *atelier senteurs*.

teurs, ateliers d'art thérapie (notamment marionnettes, mime, peinture, théâtre, vidéo, musicothérapie). Le vecteur du sport est aussi utilisé à visé thérapeutique, en général en partenariat avec des associations d'insertion par le sport : marche et aquagym par exemple.

Avenir des soins en alcoologie

L'évolution des modalités de consommation, de plus en plus vers la polyconsommation, et du profil des personnes demandant de l'aide, jeunes et femmes de plus en plus nombreux, nécessite une adaptation de l'offre de soin.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a instauré les CSAPA, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

Ces centres devraient offrir un statut réglementaire commun pour les centres d'alcoologie et les CSST pour personnes toxicomanes. Ces centres pourront se spécialiser en alcoologie ou en toxicomanie ou être généralistes en addictologie.

Par ailleurs, la filière de soin actuelle souffre de trop de discontinuités entre les différents intervenants. Le développement des réseaux de santé et de la mission de liaison externe des équipes de liaison en addictologie hospitalière sont les vecteurs indispensables d'une meilleure synergie entre acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour la prévention, le soin et l'insertion des personnes en difficulté avec l'alcool et autres produits psychoactifs.

Un exemple d'outil thérapeutique en alcoologie

Il est possible d'évoquer *l'atelier senteurs* mis en place au centre d'alcoologie CAP 14 de Paris.

L'atelier senteurs sollicite l'olfaction et la parole. Selon Eric Hispard et Catherine Dusseau, co-animateurs des ateliers, l'olfaction est un sens abrasé par les consommations souvent associées d'alcool et de tabac et la mémoire est une des fonctions cognitives les plus souvent altérées chez les patients alcoolodépendants. D'autre part, n'émergent souvent de la vie de ces patients que des traumatismes, partie apparente d'une histoire à trous (alcoolisations) dont la verbalisation fait souvent défaut.

L'atelier senteurs permet donc, via l'olfaction, de mettre des mots sur les émotions et souvenirs.

Les outils de prévention sur l'alcoolisme

Les productions de l'ANPAA :

À ce jour, six outils de prévention élaborés par des Comités de l'ANPAA ont été validés par la commission de validation MILDT. Ils sont présentés ci-dessous.

► **Guide du formateur des enseignants de la conduite pour la prévention des prises de risque.** ANPAA Île-de-France (Année de création : 2002). Classeur/guide pour les moniteurs-enseignants de la conduite,

► **IVre mort.** Lycée de la Venise verte, Niort, ANPAA 79 - Année création 2001. Vidéo de 3,5mn à destination des élèves de plus de 12 ans,

► **Guide méthodologique de prévention.** ANPAA 94 (Année création : 2001). Classeur/guide pratique pour les professionnels,

► **Vers la deuxième colline.** ANPAA 35 (Année création : 2000). Photolangage à destination des adolescents et des jeunes adultes,

► **Papillagou et les enfants de croque-lune.** ANPAA 21 (Année création : 1997). Jeu éducatif accompagné d'un livre pour les enfants de 9-13 ans.

► **Couleur santé : Le Kottabos.** ANPAA 59 (Année création : 1999). Jeu éducatif pour les jeunes et les adultes.

En savoir plus sur les outils de prévention alcoolisme :

► Sur le site www.drogues.gouv.fr rubrique *professionnels > aide aux acteurs > commission de validation* pour consulter les outils validés par la MILDT. Et sur la rubrique toxibase pour consulter la base de données outils de prévention.

► Sur le site www.toxibase.org, accès par la rubrique bases de données à la base outils de prévention qui comporte environ 150 outils sur l'alcool depuis 1997.

Attention ! Accès réservé par mot de passe sur demande à : toxibase@toxibase.org.

La charte de prévention de l'ANPAA

L'objectif est de proposer une démarche globale permettant de coordonner la prévention avec le soin et l'intervention sociale sur l'ensemble des conduites à risques du champ de l'alcoologie et de l'addictologie. Cette démarche se veut globale en prenant en compte la personne dans sa singularité, la société et ses déterminants collectifs, les objectifs de santé définis par l'OMS et la charte d'Ottawa.

La charte comporte 5 articles :

1. Définition de la prévention
2. Objectifs de la prévention
3. Principes éthiques et déontologiques
4. Principes méthodologiques
5. Les compétences des acteurs professionnels

La charte est disponible sur demande à l'ANPAA

Une prévention globale du risque alcool

Karim Ben Bouali*

A LA PRÉVENTION THÉMATIQUE appuyée presque exclusivement sur le produit, l'ANPAA propose depuis la fin des années 70 une prévention globale du risque alcool.

Démarche globale, la prévention définie par l'ANPAA s'intéresse :

- À l'ensemble des conduites à risque du champ de l'alcoologie et de l'addictologie
- À la personne au sein de sa famille, de son groupe social et de la population en général
- Aux facteurs individuels (vulnérabilité biologique, psychologique, sociale) et collectifs (pression sociale, publicité, législation) de l'alcoolisation
- À la coordination de la prévention avec le soin et l'intervention sociale.

Cette démarche préventive implique :

- La compréhension et la maîtrise du risque alcool et autres produits associés par une pédagogie participative soutenue par des outils pédagogiques validés et adaptés à chaque public
- La formation de personnes et de groupes relais de prévention
- Une action d'intervention sociale et de soins
- La promotion et la participation à des réseaux sanitaires et sociaux
- Des partenariats
- Une législation adaptée

La prévention du risque alcool s'opère donc pour l'ANPAA par une diversité d'actions intégrées dans une véritable stratégie de prévention de proximité et dans une perspective de promotion et d'éducation pour la santé

➤ Cela suppose :

- d'agir sur les comportements par des interventions précoces centrées sur la personne :
 - À toutes les étapes de la vie
 - En tous lieux
 - Tout particulièrement dans les moments les plus critiques
- d'intervenir directement auprès des publics

L'expérience a en effet montré aux équipes de l'ANPAA que les grands slogans généraux des campagnes nationales pour la prévention du risque alcool ont peu d'impact s'ils ne sont pas relayés par un réel travail de terrain, et que n'importe quel outil de prévention n'est pas forcément adéquat s'il ne prend pas en considération le contexte local.

C'est pourquoi, les animateurs de prévention de chaque établissement de l'ANPAA élaborent des actions et des outils spécifiques au contexte local.

À titre d'exemple, les actions en direction des jeunes, enfants ou adolescents, font l'objet d'un dialogue afin que s'établisse une relation de confiance, que soient précisées leurs attentes, leurs besoins, leurs motivations, et que soit défini avec eux le type d'action la plus adaptée.

Quelle que soit l'ampleur de l'action, qu'il s'agisse de programmes éducatifs à caractère ludique, d'expositions, de réalisations de documents vidéos, de séances de théâtre interactif..., une problématique est prise en compte, des objectifs sont annoncés, des moyens mis en œuvre, une évaluation est réalisée en privilégiant une approche pluridisciplinaire et donc partenariale.

Dans la pratique, les intervenants de l'ANPAA s'inscrivent donc dans une démarche éducative favorisant la réflexion et la participation active plutôt que la seule transmission d'information.

La priorité est alors donnée aux démarches interactives qui permettent au public d'exprimer ses représentations et comportements en matière d'alcool et autres substances psychoactives. À cette fin les acteurs de prévention élaborent ou utilisent

différents supports pédagogiques de prévention comme le photolangage, le Simalc (simulateur d'alcoolémie), Papillagou ou les enfants de croque-lune, le Kottabos, et bien d'autres outils validés, notamment, par la commission de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT).

