

Les addictions au tabac et à l'alcool

**Étienne CANIARD, rapporteur, et Marie-Josée AUGÉ-CAUMON,
co-rapporteure**

LES ADDICTIONS AU TABAC ET À L'ALCOOL

Avis du Conseil économique, social et environnemental

présenté par

Étienne CANIARD, rapporteur, et Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, co-rapporteure

Au nom de la

Section des affaires sociales et de la santé

Sommaire

AVIS	4
SYNTHESE	5
INTRODUCTION	9
I - CONSTAT	13
A - Le manque de constance des politiques publiques	13
B - Les évolutions des habitudes de consommation et des représentations	16
II - PRECONISATIONS	19
A - Axe 1 : Fonder les politiques sur la réalité des dommages	21
1. Se doter d'une méthodologie pour des objectifs et un suivi plus transparents	21
2. Généraliser les outils de prévention qui ont démontré leur efficacité	23
B - Axe 2 : Créer les conditions d'une rencontre précoce avec le soin	29
1. Consolider l'implication de l'ensemble des professionnelles et professionnels de santé de premiers recours	30
2. Organiser les interactions avec les structures hospitalières et médico-sociales	31
C - Axe 3 : Proposer une prise en charge adaptée à la diversité des besoins et des parcours de vie	33
1. Diversifier les réponses en donnant toute sa place à la réduction des risques	33
2. Adopter des réponses globales et ciblées sur les publics plus vulnérables	37
CONCLUSION	40
DÉCLARATIONS/ SCRUTIN	43
ANNEXES	47
N°1 Composition de la Section des affaires sociales et de la santé à la date du vote	48
N°2 Liste des personnalités entendues	50
N°3 Les structures de soins et d'accompagnement en addictologie.....	53
1. Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	53
2. Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)	54
3. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC).	55
N°4 Table des sigles	56
N°5 Bibliographie.....	57

Avis

Présenté au nom de la Section des affaires sociales et de la santé

L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 133 voix contre 33 et 6 abstentions

LES ADDICTIONS AU TABAC ET À L'ALCOOL

Étienne CANIARD, rapporteur, et Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, co-rapporteure

SYNTHESE

Axe 1 : Fonder les politiques sur la réalité des dommages

Se doter d'une méthodologie pour des objectifs et un suivi plus transparents

Préconisation n°1 :

Soutenir la recherche, indépendamment des industriels intervenant dans les secteurs de l'alcool et du tabac, favoriser la connaissance de ses résultats, mieux les utiliser pour fixer les objectifs et évaluer leur suivi.

Préconisation n°2 :

Identifier les priorités d'aujourd'hui sur des critères objectifs: populations qui connaissent une augmentation de la consommation, jeunes, femmes, femmes enceintes, et adapter les campagnes de communication et de prévention à ces populations.

Préconisation n° 3:

Pour chaque priorité identifiée, définir les indicateurs pertinents qui permettront un suivi et une évaluation des politiques publiques: il s'agit de disposer de données épidémiologiques plus régulières et plus précises, de les rendre publiques et de les confronter aux politiques publiques conduites.

Généraliser les outils de prévention qui ont démontré leur efficacité

Préconisation n°4:

A l'école et au collège, renforcer la prévention dès le plus jeune âge, via notamment l'acquisition des compétences psychosociales, en y associant les familles.

Préconisation n°5:

Encourager les actions de prévention auprès des jeunes conduites en particulier par les pairs et pour cela, organiser, avec les acteurs et actrices concernés, la formation des intervenants et intervenantes, la construction des dispositifs et leur évaluation.

Préconisation n°6:

Pour contribuer à un environnement plus favorable à la prévention : créer un périmètre sans publicité pour les boissons alcoolisées, notamment près des lieux d'éducation et de formation, instaurer un prix minimum des boissons alcoolisées vendues dans les lieux de fête, imposer aux organisateurs et organisatrices de festivités de les préparer avec les acteurs et les actrices de la réduction des risques.

Préconisation n°7:

Renforcer, via notamment la formation initiale et continue, les pratiques des médecins, des sages-femmes et des autres professionnels et professionnelles en matière de prévention des consommations de substances psychoactives, en particulier pendant la grossesse.

Synthèse de l'avis

Préconisation n°8:

Consacrer le rôle des instances représentatives du personnel dans la prévention des addictions au tabac et à l'alcool. Pour cela, proposer à leurs membres des formations d'acculturation à cette prévention, mobiliser et accompagner les entreprises dans leurs démarches d'évaluation des risques et de planification concrète de la prévention tabac/alcool et appliquer à la prévention des addictions au tabac et à l'alcool les actions cibles du plan santé au travail 2016-2020 sur la promotion d'un environnement de travail favorable à la santé.

Préconisation n°9 :

Assurer la transparence, la cohérence et l'indépendance de la politique publique de prévention des addictions à l'alcool, et pour cela, exclure la filière des boissons alcoolisées de sa définition et de sa mise en œuvre, comme cela est le cas pour le tabac.

Axe 2 : Créer les conditions d'une rencontre précoce avec le soin

Consolider l'implication de l'ensemble des professionnelles et professionnels de santé de premiers recours

Préconisation n°10:

Renforcer l'action des médecins généralistes, des autres professionnels et professionnelles de santé de premier recours ainsi que des intervenantes et intervenants du secteur socio-éducatif sur les addictions au tabac et à l'alcool. Pour cela, renforcer les formations et redéfinir une stratégie nationale de diffusion du RPIB.

Préconisation n°11:

Proposer systématiquement aux personnes admises aux urgences ou hospitalisées en raison d'un trouble liée à une addiction d'être orientées à leur sortie de l'hôpital vers les structures de soin et d'accompagnement en addictologie (CSAPA, CAARUD, CJC).

Organiser les interactions avec les structures hospitalières et médico-sociales

Préconisation n°12 :

Impliquer davantage les ARS en réaffirmant deux objectifs dans leurs missions: l'organisation du maillage territorial des dispositifs de soin et d'accompagnement en addictologie ; la complémentarité et le travail coordonné de l'ensemble des acteurs et actrices (professionnels et professionnelles de premier recours, structures hospitalières d'addictologie, CSAPA, CAARUD et CJC).

Axe 3 : Proposer une prise en charge adaptée à la diversité des besoins et des parcours de vie

Diversifier les réponses en donnant toute sa place à la réduction des risques

Préconisation n°13:

Expérimenter, évaluer et diffuser les programmes de réduction des risques alcool et

tabac.

Préconisation n°14 :

Sur cette base, organiser, en particulier vers les soignants de premier recours, les patients et patientes, leur entourage, les associations actives dans le champ des addictions au tabac et à l'alcool, une communication des pouvoirs publics (Ministère de la santé, HAS, Santé publique France) sur la diversité et la complémentarité des solutions possibles relevant de la réduction des risques, leurs indications et leurs limites

Préconisation n°15

Positionner la cigarette électronique avec ou sans nicotine parmi les autres dispositifs de sevrage tabagique : l'intégrer dans le discours de prévention des addictions ; former les professionnels et professionnelles de la santé à l'accompagnement qu'elle implique (comme tout dispositif de réduction des risques) ; en exclure les industries du tabac.

Adopter des réponses globales et ciblées sur les publics plus vulnérables

Préconisation n°16 :

Accorder davantage de moyens aux CSAPA et CAARUD en fléchant ces ressources vers les publics plus vulnérables pour leur permettre d'assurer la coordination d'un suivi sanitaire et médico-social.

Préconisation n° 17:

Multiplier les Consultations jeunes consommateurs "hors les murs", dans les lieux de vie et de passage des jeunes, pour faciliter les consultations, et renforcer leur rôle de coordination de l'accompagnement et de prévention collective

Préconisation n° 18:

Soutenir la création de consultations d'addictologie pour femmes dans les CSAPA ou dans d'autres regroupements professionnels et créer davantage de structures résidentielles dédiées à l'accompagnement des femmes.

Avis

1 Cet avis intervient dans le cadre d'un partenariat entre le Conseil économique,
2 social et environnemental (CESE) et la Cour des comptes.

3 La Cour a réalisé un important travail d'évaluation des politiques publiques de lutte
4 contre le tabagisme et contre la consommation nocive d'alcool. Ses rapports, publiés
5 en juin 2016 (*Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*) et
6 décembre 2012 (*Les politiques de lutte contre le tabagisme*), avec pour ce dernier,
7 un travail de suivi présenté en 2016 dans le cadre du rapport public annuel de la Cour
8 (chapitre intitulé *La lutte contre le tabagisme: une politique à consolider*), ont été
9 salués pour la richesse, l'exhaustivité et la cohérence de leurs recommandations.

10 La section des Affaires sociales et de la santé du CESE a auditionné les
11 rapporteuses et rapporteurs¹ de ces travaux et cet avis ne reviendra pas sur
12 l'ensemble des mesures préconisées par la Cour des comptes que le CESE partage
13 et soutient. Il s'attache à rechercher les voies d'une cohérence des politiques
14 publiques, d'une modification de la représentation sociale de l'alcool et d'une action
15 coordonnée des différentes actrices et différents acteurs notamment les
16 professionnels et professionnelles de santé, pour un repérage plus précoce des
17 situations problématiques et un meilleur accompagnement.

18 INTRODUCTION

19 Le tabagisme et la consommation nocive d'alcool représentent respectivement
20 les première et deuxième causes de mortalité évitable en France.

21 **Le tabac provoque chaque année la mort de plus de 73 000 personnes².** Il
22 est la première cause de mortalité par cancer, contribue à la survenue de maladies
23 respiratoires, il accroît les risques de maladies cardio-vasculaires précoces et
24 d'hypertension artérielle. Un fumeur ou une fumeuse sur deux meurt du tabac. Les
25 conséquences du tabac sur la santé sont établies depuis les années 50. Il a fallu
26 toutefois du temps, des politiques publiques résolues et contraignantes pour que la
27 population en prenne conscience, modifie sa représentation du tabac avec des effets
28 qui commencent à être perceptibles sur la réduction de la consommation.

29 La baisse du tabagisme constatée entre 2016 et 2017 (1 million de fumeuses et
30 fumeurs quotidiens en moins), marque un progrès remarquable. Elle touche
31 particulièrement les jeunes de 18 à 24 ans. Elle concerne aussi les femmes, chez qui
32 la prévalence du tabagisme était en constante augmentation depuis les années 1970.
33 Elle s'est accompagnée d'un recul du début de la consommation (passé de 14 ans à

¹ Audition le 7 mars 2018 de M. Patrick Lefas, Président de la formation interjuridiction de lutte contre les consommations nocives d'alcool, de M. Nicolas Brunner, Conseiller Maître, du Professeur Patrick Netter, Conseiller expert et de Mme Esméralda Luciolli, rapporteure extérieure

² Institut national de la veille sanitaire et Santé Publique France (Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 16-17-18 mai 2013)

1 14,4 ans entre 2014 et 2017)³. Alors que les inégalités sociales face au tabac ne
2 cessaient de croître depuis le début des années 2000, la prévalence tabagique a
3 baissé chez les demandeurs et demandeuses d'emploi ainsi que chez les personnes
4 à revenu faible et à moindre qualification professionnelle.

