

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
DÉFINITIONS	6
MORTALITÉ	8
MORBIDITÉ	12
CONSOMMATION D'ALCOOL	14
Les ventes	
Les déclarations des adultes (20-75 ans)	
Les déclarations des jeunes (12-19 ans)	
CONTEXTE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE	24
PRÉVENTION	28
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN DIFFICULTÉ AVEC L'ALCOOL	32
CONCLUSION	34
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
ORGANISMES RESSOURCES	38
SITES INTERNET	38

ALCOOL



l'Assurance Maladie
sécurité sociale
www.cnamts.fr



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ
SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ
ET À L'ACTION SOCIALE



Bien que les ventes d'alcool diminuent régulièrement en France, elles restent parmi les plus élevées d'Europe, et les conséquences de cette consommation nocive et à risque continuent de préoccuper les responsables de la santé publique.

Chaque année, en France, le nombre de décès liés à la consommation d'alcool se situe entre 40 000 et 50 000, soit près de 10 % de la mortalité toutes causes confondues.

On estime à cinq millions les personnes qui ont des difficultés médicales, psychologiques ou sociales à mettre en relation avec l'alcool.

Le coût sanitaire des problèmes liés à l'alcool serait compris entre 10 et 20 milliards de francs (la moitié de ce coût concernant les soins ambulatoires et l'autre moitié les soins d'hospitalisation)⁽¹⁾. Les coûts sociaux sont également très importants : inefficacité et absentéisme professionnels, violence, maltraitance, conflits familiaux, suicides, accidents de la route et domestiques...

Les stratégies des politiques de prévention mises en œuvre en France depuis vingt ans ont été plurielles et complémentaires. Elles concernent :

- la législation visant à réglementer la publicité en faveur de l'alcool et à réguler la distribution des boissons, notamment en protégeant les mineurs ;
- l'information et l'éducation du public par des campagnes nationales de sensibilisation et diverses actions de proximité ;
- la mise en place d'un dispositif spécialisé de prévention et de prise en charge des consommateurs à problèmes ainsi que l'accompagnement des personnes ;

- la formation des professionnels de santé et des intervenants sanitaires et sociaux.

La prise de conscience ancienne de l'importance de la consommation excessive d'alcool comme facteur de morbidité et mortalité a été renouvelée par plusieurs rapports récents⁽¹⁻⁵⁾.

Ce document présente les principales données épidémiologiques ainsi que les résultats de différentes enquêtes de consommation menées auprès du public. Il aborde également le contexte législatif et réglementaire, ainsi que les principales campagnes de prévention réalisées par le Comité français d'éducation pour la santé dans le cadre des programmes nationaux menés avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et soutenus par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Cette brochure a été rédigée par et sous la responsabilité éditoriale de Colette Ménard (Comité français d'éducation pour la santé) en coordination avec François Baudier (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), Noëlle Voirin (Direction générale de la santé) et Christiane Dressen, Pierre Arwidson, Arnaud Gautier (Comité français d'éducation pour la santé), que nous tenons à remercier pour leur précieuse collaboration.

De nombreuses définitions de la consommation à risque liée à l'alcool ont été proposées^[3,4]. L'une d'elles, commune à l'ensemble des substances psychoactives, différencie l'usage, l'usage nocif et la dépendance.

L'usage

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication, ni dommage social ou sanitaire.

L'usage nocif ou abus

L'abus est caractérisé par une consommation répétée de substances psychoactives, susceptible d'induire des dommages sanitaires et/ou sociaux, immédiats ou à long terme.

La dépendance

La dépendance (pour l'alcool, on préfère parler d'alcoolodépendance plutôt que d'alcoolisme) se définit comme une entité psychopathologique et comportementale se traduisant par *l'impossibilité de s'abstenir de consommer de l'alcool*, malgré les dommages sanitaires et sociaux subis. Il est admis qu'il s'agit d'une maladie devant être prise en compte et traitée par une prise en charge médicale, psychologique et sociale.

On peut se représenter les trois modes de consommation sur un continuum allant de l'usage à la dépendance. Au cours de sa vie, un individu peut passer de l'un à l'autre.

De l'usage à la consommation à risque

Les risques liés à l'alcool doivent être envisagés de deux manières :

D'une part, un risque sur le long terme

Les données épidémiologiques font apparaître une corrélation entre la quantité d'alcool consommée et l'augmentation de la mortalité. La mortalité augmenterait au-delà d'une consommation de 3 verres par jour (d'après une enquête

auprès de 490 000 personnes suivies durant neuf ans, à l'initiative de l'American Cancer Society)^[6]. C'est à partir de ces observations que sont nées les recommandations de ne pas dépasser une consommation de 2 à 3 verres en moyenne par jour pour les femmes (soit 14 verres par semaine) et de 3 à 4 verres en moyenne par jour pour les hommes (soit 21 verres par semaine).

D'autre part, un risque en cas de consommation dans certaines circonstances

La dangerosité s'explique par la perte des capacités nécessaires à la réalisation de certaines tâches (conduite automobile, conduite d'engins, mais aussi tâches professionnelles ou domestiques). L'alcool diminue les habiletés psychomotrices, et cette diminution est liée à la quantité absorbée.

L'alcoolémie

De nombreuses études ont mis en évidence la fréquence de la présence d'alcool dans le sang chez les accidentés de la route.

L'alcoolémie est la teneur en alcool du sang, exprimée en grammes par litre de sang à un moment donné. Le dépistage de l'alcoolémie se fait dans l'air expiré, à l'aide d'un éthylotest. Sa mesure s'effectue soit directement par un dosage chimique de l'éthanol dans le sang, soit indirectement en analysant l'air expiré (éthylomètre).

En 1996 et 1997, la proportion d'accidents mortels liés à une alcoolémie illégale (supérieure à 0,5 gramme par litre) se situait autour de 40 %. En 1998, elle tendait à baisser à 31 % (données Inrets).

La mortalité due à la consommation d'alcool est difficile à évaluer dans la mesure où l'alcool intervient comme cause — déterminante ou associée — de décès inscrits sous différentes rubriques dans les statistiques.

La mortalité selon les estimations tenant compte des causes médicales de décès et des morts violentes

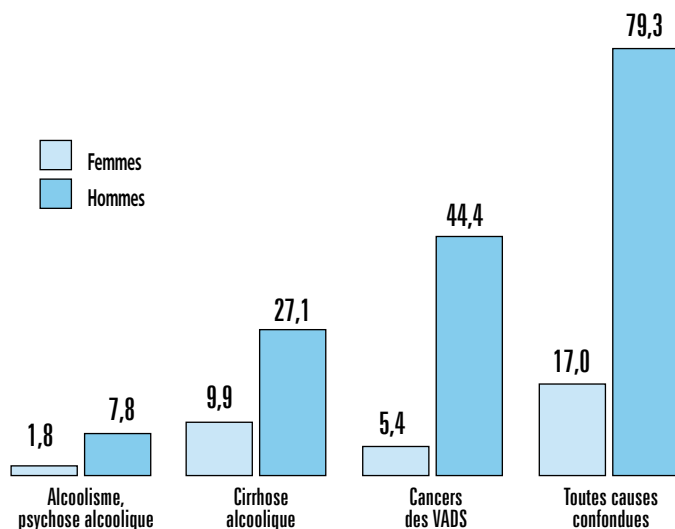
Pour les décès attribuables à une consommation excessive d'alcool, certaines estimations tiennent compte à la fois des décès par mort violente (accidents, homicides, suicides) et des décès ayant des causes médicales (y compris certaines maladies récemment

corrélées à la consommation d'alcool). Selon Catherine Hill, de l'institut Gustave-Roussy ⁽⁷⁾, « le nombre de décès attribuables à l'alcool serait en 1995 de 45 000 (38 000 chez l'homme et 7 000 chez la femme). La fraction des décès attribuable à l'alcool atteint 27 % entre 45 et 65 ans chez les hommes et 9 % chez les femmes. Parmi ces 45 000 décès, l'alcool est responsable de 16 000 décès par cancer, soit un décès par cancer sur 9 (un décès masculin sur 7 et un décès féminin sur 33). Dans la population de 45 à 64 ans, plus d'un décès par cancer sur 4 est attribuable à l'alcool chez les hommes et plus d'un décès sur 10 chez les femmes ».

