

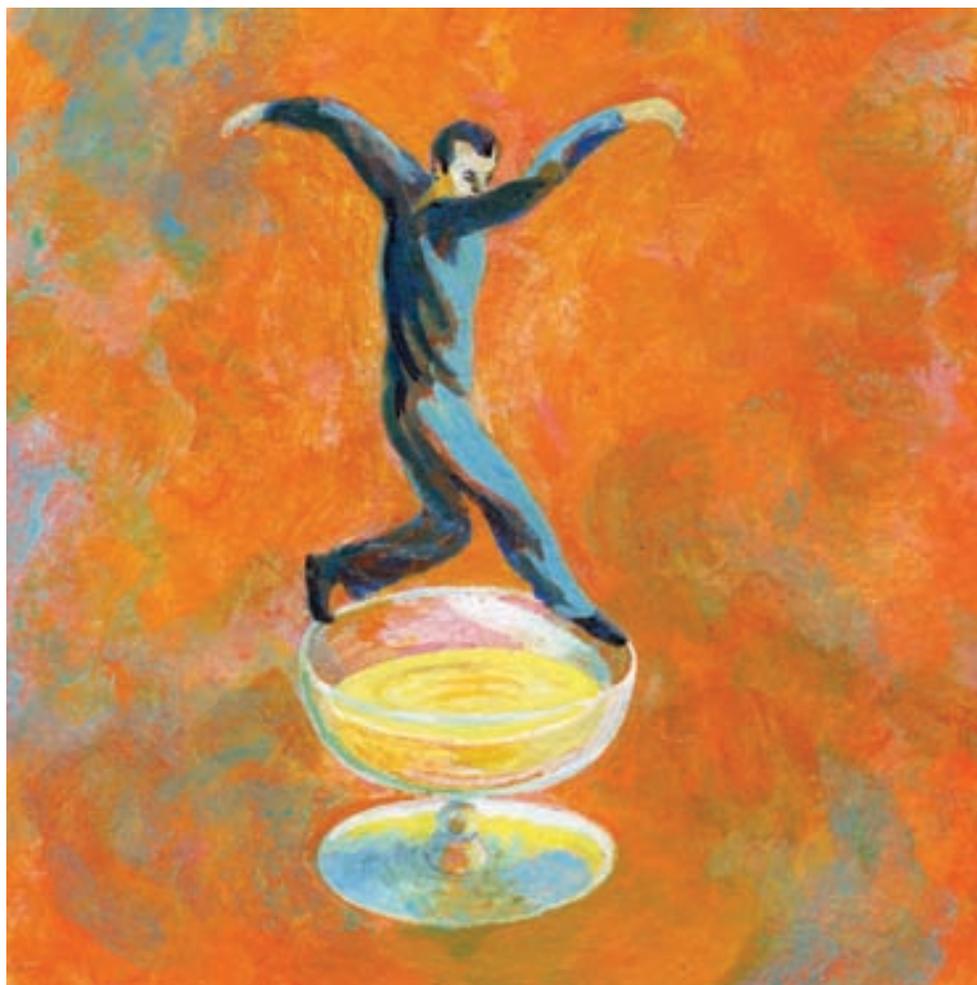
DOSSIER 68

Alcoolisation excessive : controverses et prévention

P4 Aide à l'action
Prévenir les
chutes des
personnes âgées

P7 Cinésanté
Elephant, entre
fiction et émotion

P49 Santé
en chiffres
La violence
chez les jeunes
scolarisés



Vous travaillez dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou du social ?

LA Santé de l'homme



Un outil de travail et de réflexion pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



Je souhaite m'abonner au tarif :

- France métropolitaine 1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine 2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants 1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros) **38 €**

• Soit un montant de €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Éducation pour la santé des migrants, N° 357.
- De l'alimentation à la santé, N° 358.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, N° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.

• Soit un montant total de €

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre de l'INPES. Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

- 4 Aide à l'action**
Un référentiel pour prévenir les chutes des personnes âgées
Hélène Bourdessol
- 7 Cinésanté**
Elephant, entre fiction et émotion
Michel Condé

Dossier : p. 11 à 49

Alcoolisation excessive : controverses et prévention

Introduction

Briser le silence

Tania Rosilio, Bernadette Roussille 12

La consommation excessive d'alcool en France

Alcoolisation excessive : de quoi parle-t-on ?
Alain Rigaud, Bertrand Nalpas 13

La première substance psychoactive consommée

Stéphane Legleye 15

Les jeunes face à l'alcool

Marie Choquet, Laure Com-Ruelle, Julien Lesrel, Nicole Leymarie 17

Les représentations et attitudes face à l'alcool

Le vin, deux mille ans d'enracinement gaulois
Michel Craplet 19

Pourquoi l'alcool est une affaire d'hommes

Tania Rosilio 21

Les controverses et débats autour de l'alcool

Les sirènes du bon usage modéré
Daniel Thomas 23

L'alcool, une drogue comme les autres ?
François Paille 25

Consommation à risque, une responsabilité partagée
Yann Bisiou 27

Décrypter le marketing des producteurs d'alcool
Claude Got 29

Mortalité due à l'alcool : des estimations délicates
Pierre Arwidson 31

De la communication aux actions de terrain

Un siècle de communication sur les risques liés à l'alcool
Alexandre Picard 32

Des collégiens peu sensibles à l'information sur les addictions
Pascale Dupas 34

Le risque alcool au travail, du déni à la prévention globale

Jean-François Vallette 35

Entreprises : éviter la délation, susciter le dialogue
Annie Le Fessant 38

Un outil d'accompagnement du médecin généraliste
Antonia Dandé, Isabelle Vincent 39

Repérage précoce, les médecins en première ligne
Philippe Michaud 41

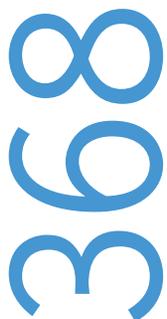
Une politique européenne timide de lutte contre l'alcoolisme

Face à l'alcool, l'Europe balbutie
Dominique Martin 43

Pour en savoir plus
Sandra Kerzanet, Olivier Delmer 46

- 49 La santé en chiffres**
La violence chez les jeunes scolarisés
Hélène Perrin-Escalon

- 52 Lectures - outils**
Sandra Kerzanet, Fabienne Lemonnier



Un référentiel pour prévenir les chutes des personnes âgées

Chaque année, en France, chez les plus de 65 ans, une personne sur trois est victime d'une chute provoquant dans certains cas une importante perte d'autonomie. En collaboration avec la Belgique, le Québec et la Suisse, l'INPES travaille sur un « référentiel des bonnes pratiques » pour aider les acteurs de terrain à organiser la prévention.

Depuis plusieurs années, des programmes de prévention des chutes chez les personnes âgées sont initiés dans de nombreuses régions françaises, comme par exemple le programme « Équilibre » en Bourgogne-Franche-Comté¹. Il est néanmoins difficile d'évaluer leur efficacité en termes de réduction des chutes accidentelles. Partant de ce constat, l'INPES, en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), a engagé une réflexion afin de se donner les moyens de disposer d'un programme rigoureux de dimension internationale.

Chaque année, parmi les 60 ans et plus, environ une personne sur trois chute. Les conséquences sont variables selon les individus (1 % des chutes entraîne une fracture du col du fémur), mais les chutes accidentelles sont souvent à l'origine d'une perte de mobilité et d'autonomie de la personne et peuvent, dans les cas les plus graves, entraîner la mort. Ainsi, en 1999, on dénombreait plus de 9 000 décès consécutifs à une chute chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cette question est d'autant plus importante que la France, à l'instar d'autres pays occidentaux, est confrontée à un vieillissement inéluctable de sa population. Conjugué à l'allongement de la durée de la vie, ce phénomène a aussi pour consé-

quence une augmentation du nombre de personnes très âgées (au-delà de 80 ans).

Un outil pour les infirmières, médecins et aides à domicile

Permettre aux aînés de vivre le plus longtemps possible autonomes est nécessaire pour plusieurs raisons : évi-

demment, en priorité, préserver ou améliorer leur qualité de vie d'une part, mais aussi réduire autant que possible les coûts imputables à un traitement et/ou à une prise en charge, quels qu'ils soient, consécutifs à une chute accidentelle.

Depuis plusieurs années, cette problématique est inscrite au programme national de prévention des accidents de la vie courante. De nombreuses campagnes d'information à la télévision ont été relayées par les professionnels de santé en mettant des brochures à disposition du public. Parallèlement, en décembre 2000, dans le cadre d'un réseau international francophone, un groupe d'experts (belges, français, québécois et suisses) a été réuni pour la création d'un référentiel de « bonnes pratiques » dont l'objectif est de proposer des recommandations pour la réalisation de programmes de prévention des chutes et des blessures chez les personnes âgées. À long terme, ces bonnes pratiques doivent permettre de maintenir ou d'améliorer

l'autonomie fonctionnelle des aînés et aussi diminuer les fréquences et la gravité des chutes. Destinées aux intervenants de terrain (infirmier(ère)s, aides à domicile, médecins, kinésithérapeutes, etc.), ainsi qu'aux responsables de programmes de santé publique, ces recommandations devront être facilement applicables.

La difficulté à évaluer l'efficacité d'un programme sur la fréquence de survenue des chutes a conduit le groupe d'experts à travailler, à partir de la littérature, sur le processus de la chute, ce qui la provoque et ce qui peut être réalisé pour la prévenir. Ainsi, le référentiel présente :

- les facteurs de risque, de manière à déterminer les causes qui sont à l'origine d'une chute ;
- les outils et les tests pour dépister le risque de chute, permettant ainsi de repérer les personnes à risque ;
- enfin, les interventions efficaces pour prévenir la chute.

Dans un contexte de santé publique, le référentiel se situe dans le champ de la prévention (Figure 1). À ce titre, il est spécifiquement centré sur les facteurs intervenant avant une chute qui lui sont directement associés. Toutefois, pour assurer une cohérence dans la mise en place d'un programme de prévention et aussi pour donner une vision globale sur la problématique des chutes, les facteurs de risque agissant en amont (absence d'activité physique par exemple) et ceux intervenant après une chute (par exemple une fracture) sont évoqués.

Identifier les facteurs de risque

Les bonnes pratiques de prévention des chutes s'adressent en priorité aux personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile et présentant un risque. Il est démontré, aujourd'hui, que le risque de chute est davantage lié à l'accumulation de plusieurs facteurs de risque que d'un seul. Plus de quatre cents facteurs de risque ont été identifiés ces vingt dernières années. Les publications scientifiques regroupent les facteurs de risque selon trois dimensions : les facteurs de risque liés à l'état de santé de la personne (facteurs dit intrinsèques), les facteurs liés aux comportements, puis les facteurs liés à l'environnement de la personne (Figure 2).

Au sein de ces dimensions, les différents facteurs sont classés par catégories. Par exemple, concernant les facteurs de risque intrinsèques, on distingue les risques liés aux pathologies chroniques (telles les affections de l'appareil locomoteur ou l'incontinence urinaire chronique), aux pathologies aiguës (telles la déshydratation ou les infections). Pour les risques liés aux

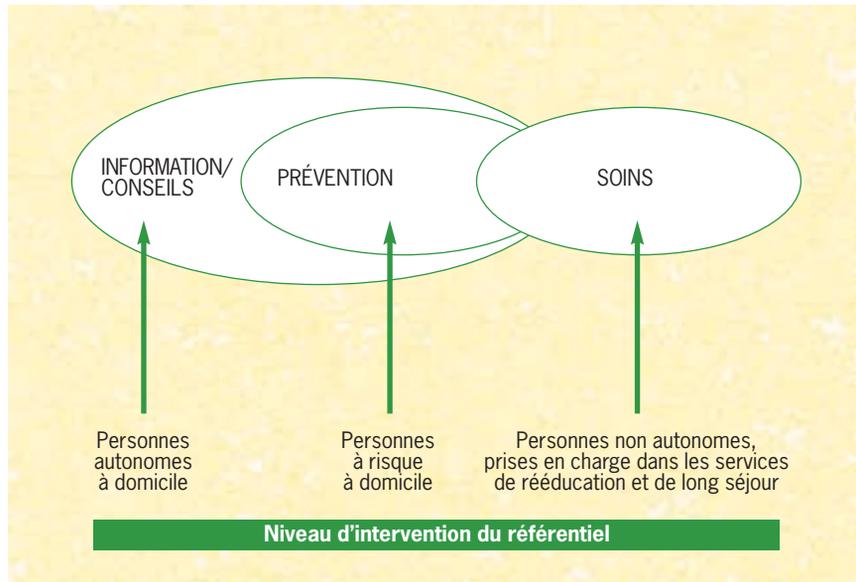


Figure 1 : Problématique des chutes dans un contexte de santé publique et positionnement du référentiel

comportements, une consommation excessive ou inadaptée de médicaments (facteur de risque courant mais peu identifié), une consommation chronique ou aiguë d'alcool, ou bien encore la prise de risque dans les activités de la vie quotidienne constituent des facteurs augmentant le risque de chute. Enfin, la chute peut être causée aussi par des facteurs environnementaux, notamment les dangers du domicile (éclairage, état

du sol, etc.) ou les dangers de l'environnement extérieur.

Repérer les personnes fragiles

L'application des bonnes pratiques de prévention des chutes nécessite donc au préalable de repérer les personnes à risque. Ce repérage est effectué à partir d'une liste de quelques facteurs de risque les plus prédictifs de chute. Pour enclencher une démarche de préven-

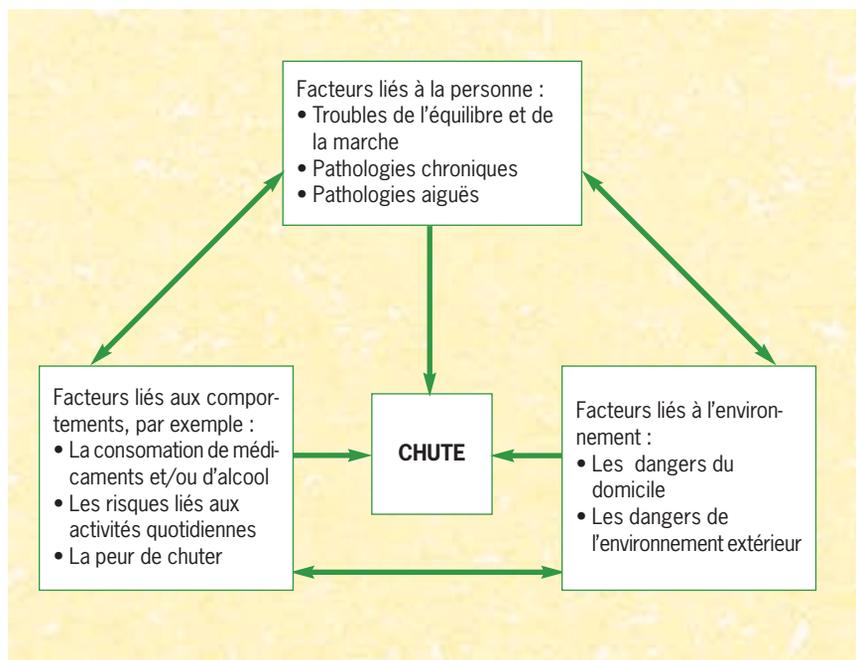


Figure 2 : Risque de chute : des facteurs multiples

tion auprès d'un large public, deux types d'interventions sont nécessaires :

- une information auprès de la personne âgée et de son entourage, l'incitant à un dépistage approfondi lorsqu'elle a chuté dans la dernière année ou lorsqu'elle a une appréhension au risque de chute ;

- une sensibilisation du corps sanitaire et social au problème de la chute et une formation à l'identification des personnes à risque ainsi qu'à l'évaluation approfondie, de manière à pouvoir proposer des interventions individualisées adaptées.

Ainsi, une personne âgée dépistée à risque devra bénéficier d'une action de prévention multifactorielle. Il est recommandé de proposer un programme de prévention ciblant plusieurs facteurs plutôt qu'un seul : l'objectif est d'agir sur les facteurs de risque identifiés lors de l'évaluation approfondie.

Un programme efficace doit intégrer, en priorité, des actions visant à améliorer l'équilibre et la force musculaire, une limitation de l'usage des psycho-

tropes et une diminution du nombre de médicaments, à réduire l'hypotension lorsque la personne est debout, modifier les dangers de l'environnement et contrôler les risques lors des activités quotidiennes. Enfin, ces recommandations devront être adaptées en fonction des caractéristiques de la population ciblée – son milieu de vie citadin ou rural, ses activités sociales, son âge, etc.

La mise en commun des connaissances, de dimension internationale, a permis d'aboutir à un consensus d'experts. Pour autant, la mise en place d'un programme doit nécessairement tenir compte des spécificités propres au système de soins d'un pays.

Pour que le référentiel puisse être utilisé efficacement, une formation auprès des intervenants apparaît indispensable. Les experts recommandent aussi l'évaluation d'un programme de prévention sur la fréquence des chutes accidentelles. Enfin, le référentiel devra évoluer en fonction de l'état des connaissances sur les interventions en prévention des chutes. Ce référentiel

sera mis à la disposition des différents intervenants en prévention courant 2004, sous la forme d'un ouvrage édité par l'INPES. Parallèlement, des cycles de formation de ces mêmes intervenants devraient être mis en place.

Hélène Bourdessol
Sociologue, INPES.

1. Initié par la caisse régionale d'Assurance Maladie.

► Bibliographie

- OMS, Assemblée mondiale des Nations unies. *Viellir en restant actif, cadre d'orientation. Vieillesse et qualité de la vie*. Madrid, 2002.
- Dargent-Molina P., Bréart G. *Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées*. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 1995 ; 43 : 72-83.
- Rubenstein L.-Z., Josephson K.-R. *The epidemiology of falls and syncope*. *Clinics in Geriatric Medicine*, may 2002.

adsp

actualité et dossier en santé publique

numéro 44 Septembre 2003

Revue trimestrielle
du Haut Comité de la santé publique
La documentation Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris cedex 07
Téléphone: 01 40 15 70 00
Télécopie: 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Éditorial

- La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme, Guy Nicolas

Actualité

- Recherche biomédicale : la protection des personnes renforcée
La transposition de la directive européenne sur les essais de médicaments renforce la protection des personnes participant aux recherches biomédicales, Philippe Amiel
- La violence des jeunes scolarisés : un enjeu de santé
Les rapports entre violence et santé chez les jeunes, renseignés par les enquêtes santé, Hélène Perrin, François Baudier

International

- Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne : Le Danemark
Premier volet du triptyque sur l'organisation sanitaire des pays scandinaves, Sandrine Chambaretaud, Diane Lequet
- La réforme du système de santé allemand : la recherche d'une régulation structurelle
Les grandes lignes de la réforme du système de santé allemand adoptée en octobre 2003, Marc Duriez

Régions

- La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé
Comment les usagers participent-ils à la définition et la mise en œuvre des politiques régionales de santé ? Pierre-Henri Bréchat, Christian Magnin-Feysoy, Jean-Luc Grangeon

Repères

- Organisme
Espace éthique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris
- Brèves européennes
- Formation
Master européen de gérontologie (EUMAG)
- Lectures
- En ligne
- Lois & réglementation
- Calendrier

LA SANTÉ EN PRISON Dossier coordonné par Geneviève Guérin

Contexte et genèse d'une réforme

- Histoire d'une réforme qui transférera la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier, Geneviève Guérin

La population carcérale

- Masculine à 95 % et plutôt jeune, la population carcérale présen-

te des risques accrus vis-à-vis de certaines pathologies (hépatites, alcoolisme...). Près de la moitié des détenus sont atteints de troubles psychiatriques, Geneviève Guérin

- La violence contre soi-même, Pierre-Yves Robert

Le dispositif de prise en charge

- La prise en charge sanitaire des détenus est assurée par le service public hospitalier à travers les UCSA et les SMPR, Geneviève Guérin
- Les services médico-psychologiques régionaux, Cyrille Canetti
- Le rôle des infirmiers dans les prisons, Evelyne Picherie

La prise en charge sanitaire

- L'accès aux soins des détenus reste à améliorer au niveau de la permanence des soins et de la faible répartition de l'offre de soins psychiatriques, Geneviève Guérin
- Extrait de Monte-Cristo : journal des détenus des Baumettes

Tribunes

- Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique, Olivier Obrecht
- Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement, Alain Blanc
- La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire, Marc Allaman
- La psychiatrie dans l'univers carcéral, Cyrille Canetti

Bibliographie, Adresses utiles

Elephant, entre fiction et émotion

Rempli d'émotion, laissant libre cours à toutes les analyses, *Elephant* – Palme d'or 2003 à Cannes – retrace la tuerie qui s'est déroulée dans un collège américain. Ce film peut servir de base à un travail de prévention ; il interpelle tout particulièrement sur le malaise adolescent, le repli sur soi, mais aussi sur les humiliations parfois subies par les jeunes dans le cadre scolaire.

Un film de Gus Van Sant
États-Unis, 2003, 1 h 21

1. Le film

Dans son dernier film, le réalisateur Gus Van Sant s'est inspiré d'un fait divers tragique qui a profondément marqué l'Amérique : à la *Columbine High School* du Colorado (transposé par le réalisateur dans l'Oregon), deux élèves munis d'armes de guerre ont assassiné treize personnes et blessé des dizaines d'autres sans raison apparente. Le film de Gus Van Sant n'est cependant pas la simple mise en scène de ce fait divers : il préfère reconstituer la journée banale d'une vie de lycée en multipliant les points de vue et les parcours des personnages avant que n'éclate, comme un orage, la tragédie finale. Ainsi, plutôt que de tenir un discours explicatif sur ce fait divers, Gus Van Sant utilise toutes les possibilités de la fiction pour recréer l'événement dans toute son ambiguïté et sa radicale étrangeté.

2. À quels spectateurs est destiné le film ?

Profondément original mais également ambigu et difficile d'accès, *Elephant* s'adresse notamment aux adolescents (à partir de 14 ans environ), qui se retrouveront, pour une part, mis en scène dans le film. Le film, qui est interdit aux moins de 12 ans en France (et aux moins de 16 ans en Belgique), ne joue cependant pas sur une identification immédiate aux personnages qu'il se contente d'accompagner avec une caméra très mobile mais de façon distanciée et ambiguë. L'originalité esthétique d'*Elephant*, qui souligne notamment les moments d'insignifiance dans la vie des étudiants, qui mélange sans avertissement les époques, qui mani-



D.R.

pule également la bande-son pour produire des effets d'irréalité, a néanmoins suscité des réactions de rejet de la part de jeunes spectateurs déconcertés par ces choix formels.

3. Relations à la problématique santé

Bien que le propos du film ne soit pas explicite et qu'il permette donc des approches très différentes, beaucoup de jeunes spectateurs sont sensibles à la description de la vie lycéenne et, notamment, à la part de non-dit qui est soulignée par la mise en scène de Gus Van Sant. Ce non-dit renvoie à ce que, faute de mieux, on peut désigner comme un « malaise adolescent » qui conditionne chez de nombreux jeunes les attitudes et comportements à l'égard de leur propre santé. Loin de tout propos moralisateur, le film de Gus Van Sant permet d'interroger ce mal-être qui peut s'ex-

primer, comme l'indique *Elephant*, sous des formes extrêmement différentes, la violence spectaculaire mais aussi le repli sur soi, un sentiment général d'incompréhension ou d'injustice, la souffrance infligée à son propre corps, l'impression continue d'une mise sous pression de la part des adultes, etc.

4. Suggestion d'animation

Comme on l'a toujours suggéré dans cette rubrique Cinésanté, il nous paraît peu pertinent d'utiliser un film comme un simple prétexte à débat, et on propose au contraire de centrer la réflexion sur le film lui-même et sur les questions qu'il pose aux jeunes spectateurs. Dans cette perspective, il paraît indispensable face à un film comme *Elephant* de partir de sa dimension esthétique, qui ne peut manquer de susciter des interrogations auprès d'un public même adulte.



D.R.

Différentes interprétations ont déjà été proposées, notamment dans la presse spécialisée, mais, comme c'est souvent le cas, chaque critique étant persuadé de la justesse de son point de vue, ces interprétations laissent peu d'espace de liberté d'appréciation aux différents spectateurs. Face à un public d'adolescents (par exemple en milieu scolaire), il est sans doute préférable de suggérer une ou plusieurs analyses et de demander aux participants d'y réagir de façon positive ou... négative.

L'esthétique du film

On se contentera, ici, de proposer une seule interprétation mettant moins l'accent sur l'éventuelle dimension philosophique d'*Elephant* (dont on peut penser qu'il illustre aussi bien une conception tragique de l'existence qu'une perception de la banalité du mal ou encore une vision de l'aliénation du monde moderne)¹ que sur un mécanisme psychologique qui éclaire peut-être de façon significative plusieurs des choix esthétiques de Gus Van Sant, notamment la reprise obstinée des mêmes événements, la mise en évidence de détails apparemment anodins, ou la prégnance de certains « filtres » mentaux dans la perception par les personnages des événements en cours...

Pour lancer le débat avec les adolescents, nous avons rédigé une analyse critique du film intitulée « Le travail de

la mémoire immédiate ». Ce texte (*voir encadré 1*) sera lu par les différents participants, à qui l'on pourra demander de réagir et notamment de préciser si cette interprétation est conforme à leur propre perception du film, si elle la modifie, si elle leur paraît pertinente ou au contraire complètement extrapolée... Nous suggérons notamment de poser aux adolescents les questions suivantes : « *Vous sentez-vous plus ou moins proche de cette interprétation ?* », « *Modifie-t-elle votre vision du film ?* », « *Pouvez-vous souligner en vert les éléments de cette interprétation qui vous ont paru les plus pertinents et en rouge ceux qui vous semblent faux ou fragiles ?* », « *Si vous êtes en désaccord avec cette interprétation, pouvez-vous trouver des éléments du film qui la contredisent ?* »

L'interprétation privilégiée ici (d'autres sont bien sûr possibles) est de nature psychologique alors que le film de Gus Van Sant apparaît, à première vue, comme fortement « comportemental », décrivant les comportements sans chercher semble-t-il à leur donner un sens. Mais cette interprétation se situe moins au niveau des personnages que de l'auteur du film (en l'occurrence le réalisateur), dont elle interroge en particulier les choix esthétiques. Elle a également l'avantage de solliciter chez les adolescents une réflexion sur les effets affectifs profonds que peuvent produire des

événements exceptionnels et traumatiques comme la tuerie de Columbine sur les individus qui y sont impliqués malgré eux : en se situant au plus près de l'événement (même si celui-ci fait l'objet d'une reconstitution), le film vise sans doute moins à solliciter une réflexion de nature intellectuelle qu'à produire une réaction émotionnelle chez les spectateurs, réaction que l'animation vise précisément à expliciter. Ces premières réactions pourront d'ailleurs être prolongées par une discussion en groupe sur le comportement des différents personnages dont Gus Van Sant observe avec beaucoup de finesse les différences – de nombreux spectateurs sont ainsi marqués par la présence de Benny, ce grand sportif noir dont le calme contraste avec la panique générale.

Elephant et nous

Cette première réflexion sur l'esthétique d'*Elephant* devrait permettre une expression individuelle à propos d'un film caractérisé par son mutisme... Elle devrait également montrer aux participants que, malgré les apparences, le film sollicite une forte participation affective des spectateurs, participation qui constitue d'une certaine manière son véritable sujet.

Dans un second temps, à travers la discussion sur le comportement des différents personnages, il devrait être pos-

sible d'aborder un thème sans doute fondamental du film, celui du malaise des adolescents mis en scène et qui se retrouve à des degrés divers chez un grand nombre d'individus à cette période de la vie. Dans cette perspective, on pourra utiliser un questionnaire (voir encadré 2). Les deux premières questions demandent une appréciation générale sur le film et font plutôt diversion par rapport au thème central (même si elles peuvent être utilisées dans le cadre d'une réflexion sur le cinéma et les valeurs qu'on y attache : valeurs esthétiques, valeurs humaines, etc.). Les questions suivantes portent sur des réactions beaucoup plus personnelles : les échelles d'attitudes sont orientées de telle façon que, plus le chiffre de la réponse est élevé, plus cette réponse traduit vraisemblablement un malaise individuel qui devrait faire l'objet d'une réflexion avec l'animateur.



D.R.

Prolongement

Comment exploiter les résultats du questionnaire ? Cela dépendra naturellement du cadre dans lequel on intervient, et il n'est sans doute pas possible de donner, ici, de conseils valables dans toutes les situations.

On soulignera cependant que le film de Gus Van Sant traite d'un problème qui se manifeste, de façon dramatique, à l'école. Si l'école n'est pas, bien sûr, responsable de cette tuerie, elle est le lieu où se manifeste ce malaise adolescent que l'on a évoqué, et elle en est également partie prenante : c'est dans le cadre scolaire, en effet, que se produisent, de façon plus ou moins ouverte, nombre d'humiliations entre condisciples, de vexations, de rejets, de stigmatisations dont *Elephant* révèle bien la cruauté. Néanmoins, la plupart des enseignants refusent actuellement d'aborder ce genre de problèmes sous prétexte qu'ils ne sont pas des « assistants sociaux ». Pourtant, on peut se demander si l'école (ce qui ne veut pas nécessairement dire les enseignants) n'a pas la responsabilité, dans le cadre de sa mission d'éducation (au sens le plus fort du terme), de traiter ces situations problématiques que son fonctionnement général, son mode d'organisation, ses contraintes ont certainement tendance à générer : « cancre » et « fayots » sont, par exemple, des « créatures » purement scolaires, diversement stigmatisées par

1. Un film à lectures et entrées multiples

Voici le texte de présentation du film *Elephant* proposé aux adolescents : « À la suite d'un événement traumatique, on se passe et on se repasse les événements dans la tête : Gus Van Sant fait un peu la même chose en se limitant à la mémoire immédiate des participants, c'est-à-dire aux événements de la journée qui auraient été oubliés si l'événement traumatique ne les avait pas ravivés. La manière de filmer mime ainsi le travail de la mémoire en revenant plusieurs fois sur la même scène, en mélangeant les moments, en isolant certains détails de la scène qui sont grossis – par la bande-son, par le ralenti, par le plan-séquence au cours duquel il suit obstinément un personnage... –, en donnant de l'importance à des événements qui sans cela passeraient inaperçus : ici, tout devient signe, prémonition, « détail qui aurait pu tout changer », moment où le destin aurait pu basculer dans une autre direction.