Intervenir directement auprès des publics cibles ou par la formation de professionnels relais : enseignants, professionnels de la santé, de la justice, de la sécurité routière, de l'insertion..., susciter puis développer des partenariats pour réaliser des actions de prévention pertinentes suppose que les actions de prévention puissent s'inscrire dans une durée suffisante et disposent de moyens humains et donc financiers pluriannuels adéquats.

Mais, force est de constater qu'aujourd'hui la mission curative l'emporte largement sur la mission de prévention. L'impact important des grandes campagnes de communication est peu relayé auprès du public faute de moyens. Les financements de la prévention de proximité du risque alcool sont aujourd'hui réduits au minimum. Or, pour être efficaces, les actions de prévention doivent être répétées au long des différentes étapes d'une vie. Il est donc indispensable que l'État définisse de manière claire les grands objectifs de la prévention du risque alcool en s'appuyant notamment sur une mise à niveau progressive des moyens financiers.

C'est pourquoi l'ANPAA propose de mettre la prévention au cœur de la politique de santé publique en :

- Donnant un véritable statut à la prévention de proximité afin d'assurer la permanence et la continuité des actions
- Assurant un financement pluriannuel de programmes pour qu'adolescents, jeunes, femmes enceintes, actifs, inactifs, retraités et exclus bénéficient d'actions de proximité
- Formant à l'alcoologie et à l'addictologie les professionnels de l'éducation, de la santé et du champ social
- Inscrivant la prévention et l'éducation à la santé dans la vie des établissements scolaires et universitaires

* Chargé de mission prévention

Kbenbouali@anpa.asso.fr

- Inscrivant la prévention dans la vie de l'entreprise en dotant les CHSCT de missions de prévention en matière de consommation de produits psychoactifs
- Promouvant la notion de consommation à doses faibles ou à moindre risque et

- la substituer à la notion subjective et imprécise de modération :
- Informer sur les seuils de risque et les situations à risque
- Proposer des repères de consommation pertinents

- Préciser dans cette perspective les messages sanitaires à apposer sur tous les conditionnements de boissons alcooliques
- Mettre la fiscalité en cohérence avec les objectifs de prévention

EXEMPLE D'UNE ACTION DE PRÉVENTION : EVACAPA - A.N.P.A.A 25 : Évaluation d'une Action auprès des Conducteurs Ayant un Problème d'Alcool

Après deux ans de réflexion menée par deux magistrats et un médecin alcoologue, est mis en place en 1998 une étude évaluative, le programme EVACAPA, auprès du Tribunal de Grande Instance (TGI) de Besançon.

Le programme EVACAPA, dont l'objectif est de réduire le taux de récidives parmi les conducteurs condamnés pour la première fois pour conduite sous l'emprise de l'alcool, s'insère dans le parcours judiciaire de la personne interpellée. Lors de la première audience, le Président du Tribunal se prononce sur une reconnaissance de culpabilité. Il vérifie ensuite que la personne entre dans les critères d'admission et lui propose de se soumettre aux contraintes particulières d'EVACAPA :

Les critères d'admission au programme se composent de quatre critères objectifs :

- Être âgé(e) de 18 ans ou plus et être titulaire du permis de conduire.
- Ne pas avoir causé de blessures ou la mort d'autrui
- Ne jamais avoir été condamné(e) pour un même délit
- Avoir une alcoolémie inférieure à 2,5 g/l au moment du délit

Et de deux critères subjectifs :

- Être volontaire pour participer à EVACAPA
- Avoir reçu l'accord du juge pour être inclus(e) dans le programme.

Si la personne remplit toutes les conditions, et que le magistrat la considère apte à suivre le programme, ce dernier ajournera à un an le prononcé de la peine, permettant au prévenu de participer au programme EVACAPA pendant la durée de cet ajournement.

L'ajournement de la peine permet d'appliquer le programme alors que la personne est encore sous la responsabilité des magistrats. Le comportement de la personne, soit sa capacité à suivre ce processus contraignant, sera apprécié par le tribunal moins de douze mois plus tard lors d'une deuxième audience publique donnant lieu à une décision de jugement (prononcé de la peine). Si le prévenu ne se soumet pas à ses obligations, a fortiori si le prévenu commet une récidive de *Conduite en État Alcoolique*, le Juge d'Application des Peines saisira le tribunal avant l'expiration du délai d'épreuve afin que le récidiviste soit jugé.

Les participants se voient attribuer au hasard une des trois interventions prévues dans le programme EVACAPA.

Description des interventions :

Stratégie minimale (groupe contrôle) :

Dans ce groupe, il n'y a pas à proprement parler d'intervention. Lors de la première rencontre avec le médecin alcoologue, le participant reçoit une liste d'adresses et de téléphones (Médecins traitants, CCAA, Mouvements d'anciens buveurs, Service Pénitentiaire de l'Insertion et de la Probation). Les personnes de ce groupe bénéficient de deux entretiens médicaux pendant l'année d'ajournement comme dans les deux autres stratégies.

Stratégie individuelle :

15 à 20 jours après la visite d'inclusion, la personne reçoit lors d'un entretien avec un conseiller du Service Pénitentiaire de l'Insertion et de la Probation (SPIP) un document interactif d'une quarantaine de pages.

Ce document développe trois axes :

- 1- La prise de conscience de sa consommation d'alcool
- 2- L'information sur les risques inhérents à la consommation d'alcool en général et associée à la conduite automobile en particulier
- 3- L'aide stratégique pour apprendre à changer de comportement vis-à-vis de l'alcool.

Dix à vingt jours après la remise du document, la personne participe à un entretien visant à évaluer que ce document a été lu, compris et assimilé. Cet entretien est conduit par un conseiller en alcoologie. Un nouvel entretien de ce type est planifié autour du 7^e mois. Cet entretien a pour but de rappeler les points essentiels du document interactif et le cas échéant, de répondre aux différentes questions soulevées par ce document.

Ultérieurement et au rythme d'une fois par mois, la personne reçoit un courrier ayant trait à un thème *Alcool et Sécurité Routière* et rappelant une idée force du document interactif. Il lui sera proposé de renvoyer un courrier comportant des réponses à un questionnaire permettant ainsi de se rendre compte que la personne a effectivement lu ce courrier.

En fin d'ajournement, vers le 11^e mois la personne fait le bilan du programme dans le cadre d'un entretien avec un conseiller à la probation.

Stratégie collective :

À l'issue de la visite d'inclusion, la personne incluse dans ce groupe reçoit le document interactif qu'elle devra lire avant de se rendre aux différentes séances :

- 1- Trois séances de 2 heures qui auront lieu à 3 semaines d'intervalle, dans les trois premiers mois suivant la décision d'ajournement (Justice, Sécurité Routière, Santé)
- 2- Une séance de 2 heures au 6^{ème} mois suivant l'ajournement (Bilan d'Étape).
- 3- Une séance de 2 heures, un mois avant la fin de l'ajournement (Synthèse).

Ces séances regroupent entre 6 à 10 personnes. Elles sont animées par un Conseiller en Alcoologie (psychologue de formation). Elles font appel à différents intervenants : Juge, Procureur, Inspecteurs de la Sécurité Routière, Médecins...