5 La prévalence du tabagisme quotidien demeure néanmoins très élevée en
6 France: 31,9% des personnes de 18 à 75 ans déclarent fumer et 26,9% des
7 Françaises et des Français fument quotidiennement (contre 29,4% en 2016). Plus
8 d'un quart des jeunes de 17 ans (25,1%) disent fumer chaque jour⁴. Les résultats
9 obtenus au Royaume-Uni montrent que des marges de progression importantes
10 existent dès lors que les bons leviers sont utilisés de façon pérenne, notamment celui
11 du prix.

12 **L'abus d'alcool est responsable de 49 000 décès par an.** Il est la première
13 cause de mortalité prématurée, la première cause de mortalité chez les 18-25 ans, la
14 seconde cause de mortalité évitable. Il est l'un des premiers motifs d'hospitalisation :
15 publiée en 2015, une étude⁵ lui impute 580 000 séjours en établissements de
16 Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et plus de 2 700 000 journées d'hospitalisation
17 en psychiatrie. Derrière ces chiffres bruts se cachent un très important sous
18 diagnostic et des retards de prise en charge. En effet, parmi les hospitalisations en
19 MCO liées à l'alcool, 83,9% sont dues à des conséquences pathologiques de l'alcool
20 (intoxications aiguës et complications) et seulement 16,1% des séjours concernent le
21 traitement de la dépendance. Moins de 15% des personnes présentant un trouble de
22 l'usage de substances, bénéficient d'un traitement. Enfin, plus de 3000 enfants nés
23 entre 2006 et 2013 – soit presque une naissance par jour – ont présenté au moins une
24 conséquence liée à la consommation d'alcool par leur mère. Le Syndrome
25 d'alcoolisation fœtale (SAF) constitue la forme la plus grave de ces troubles.

26 **Au-delà de la santé, les conséquences de l'alcoolisation excessive sont**
27 **sociales.** Il est difficile d'appréhender le rôle de l'alcool dans les violences car, ainsi
28 que la Cour des comptes le souligne, "*l'alcool n'est pas un élément constitutif de*
29 *l'infraction mais une cause ou une circonstance de sa commission*". La Cour des
30 comptes ajoute toutefois que les forces de l'ordre "*indiquent de manière empirique*
31 *que près de 70% des violences et agressions seraient consécutives à un abus*
32 *d'alcool*". Ce chiffre est le résultat d'une extrapolation: force est de constater que la
33 corrélation entre alcool et actes de violence (intrafamiliales, délits sexuels, mauvais
34 traitements à enfant, délinquance des mineures et des mineurs) n'est pas
35 suffisamment documentée. Le soutien à la recherche, objet de la première
36 préconisation de cet avis, a entre autre pour objectif d'améliorer la connaissance sur
37 ce sujet. Ces violences sont très présentes dans les sphères privée et familiale, à

³) Santé Publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 29 mai 2018

⁴ Santé Publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 29 mai 2018

⁵ L'étude portait sur l'ensemble des séjours hospitaliers de 2012. Elle a été réalisée par l'Institut de veille sanitaire et publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire en juillet 2015

1 l'encounter des femmes et des enfants. L'alcool serait ainsi impliqué dans près de la
2 moitié des violences sexuelles au sein du ménage⁶. Dans le champ du travail, l'alcool
3 accroît les risques d'accidents : 10 à 20% d'entre eux seraient dus directement à
4 l'alcool⁷. Sur les routes, il est responsable de 25 à 30% des accidents mortels et de
5 50% environ des délits⁸. Selon l'Observatoire national interministériel de la sécurité
6 routière, l'alcool a constitué en 2017, la première cause de 17% des accidents
7 mortels⁹. Enfin, l'addiction à l'alcool est une épreuve quotidienne, sociale,
8 psychologique et bien souvent matérielle, pour la famille et les entourages (quand "*un*
9 *malade boit... cinq personnes souffrent*" indiquent les associations de soutien aux
10 proches, qui rappellent qu'il "*n'est pas nécessaire de boire pour souffrir de*
11 *l'alcoolisme*")¹⁰.

12 Aujourd'hui équivalente selon l'OMS¹¹ à 12,6 litres d'alcool pur par habitant ou
13 habitante et par an, la consommation d'alcool baisse pourtant de façon quasi-
14 continue en France depuis la fin des années 50, essentiellement du fait d'une
15 réduction de la consommation de vin. Depuis 2008, cette diminution se fait à un
16 rythme moins rapide. Si, à l'issue de cette baisse, la France fait moins figure
17 d'exception, elle demeure parmi les pays ayant un haut niveau de consommation.

18 **Les comportements changent.** Si la consommation régulière baisse, la
19 fréquence des Pratiques d'alcoolisation ponctuelle importante (API) demeure
20 préoccupante, même si pour 2017, l'enquête ESCAPAD¹² fait apparaître une
21 diminution notable de ces API chez les jeunes (-4%) que l'on peut raisonnablement
22 attribuer à l'impact du dispositif CJC (Consultations jeunes consommateurs) et à
23 l'intervention précoce.

24 **Les méthodologies de calcul des coûts globaux pour la société du**
25 **tabagisme et de la consommation excessive d'alcool, sont discutées.** Pour
26 autant, les imprécisions éventuelles ne pèsent pas au regard des ordres de grandeur
27 tels qu'ils ont été estimés par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies
28 (OFDT). Celui-ci a, en septembre 2015, évalué à 120 milliards d'euros le coût social
29 annuel du tabac et à 120 milliards d'euros également, celui de l'alcool.

30 **La comparaison avec le coût social des drogues illicites, estimé à 8,7**
31 **milliards d'euros, interroge sur la façon dont sont politiquement traitées les**
32 **différentes addictions.** La réflexion n'est pas nouvelle. En 1994, le Comité
33 consultatif national d'éthique avait, dans un avis consacré aux toxicomanies, décidé
34 d'analyser les effets du tabac et de l'alcool au même titre que ceux des drogues

⁶ L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes de violences, de menaces ou d'injures, décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes « Cadre de vie et sécurité », de 2009 à 2012 publiée dans Repères, ONDRP, décembre 2012.

⁷ INRS, Pratiques addictives en milieu de travail, mars 2013

⁸ Cour des comptes, Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, précité, page 37.

⁹ Observatoire national interministériel de la sécurité routière, Les infractions au code de la route et au code des transports, bilan statistique 2017.

¹⁰ Citation tirée du fascicule de présentation des groupes familiaux AI-ANON/ALATEEN qui réunissent familles, amis et amies de malades alcooliques.

¹¹ OMS, Global status report on alcohol and health, 2018, Appendix I, Alcohol Consumption

¹² Enquête ESCAPAD 2017, OFDT

1 illicites et des médicaments psychotropes. En 1997, le rapport du professeur Roques
2 sur *La dangerosité des drogues* proposait, pour la première fois, une classification
3 écartant toute distinction fondée sur des critères juridiques ou culturels, pour se baser
4 dans une approche globale des dépendances, sur les effets des différents
5 psychotropes sur le cerveau. Le CESE partage cette approche et souligne que les
6 addictions sont des pathologies qui se caractérisent par la dépendance aux produits.
7 Les personnes qui en souffrent sont de fait privées de la liberté de s'abstenir. Cette
8 définition conduit à reconnaître que même licites, tabac et alcool doivent être
9 considérés comme des drogues.

10 **Ces rapports ont certainement participé à une prise de conscience et à des**
11 **changements.** La création, par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et
12 médico-sociale, des Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en
13 addictologie (CSAPA, cf. infra), qui réunissent dans un même lieu les spécialistes de
14 différents types d'addictions (tabac, alcool, drogues), a constitué un progrès en
15 favorisant une culture commune entre les professionnels et les professionnelles. En
16 2014¹³, l'ancienne MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la
17 toxicomanie) est devenue MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les
18 drogues et les conduites addictives). Pour autant, il persiste un fort contraste entre la
19 vigueur des règles appliquées aux produits illicites et les hésitations des pouvoirs
20 publics dans la définition et la mise en œuvre des politiques relatives à l'alcool et au
21 tabac. Cet avis milite pour des politiques plus résolues et plus cohérentes dans ces
22 deux domaines.

23 **Les travaux de la Cour des comptes sont venus compléter d'autres travaux**
24 **dont les conclusions convergent.** Si les politiques publiques de lutte contre le tabac
25 ont intégré ces conclusions et permis d'obtenir des résultats très encourageants, ce
26 n'est pas le cas pour l'alcool. Si l'image du tabac est devenue négative, la
27 consommation d'alcool demeure valorisée bien que ses conséquences sur la santé
28 soient connues. Il faut encore, trop souvent, pour intégrer un groupe, « savoir bien
29 boire », c'est-à-dire savoir consommer de l'alcool selon les "usages" liés à la
30 représentation sociale de l'alcool. Les approches manichéennes l'emportent et le
31 débat sur l'alcool est trop souvent réduit à une confrontation sans issue entre la
32 défense d'une tradition et d'une culture françaises du vin et une vision "hygiéniste" de
33 la consommation d'alcool qui met en avant ses effets délétères quelles que soient les
34 quantités. Cette approche réductrice empêche la mise en œuvre de politiques
35 adaptées à la réalité sans culpabiliser tous les buveurs et les buveuses de vin. Nier
36 la dimension plaisir d'une consommation modérée et maîtrisée devient
37 paradoxalement un handicap pour développer des politiques de prévention
38 notamment vis à vis des jeunes et des enfants et pour apporter des réponses à celles
39 et ceux qui ne maîtrisent plus leur consommation. Le choix n'est pas entre laxisme et
40 prohibition. Une voie existe entre le déni des méfaits de l'alcool et les discours prônant
41 l'abstinence, rassurants mais peu efficaces. Cette voie est celle de la réduction des
42 risques et des dommages, sanitaires bien sûr mais aussi des violences liées aux
43 consommations excessives d'alcool. Elle n'ignore ni les dangers ni le plaisir que l'on
44 peut trouver dans une consommation raisonnable mais modérée. Mais elle exige plus

¹³ Décret n°2014-322 du 11 mars 2014

1 de cohérence et de continuité dans les politiques publiques ainsi que davantage de
2 mobilisation et de coordination.

3 **Les récents succès dans la lutte contre le tabac ne doivent pas conduire à**
4 **relâcher les efforts mais au contraire à les amplifier.** Ils doivent également servir
5 d'exemple dans la lutte contre les consommations nocives d'alcool. Si la quantité
6 moyenne d'alcool consommée diminue régulièrement depuis plusieurs décennies,
7 nos résultats demeurent insuffisants comparés à la majorité des autres pays. Surtout,
8 les moyennes cachent une réalité qui devrait guider les politiques publiques: à eux
9 seuls, un tiers des buveurs consomment 90% de l'alcool commercialisé en France¹⁴.
10 Les efforts doivent être concentrés sur cette partie de la population et sur les moyens
11 d'éviter le passage d'une consommation "acceptable" ou "raisonnable" en terme de
12 risque et vécue comme positive par les utilisateurs et utilisatrices, à une
13 consommation plus nocive.

14 Pour le CESE, il convient de veiller à la cohérence des messages et des mesures
15 mises en œuvre, notamment pour les prélèvements fiscaux et les prix et d'éviter la
16 confusion des rôles, particulièrement en matière d'information et de prévention.

17 I - CONSTAT

18 Il s'est écoulé plus de quarante ans depuis les premières mesures de lutte contre
19 le tabac. Les dispositions visant à contrôler la consommation d'alcool sont plus
20 anciennes encore. Le bilan n'est pas à la hauteur des ambitions : il confirme toute la
21 difficulté de mettre en œuvre, dans la durée, des politiques publiques cohérentes
22 centrées prioritairement sur des objectifs de santé publique. Il montre également que
23 si la législation et la réglementation sont indispensables, elles ne suffisent pas.