Mais Gus Van Sant fait œuvre de fiction, ce qui lui permet, en particulier, de mettre en scène la « mémoire » de ceux qui sont morts, victimes ou meurtriers, et de mélanger des « mémoires » appartenant à différents individus. Dans cette optique, on comprend d'ailleurs très facilement la différence de traitement entre le passé des témoins ou victimes et celui des tueurs : témoins et victimes se souviennent seulement de la journée où est survenu l'événement traumatique, des événements qui ont immédiatement précédé cet événement ; en revanche, les tueurs remontent jusqu'au moment où leur projet meurtrier s'est concrétisé, le jour avant quand ils ont en particulier reçu une des armes de leur panoplie.

En mélangeant différentes mémoires, en évoquant des souvenirs de personnes qui sont mortes, le film se présente donc bien comme une œuvre de fiction qui se distingue de façon évidente d'un véritable travail de mémoire, mais qui en garde certaines caractéristiques essentielles comme celles qu'on vient d'évoquer.

En cela, le propos de Gus Van Sant est sans doute moins « philosophique » que profondément affectif ou émotionnel : de la même façon qu'après un événement traumatique on se repasse les événements dans sa tête pour surmonter ce traumatisme, pour maîtriser notre trouble, pour récupérer de notre effroi, Gus Van Sant – marqué comme d'autres par ces événements même s'il n'en a été qu'un témoin lointain – les reprend, les répète, les remet en scène de multiples fois comme pour arriver à les maîtriser affectivement. »

leurs condisciples, et l'on sait que ce genre d'étiquettes peut littéralement « pourrir » la vie d'un individu.

Elephant peut donc être l'occasion d'aborder ce genre de problèmes que la vie scolaire « officielle » préfère généralement passer sous silence. Dans cette perspective, on pourrait utiliser un site web lié à l'école (comme c'est de plus en plus souvent le cas), à travers notamment un forum de discussion qui serait nourri par les réflexions suscitées par

un film comme *Elephant* : les « dys-fonctionnements » de la classe y seraient exposés de façon anonyme et feraient éventuellement l'objet d'une discussion collective avec un animateur adulte (celui-ci aurait, en outre, la charge de modérer les messages du forum afin d'éviter des dérapages dommageables aussi bien pour le rédacteur du message que pour d'autres personnes visées). À travers le questionnaire proposé, on voit aussi que de nombreux autres problèmes qui préoccupent les adolescents

(la beauté, la solitude, la pression des adultes, les injonctions contradictoires, etc.) pourraient trouver une première traduction sur un forum de ce type.

Michel Condé

Centre culturel Les Grignoux, Liège.

1. Le centre culturel Les Grignoux a réalisé un dossier pédagogique sur *Elephant*, dont cet article s'inspire largement et dans lequel on peut trouver un exposé complet et accessible aux adolescents de ces différentes interprétations (cf. <http://www.grignoux.be> à la page des Dossiers pédagogiques).

2. Susciter le ressenti des adolescents

Pour débattre avec les adolescents du malaise qu'ils ressentent à cette période, le centre culturel Les Grignoux a rédigé un questionnaire intitulé « Votre avis à propos d'Elephant » destiné à favoriser l'expression personnelle de chacun : les réponses doivent être faites individuellement, anonymement et par écrit. Elles peuvent ensuite être utilisées ultérieurement pour un travail plus approfondi avec le groupe.

• Avez-vous été intéressé(e) par les thèmes abordés dans *Elephant*, de Gus Van Sant ?



Pas du tout intéressé(e)

• Que pensez-vous de la forme du film, de sa mise en scène, de sa manière de raconter les événements ?

Je n'aime pas du tout



J'aime beaucoup

• Au début du film, John doit s'occuper de son père, qui a trop bu, mais, à cause de cela, il reçoit une retenue. Est-ce que vous aussi vous avez souvent le sentiment d'être pris dans des situations contradictoires, d'être considéré à la fois comme un adulte (par certains) et comme un enfant (par d'autres) ?

Oui, très souvent



Non jamais ou très rarement

• Michelle, l'adolescente en training, est l'objet de moqueries et de remarques déplaisantes de la part de certain(e)s condisciples. Est-ce que vous avez l'impression d'être vous aussi parfois victime de ce genre de remarques à l'école ?

Non, jamais



Ça m'arrive très souvent

• Lorsque Nathan passe devant le groupe de trois filles, l'une s'exclame : « Qu'est-ce qu'il est mignon ! » Avez-vous le sentiment qu'autour de vous les adolescent(e)s jugent, en effet, les gens uniquement sur leur apparence physique ou même vestimentaire ?

Oui, c'est très fréquent



Non, c'est rare

• On voit qu'Alex, un des jeunes tueurs, est victime de nombreuses vexations de la part de ses condisciples. Même si vous ne passez pas à l'acte, est-ce que, pour les mêmes raisons, vous avez parfois envie de « péter les plombs » ?

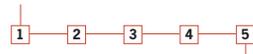
Non, ça ne m'arrive jamais



Oui, ça m'arrive

• Au restaurant, les trois copines se disputent parce que l'une d'entre elles consacre de plus en plus de temps à son petit ami. Est-ce que vous aussi vous avez le sentiment que vous ne pouvez pas compter sur vos copains ou vos copines d'école ?

Je peux compter sur eux (ou elles)



Je ne peux pas compter sur eux (ou elles)

• Elias, le photographe, donne l'impression d'un grand détachement, tout occupé qu'il est à prendre des photos, à les développer, à améliorer les tirages... Est-ce que vous aussi vous préférez ne pas trop vous engager dans des relations avec autrui, notamment à l'école, de vous protéger ainsi un peu des autres ?

Oui, je suis tout à fait comme ça



Non, je ne suis pas du tout ainsi

• Lors de la tuerie finale, Eric s'en prend à M. Luce, qui a refusé d'écouter ses plaintes et celles de « Jared » (qu'on ne voit pas). Et vous, est-ce que vous avez l'impression que les adultes, en particulier à l'école, sont à l'écoute de vos problèmes éventuels ?

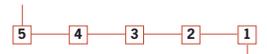
Oui, le plus souvent



Non, ils ne sont pas à l'écoute

• Les trois copines mangent au restaurant puis vont se faire vomir aux toilettes. Elles aiment la mayonnaise mais ont peur de grossir. Avez-vous aussi l'impression de vivre ce genre de contradictions, d'être pris entre des exigences sans solution ?

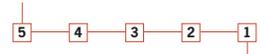
Oui, cela m'arrive



Non, je n'ai pas ce sentiment

• John est surpris en larmes par une lycéenne : pour le consoler sans doute, elle l'embrasse sur la joue. Vous est-il déjà arrivé de vous retrouver dans une telle situation ?

Non, jamais



Oui, cela pourrait m'arriver

Alcoolisation excessive : controverses et prévention

Introduction

Briser le silence

Tania Rosilio, Bernadette Roussille 12

La consommation excessive d'alcool en France

Alcoolisation excessive : de quoi parle-t-on ?

Alain Rigaud, Bertrand Nalpas 13

La première substance psychoactive consommée

Stéphane Legleye 15

Les jeunes face à l'alcool

Marie Choquet, Laure Com-Ruelle,
Julien Lesrel, Nicole Leymarie 17

Les représentations et attitudes face à l'alcool

Le vin, deux mille ans d'enracinement gaulois

Michel Craplet 19

Pourquoi l'alcool est une affaire d'hommes

Tania Rosilio 21

Les controverses et débats autour de l'alcool

Les sirènes du bon usage modéré

Daniel Thomas 23

L'alcool, une drogue comme les autres ?

François Paille 25

Consommation à risque, une responsabilité partagée

Yann Bisiou 27

Décrypter le marketing des producteurs d'alcool

Claude Got 29

Mortalité due à l'alcool : des estimations délicates

Pierre Arwidson 31

De la communication aux actions de terrain

Un siècle de communication sur les risques liés à l'alcool

Alexandre Picard 32

Des collégiens peu sensibles à l'information sur les addictions

Pascale Dupas 34

Le risque alcool au travail, du déni à la prévention globale

Jean-François Vallette 35

Entreprises : éviter la délation, susciter le dialogue

Annie Le Fessant 38

Un outil d'accompagnement du médecin généraliste

Antonia Dandé, Isabelle Vincent 39

Repérage précoce, les médecins en première ligne

Philippe Michaud 41

Une politique européenne timide de lutte contre l'alcoolisme

Face à l'alcool, l'Europe balbutie

Dominique Martin 43

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet, Olivier Delmer 46

Dossier coordonné par **Bernadette Roussille**, inspectrice générale des affaires sociales à Paris et **Tania Rosilio**, chargée d'études à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Briser le silence

À la suite du renforcement des messages d'avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes, puis de l'augmentation du prix fin 2003, des voix se sont élevées pour questionner la politique française de prévention des risques liés à l'alcool. Ainsi, le journal *La Croix* titrait le 9 décembre 2003 « *Contre l'alcoolisme, l'inertie française* », rapportant notamment que « *les médecins alcoologues demandent au gouvernement de lutter contre l'alcool avec la même détermination que contre le tabac* ». Quelques semaines auparavant, le quotidien *Libération*, commentant l'inscription d'avertissements sur les paquets de cigarettes, s'interrogeait déjà sur l'absence de messages sanitaires forts sur les bouteilles d'alcool : « *Pourquoi il n'y a pas "l'alcool tue" ?* ». Début 2004, le même quotidien relatait les enjeux du débat relancé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie sur la fiscalité sur l'alcool : « *Une flambée des taxes pourrait-elle inciter les buveurs à la modération ?* ».

L'alcoolisme au quotidien, l'alcoolisation régulière chronique, l'alcoolisme mondain restent silencieux, non dits, comme tabous, voire sacrilèges, contraires à l'image ou à la culture française.

Le débat sur la fiscalité et le prix de l'alcool, récurrent dans notre pays, prend de l'ampleur. En filigrane apparaît immédiatement la question de la prévention, en particulier de l'alcoolisation excessive. Au même moment, on s'interroge à nouveau sur la responsabilité de l'ensemble de la société face aux conséquences de l'alcoolisation excessive. Ainsi, fin 2003, l'actualité s'est portée sur la mise en examen d'un couple nantais, pour « *non-empêchement d'un crime ou délit contre l'intégrité corporelle* » : ils avaient laissé leur hôte prendre le volant en état d'ivresse ; ce dernier

avait provoqué la mort de quatre personnes dans un accident de la route et était lui-même décédé. À travers cette affaire, c'est le problème de la responsabilité des particuliers dans la consommation des buveurs à risque qui est pointé. Le phénomène d'alcoolisation excessive rencontre un écho croissant dans les médias. À y regarder de près, la parole se libère surtout sur les excès de l'alcoolisation ponctuelle, sur les effets de l'ivresse, sur l'alcoolisation des jeunes, comme au siècle dernier elle se focalisait sur l'alcoolisme de la classe ouvrière, sur les « ivrognes », sur la dépendance. Mais l'alcoolisme au quotidien, l'alcoolisation régulière chronique, l'alcoolisme mondain restent silencieux, non dits, comme tabous, voire sacrilèges, contraires à l'image ou à la culture française : l'alcool qui maltraite et qui tue à petit feu mais sans pitié reste souterrain. Et pourtant l'alcoolisation excessive continue d'avoir des conséquences sanitaires désastreuses : même si la consommation moyenne a baissé depuis plus de trente ans, l'alcool demeure l'un des déterminants majeurs des maladies et décès évitables, et il creuse son sillon dans les profondes inégalités de santé, notamment en ce qui concerne les cirrhoses et les cancers des voies aéro-digestives, pathologies auxquelles les ouvriers et employés sont beaucoup plus exposés que les cadres supérieurs.

Pour contribuer à lever le voile sur ce déni et rendre la prévention plus « vraie » et plus efficace, *La Santé de l'homme* a décidé de consacrer un dossier à cette question. Nous avons choisi ici de ne pas traiter l'excès ponctuel d'alcool, mais l'alcoolisation excessive chronique/régulière excessive, bien que les frontières entre ces notions, notamment chez les jeunes, soient incertaines et susceptibles d'être reliées par de nombreuses passerelles.

De quoi parle-t-on donc quand on évoque l'alcoolisation chronique ? Quelle est l'ampleur, quelles sont les caractéristiques du phénomène en France ? Est-ce une affaire d'hommes, de façon caricaturale un problème de « *bon vivant atteint par la quarantaine* » ? Les femmes sont-elles épargnées ? Qu'en est-il des jeunes ? Dans quelle mesure le mésusage d'alcool fait l'objet d'un important déni, quand il n'est pas socialement valorisé ? Autant de questions auxquelles ce dossier s'efforce de répondre.

Le premier article précise les notions essentielles d'alcoolisation, où se situe précisément la bascule entre « modéré » et « excessif ». En France, au moins cinq millions d'adultes ont une consommation d'alcool qui s'apparente à un « usage à risque », rappellent les experts. La notion de modération se devait d'être précisée avec un rappel des repères au-delà desquels la consommation a un effet sur la santé, et le constat qu'une consommation même inférieure à ces repères peut avoir des incidences sur la santé et les comportements.

Au-delà de ces éléments, ce dossier vise essentiellement à apporter un éclairage sur le rôle des représentations sociales ainsi que des déterminants individuels. La parole est notamment donnée aux experts pour rappeler la pression sociale dont l'alcool fait l'objet. Nous ouvrons ensuite le débat controversé sur les supposés « bienfaits » d'une consommation très modérée d'alcool, et le rôle insidieux d'une information orientée vers la consommation, mise en musique par les alcooliers et leurs relais d'opinion. De la même façon, les stratégies de marketing des producteurs sont ici décryptées. Enfin, le débat sur les différentes méthodes de calcul des statistiques de décès imputables à l'alcool est également ouvert.

Comment, dans ces conditions d'ambivalence sociale, de prégnance des intérêts économiques, dans ce contexte de brouillage, conduire une politique intelligente de communication nationale et des actions de terrain efficaces qui ne se focalisent ni sur les excès de type ivresse, ni sur les effets de dépendance avérée ? L'émergence timide d'une prévention européenne, l'évolution des campagnes nationales de communication, le déploiement d'actions en milieu scolaire ou, de manière de plus en plus significative, dans les entreprises et à l'initiative des médecins, acteurs clés de la prévention, sont peut-être le signe d'une avancée dans ce sens...

Tania Rosilio

Chargée d'études, INPES,

Bernadette Roussille

Inspectrice générale des affaires sociales.

1. Publication *Insee première*, n° 937, décembre 2003.

Alcoolisation excessive : de quoi parle-t-on ?

Et si deux ou trois verres de vin étaient bons pour la santé ? Les lobbies alcooliers communiquent, depuis des années, pour accréditer cette thèse. Mais cette dernière ne résiste pas à l'examen scientifique ; au contraire, sur les cinq millions de Français adultes qui consomment excessivement de l'alcool, une partie d'entre eux prend des risques en matière de santé. Éclairage sur les risques, les seuils et les repères de consommation.

Dans les conduites d'alcoolisation, quels sont les risques, seuils et repères de consommation ? En d'autres termes, qu'entend-on par risque « alcool » ? Un risque est défini comme la probabilité de survenue d'un événement. Ce dernier peut être le fruit du hasard – par exemple, dans les jeux de loterie où le risque est dit « aléatoire » – ou bien être modulé, dans le sens d'une augmentation ou d'une diminution, du fait de certains comportements, circonstances, ou agents : par exemple, fumer du tabac augmente le risque de survenue du cancer du poumon, vivre dans une atmosphère polluée augmente celui de maladies bronchiques, rouler à vitesse élevée augmente le risque de sortie de route, avoir un rapport sexuel non protégé augmente le risque de transmission de certains virus, faire régulièrement du sport diminue le risque de survenue de maladie cardio-vasculaire, etc. Toute condition ou agent qui modifie la probabilité de survenue d'un événement est appelé « facteur de risque ».

L'identification d'un facteur de risque et la mesure de son impact chez les individus reposent sur deux types d'analyses :

– la première, la plus facile à mener, consiste à comparer, à un instant donné, la fréquence de l'événement dans deux échantillons de population dont l'un a été exposé au facteur suspect et l'autre non ;
– la deuxième, plus compliquée mais

plus informative, est de mesurer, dans un large échantillon de population (une cohorte en langage statistique), la fréquence de survenue de l'événement, au cours du temps, en fonction du degré d'exposition au facteur suspect. L'impact du facteur sur la survenue de l'événement peut varier d'un individu à l'autre soit pour des raisons simplement physiologiques (aucun individu

exprimé sous forme de « risque relatif » (RR) (*voir encadré page suivante*).

Or, en politique de santé publique, une simple augmentation faible de ce « risque relatif » incitera, si elle est statistiquement significative, à instaurer des mesures préventives en raison du nombre prévisible de personnes concernées. La prise en compte d'un risque relatif est fonction de deux paramètres : d'un côté, la gravité médicale des conséquences de ce risque ; de l'autre, le degré d'efficacité d'une éventuelle action de prévention. C'est à partir de cette « oscillation » entre ces deux paramètres que vont être fixés des seuils de risque ; et donc des repères quand ce risque est induit par un ou plusieurs agents ou comportements.

Risques immédiats et à long terme

En matière d'alcoolisation, deux certitudes sont acquises. La première est que les risques sont directement liés à l'alcool – ou éthanol – substance retrouvée dans toutes les boissons alcoolisées. Ces risques sont de deux ordres :

n'est strictement semblable à un autre), soit pour des raisons de mode de vie. Et c'est la prise en compte de l'ensemble des paramètres – par exemple l'âge, le sexe, la masse corporelle, etc. – qui interagissent avec le facteur de risque qui autorise des ajustements analytiques, ce qui permet d'évaluer au plus juste le véritable « poids » du facteur

– le risque immédiat, majoritairement routier, relatif aux modifications de l'état de conscience (perceptions, émotions, cognitions et jugement) et des comportements, et, par voie de conséquence, des modifications du rapport aux autres et au monde, changements dus à l'action de l'éthanol sur le système nerveux central ;

– les effets pathogènes sur la physiologie d'un certain nombre d'organes (foie, pancréas, cerveau, cœur et vaisseaux, etc.) rassemblés sous les termes de toxicité et de complications organiques ; le risque est alors différé.

L'ensemble des conséquences psychocomportementales et toxiques induites par l'alcoolisation régulière constitue le champ de la nocivité et des dommages induits (dont l'étendue est présentée dans d'autres rubriques de ce dossier).

La seconde certitude est que le risque de survenue de dommages induits dépend d'au moins trois facteurs : la durée de la conduite de consommation, sa fréquence et la quantité d'alcool consommée qui favorisent une toxicité cumulative. Il existe donc un long intervalle de temps entre les premières consommations et la survenue des complications. L'identification de ces facteurs n'exclut pas pour autant l'influence d'autres paramètres d'interactions inévitables et/ou non identifiés, soit individuels, comme par exemple une vulnérabilité d'origine génétique ou la précocité des consommations, soit liés à la composition des boissons consommées (rôle des congénères et des additifs).

Or, dans notre société, ces trois facteurs ne sont pas forcément bien identifiés : le risque alcool est beaucoup

plus lié au caractère excessif de la consommation qu'à sa régularité, d'où la nécessité de définir clairement la notion d'excès par des repères précisant à partir de quel seuil les risques augmentent sensiblement. Au terme de nombreuses études, l'appréciation du risque relatif a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à définir ces seuils en référence à la notion quantitative de « verre standard » ou « unité internationale d'alcool » (UIA), qui correspond à la quantité « normalisée » délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolisée dans les lieux de consommation publics, soit environ dix grammes d'alcool pur :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne) ;
- abstention au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Le mythe de la « consommation raisonnable »...

Pour autant, et parce qu'elle est issue d'un travail statistique, la définition de ces seuils ne saurait avoir de valeur absolue et fonder la certitude qu'une consommation qui reste en deçà ne présente aucun risque. Elle n'autorise pas non plus – soulignons-le – à considérer

ces seuils comme un niveau de consommation à recommander, comme le proposent certaines lectures du prétendu *french paradox*. Ces seuils permettent néanmoins de proposer des repères de consommation qui vont constituer et exprimer un compromis établi entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement et, d'autre part, la place de l'alcool dans la société et les effets (considérés comme) positifs de sa consommation à doses faibles.

Chacun réagissant différemment, notamment selon son sexe, sa corpulence, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation, ces repères doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :

1. en cas de situation à risque : conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc. ;
2. en cas de risque individuel : consommation associée à d'autres produits, notamment psychotropes, qui potentialisent, souvent rapidement, les effets psychoactifs de l'alcool ; pathologies organiques et/ou psychiatriques ; modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, etc. ; situations physiologiques particulières : la grossesse, les états de fatigue (dette de sommeil, etc.). Cette liste ne doit évidemment pas être considérée comme limitative.

Risque relatif : des règles de calcul très précises

Le risque relatif (RR) permet de mesurer, au plus près, le poids d'un facteur comme l'alcool dans l'état de santé d'une population. Notion fondamentale aux yeux des experts, ce risque est calculé de façon extrêmement précise. Il est obtenu en divisant la fréquence (f1) des événements survenus dans le groupe exposé au facteur par celle (f0) observée dans le groupe non exposé [$RR = f1 / f0$], soit sous forme d'odds ratio (OR) égal à $(f1/1 - f1) / (f0/1 - f0)$. Le résultat, habituellement restitué comme une valeur unique (par ex. $RR = 3,5$), évolue en fait entre deux bornes, inférieure et supérieure, qui traduisent tout simplement la variabilité du poids du facteur de risque en fonction des ajustements sur les autres variables (sexe, âge, poids, etc.) et de l'influence d'autres paramètres d'interactions inévitables et non identifiés ; si la valeur du RR est positive, la probabilité

de survenue de l'événement est augmentée, et diminuée en cas inverse. Un RR, ou un OR, exprime donc le coefficient multiplicateur de la fréquence basale de l'événement.

La modification d'un RR par un facteur quelconque doit être interprétée sous deux angles. Le premier est la signification sur le plan statistique, exprimée par la valeur du « p », entendue comme la probabilité que la modification observée soit simplement due au hasard ; par exemple « $p < 0,01$ » signifie qu'il n'existe que moins de 1 chance sur 100 que le résultat observé soit simplement dû au hasard, et, inversement, plus de 99 chances sur 100 pour qu'il soit réellement dû, au moins en partie, au facteur étudié. La deuxième approche, à n'effectuer théoriquement qu'en cas de signification statistique (le seuil usuel est « $p < 0,05$ »), est la pertinence clinique du résultat, sachant que

significations statistique et clinique ne sont pas directement liées : une augmentation faible du RR peut être assortie d'une signification statistique forte, par exemple « $p < 0,0001$ » traduisant la solidité du lien entre le facteur étudié et la survenue de l'événement, et vice-versa. L'interprétation clinique va tenir compte de la valeur absolue du RR, un seuil de $\times 3$ étant couramment admis comme valeur minimale, et de la fréquence basale de l'événement. Si cette dernière est faible, un accroissement même important du risque peut être considéré comme insuffisant pour justifier une action autre qu'une surveillance. À l'inverse, en cas de fréquence basale élevée, une augmentation faible du RR incitera, si elle est statistiquement significative, à instaurer des mesures préventives en raison du nombre prévisible de personnes concernées.

À partir de ces repères, il est possible de décrire les trois grandes catégories de comportement de consommation suivantes :

- « le non-usage » ou absence de consommation dont les modalités sont à préciser : momentané, temporaire, durable, définitif, primaire, secondaire, etc. ;
- « l'usage » à doses faibles, inférieures ou égales aux seuils de l'OMS et prises en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier ;
- « le mésusage » qui rassemble toutes

les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse. Cet ensemble comporte trois sous-catégories : « l'usage à risque », « l'usage nocif » et « l'usage avec dépendance ».

...savamment entretenu

Ainsi, à côté de « l'usage nocif » et de « l'usage avec dépendance », qui sont depuis longtemps reconnus, se dégage une nouvelle catégorie de mésusage, encore souvent confondu avec l'usage dit « modéré » du fait de la relativité de la notion de modération, la catégorie de l'« usage à risque » défini (1) comme : « *Toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long*

terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier ».

Cette catégorie de « l'usage à risque », qui concerne au moins cinq millions de Français adultes, constitue à l'évidence une cible majeure pour la prévention en santé publique. C'est sur celle-là que devra majoritairement porter l'effort pour atteindre l'objectif, désormais inscrit dans la loi, de réduire de 20 % la consommation moyenne d'alcool en cinq ans.

Dr Alain Rigaud

Médecin chef, Intersecteur d'alcoologie, Reims, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie,

Dr Bertrand Nalpas

Directeur de recherche, Unité d'hépatologie, Inserm U.370, Paris.

► Référence bibliographique

(1) Rigaud A., Nalpas B., André J.-M., et al. Société française d'alcoologie. *Les conduites d'alcoolisation. Recommandations pour la pratique clinique*. Alcoologie et Addictologie 2001, 23 (4 suppl.) : S3-S66 2001. Princeps Éditions.

La première substance psychoactive consommée

L'alcool est la première substance psychoactive consommée dans l'Hexagone. Un homme sur trois et une femme sur neuf en prennent tous les jours, mais cet usage quotidien est très rare chez les 20-25 ans, selon le Baromètre santé de l'INPES. 14 % des hommes et 4 % de femmes présentent un risque de consommation excessive.

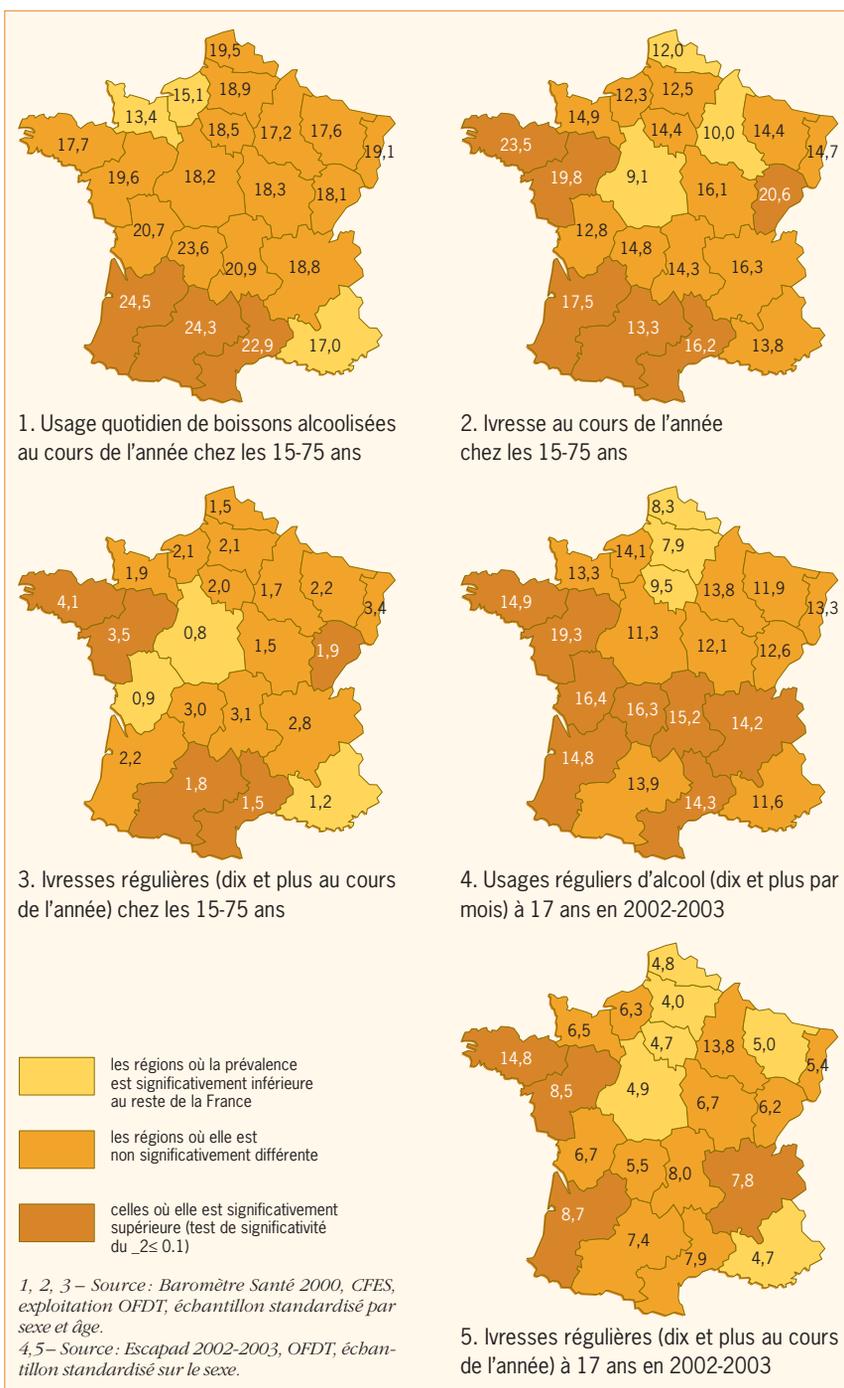
L'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée en France. D'après le Baromètre santé 2000 de l'INPES, seuls 2,8 % des personnes de 15 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu aucune boisson alcoolisée (vin, bière, alcool fort ou autres alcools, comme le champagne, cidre, panaché, etc.).