FIGURE 1

Taux de mortalité (pour 100 000 habitants) liée à l'imprégnation éthylique chronique selon le sexe (France 1997).

(Source : Inserm SC8 1997)



Taux comparatifs d'après la population du recensement de 1990 (sujets de 15 ans et plus).

La mortalité selon les estimations tenant compte des principales causes médicales de décès

Si l'on considère la mortalité directement due à l'alcool, on dénombrait en 1997, d'après les statistiques de l'Inserm, 22 611 décès, dont 2 302 par psychose alcoolique, 8 864 par cirrhose et 11 445 par cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), causés le plus souvent par une consommation conjointe d'alcool et de tabac. Ces pathologies sont responsables de 4,3 % de l'ensemble des décès : 6,6 % des décès masculins et 1,8 % des décès féminins.

Le taux de mortalité lié à l'imprégnation éthylique chronique

s'élevait en 1997 à 45,2 pour 100 000 habitants (79,3 pour 100 000 chez les hommes et 17 pour 100 000 chez les femmes). (Figure 1)

La mortalité masculine liée à l'imprégnation éthylique chronique augmente avec l'âge jusqu'à 65-74 ans, tranche d'âge où le taux atteint sa valeur maximale de 219,3 décès pour 100 000 habitants.

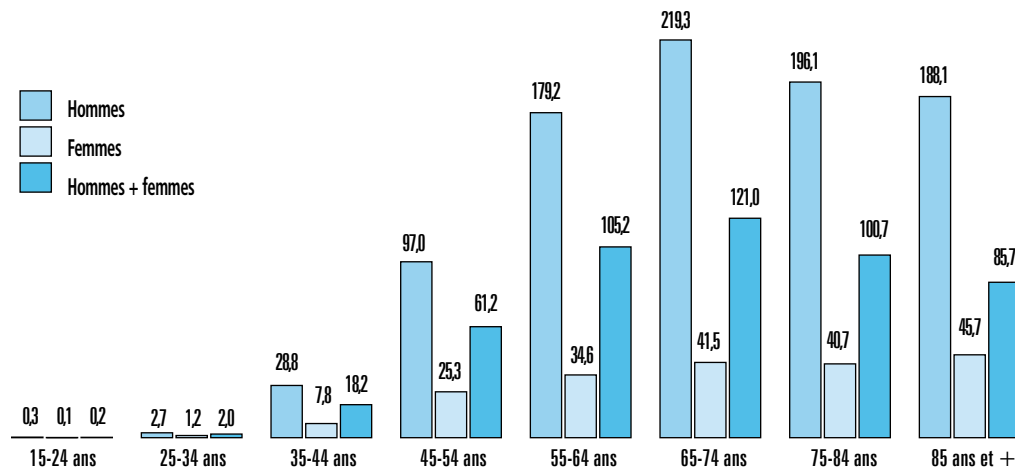
Chez les femmes, le taux maximal est enregistré entre 65 et 85 ans (Figure 2).

À partir de 25 ans, la surmortalité masculine liée à l'alcool est 2 à 5 fois supérieure à celle des femmes. L'écart entre les hommes et les femmes se creuse avec l'âge pour atteindre un maximum entre 65 et 75 ans.

FIGURE 2

Taux de mortalité (pour 100 000 habitants) liée à l'imprégnation éthylique chronique selon le sexe et l'âge (France 1997).

(Source : Inserm SC8 1997)



Taux comparatifs d'après la population du recensement de 1990 (sujets de 15 ans et plus).

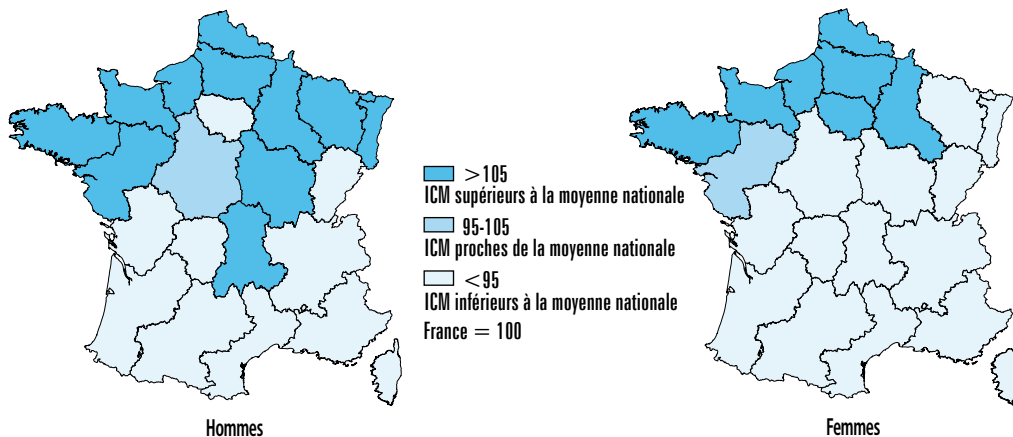
La mortalité selon les catégories socioprofessionnelles

Comme dans la plupart des autres pays européens, il existe en France des disparités importantes de mortalité en fonction des différentes catégories socioprofessionnelles. Le rapport *La santé en France, 1994-1998* [2] souligne que le risque de décès liés à l'alcoolisme (en ce qui concerne les cirrhoses et les cancers VADS) est 10 fois plus élevé chez les hommes ouvriers-employés que chez les cadres supérieurs.

FIGURE 3

Indices comparatifs de mortalité (ICM) par cirrhose du foie selon les régions.

(Source : Fnors, indices comparatifs de mortalité, 1995-1997)



Comme le notait le rapport de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) [18], il existe une France coupée en deux : la moitié nord est beaucoup plus frappée par les maladies liées à la consommation excessive d'alcool que la moitié sud. Le Nord-Pas-de-Calais est la région qui a les indicateurs les plus élevés, tant pour la population masculine que féminine (Figure 3).

L'évolution de la mortalité

Si les taux de mortalité par alcoolisme (psychose alcoolique et cirrhose), tant pour les hommes que pour les femmes, ont chuté de près de 40 % en quinze ans, il convient de noter, comme le

fait le Haut Comité de la santé publique, que depuis 1992 cette baisse a subi un fort ralentissement (Figure 4).

Concernant les cancers VADS, on constate leur diminution chez les hommes, mais leur stabilité chez les femmes (Figure 5).

FIGURE 4

Mortalité par alcoolisme (psychose alcoolique et cirrhose).

(Source : Inserm SC8 1980-1997)