24 A - Le manque de constance des politiques 25 publiques

26 **En 1991, la loi Évin a donné à la lutte contre le tabagisme et contre la**
27 **consommation excessive d'alcool, un cadre considéré comme exemplaire.**
28 Son adoption marquait la volonté des pouvoirs publics français de montrer la voie en
29 Europe en matière de politiques de prévention. Certes, quinze années auparavant, la
30 loi Veil (1976) avait déjà imposé un certain nombre de restrictions. Mais cette
31 législation avait montré ses limites et avec la loi Evin, il s'agissait bien de marquer un
32 tournant. La loi vise le tabac et l'alcool et se structure autour de trois axes : la publicité,
33 la réglementation des lieux de consommation, le prix.

34 La loi était d'emblée plus restrictive pour le tabac, en interdisant « *toute*
35 *propagande ou publicité, directe ou indirecte* », ce qui inclut le parrainage, ainsi que
36 toute distribution gratuite. Elle a imposé la mention « *Nuit gravement à la santé* » sur

¹⁴ OFDT, 2014 (cité par le professeur Michel Reynaud, lors de son audition le 12 septembre 2018). Ces chiffres peuvent différer selon les sources, sans que cela ne remette en cause le constat d'une forte concentration de la consommation d'alcool.

1 les paquets de cigarettes (l'obligation d'apposer un message sanitaire a été
2 généralisée à tous les emballages des produits du tabac en 1994) et diminué la teneur
3 maximale autorisée en goudron des cigarettes. Elle a parallèlement renforcé la
4 protection des non-fumeurs et des non-fumeuses, en élargissant l'interdiction de
5 fumer à tous les lieux « à usage collectif », sauf autorisation explicite. De fait, la loi du
6 10 janvier 1991 imposait avec plusieurs années d'avance, un régime en ligne avec
7 les recommandations que l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁵ adoptera bien
8 plus tard. Elle proposait une approche d'ensemble, cohérente et équilibrée.

9 **Cette ambition n'a pas été confirmée et l'histoire de la loi Evin est avant tout**
10 **celle d'une « déconstruction »**. Deux ans après son adoption, les premières
11 dérogations apparaissent sur le tabac (en faveur de la retransmission télévisée des
12 compétitions de sport mécanique se déroulant à l'étranger ainsi que pour les
13 publications professionnelles) mais c'est avant tout sur le volet consacré à l'alcool
14 que les reculs ont été nombreux:

- 15 - en 1994, le Parlement a autorisé la publicité par affichage, interdite dans la loi
16 initiale (sauf dans les zones de production) ;
- 17 - depuis 1999, les maires peuvent autoriser les groupements sportifs à vendre
18 de l'alcool ;
- 19 - en 2005, la loi a autorisé les références aux appellations d'origine et aux
20 saveurs olfactives et gustatives, permettant ainsi aux publicitaires de séduire
21 et de faire rêver ;
- 22 - en 2009, elle a autorisé la publicité pour l'alcool sur internet (en excluant
23 cependant les sites destinés à la jeunesse, dédiés au sport et à l'activité
24 physique), ce qui permet d'atteindre des populations ciblées ;
- 25 - en 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a retiré du champ
26 de l'interdiction, la publicité dite « rédactionnelle » (contenus relevant de
27 l'information œnologique, relatifs par exemple à une région de production, une
28 toponymie, une référence ou une indication géographique, un terroir, un
29 itinéraire, une zone de production, un savoir-faire, un patrimoine..). La
30 perspective d'une telle autorisation, déjà évoquée en 2015 dans le cadre de la
31 loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, avait
32 pourtant suscité une réaction virulente des acteurs et actrices de la santé
33 publique.

34 **En outre, certaines possibilités ouvertes par la loi Evin ont été sous-**
35 **utilisées**. Les hausses des prix du tabac comptent parmi celles-ci. Elles produisent
36 pourtant, quand elles sont significatives, un effet immédiat sur les ventes¹⁶. La loi Evin

¹⁵ Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) du 21 mai 2003 et Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool du 21 mai 2010

¹⁶ La question de l'impact d'une hausse des prix sur les achats hors réseau (achats licites par les voyageurs et voyageuses qui respectent les quantités d'importation autorisées, achats illicites par internet, contrebande transfrontalière, contrefaçon), peut être posée. Elle est régulièrement soulevée par les buralistes, pour qui il faut prendre ces achats en considération car ils viennent atténuer les effets des hausses des prix sur la

1 les a facilitées en excluant le prix du tabac de l'indice du coût de la vie (auquel est
2 indexée la revalorisation de nombreuses prestations). Entre 1977 et 1991, la hausse
3 du prix du tabac, couplée à l'interdiction de la publicité, a conduit à une première
4 diminution en volume du marché du tabac, qui faisait suite à une période de stabilité.
5 Les augmentations du prix du tabac intervenues par la suite ont elles aussi produit un
6 effet. La plus importante (+ 9%) a été mise en œuvre en 2003-2004 dans le contexte
7 du premier plan cancer. Le paquet de la marque la plus vendue est passé de 3,60
8 euros en décembre 2002 à 5 euros en janvier 2004. Mais, cette même année, les
9 industries du tabac ont obtenu un « moratoire fiscal ». Les augmentations de prix plus
10 modestes, de l'ordre de 6%, intervenues en 2007, 2009 et 2010, n'ont pas produit le
11 même effet. Le deuxième plan cancer (2009-2013) ne comportait pas de hausses
12 des taxes.

13 **L'interdiction de la vente et de la distribution gratuite de tabac aux mineures**
14 **et mineurs, proposée dès la discussion du projet de loi, n'a été votée au**
15 **Parlement qu'en 2003** (loi du 31 juillet 2003), pour les moins de 16 ans, avec pour
16 les buralistes, une sanction peu dissuasive (150 euros). Cette interdiction n'a été
17 élargie au moins de 18 ans qu'en 2009 (par la loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital,
18 Patients, Santé et Territoires»). L'interdiction de fumer dans certains espaces a été
19 étendue en 2007 à tous les lieux fermés et couverts recevant du public, à ceux qui
20 accueillent des jeunes mineures et mineurs, aux lieux de travail et à l'ensemble des
21 transports en commun. Depuis 2008, il est interdit de fumer dans les restaurants, les
22 cafés, les bars, les casinos et les discothèques. La loi du 21 juillet 2009 a interdit
23 l'implantation de lieux de vente dans les zones « protégées », autour d'édifices et
24 d'établissements spécifiques tels que les établissements scolaires, de santé ou de
25 sport. Ces mesures, dont l'utilité a pourtant été démontrée, ne sont pas toujours
26 appliquées avec la rigueur qui serait nécessaire. Parallèlement, les règles
27 d'étiquetage des produits du tabac ont été renforcées : les messages à caractère
28 sanitaire ont été renouvelés, leur taille et leur visibilité, accrues. Depuis 2011, les
29 producteurs et productrices ont l'obligation d'apposer des photos chocs, avec un
30 avertissement, sur la moitié de la surface du paquet.

31 **Les industries du tabac et de l'alcool utilisent des stratégies de lobbying**
32 **ciblées et éprouvées.** En 1991, le débat sur le projet de loi Evin avait vu les clivages
33 politiques classiques s'effacer, notamment au profit d'alliances entre parlementaires
34 des régions viticoles. Les pratiques d'influence et d'ingérence des industriels dans les
35 politiques de santé sont documentées et recensées par les associations actives dans
36 le champ de la prévention. Si la protection de la viticulture française est constamment
37 mise en avant, une grande part de ce lobbying est le fait des entreprises du marketing
38 et de la publicité qui voient dans la loi Evin, une entrave à leurs activités.

consommation. Dans son rapport public annuel 2016, la Cour des comptes plaide pour une action européenne plus forte et convient que les divergences de fiscalité et les différences de prix persistantes en Europe, portent atteinte à l'efficacité de la lutte contre la prévalence du tabagisme. Elle constate néanmoins que l'effet des hausses de prix sur la consommation est direct, même s'il est différencié selon leur ampleur. Elle remarque en outre l'absence de données objectives permettant d'évaluer le montant du commerce illicite et donc l'impact d'une hausse des prix sur son intensité. Celle-ci fait en effet l'objet d'analyses très divergentes, entre les buralistes (qui l'évaluent à 26%) et l'administration (qui l'évalue à 6%).

B - Les évolutions des habitudes de consommation et des représentations

Le tabac et l'alcool se distinguent fortement sur ces plans.

La consommation de tabac est moins présente dans la culture française que la consommation d'alcool. L'opinion mesure mieux le risque du tabac, lié notamment à la perception immédiate de son caractère addictif et au risque élevé de cancer. Ce contexte a facilité l'acceptation progressive des mesures législatives et réglementaires adoptées depuis plusieurs années. Parallèlement (cet avis y reviendra), l'utilisation de la cigarette électronique, de façon tantôt exclusive, tantôt concomitante, a émergé et s'est répandue dans la population française, offrant ainsi la possibilité d'une approche de la lutte contre le tabagisme fondée sur la réduction des risques. Ce point essentiel est développé dans la partie de l'avis traitant de ce sujet. Selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique du 22 février 2016, 6% de la population des 15-75 ans utilisent la cigarette électronique. 57,3% l'utilisent quotidiennement, 30% de manière hebdomadaire et 12,7% moins souvent. Presque 6 fumeurs ou fumeuses sur 10 (57,8%) disent avoir expérimenté la cigarette électronique, tandis que cette prévalence d'expérimentation n'est que de 5,6% chez les non-fumeurs et les non-fumeuses. La représentation sociale du tabac a changé et l'on peut penser que les bons résultats obtenus récemment, notamment chez les jeunes, signent le début d'une « dénormalisation ». Dans ce contexte plus favorable, le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) de 2014 a donné un nouvel élan à la lutte contre cette addiction. En outre, la campagne « Moi(s) sans tabac » a permis une mobilisation et un pilotage interministériels autour notamment de la prévention de l'entrée dans le tabagisme et de l'aide à l'arrêt du tabac. L'opération, réussie, s'appuie sur une conjonction d'éléments : des données simples mais scientifiquement démontrées (arrêter un mois donne 5 fois plus de chance d'arrêter définitivement) ; le travail sur les motivations, notamment des personnes qui recourent à Tabac Info Service ; les synergies entre un numéro vert, un site internet, une présence sur les réseaux sociaux, une application pour téléphones mobiles, des opérations de santé publique partout en France, un relais du réseau de santé de première ligne.... Dans la continuité de ce plan, la loi de modernisation de notre système de santé a instauré le paquet dit « neutre », obligatoire depuis l'entrée en vigueur du décret du 21 mars 2016, dans l'objectif de rendre moins attractifs les conditionnements, en particulier aux yeux de jeunes non consommateurs ou non consommatrices¹⁷. Les travaux récents de Maria Melchior montrent son succès en France¹⁸. A cela se sont ajoutées l'augmentation du prix du tabac (six hausses ont été annoncées fin 2017, avec l'objectif d'atteindre un prix moyen du paquet de 10 euros en 2020) et de nouvelles restrictions, à l'instar de la prohibition des produits de

¹⁷ L'efficacité du paquet neutre, contestée par les fabricants, a fait l'objet de très nombreux articles scientifiques internationaux. En avril 2015, la revue scientifique BMJ Tobacco control a consacré un numéro spécial à l'évaluation de l'expérience conduite en Australie depuis 2012 (MJ Journals, Tobacco control, April 2015, - Volume 24 - Suppl. 2, Implementation and evaluation of the Australian tobacco plain packaging policy)..