Selon les fréquences d'usage déclarées, quatre types de consommateurs de boissons alcoolisées peuvent être définis : quotidiens (avoir bu tous les jours au cours des douze derniers mois : 20,3 % des 15-75 ans), hebdomadaires (avoir bu au moins une fois par

semaine : 41,1 %), mensuels et occasionnels (moins d'une fois par semaine : 30,1 %), tandis que 7,9 % de la population déclarent n'avoir pas bu d'alcool sur cette période. L'usage quotidien est presque trois fois plus fréquent parmi les hommes que les femmes (respectivement 29,2 % et 11,7 %) et touche essentiellement les générations âgées : très rare chez les 20-25 ans (3,0 %), il est commun entre 65 et 75 ans (64,9 % des hommes vs 33,1 % des femmes).

Parmi les 15-75 ans, 14,8 % déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers

mois (22,4 % des hommes vs 7,5 % des femmes). Les ivresses régulières (plus de dix au cours de l'année) concernent 3,8 % des hommes et 0,6 % des femmes. Au sein de la population masculine, ce sont les 20-25 ans qui sont les plus nombreux à déclarer avoir été ivres au cours de l'année passée (54,2 %), tandis que ce sont les 15-19 ans parmi les femmes (27,6 %) ; les déclarations deviennent sensiblement plus rares pour les générations plus âgées. Le pic se situe à 20-25 ans avec 7,4 ivresses au cours de l'année parmi les hommes et 3,4 ivresses parmi les femmes.



Jeunes : une consommation de week-end

Plus de quatre individus sur dix (41,4 %) déclarent avoir bu de l'alcool le samedi précédant l'enquête : souvent plus importante en quantité que celle de la semaine, cette consommation concerne davantage les jeunes : les hommes de 20-25 ans déclarent avoir bu en moyenne 3,3 verres la veille lorsqu'ils ont bu de l'alcool, contre 5,0 verres le samedi (ces moyennes étant respectivement

de 2,0 et 2,7 verres chez les femmes du même âge). Au-delà de 45 ans, consommations du samedi soir et de la veille ne diffèrent plus en quantité.

L'essentiel de la consommation concerne le vin : 18,4 % des 15-75 ans déclarent en avoir consommé tous les jours au cours des douze derniers mois, contre 2,7 % pour la bière, 0,9 % pour les alcools forts et 0,5 % pour les autres alcools. La bière et les alcools forts ont

la préférence des jeunes, alors que c'est le vin qui domine chez les plus âgés.

Risque maximal entre 45 et 54 ans

Il est difficile de brosser un tableau de l'usage problématique à l'aide de ces indicateurs : le Baromètre propose cependant de repérer les personnes présentant un risque d'usage problématique d'alcool, mesuré selon le test Deta¹ : 14,0 % des hommes et 4,1 % des femmes de 15-75 ans présenteraient un tel risque, surtout entre 45 et 54 ans (19,4 % des hommes et 5,5 % des femmes). En revanche, seuls 1,1 % des hommes et 0,3 % des femmes disent avoir eu besoin d'alcool pour se sentir en forme le matin, ce qui peut être considéré comme un signe de dépendance.

Du point de vue régional, les répartitions géographiques, obtenues à partir des déclarations individuelles de consommation, s'accordent mal avec celles provenant des données de mortalité dues à l'alcool ou des données de budget des ménages (revenus, montant et part des dépenses d'achat d'alcool), alors que ces dernières concordent souvent mieux entre elles. La divergence est particulièrement criante dans le Nord (où l'usage déclaré d'alcool est faible mais la mortalité très élevée, et où les revenus sont faibles et les dépenses liées à l'alcool très importantes), ainsi que dans le Sud-Ouest (où la situation est inverse). Cela pose la question de l'amélioration des indicateurs d'usage d'alcool et de leur utilisation dans les enquêtes en population générale : il semble nécessaire de mieux décrire les contextes d'usages et de prendre en compte de multiples indicateurs économiques, sociaux et culturels pour avoir une vision précise de la situation.

Stéphane Legleye

Chargé d'études Enquêtes en population générale, Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), Paris.

1. « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Votre entourage vous a-t-il 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 ? ». À partir de deux réponses positives, le risque de consommation excessive et/ou d'une éventuelle alcoolodépendance passée(s) ou présente(s) est jugé élevé.

Les jeunes face à l'alcool

Les jeunes boivent moins d'alcool qu'il y a cinq ans. Une étude concernant les 13-20 ans suggère que les facteurs sociodémographiques et comportementaux associés à la consommation ne sont pas forcément ceux que l'on croit...

La consommation d'alcool a baissé en cinq ans. La proportion de consommateurs d'alcool au cours des trente derniers jours a diminué chez les 13-20 ans, passant de 67 % en 1996 à 55 % en 2001. Et le pourcentage de jeunes déclarant avoir été ivres est passé de 22 à 12 %. Le volume moyen d'alcool globalement consommé par cette tranche d'âge est ainsi passé de 23 à 19 verres d'alcool par mois, mais il est resté stable chez les seuls consommateurs (33 verres par mois).

Cette baisse de la consommation constitue le principal résultat de l'enquête menée par l'Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Ireb) en 2001, auprès de 1 028 adolescents de 13 à 20 ans (enquête en face-à-face) recrutés en population générale (1) ; cette étude transversale succède à celle réalisée en 1996. L'étude 2001 renseigne sur la consommation d'alcool en fréquence et en volume ; elle explore les éventuelles associations entre, d'un côté, la fréquence de consommation et, de l'autre, les caractéristiques sociodémographiques, scolaires, comportementales, relationnelles et psychologiques.

Le goût représente le premier facteur de choix des boissons (70 % le citent), l'occasion offerte le deuxième (44 %). Seuls 11 % mentionnent le prix, bien que 40 % y font attention lors d'un achat. Si l'initiation a lieu en famille, la consommation se poursuit davantage chez des amis ou au café, tout en restant festive.

Des facteurs associés parfois surprenants

L'enquête permet d'étudier les facteurs associés à la consommation plus ou moins fréquente d'alcool, avec des analyses distinctes selon le sexe, élé-

ment majeur de différenciation des comportements en la matière. En effet, les garçons sont plus nombreux à consommer de l'alcool que les filles : 81 % des garçons (*vs* 75 % des filles) sont consommateurs ; 51 % d'entre eux consomment une à neuf fois par mois (*vs* 63 % des filles) et 30 % dix fois ou plus par mois (*vs* 12 % des filles).

La consommation d'alcool – indépendamment du volume – est liée à certains facteurs. Le plus déterminant d'entre eux est le fait d'avoir déjà essayé une substance psychoactive (autre que l'alcool) : toutes choses égales par

ailleurs, le risque (*odds ratio*) de consommer est alors multiplié par 12,4 chez les garçons et par 8,9 chez les filles. Les études supérieures du chef de famille et la pratique d'un sport sont également associées à la consommation d'alcool (risque multiplié par 2 chez les garçons et les filles).

A contrario, certains facteurs diminuent la probabilité de consommer de l'alcool et si la plupart ont valeur d'exemple, comme « *n'avoir aucun buveur dans l'entourage* » ou « *prendre son repas de midi en famille* » (chez les filles uniquement), l'un a une forte

valeur de contre-exemple qui ne donne pas envie d'être suivi et n'agit que chez les filles : « avoir beaucoup de personnes fréquemment ivres dans l'entourage ». Chez les garçons, « avoir des parents divorcés ou séparés » diminue le risque de consommer de l'alcool, indépendamment des quantités, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des garçons de divorcés vivent au foyer maternel, où l'alcool est moins présent.

De la consommation occasionnelle à la consommation fréquente

Le passage d'une consommation « occasionnelle » (une à neuf fois par mois) à une consommation dite « fréquente » (dix fois ou plus par mois) est associé à certains facteurs.

Chez les garçons, des marqueurs de « socialisation » favorisent significativement la consommation plus fréquente d'alcool : il en est ainsi de la vie en dehors du foyer familial (risque de consommer multiplié par 3,5), d'une fréquentation plus importante des cafés (multiplié par 2,2), des sorties plus nombreuses entre amis (multiplié par 3,1). On note encore l'expérimentation d'autres substances psychoactives (risque multiplié par 1,8) et la présence dans l'entourage de nombreux buveurs (multiplié par 2,6). À l'inverse, certains facteurs sont associés à une consommation occasionnelle, tels que l'âge (avoir 13-16 ans) et, plus étonnant, le fait de vivre dans une grande ville.

Les filles se démarquent par une dimension psychologique qui s'ajoute à certains facteurs présents chez les garçons : avoir déjà eu envie de se suicider

multiplie le risque (multiplié par 3,8) de consommer fréquemment de l'alcool, de même qu'avoir une communication plus difficile au sein de la famille (risque multiplié par 3,7) et ne pas se plaire à l'école (risque multiplié par 2,2). Toutefois, le jeune âge (risque divisé par cinq) tout comme le fait d'avoir des parents divorcés ou séparés (risque divisé par trois) sont associés à des consommations moins fréquentes.

S'il est possible de repérer dans cet échantillon les gros consommateurs et certains comportements à risque, l'étude ne permet pas d'identifier de facteurs associés suggérant une alcoolisation chronique mais souligne des

comportements déjà bien tranchés entre les sexes.

« Génération positive »

Au-delà de la seule problématique de l'alcool, plus de 90 % des jeunes sont satisfaits de leurs relations familiales et amicales, et dressent une image assez positive de l'adolescence, se déclarant plutôt satisfaits de la vie qu'ils mènent (logement, vacances, loisirs). En revanche, ils sont plus réservés quant à leurs plans d'avenir professionnel (60 %). Ils déclarent aimer profiter de la vie (90 %), faire la fête (87 %) et recevoir des amis (84 %). Globalement, ce sont des jeunes « bien dans leur peau » et il faut tenir compte de leurs aspirations et de leurs habitudes de consommation (chez les amis plus souvent qu'en boîtes de nuit) dans les politiques de prévention.

Marie Choquet

Directrice de recherche, Unité 472, Inserm, Villejuif.

Laure Com-Ruelle

Maître de recherche, Credes, Paris.

Julien Lesrel

Chargé d'études,

Nicole Leymarie

Directrice générale, Ireb, Paris.

(1) Choquet M., Com-Ruelle L., Lesrel J., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 – Comportements et contextes en France. Paris : Princesp éditions, Ireb, 2003 : 120 p., Annexe.

Ils boivent moins mais s'enivrent davantage

Les jeunes déclarent boire moins souvent, mais sont plus souvent ivres. En 2002, 1,0 % des jeunes de 17 ans interrogés dans l'Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad)¹ ont un usage quotidien d'alcool au cours des trente derniers jours ; 6,1 % des filles et 18,8 % des garçons un usage régulier (dix fois et plus au cours des trente derniers jours). Ces proportions sont inférieures à celles obtenues pour l'usage quotidien au cours de l'année chez les adultes. En revanche, avoir été ivre est fréquent à cet âge où les premières expériences ne sont pas encore très anciennes : 55,8 % des garçons et 38,2 % des filles ont été ivres au cours de l'année et 10,1 % et 2,5 % l'ont été dix fois ou plus. L'usage de bières fortes (titrant plus de 8°) est assez répandu (26 % en ont bu au cours des trente derniers jours), mais ces bières ne sont pas l'unique boisson des jeunes, puisque seuls 0,2 % des filles et 3,2 % des garçons en déclarent l'usage régulier.

Sur le plan des comparaisons régionales, l'échantillon Escapad 2002-2003 (27 000 jeunes de 17 ans) permet de retrouver certaines tendances observées chez les adultes. L'usage régulier d'alcool est plus répandu dans le sud de la France, mais aussi sur la façade atlantique du pays, et plus rare dans une pénétrante partant du Nord jusqu'à l'Île-de-France. Les ivresses régulières (plus de dix au cours de l'année) sont plus fréquentes en Rhône-Alpes, Aquitaine, Pays de la Loire et surtout en Bretagne, où elles sont deux fois plus répandues que dans le reste de la France.

Stéphane Legleye

1. Enquête nationale annuelle réalisée par l'OFDT avec le concours de la Direction centrale du service national. Beck F., Legleye S. Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes. Paris : OFDT, 2003.

Le vin, deux mille ans d'enracinement gaulois

« De ce vin frais, l'écume pétillante. De nos Français est l'image brillante », s'enthousiasmait Voltaire. Enraciné au plus profond de la culture française, utilisé comme anxiolytique par les Poilus lors de la Première Guerre mondiale, le vin s'est considérablement démocratisé depuis un siècle. Il continue d'être consommé à la fois par convivialité, pour ses qualités gustatives et comme substance psychoactive pourvue d'effets « dopants ».

La vigne est une plante dont les racines s'enfoncent profondément dans le sol. De la même façon, le vin et l'alcool sont enfouis dans les cultures des sociétés occidentales et en particulier dans le patrimoine français. L'étude des vestiges archéologiques permet notamment de reconstituer l'histoire et le cheminement du vin jusqu'à l'Europe : ce produit est connu depuis cinq mille ans au Proche-Orient, et en France depuis deux mille ans. Les Gaulois – grands amateurs de vin selon les premiers observateurs,

tel Jules César –, excellents ferronniers, ont inventé un objet fondamental pour l'humanité buveuse : le tonneau. Arrivée en Gaule *via* les Romains avec le prestige des vainqueurs et de la civilisation gréco-latine, cette boisson des assemblées (symposium) philosophiques et des orgies païennes devint un symbole et un objet rituel de la nouvelle religion dominante. Plantée d'abord sur la côte méditerranéenne, la vigne progressa avec les colons romains et les prélats de l'Église chrétienne, en

remontant vers le nord par la vallée du Rhône et en Aquitaine. Et, depuis les ports, Bordeaux en particulier, le vin s'exporta rapidement.

Un produit culturel

La vigne s'inscrit dans la terre. Il suffit de parcourir les régions viticoles pour lire sur le paysage l'impact visuel de cette plantation. Le vin est, certes, un produit naturel, comme disent ses défenseurs, pour souligner la différence avec d'autres boissons dites industrielles ; mais il est avant tout un produit culturel. Sa consommation a toujours été un symbole de pouvoir : de l'évêque, du seigneur, puis de la bourgeoisie urbaine. C'est ainsi que les vignes furent plantées à proximité des villes ou des cours d'eau afin que le vin soit facilement acheminé vers ceux qui avaient les moyens d'en acheter. Cela explique quelques curiosités de la carte viticole qui reflète davantage la proximité des marchés potentiels de buveurs que les conditions climatiques idéales (vallée du Rhin ou Champagne, par exemple).

Le vin s'inscrit dans la culture. Depuis l'Antiquité avec Homère et Horace, il a été chanté par de nombreux poètes. Loué par des auteurs difficiles ou populaires, il envahit certaines œuvres emblématiques de la littérature française, comme celle de Rabelais, dans une tradition qui se poursuit jusqu'à nos jours avec *Le Vin des copains*, de Jules Romain, d'Antoine Blondin et de René Fallet.

Il est alors fait référence aux terroirs fournissant des vins simples bus « pour la soif » dit-on, plutôt que dégustés.

Parallèlement, l'appréciation du vin fut toujours un signe de bon goût, de civilisation (identifiée à celle de l'Antiquité gréco-romaine), alors que les autres boissons ne bénéficient pas de ce prestige. La bière est restée la « boisson des Barbares » ou bien celle du peuple. Élaborée longtemps par les femmes, cette boisson proche des aliments ne possède pas de dimension sacrée, même si certaines congrégations monastiques en ont produit. La consommation de vin fut, de plus en plus, assimilée au bon goût à partir du XVIII^e siècle avec la diffusion de deux inventions, la bouteille de verre et le bouchon de liège, qui permettent de le garder d'une année sur l'autre et de le bonifier. Bien sûr, les goûts évoluent en permanence. Selon les modes, il est apprécié plutôt rouge ou blanc, doux ou sec, tranquille ou mousseux.

« Pinard » des tranchées

L'histoire du vin jalonne l'histoire de France dans la légende et la réalité. Le futur Henri IV aurait été baptisé au jurançon ; les médecins de Louis XIV ont bataillé pour savoir quel vin serait plus salubre à leur royal patient. La Révolution française s'empara de ce symbole. Le roi Louis XVI a dû lever son verre à la santé de la Nation, le 20 juin 1792, pour calmer la foule qui avait envahi son palais et les premières parodies de *la Marseillaise* annonçaient : « le jour de boire est arrivé » et souhaitaient... « qu'un vin bien pur humecte nos poumons ».

La révolution industrielle favorisa l'accès du vin à des classes sociales qui ne pouvaient se l'offrir sous l'Ancien Régime ; sa consommation fut « démocratisée » et rendue encore plus patriotique au cours de la Première Guerre mondiale, où il servit de drogue désinhibitrice et anxiolytique sous le nom de « pinard ». En 1954, lorsque le président de la République, René Coty, fut photographié à la table de l'Élysée devant une bouteille de bière, la presse et l'opinion s'en émurent. En 1999, une visite officielle de diplomates iraniens fut annulée parce qu'ils ne souhaitaient pas que des toasts soient portés au cours du repas officiel. Or, d'après les usages de la République, un dîner officiel doit

comporter ce geste de reconnaissance envers un symbole national.

Le vin a servi à marquer les conquêtes sur les autres continents, où il fut planté comme symbole des civilisations occidentales et de la religion catholique. Aujourd'hui, il voyage parfois dans les navettes spatiales et effectue ainsi le tour de la planète. Certains vins et alcools condensent ces qualités symboliques et sont assimilés au génie (bon ou mauvais) d'une nation : le gin en Angleterre, la bière en Allemagne, la vodka en Russie. En France, c'est le vin de Champagne, symbole de l'esprit français, comme le dit Voltaire : « *De ce vin frais, l'écume pétillante. De nos Français est l'image brillante.* »

L'absinthe, concurrent redoutable

Toutes les boissons alcooliques font partie de cet important patrimoine économique. Les alcools à base de vin furent d'abord inventés par des commerçants habiles de l'Europe du Nord pour écouler des mauvais vins en les brûlant : le branvin – « vin brûlé » – devint le *brandy*. Ces alcools français, cognac et armagnac, sont devenus ensuite des fleurons de l'agriculture et des sources importantes de revenus. Le vin a dû affronter en permanence la concurrence des autres boissons, même de la bière et du cidre, pour des raisons économiques, parmi les classes sociales ne pouvant s'offrir ce produit longtemps rare et cher. Sa consommation décrivit avec l'arrivée des nouveaux produits psychoactifs exotiques : café, chocolat, thé. Au XIX^e siècle, il subit la concurrence des alcools industriels dont le symbole fut à un moment l'absinthe.

Aujourd'hui, ce sont les vins étrangers qui menacent les vins français souvent handicapés par des normes de production contraignantes. Cependant, les méthodes de production se modernisent et les terres viticoles françaises deviennent des laboratoires de recherche et d'expérimentations pour des viticulteurs et des œnologues du monde entier. Le vin redevient « tendance », on le boit en apéritif, les bars à vins et les livres se multiplient pour faire connaître ce morceau du patrimoine aux jeunes élevés aux sodas sucrés et plus attirés par les alcools étrangers. Menacé économiquement, il est d'autant mieux défendu que ses nombreux producteurs représentent une force politique importante.

Produit convivial... ou dopant ?

Dans ce contexte historique, comment appréhender les questions de l'ivresse, de l'abus, de l'alcoolisme ? La majorité des buveurs apprécie les boissons alcooliques pour leurs qualités gustatives et leur faculté à rassembler les hommes d'une communauté, d'une société, d'une nation. Cependant, la plupart de ceux qui abusent de ces boissons les utilisent comme un médicament ou un produit dopant. Plutôt que l'enrobage socioculturel, ces derniers recherchent le nouage dur : la molécule psychoactive d'éthanol. Par ces conduites alcooliques, ils mettent en danger eux-mêmes et leurs concitoyens de la vie quotidienne, ces buveurs conviviaux qui se considèrent comme « normaux ». Les buveurs excessifs et les alcoolodépendants sont ainsi accusés de faire un « mauvais » usage de ce qui est considéré comme un « bon » produit, ils deviennent donc de mauvais citoyens. Après avoir été longtemps tolérés, lorsque la fête tourne mal, ils sont alors violemment rejetés du cercle joyeux des buveurs.

Michel Craplet

Médecin délégué de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), Paris.

► Bibliographie

- Chatelain-Courtois M. *Les mots du vin et de l'ivresse*, Paris : Librairie classique Eugène Belin, 1984 : 303 p.
- Craplet M. *Passion alcool*. Paris : Odile Jacob, 2001 : 384 p.
- Craplet M. *Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool*. Paris : Éditions de la Martinière, 2003 : 300 p.
- Fouquet P., Borde M. (de). *Le roman de l'alcool*. Paris : Seghers, 1985 :
- Guermès S. *Le vin et l'encre*. Bordeaux : Mollat, 1997 : 401 p.
- Johnson H. *Une histoire mondiale du vin*. Paris : Hachette, 1989 : 480 p.
- Nahoum-Grappe V. *La culture de l'ivresse*. Paris : Quai Voltaire, 1991 : 216 p.
- Nourrisson D. *Le buveur du XIX^e siècle*. Paris : Albin Michel, 1990 : 383 p.
- Schivelbusch W. *Histoire des stimulants*. Paris : Gallimard, 1991 : 119 p.
- Sournia J.-C. *Histoire de l'alcoolisme*. Paris : Flammarion, 1986 : 322 p.

Pourquoi l'alcool est une affaire d'hommes

Nombre de buveurs excessifs se façonnent leurs propres repères de consommation, supérieurs aux normes admises. Un discours viril souvent emprunté à la tradition familiale, peu perméable à la prévention, indique une enquête de l'INPES.

C'est un fait acquis : l'alcool, comme d'autres psychotropes, est recherché pour ses effets désinhibants, relaxants, euphorisants, pour la convivialité qu'il instaure... Et pourtant, parmi les substances psychoactives, l'alcool fait toujours figure d'exception : en France, les motifs d'en consommer tiennent aussi à son enracinement dans la culture nationale et dans l'imagerie traditionnelle... des hommes ! C'est là l'un des enseignements de l'étude qualitative sur les « Représentations et attitudes des hommes face à l'alcool » réalisée par l'INPES, qui a mené l'enquête en 2002 auprès de consommateurs réguliers excessifs¹. Cette étude avait pour objectifs de comprendre leurs motivations profondes et de dénouer les fils d'une forte résistance à la prévention.

Hommes et alcool, un attachement identitaire

L'enquête confirme la dimension affective de la relation entre les hommes et l'alcool... Et, parce qu'elle s'inscrit dans le temps, cette relation participe à la construction de l'identité masculine. Cela apparaît à plusieurs niveaux : pour la plupart des hommes interviewés, l'alcool est d'abord fortement associé à la tradition familiale, dans laquelle la figure du père joue un rôle important. En effet, l'initiation à la consommation d'alcool est, et continue d'être, le plus souvent vécue comme un rituel familial qui marque significativement l'entrée dans le monde « adulte », la reconnaissance par les pairs, l'affirmation de soi. L'apprentissage du « savoir boire » et du plaisir de la consommation, les connaissances que l'on développe autour de certaines

boissons font partie de l'héritage paternel. La figure du père constitue donc un modèle auquel le jeune, ou l'adulte, se réfère pour définir sa propre consommation, que ce soit pour l'imiter ou pour s'en émanciper. Ainsi, dans sa dimension généalogique, l'alcool

exerce une fonction de consolidation identitaire et masculine, de lien entre les générations.

Avec le temps, l'alcool demeure une affaire d'hommes : il est l'outil et le signe d'une appartenance à cette fra-

trie et du lien entre amis, collègues ou membres de la famille... Et, si la relation ne s'étirole pas, c'est qu'elle se nourrit d'images et de dictons populaires, de références communes et partagées telles que les films de Sautet, le personnage de Gainsbourg, ou encore certains slogans publicitaires devenus légendaires : « du pain, du vin, du Boursin »...

Il faut savoir boire pour être un homme

Les poncifs et les schémas socio-culturels concernant les rapports des hommes à l'alcool ont la vie dure et la masculinité reste étroitement associée à la consommation d'alcool. En revanche, les attributs de cette nouvelle virilité semblent s'être déplacés : plutôt que dans la résistance physique ou le sentiment d'invincibilité, celle-ci réside dans la maîtrise de soi. Être un homme, c'est avoir une bonne connaissance de ses limites et savoir se contrôler. Mais que l'on ne s'y méprenne pas, chez les buveurs excessifs, cette attitude virilisante sert de prétexte à un discours subjectif, souvent erroné, concernant leur propre consommation : la connaissance de soi l'emporte sur le savoir objectif des risques liés à l'excès, et la limite, loin d'être associée à des valeurs chiffrées, devient fluctuante, relative : la limite, c'est celle que l'on se donne.

L'impossible objectivité ?

Attachement identitaire à l'alcool d'un côté, sentiment d'être un homme responsable de l'autre : ce sont là deux obstacles majeurs à l'appréhension objective de l'excès et de ses dangers. Dès lors, chez ces buveurs excessifs, la gestion de la consommation au quotidien répond à certains mécanismes de déni et de mise à distance du risque.

Les hommes ont d'abord tendance à minimiser leur propre consommation, qu'ils ont du mal à évaluer lorsqu'on les interroge. La tâche leur est d'autant plus difficile qu'ils distinguent les bons des mauvais alcools : entre tous, le vin jouit d'un statut particulier ; tranquillisant, inoffensif, voire bénéfique

pour la santé, il pourrait presque être consommé à volonté !

D'où une réelle incrédulité face aux seuils objectifs de trois ou quatre verres quotidiens, pour toutes les boissons alcoolisées. Quoi qu'il en soit, réduire leur consommation de vin impliquerait, chez ces consommateurs, des changements trop profonds de mode de vie, la fin du plaisir et de la convivialité.

Les croyances collectives qui banalisent et légitiment la consommation excessive, ainsi que les stéréotypes éculés qui n'associent le danger qu'à l'ivresse ou à la dépendance, renforcent la forte résistance aux messages de prévention propre aux buveurs excessifs. Il faudrait de surcroît y ajouter une méconnaissance des effets – méfaits – de l'alcool sur le corps.

Enfin, persuadés d'être responsables et modérés, ces consommateurs font preuve d'un certain pragmatisme qui les conduit à déployer des stratégies personnelles de régulation ou d'évitement du risque : désigner dans leur entourage des personnes vigilantes pour les surveiller ou les raccompagner lors-

qu'ils seront sous l'emprise de l'alcool, s'adonner au « bien boire » en privilégiant la qualité et la régularité, procéder à des examens médicaux assez réguliers, etc. En réalité, ces formes d'auto-contrôle déculpabilisent certains (hommes) de leurs excès et, insidieusement, les confortent dans des comportements à risque.

En résumé, l'ancrage des habitudes, le poids des représentations, la répétition de certains comportements entre les générations, tous les motifs énoncés par les consommateurs excessifs dessinent une tendance quasi généralisée : il y a, chez ces hommes, une très forte résistance à l'idée de réduire leur propre consommation.

Tania Rosilio

Chargée d'études,

Direction des affaires scientifiques, INPES.

1. Étude qualitative exploratoire INPES/Sorgem. Représentations et attitudes des hommes face à l'alcool, juillet 2002. L'échantillon était constitué de cinquante hommes âgés de 25 à 60 ans, consommant plus de trois ou quatre verres quotidiens.

Femmes, alcool et parité

La fabrication des boissons alcooliques et leur consommation ont, le plus souvent, été liées à des traditions viriles. Dans la civilisation gréco-romaine, l'ivresse était assimilée à une possession par le dieu du Vin, les femmes n'étaient donc pas autorisées à le consommer. Elles étaient punies sévèrement par le droit romain si elles ne respectaient pas ces interdictions. Les transgressions possibles étaient limitées au temps des bacchantes ou se plaçaient dans l'espace imaginaire de la tragédie. Cette attitude a persisté, en particulier dans les sociétés latines – où la virilité se mesure à la capacité à « tenir l'alcool ». Est-ce à dire que les sociétés anciennes avaient une prescience de la vulnérabilité de la femme et du rôle délétère que l'alcool pouvait jouer pendant la grossesse ? Tout au plus, peut-on lire dans cette attitude la peur des conséquences de la désinhibition, en particulier sexuelle, due à l'alcool.

Dans le monde anglo-saxon, un rôle social particulier a souvent été donné aux femmes : contrôler l'alcoolisation des hommes. Elles ont exercé ce rôle collectivement – par l'organisation de sociétés de tempérance ou le vote de lois de prohibition – et personnellement au sein de leur famille.

Aujourd'hui, les femmes aussi sont viticultrices, œnologues et sommelières. Elles sont aussi accusées de boire davantage qu'avant et de présenter plus de problèmes avec l'alcool. Ce constat est inexact, il est fondé sur le fait que les femmes demandent plus souvent de l'aide qu'avant. Au vu des résultats des études scientifiques, on peut seulement affirmer que les femmes boivent différemment, plus ouvertement. Certaines revendiquent de pouvoir boire « comme les hommes ». Les femmes contemporaines enfreignent ainsi une ancienne interdiction selon laquelle elles ne peuvent en aucun cas « boire » autant que les hommes, étant biologiquement bien plus vulnérables à l'alcool.