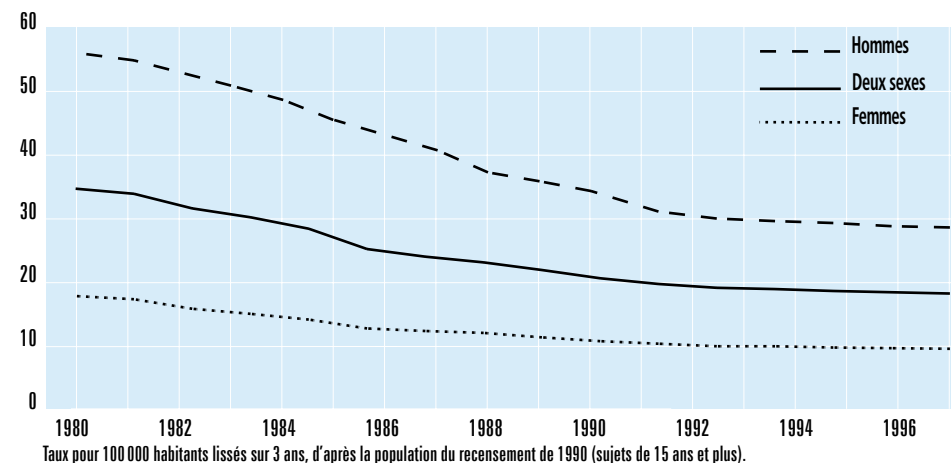
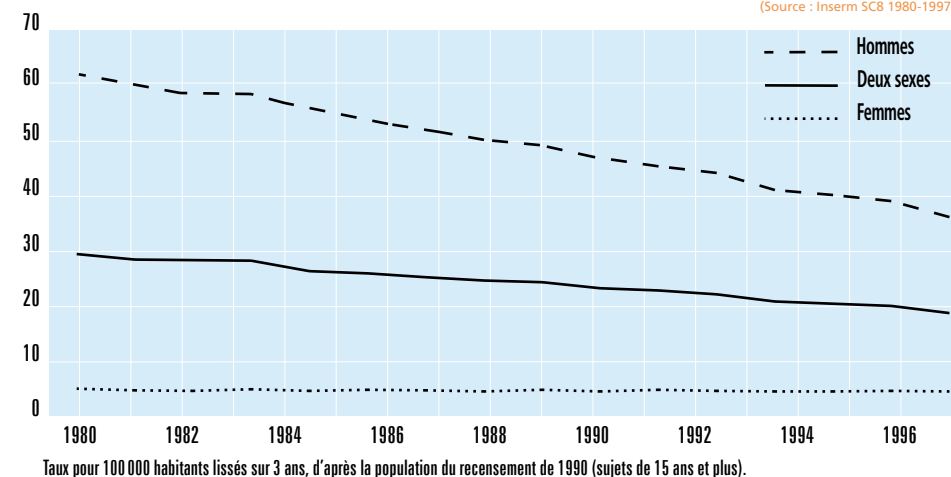


FIGURE 5

Mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures.

(Source : Inserm SC8 1980-1997)



En population générale

Le nombre de malades alcoolo-dépendants en France ne peut être déterminé que très approximativement. Les données disponibles comprennent les statistiques hospitalières de morbidité par accidents (circulation, travail, mais aussi accidents domestiques) et certaines enquêtes auprès de médecins^[9].

On estime à 5 millions le nombre de personnes que l'usage excessif d'alcool expose à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social, et entre 2 et 3 millions de personnes le nombre de sujets dépendants de l'alcool.

- 10 à 20 % des accidents du travail seraient liés à une consommation excessive d'alcool. À ces accidents et à leurs séquelles, il faut ajouter le poids de l'absentéisme, de la relative inefficacité du salarié alcoodépendant (ou buveur excessif) et de son impos-

sibilité à occuper des postes mettant en jeu la sécurité.

- 29,5 % des hommes et 11 % des femmes de la clientèle des médecins généralistes seraient des buveurs excessifs^[10].

- Dans les hôpitaux, 13 % des patients hospitalisés seraient alcoolo-dépendants : 3 % sont directement hospitalisés pour ce motif (plus des trois quarts sont des hommes); chez 10 % de ces patients, l'alcool est un facteur de risque (cette proportion est maximale chez les hommes de 40 à 64 ans).

- En 1998, la file active de consultants des structures spécialisées — désormais dénommées Centres de cure ambulatoire en alcoologie — est estimée à plus de 100 000 consultants, dont 42,2 % de « nouveaux consultants buveurs »^[11].

À côté des conséquences sanitaires de l'alcool, on peut également

évoquer les conséquences sociales liées à son abus : 50 % des rixes, 50 à 60 % des actes de criminalité, 5 à 25 % des suicides, 20 % des délits seraient commis sous l'emprise de l'alcool^[11].

Alcoolisation fœtale

Au cours des vingt-cinq dernières années, des études ont montré qu'une consommation d'alcool pendant la grossesse pouvait être à l'origine, chez l'embryon, le fœtus ou l'enfant, de retards psychomoteurs, de retards de croissance, de dysmorphie faciale et d'autres malformations. L'incidence de ce syndrome d'alcoolisation fœtale serait d'environ 1 000 cas par an en France.

La recommandation actuelle des experts est de ne pas consommer d'alcool en cas de projet de conception et pendant la grossesse, même si les données manquent pour apprécier l'effet d'une consommation de faible importance (1 verre par jour ou moins).

La consommation d'alcool d'une population n'est pas simple à déterminer. D'une part, les données de vente dans un pays ne sont pas équivalentes à la consommation de sa population (achat d'alcool par des touristes étrangers, stockage en cave, etc.); d'autre part, on constate une sous-déclaration de la consommation par la population dont les raisons sont multiples (sous-déclaration volontaire, sous-estimation involontaire, biais dans les enquêtes – les personnes les plus consommatrices n'étant pas interrogées); enfin, la quantité réelle consommée varie grande-

ment en fonction de la taille et du remplissage des verres déclarés bus.

Les ventes

Bien que diminuant régulièrement depuis les années 60, la consommation d'alcool en France reste très importante, puisqu'elle se situe au troisième rang des pays européens (10,8 litres d'alcool pur par habitant en 1998, derrière le Portugal : 11,2 litres et le Luxembourg : 11,3 litres). *Notons que les comparaisons internationales sont ici réalisées en litres d'alcool pur par habitant, quel que soit son âge (enfant compris).*

(Tableau I) et Figure (6)

La consommation moyenne de la population de plus de 15 ans

Si l'on utilise l'indicateur plus satisfaisant des litres d'alcool par habitant de plus de 15 ans, on constate que la consommation moyenne par adulte est passée de 22,3 litres d'alcool pur en 1970 à 20,6 litres en 1980 et à 16,6 litres en 1990. Pour l'année 1996, la consommation moyenne est de 15,6 litres. À titre indicatif, 10 litres d'alcool pur = 36 bouteilles d'alcool fort de 70 cl à 40°, ou 111 bouteilles de vin de 75 cl à 12°, ou 606 bouteilles de bière de 33 cl à 5°.

TABLEAU I

Consommation d'alcool dans le monde, exprimée en litres d'alcool pur par habitant et par an.

(Source : « World DrinkTrends 1999 » - NTC Publications Ltd © Produktschap voor gedistilleerde Dranken. Schiedman, Pays-Bas)

PAYS	1998
Luxembourg	13,3
Portugal	11,2
France	10,8
Irlande	10,8
Allemagne	10,6
République tchèque	10,2
Espagne	10,1
Danemark	9,5
Hongrie	9,4
Autriche	9,2
Suisse	9,2
Grèce	9,1
Belgique	8,9
Pays-Bas	8,1
Italie	7,7
Royaume-Uni	7,5

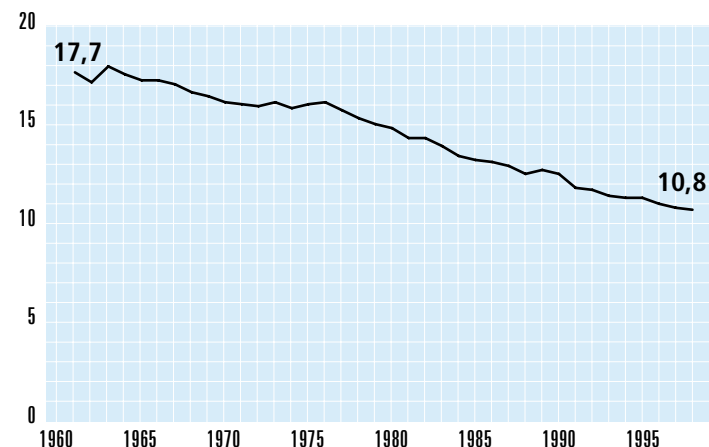


FIGURE 6

Quantité d'alcool pur (en litres) vendu par habitant et par an.

(Source : « World DrinkTrends 1999 » - NTC Publications Ltd © Produktschap voor gedistilleerde Dranken. Schiedman, Pays-Bas)

La consommation par type d'alcool

- Si la consommation de vin baisse chaque année (de plus de 50 % entre 1960 et 1998), elle demeure néanmoins prédominante.

- La consommation totale de bière est en sensible diminution depuis 1980.

- La consommation de spiritueux reste relativement stable.

(Tableau II)

BOISSONS	1960	1970	1980	1990	1998
Vin (12°)	126,9	109,1	91,0	73,1	58,1
Bière	35,4	41,2	44,3	41,5	38,6
Spiritueux (alcool pur)	2,0	2,3	2,5	2,5	2,4

TABLEAU II

Consommation en litres d'alcool par habitant et par an.