¹⁸ El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Gomajee R, et al, Plain tobacco packaging, increased graphic health warnings and adolescents' perceptions and initiation of smoking: DePICT, a French nationwide study - Tobacco Control (publié sur internet le 8 November 2018).

1 tabac comportant un « arôme caractérisant » un goût sucré ou l'inscription sur le
2 paquet de mention suggérant que le produit est moins nocif que d'autres. Les
3 mesures en faveur d'un remboursement prolongé voire continu des substituts
4 nicotiques s'inscrivent dans ce même ensemble. L'élargissement de la prescription
5 à d'autres professionnels et professionnelles de santé (sages-femmes, infirmiers ou
6 infirmières, chirurgiens-dentistes...) n'a cependant pas inclus les pharmaciens et
7 pharmaciennes, qui sont pourtant les premiers interlocuteurs ou les premières
8 interlocutrices des personnes souhaitant arrêter le tabac.

9 **Ces résultats prometteurs ne doivent toutefois pas occulter de graves**
10 **difficultés.** Les défaillances dans le contrôle de l'application de la législation et de la
11 réglementation sur le tabac privent l'action de l'Etat d'une grande partie de son
12 potentiel. Cet écart entre la loi et son application est ancien et connu mais il persiste,
13 en particulier en ce qui concerne l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs et
14 mineures. En droit, les buralistes ont l'obligation de demander à leur client ou cliente
15 d'établir la preuve de leur majorité et le non-respect de cette obligation peut entraîner
16 des sanctions. Dans la réalité, les contrôles des débits de tabac sont très rares. Dans
17 ses travaux précités, la Cour des comptes s'inquiète également des détournements
18 de la réglementation du conditionnement ou de l'interdiction de fumer dans les lieux
19 publics. Outre l'insuffisance des contrôles, la Cour pointe l'action des parquets et les
20 lacunes de la réglementation qui empêchent de donner toute sa portée à la lutte
21 contre le tabagisme passif.

22 **Le tableau est plus complexe pour l'alcool.** Le poids économique du secteur
23 est important. Sa consommation reste une habitude profondément ancrée dans la
24 tradition française. 87% des adultes consomment de l'alcool au moins une fois par
25 an. 39 % en consomment une fois par semaine et 10 % quotidiennement, ce type de
26 consommation se rencontrant presque exclusivement chez les personnes de plus de
27 50 ans (source OFDT 2014). De fait, la consommation d'alcool n'est problématique
28 que pour une minorité d'utilisateurs ou d'utilisatrices. Aussi est-il difficile de fixer de
29 manière précise le point d'équilibre entre respect des choix individuels et protection
30 de la santé.

31 **Le « discours social » sur l'alcool n'a pas suffisamment évolué en dépit des**
32 **changements des pratiques et des habitudes.** L'image du tabac est devenue
33 négative et le recul du tabagisme tient pour partie à l'évolution de cette représentation.
34 Elle contraste avec la représentation de l'alcool qui demeure positive, même si ses
35 dangers sont identifiés par la population. Ainsi, la fumée dérange et les fumeurs et
36 les fumeuses doivent veiller à ne pas « polluer » les non-fumeurs et les non-
37 fumeuses, alors que l'on doit encore se justifier de ne pas boire d'alcool lors d'un
38 apéritif ou d'un repas¹⁹. La consommation d'alcool est ainsi banalisée : l'alcool est
39 associé à la convivialité, au plaisir. Il est présent dans la vie sociale et professionnelle,
40 à l'occasion d'événements spécifiques ou festifs. Son caractère addictif est moins
41 perçu par la population. Et pourtant, dans le même temps, la consommation d'alcool,
42 de moins en moins quotidienne et liée aux repas ou à des habitudes fixes, laisse
43 place à des épisodes d'alcoolisation plus ponctuelle mais aussi plus massive. Les

¹⁹ Le Dr Jean-Michel Delille (Fédération Addictions) a parlé d'une « quasi-prescription sociale » (audition du 12 septembre 2018).

1 chiffres précités, qui indiquent une consommation le plus souvent maîtrisée de
2 l'alcool, sont régulièrement mis en avant. Mais l'autre versant est trop souvent passé
3 sous silence. Il montre que les consommateurs et consommatrices en situation
4 d'addiction (8% des buveurs et des buveuses) et les consommateurs et
5 consommatrices en situation de risque (25% des buveurs et des buveuses)
6 représentent 90% (respectivement 50% et 40%) de l'alcool consommé en France²⁰.
7 Cette donnée est d'ailleurs prise en compte dans les stratégies de lobbying de
8 l'industrie de l'alcool et fait partie intégrante du modèle économique de celle-
9 ci (rendant ainsi irréaliste la perspective d'une auto-régulation du secteur). Dans le
10 cadre de ces évolutions, les inégalités sont fortes: les disparités sont sociales,
11 régionales mais aussi liées à l'âge ou au genre. La réalité de l'addiction à l'alcool est
12 celle d'un fléau qui frappe plus fortement des publics vulnérables, confrontés à des
13 difficultés sociales, professionnelles et familiales qui s'accroissent.

14 **Les techniques des industriels s'adaptent aux nouvelles habitudes de**
15 **consommation et les encouragent par un marketing efficace et ciblé.** Les
16 dépenses de publicité pour les boissons alcoolisées atteignaient 600 millions d'euros
17 en 2016²¹. L'industrie peut s'appuyer sur la créativité des annonceurs et leur habileté
18 à créer un univers où l'alcool et sa consommation sont devenus la banalité du
19 quotidien. L'efficacité de la publicité et du marketing repose sur une exposition
20 régulière et répétée à des messages commerciaux. Il s'agit de construire, pour
21 chaque produit, une communication globale, des médias traditionnels jusqu'à la
22 présentation en magasin (emballage, présentoirs et « corners » dans la grande
23 distribution...). La présence « hors média » des industriels est au centre de ces
24 stratégies. Il s'agit de valoriser les produits en les associant à des moments
25 conviviaux, culturels ou sportifs. Une étude a montré par exemple que les 500 millions
26 de téléspectateurs et téléspectatrices à travers le monde, de la Course de Formule 1
27 de Monaco de 2014 avaient été exposés, en moyenne à une marque d'alcool toutes
28 les cinq secondes pendant près de deux heures²².

29 **Les jeunes sont les consommateurs et consommatrices de demain et**
30 **représentent à ce titre une cible prioritaire.** L'interdiction de la publicité dans la
31 presse et sur les sites internet pour la jeunesse a été contournée par des stratégies
32 alternatives. Les industriels ont développé des produits sans alcool (comme des
33 bonbons ou un succédané de champagne) dont le packaging ou l'appellation rappelle
34 les produits alcoolisés, ayant pour effet la normalisation de leur consommation. Au-
35 delà des adolescentes et adolescents, cette stratégie marketing vise également les
36 enfants, dans l'objectif de les inciter à consommer ces boissons dans des
37 circonstances (notamment festives) où les adultes boivent de l'alcool. Les "premix"
38 ("alcopops" à base de vodka, rhum, whisky ou plus récemment "vinipops" tels que le
39 "rosé sucette", le "rosé pamplemousse" ou le "rouge cola") qui masquent le goût de
40 leur alcool par des ajouts de sucre et d'arôme, complètent ces stratégies pour faciliter
41 la transition vers l'alcool. Leur présentation colorée, un prix de vente attractif malgré

²⁰ Sources : OFDT 2014 (cité par le professeur Michel Reynaud, lors de son audition le 12 septembre 2018).

²¹ Source: Cour des comptes

²² Etude réalisée par l'Alliance européenne des politiques alcool (Eurocare), l'Institut des études sur l'alcool (Royaume-Unis) et l'Université Monash (Australie) publiée le 22 mai 2015

1 la surtaxe dont ils font l'objet depuis 2005 en application de la loi du 9 août 2004
2 relative à la santé publique, en font des produits redoutables pour amorcer des
3 habitudes de consommation chez les jeunes, qui peuvent les conduire vers une
4 consommation à risque. Pour lutter contre ces pratiques, le Sénat a d'ailleurs lors des
5 débats sur le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2019, adopté
6 un amendement élargissant la taxe sur les "premix" aux vins aromatisés et instaurant
7 une taxation des produits alimentaires à référence alcoolique (amendement dit
8 "bonbons mojito"). Déposé contre l'avis du gouvernement, il n'a finalement pas été
9 adopté. Cet épisode est illustratif des tergiversations de la politique publique vis-à-vis
10 de l'alcool comme en témoigne également le report à 2025 de la taxation du rhum
11 vendu en outre-mer au même taux qu'en métropole.

12 **Les femmes constituent elles aussi une cible privilégiée** : les industries
13 utilisent les stéréotypes de sexe afin de concevoir le marketing de produits destinés
14 uniquement aux femmes : les emballages ont une apparence dite « féminine »
15 utilisant les couleurs, les codes de la beauté, la séduction et le luxe. La représentation
16 est, de la même façon, au centre des stratégies de l'industrie du tabac : l'objectif est
17 de construire l'image positive de la cigarette auprès des femmes. Faute de
18 promouvoir le tabac par la publicité, les industries ont adapté le produit lui-même, en
19 proposant des cigarettes « slim » ou aromatisées par exemple.

20 * * *

21 Loin de ne se fonder que sur la dangerosité des produits, les politiques publiques,
22 leur sévérité, le niveau du contrôle de leur mise en œuvre, reflètent la représentation
23 que l'opinion se fait de leur consommation. L'alcool et le tabac bénéficient du même
24 statut licite, mais la perception sociale de l'alcool reste positive quand celle du tabac
25 s'est dépréciée. Il faut savoir se détacher de ces représentations et conduire des
26 politiques à la hauteur des enjeux sanitaires. Il faut parallèlement reconnaître qu'il
27 n'existe pas, et n'a même jamais existé, de société sans drogues. Cette perspective
28 rend irréaliste l'objectif de leur éradication et montre tout l'intérêt d'une approche
29 fondée sur la réduction des risques.

30 **II - PRECONISATIONS**

31 Cet avis s'inscrit dans une démarche de "partenariat" avec la Cour des Comptes
32 qui permet d'aborder des sujets communs avec la légitimité et la valeur ajoutée
33 propres à chacune des institutions. L'objectif est la complémentarité, ce qui a conduit
34 le CESE à ne pas reprendre de manière exhaustive les recommandations de la Cour,
35 même lorsqu'elles sont partagées. Le constat commun sur l'absence de cohérence,
36 de continuité, de suivi dans les politiques de lutte contre les addictions au tabac et à
37 l'alcool, amène toutefois le CESE à insister avec la Cour, sur l'urgence pour les
38 pouvoirs publics de mettre les actes en cohérence avec les discours.