Michel Craplet

► Pour en savoir plus

L'étude de l'INPES « Les hommes et l'alcool » peut être téléchargée dans son intégralité sur le site de l'INPES : www.inpes.sante.fr.

Les sirènes du **bon usage modéré**

Consommé modérément, le vin serait bon pour la santé et aurait sa part dans la faible mortalité cardio-vasculaire observée en France. Toutefois, la fameuse notion de « paradoxe français » est actuellement remise en question et les prétendus bienfaits d'une consommation modérée d'alcool ne sont pas scientifiquement démontrés par des études d'intervention.

La nouvelle de possibles bienfaits cardio-vasculaires d'une consommation modérée d'alcool a facilement trouvé un écho dans la presse grand public au cours de ces dernières années. Au-delà des données scientifiques, l'oreille attentive des médias vis-à-vis de cette nouvelle peut s'expliquer, d'une part, par le fait qu'elle touche un point sensible des habitudes alimentaires des Français, en particulier la consommation de vin, d'autre part, parce qu'elle semble cautionner un élément « plaisir » dans un paysage de prévention cardio-vasculaire habituellement vécu comme peuplé d'« interdits ».

En opposition avec cette information largement répandue, les médecins sont, au quotidien, les témoins des méfaits qu'une consommation excessive d'alcool peut, en revanche, entraîner dans le domaine non cardio-vasculaire (cancer, cirrhose, pancréatite, accidents, suicides, homicides, etc.) et même cardio-vasculaire (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, troubles du rythme, cardiomyopathie). Aussi, est-il bien raisonnable, compte tenu du risque non négligeable de développer une dépendance à l'alcool pouvant conduire à de tels excès de consommation, de conseiller à des sujets abstinents de consommer de l'alcool avec un objectif de prévention cardio-vasculaire ?

Des études à manier avec des pincettes

De très nombreuses études d'observation, menées dans différents pays et prenant en compte différents types de boissons alcoolisées, ont montré que les sujets abstinents avaient des taux plus

élevés de décès et d'accidents cardiaques que les sujets consommant régulièrement une quantité d'alcool correspondant à un ou deux verres de vin par jour. La réduction du risque cardio-vasculaire est évaluée de l'ordre de 30 à 50 % (1, 2). Cela a été observé essentiellement chez les hommes et les femmes d'âge moyen ou plus âgés. En revanche, chez les sujets qui consomment une quantité plus importante d'alcool, le taux de décès augmente rapidement et proportionnellement à l'importance de la consommation, la surmortalité étant alors à mettre sur le compte des complications non cardio-vasculaires et cardio-vasculaires de cette consommation excessive (3). Ces études d'observation ont fait l'objet de nombreuses critiques méthodologiques. Cependant, les analyses prenant en compte la plupart des facteurs pouvant introduire des biais d'interprétation ne semblent pas atténuer l'effet bénéfique d'une consommation modérée d'alcool. Néanmoins, la preuve formelle et définitive de cet effet bénéfique ne pourrait être apportée que par une étude clinique d'intervention. Rappelons les espoirs qui avaient été placés dans les traitements vitaminiques anti-oxydants ou dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause à partir de résultats d'études d'observation qui ont ensuite été invalidés par des études cliniques d'intervention bien menées. Malheureusement, dans le domaine de l'alcool, des études de ce type sont difficilement réalisables pour des raisons éthiques évidentes.

La mortalité cardio-vasculaire étant plus faible en France que dans d'autres pays malgré un niveau comparable des

facteurs de risque, le concept de « paradoxe français » est donc apparu. Il n'en fallait pas moins pour que l'on tente de faire de la consommation du vin l'explication de ce paradoxe avec, à l'appui de cette hypothèse, certaines propriétés biologiques du vin et des études épidémiologiques. Par exemple, dans le cadre particulier de la prévention secondaire et dans une population très homogène de patients coronariens connus (*Lyon Diet Heart Study* - étude lyonnaise sur les effets cardiaques du régime alimentaire) (4), après prise en compte de multiples facteurs confondants potentiels, la consommation de vin a été trouvée associée à une réduction du risque de complication cardio-vasculaire après un infarctus du myocarde. À noter cependant qu'il s'agit également d'une étude d'observation et d'une analyse *a posteriori*, sur un échantillon de petite taille et avec un faible nombre d'événements. Actuellement, la notion de « paradoxe français » est largement remise en question dans la mesure où il existe de larges variations régionales avec un gradient nord-sud du risque cardio-vasculaire comme dans le reste de l'Europe, et il apparaît comme un peu trop réducteur de vouloir considérer la consommation régulière de vin comme la seule explication de la protection cardio-vasculaire mise en évidence dans certaines régions.

L'effet probablement protecteur de la modération

La moitié des effets bénéfiques de l'alcool sur le plan cardio-vasculaire est attribuée à une augmentation de l'ordre de 10 à 15 % des taux circulants de HDL cholestérol (bon cholestérol). Les autres mécanismes invoqués sont

essentiellement des effets sur la coagulation avec une diminution de l'agrégation plaquettaire, diminuant le risque de formation de caillots et une augmentation de la capacité à dissoudre les caillots (fibrinolyse). L'effet anti-oxydant des polyphénols ou des flavonoïdes, contenus en particulier dans le vin, est également mis en avant.

Toute la difficulté de cette approche n'est pas tant de définir ce que représente une consommation modérée d'alcool que de maintenir dans la population générale ce niveau de consommation. Le risque de dépendance et d'augmentation excessive de la consommation est une réalité indiscutable, et le risque individuel de développer un alcoolisme est très difficile à déterminer *a priori*. Or, toute consommation supérieure à celle qui pourrait être préconisée va entraîner des effets néfastes que nous avons déjà soulignés. D'ailleurs, dans les populations les plus jeunes, pour lesquelles l'effet protecteur semble être le moins bien démontré, la consommation d'alcool est un des éléments déterminant des accidents automobiles, des traumatismes et des suicides, qui sont des causes majeures de décès pour les sujets de cette tranche d'âge. Enfin, il n'est pas évident que ce qui est apparemment bénéfique à l'échelle d'une population le soit de façon équivalente au niveau individuel ; cela en sachant qu'il peut y avoir des susceptibilités variables tant en ce qui concerne la dépendance que les effets neurologiques, digestifs et métaboliques.

Le risque certain des excès

Il est peu probable qu'une étude randomisée et contrôlée sur la consommation d'alcool soit jamais réalisée. Aussi, en l'absence d'une base scientifique formelle, les recommandations doivent être prudentes et mesurées. En aucun cas, il ne doit être conseillé à un individu abstinent de commencer à consommer de l'alcool avec le seul objectif d'une prévention cardio-vasculaire. Les effets bénéfiques d'une telle intervention ne sont, en effet, pas démontrés et le risque individuel de développer un alcoolisme, avec ses conséquences ultérieures, est loin d'être négligeable.

C'est, en revanche, le rôle du médecin de recommander l'arrêt total et définitif des boissons alcoolisées chez les patients ayant une consommation excessive avec une dépendance ne permettant pas d'espérer une réduction raisonnable de la consommation. C'est également son rôle de conseiller et de prendre en charge les patients ayant des pathologies pour lesquelles l'apport d'alcool représente un risque particulier d'aggravation ou de complications (pancréatite, maladies hépatiques,

hypertension artérielle non contrôlée, insuffisance cardiaque, hypertriglycéridémie, etc.) et de recommander l'abstinence d'alcool chez la femme enceinte ou qui allaite, ainsi que chez les patients prenant des médicaments pouvant interagir avec l'alcool. Il doit rappeler également systématiquement que la consommation même modérée d'alcool doit être évitée avant de prendre le volant. Il a un rôle éducatif et de conseil chez les adolescents et les adultes jeunes, avant que ne s'établisse un comportement à risque vis-à-vis de l'alcool.

Enfin, nous n'avons actuellement aucun argument pour conseiller une modification de comportement chez des adultes d'âge moyen ayant une consommation modérée d'alcool, de l'ordre de l'équivalent de un ou deux verres de vin par jour et qui paraissent aptes à gérer le maintien de ce niveau de consommation. Ils sont, en effet, susceptibles d'en tirer des bénéfices en termes de santé tout en gardant le plaisir d'une consommation raisonnée pour

autant que leur environnement social et culturel permette d'assurer la stabilité de cette consommation.

En conclusion, si une consommation régulière et modérée d'alcool ne dépassant pas l'équivalent de deux verres de vin par jour laisse entrevoir la possibilité d'un bénéfice cardio-vasculaire, gardons-nous d'un enthousiasme excessif vis-à-vis de cette apparente bonne nouvelle. Les médecins savent, par expérience, que la pratique de la modération dans ce domaine est loin d'être évidente. Que les sujets qui ont ce niveau de consommation défini comme raisonnable aient la consigne qu'ils peuvent la maintenir à ce niveau. Que ceux qui ont une consommation excessive soient effectivement pris en charge pour un sevrage. Que les sujets abstinentes ne soient surtout pas sollicités pour entreprendre une consommation d'alcool dont ils risquent de tirer plus de risques que de bénéfices. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est certain qu'il y a plus de bénéfices à attendre en aidant les nombreux buveurs excessifs à arrêter leur consommation, qu'en encourageant les rares sujets totalement abstinentes à se mettre à boire.

Pr Daniel Thomas

Chef du département
de cardiologie médicale,
Institut de cardiologie,
Fédération française de cardiologie,
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.

Références bibliographiques

- (1) Pearson T.A. *Alcohol and heart disease*. *Circulation* 1996; 94: 3023-5.
- (2) Golberg I.J., Mosca L., Piano M.R., Fisher E.A. *Wine and your heart*. *AHA Science Advisory*. *Circulation* 2001; 103: 472-5.
- (3) Shaper A.G. *Alcohol and coronary heart disease*. *Eur. Heart J.* 1995; 16: 1760-4.
- (4) de Lorgeril M., Salen P., Martin J.L., Boucher F., Paillard F., de Leiris J. *Wine drinking and risks of cardiovascular complications after recent acute myocardial infarction*. *Circulation*. 2002; 106: 1465-9.

L'alcool, une drogue comme les autres ?

D'un côté, ceux qui consomment modérément et sans risque, de l'autre, les alcoolodépendants. Soutenue par les alcooliers, cette vision manichéenne fait peu de cas du risque de dépendance qu'entraîne une consommation régulière d'alcool. D'autant que les facteurs qui peuvent provoquer cette « addiction » sont multiples.

Dans le langage courant, le mot « drogue » désigne les substances psychoactives illicites. Il a une connotation très péjorative. De ce fait, lorsqu'il est appliqué à l'alcool, ce terme est mal accepté par la population française, très majoritairement consommatrice d'alcool. Les boissons alcooliques, spécialement le vin, font en effet partie du patrimoine de notre pays : outre les aspects socioculturels, religieux et économiques, de nombreux ouvrages ont insisté depuis longtemps sur les diverses vertus attribuées notamment au vin, le dernier avatar en date étant le « paradoxe français ». De ce fait, la représentation de cette consommation a du mal à être assimilée à la notion de drogue et de drogués. Les alcooliers l'ont bien compris, dont la communication porte sur quelques idées-force : « *Nous ne sommes pas des dealers* » ; sous-entendu, les Français ne sont pas des drogués.

Et pourtant, si l'on considère qu'une drogue est une substance psychoactive capable d'engendrer des complications somatiques, psychiques, sociales, ainsi qu'une dépendance, il faut bien admettre que l'alcool est une drogue.

On sait depuis des dizaines d'années que l'alcool peut engendrer une dépendance que Fouquet avait défini comme « *la perte de la liberté de s'abstenir de consommer* ». Depuis, toutes les classifications internationales (DSM-IV, CIM-10) reconnaissent cette notion basée principalement sur la perte de contrôle de la consommation.

Dépendance : un risque sous-estimé par les alcooliers

Comme il est de plus en plus difficile de nier les conséquences de la dépendance, certains tentent de faire admettre – et cela est largement encouragé par les alcooliers – qu'il y a, en France, deux populations différentes : l'une rassemblant l'immense majorité des Français, qui consomme modérément et pour qui cette consommation ne pose ni problèmes individuels, ni problèmes sociaux ; l'autre serait constituée par les « alcooliques » ou alcoolodépendants. Cette dernière population, limitée, est décrite comme indépendante de la première et présentant des caractéristiques particulières ayant abouti à cette alcoolodépendance. Cette vision a l'avantage de protéger le reste de la population, qui pourrait donc boire sans risque d'évolution vers la dépendance. Elle occulte les stades intermédiaires d'usage à risque ou d'usage nocif, véritables traits d'union entre ces deux populations et qui permettent de comprendre qu'en fait il existe un continuum entre ces comportements.

Ce continuum n'implique d'ailleurs pas qu'il y ait inéluctablement évolution vers la dépendance. Si celle-ci est évidemment possible, nombreuses sont les personnes qui restent au stade d'usage à risque ou d'usage nocif sans réelle dépendance. Le retour spontané d'une consommation excessive survenue lors de situations personnelles particulières vers un usage très modéré dans le cadre de relations sociales conviviales est aussi possible. À l'in-

verse, une dépendance peut s'installer très rapidement en quelques semaines ou quelques mois, court-circuitant les stades intermédiaires.

L'évolution vers la dépendance, quel que soit le produit, est la résultante de l'interaction entre un sujet vulnérable, un produit – l'alcool dans notre cas – et un environnement favorable. Cette évolution suppose différentes phases chronologiques, plus ou moins longues selon les personnes. La première phase est celle de l'initiation. Rencontre entre les trois composantes décrites ci-dessus, elle se situe habituellement au cours de l'adolescence, parfois plus tôt. Cette phase permet d'apprendre à apprécier les boissons alcoolisées et d'en découvrir les effets psychotropes. Les alcoolisations sont ensuite répétées. Pour le consommateur, il s'agit de retrouver les effets « récompensants » (recherche d'un bien-être ou effacement d'un mal-être), ce qui peut aboutir à un comportement de dépendance, comportement souvent aggravé par les problèmes personnels, familiaux, professionnels, sociaux... qu'il provoque, et qui poussent la personne à consommer encore plus.

Fortes sensations et faible estime de soi

À chacune de ces étapes, des facteurs favorisants, plus ou moins bien connus, peuvent intervenir. Durant la phase d'initiation, la découverte des effets psychotropes de l'alcool a un rôle essentiel, de même que les facteurs individuels, qui permettent de les ressentir plus ou moins fortement, que ces

facteurs soient d'ordre génétique ou psychologique. Parmi ces facteurs individuels, on reconnaît une faible estime de soi, rendant difficile la résistance à la pression de l'entourage, mais aussi d'autres traits de personnalité comme la recherche de sensations, des éléments dépressifs ou certains troubles anxieux ou encore un faible niveau socioculturel... L'environnement joue également un rôle fondamental, notamment la disponibilité du produit et l'attitude des pairs.

Les déterminants de l'évolution vers la dépendance sont les mieux connus. En ce qui concerne le risque lié à l'alcool, celui-ci a été parfaitement situé par le rapport Roques¹, qui a rappelé que l'alcool a un pouvoir addictogène, c'est-à-dire une capacité à générer une dépendance. Ce pouvoir paraît plus faible que celui d'autres substances, comme le tabac par exemple : alors que la grande majorité de la population consomme de l'alcool, seule une faible proportion devient dépendante ; c'est l'inverse pour la tabac : la très grande majorité des fumeurs devient rapidement dépendante du tabac. Cependant, lorsqu'elle est installée, la dépendance à l'alcool est très forte, qu'elle soit physique ou psychique, ce qui rend difficile la modification du comportement de consommation.

De multiples facteurs de vulnérabilité

Les facteurs environnementaux favorisant l'évolution vers cette dépendance sont nombreux : l'éducation, la place de l'alcool dans le milieu familial et dans l'entourage social sont des éléments importants. Au cours de l'existence, les situations de conflit, de stress, de difficultés affectives survenant dans un contexte de faible soutien socio-familial ou à des périodes critiques de l'existence peuvent conduire à recourir à l'alcool.

Enfin, un certain nombre de facteurs individuels de vulnérabilité sont connus. Ils peuvent être génétiques : il existe des arguments scientifiques (études familiales, de jumeaux, d'adoption, de marqueurs génétiques, etc.) permettant de penser qu'il existe bien des détermi-

nants génétiques de l'alcoolodépendance. Ils sont aussi psychologiques. Parmi les traits de personnalité liés aux conduites d'alcoolisation, on retrouve l'impulsivité et l'agressivité, la dépendance, l'intolérance à la frustration, la sensibilité à l'ennui, la recherche de



sensations. Une souffrance psychique, une tendance dépressive sont aussi souvent retrouvées, l'alcool constituant une « réponse » à cette souffrance. Une faible estime de soi est également fréquente. Ces facteurs sont trop hétérogènes pour constituer une personnalité préalcoolique ou de façon plus générale préaddictive. Ils constituent, cependant, des facteurs de risque plus ou moins associés chez une même personne. Parmi les troubles psychiatriques, les troubles dépressifs et certains troubles anxieux (trouble panique, troubles phobiques) sont plus fréquemment associés aux conduites d'alcoolisation. Il faut cependant garder à l'esprit que, dans la majorité des cas, les troubles anxieux ou dépressifs sont des conséquences de l'alcoolisation chronique, davantage que sa cause.

Parmi les autres facteurs, on peut citer la précocité de l'âge de début de la consommation, les ivresses répétées, une bonne tolérance à l'alcool, une puberté précoce...

L'initiation précoce, facteur de risque

Existe-t-il des déterminants communs aux différentes addictions ? L'association de différentes conduites addictives chez une même personne,

simultanément (notamment chez les plus jeunes) ou se succédant au cours de la vie (transfert de dépendance), est très fréquente. Il en va ainsi de l'association alcool-tabac-drogues illicites (principalement cannabis) chez les plus jeunes, de l'association alcool-tabac chez les plus âgés, sans oublier l'association d'alcool avec des médicaments, voire les conduites addictives sans produits : il s'agit de comportements qui ne mettent pas en jeu de substance psychoactives, mais qui conduisent à une dépendance vis-à-vis d'autres conduites à risque ; ainsi, la dépendance au jeu est fréquemment associée à la consommation excessive d'alcool.

Cette réflexion interroge sur l'existence de déterminants communs aux différentes conduites addictives. Du point de vue psychique, l'impulsivité, la recherche de sensations et de nouveautés, la sensibilité à l'ennui sont des traits retrouvés dans toutes ces conduites. Il en va de même de la souffrance, de la dépressivité, de la faible estime de soi. Une initiation précoce, un environnement favorisant sont aussi des facteurs de risque. Enfin, des études familiales et expérimentales plaident en faveur de déterminants génétiques communs à certaines addictions.

Pr François Paille

Chef de département, CHU, Nancy,
Président de la Société française d'alcoolologie.

1. Roques B. La dangerosité des drogues. Paris : Odile Jacob, 1999 : 318 p.

► Pour en savoir plus

- *Alcool : effets sur la santé. Expertise collective, Inserm.* Paris : Inserm, 2001 : 358 p.
- *Alcool : dommages sociaux. Abus et dépendance. Expertise collective. Inserm.* Paris : Inserm, 2003 : 536 p.
- Reynaud M., Parquet P.-J., Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives.* Paris : Odile Jacob, 2000 : 273 p.

Consommation à risque, une responsabilité partagée

Un cafetier qui sert un consommateur ivre est-il responsable des actes délictueux commis par ce dernier ? Une décision judiciaire récente allant dans ce sens a relancé le débat. Mais, si l'on examine de plus près la jurisprudence depuis une dizaine d'années, force est de constater que la responsabilité des tiers est rarement sanctionnée.

La consommation excessive d'alcool n'est pas une problématique individuelle, mais une préoccupation collective. À cet égard, on pourrait s'inquiéter de l'abandon progressif des mesures de prévention de l'alcoolisme en France. L'interdiction de vente d'alcool dans les stades a été contournée au nom de la santé financière des clubs de football amateur ; le privilège des bouilleurs de cru a été réactivé au nom de la protection des vergers ; les conditions de transfert des débits de boissons ont été assouplies au nom de la ruralité. Enfin, les restrictions publicitaires viennent d'être allégées au nom de la défense du patrimoine naturel et culturel (loi du 1^{er} août 2003, *JO* du 2 août, p. 13 277) !

Nous préférons mettre l'accent sur les évolutions positives du droit français, qui entend responsabiliser les tiers, pouvoirs publics, employeurs, professionnels de la restauration ou famille du buveur, pour lutter contre les consommations abusives. Ce sont d'abord les autorités publiques qui sont mobilisées. Ainsi, le Conseil d'État admet qu'un maire interdise la vente d'alcool à certaines heures ou certains jours de la semaine en tenant compte des « pics » d'accidents constatés par les forces de l'ordre (CE, *Fédération générale du commerce et autres activités patentées de la Polynésie française*, 3 avril 1996, n° 138 649). En l'espèce, le maire s'était fondé sur les statistiques de la gendarmerie et de la police municipale pour interdire de servir des personnes en état d'ébriété dans les bars et, sur-

tout, pour interdire la vente à emporter de boissons alcooliques tous les jours de la semaine après dix-sept heures ainsi que les dimanches et jours fériés.

Employeur : responsabilité avérée

C'est ensuite sur le lieu de travail que cette action trouve un terrain concret d'application. La jurisprudence fait, en effet, peser sur le chef d'entreprise une obligation de sécurité qui lui impose de prévenir les risques liés à l'abus d'alcool. Les tribunaux considèrent que l'employeur doit interdire à un salarié en état d'ivresse d'exercer une activité à risque (Crim., 30 nov. 1993, pourvoi n° 92-82090). S'il ne le fait pas, il engage sa responsabilité personnelle et devra indemniser le préjudice résultant de l'ivresse du salarié, tant à l'égard des tiers qu'à l'égard du salarié lui-même et de sa famille.

Pour veiller au respect de cette obligation, l'employeur peut d'ailleurs contrôler la consommation des salariés dans le cadre de la médecine du travail. L'arrêté du 30 juillet 2003 (*JO*, 24 août, p. 14 504) relatif à la sécurité des travailleurs sur le réseau ferré national en fournit un exemple. Le texte interdit à tout employeur de laisser entrer ou séjourner sur le réseau un agent en état d'ivresse, exerçant une activité mettant en jeu la sécurité (art. 32), et l'autorise à faire procéder à un test d'alcoolémie pour prévenir ou faire cesser une situation dangereuse pour les usagers, le

personnel et les tiers (art. 36). Un résultat positif, ou un refus de se soumettre au test, justifie une suspension immédiate de l'intéressé.

Incitation à l'ivresse

D'une manière générale, celui qui incite une personne à s'enivrer peut être déclaré responsable des dommages causés ou subis par la personne en état d'ivresse (arrêt Janton, Crim. 18 nov. 1965, Bull. n° 241). Dans l'affaire Viridament, un restaurateur est déclaré responsable du décès d'un client mort étouffé par ses propres vomissements lors d'un réveillon de Noël (2^e civ., 20 juin 2002, pourvoi n° 99-19782).

Reste la question de la répression pénale de la provocation à l'ivresse, dans les faits très limitée, comme en témoigne la jurisprudence en la matière. Certes, l'article 227-19 du code pénal réprime d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 45 000 € le fait d'inciter directement un mineur à une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. La peine est même portée à trois ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende lorsqu'il s'agit d'un mineur de 15 ans ou lorsque les faits se déroulent à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif ou aux abords d'un de ces établissements à l'occasion des entrées ou des sorties des élèves. Mais cette prohibition est inapplicable car sa définition est trop étroite. L'usage abusif occasionnel ou l'usage abusif qui ne conduit pas à l'ivresse ne sont pas sanctionnés alors qu'ils peu-

vent avoir des conséquences dommageables pour la santé du mineur.

Cafetier jugé complice

De même, l'interdiction faite aux débitants de boissons de servir un client en état d'ivresse manifeste est peu dissuasive puisqu'elle se limite à une amende de 750 € (art. R. 3353-2 C. sant. Pub.). Dans ces conditions, le jugement du tribunal correctionnel de Dijon qui, le 2 avril 2003, a condamné un débitant à deux mois d'emprisonnement avec sursis pour complicité de conduite en état d'ivresse au motif qu'il avait servi un chauffard ivre, a provoqué une vive controverse (*Le Monde*, 2 avril 2003). Un cafetier doit-il être considéré comme complice d'un acte

« involontaire » ou exonéré de cette responsabilité ! ? Dans ce second cas de figure, c'est oublier que, face à l'abus d'alcool comme face à toute infraction, le débitant de boissons ne doit pas être passif. Depuis l'arrêt Lahir, la jurisprudence considère comme complice le débitant qui laisse se perpétrer dans son établissement une infraction (ici, le tapage nocturne, Crim. 17 fév. 1988, Bull. n° 80, p. 206). En outre, l'ivresse manifeste – seuil à partir duquel la responsabilité du débitant peut être retenue – n'est pas une notion complexe, mais une question de bon sens. La jurisprudence décrit très simplement cet état, à partir du comportement des individus interpellés, qui ont « *une allure somnolente et*

tremblante, une baleine sentant l'alcool, une élocution pâteuse ou des explications embrouillées » (Crim, 23 oct. 2001, pourvoi n° 01-82334) ou qui sont « *agités* » et « *confus* » et « *ne savaient où ils se trouvaient* » (Crim. 13 nov. 2002, pourvoi n° 01-88127). Continuer à servir de l'alcool à une personne présentant de tels symptômes n'a rien d'un acte « involontaire ». Il reste dès lors à espérer que ces exemples deviennent la règle pour que les consommations abusives soient l'affaire de tous et mobilisent davantage que la défense du commerce de l'alcool.

Yann Bisiou

Maître de conférences en droit privé,
université Paul-Valéry, Montpellier.

Décrypter le marketing des producteurs d'alcool

Producteurs et distributeurs d'alcool sont passés maîtres dans l'art de contourner les restrictions en matière de publicité. Certaines de leurs campagnes sont illégales, comme en témoigne la jurisprudence récente. Il faut combattre le mythe des consommateurs éduqués, maîtrisant leur relation avec l'alcool. Et, pour ce faire, condamner plus sévèrement les alcooliers en cas de délit.

Au début des années quatre-vingt, la Cour de justice des communautés européennes condamnait la France pour ses règles restrictives concernant la publicité pour l'alcool, règles jugées discriminatoires. Cette décision juridiquement fondée a initié des bouleversements contradictoires de la législation ou de la réglementation qui se sont produits de 1985 à 1995. Depuis lors, la situation s'est stabilisée, tout au moins en droit.

Il faut rappeler les principales étapes de cette évolution. La décision de la Cour européenne de justice a marqué le début d'une phase d'inflation des possibilités de publicité, tous les interdits de la loi française spécifiques d'un type de boisson alcoolique ayant été invalidés. Cet accroissement de la pression publicitaire s'est poursuivi en 1985, quand un gouvernement de gauche a autorisé la publicité pour la bière sur les chaînes de télévision nouvellement créées (la Cinq, la 6 et Canal+) et que le gouvernement de droite, qui lui a succédé, a étendu cette possibilité à la première chaîne publique lors de sa privatisation, en 1987. Ces décisions ont provoqué une réaction des mouvements associatifs de lutte contre l'alcoolisme et d'un groupe de médecins, se concrétisant par le dépôt par Jacques Barrot d'un amendement interdisant toute publicité pour l'alcool à la télévision. L'année suivante, cinq médecins rédigeaient un rapport sur la santé publique à la demande de Claude Evin qui a fait adopter par le Parlement la loi du 10 janvier 1991 portant son nom.

Le principe de la loi « relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme » était d'une grande simplicité, la publicité pour l'alcool était autorisée dans les médias qui ne s'imposaient pas aux enfants, ce qui la restreignait en pratique à la presse écrite pour adultes ; l'interdiction incluait donc l'affichage, le cinéma et la radio. Mais, dès le vote de la loi, le Parlement en a détruit la cohérence en rétablissant la publicité à la radio et par affichage sur les « zones de production » d'alcool. Puis, lors de l'alternance suivante, en 1993, toute la publicité par affichage a été rétablie, y compris dans les stades, qui étaient jusqu'alors exclus de ce type de promotion.

Producteurs condamnés par les tribunaux

Au débat sur les supports autorisés s'associait celui sur la nature du message : là encore, la version initiale de la loi Evin avait été transformée par le Parlement, qui en avait affaibli les dispositions limitant la reproduction des produits commercialisés sur un « fond neutre ». Le texte final a précisé que : « *La publicité autorisée pour les boissons alcooliques est limitée à l'indication du degré volumique d'alcool, de l'origine, de la dénomination, de la composition du produit, du nom et de l'adresse du fabricant, des agents et des dépositaires ainsi que du mode d'élaboration, des modalités de vente et du mode de consommation du produit.* » L'imprécision de ces termes est une source permanente d'infractions. Les producteurs et les publicitaires se plai-

gnent de cette « insécurité », alors que c'est leur action de *lobbying* lors de l'adoption de la loi qui l'a introduite dans le texte. Ils tentent d'associer à l'alcool un ensemble d'images valorisantes appartenant au domaine du voyage, du plaisir, de la virilité, de la sexualité ou de la convivialité.

La notion de « mode de consommation » permettait tous les abus et il a fallu l'intervention des tribunaux pour qu'une jurisprudence établisse que, par exemple, la loi ne permettait pas de placer un barmaid sur les genoux du consommateur. L'Association nationale de prévention de l'alcoolisme a conduit une vingtaine d'actions judiciaires contre des publicités directes manifestement illégales et les a toutes gagnées. Actuellement, l'équilibre n'est toujours pas trouvé et des publicités récentes sont en totale contradiction avec la loi. La campagne d'affichage de décembre 2003 d'une grande marque de champagne a utilisé le thème d'une pluie de pétales de rose avec la légende « La nuit est rose ». L'idée de voir la vie et la nuit en rose sous l'influence d'un champagne dont le caractère rosé suffirait à justifier ce dérapage fait partie d'un *marketing* illégal qui montre qu'il n'y a pas encore du côté des producteurs une volonté de se placer dans l'état de droit.