Résultats :

Trois ans après le délit, les casiers judiciaires des 372 personnes ayant participé au programme ont été vérifiés afin de constater une éventuelle réitération du délit de Conduite sous l'Emprise de l'Alcool (C.E.A).

40 des 372 personnes ont récidivé pendant la période de trois ans après le délit, soit un peu plus de 10%.

Répartition selon le type d'intervention :

Stratégie minimale : 19/124 personnes soit 15%

Stratégie individuelle : 14/124 personnes soit 11%

Stratégie collective : 7/124 personnes soit 5,5%

Il ressort donc que la stratégie collective est à l'origine d'un taux de récidive deux fois moindre que la stratégie individuelle, trois fois moindre que la stratégie minimale et quatre fois moindre que la récidive normalement attendue avec pareille population.

Conclusion :

L'exécution de tests statistiques permet de conclure que la stratégie collective est la plus performante.

L'alcoolisation et la prévention dans les entreprises

Bertrand Fauquenot*

EN FRANCE, LA CONSOMMATION D'ALCOOL reste ancrée dans les usages sociaux et professionnels. Pots et repas d'affaires s'accompagnent de consommations d'alcool. Les enquêtes¹ menées par les équipes de médecins du travail indiquent que 8 à 10% des salariés issus de toutes les branches professionnelles, sont concernés par une consommation problématique d'alcool. L'alcool serait à l'origine de 10 à 20 % des accidents du travail et d'un taux similaire d'absentéisme, de conflits au travail et de licenciements. Dans le monde du travail, comme dans les autres sphères collectives (milieux festifs, cafés, armée, sport, école), les habitus² d'alcoolisation s'inscrivent dans des stratégies individuelles de convivialité, d'anesthésie ou d'anéantissement. Boire avec les autres, devant les autres, c'est être admis dans leur cercle (*il est des nôtres, il a bu son verre comme les autres*). Les différents types de consommations font aussi partie d'un système de défense lié au stress, à la pénibilité ou à l'indifférence de l'environnement. Ces consommations sont d'autant plus complexes à analyser qu'elles sont protéiformes. Les types d'alcoolisation au travail s'étalent des simples consommations régulières aux consommations à risque, passant par les consommations nocives.

Les associations de prévention, intervenants dans les entreprises s'attachent à observer trois facteurs d'alcoolisation : l'environnement, l'individu touché par les problèmes liés à l'alcool, les produits. Ainsi observe-t-on un système de relations favorisant les dépendances (une sorte de dépendance collective). Dans le Carrefour ANPAA de Rhône Alpes du 16 octobre 2003, Jacques Lestrat a proposé la typologie des six "acteurs" de l'alcoolisation.

• **Les fournisseurs** de produits organisent, promeuvent des pots ou la distribution automatisée ou non de produits licites (tabac, alcools qui sont interdits à la distribution dans toute entreprise, loi Évin, Code Santé Publique, art.3351-6 et 3322-8) ou illicites (cannabis ou autres produits).

• **Les spectateurs passifs** ne veulent pas connaître ce système. Ils laissent faire les fournisseurs et les consommateurs.

Lorsqu'ils ont un poste dans la hiérarchie, leur responsabilité civile ou pénale peut être engagée. Ils sont encore nombreux à ignorer les risques professionnels : dangers, dommages physiques, psychiques et mises en danger de soi ou d'autrui. Les directions centrales ou DRH ont le rôle de rappeler ces responsabilités civiles ou pénales des employeurs.

• **Les spectateurs actifs** participent aux pots et réunions festives reconnues ou pas. Dans les entreprises très décentralisées où les salariés itinérants et *nomades* prévalent, un effort de regroupements et d'informations doit être fait pour certains de ces salariés en risque de consommations nocives.

• **Les usagers** à consommations nocives, consommateurs réguliers sont souvent les premiers concernés et donnés en *exemples*. On évitera de stigmatiser les personnes en répertoriant les postes à risques (isolés, itinérants et nomades), selon les méthodologies ANACT ou INRS de prévention des risques professionnels.

• **Les juges** connaissent les consommateurs et leurs responsables qu'ils condamnent de façon informelle par injonctions paradoxales. Laissant les incidents se produire, ils invoquent leur clairvoyance : *Je vous l'avais dit ! Ca devait arriver !*

• Enfin, **les sauveurs** connaissent et comprennent les consommations à risque. Ils alertent ou informent. Mais ils sont peu écoutés car ils ne sont pas investis des rôles spécifiques de représentants du personnel, de membres de la DRH, de services de santé au travail ou d'assistants sociaux.

1 - METZ, Bernard, *Alcoolisation et accidents du travail (1956-1959)*. In Revue Alcool, 1960, p. 531-542 ; INSERM, *Expertise collective alcool, Consommation en milieu de travail*, 2003, édition Inserm, Paris, p. 113-127 ; Archives des maladies professionnelles, n° 55 (7) ; Cohorte GAZEL, *Consommations de boissons alcoolisées*, p. 509-517 ; *Alcoolisation en milieu de travail. Enquête Basse Normandie*. In INRS, Documents pour le médecin du travail, n°81, 1er trimestre 2000 (fait le point sur les enquêtes de 1956 à 2000).

2 - Habitus : principe unificateur et générateur de pratiques, dans la durée et la capacité de transposition (P. Bourdieu). In R. Chapuis *L'alcool, un mode d'adaptation sociale* ? L'Harmattan, 1989, p. 19

La démarche de prévention de l'ANPAA : trois logiques d'action

La démarche de prévention concerne tous les *acteurs de prévention des risques professionnels d'alcoolisation* : représentants du personnel (surtout membres du CHSCT), médecins, infirmiers, ergonomes des services de santé au travail, cadres, chefs d'équipe et salariés. Elle consiste à exposer les types de consommations et les risques, dangers ou dommages associés, à rappeler les responsabilités (civiles, pénales, relationnelles ou humaines), à proposer 3 types d'actions, à visée préventive, curative ou responsabilisante. Ces trois logiques sont envisagées, simultanément ou consécutivement.

Les actions de prévention sont proposées à toutes les instances collectives de l'entreprise : comités de direction, médecins et services de santé au travail, représentants du personnel (membres du CHSCT délégués syndicaux ou délégués du personnel). La prévention peut prendre les formes de **l'accompagnement** de groupes de prévention chargés de piloter le plan de prévention, de **la formation** de personnes relais (formation de formateurs internes) qui redistribuent les savoir faire et connaissances adaptées à cette entreprise auprès des autres salariés, de **l'information** et **la sensibilisation** de tous les salariés de l'entreprise, dans leur établissement, par petits groupes de travail de 12 à 15 personnes.

Les actions de type curatif, pilotées par un Groupe de prévention globale, sont généralement agencées par le médecin du travail et les services de santé au travail. Ceux-ci peuvent être aidés par des collègues de travail (formés). Les hiérarchies, informées et formées, peuvent aider les médecins à orienter vers les services de santé, les centres de cure ambulatoire (CCAA) ou l'assistant social. Les représentants du personnel, formés, peuvent mettre en relation les personnes leur faisant confiance.

Les actions de type responsabilisant visent à rappeler, aux hiérarchies et aux employés, les règles. La loi - si elle ne suffit pas en soi à régler tout problème, par des sanctions ou des exclusions - doit être rappelée à tous. Le code du travail, tout texte de convention collective et le règlement intérieur constituent la référence dans les codes des conduites internes à l'entreprise. Les membres du groupe de prévention pilotant la prévention des risques d'alcoolisation peuvent proposer des évolutions et améliorations de ces règles internes. Celles-ci ont changé depuis la loi sur les risques professionnels

et les dispositifs européens de 1989 et 2001.