1 Cela implique d'agir sur plusieurs leviers qui, pour être efficaces, doivent être
2 utilisés de manière complémentaire: la fiscalité, la politique des prix, le respect de la
3 réglementation et la prévention²³:

4 - **la fiscalité.** Elle doit constituer une partie intégrante de la politique de santé
5 publique, comme le prévoit la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac que
6 la France a été le premier Etat à ratifier en 2004. Il est nécessaire de renforcer, dans
7 les différents objectifs de la fiscalité de l'alcool, la place de la santé, en en faisant une
8 priorité avant l'objectif de rendement afin de réduire les consommations à risque.
9 Dans ce contexte, le CESE soutient les propositions de la Cour des comptes qui
10 suggère de: relever les droits d'accise²⁴ sur l'ensemble des boissons alcoolisées; de
11 réviser les niveaux de fiscalité entre catégories de boissons (vin, bière, spiritueux);
12 d'envisager à l'avenir, une indexation des taux de la fiscalité applicable sur les
13 boissons alcoolisées non pas sur l'indice INSEE des prix à la consommation hors
14 tabac, mais sur les dépenses d'assurance maladie attribuables à l'alcool. Le produit
15 de cette fiscalité doit être affecté à la prévention.

16 - **le prix minimum.** C'est un outil, non utilisé en France, présenté par l'OMS comme
17 *"une mesure complémentaire aux augmentations de taxes, et qui solutionne toute*
18 *défaillance de transmission de la taxe au prix de vente"*: Dans son rapport, la Cour
19 des comptes se réfère à l'introduction en Ecosse d'un prix minimum de l'unité d'alcool
20 et relève qu'une telle législation peut, à certaines conditions, être compatible avec le
21 droit européen. Elle indique que le prix minimum *"permet de cibler les consommations*
22 *excessives de boissons à bas prix"*. Elle recommande par conséquent de *"préparer*
23 *la mise en place d'un prix minimum de l'unité d'alcool pur contenu dans chaque*
24 *boisson, compatible avec le droit européen, pour réduire la consommation des*
25 *personnes dépendantes"*. Le CESE fait sienne cette recommandation.

26 - **le respect de la législation et de la réglementation.** Il doit être amélioré, en ce qui
27 concerne l'interdiction de la vente de tabac et d'alcool aux mineurs et mineures,
28 objectif prioritaire pour le CESE, mais aussi en ce qui concerne la publicité sur l'alcool
29 et le tabac, l'alcoolémie au volant. Cela passe notamment par une simplification des
30 contrôles et une augmentation des moyens des corps de contrôles.

31 - **la prévention.** Elle doit, pour le CES, s'appuyer sur un repérage plus précoce, des
32 actions fondées sur des évaluations scientifiques, sur un partage d'informations
33 validées qui permette de lutter contre les idées fausses et de modifier les
34 représentations par une culture partagée et enfin, sur la formation des professionnels
35 et professionnelles. La prévention implique également, parce qu'il n'existe pas de
36 société sans drogues, de faire preuve de pragmatisme en préférant la réduction des
37 risques et des dommages à une société idéalisée mais hors de portée. La réduction
38 des risques, si elle est aujourd'hui largement intégrée par les professionnelles et
39 professionnels, n'est pas encore suffisamment comprise par l'opinion publique et trop
40 peu intégrée dans les politiques publiques en ce qui concerne le tabac et l'alcool.
41 Dans sa double acception, elle implique pour sa propre protection et pour celle des

²³ OCDE (2015), Lutter contre la consommation nocive d'alcool: politiques économiques et de santé publique, Editions OCDE, Paris.

²⁴ Les droits d'accises sont des taxes indirectes sur la consommation de boissons considérées comme produits alcooliques par la réglementation communautaire

1 tiers de ne pas consommer du tout en certaines circonstances et de consommer
2 moins dans d'autres. Outil de la prévention, elle est aussi un facilitateur de l'entrée
3 dans le soin et une réponse adaptée à la diversité des situations et des attentes.

4 En prévention comme en soin, les outils et structures existent et certains ont fait
5 leur preuve. Les Centres d'accueil, d'accompagnement et de soins en addictologie
6 (CSAPA), les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour
7 usagers de drogue (CAARUD), les Consultations jeunes consommateurs (CJC)
8 jouent un rôle pivot. Ces dispositifs pâtissent toutefois de la faiblesse de leurs
9 moyens, de leur articulation insuffisante avec le reste du système de santé et d'une
10 gouvernance qui trop souvent, met les opérateurs en concurrence, au détriment des
11 dispositifs existants ayant fait leur preuve.

12 A - Axe 1 : Fonder les politiques sur la réalité des 13 dommages

14 D'abord considérés comme un problème relevant de la justice ou de la morale, la
15 dépendance et l'abus d'alcool sont appréhendés comme des problèmes de santé
16 physique et mentale depuis la fin du 18ème siècle. Il s'est écoulé plus de cinquante
17 ans entre le moment où le danger du tabac a été établi et la mise en œuvre de la loi
18 Evin. Les dangers du tabagisme passif ont été mis en lumière dès le début des
19 années 80, quand des travaux scientifiques ont montré l'impact du tabac sur
20 l'entourage : il a pourtant fallu attendre 2004 pour que la lutte contre le tabagisme
21 passif soit inscrite dans la loi (loi du 9 août 2004 relative à la santé publique).

22 Cette lenteur est le fait des pouvoirs publics. Confrontés aux contradictions entre
23 des considérations de santé publique et des intérêts économiques, leur action est
24 souvent hésitante et ambiguë. Mais elle relève aussi d'une inertie de la société elle-
25 même. L'action politique est tributaire du rythme auquel évoluent les comportements
26 et les mentalités. Le « discours social » sur l'alcool et sa représentation sociale tels
27 qu'ils persistent aujourd'hui, rendent plus difficile la prévention en même temps qu'ils
28 complexifient et retardent l'accès au soin.

29 1. Se doter d'une méthodologie pour des objectifs et un suivi 30 plus transparents

31 L'existence d'un consensus sur les conséquences sanitaires et sociales du tabac
32 a permis de définir des objectifs ambitieux. Ils ont été énoncés dans le Plan cancer III
33 et le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) : diminuer le nombre de
34 fumeurs et fumeuses quotidiens (28,5% en 2014) de 10% d'ici à 2019 ; passer à
35 moins de 20% de fumeurs et fumeuses quotidiens d'ici à 2024 ; faire de la génération
36 née en 2014 la première génération « d'adultes sans tabac ». Si ces objectifs sont
37 souhaitables, ils apparaissent parfois velléitaires et peu crédibles. Des objectifs plus
38 réalistes renforceraient la crédibilité des politiques suivies et la mobilisation des
39 acteurs et actrices concernés. La comparaison avec les autres pays européens où
40 le recul du tabagisme a été plus fort depuis 2000, reste défavorable à la France.

41 Santé Publique France s'est engagée à publier régulièrement les données sur
42 l'évolution du tabagisme. Son *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* a

1 effectivement mis en avant certains résultats, comme la diminution du tabagisme
2 quotidien des adolescents et adolescents de 17 ans (-23% entre 2014 et 2017), la
3 réduction plus générale du nombre de fumeurs et fumeuses quotidiens (26,9% en
4 2017, ce qui signifie un million de fumeurs et fumeuses quotidiens en moins en un an
5 parmi les personnes de 18 à 75 ans, soit une baisse 2,5 points en une année). Mais,
6 pour le CESE, les publications gagneraient à être davantage organisées autour des
7 trois objectifs du PNRT. Le grand public doit être en mesure de comparer les résultats
8 aux objectifs. En outre, le plan vient à échéance en 2019 : il faudra alors s'interroger
9 sur l'actualisation des ambitions. Enfin, et comme le propose la Cour des comptes,
10 des objectifs devraient être définis pour des groupes spécifiques de populations plus
11 exposés : les jeunes, les femmes enceintes, les populations en situation de pauvreté.

12 **Le travail à réaliser est plus important pour l'alcool.**

13 L'impact global de la consommation d'alcool sur la santé n'est pas suffisamment
14 évalué. Les décès liés à l'alcool sont principalement consécutifs à des maladies
15 cardiovasculaires, des pathologies digestives et hépatiques, des cancers, des causes
16 traumatiques... Mais les études sur la mortalité attribuable à l'alcool sont
17 discordantes, ce qui a jusqu'à présent limité la possibilité d'un suivi précis de la
18 mortalité liée à l'alcool. De même, on sait que l'alcool a une part de responsabilité
19 dans plus de 200 pathologies. Mais là encore, les données disponibles, limitées aux
20 informations collectées à l'occasion de séjours hospitaliers, sont insuffisantes. Si elles
21 confirment que l'alcool constitue l'un des premiers motifs d'hospitalisation, elles ne
22 permettent pas de mesurer toute l'ampleur de la morbidité liée à l'alcool.

23 Certains risques demeurent sous-estimés par les professionnels et
24 professionnelles de santé. Il persiste dans l'évaluation des conséquences sanitaires
25 de l'alcool, des controverses qui contribuent à l'ambiguïté des politiques publiques et
26 de leurs objectifs. Tel est le cas de la question du seuil au-delà duquel la
27 consommation d'alcool est nocive. Une étude publiée le 24 août 2018 dans la revue
28 médicale internationale The Lancet sur la charge mondiale de morbidité liée à l'alcool,
29 estime qu'il n'y a aucun niveau de consommation d'alcool sûr. Cette étude va à
30 l'encontre de l'idée que de faibles quantités d'alcool auraient un effet protecteur. Les
31 bénéfices cardiovasculaires ou en termes de diabète seraient en effet annihilés par
32 l'importance des risques de cancers qui augmentent mécaniquement avec la
33 consommation, mais aussi par les risques de blessures et de maladies
34 transmissibles. Si la nocivité de l'alcool même à de faibles doses, est établie, il faut
35 néanmoins considérer les niveaux de risque pour proposer une politique réaliste et
36 soucieuse du respect des choix individuels. Si les dangers de l'alcool sont réels
37 quelles que soient les doses, le risque relatif croît de manière exponentielle en
38 fonction de la consommation journalière. Il est donc possible de réduire
39 considérablement la morbi-mortalité en se concentrant sur les consommations
40 excessives.

41 Les dangers du tabac et de l'alcool sont encore largement sous-évalués par la
42 population. Dans leur majorité, les Françaises et les Français considèrent qu'ils ne
43 prennent pas de risques lorsqu'ils consomment de l'alcool²⁵. Ils ont une connaissance

²⁵ Sondage Opinion Way pour la Ligue contre le cancer, mai 2018

1 très imparfaite de ses effets cancérigènes, pourtant responsables de 15 000 des
2 49 000 décès liés chaque à l'alcool. Les dégâts d'aujourd'hui sont les conséquences
3 des habitudes de consommation d'hier et les atteintes à la santé consécutives à une
4 consommation régulière d'alcool (en particulier le cancer), concernent une population
5 plutôt âgée.

6 Les évolutions des pratiques de consommation ne sont pas suffisamment
7 étudiées, dans leur portée et leurs conséquences. Il convient aujourd'hui d'anticiper
8 les effets des nouvelles pratiques qui touchent des publics plus précaires et plus
9 jeunes avec des conséquences spécifiques. Aux accidents de la route s'ajoutent
10 d'autres comportements dangereux, en particulier les actes de violences, les noyades
11 accidentelles, les agressions sexuelles, les viols sous l'emprise de l'alcool ... mais
12 aussi les violences intra-familiales. Le rôle de l'alcool dans les atteintes aux
13 personnes reste encore insuffisamment documenté.