(Source : « World DrinkTrends 1999 » - NTC Publications Ltd © Produktschap voor gedistilleerde Dranken. Schiedman, Pays-Bas)

Les déclarations des adultes (20-75 ans)

Qu'il s'agisse des données des « Baromètres santé »^[12, 13] ou d'enquêtes menées sur l'alcool^[14], les résultats des études concordent sur le fait qu'en France, l'alcool est très largement consommé. D'après le « Baromètre 2000 »^[13], seuls 2,3 % des Français de 20 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu, ne serait-ce qu'une fois, de boisson alcoolisée.

La proportion d'abstinents sur l'année s'élève à 6,8 %. La prévalence de la consommation se répartit comme suit :

- La consommation quotidienne (consommation d'alcool au moins une fois par jour) est plus fréquente chez les hommes (1 homme sur 3 et 1 femme sur 9) et les personnes âgées. Chez les 65-75 ans, plus d'une personne sur deux (65,8 % des hommes ; 33,1 % des femmes) consomme chaque jour une boisson alcoolisée (Figure 7).

- La consommation hebdomadaire (consommation d'alcool au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours) concerne 43,3 % des 20-75 ans (environ 1 homme sur 2 et 1 femme sur 3). La consommation hebdoma-

daire est plus fréquente chez les 35-44 ans. En regroupant les consommations quotidiennes et hebdomadaires, 63,1 % des 20-75 ans consommeraient une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine.

- Les consommateurs mensuels (consommation d'alcool au moins une fois par mois, mais pas chaque semaine) et occasionnels (consommation moins d'une fois par mois) représentent respectivement 15,9 % et 14,2 % : ces consommations sont plus particulièrement féminines (environ 1 homme sur 20 pour 1 femme sur 5).

Les produits consommés au cours des sept jours précédant l'enquête

Au cours des sept derniers jours précédant l'enquête, 69,2 % des Français ont eu au moins une occasion de boire une boisson alcoolisée : 83,2 % des hommes ; 57,7 % des femmes.

Les produits consommés se répartissent ainsi :

- 54,8 % des Français ont eu l'occasion de boire du vin, dont 17,8 % tous les jours ;
- 20,8 % ont consommé de la bière ;
- 23,5 % ont consommé des alcools forts ;
- 17,2 % ont consommé d'autres boissons alcoolisées.

C'est la consommation de vin qui est la plus régulière : 17,8 % de consommateurs quotidiens, principalement chez les hommes (26,7 %) et les plus de 55 ans.

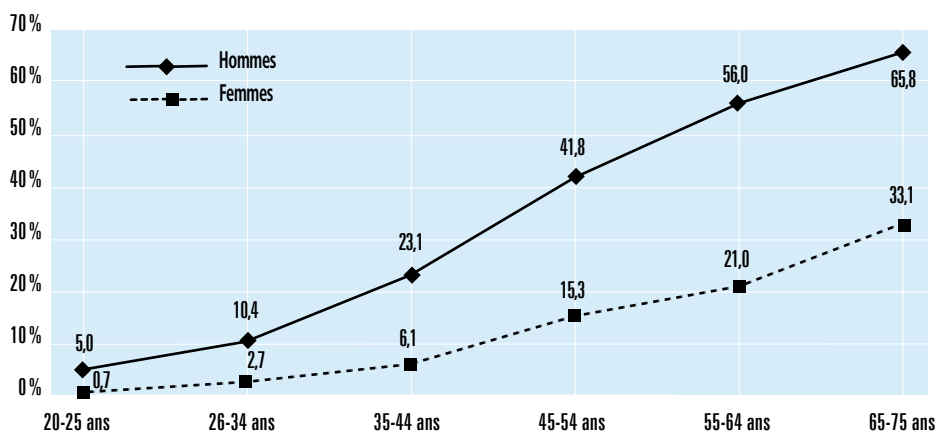
La consommation de bière est plus occasionnelle (1 à 2 jours dans la semaine). Elle est plus particulièrement marquée chez les 20-44 ans.

Les autres alcools, en particulier les alcools forts, font l'objet d'une consommation occasionnelle dans la semaine (1 à 2 fois) : cette consommation est essentiellement masculine (27,1 % des hommes *versus* 12,2 % des femmes en ont consommé 1 à 2 fois dans les sept derniers jours).

FIGURE 7

Consommation quotidienne d'alcool chez les hommes et chez les femmes selon l'âge (en pourcentage parmi les personnes ayant déclaré avoir bu une boisson alcoolisée au cours des 12 mois précédant l'enquête).

(Source : Baromètre santé 1^{er} résultats 2000 - CFES)



Les quantités d'alcool bues la veille de l'enquête

Chez les personnes ayant déclaré avoir bu une boisson alcoolisée la veille de l'enquête, les quantités bues varient sensiblement en fonction des sexes.

- Chez les hommes, le nombre moyen de verres consommés la veille est de 3 verres ; il est de 3,5 verres pour les 20-25 ans. Les quantités déclarées varient sensiblement suivant le type de buveurs : 3,3 verres pour les buveurs quotidiens ; 2,7 verres pour les buveurs hebdomadaires ; 2 verres pour les buveurs mensuels et

ce, quel que soit l'âge des interviewés.

- Chez les femmes, le nombre moyen de verres bus la veille est de 1,7. Contrairement aux hommes, il n'y a pas de différences entre les consommatrices quotidiennes et hebdomadaires (Figure 8).

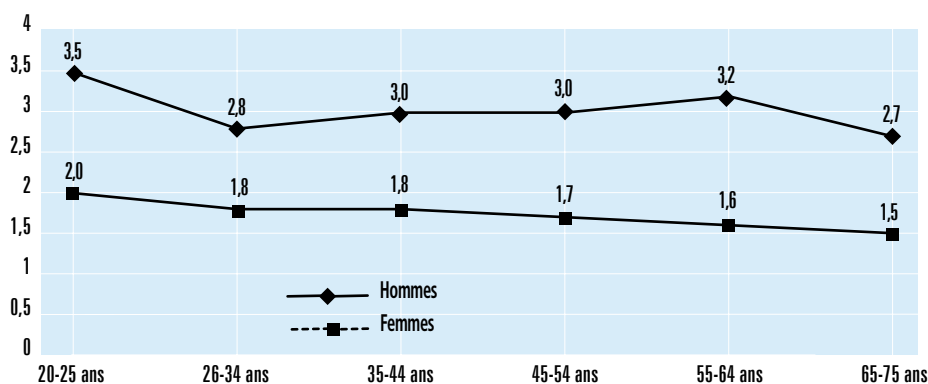
Une consommation différente durant la semaine et le week-end

Selon l'enquête CFES/Cnamts/Ipsos⁽¹⁴⁾, la consommation d'alcool est plus élevée en fin de semaine (vendredi, samedi, dimanche), ce que confirment les données du « Baromètre 2000 ».

FIGURE 8

Nombre moyen de verres d'alcool bus la veille selon le sexe et l'âge (parmi les personnes ayant déclaré avoir bu une boisson alcoolisée la veille de l'enquête).

(Source : Baromètre santé 1^{er} résultats 2000 - CFES)



- Les consommateurs masculins de 20-25 ans déclarent consommer en moyenne 5,1 verres le samedi (Figure 9).

- Chez les femmes, la consommation durant le week-end est en moyenne de 2 verres par jour versus 1,6 verre durant la semaine (Figure 10).

FIGURE 9

Nombre moyen de verres d'alcool consommés par les hommes durant le week-end et selon l'âge (parmi les hommes ayant déclaré avoir bu une boisson alcoolisée durant le week-end).