Depuis l'introduction dans les entreprises de groupes de travail, cercles de réflexion, groupes Qualité (loi de 1971 sur la formation professionnelle), l'ANPAA propose des méthodes de travail en petits groupes pour :

- 1) former les salariés intervenants dans les entreprises,
- 2) apprendre à former des encadrants dans les entreprises.

D'autres outils et méthodes de prévention en entreprise sont utilisés :

- un état des lieux préalable par enquête psychosociale,
- une stratégie de prévention préconisant un travail avec les acteurs internes de prévention : représentants du personnel, médecins du travail, assistants sociaux, responsables et agents de maîtrise,

● des intervenants qualifiés en formation, et aux qualifications plurielles (certains issus des Centres d'Hygiène Alimentaire devenus CCAA),

- des actions de sensibilisation suivies de stages de formation,
- des stages de perfectionnement (aujourd'hui appelés formations sur mesure ou intra).

Entre 1989 et 2003, les législations, européenne et française, introduisent des obligations et des instruments de prévention : évaluation des risques professionnels, élargissement des missions des services de santé au travail, renforcement des pénalités dans les infractions et délits routiers. Les entreprises employant plus de salariés *nomades* sont davantage concernées par les dangers, risques professionnels et dommages physiques ou psychiques. C'est l'objet de la 2^e partie de l'article.

La prévention des risques professionnels

Depuis 1989-1991 (Directive européenne n° 89/391/CEE sur la protection des travailleurs transposée dans la loi française n° 91-1414, 31-12-1991), la prévention des risques professionnels, accidents, dommages corporels et autres dangers s'introduit dans toute entreprise, à tous les stades d'activité. Les dernières catastrophes industrielles et sanitaires dans le monde du travail (AZF, Toulouse, Air France au Mont Sainte Odile, passerelle du Queen Mary de Saint-Nazaire), ont renforcé une sorte d'*obligation morale* de protection de la santé et de prévention des risques professionnels dans les entreprises. Dans le livre II du code du travail, les quatre termes, hygiène, santé, sécurité, conditions de travail sont donc renforcés par l'*obligation de prévention des risques professionnels*, inscrits aux articles L 230-1 à L231-1.

On présentera le dispositif de prévention des risques professionnels en soutenant que le cadre légal de la prévention (avec les acteurs de la prévention, premiers interlocuteurs, et les partenaires de la prévention) permet de définir les rôles de chacun et de situer les problèmes de dépendances dans des organisations et dans une législation du travail toujours plus complexes.

Le cadre légal : prévention des risques professionnels et santé au travail

Depuis que la Directive européenne n° 89/391/CEE sur les principes de la protection des travailleurs est transposée dans

la loi française n° 91-1414 (31-12-1991). L'article L 230-2 du code du travail précise que *pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs, les employeurs doivent organiser des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation*. Il est fait obligation aux chefs d'entreprise de créer et conserver un document d'évaluation des risques professionnels dans leur entreprise (R 230-1). Les sanctions *pénales* sont définies à l'article R 263-1-1 du Code du travail.

Par la transcription des mesures européennes de protection des travailleurs (31-12-1991) et la Circulaire DRT n°2002-6 (18 avril 2002), la prévention des risques professionnels devient une obligation légale pour toute entreprise. Elle prend la forme d'une démarche de prévention par étapes, par actions de prévention, suivies d'un document unique d'évaluation des risques professionnels.

Pourtant, en France, les règles de consommation d'alcool au travail sont difficilement appliquées tant les 2 articles du code du travail³ (L232-2, L232-3 et R232-3) sont ambigus. Même si le règlement

³ - *Il est interdit à toute personne d'introduire ou de distribuer et à tout chef d'établissement, directeur, gérant, préposé, contremaître, chef de chantier, et, en général, à toute personne ayant autorité sur les ouvriers et employés, de laisser introduire ou de laisser distribuer dans les établissements et locaux mentionnés à l'article L 231-1, pour être consommées par le personnel, toutes boissons alcooliques autres que le vin, la bière, le cidre, le poiré, l'hydromel non additionnés d'alcool.*

intérieur aborde rarement la prévention du risque alcool, il permet aux salariés et aux employeurs de cerner leurs responsabilités mutuelles. Les acteurs de la santé et de la sécurité au travail, depuis 2002, sont investis de l'évaluation des risques professionnels. Avec eux, les professionnels de l'alcoologie peuvent intervenir dans le cadre de la prévention des risques professionnels, par la formation de salariés-relais, volontaires qui deviennent des référents. Ils accompagnent des *groupes de prévention des risques professionnels* où dirigeants et salariés sont PARITAIREMENT acteurs de prévention.

Les journées et séminaires d'étude de l'ANPAA *Alcool et travail, Alcool et Santé au travail* (26 juin et 16 octobre 2003 à Lyon et Paris, 12 février 2004 à Lille), qui rassemblent de nombreux acteurs de la prévention du risque alcool font trois propositions sur ce sujet :

- Les questions de l'alcoolisation et de dépendances en entreprise renvoient aux problèmes de relations, d'organisation du travail et de la souffrance au travail.
- L'axe d'intervention des professionnels de l'alcoologie est la formation de personnes relais au sein de l'entreprise, fonctionnant en *groupes alcool*. Les entreprises doivent se constituer un vivier de correspondants ou formateurs internes en pré-

vention des risques professionnels comme on formait autrefois des secouristes

- Peu d'acteurs de l'alcoologie en entreprise sont sollicités par les partenaires publics et privés de la prévention des risques professionnels car l'alcoolisation (comme les consommations de psychotropes et médicaments) reste un facteur à risque très particulier difficile à cerner pour demander l'intervention des acteurs de la prévention.

Pourtant, la prévention des risques professionnels liés à l'alcoolisation est un enjeu réel pour l'évaluation de ces risques, plus particulièrement pour les postes suivants : métiers itinérants et commerciaux, emplois de représentation externe à l'entreprise et tout poste isolé des autres unités de travail. Elle s'applique aux risques d'accidents corporels, d'incidents de production, aux facteurs prolongés de stress (pressions, réorganisations, restructurations), ainsi qu'aux organisations inadaptées (travail isolé, postes itinérants, absences de suivi des salariés exposés, usure professionnelle).

Depuis 2002 (date d'application de la loi de 1991 sur la prévention des risques professionnels), la jurisprudence du travail donne des exemples de dangers et dommages professionnels liés l'alcoolisation de salariés conduisant un véhicule personnel ou professionnel.

mettent la contestation - s'il a pour objet de prévenir ou de faire cesser immédiatement une situation dangereuse. Dans la mesure où l'état d'imprégnation alcoolique constitue une menace pour l'entourage, la faute grave est caractérisée par le simple non respect du règlement intérieur⁵

Dans la réalité quotidienne des relations de travail, la prévention des risques professionnels, liés à l'alcoolisation, passe par des échanges réguliers entre les responsables d'équipes, médecins et salariés de l'entourage. Les facteurs d'alcoolisation sont plus souvent formulés avec l'aide de médecins du travail et de responsables hiérarchiques ou de collègues (subissant les contrecoups d'absences, de défauts ou d'incidents de production). Leurs premiers soucis restent la production, l'organisation du travail d'équipe et les performances individuelles et collectives. Les objectifs de conformité aux normes de sécurité, de conditions de travail et de protection de la santé sont au second plan. Pourtant, ces deux dimensions restent complémentaires. Les différentes démarches d'évaluation des risques professionnels peuvent articuler ces deux exigences de performance et de sécurité/santé au travail. Par leur complémentarité, les services de santé au travail (avec les médecins, infirmiers, ergonomes) ainsi que les intervenants en prévention des risques professionnels auront un rôle de poids dans les dix années à venir. La pluridisciplinarité leur donne à la fois le recul, la pratique du milieu et des outils complémentaires d'analyse du travail.