14 Préconisation n°1 :

15 **Soutenir la recherche, indépendamment des industries intervenant dans les**
16 **secteurs de l'alcool et du tabac, favoriser la connaissance de ses résultats,**
17 **mieux les utiliser pour fixer les objectifs et évaluer leur suivi.**

18 Préconisation n°2 :

19 **Identifier les priorités d'aujourd'hui sur des critères objectifs: populations**
20 **qui connaissent une augmentation de la consommation, jeunes, femmes,**
21 **femmes enceintes, et adapter les campagnes de communication et de**
22 **prévention à ces populations.**
23

24 Préconisation n° 3:

25 **Pour chaque priorité identifiée, définir les indicateurs pertinents qui**
26 **permettront un suivi et une évaluation des politiques publiques: il s'agit de**
27 **disposer de données épidémiologiques plus régulières et plus précises, de les**
28 **rendre publiques et de les confronter aux politiques publiques conduites.**
29

30 2. Généraliser les outils de prévention qui ont démontré leur 31 efficacité

32 Le contexte général est celui de la place insuffisante donnée à la prévention dans
33 la politique de santé. Le tabagisme et les consommations excessives d'alcool n'y
34 échappent pas. Ils ont un coût très élevé pour la société, de mieux en mieux
35 documenté, et les besoins en prévention sont évalués par des études
36 épidémiologiques. Pourtant les campagnes de prévention sont insuffisamment
37 nombreuses et paraissent trop souvent inadaptées. Leurs objectifs ne sont pas
38 clairement énoncés, ce qui rend impossible l'évaluation de leurs résultats. Elles sont,
39 dans leur contenu, éloignées des préoccupations et des réalités, trop moralisatrices
40 et donc peu crédibles. Des outils et programmes existent : il faut « labelliser »,
41 déployer, généraliser ceux qui ont fait leur preuve en priorité, et évaluer les nouveaux
42 outils ou programmes innovants. Il s'agit ensuite d'imposer leur mise en œuvre par

1 l'ensemble des administrations concernées : une fois identifiés, les objectifs de
2 réductions des addictions au tabac et à l'alcool doivent s'imposer à l'ensemble des
3 administrations qui doivent, sans ambiguïtés, contribuer à leur réalisation.

4 La prévention doit commencer dès l'enfance. Les recherches en neurosciences
5 et en psychologie ont établi le rôle positif des compétences psychosociales pour la
6 santé, définie comme une ressource qu'il faut préserver. Elles sont des ressources
7 qui permettent de aider le pouvoir d'agir dès le plus jeune âge et tout au long de la
8 vie, qui permettra entre autres à réduire les consommations à risque. Elles ne
9 poursuivent pas un but thérapeutique mais favorisent l'adoption d'attitudes et de
10 comportements favorables à la santé. Leur apprentissage se fait dans la famille, les
11 relations avec l'entourage, mais aussi le CESE l'a récemment souligné, à l'école.
12 Elles portent sur les aptitudes (personnelles et sociales) qui influencent le choix des
13 jeunes face aux problèmes qui les touchent. Elles se développent dans le cadre de
14 programmes d'éducation et de prévention avec une efficacité démontrée et ont été
15 intégrées dans le socle commun des connaissances par l'Education nationale.

16 Les jeunes doivent constituer une cible prioritaire, non pour les stigmatiser mais
17 parce qu'ils et elles sont les consommateurs et consommatrices de demain. Or, cet
18 avis l'a souligné, ils et elles sont les cibles des industriels, avec un succès qu'il faut
19 déplorer. Au-delà de ce marketing ciblé, les difficultés (notamment financières), le
20 stress et le rythme de la vie scolaire et étudiante sont autant de facteurs qui créent
21 un environnement anxiogène et addictogène.

22 Même s'il baisse, le tabagisme quotidien concerne encore un et une jeune de 17
23 ans sur quatre²⁶. S'il existe une certaine égalité durant l'adolescence face à
24 l'expérimentation du tabac, les inégalités sociales pèsent et l'installation dans la
25 dépendance est plus forte pour les catégories sociales moins favorisées. L'enquête
26 ESCAPAD 2017 montre un tabagisme quotidien de 28,2% chez les adolescents et
27 adolescentes de milieux "défavorisés", contre 20,1% dans les milieux "très favorisés".
28 La même enquête indique par ailleurs, de fortes différences de consommation entre
29 les élèves de l'enseignement général (avec un tabagisme quotidien de 22%), en
30 apprentissage (47,3%) et sortis du système scolaire (57%)²⁷.

31 Si la consommation quotidienne d'alcool est rare chez les jeunes (2% des 18-25
32 ans)²⁸, ils et elles affichent des pratiques d'alcoolisation ponctuelles ou d'ivresse
33 rapide plus fréquentes. S'agissant des API, et d'après l'enquête ESCAPAD 2017, la
34 moitié des jeunes de 17 ans dit avoir connu un tel épisode dans le mois précédant
35 l'enquête, soit sensiblement moins qu'en 2014 (44% contre 48,8%). Les API
36 « répétées » (au moins trois épisodes au cours du moins) ont également diminué

²⁶ Le Nezet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S, et al. Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête Escapad 2017, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2018 pp.274-282

²⁷ Sources: enquête ESCAPAD 2017: analyse multivariée de l'usage quotidien de tabac à 17 ans en France en 2017.

²⁸ Baromètre santé Publique France, décembre 2017

1 (16,4%, contre 21,8% en 2014), alors que les API « régulières » (au moins dix fois)
2 ne concernent, comme en 2014, qu'une très faible part des adolescents et
3 adolescente (2,7%). D'autres études font apparaître des chiffres plus élevés parfois
4 plus faibles, mais tous préoccupants²⁹. Chez les jeunes comme dans l'ensemble de
5 la population, la situation sociale influe sur les habitudes de consommation. Ainsi, les
6 actifs et actives (occupés et occupées ou chômeurs et chômeuses) présentent un
7 niveau d'usage régulier de l'alcool plus élevé que les étudiants et étudiantes.
8 L'addiction à l'alcool constitue un facteur de risque d'échec scolaire ou professionnel,
9 elle accentue les risques d'isolement, de dépression.

10 Les jeunes ont conscience de leurs responsabilités, face aux addictions, et
11 considèrent que le premier ou la première responsable est celui qui consomme, plus
12 que les producteurs ou les pouvoirs publics. A l'opposé d'une approche morale et
13 fondée sur les interdits, la prévention doit donc utiliser leur capacité, bien réelle, à
14 interroger leurs pratiques et à évaluer les risques associés à leur comportement. Les
15 organisations que le CESE a auditionnées (Emevia, la Fédération des associations
16 générales étudiantes et la Mutuelle des étudiants) l'ont d'ailleurs parfaitement exprimé
17 : les campagnes de communication n'ont pas d'incidence sur les comportements
18 quand elles ne sont pas suffisamment connectées aux réalités et spécificités de la
19 situation des jeunes. Pour le CESE, ces messages gagneraient à être diversifiés. Une
20 communication centrée sur certains effets concrets des addictions, qu'il s'agisse de
21 leurs conséquences physiques ou esthétiques (sur le teint, sur les dents...) ou
22 soulignant leur impact sur l'environnement (par les mégots par exemple), pourrait
23 constituer un angle efficace. De même, s'agissant des étudiantes et étudiants, les
24 actions conduites par les pairs autour d'informations claires et précises, dans les lieux
25 de vie, là où les jeunes s'exposent aux pratiques à risques, peuvent être efficaces
26 quand elles sont adaptées aux circonstances et sans jugement. Des actions sont déjà
27 menées par les organisations et mutuelles étudiantes comme des actions de
28 prévention dans les résidences universitaires CROUS avant les soirées étudiantes
29 (LMDE), l'élaboration d'une charte « soirée étudiante responsable » (FAGE) ou
30 encore les relais du mois sans tabac. Certains établissements d'enseignement
31 supérieur s'engagent également comme l'Ecole des Hautes Etudes en Santé
32 Publique (Rennes), qui est devenue le premier campus sans tabac en mai 2018. Des
33 dispositifs ont été mis en place pour encourager les étudiantes et étudiants à ne pas
34 fumer sur le campus, ainsi que des consultations de tabacologie et des séances de
35 sophrologie gratuites sur le site. Une évaluation plus systématique de ces actions de
36 prévention est indispensable pour mieux identifier les plus efficaces et promouvoir
37 leur développement. L'action des Services universitaires de prévention et de
38 promotion de la santé et des centres de santé universitaires, pour faire le lien entre
39 les étudiants et étudiantes et les intervenants et intervenantes de santé et du secteur
40 médico-social compétents en matière de lutte contre les addictions, doit être
41 encouragée, dans l'objectif notamment d'organiser des formations. Par ailleurs, le

²⁹ Une enquête conduite par la LMDE sur la santé des étudiants et étudiantes de France indique que 32% des jeunes actifs et actives et 34% des étudiants et étudiantes déclarent une API au cours des 30 derniers jours, 51% des étudiants et des étudiantes et 45% des jeunes actifs déclarent avoir été ivres au cours de l'année. La récente enquête de l'Observatoire national de la Vie Etudiante (OVE) montre que 13% des étudiants et étudiantes ont connu une ou plusieurs API durant le mois et 3% une ou plusieurs fois par semaine, les plus concernés étant les hommes et les 20-25 ans.

1 service sanitaire des étudiants et étudiantes en santé, instauré depuis la rentrée
2 2018, doit être l'occasion de développer ce type d'actions de prévention par les pairs.
3 Pour le CESE, les étudiants et étudiantes en santé doivent, dans le cadre de ce
4 service sanitaire, être formés dans les services de prévention des CSAPA, CAARUD
5 et encadrés par des professionnels et professionnelles des addictions.

6 En dépit des risques qu'elle présente pour la santé de l'enfant, la consommation
7 d'alcool et de tabac pendant la grossesse reste élevée. Santé Publique France, qui a
8 publié les chiffres précités sur l'ampleur du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) en
9 France, relève qu'ils sont sous-estimés compte tenu de la difficulté à diagnostiquer
10 ces troubles en période néonatale qu'ils n'incluent pas les diagnostics réalisés
11 ultérieurement. Malgré ces risques, la consommation d'alcool - y compris la
12 consommation occasionnelle - concerne environ une femme sur dix. Le caractère
13 tabou du sujet dont peu de femmes parlent même lorsque la question leur est posée,
14 s'ajoute à ces difficultés. En effet, la consommation dissimulée des femmes est à
15 prendre en compte, du fait de l'image sociale très négative portée sur leur
16 consommation et leur dépendance. Les femmes, et plus particulièrement les femmes
17 enceintes, font l'objet d'une culpabilisation importante qui ne les incite pas toujours
18 à arrêter leur consommation, surtout si elles sont en situation d'addiction, mais plutôt
19 à dissimuler ces pratiques et donc à s'éloigner du soin. Le plan national de santé
20 publique « Priorité prévention » adopté en mars 2018, prévoit d'améliorer la visibilité
21 et la lisibilité du pictogramme « femmes enceintes ». Même si cette mesure ne doit
22 pas conduire à négliger les autres leviers, le CESE demande que ce travail s'accélère
23 et aboutisse à un accroissement significatif de la taille, de la couleur et du contraste
24 de ce logo. Le tabagisme pendant la grossesse demeure lui aussi trop important :
25 une étude récente montre que parmi les femmes fumant avant la grossesse, 45,8%
26 ont arrêté avant le 3ème semestre, 37,2% ont divisé par deux leur consommation, et
27 16,9% ont peu diminué leur consommation. Elles étaient 16,2% à fumer au 3ème
28 trimestre, ce qui demeure un des taux les plus élevés d'Europe³⁰. Environ quatre
29 femmes enceintes ou mères de jeunes enfants sur 10 déclarent ne pas avoir été
30 informées des risques de la consommation d'alcool et de tabac par le médecin ou la
31 sage-femme durant leur grossesse³¹.