(Source : Baromètre santé 1^{er} résultats 2000 - CFES)

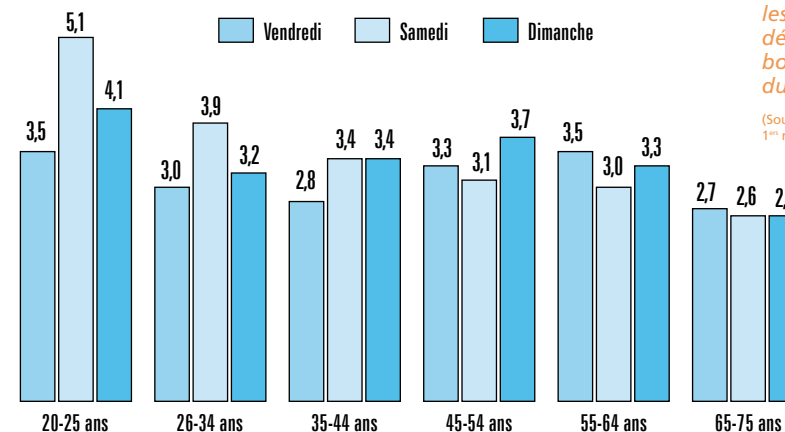
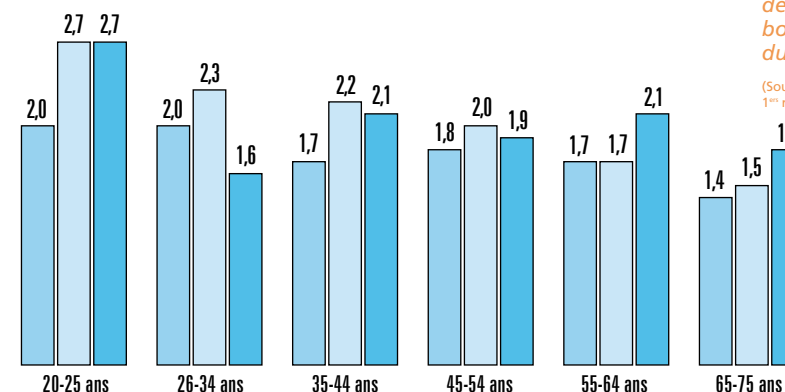


FIGURE 10

Nombre moyen de verres d'alcool consommés par les femmes durant le week-end et selon l'âge (parmi les femmes ayant déclaré avoir bu une boisson alcoolisée durant le week-end).

(Source : Baromètre santé 1^{er} résultats 2000 - CFES)



Ivresses déclarées

Chez les hommes de 20 à 75 ans qui consomment des boissons alcoolisées, 23,8 % déclarent avoir connu au moins un état d'ivresse (selon leur propre définition) au cours des douze derniers mois ; 54,7 % chez les 20-25 ans. Tous âges confondus, 2,3 % auraient été ivres au moins une fois par mois.

Chez les femmes, les épisodes d'ivresses déclarées sont plus rares. 7,2 % déclarent un état d'ivresse au cours des douze derniers mois ; 23,9 % chez les 20-25 ans. L'ivresse répétée (en moyenne une fois par mois) n'est pratiquement pas observée chez les femmes.

Comportement de dépendance

Selon le test Deta, 9 % de la population auraient eu une dépendance vis-à-vis de

l'alcool, dépendance beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. C'est entre 45 et 54 ans que le risque est le plus élevé, aussi bien chez les hommes (19 %) que chez les femmes (5,4 %). Chez les buveurs quotidiens, le pourcentage atteint 19 %.

Seuils de dangerosité

Depuis 1998, les Français ont une meilleure connaissance des seuils de dangerosité liés à l'alcool ⁽¹⁴⁾. Dans le « Baromètre 2000 », le nombre de verres quotidiens à partir duquel les enquêtés estiment qu'un homme met sa santé en danger est évalué à 3,7 verres par jour, et à 3 verres par jour pour les femmes (Figure 11).

Pour autant, selon l'enquête CFES/Cnamts/Ipsos de 1998 ⁽¹⁴⁾, si les risques d'alcoolodépen-

dance, de cirrhose et d'accidents de la route sont bien connus, les autres risques, notamment les risques de cancer et les difficultés sociales liées à l'abus d'alcool, restent mal appréciés.

Arrêter ou diminuer sa consommation : une éventualité ?

Selon cette même enquête ⁽¹⁴⁾, si la majorité des consommateurs d'alcool en 1998 (89 %) déclarait ne rien vouloir changer à ses habitudes, 11 % toutefois (15 % des hommes et 7 % des femmes) envisageaient d'arrêter ou de diminuer leur consommation. Les raisons principales qui motivaient ce choix étaient avant tout médicales (liées à la prudence), familiales ou professionnelles.

25 % des 25-65 ans (chez les enquêtés ayant consommé une boisson alcoolisée au moins une fois dans l'année) déclaraient avoir diminué leur consommation au cours des cinq dernières années.

Comme le soulignent les enquêtes CFES/Cnamts/BVA et CFES/Cnamts/Démoscopie ^(15,16), modérer sa consommation (à 3 verres maximum par jour) est jugé plutôt difficile par 1 buveur sur 5 (de 20 à 65 ans).

Les déclarations des jeunes (12-19 ans)

Chez les jeunes, la consommation d'alcool est occasionnelle, mais concerne un fort pourcentage d'entre eux ^(13,17). D'après le « Baromètre 2000 » ⁽¹³⁾, 77,9 % des 12-19 ans ont eu l'occasion de boire, ne serait-ce qu'une fois dans l'année :

- 21,1 % sont des consommateurs hebdomadaires ou quotidiens ;
- 21,4 % des consommateurs mensuels ;
- 35,4 % des consommateurs plus occasionnels.

Toutefois, la régularité de la consommation concerne davantage les garçons : au moins 27,5 % de consommateurs hebdomadaires *versus* 15,1 % chez les filles.

- La bière est la boisson alcoolisée la plus consommée (49,8 % des 12-19 ans ; 55,7 % des garçons ; 44,2 % des filles) ; 21,2 % des garçons en consomment au moins une fois par semaine.

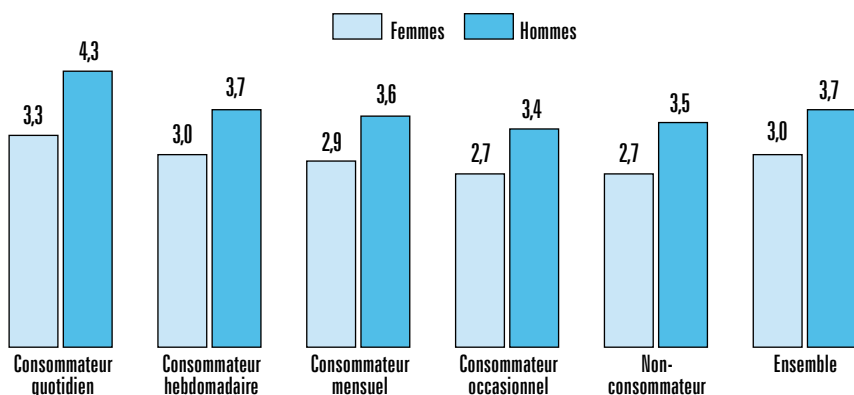
- 42,6 % ont bu au moins une fois du vin dans l'année ; 20,8 % de façon occasionnelle (moins d'une fois par mois).

- 39,2 % ont consommé des alcools forts dans l'année : 41,5 % des garçons ; 37 % des filles.

FIGURE 11

Estimation des seuils de dangerosité de l'alcool (nombre de verres d'alcool par jour) en fonction des fréquences de consommation des enquêtés.

(Source : Baromètre santé 1^{er} résultats 2000 - CFES)



Les quantités d'alcool bues la veille de l'enquête

12 % des jeunes de 12 à 19 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool la veille de l'enquête : 15,3 % des garçons et 9 % des filles. Chez ceux qui déclarent avoir bu de l'alcool la veille, la quantité consommée est en moyenne de 2,4 verres.

La consommation des garçons est proche de celle des filles, sauf à 15-17 ans, où les garçons consom-

ment en moyenne 0,5 verre de plus que les filles (Figure 12).

Ivresses déclarées

21,6 % des 12-19 ans déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse dans l'année. Ces épisodes augmentent avec l'âge et sont plus fréquents chez les garçons. À 18-19 ans, 47,7 % des garçons déclarent au moins un épisode d'ivresse dans l'année *versus* 26,3 % des filles.