Enfin, les démarches de prévention des risques professionnels doivent permettre de changer les représentations décalées ou caricaturales sur l'alcoolisation. Les consommateurs à risques, les salariés dépendants ne sont ni la victime *expiatoire*, ni les seuls responsables d'éventuels dommages, sinistres, dangers ou mises en danger de soi et d'autrui. Ils sont plus souvent d'anciens consommateurs occasionnels, passés, peu à peu, en quatre ou cinq ans, à des consommations nocives.

Les leçons de la jurisprudence

La prévention des risques professionnels liés à l'alcoolisation devient un enjeu réel dans la maîtrise des risques professionnels. Les responsables des entreprises et organisations publiques ou privées peuvent inciter à une véritable démarche de prévention. Certaines organisations limitent la prévention aux règlements intérieurs, notes d'information ou circulaires sur les responsabilités pénales. Elles peuvent élargir la connaissance des responsabilités individuelles et collectives par une démarche de prévention des risques professionnels identifiés. De leur côté, les individus peuvent employer les moyens individuels de prévention : rappel aux textes internes, concertation et alerte aux hiérarchies, droit de retrait d'une situation devenue dangereuse.

Sur ces notions de situation dangereuse, de danger imminent, l'obligation de prévention des risques professionnels est renforcée par la jurisprudence du travail depuis 2002. En matière de sécurité et de violence routière, les salariés et

employeurs constatent que les sanctions sont systématiquement confirmées. Les jugements de la Cour de Cassation et des tribunaux correctionnels l'illustrent. Le tribunal correctionnel de Nevers (15-10-2002) condamne un président de Comité d'Entreprise qui avait laissé un salarié invité à un repas *arrosé*, repartir en état d'ébriété en voiture, provoquant un accident mortel. Le 22 octobre 2003, le licenciement (avec mise à pied) d'un salarié pour intempérence mettant en danger la vie d'autrui est confirmé. De même, la suspension du permis de conduire d'un chauffeur routier (hors temps de travail) pour contrôle d'alcoolémie en état d'ivresse justifie son licenciement par le danger réel que le salarié présentait pour lui-même et pour les autres usagers de la route⁴. Un chauffeur livreur a été licencié pour faute grave, sur la base d'un contrôle d'alcoolémie positif, effectué conformément aux dispositions du règlement intérieur visé dans le contrat de travail du salarié. Le recours à l'alcootest est justifié - si les modalités de ce contrôle en per-

suite thema en page 28

⁴ - Cassation sociale, 2 décembre 2003

⁵ - Cour/Cassation, chambre sociale, 24 février 2004

Bibliographie et références de l'auteur

Documents de références de l'ANPAA

- *Guide du formateur ANPAA*, 2002, 75 p.
- *Intervenir en entreprise*, ANPAA, Janvier 2001, 190 pages,
- Anchages Formation, n°21, *La prévention des risques professionnels*, Juin 2004, 12 p.
- ANPAA. Rhône Alpes, *Carrefour Prévention dans le monde du travail*, 16 octobre 2003, 47 p.

Alcoologie - Prévention

- FAUROBERT, *Le risque alcool dans l'entreprise*, éditions ouvrières, Paris, 1971, 90 p.
- GODARD Jacques, *Le médecin du travail et l'alcoolisme*, éditions La Documentation française, 1975, 93 p.
- HAAS, R. M., *Milieu du travail et alcoolisme*, édition La Documentation française, Paris, 1971, 78 p.
- HAAS, R. M., *Milieu du travail et alcoolisme*, édition Grasset, Paris, 1976, 318 p. (réédition Comment je soigne les alcooliques Grasset, 1979, 220 p.)
- COLEAU Pascal, *La responsabilité de l'entreprise dans la prévention et la gestion du risque alcool*, Mémoire de DU, Univ P. et M. Curie, Paris-VI, Faculté de médecine UFR Broussais Hôtel-Dieu, 2003, 32 p.
- Santé Médecine du travail (Association), *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*. Syros, 1998
- VOGÉ, Christine, Etude sur la consommation de boisson alcoolisées au restaurant d'entreprise. Enquête auprès de sept établissements, mémoire pour le DU d'alcoologie de l'Université P. et M. Curie (Paris-VI, Faculté de médecine UFR Broussais Hôtel-Dieu, 1996, 50 p.)
- LINAS Jean Paul, *Des outils pour le formateur en alcoologie*, mémoire pour le DU Conduites addictives de CHU, Psychiatrie d'adultes, Université d'Auvergne, UFR de Médecine. 1995, 58 p.
- KIEFFER Renée, *Action prévention alcool en entreprise*, mémoire pour le Certificat d'Université d'Ergonomie, Université Louis Pasteur, Strasbourg, Dir Alain Chantinea. 1993, 76 p., (un médecin du travail détaille l'analyse ergonomique d'un plan de prévention en alcoologie dans une entreprise)
- Osservatorio permanente sui giovani e l'alcool. Quaderni dell'osservatorio n° 9, *Young People and Alcohol Between School and Work*, édition Union Européenne/Osservatorio permanente

sui giovani e l'alcool, 1997, 127 p.

- Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Alkohol, Medikamente, Drogen, Nikotin, Eßstörungen, Spiel und Arbeitssucht, 1991, IG Metall, Frankfurt am Main, 247 p.
- LE CLAIR BISSEL M. D. ; HABERMAN Paul W., *Alcoholism and the Professions*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1984, 214 pages.
- Revue Toxibase, n°15 (3^e trimestre 2004) *Drogues et travail : le new deal ?*, 56 p.



Les risques professionnels

- DEL SOL Marion, *L'entreprise face aux risques professionnels. Aspects juridiques*. Éditions Liaisons, 2003, 171 p.
- *Les risques au travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Collectif de Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie Laurence Moussel, Catherine Spitzer, Annie Touranchet-Hebrard, Éditions La Découverte, Paris, 1985, 639 pages (1^{er} ouvrage de fonds sur les risques et maladies professionnelles par secteurs d'activité)
- INRS (Institut National de Recherche sur la Sécurité). *Le document Déclaration Unique d'évaluation des risques professionnels*, 2003 ; site Web : www.inrs.fr
- ANACT (Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail). *La démarche d'évaluation des risques professionnels, 5 étapes*, 2003 ; site Web : www.anact.fr
- Santé, sécurité et conditions de travail au quotidien. Classeur 500 fiches (1000 p.), Éditions Liaisons sociales, mai 2004
- CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), site Web : www.ameli.fr

erratum

Dans le précédent thema Revue Toxibase n° 15, "Drogues et travail" p. 6, (chapitre : trois modèles de règlements), il faut rectifier l'erreur dans le sous-titre en le remplaçant par : *un modèle axiologique qui favorise en valeur le principe de dépistage*.