La déviance est encore plus nette quand une autre marque de champagne utilise deux grains de raisin pour construire une image de fesses et un cep de vigne pour simuler un sexe

érigé. Les sanctions prévues par la loi sont trop faibles pour être dissuasives.

Campagnes pour dévaloriser les abstinentes

À côté de ces publicités directes, plus ou moins bien encadrées par la loi, les producteurs conduisent des actions indirectes qui font partie d'un *marketing* social visant à donner une image plus positive de leur attitude face aux dangers liés à une consommation excessive d'alcool. Certaines de ces actions sont tout à fait acceptables. Développer des opérations « conducteur désigné » pour éviter que des soirées ne se terminent par une sortie de route avec plusieurs morts fait partie de démarches destinées à construire une image de producteurs responsables. La difficulté tient à la netteté du respect d'une frontière entre l'idéal et la réalité.

Peu après l'adoption de la loi Evin, des documents à usage pédagogique distribués dans des établissements scolaires dans le cadre d'un partenariat entre ces établissements et l'industrie de l'alcool assuraient la promotion d'un comportement de consommation modérée. Cette démarche était critiquable pour deux raisons, la première est qu'elle décrivait la consommation modérée comme une norme sociale positive, ce qui place l'abstinent dans une situation dévalorisée ; la seconde était une conséquence logique de l'attitude précédente, elle consistait à exclure de la lutte contre l'alcoolisme les actions générales destinées à réduire la consommation globale, au profit de la promotion ciblée de la consommation modérée.

Les producteurs d'alcool acceptent mal une vérité épidémiologique universelle : les populations qui ont la plus grosse consommation moyenne d'alcool par habitant sont également celles qui ont les taux les plus élevés de maladies provoquées par sa consommation. Cela signifie qu'il n'y a pas une population au monde capable d'avoir uniquement des consommateurs modérés, sans la contrepartie dramatique des consommateurs excessifs. La réduction des dommages produits par l'alcool passe donc obligatoirement par des actions expliquant que le produit est à

double visage, et ne peut se résumer à l'image valorisante que les publicitaires lui donnent. C'est une illusion d'espérer avoir, à la fois, la richesse économique et le plaisir, sans la contrepartie en malheur humain. Il faut combattre le mythe d'une société composée uniquement de consommateurs éduqués et informés qui seraient toujours capables de maîtriser leur relation avec l'alcool. Une affiche associant plusieurs mètres carrés de séduction et une ligne d'information sur le risque en petits

caractères est dangereuse, car elle est conçue pour réaliser un déséquilibre entre des sentiments très forts en relation avec le plaisir, et une information limitée et très neutre sur la mise en danger de la santé qui est le prix à payer en contrepartie. Chacun imagine son plaisir et ne se croit pas concerné par le risque, c'est donc à la société de s'organiser pour éviter cette promotion déséquilibrée.

Les stars au comptoir

Parallèlement à l'affichage, aux publicités dans la presse écrite, les producteurs utilisent les modes traditionnels de promotion de l'alcool (lots offerts pour des manifestations associatives, prix réduits pour des soirées étudiantes, tournées offertes dans des cafés, stands de dégustation et de vente dans les foires agricoles, publicités adressées par courrier). Ils développent également la pratique de l'exploitation de l'image de personnes publiques, notamment de vedettes du cinéma ou de la télévision, pour assurer la pro-

motion d'une boisson alcoolique. Plusieurs actrices et acteurs en vue ont ainsi accepté de participer à une soirée dans un grand cabaret parisien pour le lancement des foires au vin chez l'un des leaders de la grande distribution. Ces pratiques sont dans l'air du temps, lequel facilite la confusion des valeurs et la promotion des uns par les autres. L'expert en vins et le guide spécialisé sont remplacés, ou plutôt complétés, par des associations sans fondement entre des compétences différentes. La société du spectacle contribue, moyennant finances, à promouvoir l'alcool, cas d'un chanteur connu lorsqu'il a fait la promotion d'une marque de bière à la télévision après la privatisation de TF1, en 1987.

Que peut-on espérer dans l'avenir ? Des accords de « bonne conduite » dont le respect serait assuré par des organismes professionnels ? Il y a toujours un membre du groupe pour tirer les autres en dehors du cercle qui avait été délimité. L'Office de vérification de la publicité ne s'est jamais fait remarquer par son efficacité dans le contrôle des publicités pour l'alcool en infraction avec la loi. Les excès des agences de publicité dans l'exploitation dégradante du corps féminin font envisager d'organiser par voie législative le contrôle avant diffusion de publicités de ce type. Il serait possible d'inclure l'alcool dans le cadre des promotions soumises à autorisation, mais la procédure serait lourde. Je crois plus à un renforcement des sanctions en cas de délit. Il faudrait également que l'État joue son rôle pour faire respecter la loi et ne se repose pas entièrement sur l'action des associations. Hélas ! je ne connais qu'un exemple d'action en justice contre une transgression de la loi réglant la publicité pour l'alcool qui ait été développée à l'initiative d'un parquet ! Il s'agissait en l'occurrence du parquet de l'île de la Réunion, lequel avait épinglé une publicité directe qui sortait des limites légales de la description d'un mode de production et de consommation.

Claude Got

Médecin, président du collège scientifique de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Paris.

Mortalité due à l'alcool : des estimations délicates

Combien de décès imputables à la consommation d'alcool en France ? Deux estimations cohabitent et ne prennent pas en compte les mêmes éléments : d'un côté, 23 000 décès par an sont liés à l'imprégnation éthylique chronique (chiffre 1998). De l'autre, si l'on prend en compte l'ensemble des causes de décès dans lesquels la consommation d'alcool intervient comme facteur, ce chiffre grimpe à 45 000 décès par an.

La source des statistiques de décès commence au lit du mort. Le médecin constatant le décès doit remplir un certificat sur lequel il inscrit la cause de décès. Ces certificats sont ensuite centralisés par l'Insee. Depuis 1968, c'est l'Inserm qui effectue le codage des causes de décès en utilisant la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). À l'avenir, ce système pourrait être informatisé dès la source¹.

Dans un travail récent, les épidémiologistes Éliane Michel et Éric Jougla, du CépiDc², ont estimé le nombre de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique à 23 000 décès en 1998. Les auteurs indiquent bien qu'ils se limitent « aux pathologies directement dues ou principalement liées à une consommation excessive et régulière d'alcool : alcoolodépendance et cirrhose, mais également cancers des voies aérodigestives supérieures »(1). La liste des causes de décès inclut plus précisément les pathologies suivantes : alcoolodépendance, cirrhose alcoolique ou cirrhose sans précision, cancers des lèvres, de la cavité buccale, du pharynx, cancer de l'œsophage.

La seconde méthode pour calculer les décès liés à l'alcool est celle utilisée par Jean-Pierre Pignon et Catherine Hill (2, 3), de l'Institut Gustave-Roussy. Il s'agit d'une technique d'estimation du nombre de décès liés à la consommation d'alcool. Il y a deux différences majeures dans leur approche par rapport à celle de l'Inserm : première-

ment, l'étendue des causes de décès considérées et, deuxièmement, le mode de calcul. Tout d'abord, au lieu de se limiter aux causes de décès directement liés à la consommation excessive d'alcool, ces auteurs ont utilisé l'ensemble des causes de décès dans lesquelles la consommation d'alcool est un cofacteur : cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies pulmonaires, maladies digestives dont les pancréatites, et surtout morts violentes avec accident de la route, chute, suicide, homicide. Ensuite, l'estimation a été faite en ayant recours à la notion de fractions de décès attribuables. La fraction de décès attribuable est calculée à partir du risque relatif³ qu'ont les consommateurs excessifs de décéder et ce, par rapport aux autres consommateurs ou aux non-consommateurs. Cette fraction attribuable dépend également de la proportion des consommateurs excessifs dans la population française. Ainsi, Catherine Hill a estimé, à partir des niveaux de consommation d'alcool de la population française en 1974, qu'en 1995 il y avait eu, en France, 45 000 décès de personnes de 25 ans et plus.

Les décès par cirrhose alcoolique du foie peuvent être considérés comme une sorte de marqueur populationnel de la consommation d'alcool⁴. Il devrait donc y avoir une corrélation entre la mortalité par cirrhose alcoolique et l'ensemble de la mortalité liée à l'alcool. Utilisant ce concept, Claude Got (4) a comparé les ratios entre les décès par cirrhose alcoolique et ceux de la mortalité globale attribuée à l'alcool. Il

estime que le ratio de Hill ($r = 7,9$) est proche des ratios d'une étude américaine ($r = 9$) et d'une étude canadienne ($r = 6,3$), deux pays dont le niveau de développement économique est comparable à la France. La cacophonie n'est donc qu'apparente !

Pierre Arwidson

Médecin,

directeur des affaires scientifiques, INPES.

1. Éric Jougla, responsable du CépiDc, souhaiterait que ces certificats de décès soient remplis en ligne. Cela permettrait d'offrir au médecin une aide en ligne et un contrôle de saisie.

2. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm.

3. En général, il s'agit d'un surrisque qui se traduit par un risque relatif supérieur à 1.

4. Comme le cancer du poumon est un marqueur populationnel de la consommation du tabac.

Références bibliographiques

(1) Michel É., Jougla É. *Mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France*. In : Expertise collective, éd. Alcool. Effets sur la santé. Paris : Inserm, 2001 : 339-57.

(2) Pignon J.-P., Hill C. *Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985*. Gastroenterol. Clin. Biol. 1991 ; 15 : 51-6.

(3) Hill C. *Alcool et risque de cancer*. Actualité et données en santé publique 2000 ; 30 : 14-7.

(4) Got C. *La mort évitable : tabac, alcool et accidents de la route en France*. Population et Sociétés 2003 ; 393 : p. 2. www.ined.fr

Un siècle de communication sur les risques liés à l'alcool

Sensibiliser le consommateur à la modération en l'informant sur les risques d'une consommation excessive, tel est le leitmotiv des plus récentes campagnes de communication sur l'alcool. Une évolution considérable depuis cent ans et les premiers slogans du type « les buveurs d'absinthe meurent fous ».

La communication concernant la consommation excessive d'alcool a évolué au gré des avancées scientifiques et des évolutions politiques et sociales. On est ainsi passé d'un discours uniquement centré sur les ravages de l'alcoolisme à un discours plus complexe sur les risques sanitaires qui ne relèvent pas de la dépendance. Cette diversité des discours renvoie à la complexité scientifique, mais elle fait aussi écho à l'ambivalence politique vis-à-vis de cette question dans un pays où parler d'alcool équivaut aussi à parler de passions nationales (voir également les articles de M. Craplet et T. Rosilio).

Des premières communications centrées sur les risques visibles

La question de la consommation excessive d'alcool a d'abord été traitée sous l'angle de l'alcoolisme ou de l'ivresse, comme en attestent les campagnes de communication menées par les associations dès le XIX^e siècle : « dans le foyer où l'alcool est roi..., l'homme est une brute..., la femme une martyre..., les enfants des victimes », « l'alcoolique menace sans cesse la civilisation ». En parallèle, les premières publicités, les « réclames » des alcooliers se développent et installent des thématiques fortes et pérennes comme celles du « vin-aliment » (« le vin est un aliment. Buvez du vin »), du vin-produit d'excellence du terroir, ou de l'alcool-plaisir-détente. Bien plus tard, dès les années 1950, le thème de l'alcool au volant fait l'objet de campagnes spécifiques. La communication s'emploie

tout particulièrement à informer le public des nouvelles réglementations en vigueur ; elle diffuse des messages de prudence (1953 « l'alcool... provoque chaque année 57 % des accidents graves » ; 1978 « Boire ou conduire, il faut choisir » ; 1984 « Alcool au volant. Contrôlez-vous avant. Avant d'être contrôlés »). La stratégie vise à informer le public et à favoriser l'acceptation sociale des règles, et donc leur respect.

Les années 1980 : instaurer un droit à la modération

Ainsi, il faut attendre 1984 pour que les pouvoirs publics lancent la première campagne de communication grand public de prévention de la consommation excessive d'alcool. Cette campagne visait à dépasser les attitudes d'évitements personnels et collectifs liés à la tradition. Le slogan (« Un verre, ça va. Trois verres... Bonjour les dégâts ! ») est emblématique de la démarche entreprise, puisqu'il accepte la réalité d'une consommation d'alcool, mais introduit l'idée d'un autocontrôle pour éviter les risques. Cette première phase de sensibilisation à la modération a été complétée par d'autres campagnes proposant des réponses à la pression sociale qui exigeait que le vin soit la boisson exclusive des repas (« Pensez au deuxième verre... Pour l'eau ! » (1986)). Les puissants lobbies alcooliers réagirent très vivement à ces deux campagnes au nom de la défense de leurs intérêts économiques et du respect des traditions nationales. De 1986 à 1991, aucune

nouvelle campagne d'envergure n'est d'ailleurs développée par les pouvoirs publics.

Les années 1990 : l'ère du soupçon

Le vote de la loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin, en 1991, semble ouvrir une nouvelle ère dans la prévention de la consommation excessive d'alcool. Même si le cadre législatif et réglementaire est progressivement assoupli sous la pression de lobbies puissants et organisés. De nouvelles actions de communication voient pourtant le jour. Ainsi, une nouvelle campagne de communication destinée aux jeunes (« Tu t'es vu quand t'as bu ? ») dévalorise l'image du buveur excessif et montre les conséquences sociales de cette consommation. Cette campagne qui a marqué les esprits introduit l'idée que consommer de l'alcool avec excès n'est pas nécessairement souhaitable.

En 1997 et 1998, des campagnes sont réalisées par le CFES autour de l'interpellation « Et vous avec l'alcool, vous en êtes où ? ». Trois types de situations illustrent un mode de consommation et une forme de déni différente : l'alcool « détente » le soir après une journée de travail, le repas d'affaires et la fête du samedi soir. Il s'agit d'interpeller le public sur les alibis qui justifient une consommation excessive d'alcool, tout en délivrant une information visant au contrôle de la consommation et à la réduction des risques.

Dans le contexte du rapport Roques¹ sur les problèmes posés par la dangerosité des drogues – l'alcool est assimilé à une drogue –, les pouvoirs publics tentent de fixer de manière plus précise les repères de consommation et les risques sanitaires afférents, en particulier ceux liés aux cancers, en réalisant de nouveaux spots télévisés interpellant sur les quantités consommées. À la façon d'un reportage, des personnes au restaurant, au café... sont interrogées sur leur consommation d'alcool : « *Vous buvez plus de trois verres d'alcool par jour ?* ». En réponse à leur « non » unanime, le spot conclut par une interpellation : « *Aujourd'hui, dans notre pays, personne ne semble boire plus de trois verres d'alcool par jour. Heureusement, car au-delà, les risques d'avoir un cancer augmentent considérablement* ». « *Et vous avec l'alcool, vous en êtes où ?* ».

Les années 2000 : les risques pour la santé

La stratégie mise en œuvre, en 2001, vise à expliquer qu'en dehors des risques liés à l'ivresse, il existe des

risques pour la santé liés à une consommation régulière d'alcool. La diffusion des repères au-delà desquels il est dangereux de consommer devant permettre à chacun de réguler sa consommation d'alcool en fonction de ces standards. Le ton de cette campagne est plus explicite, plus direct (« *L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir* »), en phase avec les connaissances scientifiques les plus récentes (recommandations OMS, expertise collective de l'Inserm « Alcool, effets sur la santé »). Le plan cancer – qui pointe l'alcool comme un déterminant majeur dans l'apparition de cette pathologie – donne à penser que les communications futures s'inscriront dans cette ligne stratégique, avec des moyens renforcés.

Les actions de communication visant à prévenir la consommation excessive d'alcool se sont toujours inscrites dans un contexte difficile. Tantôt taxées d'hygiénisme moral, tantôt accusées de nuire aux intérêts sinon à l'identité de la France, ces campagnes ont néanmoins fait évoluer les représentations sociales.

Les Français restent parfois prisonniers d'une vision de l'alcool réductrice, circonscrite à l'ivresse ou au risque routier. Mais, compte tenu du statut spécifique de l'alcool en France et de la faiblesse des moyens alloués, il convient de noter des signes encourageants : les Français commencent à mieux appréhender la notion de risques pour leur santé et ils sont plus au fait des repères de consommation faible. De nombreux efforts restent à faire dans un pays où dire le risque alcool revient parfois à questionner des certitudes nationales.

Alexandre Picard

Chargé de communication,
 Direction de la communication
 et des outils pédagogiques, INPES.

1. Roques B. La dangerosité des drogues. *Rapport au secrétariat d'État à la Santé*. Paris : Odile Jacob/La Documentation française, 1999 : 318 p.

Des collégiens peu sensibles à l'information sur les addictions

Pendant trois ans, médecins et infirmières, assistantes sociales et délégués de prévention ont, dans le cadre d'un programme expérimental, informé sept cents collégiens de cinq établissements d'Ile-de-France sur l'alcool et les autres types d'addictions. Selon un premier bilan, les collégiens s'estiment incontestablement mieux informés... mais ne modifient pas pour autant leur consommation.

Comment parler alcool aux adolescents dans les collèges ? Capri est un programme pilote et expérimental principalement axé sur la prévention des addictions, mené pendant trois années consécutives dans cinq collèges d'Ile-de-France. Piloté par la caisse régionale d'Assurance Maladie (Cram), le programme s'est appuyé sur un partenariat très étroit avec l'Éducation nationale (les trois académies d'Ile-de-France), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Santé de l'adolescent) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Ile-de-France.

L'originalité de Capri réside dans la volonté de mener une action régionale dans la durée et la continuité, des classes de 5^e à la 3^e, et de produire une évaluation aussi rigoureuse et complète que possible à l'issue de l'expérience.

Photo et théâtre sollicités

Le programme s'est ainsi adressé à un groupe de collégiens (sept cents élèves/vingt-sept classes) issus d'établissements présentant des caractéristiques homogènes et représentatifs d'une certaine « mixité sociale ». Les élèves ont bénéficié, pendant trois années, d'un accompagnement par les mêmes intervenants à raison d'environ huit heures d'intervention chaque année. Les « binômes » chargés de ces interventions étaient constitués d'un délégué d'éducation pour la santé de la Cram d'Ile-de-France, d'un médecin, d'une infirmière ou d'une assistante sociale du service de promotion de la santé ou du service social en faveur des

élèves de l'Éducation nationale. Ces équipes ont bénéficié d'une formation visant l'acquisition d'une culture commune du programme.

Capri a privilégié une approche fondée sur les comportements, la responsabilisation des jeunes, un travail sur les représentations et le partage des expériences sociales et personnelles. Dans les ateliers, organisés par demi-classes, la participation des collégiens a été constamment recherchée. C'est ainsi qu'ont été utilisées des méthodes interactives telles que la photo-expression permettant de travailler sur la définition de la santé et des besoins fondamentaux, le théâtre-forum, dont la spécificité est de déclencher dans le public des prises de conscience et le désir de se situer face au sujet traité, un atelier sur la résistance aux pressions et un autre

sur le développement de la solidarité entre pairs, dans lesquels étaient proposées aux collégiens des mises en situation par le biais de sketches ou de jeux de cartes.

Une évaluation délicate

Afin de mesurer l'impact du programme, l'évaluation a été construite selon une méthode comparant les cinq collèges « exposés à l'intervention » à cinq autres collèges comparables « non exposés » ou « témoins ». Le recueil d'informations nécessaire à l'aboutissement de l'étude s'est déroulé en quatre phases : avant le début de l'action, puis à la fin de chaque étape du programme en fin de 5^e, de 4^e, puis de 3^e.

Les données ont été collectées à partir de questionnaires très complets, comportant des éléments sociodémo-

graphiques, de valorisation personnelle, de comportement, de consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs. Ces questionnaires ont été remplis par les collégiens de façon individuelle et anonyme.

Confiée à l'ORS d'Ile-de-France, l'analyse de ces résultats est en cours. Les premiers résultats montrent que le programme s'est montré efficace sur les niveaux des connaissances relatives aux produits psychoactifs. En effet, à l'issue des trois années du programme, les élèves des collèges actions connaissent davantage que les élèves des collèges

témoins la diversité des produits psychoactifs, le taux maximal d'alcoolémie autorisé pour la conduite automobile, les effets de l'alcool, l'équivalence d'alcool contenu dans des verres de différentes boissons alcooliques... En revanche, l'impact du programme s'est montré moins probant en ce qui concerne les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis, qui ne sont pas moins fréquentes chez les élèves des collèges actions que chez les élèves des collèges témoins.

Parallèlement, une évaluation du processus menée par un évaluateur

externe va être conduite pour analyser le ressenti des acteurs sur les choix méthodologiques qui ont été retenus (outils, méthodes d'intervention, etc.) sur les enseignements et/ou les difficultés tirées de l'expérience, notamment du point de vue de la pratique professionnelle. Les résultats de cette évaluation de Capri seront disponibles courant 2004.

Pascale Dupas

Conseillère technique,

Caisse régionale d'Assurance Maladie

d'Ile-de-France, Paris.

Le risque alcool au travail, du déni à la prévention globale

Une entreprise ne peut pas faire de prévention à l'égard de ses salariés en situation d'alcoolisation excessive sans remettre en cause son propre fonctionnement. Le témoignage d'Aides-Alcool Rhône-Alpes, qui accompagne plusieurs communautés de travail.

– « Allô ? Aides-Alcool ? Je voudrais savoir si vous avez des affiches ? »

– « Oui, Madame, bien sûr, mais pour quel usage ? »

– « Pour combattre l'alcoolisme ! Vous comprenez, pour lutter contre ce fléau, il nous faudrait quelques outils afin de lancer une campagne... »

– « Allô ? Nous avons des "cas" (des personnes probablement en situation de dépendance dans une phase de décompensation posant de graves problèmes comportementaux) et nous aimerions "les faire soigner". »

– « Allô ? Nous avons eu un accident grave de voiture et nous voulons refaire le règlement intérieur, notamment pour l'organisation des pots... »

Ces quelques exemples de sollicitations d'Aides-Alcool Rhône-Alpes montrent que la question de l'alcool au travail est souvent abordée tardivement et par « le petit bout de la lorgnette » :

des situations de crises graves, des incantations idéologiques (on va faire la guerre à l'alcool où débusquer les « alcooliques »), des demandes de recettes magiques (donnez-nous un protocole tout fait qui nous permette de régler le problème un fois pour toutes).

La première démarche consiste donc à aider nos interlocuteurs à resituer leurs difficultés dans une problématique plus complexe.

Alcool au travail, de quoi parle-t-on ?

- De sécurité, car consommer un psychotrope dépressif du système nerveux central qui altère l'inhibition, les réflexes et la concentration peut générer des prises de risque avec des consommations absolument banales : à 0,3 g/litre d'alcool dans le sang, notre potentiel psychosensoriel commence à être altéré sans que l'on s'en rende

compte. Et c'est cette même propriété psychoactive qui permet d'accéder au plaisir par la désinhibition ou au soulagement par l'effet de détente de la tension psychique inhérente au stress ou à l'angoisse.

- De santé : une consommation quotidienne – sur de nombreuses années – de plus de trois verres pour les hommes et de deux verres pour les femmes, ce qui correspond à la norme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), peut augmenter le risque d'atteintes somatiques du fait de la toxicité de cette molécule.

- De santé au travail : anxiolytique et analgésique puissant et immédiatement efficace, l'alcool est une substance dotée d'incontestables effets pour répondre à la pénibilité, l'exposition au froid, au stress, à la souffrance psychique causée par des rythmes ou une organisation du travail dysfonctionnante, à des problèmes de communi-

cation, à l'inquiétude vis-à-vis de l'avenir, à la précarisation des contrats de travail, etc.

- De responsabilité pénale et managériale : le code du travail et la jurisprudence, de moins en moins laxistes, obligent tous les membres de l'entreprise – et pas seulement la hiérarchie – à connaître une règle complexe et à l'appliquer dans le double souci de garantir un climat de responsabilité collective visant à améliorer la sécurité et la qualité du travail, et de prendre en compte de façon « managériale » les difficultés des salariés (une transgression de la règle en matière d'alcool peut être le signe d'une difficulté associée aux conditions de travail ou à son organisation).

- De responsabilité sociale : sans assumer les fonctions d'un hôpital ou d'un centre social, on attend de l'entreprise

qu'elle puisse prendre en compte positivement la vulnérabilité psychosociale d'un certain nombre de ses salariés qui, du fait de leur relation avec l'alcool, relève parfois d'une problématique de toxicomanie. Et cela, afin de tout faire pour leur permettre de garder leur place dans la communauté de travail, tout en respectant les règles, les exigences de production et de qualité du travail.

- De culture d'entreprise : parce que l'alcool, à la différence de toutes les autres substances psychoactives, est un produit associé au festif, voire au sacré (le vin eucharistique, sang du Christ), incontournable dans notre culture judéo-chrétienne pour ritualiser tous les événements importants de l'existence. Mais aussi parce que le phénomène de l'alcoolisme traîne, comme un boulet, deux siècles de moralisme et de stig-

matation. Et cela par l'incapacité sociale que nous avons à assumer que ce produit du « lien social » puisse être associé à une réalité psychique et somatique « toxicomaniaque » pour deux à trois millions de nos compatriotes. Ces derniers souffrent d'une double difficulté : celle de ne pas avoir choisi de soigner leur « mal de vivre » par un médicament, produit que la culture dominante nous incite fortement à consommer. Et celle de devoir assumer une image de « parias » sociaux car ils ne maîtrisent plus le « produit divin » comme les autres, ainsi que le souligne notamment l'alcoologue Jean-Paul Jeannin (1).

De même que tout le corps social, l'entreprise a tendance à ne pas avoir de politique de prévention des risques de l'alcoolisation tout en n'aimant guère les alcooliques, donc à sous-évaluer les risques associés à des alcoolisations socialement perçues comme « normales » (banalisation des pots dans l'entreprise, par exemple) ; mais aussi à dramatiser le phénomène de la dépendance lorsque le psychotrope est devenu drogue pour le salarié qui le consomme.

De ce fait, toutes les approches consistant à se focaliser sur le seul produit (*on va informer des dangers de ce produit et les problèmes disparaîtront*) ou sur la prise en compte des seuls alcoolodépendants relève de la méthode Coué (*donnons-nous l'impression de supprimer le symptôme, mais ne touchons rien aux dynamiques internes générant les problèmes*).

Une commission de travail dans l'entreprise

Alors, que faire ? Rassembler l'ensemble de ces questions en une seule problématique et mettre en œuvre une politique qui va traiter dans la durée l'ensemble de ces questions. C'est cette approche globale qu'Aides-Alcool et Contact Isère mettent en œuvre depuis une dizaine d'années en région Rhône-Alpes, à la demande des entreprises et autres lieux collectifs de travail. Concrètement, nous proposons la constitution dans l'entreprise d'une commission de travail en charge de cette question, réunissant direction, services de communication, formation, membres du pôle médical et social, représentants du Comité d'hygiène, de

Prévention en Rhône-Alpes : dans les entreprises... et les administrations

Aides-Alcool et Contact Isère accompagnent, depuis 1991, plusieurs dizaines d'entreprises et de communautés de travail sur la maîtrise du risque alcool en milieu professionnel. Une de ces actions a été mise en œuvre avec la Communauté urbaine de Lyon (4 500 agents) avec la mise en place – difficile – d'une stratégie globale (prévention-management-aide et accompagnement).

Après avoir démarré autour de la notion d'entraide par la création d'un mouvement d'anciens malades (amitié communautaire), le service médico-social (médecins du travail, assistantes sociales) a lancé une action de sensibilisation. Par la suite, un groupe de prévention a été mis en place, ses membres ont suivi une formation en addictologie, puis mené de nombreuses actions de communication (par petits groupes d'agents) depuis plus de cinq ans. Une vidéo de prévention (*Une journée chargée*) produite par le service communication de la Communauté urbaine a notamment été primée. Dans un troisième temps, la direction a été interpellée pour apporter sa participation et un premier règlement intérieur élaboré. Interrompu par manque d'investissement des encadrants et des élus de l'époque (1998), ce dispositif est réactivé depuis 2003.

L'action s'intègre dans une réflexion plus large prenant en compte la santé et les violences au travail. Grâce, d'une part, à l'engagement de l'entreprise, d'élus de la Communauté urbaine, des médecins du travail et, d'autre part, à la

motivation d'agents volontaires pour s'investir, la relance de ce programme de prévention devrait aboutir avant fin 2004.

Aides-Alcool mène la même démarche avec la mairie de Grenoble, l'entreprise Nexans, les directions départementales de l'Équipement (DDE) de la Loire, du Rhône et de l'Isère, la Société d'Autoroute Paris-Rhin-Rhône, etc. L'objectif est d'accompagner les collectifs de travail à leurs rythmes, en s'adaptant à leur histoire et à leurs disponibilités souvent réduites à notre époque de « flux tendus ». Au final, gérer les risques de l'alcoolisation au travail relève de la quadrature du cercle : toucher à la culture sans créer des mécanismes de rejets, appréhender la complexité de la relation singulière que chacun peut instaurer avec le produit dans un climat de communication favorable et de responsabilisation de tous. Les résultats – difficilement quantifiables – sont néanmoins tangibles : tel médecin du travail témoigne qu'après une séance de parole sur la réalité alcool, les salariés se confient bien plus aisément sur cette question lors de la visite médicale, tel DRH nous assure que depuis que la règle existe et qu'une formation a été proposée à ses agents de maîtrise, l'intervention sur les problèmes de comportement est plus aisée et débouche plus vite sur une proposition d'aide... Formation, questionnement des conditions de travail : dans certaines entreprises, cette posture de prévention initiée sur l'alcool est élargie à une démarche de santé plus globale. Une avancée.

sécurité et des conditions de travail (CHSCT), et quelques salariés *a priori* n'ayant pas de comptes à régler vis-à-vis de cette réalité.