32 La lutte contre les addictions au tabac et à l'alcool sur les lieux de travail est
33 nécessaire et justifiée, même si ce sujet a été pris en compte par les instances
34 paritaires dédiées qui ont permis des avancées significatives sur ces 20 dernières
35 années. Le stress au travail et plus largement les Risques psycho-sociaux (RPS)
36 quelle que soit leur manifestation (stress chronique, harcèlement moral ou sexuel,
37 agressions et violences, syndrome d'épuisement professionnel...) sont une réalité
38 bien souvent présente dans le contexte de l'addiction à l'alcool³². Parallèlement et au-
39 delà de ces considérations sanitaires, premières, le tabac comme l'alcool ont un coût
40 pour l'entreprise (absentéisme, perte de productivité, accidents...). Le lieu de travail
41 est pourtant, à l'instar de l'école, un espace essentiel de la prévention. Celle-ci passe

³⁰ Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles MJ, Regnault N. Evolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2018 pp.694-703.

³¹ Baromètre Santé publique France, décembre 2017

³² CESE, La prévention des risques psychosociaux, mai 2013

1 avant tout par un dialogue social de qualité autour de la santé et du bien-être au
2 travail. Le CESE le souligne: les instances représentatives du personnel sont des
3 actrices incontournables de la prévention tabac/alcool dans l'entreprise. Des
4 négociations sur la qualité de vie au travail, permettant un diagnostic partagé sur les
5 conditions de travail, sont nécessaires afin de bien cibler les actions à mener en
6 matière de prévention des addictions. Le CESE a formulé des préconisations pour
7 une plus grande implication du monde du travail sur les questions de prévention en
8 santé et les risques professionnels, une plus grande coordination entre l'ensemble
9 des acteurs et actrices et une ouverture de la médecine du travail vers les autres
10 intervenants et intervenantes sanitaires pour une prise en charge plus adaptée. Ses
11 constats et propositions restent d'actualité et sont pertinents pour les addictions au
12 tabac et à l'alcool. Le plan santé au travail 2016-2020 fait de la prévention des
13 pratiques addictives, une priorité dans une approche globale de la qualité de vie au
14 travail. Le premier objectif opérationnel réside dans la visée d'une appropriation
15 concrète et permanente, par tous les acteurs et actrices de l'entreprise comme de la
16 culture de prévention. Saisie par la MILDECA (Mission interministérielle de lutte
17 contre les drogues et les conduites addictives), la Plateforme RSE (Responsabilité
18 sociétale des entreprises) devra proposer « *des mesures susceptibles d'encourager
19 les entreprises à s'engager dans des démarches volontaires visant à réduire les
20 consommations à risque d'alcool, de tabac et de stupéfiants, en s'appuyant
21 notamment sur un recensement des pratiques des entreprises et des outils
22 disponibles* ». Le CESE souligne l'importance d'une part, de construire une politique
23 de responsabilité sur la base de données validées, d'autre part, de poursuivre des
24 objectifs de santé publique déterminés dans le plan national santé au travail. La
25 généralisation des contrats collectifs de couverture complémentaire santé doit être
26 l'occasion pour les organismes proposant ces contrats, d'y intégrer des mesures de
27 prévention et de sensibilisation au tabagisme et à la consommation d'alcool sur les
28 lieux de travail.

29 Pour avoir la confiance des publics et impacter les comportements, l'objectivité et
30 l'accessibilité des messages de prévention, qui n'empêchent pas la nuance, sont
31 impératives. Il est légitime qu'existent, au sein de la communauté médicale, des
32 dissensus sur certains points. Mais les intérêts économiques ne doivent pas être
33 placés sur le même plan que les données sanitaires. Il ne s'agit pas de nier la
34 dimension économique mais de replacer chaque acteur et chaque actrice sur son
35 terrain. Que la décision politique doive tenir compte de multiples facteurs est une
36 réalité que nul ne nie. Mais la transparence des décisions doit être la règle et lorsque
37 des intérêts économiques sont déterminants dans une décision publique, il faut être
38 capable de l'expliquer et de le justifier. La confusion des rôles est souvent à l'origine
39 de l'incohérence de certaines décisions. Si l'existence des lobbies ne saurait être
40 contestée, il faut éviter de leur laisser une place qui n'est pas la leur sur le terrain
41 sanitaire et scientifique. Il faut tirer les leçons des expériences passées. L'industrie
42 du tabac a déployé des ressources considérables pour contrecarrer les preuves
43 scientifiques des dangers du tabagisme passif. De même, les associations alertent
44 régulièrement sur les stratégies mises en place par l'industrie alcoolière pour
45 décrédibiliser les études scientifiques sur la consommation d'alcool. Sur ce sujet, des
46 clarifications ont été apportées concernant l'industrie du tabac. L'Assemblée
47 nationale et le Sénat se sont dotés d'un registre des « représentants d'intérêts » : les
48 personnes qui y sont enregistrées sont tenues à certaines obligations d'information

Avis

1 sur leurs activités vis-à-vis des parlementaires. De plus, la loi du 26 janvier 2016 de
2 modernisation de notre système de santé a posé le principe de la « *transparence des*
3 *relations d'influence de l'industrie du tabac* ». Les industriels du tabac ainsi que leurs
4 représentants doivent adresser chaque année au ministre chargé de la santé, un
5 rapport détaillant l'ensemble des dépenses liées à des activités d'influence ou de
6 représentation d'intérêts. De façon plus générale, la loi du 9 décembre 2016, dite
7 "Sapin II", a introduit l'obligation pour les représentants et représentantes d'intérêt, de
8 s'inscrire à un répertoire numérique auprès de la Haute Autorité pour la transparence
9 de la vie publique en vue de renforcer la transparence des rapports entre les
10 représentants et représentantes d'intérêts et l'ensemble des pouvoirs publics. Le fait
11 de méconnaître ces obligations déontologiques est puni d'un an de prison et de
12 15 000 euros d'amendes. Enfin, les dispositions de la Convention sur la lutte anti-
13 tabac (précitée), telles qu'elles sont interprétées par les directives d'application de
14 l'OMS, imposent une transparence totale des Parties dans leurs relations avec
15 l'industrie du tabac et à ce titre, rejettent tout partenariat en matière de programmes
16 de prévention. Pour le CESE, si le secteur de l'alcool est évidemment libre de
17 conduire ses propres actions de prévention, en particulier dans le cadre de la RSE, il
18 ne faut en aucun cas lui donner une responsabilité "officielle". Chacun doit être à sa
19 place. Il est irréaliste de penser possible un consensus entre celles et ceux dont le
20 métier est de vendre de l'alcool et les logiques de santé publique.

Préconisation n°4:

21
22 **A l'école et au collège, renforcer la prévention dès le plus jeune âge, via**
23 **notamment l'acquisition des compétences psychosociales en y associant les**
24 **familles.**

Préconisation n°5:

25
26 **Encourager les actions de prévention auprès des jeunes, conduites en**
27 **particulier par les pairs et pour ce faire, organiser, avec les acteurs et actrices**
28 **concernés, la formation des intervenants et intervenantes ainsi que la**
29 **construction des dispositifs et leur évaluation.**

Préconisation n°6:

30
31 **Pour contribuer à un environnement plus favorable à la prévention : créer**
32 **un périmètre sans publicité pour les boissons alcoolisées notamment près des**
33 **lieux d'éducation et de formation, instaurer un prix minimum des boissons**
34 **alcoolisées vendues dans les lieux de fête, imposer aux organisateurs et**
35 **organisatrices de festivités de les préparer avec les acteurs et les actrices de**
36 **la réduction des risques.**

Préconisation n°7:

37
38 **Renforcer, via notamment la formation initiale et continue, les pratiques des**
39 **médecins, des sages-femmes et des autres professionnels et professionnelles**
40 **en matière de prévention des consommations de substances psychoactives,**
41 **en particulier pendant la grossesse.**
42

1
2

Préconisation n°8:

3 **Consacrer le rôle des instances représentatives du personnel dans la**
4 **prévention des addictions au tabac et à l'alcool. Pour ce faire, proposer à leurs**
5 **membres des formations d'acculturation à cette prévention, mobiliser et**
6 **accompagner les entreprises dans leurs démarches d'évaluation des risques**
7 **et de planification concrète de la prévention tabac/alcool et appliquer à la**
8 **prévention des addictions au tabac et à l'alcool, les actions cibles du plan santé**
9 **au travail 2016-2020 sur la promotion d'un environnement de travail favorable**
10 **à la santé.**

11

Préconisation n°9 :

12 **Assurer la transparence, la cohérence et l'indépendance de la politique**
13 **publique de prévention des addictions à l'alcool, et pour cela, exclure la filière**
14 **des boissons alcoolisées de sa définition et de sa mise en œuvre, comme cela**
15 **est le cas pour le tabac.**

16

B - Axe 2 : Créer les conditions d'une rencontre

17

précoce avec le soin

18 Un recours au soin trop tardif contribue à l'aggravation des troubles mais aussi à
19 l'installation de difficultés de tous ordres, troubles psychologiques, isolement social et
20 professionnel, dégradation de la situation financière. Il faut se confronter à cette
21 réalité pour ne plus prendre le risque d'éloigner un patient ou une patiente du soin,
22 de le ou de la décourager, en particulier si les rechutes ont déjà été nombreuses.

23 Les témoignages, notamment de patients et de patientes ou d'anciens patients et
24 d'anciennes patientes, que la section des affaires sociales et de la santé a pu
25 recueillir, montrent la difficulté d'entrer dans un processus d'accompagnement des
26 usagers et usagères ainsi que des familles. C'est sur le repérage, les premières
27 réponses, que doivent prioritairement porter les efforts, en interaction entre les
28 professionnels et professionnelles de la santé de premier recours et les structures
29 spécialisées dans la lutte contre les addictions.

30 Un premier constat s'impose d'emblée : le décalage entre le nombre de
31 personnes souffrant des troubles liés à l'usage de l'alcool ou du tabac et le nombre
32 de patientes et patients accompagnés dans le système de soin (généraliste ou
33 spécialiste), est important. Le secteur spécialisé n'offre que 140 000 places³³ :
34 l'immense majorité des personnes souffrant d'une addiction n'y aura pas accès.

35 Le défi est loin de ne relever que de la disponibilité des moyens. Concernant
36 l'alcool en particulier, la représentation sociale et le regard des autres constituent des
37 obstacles à l'entrée dans un processus de soin. Le risque de l'exclusion sociale est
38 intégré par les personnes qui souffrent d'addiction. Il les conduit à estimer « qu'elles

³³ Source : Fédération addiction

Avis

1 n'ont rien à gagner à consulter ». Il renforce le déni de la maladie. De leur côté, les
2 professionnelles et professionnels ne sont pas imperméables à cette représentation
3 sociale. Ils peuvent légitimement craindre d'offenser leur patientèle et n'orientent pas
4 vers une prise en charge adaptée. Ils peuvent aussi voir dans l'alcool-dépendance,
5 une pathologie qui trop souvent, les « *met en échec et [les] renvoie à [leur]*
6 *impuissance* »³⁴.