Histoire

- *** - L'oeuvre de Pierre Fouquet (1913-1998). Alcoologie et Addictologie, 2000, 22, (2 suppl.), 3S-92S
Référence Toxibase n° 205214
- *** - Un siècle d'alcoologie. Alcool ou Santé, 2000, (233), 14-17
Référence Toxibase n° 303985
- BAZOT M. - L'histoire de la Société Française d'Alcoologie. Alcoologie, 1999, 21, (HS), 123-126
Référence Toxibase n° 204780
- BAZOT M. - L'homme et l'alcool. Paris, Privat, 1998, 192 p.
Référence Toxibase n° 803088
- BRUN J. F. - Alcool et grande muette. La consommation d'alcool en milieu militaire (1945-1950). In : NOURRISSON D., A votre santé ! Education et santé sous la IV^e République, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne, 2002, 137-193, ill., tabl., ann.
Référence Toxibase n° 404139
- CRAPLET M. - Alcoologie : mot français d'origine étrangère. Alcoologie, 1999, 21, (HS), 133-142
Référence Toxibase n° 204782
- EDWARDS G. - La naissance de l'alcoologie. Alcoologie, 1999, 21, (HS), 127-131
Référence Toxibase n° 204781
- FILLAULT T. ; GARCON J. ; BERNARDIN M. Les belles plantes ne s'arrosoent pas à l'alcool. L'alcoolisme à l'affiche de 1945 à 1995. Actualité et Dossier en Santé Publique, 1999, (26), 20-22
Référence Toxibase n° 101919
- FILLAULT T. - L'alcool, voilà l'ennemi ! L'absinthe hier, la publicité aujourd'hui. Rennes, ENSP, 1997, (Contrechamp), 102 p., graph., ill., tabl.
Référence Toxibase n° 205784
- FILLAULT T. ; GARCON J. - La prévention de l'alcoolisme par l'affiche en France, en Belgique, en Suisse et au Québec (1945-1995). Étude réalisée dans le cadre du LAPSS avec la collaboration du CRHISCO pour l'Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (IREB), Contrat IREB n° 98/11, Paris, IREB, 2000, 235 p., tabl., ill.
Référence Toxibase n° 102007
- FILLAULT T. ; NAHOUM-GRAPPE V. ; TSIKOUNAS M. - Histoire et alcool. Paris, L'Harmattan, 1999, (Logiques Sociales), 220 p.
Référence Toxibase n° 803145
- GARRIER G. - Histoire sociale et culturelle du vin. Paris, Bordas, 1996, (Cultures), 366 p., ann., ill.
Référence Toxibase n° 700414
- GARRIER G. - Quelques repères pour une histoire de l'ivresse. Alcoologie et Addictologie, 2002, 24, (4), 364-367
Référence Toxibase n° 206636
- HEATHER N. - Au-delà de l'alcoolisme. Les perspectives modernes de la dépendance et des problèmes liés à l'alcool. Interventions, 1999, (72), 16-26
Référence Toxibase n° 1000545
- LEFEBVRE T. - Aspects négligés de l'iconographie antialcoolique : plaques de verre et films fixes. Revue du Praticien (La). Médecine Générale, 2002, 52, (16), 1749-1751
Référence Toxibase n° 804073

MERCIER C. - **Alcoologie et francophonie. XX^e anniversaire de la SFA.** Paris, 11 et 12 décembre 1998. Alcoologie, 1999, 21, (HS), 279-285
Référence Toxibase n° 204809

PERROT M. ; DANDE A. - **De la prévention de l'alcoolisme à la prévention des addictions.** Santé de l'Homme (La), 2002, (362, dossier "Soixante ans d'éducation pour la santé"), 37-38
Référence Toxibase n° 901257

Aspects sociaux et culturels

*** - **Désirs d'ivresse. Alcools, rites et dérives.** Autrement, 2000, (191), 1-194
Référence Toxibase n° 101917

*** - **L'alcool et le travail.** SFA, ANPA, Société de Médecine du Travail d'Aquitaine, Arcachon, 12 mai 2000, Alcoologie et Addictologie, 2000, 22, (suppl. 4), 1S-56S
Référence Toxibase n° 205393

CARO G. ; MORIN E. - **De l'alcoolisme au bien boire. Tome 1 et 2.** Paris, L'Harmattan, 1990, (Logiques Sociales), 319 p.
Référence Toxibase n° 1000627

CERCLE A. - **L'alcoolisme.** Paris, Flammarion, 1998, 126 p., ill., graph.
Référence Toxibase n° 700485

DOLARD E. - **Alcool. C'est mauvais parce que c'est bon !** Paris, Éd. ESKA, Éd. Alexandre Lacassagne, 2004, 169 p., ill.
Référence Toxibase n° 700887

FACY F. ; DALLY S. ; RABAUD M. **Alcoolisme et précarité.** In : JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F., RINGA V., Précarisation, risque et santé, Paris, INSERM, 2001, (Questions en Santé Publique), 351-363, tabl.
Référence Toxibase n° 505133

INPES ; INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ - **Étude qualitative exploratoire "Hommes et alcool".** Rapport 02/084/R FG/sl, INPES, 2002, 111 p., ann.
Référence Toxibase n° 102312

INSERM - **Alcool. Dommages sociaux abus et dépendance.** Paris, INSERM, 2003, (Expertise collective), 536 p., fig., tabl.
Référence Toxibase n° 102328

LEBRUN T. ; SELKE B. - **L'évaluation du coût social de l'alcoolisme en France.** Actualité et Dossier en Santé Publique, 2004, (46), 77-80
Référence Toxibase n° 102523

MAYO M. - **L'alcoolisme, une toxicomanie nationale.** Science et Vie, 2002, (6690), 14-25
Référence Toxibase n° 1001015

MÜLLER R. - **L'alcool dans notre société, entre désir et tabou.** Dépendances / GREAT, 2001, 15, 8-11
Référence Toxibase n° 804050

SEGOND A. - **Une analyse des modes de vie et de boire des jeunes.** Swaps, 2004, (34), 9-11
Référence Toxibase n° 1001214

Prévention et lutte

ANDERSON P. - **La politique de l'OMS en alcoologie.** Alcoologie, 1999, 21, (HS), 269-272
Référence Toxibase n° 204807

BABIN M. ; BOUCHET C. - **Éthique en prévention des risques liés à l'alcoolisation.** Lyon, CRAES CRIPS, 2002, 107 p., tabl.