FIGURE 12

Nombre moyen de verres d'alcool consommés la veille selon le sexe et l'âge (chez les jeunes ayant déclaré avoir bu une boisson alcoolisée la veille de l'enquête).

(Source : Baromètre santé 1^{er} résultats 2000 - CFES)

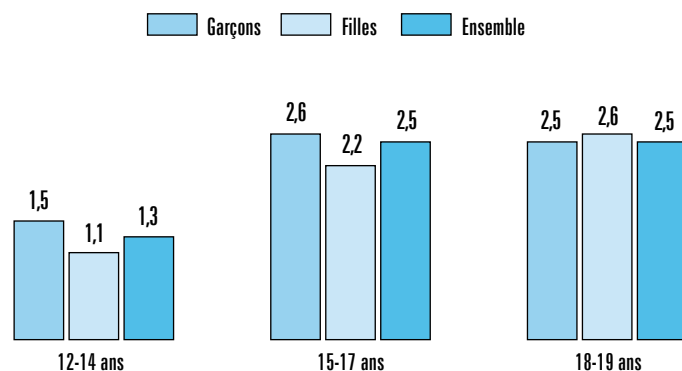
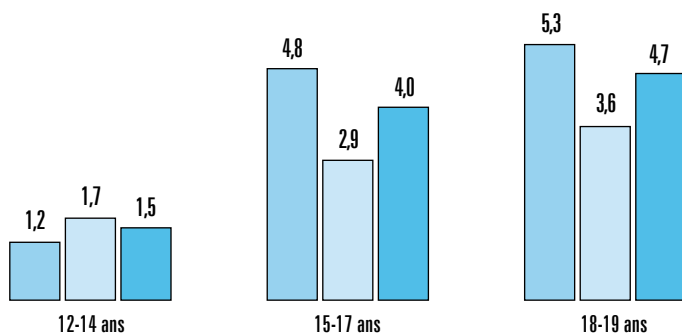


FIGURE 13

Nombre moyen d'ivresses au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge (chez les jeunes ayant déclaré avoir été ivres au cours de l'année).

(Source : Baromètre santé 1^{er} résultats 2000 - CFES)



Chez ceux qui déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année, le nombre moyen d'ivresses déclarées dans l'année est de 4.

À tous les âges, les garçons déclarent plus d'ivresses que les filles : 5,3 ivresses au cours des douze derniers mois à 18-19 ans *versus* 3,6 chez les filles (Figure 13).

Le nombre moyen d'ivresses n'est qu'un reflet de l'ensemble des ivresses de l'échantillon des buveurs. Il existe en fait de grandes disparités individuelles et les épisodes répétés sont souvent le fait de consommateurs réguliers.

L'analyse des différents comportements de santé indique que les consommations de tabac, d'alcool et de haschich sont souvent associées :

- près de 2 jeunes fumeurs sur 5 (38,4 %) déclarent boire de l'alcool une fois par semaine *versus*

13,8 % chez les autres adolescents ;
- les jeunes fumeurs réguliers sont aussi plus nombreux à avoir connu un état d'ivresse dans l'année : 48,2 % *versus* 13,8 % chez les autres jeunes ;

- 45,6 % des expérimentateurs de cannabis déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine au cours de l'année précédente (13,7 % chez les non-consommateurs).

Seuils de dangerosité

Comme les adultes, les jeunes de 12 à 19 ans commencent à être sensibilisés aux repères de consommation d'alcool. Ils estiment que les seuils de dangerosité de l'alcool sont de 3,3 verres par jour pour les femmes et de 4,1 verres par jour pour les hommes. On constate une légère surestimation principalement chez les 12-14 ans (seuil de 3,45 verres par jour pour les femmes et de 4,4 verres par jour pour les hommes).

Comme l'indique le rapport d'évaluation de la loi Évin ^[18], « l'action contre la consommation excessive d'alcool trouve son origine dans l'initiative privée, associative, à la fin du siècle dernier. L'intervention des pouvoirs publics traduit une évolution, un intérêt nouveau et croissant porté à l'aspect sanitaire de l'alcoolisme. Les professionnels de la santé se mobilisent dans le même sens ».

En France, le contexte législatif et réglementaire repose sur trois volets :

Le code de la santé publique

« L'alcoolique, un malade »

La loi du 15 avril 1954 inscrite dans le code de la santé publique concerne les alcooliques dangereux pour autrui. L'alcoolique y est traité en tant que malade, et non en tant que délinquant : « l'alcoolisme » n'est plus seule-

ment considéré comme une cause de troubles de l'ordre public, mais aussi comme responsable de méfaits pour la santé. Cette loi a été peu appliquée et ne figure plus dans le nouveau code de la santé publique.

La prévention et le traitement des alcooliques relèvent de l'État

Trois circulaires (1970, 1975, 1983) organisent le dispositif spécialisé de prévention et de traitement des malades. Cette compétence relève de l'État en partenariat avec les Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA). Depuis 1999, les CHAA (Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie) sont devenus CCAA (Centres de cure ambulatoire en alcoologie) et sont financés par l'assurance maladie (loi 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, *Journal officiel* du 31 juillet 1998 et décret du 30 décembre 1998).

Le code des débits de boissons

Le code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme a été progressivement mis en place à partir de 1915. Depuis, il a été modifié et complété à diverses reprises. Il est aujourd'hui intégré au code de la santé publique.

Les principales mesures portent sur :

- l'encadrement des débits de boissons alcooliques : ouverture, exploitation des débits de boisson, vente et distribution au public ;
- l'accessibilité des boissons alcooliques : modalités de vente et d'offre de boissons alcooliques à certaines heures, dans certains lieux ; interdiction de distribuer de l'alcool dans les établissements d'activités physiques et sportives ou sur les lieux de manifestations sportives ;

- la protection des mineurs : interdiction de délivrer de l'alcool aux mineurs de moins de 16 ans dans tous les commerces ou lieux publics ;

- la réglementation de la publicité en faveur de l'alcool : la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991, dite « loi Évin », relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, est la dernière modification notable du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme.

Cette loi renforce le dispositif juridique préexistant. Elle comprend cinq types de mesures :

- La limitation de la publicité et du parrainage : la loi encadre la publicité directe et indirecte ; elle interdit le parrainage.
- L'amélioration de l'information du consommateur : le conseil de modération figurant sur la publicité des boissons alcooliques

destinée au grand public est complétée par un message à caractère sanitaire précisant que « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé ».

- L'encadrement de l'offre de produits : des dispositions renforcent les interdictions de vente d'alcool aux mineurs et de vente d'alcool dans les lieux où se pratiquent les sports ainsi que dans les points de vente de carburants entre 22 h et 6 h ; de plus, l'offre d'alcool par distributeur automatique est totalement interdite.

- Le renforcement du rôle des associations : la loi permet aux associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme depuis plus de cinq ans de poursuivre en justice les infractions à la loi.

- L'aggravation des peines destinées à ceux qui enfreignent la loi.

En mettant l'accent sur cinq types de mesures, le législateur se conforme à la stratégie préconisée par l'Organisation mondiale de la santé. Pour être efficace, l'ensemble

des moyens de lutte contre la consommation excessive d'alcool doit être utilisé simultanément.

Évaluation de la loi Évin

Le rapport d'évaluation de la loi Évin élaboré sous l'égide du Commissariat au Plan ⁽¹⁸⁾ indique que :

- les arrêtés utiles à l'application de la loi n'ont pas tous été publiés. Le volet « alcool » de la loi a été progressivement vidé de son contenu par des amendements successifs (publicité par affichage dans les zones de production, règlement des buvettes sur les stades sportifs...);

- la loi Évin a cependant constitué par elle-même un message important de santé publique. En s'attaquant de façon privilégiée à la publicité en faveur de l'alcool et surtout du tabac, elle a tenté d'infléchir un moyen de communication et une forme de promotion dont l'incidence exacte demeure sujette à questions, mais qui est certainement aussi l'un des véhicules par lesquels une

société « affiche ses valeurs ». Cette loi ne pouvait donc laisser cette société indifférente ;

- les affaiblissements successifs de la loi Évin trouvent en partie leur origine dans la contradiction qui existe entre la persistance d'une promotion publicitaire importante et continue des boissons alcooliques, alors que les campagnes de prévention contre l'abus d'alcool demeurent encore trop limitées et espacées.