Une fois formée en addictologie, cette commission travaille sur :

- la prévention, pour faire évoluer les représentations, mais aussi travailler sur l'ensemble des facteurs de risque générés par l'entreprise elle-même et qui expliquent que l'alcoolisation peut constituer parfois une réponse à des dysfonctionnements, à des carences dues aux conditions de travail, à l'organisation, au management, à la communication, etc. ;
- le management, pour que le collectif de travail poursuive plusieurs objectifs, en particulier :

1. se donner les moyens de faire appliquer les règles issues de la jurisprudence, en étant attentif aux besoins des salariés (qualité de l'accompagnement managérial, respect, valorisation du travail, épanouissement professionnel) ; besoins qui, s'ils n'étaient pas satisfaits, risqueraient de les mettre en situation de transgression des règles ou/et de souffrance psychique ;

2. si les règles sont transgressées, qu'une réponse immédiate et progressive (rappel de la règle, aide aux difficultés de travail, proposition d'aide et, parfois, sanctions progressives) soit mise en œuvre. Pour éviter à la fois le déni collectif des dysfonctionnements et la violence institutionnelle qui la ponctue (parce que la situation s'est trop aggravée et que, n'ayant rien dit durant des années, le problème n'est plus gérable que par « le chantage au soin » ou l'exclusion brutale) ;

- enfin, le chantier de l'aide et de l'accompagnement, soit le protocole et le

réseau qui permettront à tout salarié en difficulté de tenter de retrouver un équilibre personnel satisfaisant qui lui permette de préserver sa place dans l'entreprise.

Ces trois objectifs d'action (prévention-management-aide et soin) doivent être traités par la suite de façon distincte afin d'éviter les confusions de rôles :

- la hiérarchie est responsable du travail de management à fournir (règles, protocole de gestion des crises, formation, etc.) ;
- le CHSCT va animer le projet en suscitant un groupe de prévention (lequel peut s'élargir à d'autres enjeux : sécurité, santé, conditions de travail) ;
- le pôle médico-social structure un réseau d'aide - y compris externe pour accompagner les salariés concernés.

Pareil dispositif peut être renforcé par une cellule de conseil et de soutien aux encadrants au sein de laquelle quelques cadres formés, en lien avec le médico-social, pourront porter assistance à des pairs en difficulté dans ce travail de prévention. Bref, se donner les moyens à la hauteur de la complexité à laquelle nous renvoie la réalité alcool. Et cela, pour garder le maximum de plaisir que ce produit est susceptible de nous donner tout en nous permettant de gérer au mieux les multiples problèmes qu'il peut générer ou révéler.

Jean-François Vallette

Directeur et formateur à Aides-Alcool, Lyon.

(1) *Guide sur l'éthique des pratiques de prévention des risques de l'alcoolisation*. Cres-Crips Rhône-Alpes, 2003.

Gérer le risque de l'alcoolisation au travail

En région Rhône-Alpes, deux associations, Aides Alcool et Contact Isère ont voulu s'attaquer au tabou alcool et travail. Elles ont participé à l'élaboration d'une enquête, « Alcool au travail » (1), et d'un ouvrage, *Gérer le risque alcool au travail* (2), travaux selon elles inédits dans l'Hexagone. L'objectif est d'aider les intervenants de terrain à comprendre et agir.

Pour l'enquête « Alcool au travail », 412 personnes ont été interrogées sur différents lieux de travail, sur les représentations de l'alcool, les consommations, les actions mises en œuvre dans l'entreprise. Ces travaux confirment les constats des acteurs de terrain : une évolution de la consommation d'alcool mal cernée et des réactions très variées des salariés sur ce que l'alcool représente pour eux ; des actions en réaction à des incidents graves, relevant rarement d'une logique de prévention et peu ou pas évaluées. Une enquête qualitative, en cours, précisera ces enseignements.

L'ouvrage *Gérer le risque alcool au travail* présente de son côté une méthodologie autour de trois moyens d'actions : le management, la prévention, et l'aide aux personnes en difficulté. Il souligne le nécessaire engagement des directions d'entreprise, la nécessité d'avoir le soutien du CHSCT ou de la représentation du personnel, la très forte utilité de la formation de l'encadrement en alcoologie. Parmi les stratégies d'aide examinées figurent la recherche d'alternatives à l'alcool en matière de convivialité, l'aménagement des conditions de travail, des relations permettant l'amélioration de l'image de soi, la diminution du stress, une meilleure gestion des conflits... Ces actions associent les personnes directement concernées, leurs collègues de travail et l'encadrement. La question de l'alcool au travail est abordée sur le double plan philosophique et pratique. Un outil qui peut s'avérer utile, au-delà des questions d'alcool, en matière de prévention des risques en entreprise.

(1) L'enquête « Alcool au travail » avec l'aide de l'Observatoire social de Lyon.

(2) Jeannin J.-P., avec la coll. de Vallette J.F., Harzo C. *Gérer le risque alcool au travail*. Guide méthodologique. Lyon : Éditions Chronique Sociale, 2003 : 392 p.

Disponibles sur commande à Association Aides-Alcool. Tél. 04 72 41 76 98. aidesalcool@wanadoo.fr

Entreprises : éviter la délation, susciter le dialogue

À la suite d'un grave accident lié à l'alcool, un service de la RATP a fait appel à l'Association de prévention en alcoologie pour se doter d'un plan de prévention. 75 % des employés ont participé aux séances de sensibilisation et autant de cadres aux séances de mobilisation/formation. La plupart des entreprises sont très démunies face aux problèmes d'alcoolisme.

La RATP (métro et bus parisiens) compte 43 000 salariés et une centaine de métiers. Dans les transports, sécurité et fiabilité sont les priorités des entreprises du secteur.

Et pourtant... en 1991, un grave accident, lié à l'alcool, a justifié une reprise en main et un rappel au règlement dans l'ensemble de la Régie. À charge pour chaque direction de prendre les mesures qu'elle jugeait nécessaires. L'impulsion est venue du Département des équipements et systèmes électriques (2 100 salariés), chargé de la maintenance des systèmes électriques sur le réseau, avec des métiers intégrant une forte composante sécurité. Ce service a fait appel à l'Association nationale de prévention en alcoologie et addiction de Paris (Anpaa 75)¹ pour se doter d'une politique de prévention et d'accompagnement contre l'alcoolisation excessive.

Initiées par le représentant du personnel, des réunions de concertation se sont échelonnées pour procéder à un état des lieux et une réflexion approfondie. Ces réunions ont permis de définir un plan de prévention et d'aide pour les personnes en difficulté avec l'alcool.

En 1997, l'action démarrait véritablement, associant élus du personnel, syndicats, direction et encadrement. Un groupe relais, travaillant en collaboration avec les animateurs de l'Anpaa, a été mis en place dans cette direction. Une charte a été adoptée, avec le mot d'ordre suivant : « *Quel que soit le poste que vous occupez, vous pouvez intervenir.* »

Moins d'agressivité, plus de solidarité

Près de dix ans après les premières rencontres, le bilan de cette action peut être résumé comme suit : quelque deux cents séances de sensibilisation ont touché 80 % du personnel cadre et non cadre, soit 1 800 personnes ; dans leur très grande majorité, ces personnes ont exprimé leur satisfaction sur l'information reçue ; elles ont souligné les conséquences positives de l'action dans leur quotidien professionnel : moins d'agressivité, davantage de solidarité vis-à-vis des collègues en difficulté (enquête interne, 1999). Environ cinquante personnes ont bénéficié d'un accompagnement personnalisé. Les « pots », désormais organisés après demande préalable, offrent un choix de boissons, avec et sans alcool.

Côté formation des encadrants dans l'entreprise, trente-trois séances de mobilisation ont été réalisées auprès des cadres et contremaîtres, cent-soixante personnes y ont participé, soit 75 % des effectifs de cette catégorie. La direction, quant à elle, partage le constat que la prévention doit se concevoir dans la durée : chaque nouvel embauché fait l'objet d'une sensibilisation systématique. Désormais, la Régie envisage d'étendre cette action à l'entreprise dans son ensemble.

Prise en charge sociale et médicale

À l'instar de cette direction de la RATP, le personnel de l'Anpaa intervient en entreprise pour organiser la prévention autour de la problématique de l'alcool. Les raisons de ces demandes ?

Sentiment d'impuissance face à des situations difficiles, accidents, sanctions, initiatives portées par des médecins du travail... Ainsi, en 2002, les dernières demandes ont émané d'un service médical, du Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), d'un directeur du personnel, mais aussi d'une assistante sociale d'une entreprise ; cette dernière était confrontée à des situations délicates, (endettement, difficultés familiales, menaces de licenciement, etc.), liées en grande partie à des problèmes d'alcoolisation excessive ou à des problèmes de dépendance à l'alcool. Ces personnes, souvent confrontées aux difficultés liées à l'alcool dans leur entreprise, sont conscientes de la nécessité de la mise en place d'un plan de prévention mais s'avouent totalement démunies quant à sa réalisation.

D'une manière générale, les demandes correspondaient à une envie de faire évoluer les représentations et les comportements d'alcoolisation sur les lieux de travail. Les demandes actuelles vont, de plus en plus, vers une démarche visant une « prise en charge » sociale et médicale.

Les rencontres avec les différents acteurs ont permis dans certaines entreprises d'arriver à un projet commun prenant en compte le respect de l'individu et les principes éthiques de l'Anpaa.

La mise en place et la constitution d'un groupe de pilotage sont essentielles à toute action de prévention en entreprise. Ce groupe se compose de personnes volontaires représentatives des différentes instances de l'entreprise :

direction, services médico-sociaux, CHSCT. Le groupe établit un état des lieux de l'entreprise et réfléchit avec le CDPA aux différentes modalités de réalisation du plan.

Un discours de modération, pas d'interdits

La sensibilisation au « risque alcool » vise à rendre acteur de sa propre prévention le public concerné. L'objectif est – à partir d'un discours orienté sur la modération et la réflexion, basé sur le mieux-être et non sur l'interdit – d'aider toute personne à adopter une attitude adulte et responsable vis-à-vis du produit.

La sensibilisation vise également à amener une réflexion individuelle et

collective sur les différents modes d'alcoolisation et leurs conséquences, initier davantage de solidarité sans esprit de délation. Elle se déroule sous forme de réunions de deux heures (prises sur le temps de travail) par groupes de 15 à 20 personnes. Au programme : la connaissance du produit alcool, l'évaluation du risque alcool en France, une réflexion sur les différentes représentations de l'alcool, les interactions avec les médicaments, la consommation excessive régulière, etc.

La formation de l'encadrement est indispensable, elle se déroule sous forme de réunions de trois heures (également prises sur le temps de travail) pour des groupes de 12 à 15 personnes. Enfin, le groupe relais créé dans l'entre-

prise pour piloter l'action de prévention doit être représentatif des différentes catégories socioprofessionnelles, hors de toute considération hiérarchique et de toute dimension soignante.

Annie Le Fessant

Animatrice de prévention,
Association nationale de prévention en
alcoolologie et addictologie (Anpaa), Paris.

1. Association créée en 1873, qui propose dans la France à la fois :

*- des actions de sensibilisation, formation, prévention (jeunes, salariés, conducteurs, personnes en milieu précaire, professionnels des secteurs paramédical et social, etc.) sur les conduites à risque par rapport à l'alcool et aux autres produits psychotropes ;
- un accompagnement médical, psychologique et social dans des centres d'alcoolologie (trois sur Paris).*

Un outil d'accompagnement du médecin généraliste

Face au déni social du « risque alcool », les médecins généralistes ont un rôle central à jouer dans la prévention, d'autant plus difficile qu'ils abordent l'intimité du patient. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé les y aide en mettant à leur disposition un kit d'accompagnement.

Les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour s'impliquer davantage dans la prise en charge des buveurs à risque. On leur demande en premier lieu de systématiser les interventions brèves, lors des consultations, pour repérer de façon précoce les consommations excessives d'alcool, et en conseillant et en accompagnant les patients qui souhaitent diminuer leur consommation, voire l'arrêter (1). 18 % des personnes vues en consultation et en visite présenteraient un risque ou une maladie lié à l'alcool, bien que ne consultant pas pour cela (2). Plus précisément, d'après l'enquête réalisée en 2000 auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé, un patient sur cinq ayant recours au système de soins un jour donné, pour quelque raison que ce soit, présenterait un risque d'alcoolisation excessive (3). Chez les généralistes libéraux, cette consommation excessive d'alcool

concerne même deux hommes âgés de 35 à 64 ans sur cinq.

Mais est-ce si simple pour eux d'intervenir lorsque, comme le disait déjà Barthes en 1957 et cela reste sans doute encore très vrai aujourd'hui : « *Savoir boire est une technique nationale qui sert à qualifier le Français, à prouver son pouvoir de performance, son contrôle et sa sociabilité* » (4).

Quatre généralistes sur dix s'estiment efficaces

En effet, et certainement encore plus que pour le tabac, l'alcool véhicule des représentations sociales complexes pour le moins ambiguës, voire contradictoires, avec lesquelles les médecins généralistes vont devoir composer dans leur pratique. En l'absence de consignes claires des pouvoirs publics vis-à-vis de la prévention de l'alcoolisme et en présence d'un déni social du risque

« alcool » (5), les médecins se comportent en fonction de leurs croyances et représentations qui ne sont ni plus ni moins que le reflet de l'opinion publique vis-à-vis de l'alcool. Les messages de modération diffusés par les pouvoirs publics s'affrontent à ceux des alcooliers, qui veulent minimiser les risques liés à la consommation d'alcool ; la valorisation du conducteur qui ne boit pas entérine et autorise les passagers à se « biturer » à chaque sortie...

Tantôt associé à la notion d'hédonisme (fête, plaisir des alcools de qualité, convivialité), de liberté ou de créativité, l'alcool est aussi considéré comme un moindre mal pour soigner les maux de l'âme... (6).

Pour le médecin généraliste, la question de l'alcool est donc bien, comme pour tout un chacun, un objet social fortement imprégné de la culture ambiante

pour lequel il ne pourra faire l'économie de questionner ses propres habitudes de consommation s'il veut être au clair avec ses intentions d'acteur de prévention. De plus, parler de l'alcool dans le cadre de la consultation, c'est aussi questionner la sphère du privé et de l'intime du patient, avec laquelle, on le sait, les médecins ne sont pas forcément à l'aise. Rien d'étonnant donc à ce que seulement 37 % des généralistes s'estiment efficaces pour aider leurs patients à changer leur comportement vis-à-vis de l'alcool (50 % pour le tabac) (7).

Accompagner le patient

Face à ces constats et pour soutenir les médecins généralistes dans leur démarche de prévention de la consommation excessive d'alcool, l'INPES met à leur disposition l'outil *Alcool. Ouvrons le dialogue*, sous forme d'un kit composé d'un guide, de deux livrets et d'une affiche. Il leur permet de reconnaître les patients qui ont, ou s'orientent vers une consommation d'alcool à

risque ou nocive pour leur santé, de les aider à y réfléchir et, s'ils le souhaitent, à modérer leur consommation.

L'objectif de l'outil est d'aider le médecin à mener une démarche d'éducation pour la santé auprès de ses patients consommateurs d'alcool, en trois étapes qui permettent de respecter les choix personnels et le rythme de chaque patient :

- d'abord, le médecin ouvre le dialogue : l'instauration d'un dialogue sur la consommation d'alcool, l'établissement d'une relation de confiance entre le professionnel et le patient sont des préalables indispensables à la mise en œuvre d'une telle démarche éducative ;
- ensuite, si le patient le souhaite, le médecin l'aide à faire le point sur sa consommation d'alcool : circonstances et conséquences de la consommation, valeur attachée par le patient à cette consommation, quantités bues ;
- enfin, s'il envisage de changer ses habitudes sans attendre, le médecin l'aide à renforcer ses motivations et construit avec lui un projet de diminution de sa consommation.

L'outil insiste notamment sur l'importance pour le médecin de s'assurer de l'accord de son patient pour parler de l'alcool puis de sa motivation à aller plus loin. S. Rollnick (8) et ses collaborateurs ont identifié deux facteurs qui influencent la motivation du patient à changer de comportement :
- l'importance que la personne accorde au fait de changer de comportement ;
- la confiance qu'a la personne en ses chances de réussite.

Ces facteurs étant bien sûr largement influencés par le contexte social et personnel de la personne.

L'outil est ainsi composé :

- d'un guide d'accompagnement qui explique la démarche pédagogique et donne les informations essentielles pour le médecin ;
- d'une affiche à déposer en salle d'attente qui indique au patient que le médecin est prêt à parler d'alcool avec lui et facilite ainsi l'ouverture du dialogue ;
- d'un livret « pour faire le point », comprenant des tests et des informations pour aider le patient à faire le point sur sa consommation ;
- d'un livret « pour réduire sa consommation », comprenant des tests et des conseils qui vont aider le patient à renforcer sa motivation, à suivre ses progrès et à mieux comprendre les difficultés qu'il rencontre.

Antonia Dandé

Chargée de mission,

Dr Isabelle Vincent

Directrice adjointe,

Direction de la communication
et des outils pédagogiques, INPES.

► Références bibliographiques

- (1) Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P. *Intervention brève auprès des buveurs excessifs*. Rev. Prat. Méd. Gén. 17, n° 604 du 3 mars 2003 : 281-9.
- (2) Huas D, Allemand H., Loiseau D., et al. *Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste*. Rev. Prat. Méd. Gén. 1993 ; 203 : 39-44.
- (3) Enquête réalisée par la Drees, la DGS, les Drass, les ORS et la Fnors. Mouquet M.-C., Villet H. *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné*. Paris : Drees, Études et Résultats n° 192, sept. 2002.
- (4) Barthes R. *Mythologies*. Paris : Seuil, 1957 : 272 p.
- (5) Emeriaud P., Gallois P. *Déterminants du comportement et du discours face à l'alcool : alcool, alcoolisme, alcooliques : comment les voyons-nous ?* Pratiques médicales et thérapeutiques ; sept./oct. 2002 ; 24/25 : 31-3.
- (6) Samuel R., Michaud P. *Le généraliste face au risque « alcool » : une étude qualitative*. Pratiques médicales et thérapeutiques ; avril 2002 ; 21 : 23-6.
- (7) *Baromètre santé médecins généralistes 2002*, à paraître en 2005.
- (8) Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health behaviour change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone, 1999 : 225 p.

Alcool. Ouvrons le dialogue, kit à l'attention des médecins généralistes, est disponible gratuitement sur simple demande par courrier à l'INPES, au 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, ou par fax au 01 49 33 22 91, en indiquant la référence de l'outil.

- Dossier (1 livret Bilan, 1 livret Projet, 1 guide et une affichette) : réf. : 09-03599-D
- Kit (dossier accompagné de 30 livrets Bilan et de 30 livrets Projet) : réf. : 65-03153-PT

Commande ou téléchargement également possible sur : www.inpes.sante.fr

Repérage précoce, les médecins en première ligne

Acteurs essentiels de la prévention, les médecins pratiquent peu le repérage de l'alcoolisation excessive chez leurs patients, faute de moyens. Or, c'est ce repérage qui ouvre la voie à l'intervention du praticien, dans une optique de prévention. Une expérience menée en France – associant cent généralistes et impliquant huit mille patients – valide la pertinence de cette démarche.

Dans le domaine de la prévention pratiquée par les professionnels (médecins alcoologues, généralistes, etc.), les « interventions brèves » (IB) sont essentiellement utilisées auprès de patients consultant en médecine générale, mais aussi dans des situations cliniques ou auprès de populations très différentes (hôpital, patients psychiatriques, injecteurs de drogues illicites, etc.). Ces interventions brèves sont des actions de prévention et/ou thérapeutiques d'intensité variable, d'une à sept sessions, durant d'une minute à quelques heures. En alcoologie, elles sont habituellement destinées à réduire le niveau de consommation chez les buveurs excessifs peu ou pas dépendants, qu'il faut au préalable repérer (1).

En France, le programme « Boire moins, c'est mieux » s'est développé depuis 1999 dans le cadre de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme pour décliner le programme du groupe alcool de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), entré dans la quatrième phase de son développement, celui de la dissémination à l'échelle de pays entiers du repérage précoce et de l'intervention brève. Ses objectifs étaient de donner aux médecins généralistes français le désir et les moyens de s'investir dans cette activité. Pour cela, il convenait de partir des contraintes objectives et des souhaits exprimés lors d'une approche qualitative (2), notamment pour l'adaptation des outils de repérage et d'intervention. « Boire moins, c'est mieux » a donc collaboré avec le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) pour réaliser les livrets d'intervention et construit,

en le testant auprès de quarante et un médecins généralistes franciliens, un nouveau questionnaire de repérage utilisable en face-à-face, justement dénommé Face (*voir Tableau D*) (3). Nous avons ensuite vérifié que Face était l'instrument de repérage le mieux accepté par les médecins généralistes et leurs patients, par une étude réalisée à la fois en France et dans les régions francophones de Suisse et de Belgique.

Mobiliser les médecins

Enfin, nous avons fait porter nos efforts sur la question difficile de la mobilisation des médecins généralistes : il s'agissait, en effet, de les amener à participer à des formations puis à pratiquer le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). Plusieurs méthodes de mobilisation ont été testées dans quatre villes nouvelles de l'Île-de-France, qui servaient de zones d'expérimentation comparative, où exercent cinq cents généralistes : Saint-Quentin-en-Yvelines, Évry, Cergy-Pontoise et Marne-la-Vallée. Il est clairement démontré, six mois après le début de l'expérience, que le démarchage téléphonique des médecins généralistes par notre équipe a été une composante essentielle de leur mobilisation : tout en donnant l'information, il a permis d'entamer un processus de motivation et a multiplié par sept le nombre de participants aux formations par comparaison avec l'effet du courrier postal classique.

Il est tout aussi clair qu'une formation de deux heures, conduite sur un mode résolument tourné vers la pratique, multipliant les jeux de rôle, permet d'apporter aux médecins généra-

listes le savoir-faire suffisant pour réaliser un repérage et une intervention. Mais c'est surtout la pratique elle-même qui convainc le médecin de sa faisabilité. Et la rémunération des actes de RPIB, proposée dans le deuxième trimestre de notre travail, a multiplié par dix le nombre de repérages conduits dans la clientèle des soixante-dix-neuf médecins généralistes formés. En tout, près de huit mille patients ont bénéficié, dans les trois mois, d'une évaluation de leur situation par le questionnaire Face et près d'un millier a reçu une intervention brève. La mobilisation de la communauté urbaine par voie médiatique, testée sur un site, semble avoir un effet positif, sans atteindre toutefois un degré de signification statistique.

Efficacité : des études concluantes

Aujourd'hui, les formations se développent aussi bien pour les médecins de prévention, notamment du travail, que pour les médecins généralistes, et dans la phase actuelle, la diffusion nationale a commencé en réponse aux demandes provenant d'Aquitaine, de Bourgogne, de Rhône-Alpes, du Nord-Pas-de-Calais, de Bretagne, etc. Le programme se fonde sur une ferme conviction de l'efficacité des interventions brèves, attestée par de nombreuses études, dont une conduite par l'OMS, incluant 1 559 patients, publiée en 1996 (4), et quatre méta-analyses successives (entre 1997 et 2002) concluant toutes à un effet positif des interventions brèves. Les quatre études de coût-efficacité publiées donnent un bénéfice net à la pratique du RPIB. Une publication discordante récente (5) a mis en émoi la

Tableau I. Face (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) et sa cotation

• À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux ou trois fois par semaine	3
Quatre fois par semaine ou plus	4
Score	

• Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

« 1 ou 2 »	0
« 3 ou 4 »	1
« 5 ou 6 »	2
« 7 à 9 »	3
« 10 ou plus »	4
Score	

• Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non	0
Oui	4
Score	

• Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non	0
Oui	4
Score	

• Vous est-il arrivé de boire et de ne plus avoir souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non	0
Oui	4
Score	

Score total :

Valeurs informationnelles¹ :

• pour les buveurs excessifs hommes :

seuil	4
sensibilité	87,8 %
spécificité	74 %

• pour les buveurs excessifs femmes :

seuil	3
sensibilité	84,4 %
spécificité	84 %

• pour la dépendance ou l'abus :

seuil	8
sensibilité	75 %
spécificité	95,8 %

L'interprétation du questionnaire Face est la suivante :

• hommes :

score inférieur à 5	risque faible ou nul
score de 5 à 8	consommation excessive probable
score supérieur à 8	dépendance probable

• femmes :

score inférieur à 4	risque faible ou nul
score de 4 à 8	consommation excessive probable
score supérieur à 8	dépendance probable

1. Ces valeurs, qui déterminent l'efficacité du repérage, sont comparables à celles de l'Audit, auto-questionnaire de référence.

communauté des promoteurs de l'intervention brève en menant la méta-analyse de huit études de repérage et d'intervention brève, et en en tirant la conclusion qu'il fallait mille repérages pour opérer trois changements positifs de comportement vis-à-vis de l'alcool, ce qui ne paraissait pas raisonnable aux yeux des auteurs danois. Mais, outre qu'ils utilisent pour parvenir à ce résultat une méthode de raisonnement très discutable (les personnes non incluses dans ces études pour des raisons méthodologiques ne peuvent être considérées à nos yeux comme des échecs d'une intervention qu'ils n'ont pas reçue), ils préconisent, dans leur discussion, d'attendre un signal du patient (symptôme ou demande) pour intervenir, en lieu et place d'un repérage systématique. Nous pensons que cette attitude ne prend pas en compte les risques encourus à leur insu par des

patients du fait de leur prise d'alcool, l'exemple le plus parlant étant celui des femmes enceintes.

Aussi important que le cholestérol

À cette attitude, sans doute nourrie par des difficultés plus grandes d'adaptation des méthodes au Danemark qu'en France, et que nous jugeons attentiste et donc inadaptée aux objectifs de la prévention secondaire, nous préférons une action plus résolue qui consiste à continuer à développer les preuves de l'efficacité de l'intervention brève¹ et à donner envie de « se lancer » aux médecins généralistes, notamment en militant pour une rémunération spécifique de l'acte de prévention qu'est le RPIB.

La pratique du RPIB auprès des consommateurs excessifs d'alcool est,

en conclusion, aussi importante que le repérage de l'excès de cholestérol ou de l'hypertension artérielle, deux autres domaines de la « prévention secondaire », et elle n'est pas plus difficile, mais il faut s'y essayer pour s'en convaincre. Rappelons la maxime : « *Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles* ». Quand ils sont armés des outils adaptés et d'une saine conviction de leur rôle, les médecins généralistes sont mieux assurés de l'utilité du repérage précoce et des interventions brèves pour leurs patients ayant une consommation dangereuse d'alcool. Ils seront confortés par cette pratique dans la place de conseil et d'éducation pour la santé que souhaite leur donner le grand public.

Philippe Michaud

Médecin alcoologue,

programme « Boire moins, c'est mieux »,

Association nationale de prévention

en alcoologie et addictologie (Anpaa),

Nanterre.

1. Une étude en ce sens est en préparation chez les médecins du travail avec l'aide financière de l'INPES.

► Références bibliographiques

- (1) Michaud P., Gache P., Batel P., Ardwidson P. *Intervention brève auprès des buveurs excessifs*. Rev. Prat. Méd. Gén. 2003 ; 17, 604 : 281-9.
- (2) Arfaoui S., Dewost A.-V., Demortière G., et al. *Repérage précoce du risque alcool en médecine générale et en médecine du travail : savoir faire « Face »*. soumis à publication. Rev. Prat. Méd. Gén.
- (3) Samuel R., Michaud P. *Le généraliste face au risque « alcool » : une étude qualitative*. Pratiques médicales et thérapeutiques 2002 ; 21 : 23-6.
- (4) Babor T.-F., Grant M. *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomised clinical trial of brief interventions in the primary health care setting*. Geneva: World Health Organisation, 1992.
- (5) Beich A., Thorsen T., Rollnick T. *Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis*. BMJ 2003; 327: 536-42.

Face à l'alcool, l'Europe balbutie

Un Européen sur sept a une consommation d'alcool à risque. Hormis la réglementation sur la publicité, l'Union européenne ne s'est pas encore dotée d'une politique commune sur la prévention de l'alcoolisme. Nombre de pays européens ciblent leur action sanitaire sur les jeunes.

La région européenne de l'OMS, qui compte environ 870 millions d'habitants vivant dans cinquante et un pays, est, à de nombreux égards, une région hétérogène, notamment en ce qui concerne l'alcool. L'Europe a la plus forte consommation d'alcool dans le monde avec, dans plus de 90 % des pays de la région, une consommation annuelle moyenne par habitant supérieure à deux litres d'alcool pur¹. En Europe, un homme sur quatre et une femme sur dix ont une consommation à risque, et on compte 5 % de dépendants à l'alcool. De 40 à 60 % des décès, résultant de blessures volontaires et involontaires, sont imputables à la consommation d'alcool. Dans les pays de la partie orientale en particulier, comme la Lituanie, la Fédération de Russie ou la Let-

tonie, l'abus d'alcool fait des ravages considérables et est à l'origine d'une part importante de l'augmentation de l'incidence des maladies cardio-vasculaires et de la réduction de l'espérance de vie. Le coût total de la consommation d'alcool pour la société est compris entre 1 et 3 % du produit intérieur brut en comprenant le coût des pertes de productivité, celui des accidents, les dépenses de santé et les coûts pour la collectivité liés aux crimes et délits. L'évolution de la consommation, les modes de consommation, l'importance des dégâts causés par l'alcool, le poids de l'industrie des boissons alcoolisées et l'action menée par les pouvoirs publics varient d'un pays à l'autre². Cependant, l'expérience montre que la lutte contre l'abus d'alcool permet d'ob-

tenir des résultats importants sur le plan sanitaire et économique.