Référence Toxibase n° 206981

BEAUCHAMP S. ; DEMERS A. - **Les programmes de prévention en matière d'alcool en milieu scolaire sont-ils efficaces ?** Science et Comportement, 2001, 28, (3), 145-162
Référence Toxibase n° 206218

BESANCON F. ; SIMON G. - **Prévention des dommages dus à l'alcool en médecine du travail. Objectifs évaluables, résultats.** Alcoologie et Addictologie, 2002, 24, (1), 63-66
Référence Toxibase n° 206056

CFES - **Prévention de la consommation excessive d'alcool. Éléments d'évaluation du plan de communication 1997-1998-1999.** Paris, CFES, 2000, 111 p., tabl., ill.
Référence Toxibase n° 102139

CNAMTS ; CFES - **Alcool et travail.**

Prévention des risques liés à l'alcool en milieu professionnel. Dossier de presse. Publié sur Internet : <http://www.inpes.sante.fr>, Paris, CNAMTS/CFES, 2001, 30 p., tabl., ann.
Référence Toxibase n° 102257

DATTU L. - **Prévention primaire du mésusage d'alcool chez les jeunes : quelle efficacité ?** Swaps, 2004, (34), 7-8
Référence Toxibase n° 1001213

DEJOUR F. - **Dépistage et prévention de l'alcoolisme sur le lieu de travail.** Mémoire pour la capacité de toxicomanie-alcoologie, Univ. Bordeaux 2, UFR Sc. Med., 2002, 64 p., ann.
Référence Toxibase n° 102301

DGS - **Stratégie d'action alcool. Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool.** Publié sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>, DGS, 2001, 34 p., ann., tabl.
Référence Toxibase n° 102226

JEANNIN J. P. - **Gérer le risque alcool au travail.** Lyon, Chronique Sociale, 2003, (Coll. Savoir Communiquer), 391 p., ann.
Référence Toxibase n° 700787

MACHICOANE M. - **Prévention de l'alcoolisme.** In : Les drogues ont-elles un avenir ?, Actes des XXI^{es} Journées de l'ANIT, ANIT, Biarritz, 26-27 mai 2000, Interventions, 2000, (76-77), 110-111
Référence Toxibase n° 1000726

MANUEL C. ; ANTONIOTTI S. ; SIMEONI M. C. ; SAPIN C. ; AUQUIER P. - **Prévention des conduites à risque. Approche législative et réglementaire centrée sur les mesures destinées aux jeunes. Deuxième partie : Lutte contre l'alcoolisme.** Journal de Médecine Légale et de Droit Médical, 2001, 44, (2), 103-114
Référence Toxibase n° 803800

MARTIN D. - **La stratégie d'action alcool 2002-2004.** Actualité et Dossier en Santé Publique, 2002, (38), 79-81
Référence Toxibase n° 102237

MENETREY-SAVARY A. C. - **Alcool : la prévention dans l'étau du néolibéralisme.** Alcoologie, 1999, 21, (HS), 173-178
Référence Toxibase n° 204788

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA RECHERCHE ET DE LA TECHNOLOGIE **Campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens.** Publié sur Internet : <http://www.education.gouv.fr/alcool/>, Ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie, 1999, 19 p.,

tabl.

Référence Toxibase n° 1000508

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ ; MINISTRE DÉLÉGUÉ A LA SANTÉ - **Les axes du programme de lutte contre la consommation abusive d'alcool.** Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001, 30 + 25 + 8 + 9 p.
Référence Toxibase n° 403719

NAVARRO F. ; GODEAU E. ; VIALAS C. **Les jeunes et l'alcool en Europe.** Actes du Colloque interdisciplinaire, Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de Toulouse, Université de Toulouse 1 - Sciences Sociales, 2 et 3 décembre 1999, Toulouse, Éd. Universitaires du Sud, 2000, 387 p., graph., tabl.

Référence Toxibase n° 700597

NOURRISSON D. - **Un enseignement antialcoolique à l'école.** In : NOURRISSON D., Éducation à la santé. XIX^e-XX^e siècle, Rennes, Éd. ENSP, 2002, (Recherche, Santé, Social - Histoire), 143-156
Référence Toxibase n° 804018

OMS - **Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000-2005.** Copenhague, OMS, 2000, 24 p.
Référence Toxibase n° 102130

OMS ; WHO - **Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool. Résumé des communications.** Stockholm, 19-21 février 2001, OMS, WHO, 2001, 53 p., Publié sur Internet : <http://www.who.int>
Référence Toxibase n° 1000912

SÉCURITÉ ROUTIÈRE - **Nouvelle campagne sur les dangers de l'alcool au volant.** Publié sur Internet : <http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr>, Sécurité Routière, 2003, 20 p., ann.
Référence Toxibase n° 102530

SFA-ISPA - **Jeunes et alcool. Prévenir les risques.** Lausanne, SFA-ISPA, 2001, 56 p.
Référence Toxibase n° 1500010

WHO ; WORLD HEALTH ORGANIZATION **Global Status Report: Alcohol Policy.** Genève, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004, 217 p., fig., tabl.
Référence Toxibase n° 207766

Prise en charge et dispositif de soin

*** - **La dépendance alcoolique.** Santé Mentale, 1998, (32), 14-39
Référence Toxibase n° 1000510

*** - **1er colloque d'alcoologie Lipha-Santé : qualité des soins en alcoologie.** Alcoologie, 1999, 21, (Numéro spécial, Décembre), 2-58.
Référence Toxibase n° 205204

ASSOCIATION NATIONALE PRÉVENTION ALCOOLISME ; ANPA ; SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE ; SFA ; SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE CHAMPAGNE-ARDENNE - **Les recommandations pour la pratique clinique en alcoologie : une culture commune pour quelles pratiques ?** Dossier transmis aux participants, Société Française d'Alcoologie, Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, Reims, 11 mai 2001, Paris, SFA, 2001, 77 p.
Référence Toxibase n° 403643