Le rapport conclut que la lutte contre la consommation excessive d'alcool constitue un enjeu important de santé publique et que l'effort de prévention et d'éducation pour la santé ne doit pas être relâché. « Il appartient aux parlementaires de renforcer la loi, les actions de prévention et l'éducation pour la santé. »

Le code de la route

Dans le cadre de l'harmonisation des législations européennes, la France a opté pour un renforcement de la lutte contre l'alcool au

volant et un abaissement du taux d'alcoolémie autorisé à 0,5 gramme par litre dans le sang. La valeur de 0,5 gramme par litre dans le sang est sanctionnée par une contravention, la valeur de 0,8 gramme par litre correspond à un délit.

Les campagnes nationales

Les campagnes du Comité français d'éducation pour la santé

En 1984, les pouvoirs publics confiaient au CFES la mise en œuvre de la première campagne de prévention de la consommation excessive d'alcool.

1984-1986 Entre un verre et un verre de trop : l'axe de la responsabilité individuelle

La campagne « Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts ! » avait pour objectif de susciter auprès de tous les milieux sociaux une attitude de modération en donnant à chacun la possibilité de résister avec humour à la pression sociale.

En 1986, la campagne fut prolongée par une série de nouveaux spots « Pensez au deuxième verre pour l'eau » dont l'objectif, au-delà de la modération, était de favoriser la maîtrise individuelle et d'introduire une proposition de substitution.

1991-1995 Un nouveau regard sur les jeunes et l'alcool

Il fallut « une longue période d'abstinence » pour voir apparaître les premières campagnes destinées aux jeunes adolescents. En effet, ce n'est qu'en 1991, avec le soutien de la Cnamts, que fut lancée la campagne « Tu t'es vu quand t'as bu ! ».

Dans la mesure où les jeunes buveurs excessifs ne se considéraient pas « accros » à l'alcool, la campagne « Tu t'es vu quand t'as bu ! » insiste sur les conséquences négatives de l'alcool utilisé comme facilitateur relationnel.

Une campagne qui interpelle : le programme de la Cnamts et du CFES

Depuis 1997, la Cnamts et le CFES ont mis en place un nouveau programme de communication sur trois ans.

Autour de l'interrogation « Et vous avec l'alcool, vous en êtes où ? », les campagnes ont eu pour objectif de faire prendre conscience de l'abus en désignant les alibis de l'excès et de donner

des points de repère sur les notions d'excès et de modération.

L'alcool, une substance psychoactive reconnue : le cadre d'action de la Mildt et du CFES

Depuis juin 1999, la Mildt (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) s'est vu confier la coordination des politiques de prévention sur les substances psychoactives licites et illicites : tabac, alcool, drogues et usage détourné de médicaments, dopage.

Comme le rappelle le rapport du professeur Bernard Roques⁽⁵⁾, les études neuro-bio-pharmacologiques montrent que ces substances agissent toutes sur le système nerveux central, et sur un ou plusieurs neuromédiateurs, entraînant des modifications de comportement chez les consommateurs, avec des caractéristiques cliniques souvent identiques comme le risque de créer une dépendance. L'existence d'effets communs à l'ensemble de ces produits a conduit à regrouper ces comportements sous le cadre

générique de comportements d'usage, d'usage nocif et de dépendance aux substances psychoactives.

D'après le rapport du professeur Philippe-Jean Parquet⁽⁴⁾, l'approche par comportement d'usage opposée à celle de l'approche par produit doit permettre une construction plus efficace des messages de prévention.

Les actions de communication mises en œuvre depuis avril 2000 par le CFES et la Mildt, « Drogues, savoir plus risquer moins », ont eu pour objectif la mise à niveau des connaissances de la population sur les comportements d'usage de l'ensemble des substances psychoactives, à travers la mise à disposition d'informations scientifiquement validées⁽¹⁹⁾.

La communication de la Sécurité routière : le « conducteur désigné »

L'alcool au volant reste un facteur majeur d'accidents pour la Sécurité routière. Ces cinq dernières années, plusieurs campagnes nationales leur ont été consacrées.

De 1995 à 1997, les campagnes de la direction de la Sécurité routière « Autotestez-vous » ont eu pour objectif d'inciter les automobilistes à évaluer leur taux d'alcoolémie avant de prendre le volant et de renoncer à conduire si ce taux était trop élevé.

En 1999-2000, une nouvelle tonalité a été donnée aux campagnes, avec un nouveau registre de communication sur le thème du « conducteur désigné » : « Celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas », campagne dont la déclinaison a été menée avec de nombreux partenaires.

La communication du ministère de l'Éducation nationale : une première dans les lycées

L'éducation pour la santé à l'école est entreprise dans les écoles, collèges et lycées depuis une vingtaine d'années. Les enseignants et personnels de santé scolaires participent activement à différents projets d'actions éducatives.

Inquiet de l'évolution de la consommation d'alcool chez les jeunes, le ministre de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie a étendu les mesures déjà mises en place dans nombre d'établissements scolaires et a réalisé une campagne de prévention « L'alcool, parlons-en aussi au lycée ». Même si elle met plus particulièrement l'accent sur les conséquences sociales de l'abus de la consommation d'alcool, cette première campagne s'inscrit dans le cadre du plan national de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ⁽¹⁹⁾, adopté par le conseil des ministres en juin 1999.

Les actions de proximité

À la suite des conférences régionales de santé, 11 régions sur 22 ont choisi comme déterminant de santé prioritaire la consommation d'alcool (deux régions ayant choisi les pratiques addictives); ce choix souligne l'ampleur désor-

mais reconnue à cette problématique.

De nombreuses institutions, tant publiques que privées, spécialisées ou généralistes, participent à cet effort de prévention :

- les Caisses d'assurance maladie dépendant de l'assurance maladie (Cnamts);
- les Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA), associations composées de bénévoles et de professionnels affiliés à l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA);
- les structures d'alcoologie intégrées à des établissements publics (hôpitaux, centres municipaux de santé, Ddass) ou à des associations;
- les associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool telles que Vie libre, Croix d'or, Croix bleue, Alcooliques anonymes, Joie et santé, etc.;
- les Comités départementaux d'éducation pour la santé dépendant du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Qu'il s'agisse du système de soins du dispositif ambulatoire ou du système de soins hospitaliers, les professionnels de santé devraient tous être impliqués dans le dispositif de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool.

Les lieux spécialisés

Les 230 Centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) accueillent chaque année environ 100 000 consultants. Ces structures s'adressent à des patients à tous les stades de l'alcoolisation et offrent un accueil de proximité, un accompagnement médical, relationnel et social.

Cette prise en charge comporte plusieurs stades :

- le diagnostic et l'évaluation du risque des maladies liées à l'alcool ;
- le conseil et le suivi des personnes en difficulté avec l'alcool ;
- l'accompagnement des personnes dans les différentes phases du sevrage ;
- l'aide personnalisée à la famille et à l'entourage ;
- le suivi de la réinsertion sociale.

Les CCAA assurent également une fonction d'information,

d'éducation pour la santé, voire d'enseignement et de recherche, en liaison avec les Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA).

Une enquête de 1997 a répertorié environ 2 000 lits dans les unités d'alcoologie, au sein des établissements publics (centres de cure, services de gastroentérologie, de médecine interne, de psychiatrie).

Il faut également mentionner les lieux de postcure aidant le patient alcoolique à se réadapter à la vie sociale.

Les lieux non spécialisés

L'hôpital

Il joue un rôle important dans le domaine des soins aux personnes en difficulté avec l'alcool : 18 % des personnes hospitalisées en médecine, chirurgie et obstétrique, et 25 % en psychiatrie ont un problème avec l'alcool ; 6 % des patients sont hospitalisés pour une maladie liée à l'alcool ; 26 % des sujets arrivant aux urgences ont une maladie liée à l'alcool ; 12 % sont hospi-

talisés pour une conséquence de l'alcool^[1].