Harmonisation des modes de consommation

Les habitudes de consommation au niveau de la région Europe ont tendance à « s'harmoniser ». Il y a quelques années encore, les types de consommation d'alcool étaient différents d'une partie de l'Europe à l'autre. Si, dans certains pays, la consommation d'alcool peut s'apparenter à des habitudes de régime alimentaire, dans d'autres, elle est bien souvent occasionnelle et prise en grande quantité, souvent en fin de semaine et lors de soirées festives. Pourtant, ces différences d'habitudes de consommation ont tendance à s'effacer. Il existe, de plus en plus, un seul

modèle de consommation d'alcool, une généralisation de ce modèle, notamment pour les publics jeunes. Ainsi, schématiquement, les pays du Sud, et la France en particulier, sont passés de la consommation régulière de vin lors du repas, quelle que soit la quantité, à l'ivresse du samedi soir, lors des sorties entre amis, soit en discothèque, soit dans d'autres lieux de fête. De manière globale, on peut constater que les habitudes changent avec la généralisation de la consommation d'alcools forts, et des mélanges de ces alcools avec des produits non alcoolisés. Les publics jeunes sont les plus sensibles à ces phénomènes de mode.

Il s'est produit, en matière de réglementation de l'alcool, de nombreux changements qui ont abouti à une atténuation des différences, qui peut s'expliquer par le fait que les pays nordiques ont été contraints d'abandonner

une partie de leur monopole sur l'alcool, et que les autres pays de l'Europe, méridionale et centrale, ont adopté des politiques plus strictes et plus vastes de réglementation de l'alcool.

Une politique commune laborieuse

En Europe, les stratégies communes de lutte contre l'alcool sont débattues au sein du Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'une part, des instances européennes (Conseil européen, qui regroupe les chefs d'États et de gouvernements, Commission européenne) d'autre part. Or, toute harmonisation des politiques de lutte contre l'alcoolisme au sein de l'Union européenne doit prendre en compte le principe de libre circulation des marchandises. À ce jour, trois directives concernent directement la diffusion des produits alcoolisés. La première est la directive 89/552/CEE du

Conseil du 3 octobre 1989 (modifiée par la directive 97/36/CE) qui vise à réglementer le contenu de la publicité à la télévision, notamment pour les boissons alcooliques. Cette directive a permis la mise en place par tous les pays de mesures visant à interdire totalement ou partiellement la publicité pour l'alcool ou à encadrer les supports et les contenus autorisés. Les deux autres sont les directives 92/83/CEE et 92/84/CEE du 19 octobre 1992 qui visent à harmoniser les structures et les taux d'accises appliqués aux boissons alcoolisées. Il ne s'agit donc pas à proprement parler de lutte contre l'alcoolisme.

Au cours de la dernière décennie, le Comité régional de l'Europe de l'OMS, a élaboré une stratégie commune à l'échelle de l'Union à travers le Plan d'action européen contre l'alcoolisme (Paea). Ce plan existe depuis 1992 et son contenu est décliné au niveau de chaque État membre, dont la France, en plans d'action nationaux.

Prévention : priorité aux jeunes

En 1999, on estimait que 54 000 jeunes de moins de 25 ans étaient décédés en Europe à cause de l'alcool. C'est pourquoi, à l'initiative des présidences française et suédoise, une conférence interministérielle s'est tenue à Stockholm, en février 2001, sur le thème « les jeunes et l'alcool ». Les ministres des pays européens se sont accordés sur une déclaration commune visant à protéger les jeunes des méfaits de l'alcool. Cette déclaration a servi de base à l'élaboration d'une recommandation du Conseil de l'Union européenne concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents³.

Cette recommandation invite notamment les gouvernements nationaux à élaborer ou à étoffer des codes de conduite avec l'industrie concernée, en particulier pour veiller à ce que les publicités et présentations des produits alcoolisés ne visent pas les jeunes.

La politique de l'Union européenne en 2003 s'est articulée comme suit : le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique 2003-2008, présenté récemment par la Commission, prévoit notamment dans son volet alcool la mise en place d'un réseau d'experts afin de soutenir la mise

en œuvre de la recommandation du Conseil relative à la consommation d'alcool par les jeunes.

Le développement de cette politique européenne doit faire face à plusieurs freins. Ainsi, le groupe Amsterdam, représentant les industriels de l'alcool, soutient le développement de l'autorégulation de la communication commerciale. Le but de l'industrie est de montrer qu'elle se comporte comme un partenaire avec les lignes directrices suivantes : ne pas cibler les mineurs, promouvoir une « consommation responsable », gérer les plaintes par une agence d'autorégulation (Alliance). Dans la pratique, cette autorégulation va à l'encontre d'une régulation législative nationale ou internationale.

Par ailleurs, la direction de l'Agriculture (DG-Agri) soutient une campagne de promotion en faveur des produits agricoles et en particulier du vin. Cette campagne est financée, à la fois, par le secteur des vins, par la Commission européenne et par les ministères de l'Agriculture. Les objectifs sont les suivants : promouvoir la qualité des produits vinicoles, augmenter leur consommation, promouvoir les bénéfices de leur consommation sur la santé. Cette promotion a été discutée par la Commission, qui a conclu que la consommation de vin fait partie d'un régime alimentaire équilibré. Ces messages ne sont pas en cohérence avec les objectifs du Paes.

Le service chargé des taxes à la commission (DG-Taxud) a fait, en 2001, un rapport proposant une augmentation du niveau des taxes, ce qui n'a pas été fait depuis 1982. Mais cette proposition s'est heurtée à de fortes réticences, y compris au sein des institutions, en particulier en ce qui concerne les taxes sur le vin, malgré une proposition d'augmentation limitée à quatorze centimes d'euro par litre.

Harmoniser prix et messages sanitaires

Il est temps que l'Union européenne accélère les mesures pour faire évoluer la réglementation dans plusieurs domaines tels que l'augmentation ciblée du prix de certains produits, l'apposition de messages sanitaires sur les emballages ou la réglementation des conditions de publicité. L'adoption de la recomman-

dation concernant les jeunes et l'alcool va dans ce sens. Mais tout cela reste insuffisant. L'objectif, dans le cadre communautaire, est de faire évoluer les dispositifs en place. L'article 152 du traité d'Amsterdam, qui régit le fonctionnement de l'Union européenne, soit quinze pays actuellement et bientôt vingt-cinq, doit permettre à l'avenir de mettre en place de véritables politiques de santé publique.

La construction européenne ne doit plus se limiter à l'organisation d'un grand marché. Il est fondamental que l'Europe des citoyens se construise, en lui donnant un sens par de véritables politiques sociales et sanitaires, qui ne soient plus seulement protectrices mais bien incitatives.

Ces éléments ne doivent bien évidemment pas faire oublier toutes les mesures qui sont à prendre concernant la réduction des déterminants sociaux et familiaux de la consommation d'alcool, ni même les politiques à mettre en

œuvre concernant la sensibilisation des populations sur les dommages causés par l'alcool, ou encore les mesures de suivi et de veille à soutenir dans chacun des pays de la région Europe. Mais les meilleures politiques de lutte contre l'alcoolisme menées dans chacun des pays ne seront rien si une harmonisation (ou une coordination selon les pays) des règles de limitation et de contrôle de diffusion de l'alcool n'est pas mise en œuvre en parallèle.

Dr Dominique Martin

Conseillère technique,
 Bureau des Pratiques addictives (SD6B),
 Direction générale de la Santé (DGS), Paris.

1. L'alcool dans la Région européenne : consommation, méfaits et politiques. *Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe 2001.*
2. Enquête Ecas : étude comparative sur l'alcool en Europe. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, NAT vol. 18, Helsinki 2001.*
3. Recommandation du Conseil de l'Union européenne du 5 juin 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents. *Journal Officiel des Communautés européennes du 16 juin 2001, L161/38.*

Italie, Irlande, Pays-Bas : priorité à la prévention chez les jeunes

Renforcement de la prévention en Italie, formation des serveurs et patrons de brasseries en Irlande et aux Pays-Bas : quelques exemples d'actions mises en œuvre dans trois pays européens.

La plupart des pays européens ont mis en œuvre une stratégie nationale en cohérence avec le Plan d'action européen de lutte contre l'alcoolisme et suivant leurs propres priorités nationales.

- **L'Italie** vient d'adopter, en mars 2001, une loi sur l'alcool qui améliore la protection de la population, et en particulier des jeunes, contre les conséquences de l'abus d'alcool. Cette loi, qui rappelle la loi Évini, permet de renforcer la prévention et l'éducation, les contrôles policiers, en particulier sur la route, et la prise en charge totale des personnes malades. Ainsi, tout apprenti conducteur reçoit, au cours de sa formation dans les auto-écoles, une éducation aux problèmes liés à la consommation d'alcool. De plus, une journée nationale sans alcool a été mise en place ces dernières années. Cette journée est l'occasion de multiples manifestations et activités autour de la thématique afin de sensibiliser la population.

- **En Irlande**, une véritable équipe interministérielle renforcée a été créée. Cette équipe per-

met d'agir de façon coordonnée sur tous les aspects de la lutte contre l'abus d'alcool, qui est un problème récurrent dans ce pays, en particulier chez les jeunes. Les serveurs ont reçu une formation spéciale pour prévenir ces abus et proposer aux consommateurs d'autres types de boissons s'ils considèrent que ceux-ci risquent de dépasser les doses limites.

- **Les Pays-Bas**, dont la consommation d'alcool par an et par habitant est passée de 2,1 litres en 1955 à 8,1 litres en 1995, a innové en créant des magasins spéciaux pour les alcools forts, appelés « slijterij ». Ces magasins sont interdits aux mineurs. De façon générale, toute personne qui veut obtenir une licence pour un bar, un restaurant ou un magasin d'alcool fort doit suivre une formation spéciale sur le management des problèmes liés à l'alcool. Les vendeurs ont l'obligation de vérifier l'âge des consommateurs. En ce qui concerne la prise en charge, le ministère de la Santé est responsable des soins hospitaliers, mais ce sont les autorités locales qui gèrent les soins ambulatoires.

Pour en savoir plus



Organismes ressources

Indépendants ou publics

• Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa)

Riche d'une histoire de plus de cent vingt-cinq ans dans le domaine de la prévention de la consommation excessive d'alcool, l'Anpaa se veut, au travers d'une récente évolution, un acteur de prévention couvrant l'ensemble des conduites à risque dans une stratégie englobant la prévention, le soin et la réinsertion sociale. L'association vise à développer une stratégie globale de prévention des risques et conséquences liés à la consommation d'alcool, tabac et autres substances, basée sur le triptyque prévention, soins, intervention sociale. Elle privilégie l'information et la formation de personnes et de groupes relais de prévention. Elle cherche aussi à favoriser l'accès aux soins, au suivi thérapeutique et à la réinsertion des personnes en difficulté avec l'alcool, et veille à l'application et à l'amélioration de la législation, en particulier sur la publicité. Notons parmi les réalisations de l'Anpaa des actions de prévention vis-à-vis des conducteurs condamnés pour conduite en état alcoolique, des actions en milieu carcéral ou encore des actions d'information auprès des femmes enceintes. L'Anpaa édite la revue *Addictions*.

Anpaa : 20, rue Saint-Fiacre - 75002 Paris.
Tél. : 01 42 33 51 04 - Fax : 01 45 08 17 02.
<http://www.anpaa.asso.fr> [dernière visite le 06/01/2004]

• Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A)

La F3A regroupe des personnes et structures engagées dans la prise en compte des problèmes associés à l'usage de produits psychoactifs, en premier lieu l'alcool. Elle a pour but de promouvoir les pratiques d'alcoologie et d'addictologie centrées sur le patient, dans une démarche comprenant la prévention, la réduction des risques, l'écoute, l'aide, le soin et l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool ou d'autres substances psychoactives. Force de propositions auprès des instances décisionnaires, elle favorise le développement des équipes et structures de terrain. Elle fédère les Centres de cure ambulatoire en alcoologie, qui sont des consultations d'alcoologie financées par l'État.

F3A : 154, rue Legendre - 75017 Paris. Tél. : 01 42 28 65 02 - Fax : 01 46 27 77 51
<http://www.alcoologie.org> [dernière visite le 06/01/2004]

• Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)

La Mildt coordonne l'action du gouvernement français dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux en matière de drogue, et a étendu sa compétence à l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes.

Mildt : 7, rue Saint-Georges - 75009 Paris.
Tél. : 01.44.63.20.50 - Fax : 01.44.63.21.00
<http://www.drogues.gouv.fr> [2]

• Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (Isipa)

Organisme à statut de fondation privée reconnu comme service de statistiques en matière de drogues légales et illégales par les autorités fédérales suisses, l'Isipa informe et sensibilise la population sur les risques liés à l'alcool, élabore du matériel pédagogique, édite des ouvrages spécialisés, développe une activité de formation et de conseil, mène des activités de recherche en épidémiologie sociale en rapport avec l'usage de substances psychoactives.

Isipa : Case postale 870-1001 Lausanne, Suisse.
Tél. : 021/321 29 11 Fax : 021/321 29 40.
<http://www.sfa-isp.ch> [dernière visite le 06/01/2004]

• Société française d'alcoologie (SFA)

Organisme composé de médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux et membres d'associations, la SFA est membre fondateur de la Fédération française d'addictologie. La société, créée en 1978, a pour but l'essor de l'alcoologie par une démarche multidisciplinaire de développement de l'information, de l'enseignement et de la recherche dans ce domaine, et en établissant des relations avec tous les organismes concernés, publics ou privés, nationaux ou internationaux. La SFA organise réunions et séminaires de mise en commun et de diffusion des connaissances scientifiques dans les domaines de l'alcoologie et de l'addictologie. Elle publie la revue *Alcoologie et Addictologie*.

SFA : c/o Princeps Éditions - 64, av. du Général-de-Gaulle - 92130 Issy-les-Moulineaux.
Tél. : 01 46 38 24 14 - Fax : 01 40 95 72 15
<http://www.sfalcoologie.asso.fr> [dernière visite le 05/01/2004]

Liés aux sociétés du secteur des boissons alcoolisées

• À toi de juger : le site web pour aborder les relations ados/alcool

Créée à l'initiative des organisations professionnelles et interprofessionnelles du secteur viti-vinicole français, l'association Educ'alcool France propose aux enseignants un programme pédagogique de prévention par l'éducation. Basée sur le modèle d'Educ'alcool Québec, l'association prône la « *responsabilisation et le libre choix en matière de consommation d'alcool* » et conçoit l'alcool comme un « *élément culturel positif lorsqu'il est consommé modérément et de manière responsable* ».

<http://www.atoidejuger.com/> [dernière visite le 09/01/2004]

Éduc'alcool Québec : <http://www.educalcoool.qc.ca/> [dernière visite le 13/01/2004]

• Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Ireb)

Créé en 1971, l'Ireb regroupe douze sociétés productrices et distributrices de boissons alcoolisées qui financent les recherches et le fonctionnement de l'Institut. Il subventionne et initie des travaux de recherche biomédicale ou en sciences sociales relatifs à la consommation d'alcool, dont les résultats sont publiés dans les *Cahiers de l'Ireb*. L'Institut organise périodiquement des matinées thématiques et publie une lettre d'information, *Recherche & Alcoologie*, ainsi qu'une revue de vulgarisation scientifique, *Focus alcoologie*. Il dispose d'un centre de documentation et publie régulièrement des rapports d'études et d'enquêtes, informe la presse des résultats de ses travaux et diffuse une revue de presse sur l'univers de l'alcool. Une base de données documentaire comportant plusieurs milliers de références est disponible sur le site Internet de l'Ireb.

Ireb : 19, avenue Trudaine - 75009 Paris.
Tél. : 01 48 74 82 19 - Fax : 01 48 78 17 56
<http://www.ireb.com> [dernière visite le 05/01/2004]



Ouvrages

L'alcool dans la société : histoire et représentations

- Bernard C., Bernard A., Castelain J.-P. et al. *Désir d'ivresse : alcool, rites et dérives*. Paris : Autrement, coll. Mutations n° 191, 2000 : 194 p.
- Craplet M. *Parler d'alcool*. Paris : Éditions de la Martinière, 2003 : 296 p.
- Craplet M. *Passion alcool*. Paris : Odile Jacob, 2000 : 383 p.
- Fillaut T., Nahoum-Grappe V., Tsikounas M. *Histoire et alcool*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1999 : 220 p.
- Klingemann H. *L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée*. Copenhague : OMS – Bureau régional de l'Europe, 2001 : 13 p.
- Maisondieu J. *Les alcooléens*. Paris : Bayard, 1992 : 220 p.
- De Mijolla A., Shentoub S.A. *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris : Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 1981 : 415 p.
- Nahoum-Grappe V. *La culture de l'ivresse : essai de phénoménologie historique*. Paris : Quai Voltaire, 1991 : 216 p.
- Nourrisson D. (sous la dir.), Berger D., Brun J.-F., Perrier M.-F. Terret T., Verney-Carron N. *À votre santé ! Éducation et santé sous la IV^e République*. Saint-Étienne : Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2002 : 212 p.
- Sournia J.-C. *Histoire de l'alcoolisme*. Paris : Flammarion, 1986 : 323 p.

Consommation excessive d'alcool : comportements et conséquences sanitaires et sociales

- Arvers P., Assailly J.-P., Batel P., et al. *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 560 p. [http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/0/e8db426d8901a8ce80256ce6002eb7f1/\\$FILE/alcool%20dommages%20synthese.pdf](http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/0/e8db426d8901a8ce80256ce6002eb7f1/$FILE/alcool%20dommages%20synthese.pdf) [1]
- Berr. C., Clavel-Chapelon F., Dally S., et al. *Alcool. Effets sur la santé*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 358 p. Synthèse : [http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/7f476b2583842f98c12569b400384eee/483b523d51c4565980256b170052c4c0/\\$FILE/alcool-synthese.pdf](http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/7f476b2583842f98c12569b400384eee/483b523d51c4565980256b170052c4c0/$FILE/alcool-synthese.pdf) [1]
- Got C., Weill J. (sous la dir.). *L'alcool à chiffres ouverts. Consommations et conséquences : indicateurs en France*. Paris : Seli Arslan, 1997 : 350 p.
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A. *Baromètre santé 2000 : résultats*. Volume 2. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 473 p.
- *Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque – Usage nocif*. *Alcoolologie et Addictologie* 2003 ; 25 (suppl. au n° 4) : 92 p.

- Costes J.-M. (sous la dir.). *Alcool*. In : *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances*. Paris : OFDT, 2002 : 71-94.
- Reynaud M., Parquet P.-J., Lagrue G. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Odile Jacob, 2000 : 274 p.
- Reynaud M. *Usages nocifs de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*. Paris : La Documentation française, 2002 : 278 p. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000138/0000.pdf> [1]
- Venisse J.-L., Bailly D., Reynaud M. *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* Paris : Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2002 : 274 p.
- World Advertising Research Center Ltd. *World Drink Trends 2003*. Henley-on-Thames : WARC, 2002 : 184 p.

Jeunes et alcool

- Arwidson P., Brodin M., Charles M.-A., et al. *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective opérationnelle. De l'expertise à l'action, 2003 : 560 p. http://disc.vjf.inserm.fr:2010/basisrapports/sante_enfants.html [1]
- Beck F., Legleye S. *Drogues et adolescence : usages des drogues et contexte d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes – Escapad 2002*. Paris : OFDT, 2003 : 164 p.
- Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N., et al. *Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France*. Paris : Prineps éditions, 2003 : 164 p. http://www.ireb.com/Les_jeunes_et_l_alcool_en_2001.pdf [1]
- Choquet M., Ledoux S., Hassler C. *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. Espad 99 France. European school survey project on alcohol and other drugs. Tome 1*. Paris : OFDT, Villejuif : Inserm, 2002 : 148 p.
- Entreprise et Prévention. *Quelle prévention de l'abus d'alcool en milieu scolaire ?* Paris : Entreprise et Prévention, coll. Les entretiens prévention, 1998 : 20 p.
- Lesrel J., Leymarie N., De Saint Blanquat G. et al. *Les adolescents français face à l'alcool. 2^e enquête transversale 2001*. Paris : Prineps éditions, 2003. http://www.credes.fr/En_ligne/WorkingPaper/sanconsmed/alcoolados.pdf [1]
- Settertobulte W., Bjarne Bruun J., Hurrelmann K. *La consommation d'alcool parmi les jeunes Européens*. Copenhague : OMS – Bureau régional de l'Europe, 2001 : 48 p.

Femmes et alcool

- Bloomfield K., Ahlström S., Allamani A., et al. *Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries (Project final report)*. Berlin: Free University, Institute for Medical Informatics, Biostatistics & Epidemiology, 1999. http://www.medizin.fu-berlin.de/statistik/Gender&Alcohol/download/final_front-v.pdf [1]
- Ettore E. *Women and alcohol. A private pleasure or a public problem?* Londres : Women's Press Limited, 1997 : 192 p.
- Howard J.M., Martin S.E., Mail P.D., et al. *Women and alcohol: issues for prevention research*. Washington: NIH Publication, 1996: 361 p.
- *Women and alcohol: An update*. *Alcohol Research & Health* 2002; 26 (4): 243-324.

Milieu professionnel

- Henderson M., Hutcheson G., Davies J. *Alcohol and the workplace*. Copenhague : OMS, coll. Publications régionales, Série européennes n° 67, 1996 : 100 p.
- Jeannin J.-P., avec la collab. de Valette J.-F., Harzo C. *Gérer le risque alcool au travail*. Lyon : Chronique Sociale, coll. Savoir communiquer, 2003 : 391 p.
- *L'alcool et le travail. Colloque, Arcachon, 12 mai 2000*. *Alcoolologie et Addictologie* 2000 ; 22 (suppl. au n° 4) : 56 p.

Prise en charge médicosociale

- Besançon F. *Communiquer avec une victime de l'alcool*. Paris : InterÉditions, 1999 : 158 p.
- Heather N. *Le traitement des problèmes d'alcool*. Copenhague : OMS, coll. Publications régionales, Série européennes n° 65, 2000 : 229 p.
- Hillemand B. *L'alcoolisme*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, n° 634, 2000 : 128 p.
- Kiritz-Topor P., Benard J.-Y. *Le malade alcoolique*. Paris : Masson, coll. Consulter prescrire, 2001 : 232 p.
- Monjauze M. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Paris : Éditions In Press, coll. Des pensées et des actes en santé mentale, 2001 : 208 p.
- Rueff B. *Les malades de l'alcool. Guide pratique. Alcoolisation à problèmes et alcoolodépendance*. Montrouge : John Libbey Eurotext, coll. Pathologie-Science/Formation, 1995 : 202 p.

Politiques de prévention et actions locales

- Bergeron H. *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions. Analyse sociologique*

du fonctionnement de quatre dispositifs départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Paris : OFDT, 2001 : 128 p.

- Edwards G. *Alcool : politique et intérêt général*. Copenhague : OMS, coll. Publications régionales, Série européennes n° 80, 1998 : 260 p.
- Hebel P., Le Queau P., Mahieu A., et al. *Les Français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme. Étude des effets de la loi Evin sur la consommation d'alcool et de tabac*. Paris : Credoc, coll. des Rapports, 2000 : 241 p.
- Ménard C. *Alcool et communication. Un cadre pour les actions nationales 1997-1999*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 108 p.
- Mignon H. *Rapport d'information sur l'alcool et la santé*. Rapport n° 983, Paris : Assemblée nationale, 1998 : 81 p.
- Rehn N., Room R., Edwards G. *L'alcool dans la région européenne : consommation, méfaits et politiques*. Copenhague : OMS – Bureau régional de l'Europe, 2001 : 168 p.
- Parquet P.-J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 106 p.
- Ritson B. *La lutte contre l'alcoolisme au niveau associatif et municipal*. Copenhague : OMS, coll. Publications régionales, Série européennes n° 63, 1997 : 114 p.
- Reynaud M., Parquet P.-J. *Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1999 : 292 p.



Revue

• Addiction

Revue mensuelle à comité de lecture publiée en Grande-Bretagne par la Society for the Study of Addiction. *Addiction* publie des articles de recherche sur l'alcool, les drogues illicites ou le tabac rassemblant des recherches conduites dans diverses disciplines, de l'étude des comportements de consommation à celle du métabolisme des produits. L'envoi automatique et gratuit des sommaires de la revue par courriel après enregistrement en tant qu'utilisateur est proposé sur le site Internet de l'éditeur.

Addiction : Blackwell Publishing Ltd – 9600 Garsington Road – Oxford OX4 2DQ – UK
<http://www.blackwell-synergy.com> [2]

• Addictions

Revue trimestrielle de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), *Addictions* prend la suite de la revue

Alcool ou Santé, dont les parutions se sont échelonnées de 1951 à 2002. Le dernier numéro paru est téléchargeable sur le site de l'association. Ce dernier offre la possibilité de réaliser une recherche thématique en ligne sur les articles parus depuis 1951 sur les thèmes suivants : famille, grossesse, jeunes, justice, maladie alcoolique, monde du travail, prévention, route, sport, thérapie de groupe.

Anpaa : 20, rue Saint-Fiacre - 75002 Paris.
Tél. : 01 42 33 51 04 – Fax : 01 45 08 17 02.
http://www.anpaa.asso.fr/html-fr/frameset_sommaires.html [2]

• Alcohol Research & Health

Alcohol Research & Health est une publication trimestrielle, éditée par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Elle est accessible en ligne et fournit les articles en texte intégral. Chaque numéro est thématique et dresse un panorama des dernières recherches, découvertes et réflexions sur le champ.
<http://www.niaaa.nih.gov/publications/aharw.htm> [2]

• Alcool assistance

Revue trimestrielle de l'association Alcool Assistance – La Croix d'Or. Elle s'adresse aux professionnels et acteurs de terrain. Elle relate les actions de terrain départementales et régionales mises en place par les délégués de l'association, et recense les actualités du domaine, les formations et les nouvelles des associations en région.

Alcool Assistance – La Croix d'Or :
10, rue des Messageries - 75010 Paris.
Tél. : 01 47 40 34 18 – Fax : 01 42 46 26 09
<http://www.alcoolassistance.net> [2]

• Alcoologie et addictologie

Revue publiée par la Société française d'alcoologie, *Alcoologie et addictologie* publie des textes concernant les addictions dans toutes leurs dimensions. Il peut s'agir de mémoires, mises au point, d'expériences originales de terrain, de cas cliniques ou de libres propos. Les sommaires ainsi que des résumés d'articles récents figurent sur le site de la SFA.

Alcoologie et Addictologie : Princeps éditions - 64, avenue du Général-de-Gaulle – 92130 Issy-les-Moulineaux.

Tél. : 01 46 38 24 14 – Fax : 01 40 95 72 15
<http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=B1> [2]

• Les Cahiers de l'Ireb

Les résultats des travaux scientifiques de l'Ireb sont présentés tous les deux ans au cours de « colloques de l'Ireb », auxquels participent systématiquement les chercheurs contractualisés avec l'Ireb dans les différents thèmes des sciences biomédicales et des sciences humaines.

Outils pédagogiques

- Collège régional d'éducation pour la santé de Lorraine. *Une carte à découvrir : les boissons non alcoolisées*. Vandœuvre-lès-Nancy : Cres Lorraine, 2000, livret, affiche.
- Comité français d'éducation pour la santé. *Alcool. Ouvrons le dialogue*. Vanves : CFES, 1997, 160 p., un livret, une affiche.

Vidéos

- CNA, Institut suisse de prévention et d'alcoolisme et autres toxicomanies. *Trop plein. L'alcool au poste de travail*. Lausanne : CNA/distrib, 1995, 20 min., livret.
- Hurard M.-C. (réal.). *Dessine-moi un amour*. Grenoble : Mille images, 2001, 21 min.
- Moreau R. *C'est si bon*. Bobigny : La Cathode Vidéo/distrib. 1997, 26 min.
- Moreau R. *Je peux plus m'en passer. Témoignages sur l'alcool et la dépendance*. La Cathode Vidéo / distrib. 1997, 45 min.
- Serifops/ réal. *Éclats de rire... Éclats de verres !* Angers : CPAM, 1995, 11 min.

Cédéroms

- Triel. France (réal.). *Entreprise & Prévention/comm.*, LEC Édition, La prévention routière.
- *Alcool et prévention*. Paris : Hatier Diffusion/distrib., 1997, livret, cédérom.

Les interventions sont publiées dans *Les Cahiers de l'Ireb*.

Ireb : 19, avenue Trudaine - 75009 Paris.
Tél. : 01 48 74 82 19 – Fax : 01 48 78 17 56
<http://www.ireb.com> [2]

• Journal of studies on alcohol

Bimensuel publié aux États-Unis par le Center of Alcohol Studies, il représente une revue de référence dans le champ de la recherche sur l'alcool et les dépendances. Les sujets abordés sont relatifs à l'utilisation et à l'abus de consommation. L'approche des articles est comportementale, biologique, médicale et socioculturelle.
<http://www.rci.rutgers.edu/~cas2/journal/> [2]

Sandra Kerzanet,
Olivier Delmer,
Documentalistes, INPES.