suite biblio plus Toxibase

- BALMES J. L. - **Les enjeux alcoologiques. De la formation à la thérapeutique.** Alcoologie, 1999, 21, (HS), 199-204 Référence Toxibase n° 204792
- BERENGER P. ; SCHWAN R. ; FLEURY B. ; RIGAUD A. - **Propositions pour l'amélioration de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool à l'hôpital.** Alcoologie et Addictologie, 2002, 24, (1), 41-46 Référence Toxibase n° 206053
- COUR DES COMPTES - **La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme.** Paris, Cour des Comptes, 2003, 38 p. Référence Toxibase n° 901356
- DAEPEN J.-B. - **Interventions brèves en alcoologie.** Alcoologie et Addictologie, 2004, 26, (suppl. 3), 3S-40S Référence Toxibase n° 207806
- DESCOMBEY J. P. - **Précis d'alcoologie clinique.** Paris, Dunod, 2003, 350 p., index. Référence Toxibase n° 404422
- DGS, DIRECTION DES HÔPITAUX ; REYNAUD M. ; PARQUET P. - **Les personnes en difficultés avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions.** Paris, CFES, 1999, 293 p. Référence Toxibase n° 205222
- GOMEZ H. - **L'alcoolique, les proches, le soignent. Pour une autre pratique de l'alcoologie.** Paris, Dunod, 2003, (Psychothérapies), 174 p., graph., index. Référence Toxibase n° 804394
- GUILBE P. - **Le dispositif ambulatoire spécialisé en alcoologie.** In : 2^e conférence de consensus Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage, SFA, ANAES, MILDT, Paris, 7 et 8 mars 2001, Alcoologie et Addictologie, 2001, 23, (2), 224-228 Référence Toxibase n° 205740
- KIRITZE-TOPOR P. - **Comment aider les alcooliques et ceux qui les entourent.** Paris, MMI Ed., 1999, 273 p., graph. Référence Toxibase n° 803115
- MOREL A. ; FAVRE J. D. ; RIGAUD A. - **Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie ? Entre points communs et spécificités.** Interventions, 2001, 18, (1), 42-55 Référence Toxibase n° 1000785
- PAMPHILE P.-G. ; CHINON C. ; CRONARD F. ; GLISSE M. O. ; DOGUE A. F. J. ; LE BLEVEC Y. ; AUGOT C. ; PETIT-DIDIER J. ; MONIQUE R. ; BOUREL M. ; MARY-ROSE V. ; JOACHIM R. A. ; NELZY N. ; TRIBOULET F. ; OZIER-LAFONTAINE Y. ; LAUNAY F. ; NANCY H. ; CESAIRES D. ; BOTTIUS F. ; LE BARS Y. ; BOULZE I. ; LEDAY B. - **1^{es} journées nationales des associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool. Rompre l'isolement et renforcer la solidarité.** Trinité, 7 et 8 novembre 2002. Alcoologie et Addictologie, 2004, 26, (suppl. au n°1), 3S-43S Référence Toxibase n° 207335
- PEQUART C. ; CLEMENT J. ; POLOMENI P. ; HERVE F. ; CRAPLET M. ; LE MOULEC P.-Y. ; BERGUGNAT T. ; MOREL A. ; RIGAUD A. - **Alcoologie et toxicomanie : identités, différences, perspectives. Rapprochement des dispositifs en alcoologie et toxicomanie.** ANPA, ANIT Ile-de-France, Paris, 13 mars 2001, Alcool ou Santé, 2001, (239), 29 p., 3-31 Référence Toxibase n° 700756
- SCHLIESINGER J. L. ; DERVAUX T. - **Alcoolisme.** Revue du Praticien (La). Médecine Générale,
- 2000, 50, (2), 209-216 Référence Toxibase n° 803091
- SCHWAN R. ; REYNAUD M. - **L'intérêt d'un réseau intrahospitalier "alcoologie de liaison" dans la prise en charge du patient en difficulté avec l'alcool.** Courrier des Addictions (Le), 2000, 2, (1), 22-24 Référence Toxibase n° 803212
- SFA ; SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE ; ANAES ; MILDT - **2^e conférence de consensus : modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage.** Paris, 7 et 8 mars 2001, Alcoologie et Addictologie, 2001, 23, (2), 1-388 Référence Toxibase n° 205726
- THERY J.-L. ; MICHAUD P. - **Comment valoriser le dispositif spécialisé en alcoologie dans le cadre du statut des CCAA ?** Alcoologie et Addictologie, 2000, 22, (3), 205-211 Référence Toxibase n° 205346
- YERSIN B. - **Les questionnaires de dépistage en alcoologie.** Alcoologie, 1999, 21, (3), 397-401 Référence Toxibase n° 204931
- Épidémiologie**
- *** - **Comparing drinking patterns, problems and attitudes in six European countries.** Contemporary Drug Problems, 2002, 29, (3), 475-652 Référence Toxibase n° 206465
- ANPA, ASSOCIATION NATIONALE DE PRÉVENTION DE L'ALCOOLISME Consultants des CCAA en 2002. Paris, ANPAA, 2004, 42 p. Publié sur Internet : http://www.anpaa.asso.fr/html-fr/syntheses-pdf/consultants_des_CCAA_2002.pdf Référence Toxibase (en cours d'analyse)
- BECK F. ; BROSSARD C. - **L'alcoolisation des femmes en France. Typologie des contextes d'usage.** Alcoologie et Addictologie, 2004, 26, (1), 21-29 Référence Toxibase n° 207302
- BIECHELER M. B. ; FILOU C. ; FONTAINE H. - **Conduite automobile et accidents liés à l'alcool. Une synthèse des recherches épidémiologiques menées à l'INRETS-DERA.** INRETS, 1999, (Les collections de l'INRETS, Synthèse n°35), 127 p., graph., tabl. Référence Toxibase n° 205596
- BOUSSIRON D. - **Données épidémiologiques et syndrome d'alcoolisation foetale.** Courrier des Addictions (Le), 2003, 5, (4), 149-152 Référence Toxibase n° 804373
- BROSSARD C. ; BECK F. - **Les contextes d'usage d'alcool des femmes, données de l'enquête Enveff, France, 2000.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2003, (21), 95-96 Référence Toxibase n° 207529
- BRUCE K. ; DONGIER M. - **Vers une validation des critères de diagnostic en épidémiologie de l'alcoolodépendance.** Alcoologie, 1999, 21, (4), 493-497 Référence Toxibase n° 204995
- BURKHARDT S. ; PELLETIER M. ; LA HARPE R. - **Incidence de la consommation d'alcool dans les accidents mortels.** Journal de Médecine Légale et de Droit Médical, 2001, 44, (7/8), 505-510 Référence Toxibase n° 803871
- CHOQUET M. ; COM-RUELLE L. - **Les adolescents français face à l'alcool, comportement et évolution.** Focus Alcoologie, 2003, (5), 3-20 Référence Toxibase n° 1001070
- CHOQUET M. ; COM-RUELLE L. ; LEYMARIE N. ; LESREL J. - **Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 : comportements et contextes en France.** Paris, IREB, 2003, 164 p., tabl., Publié sur Internet : <http://www.ireb.com> Référence Toxibase n° 207236
- FACY F. ; RABAUD M. - **Consultants des centres spécialisés en alcoologie et en toxicomanie. Repères épidémiologiques.** 4^e colloque d'alcoologie Merk Lipha Santé Alcoologie et intervention en toxicomanie, Lyon, 30 mai 2002, Alcoologie et Addictologie, 2002, 24, (suppl. 4), 2S-9S, graph., tabl. Référence Toxibase n° 206605
- GOT C. - **Le poids de l'alcool dans la santé publique en France.** Gastroenterologie Clinique et Biologique, 2002, (26), B149-B157 Référence Toxibase n° 1300334
- IREB, INSTITUT DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES SUR LES BOISSONS - **Les adolescents français face à l'alcool : comportement et évolution.** Paris, IREB, 1998, 119 p., tabl., graph., fig., ann. Référence Toxibase n° 700507
- IREB-INSTITUT DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES SUR LES BOISSONS ; AIGRAIN P. ; HIBELL B. - **La consommation d'alcool en Europe : chiffres et déchiffrages.** Focus Alcoologie, 2003, (6), 3-18 Référence Toxibase n° 1001166
- LECLEF H. ; PHILIPPOT P. - **La consommation d'alcool en milieu étudiant.** Enquête épidémiologique. Alcoologie, 1999, 21, (3), 421-428 Référence Toxibase n° 204935
- LEGELEYE S. - **Géographie des consommations d'alcool en France.** Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2002, 50, (6), 547-559 Référence Toxibase n° 1101135
- MOUQUET M. C. ; VILLET H. - **Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné.** Études et Résultats, 2002, (192), 1-11 Référence Toxibase n° 1300460
- OBSERVATOIRE INTERMINISTÉRIEL DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE - **La sécurité routière en France : bilan de l'année 2001.** Alcool et accidents de la route. Publié sur Internet : <http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/>, ONIRS, 2002, 10 p., tabl. Référence Toxibase n° 206318
- RAMOND M. J. ; PESSIONE F. - **Épidémiologie de la consommation d'alcool et des maladies alcooliques du foie en France.** Hépato-Gastro, 2001, 8, (2), 113-118 Référence Toxibase n° 206206
- REHN N. ; ROOM R. ; EDWARDS G. - **L'alcool dans la région européenne : consommation, méfaits et politiques.** Publié sur Internet : <http://www.youngalcohol.who.dk/french/documentsF.htm>, OMS, 2001, 167 p., tabl., fig. Référence Toxibase n° 102067
- SETTERTOBULTE W. ; JENSEN B. B. ; HURRELmann K. - **La consommation d'alcool parmi les jeunes Européens.** Publié sur Internet : <http://www.youngalcohol.who.dk/french/documentsF.htm>, OMS, 2001, 50 p., tabl., fig. Référence Toxibase n° 102068

Selection préparée par Sandrine Chiroussel