Comme le souligne le rapport Reynaud-Parquet^[1], les services hospitaliers et les services d'urgence devraient s'impliquer davantage dans le dépistage et les soins, permettre l'action d'une équipe d'alcoologie de liaison, proposer des soins alcoologiques spécifiques ne se limitant pas à la prise en charge des complications ou comorbidités.

Les médecins généralistes

De par sa proximité, la médecine de ville occupe une place stratégique dans le repérage des personnes en difficulté avec l'alcool, que ce soit en termes de prévention primaire ou secondaire. Les données du « Baromètre médecins généralistes »^[20] indiquent qu'au cours des sept jours précédant l'enquête, près d'un médecin sur deux a reçu des patients pour sevrage alcoolique. Toutefois, 70 % des médecins généralistes se sentent peu efficaces dans la prise en charge des buveurs à risque. Les modalités de prise en charge indiquent que les médecins ont de plus en plus tendance à

suivre leurs patients avec l'aide d'une structure spécialisée.

Les médecins du travail

Les médecins du travail occupent une place privilégiée au sein des entreprises pour faire de la prévention et orienter les patients en difficulté avec l'alcool. Toutefois, comme le souligne le rapport Reynaud-Parquet^[1], la stratégie de prévention en entreprise souffre de certaines résistances et de l'absence de directives réglementaires précises. La formation initiale et la formation spécifique des médecins du travail concernant les problèmes liés à l'alcool en milieu professionnel sont à renforcer.

En conclusion

Il est important de renforcer les synergies entre les différents intervenants et de favoriser le travail en réseau. Former à la prise en charge des patients alcoolodépendants est une recommandation majeure de la conférence de consensus organisée en 1999 par la Société française d'alcoologie (SFA) en collaboration avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation (Anaes)^[21].

La diminution de la consommation d'alcool depuis une trentaine d'années est le signe de l'évolution des modes de consommation des Français. Comme le soulignent différentes études, on assiste à une diminution sensible de la consommation quotidienne au profit d'une consommation au cours des week-ends. Les disparités entre sexes restent élevées : boire régulièrement ou en quantité demeure un comportement beaucoup plus fréquent chez les hommes.

En dépit de cette baisse générale de la consommation, l'alcool reste l'un des déterminants majeurs de maladies et de morts potentiellement évitables, et des inégalités sociales face à la santé. La consommation excessive d'alcool est impliquée dans la survenue de 16 000 cancers par an, de 10 000 décès par traumatismes (accidents, suicides, homicides), de 10 000 maladies gastro-intestinales (y compris cirrhose), de 10 000 décès liés à des maladies mentales et cardiovasculaires. Elle est également une cause importante d'accidents, en particulier de la route, et de diverses violences.

Face à la communication puissante des alcooliers, les efforts des politiques publiques doivent être poursuivis et amplifiés :

- en renforçant l'application de la réglementation ;
- en développant encore davantage l'information du public sur les conséquences sanitaires et sociales de l'alcool.

Les programmes d'éducation pour la santé des années à venir devront aussi :

- aider ceux qui ne boivent pas ou qui boivent peu à faire respecter leur choix ;
- aider la population à quantifier la modération (développer la notion de seuil de consommation à moindre risque) et accompagner cette information d'une argumentation précise fondée sur des éléments scientifiques indiscutables : seuils de toxicité, niveau de risque, etc. ;
- aider les consommateurs à risque à diminuer leur consommation.

L'ensemble de ce programme passe par des actions de communication publique et d'information, mais aussi par des actions de proximité et une implication renforcée de tous les acteurs de santé : personnels éducatifs et sociaux, animateurs spécialisés, personnels des associations, professionnels de santé et structures spécialisées. La cohérence et la synergie des actions de prévention sont nécessaires.

Un travail d'amélioration des indicateurs de suivi de la consommation d'alcool par la population, de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool est en cours. Un travail pluri-institutionnel de tous les producteurs de données est nécessaire.

- [1] REYNAUD M., PARQUET P.-J. *Les personnes en difficulté avec l'alcool* (Rapport de mission 1998). Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1999 : 294 p.
- [2] HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France, 1994-1998*. Paris : La Documentation française, 1998 : 310 p.
- [3] PARQUET P.-J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 108 p.
- [4] PARQUET P.-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998 : 46 p.
- [5] ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Paris : La Documentation française-Odile Jacob, 1999 : 316 p.
- [6] THUN M.J., PETO R., LOPEZ A.D. ET AL. *Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults*. *New England Journal of Medicine* 1997 ; 337 (24) : 1075-1714.
- [7] HILL C. *Alcool et risques de cancer*. *THS La revue des addictions* 1999 ; 1 (3) : 46-49.
- [8] FÉDÉRATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DE LA SANTÉ. *La santé observée dans les régions de France*. Synthèse nationale des tableaux de bord régionaux sur la santé. Paris : Fnors, 1997 : chap. 8 : « L'alcool et ses conséquences sur la santé ».
- [9] ASSOCIATION NATIONALE DE PRÉVENTION DE L'ALCOOLISME. *Statistiques 1999*. Paris : ANPA, 1999 : 11 p.
- [10] HUAS D., ALLEMAND H. ET AL. *Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste*. *La Revue du praticien-Médecine générale* 1993 (203) : 39-44.
- [11] DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. *Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1998*. Informations issues de l'exploitation du rapport-type. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai 2000 : 17 p.
- [12] ARÈNES J., BAUDIER F. (DIR.) *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 288 p.
- [13] *Baromètre santé, premiers résultats 2000*. Vanves : CFES, septembre 2000.
- [14] CFES/CNAMTS/IPSON OPINION. *Les habitudes de consommation d'alcool des Français*. Étude quantitative France métropolitaine, septembre 1998.
- [15] CFES/CNAMTS/BVA. *Évaluation de la campagne de communication sur la prévention de la consommation excessive d'alcool*. Rapport de synthèse, novembre 1999.
- [16] CFES/CNAMTS/DÉMOSCOPIE. *Évaluation de la campagne de communication sur la prévention de la consommation excessive d'alcool*. Rapport de synthèse, novembre 2000.
- [17] ARÈNES J., JANVRIN M.-P., BAUDIER F. (DIR.) *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 328 p.
- [18] COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, CONSEIL NATIONAL DE L'ÉVALUATION. *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*. Rapport d'évaluation. Instance présidée par Guy Berger. Paris : La Documentation française, 1999 : 560 p.
- [19] MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, 1999-2000-2001*. Vanves : CFES/Mildt, coll. Drogues savoir plus, 1999 : 34 p.
- [20] BAUDIER F., ARÈNES J., GUILBERT P. (DIR.) *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 218 p.
- [21] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ ET SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. *Conférence de consensus : objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant*. Texte du consensus et texte des recommandations. Paris : Anaes, 1999 : 32 p. + 12 p.

**Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA)
et son réseau régional et départemental**
20, rue Saint-Fiacre, 75002 Paris

**Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)
et son réseau régional et départemental**
66, avenue du Maine, 75014 Paris

**Comité français d'éducation pour la santé (CFES)
et son réseau régional et départemental**
2, rue Auguste-Comte, BP 51, 92174 Vanves Cedex

**Ligue nationale contre le cancer
et ses comités départementaux**
1, avenue Stephen-Pichon, 75013 Paris

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
8, avenue de Ségur, 75007 Paris

**Mission interministérielle de lutte contre la drogue
et la toxicomanie (Mildt)**
10, place des Cinq-Martyrs du lycée Buffon, 75014 Paris

SITES INTERNET

ANPA (*français*)
<http://www.anpa.asso.fr>

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
(*français, anglais*)
<http://www.ccsa.ca>

CFES (*français*)
<http://www.cfes.sante.fr>

Cnamts (*français, anglais*)
<http://www.cnamts.fr>

Haut Comité de la santé publique (*français*)
<http://www.hcsp.ensp.fr>

Mildt (*français*)
<http://www.drogues.gouv.fr>

OMS (*français, anglais*)
<http://www.oms.ch>

Secrétariat d'État à la Santé (*français*)
<http://www.sante.gouv.fr/alcool>