[1] Dernière visite le 14/01/2004

[2] Dernière visite le 20/01/2004

La violence chez les jeunes scolarisés

Selon l'enquête Baromètre santé de l'INPES, 10,5 % des garçons et 4 % des filles de 12 à 25 ans, poursuivant des études, ont commis un acte de violence – avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un – au cours des douze derniers mois. Si l'on examine l'évolution sur deux ans, les comportements de violence sont stables chez les garçons, légèrement à la hausse chez les filles. Ces actes de violence sont plus fréquents chez les jeunes collégiens que chez les lycéens.

La violence des jeunes en milieu scolaire est un sujet, aujourd'hui, fréquemment débattu, aussi bien par la sphère politique, médiatique que privée. Le Baromètre santé 2000, enquête nationale multithématique menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) auprès de 13 685 individus, comporte des éléments d'information sur la violence. Quelques résultats issus d'un sous-échantillon de 1 791 jeunes scolarisés de 12 à 25 ans sont présentés ci-dessous.

Les violences considérées ici sont la violence agie – définie comme le fait d'avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un, seul ou en groupe, au cours des douze mois précédant l'enquête – et la violence subie – définie comme le fait d'avoir soi-même été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un ou par un groupe de personnes au cours de la même période.

Premier constat, la violence physique parmi les jeunes scolarisés est plutôt un phénomène masculin mais les filles sont aussi concernées. Parmi les élèves et étudiants de 12 à 25 ans, 10,5 % des garçons ont frappé ou blessé physiquement quelqu'un, seul ou en groupe, au cours de l'année précédant l'enquête. Cela a été le cas pour 4 % des filles. Concernant la violence subie, les garçons reçoivent également davantage de coups : un sur dix (10,6 %) a été frappé ou blessé alors qu'une fille sur vingt (5,2 %) l'a été.

Un pic de violence au collège

Chez les garçons, la violence physique est plus fréquente à certaines périodes de la jeunesse. Des différences nettes apparaissent, pour ce qui est de la violence agie. Ils sont plus souvent impliqués dans des phénomènes de violence au moment du collège, où 14,9 % d'entre eux disent avoir frappé ou blessé quelqu'un au cours de l'année alors que c'est le cas de 8,6 % des lycéens et de 6,8 % des garçons en études supérieures (figure 1).

Cinq pour cent des filles auteurs de violences

Les mêmes questions sur la violence avaient été introduites dans le Baromètre santé jeunes 97/98, enquête de méthodologie identique, menée par le CFES auprès des 12-19 ans. La compa-

raison entre ces deux enquêtes ne révèle pas d'augmentation des comportements violents des jeunes scolarisés de 12 à 19 ans lorsque l'on considère ces jeunes dans leur ensemble, garçons et filles confondus. En revanche, une analyse par sexe révèle une augmentation de la violence physique exercée par les filles scolarisées envers autrui : en 1999, 5 % d'entre elles ont déclaré avoir frappé ou blessé quelqu'un au cours de l'année contre 3,2 % en 1997. Aucune évolution significative n'est, en revanche, observée pour les garçons.

Violence agie, violence subie et violence sur soi

La violence agie est souvent associée à d'autres formes de violence, subies ou exercées par le jeune sur lui-même.

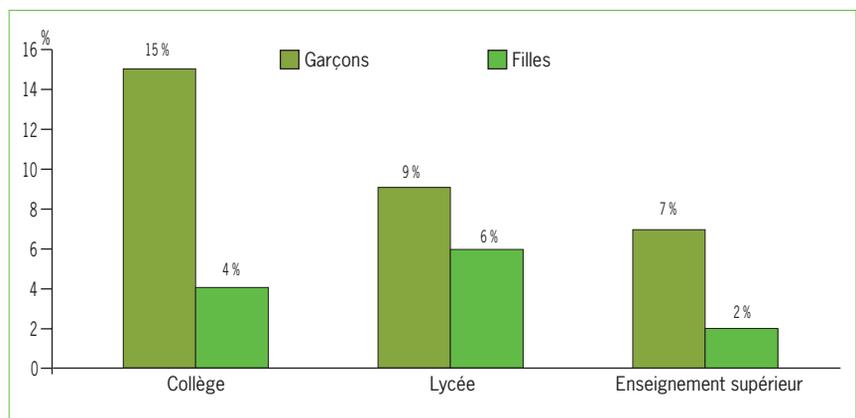


Figure 1 : Proportion des jeunes scolarisés ayant exercé sur autrui, au cours de l'année, une violence physique, du collège à l'enseignement supérieur, selon le sexe.

Ainsi, chez les garçons comme chez les filles, donner des coups est avant tout associé au fait d'en avoir reçu. Ainsi, les jeunes scolarisés ayant porté des coups sont plus nombreux à en avoir reçu que ceux qui n'en ont pas donné (46,6 % contre 6,3 % pour les garçons et 22,1 % contre 4,5 % pour les filles) (Figure 2).

Un lien apparaît également entre la violence physique exercée sur les autres et le fait d'avoir attenté à ses jours : 17,4 % des jeunes scolarisés ayant déjà effectué une tentative de suicide ont eu des comportements violents au cours de l'année contre 7,0 % parmi les autres.

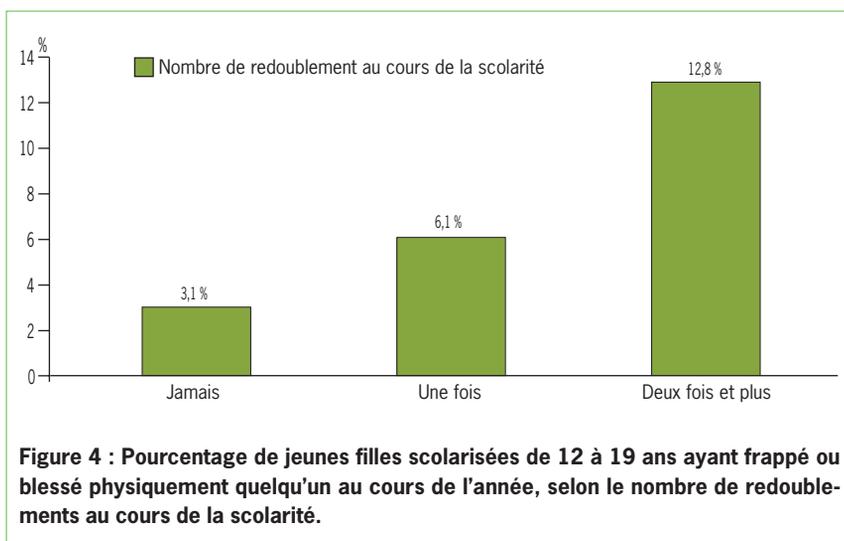
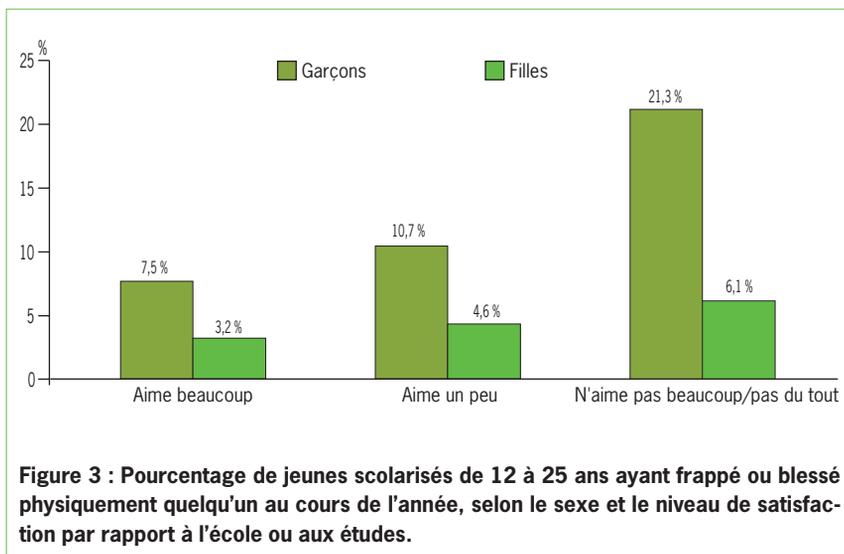
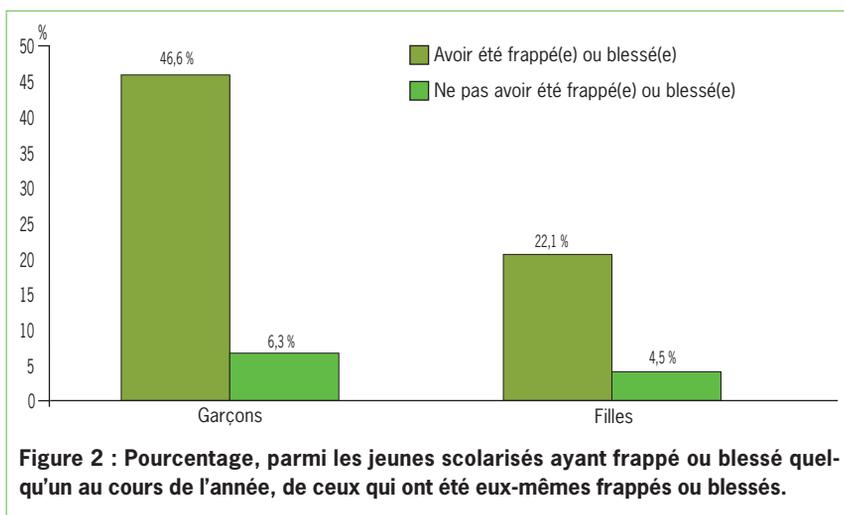
Environnement scolaire et violence exercée envers autrui

Les facteurs associés à la violence agie des jeunes scolarisés sont multiples et complexes, pouvant relever notamment de l'environnement économique, social, familial, scolaire et/ou de la sphère psychologique.

Quelques liens entre l'environnement scolaire et la violence agie chez les jeunes scolarisés, tirés de l'analyse des données du Baromètre santé 2000, sont présentés ici. Chez les garçons, les échanges de coups sont fortement liés au degré de satisfaction par rapport à l'école ou aux études. Les élèves qui déclarent ne pas aimer beaucoup, voire pas du tout, ce qu'ils font à l'école ou dans le cadre de leurs études sont plus nombreux, en proportion, à avoir eu des comportements violents dans l'année (Figure 3).

Un autre indicateur d'un malaise à l'école ou de difficultés scolaires, associé à la violence agie est, pour les filles de moins de 20 ans, le fait d'avoir redoublé une ou plusieurs classes au cours de la scolarité. Les échanges de coups semblent particulièrement associés au redoublement et plus particulièrement aux redoublements répétés (Figure 4). Cela ne s'observe pas chez les garçons.

La violence apparaît, en revanche, indépendante de la filière scolaire lorsque l'on considère les jeunes dans leur ensemble (garçons et filles confondus²). Elle n'est pas plus fréquente dans les filières techniques ou professionnelles que dans les filières générales.



Violence et consommation de substances psychoactives

La consommation de certains produits psychoactifs semble être liée à des comportements violents. C'est en particulier le cas de la consommation régulière d'alcool lorsque l'on considère les jeunes scolarisés dans leur ensemble. Les jeunes scolarisés qui en consomment au moins trois fois par semaine ont été plus nombreux à avoir été violents que les autres (11,7 % contre 6,9%). Aucun lien n'apparaît, en revanche, entre la violence des jeunes scolarisés et la consommation régulière de cannabis. Le tabagisme quotidien n'est pas, non plus, associé à la violence.

Hélène Perrin-Escalon

Chargée de recherche,
Direction des affaires scientifiques, INPES.

1. Sont considérés comme scolarisés les jeunes ayant déclaré, au moment de l'enquête, être à l'école (collège/lycée) ou à l'université. Les élèves de CAP et BEP ont été classés comme lycéens.

2. Pour des raisons d'effectifs, nous ne pouvons pas effectuer ici la distinction par sexe.

► Références bibliographiques

(1) Godeau E., Dressen C., Navarro F., Moutret G., Jeunier B. *Les années collège. Enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*. Vanves : CFES, 2000 : 114 p.

(2) À paraître en 2004.

(3) Choquet M., Ledoux S., Hassler C. *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée, Espad 99. France European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* : 148 p.

(4) Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale. Analyses et prospective*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.

Enquêtes sur la violence scolaire : des approches différentes

Outre le Baromètre de l'INPES, dont quelques résultats sont présentés ci-contre, plusieurs enquêtes ont été récemment menées sur la violence en milieu scolaire. En particulier :

• **L'enquête HBSC** (*Health behaviour in school-aged children*) (1) menée en 1998 puis en 2002 (2) en France, en Europe, au Canada et aux États-Unis, auprès de jeunes scolarisés de 11, 13 et 15 ans, comporte une question relative à la violence subie au sein de l'établissement scolaire, proche de celle du Baromètre : il est demandé à chaque élève s'il a déjà été frappé à l'intérieur de l'école. En 1998, 17,9 % des garçons et 6,9 % des filles parmi les 4 133 élèves interrogés ont déclaré avoir déjà été frappés. En 2002, cela a été le cas de 16,7 % des garçons et 7,8 % des filles parmi les 10 000 élèves interrogés.

Ces résultats ne sont néanmoins pas strictement comparables à ceux du Baromètre dans la mesure où :

– en 1998, l'enquête HBSC a été menée dans deux académies scolaires : Toulouse et Nancy, alors que le Baromètre santé 2000 a été mené sur la France entière ;

– l'enquête HBSC a interviewé les élèves par le biais d'un questionnaire autoadministré au sein des classes alors que le Baromètre santé 2000 est une enquête par téléphone en population générale ;

– les âges considérés ne sont pas identiques ;

– la question sur la violence posée dans HBSC n'est pas strictement identique à celle du Baromètre santé 2000 puisqu'elle concerne les coups reçus au sein de l'établissement scolaire, alors que, dans le Baromètre santé 2000, ceux-ci peuvent avoir été reçus à l'extérieur de l'établissement. De plus, dans l'enquête HBSC, la question n'est pas limitée à une période donnée alors que dans le Baromètre santé 2000, elle porte sur les douze derniers mois.

• **L'enquête Espad** (*European school survey project on alcohol and other drugs*) (3), réalisée en 1999 auprès de 12 113 élèves du

second degré, considère comme conduite de violence majeure le fait d'avoir frappé un professeur, utilisé une arme pour obtenir quelque chose de quelqu'un, mis le feu exprès aux affaires de quelqu'un d'autre, abîmé exprès du matériel de l'école, être entré par effraction quelque part pour voler, avoir abîmé exprès des biens publics ou privés. Selon ces critères, 25 % des jeunes interrogés ont eu au moins une conduite de violence majeure au cours des douze derniers mois.

Ces résultats ne sont néanmoins pas strictement comparables à ceux du Baromètre dans la mesure où :

– l'enquête est réalisée en milieu scolaire et non en population générale ;

– le questionnaire est autoadministré et non pas posé par téléphone ;

– la question sur la violence repose sur des critères totalement différents de ceux du Baromètre santé 2000.

• **L'enquête Inserm** (4), réalisée en 1993 auprès de 12 391 élèves de 186 établissements scolaires, considère comme violents les jeunes ayant participé souvent à des bagarres et/ou cassé ou frappé souvent quand ils étaient en colère et/ou fait du racket.

Près d'un jeune scolarisé sur cinq (21 %) peut être considéré comme violent selon ce critère (28 % des garçons et 14 % des filles).

Ces résultats ne sont, là non plus, pas strictement comparables à ceux du Baromètre dans la mesure où :

– l'enquête est réalisée en milieu scolaire et non en population générale ;

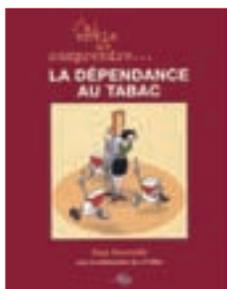
– le questionnaire est autoadministré et non pas posé par téléphone ;

– la question sur la violence est très différente dans le sens où elle inclut des notions qui n'apparaissent pas dans la question du Baromètre (casser, colère, racket) et ne prend pas en compte la notion de blesser ;

– la question n'est pas limitée au douze derniers mois, comme dans le Baromètre santé 2000.

H.P.

Rubrique coordonnée par Hélène Perrin : helene.perrin@inpes.sante.fr



La dépendance au tabac

Suzy Soumaille, avec la coll. de J.-F. Etter

Cet ouvrage aborde les principales questions ainsi que les obstacles qui peuvent se poser dans la prévention et le sevrage tabagique. Les motifs qui incitent à fumer et l'influence du marketing et des cigarettiers sont d'abord examinés. Les jeunes y sont décrits comme le cœur de cible de l'industrie du tabac, ainsi que les femmes, dont la consommation est en augmentation constante depuis quelques années.

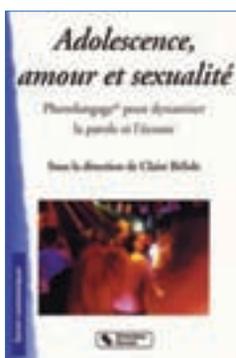
L'ouvrage s'attache ensuite à décrire les mécanismes physiques et psychologiques de la dépendance : les effets qui renforcent le lien au tabac, le rituel, la stimulation, les effets psychotropes, relaxants, antidépresseurs, coupe-faim, et le processus « d'autorécompense » permettant d'accéder à un plaisir et à une satisfaction immédiats.

L'auteur présente également la composition de la cigarette et de la fumée, ainsi que les divers produits dérivés : les cigarettes dites « bio », sans nicotine, sans tabac, la pipe, le cigare, les cigarillos, et le tabac à chiquer. Les pathologies et les risques sont détaillés, tels que les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires. L'accent est mis sur les risques liés au tabagisme féminin et au tabagisme passif.

L'ouvrage dresse un panorama des motivations individuelles qui peuvent conduire à l'arrêt du tabac, en mesurant les pertes et les gains qui en résultent pour le consommateur. Quelques courts témoignages de fumeurs viennent illustrer ces propos. L'auteur consacre un chapitre aux aides à l'arrêt du tabac, tels que les substituts nicotiniques, le Bupropion, les thérapies comportementales, les aides en ligne sur Internet. L'ouvrage se termine par une brève description des dispositifs de lutte antitabac dans le monde, s'accompagnant des préconisations et recommandations de l'auteur. Les dernières pages présentent une sélection de sites Internet français et suisses d'information générale sur le tabac et d'aide à l'arrêt, ainsi que des adresses d'associations en Suisse, en France et en Belgique. Des vignettes ou encadrés intitulés « Le saviez-vous ? », « Vrai ou faux », « Mais encore... », ou « La vérité sans filtre » fournissent des réponses courtes et synthétiques à des questions que les lecteurs sont susceptibles de se poser.

Sandra Kerzanet

Chêne-Bourg/Genève : Médecine & Hygiène, coll. *J'ai envie de comprendre...*, 2003 : 16 €.



Adolescence, amour et sexualité

Photolangage pour dynamiser la parole et l'écoute.

Claire Bélisle (sous la dir.)

Ce photolangage réunit quarante-huit photos originales sur les thèmes de l'amour et la sexualité à l'adolescence dans le cadre de situations diverses comme la maternité, la famille, les loisirs, les amis. Il s'accompagne d'un livret pour l'animateur-formateur, constitué d'une première partie théorique sur l'éducation à la sexualité et sur les objectifs du photolangage, destiné à faciliter un travail sur les représentations personnelles, à libérer la parole, transmettre des connaissances, répondre aux interrogations et faciliter les échanges.

Dans une seconde partie, le livret propose de définir le rôle et les fonctions de l'animateur-formateur. Des recommandations pratiques sur le déroulement du travail du photolangage et sur l'organisation matérielle de la séance sont ensuite proposées : des listes de questions qui permettent d'initier le débat, des formulations d'introduction pour chacune des quatre étapes à respecter, des indications sur le lieu et la durée souhaitable de la réunion, l'animation du travail de groupe. Ce livret est complété par huit références d'ouvrages, dont quatre accompagnées d'un résumé.

S.K.

Lyon : Chronique Sociale, Lyon : ADESR, coll. *Savoir communiquer*, 2003, 48 u, phot., livret, 30 €.

Le mandala

Une vidéo conçue par l'association Locomotive et réalisée par Michèle et Bernard Dal Molin, Advita Production.

Ce documentaire fait découvrir le vécu du deuil d'un enfant, lors de la mort d'un frère ou d'une sœur. L'association Locomotive, qui a pour objectif de travailler sur l'aide aux enfants atteints de cancer et à leur famille, a réalisé ce film pour procurer aux familles un support d'échange et d'aide à l'accompagnement des frères et sœurs endeuillés. Des enfants ayant perdu un frère ou une sœur sont réunis, pendant deux week-ends, avec une psychothérapeute, un art-thérapeute et un musicien qui leur proposent des temps créatifs et d'échanges destinés à favoriser l'expression de chacun.

Destiné aux familles, aux enfants, aux soignants, aux formateurs, à tous les publics touchés de près ou de loin par la maladie grave et le deuil, ce documentaire aborde la délicate question des enfants endeuillés, de la transformation de leur relation aux autres, de leurs révoltes et leurs regrets, mais aussi de toute leur force de vie.

Ce film a reçu le grand prix du festival international du film de santé d'Aurillac 2003.

Les témoignages ont fait l'objet d'un livre, *Vivre et grandir sans toi*. L'ouvrage inclut les dessins, paroles et écrits d'enfants endeuillés.

Fabienne Lemonnier

Grenoble : Association Locomotive, 2, rue Sainte-Ursule, 38000 Grenoble. Tél. : 04 76 54 17 00. 1 u., cass., Pal, VHS, coul., 2002, 36 mn, 28 €.

Rubrique lectures coordonnée par le centre de documentation de l'INPES : doc@inpes.sante.fr

Santé, pour une politique de prévention durable

Rapport annuel 2003

Inspection générale des affaires sociales

Parce qu'il est écrit par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), corps de l'État qui a une responsabilité dans le domaine des politiques publiques, le rapport « Santé, pour une politique de prévention durable » s'attache avant tout à l'analyse du système de prévention sanitaire français. Il traite de l'organisation et des enjeux de ce système, expose quelques exemples étrangers puis formule des recommandations. Il constitue un outil de réflexion pour les décideurs et intervenants du domaine de la santé publique.

La prévention – au sens traditionnel d'une activité qui vise à éviter l'apparition des maladies et des accidents par une action en amont sur les risques collectifs et les déterminants individuels – est d'abord présentée dans ses relations avec les problèmes actuels de santé publique et notamment avec la surmortalité masculine évitable. Au-delà de la gestion des grands risques du milieu (eau, air), de la vaccination et de l'accès aux soins, dont la base est correctement assurée dans un pays développé comme le nôtre, les nouveaux enjeux sont surtout d'agir sur les facteurs de risque de cette surmortalité prématurée : comportements addictifs, risques du milieu, notamment professionnel, déséquilibres alimentaires, etc.

Réorienter médecine du travail et médecine scolaire

Les comptes de la santé, présentés par les pouvoirs publics, complétés par des données sur l'activité des médecins libéraux (la prévention représenterait entre 15 et 20 % de leur activité) et sur les actions menées par les collectivités locales, les mutuelles et les associations, montrent que l'activité préventive, y compris celle des centres d'examen de santé des caisses d'Assurance Maladie, tient « une place subsidiaire dans le système de santé français ». Le document met l'accent sur la crise de la médecine préventive, en particulier de la médecine du travail et de la médecine

scolaire, excessivement accaparées par des visites médicales systématiques, au détriment de la surveillance des risques collectifs. L'Igas souligne les insuffisances de la recherche et de la surveillance des risques du milieu, notamment ceux liés aux substances chimiques polluantes.

Au-delà de ces déficiences, le rapport insiste sur une cause structurelle de l'insuffisance de la prévention en France : « Les diverses institutions qui concourent à l'administration du système de santé publique agissent de manière trop cloisonnée et sans synergie. »

Malgré l'existence de nouveaux programmes ayant développé une approche globale relayée en région de manière souvent dynamique, la segmentation entre administrations différentes, entre l'État et l'Assurance Maladie, et entre professionnels rend très difficiles des actions ciblées sur des populations spécifiques, des actions de santé communautaire.

Quatre champs prioritaires

Quatre champs méritent un effort immédiat et qui pourrait être structurant pour l'ensemble de la politique de santé publique : les risques environnementaux, les risques professionnels, la prévention en direction des jeunes enfants et de leur famille, et la réduction face aux inégalités sociales de santé.

Cinq grands principes d'actions sont proposés :

- fonder la politique de prévention sur des valeurs de responsabilité et de participation. Ainsi, entre autres exemples, les comités départementaux d'hygiène doivent-ils être démocratisés dans leur fonctionnement, en pouvant s'autosaisir de thèmes et en élisant leur président ;

- privilégier les approches sélectives, communautaires et territorialisées. La prévention doit permettre d'évaluer les risques milieu par milieu, notamment pour faire baisser les taux d'exposition individuelle. Cela nécessite une réorientation de l'activité des médecins du tra-

vail vers une évaluation du risque en entreprise. De même, la médecine scolaire devrait, certes, se consacrer à des examens desti-

nés aux enfants qui en ont le plus besoin, mais surtout à la surveillance des conséquences sur la santé physique et psychique des enfants et des adolescents et de leurs conditions de vie à l'école ;

- promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité et non plus de la spécialisation. Certes les professionnels qui participent à des actions de prévention doivent posséder les compétences et la disponibilité requises mais « il serait contre-productif de réserver ces tâches à des corps de métiers spécifiques » ;

- définir des sphères de responsabilité cohérente : la Région apparaît comme le cadre privilégié de réalisation de programmes territorialisés où la définition des objectifs, des modes de mise en œuvre et d'évaluation fait partie d'un seul et même processus, avec des crédits globalisés et mutualisés au niveau régional ;

- renforcer les connaissances, le savoir-faire et les outils de la prévention : cela suppose des formations en santé publique s'adressant à des professionnels diversifiés, au niveau master et doctorat. Il importe, en outre, de doter la recherche en santé au travail de moyens importants.

Le message essentiel de l'ouvrage est que la prévention nécessite une approche collective « guidée davantage par un intérêt général compris comme l'intérêt des usagers que par une logique de défense de territoire et de corps ».

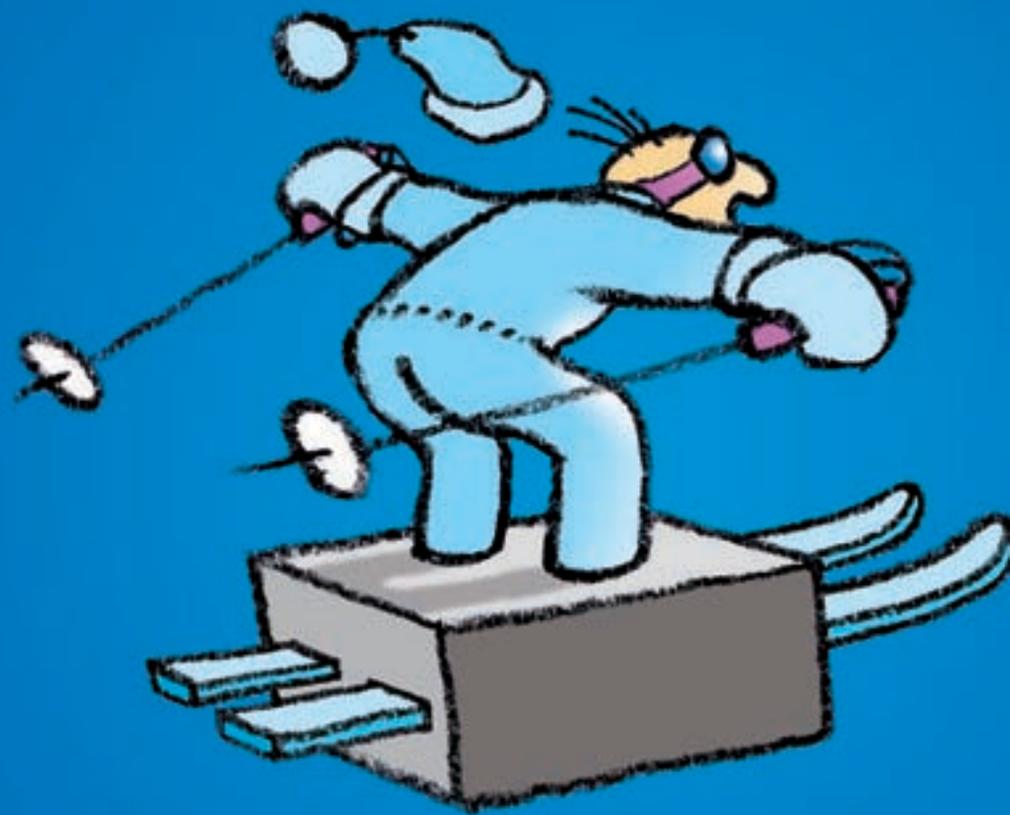
Bernadette Roussille

Paris : La Documentation française, 2003, 400 pages, 28 €.



Précision

Le programme de prévention des violences au collège présenté par Laurence Mousset-Libeau dans le n° 366 de *La Santé de l'homme*, pages 31 à 33, est soutenu financièrement par l'Inspection académique de Rennes, comme l'article le mentionnait, mais aussi par les partenaires suivants : Ddass/Mildt, Mutualité Française Ille-et-Vilaine, Fédération nationale de la Mutualité Française, Conseil général d'Ille-et-Vilaine, MGEN, Adosen.



FAITES
REGLER
VOS

Trop ou pas assez serrées :
Vous augmentez de 60 %
le risque d'accident de ski !

FIXATIONS!

ici Réglage Gratuit
sur présentation
de votre bon