7 Les consommations pathologiques notamment d'alcool, dissimulent des
8 souffrances et des parcours individuels qui ne doivent pas "disparaître derrière les
9 produits". Il faut en avoir conscience. Sans être un obstacle à des politiques publiques
10 ambitieuses et cohérentes particulièrement en matière de prévention, cela conduit à
11 réfléchir aux solutions proposées à celles et ceux qui ont des comportements addictifs
12 pathologiques. Il faut pouvoir les accompagner, leur proposer des réponses qui leur
13 conviennent et pas seulement celles dont la société rêve, ce qui conduirait à ne
14 prendre en charge qu'une minorité de celles et ceux qui en auraient besoin.

15 **1. Consolider l'implication de l'ensemble des professionnelles** 16 **et professionnels de santé de premiers recours**

17 Le RPIB (Repérage précoce et intervention brève) constitue le principal outil de
18 repérage. Son principe repose sur le constat que bien organisé, un échange de
19 quelques minutes suffit pour repérer ou diminuer une consommation et réduire les
20 risques. Le RPIB concerne la consommation déclarée et repose sur un questionnaire
21 qui évalue le risque encouru par le consommateur ou la consommatrice. Après le
22 recueil des informations concernant la consommation déclarée, l'entretien se poursuit
23 5 à 10 minutes pour délivrer une information sur les résultats du questionnaire, la
24 corrélation entre consommation et conséquences et enfin demander si la personne
25 envisage de réduire sa consommation et par quels moyens.

26 Le RPIB a fait l'objet dès 2005, d'une stratégie de diffusion auprès des médecins
27 généralistes, organisée par la Direction générale de la santé. La HAS a elle aussi
28 promu cet outil, en estimant que le RPIB devrait être réalisé une fois par an ou quand
29 une situation particulière le justifie (grossesse, précarité, conduite de véhicule,
30 changement de travail, divorce, deuil...). Elle a en outre recommandé son utilisation
31 par tous les professionnels et professionnelles de santé de premier recours en citant
32 les médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, pharmaciens et
33 pharmaciennes d'officine, infirmiers et infirmières, dentistes, médecins du travail et
34 médecins scolaires³⁵. Le CESE observe que certains intervenants et certaines
35 intervenantes du secteur socio-éducatif font d'ores et déjà usage du RPIB et estime
36 que cette utilisation doit être encouragée.

³⁴ Audition du Professeur Jaury

³⁵ Communiqué de presse de la HAS du 7 janvier 2015, Repérer précocement, intervenir et suivre les consommations addictives

1 La Cour des comptes, dans son rapport précité de 2016, dresse néanmoins un
2 bilan très négatif qui contraste avec l'objectif affiché d'une large diffusion du RPIB. Un
3 sondage joint à son rapport montre que les deux tiers des médecins généralistes ne
4 connaissent pas le dispositif. Seulement 2% d'entre eux/elles déclarent s'en servir de
5 manière formalisée. D'autres éléments tendent plus généralement à confirmer le rôle
6 trop limité de la médecine de premier recours dans le repérage des addictions. Ainsi
7 62% des généralistes n'ont pas suivi de formation spécifique en addictologie. 55%
8 des médecins ont du mal à parler de l'alcool quand le sujet n'est pas l'objet de la
9 consultation³⁶.

10 Par ailleurs, les personnes hospitalisées pour des accidents liés à une alcoolémie
11 par exemple, ne sont pas systématiquement orientées vers les structures
12 d'accompagnement à leur sortie de l'hôpital. Tout passage aux urgences ou tout
13 séjour hospitalier lié à une addiction ou à ses conséquences, doit être l'occasion et le
14 point de départ d'un suivi coordonné

Préconisation n°10:

**Renforcer l'action des médecins généralistes, des autres professionnels et
professionnelles de santé de premier recours ainsi que des intervenantes et
intervenants du secteur socio-éducatif sur les addictions au tabac et à l'alcool.
Pour cela, renforcer les formations et redéfinir une stratégie nationale de
diffusion du RPIB.**

Préconisation n°11:

**Proposer systématiquement aux personnes admises aux urgences ou
hospitalisées en raison d'un trouble lié à une addiction, d'être orientées à leur
sortie de l'hôpital vers les structures de soin et d'accompagnement en
addictologie (CSAPA, CAARUD, CJC).**

2. Organiser les interactions avec les structures hospitalières et médico-sociales

26 L'alcool et le tabac relèvent du dispositif général de lutte contre les addictions
27 depuis 2002 et la fin de la distinction entre les drogues illicites (qui relevaient des
28 Centres spécialisés en soins aux toxicomanes) et l'alcool (qui relevaient des Centres
29 de cures ambulatoires en alcoologie). Les CSAPA et les CAARUD ont, avec les CJC,
30 un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes
31 présentant des conduites addictives. Ces structures, très majoritairement
32 associatives³⁷, constituent une offre de proximité pour des soins ambulatoires ou
33 résidentiels³⁸, au plus près de la personne, en lien avec la médecine de premier
34 recours et le secteur sanitaire. La loi de modernisation de notre système de santé du
35
36

³⁶ Sondage IFOP, commandé par la Cour

³⁷ Environ 70% des CSAPA sont à gestion associative (contre 30% à gestion hospitalière). Environ 95% des CAARUD sont à gestion associative (contre 4% en autosupport et 1% à gestion hospitalière). Source: Fédération Addiction.

³⁸ Les établissements de soins résidentiels (la section "hébergement" des CSAPA) peut comprendre des offres d'hébergement collectif (centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques) ou individuel (appartements thérapeutiques), Cf annexe sur les structures d'accompagnement et de soins en addictologie.

Avis

1 26 janvier 2016 a reconnu la prévention comme une mission obligatoire des CSAPA,
2 dans ses différentes dimensions : veille sur les comportements, les produits, les
3 nouveaux usages mais aussi la dimension préventive de la réduction des risques.
4 Les CJC accueillent tant des jeunes en questionnement sur leur consommation que
5 leur entourage, avec un double objectif : faire le point et envisager une aide avant que
6 la consommation devienne problématique. Elles sont souvent portées par les CSAPA
7 mais peuvent aussi en être distinctes. Les CJC doivent être d'accès facile et
8 confidentiel: à cette fin, elles sont souvent situées au plus près des lieux de vie des
9 jeunes, dans les établissements scolaires prioritairement les lycées, ou les CFA par
10 exemple. Le CESE encourage ce mouvement et considère qu'il doit se poursuivre:
11 Le recours aux CJC doit être "dédramatisé" et le CESE estime que ces consultations
12 gagneraient à être plus souvent localisées dans les lieux de vie ou de passage des
13 jeunes, qu'il s'agisse de lieux de formation, de soins ou d'accompagnement (maison
14 des adolescents, maison des associations, foyers d'hébergement, missions locales,
15 structures d'accueil des jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse et
16 de l'Aide sociale à l'enfance...)

17 Parallèlement, le dispositif hospitalier en addictologie a été restructuré dans le
18 cadre du plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions, autour
19 de trois niveaux :

20 - les structures de proximité qui réalisent consultations et sevrages résidentiels
21 simples (le niveau 1) ;

22 - les structures de court séjour et de soins de suite ou de réadaptation (le niveau 2)
23 qui réalisent, en plus des missions de niveau 1, des soins plus complexes en
24 hospitalisation complète ou de jour pouvant être assurés par des établissements de
25 santé qui dispose d'une activité en psychiatrie ou d'une structure addictologique
26 spécifique ;

27 - les structures de recours régional (le niveau 3) qui exercent des activités de
28 formation, d'enseignement, de recherche, de coordination, rattachés à un CHU (pôle
29 de médecine ou de psychiatrie).

30 A cela s'ajoutent les Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), dont
31 la place dans la filière hospitalière a été redéfinie en 2008. Pluridisciplinaires, elles
32 interviennent auprès des patientes et patients, dans la formation et le conseil aux
33 soignantes et soignants et doivent développer les liens avec les acteurs et les actrices
34 intra et extra-hospitaliers de l'addictologie.

35 En l'absence de données spécifiques, il est difficile d'évaluer l'efficacité de cette
36 structuration pour prendre en charge les addictions au tabac et à l'alcool. Pour autant,
37 le constat d'interventions insuffisamment précoces et n'empêchant pas l'installation
38 de l'addiction ainsi que l'aggravation de ses conséquences, demeure. Les
39 interactions ne sont pas suffisantes.

40 L'offre de soins se compose aussi de la médecine de ville, constituée des
41 professionnelles et professionnels exerçant en cabinet, qu'il s'agisse des médecins
42 généralistes ou spécialistes, des pharmaciens et pharmaciennes, des infirmiers et
43 infirmières.

1 Les efforts doivent porter sur la fluidité et la continuité du parcours, du repérage à
2 la prise en charge. Les solutions passent par une meilleure offre de soins en
3 addictologie dans les territoires mais aussi par l'approfondissement du travail en
4 réseau, avec pour objectif une bonne répartition des structures et une meilleure
5 organisation de la coopération sur ces sujets. Cette coordination doit se réaliser entre
6 les acteurs et les actrices de santé, avec les intervenants et intervenantes socio-
7 éducatifs et les structures d'accompagnement (CSAPA, CAARUD, ELSA) existant
8 sur le territoire. Sous l'égide des ARS, la planification territoriale sanitaire et médico-
9 sociale doit être renforcée. La lutte contre les addictions au tabac et à l'alcool doit
10 compter parmi les priorités des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)
11 mais aussi des différentes formes de coopérations entre acteurs et actrices de la
12 santé (conventions entre établissements, groupements de coopération sanitaire,
13 communautés hospitalières de territoire). La lutte contre les addictions doit davantage
14 faire l'objet de conventions de réseaux associant les hôpitaux, la médecine de ville et
15 les acteurs et les actrices médico-sociaux en addictologie. Sur toutes ces dimensions,
16 les ARS sont au premier plan. Il leur appartient également d'encourager, via leur
17 soutien financier, une meilleure information des professionnels et professionnelles
18 sur les structures spécialisées, l'inscription de la coordination avec les acteurs et
19 actrices de la lutte contre les addictions dans les cahiers des charges des structures
20 d'exercice regroupé de premier recours : maisons et pôles de santé
21 pluriprofessionnelles (MSP), communautés professionnelles territoriales de santé
22 (CPTS), équipes de soins primaires (ESP).

23 **Préconisation n°12 :**

24 **Impliquer davantage les ARS en réaffirmant deux objectifs dans leurs**
25 **missions: l'organisation du maillage territorial des dispositifs de soin et**
26 **d'accompagnement en addictologie ; la complémentarité et le travail**
27 **coordonné de l'ensemble des acteurs et actrices (professionnels et**
28 **professionnelles de premier recours, structures hospitalières d'addictologie,**
29 **CSAPA, CAARUD et CJC).**

30 **C - Axe 3 : Proposer une prise en charge adaptée à** 31 **la diversité des besoins et des parcours de vie**

32 Les causes et les conséquences des addictions dépassent largement le champ
33 sanitaire. Elles sont aussi économiques, sociales, familiales... De mauvaises
34 conditions de vie et de travail peuvent contribuer à une addiction ou l'aggraver,
35 addiction qui peut influencer défavorablement sur la trajectoire sociale de la personne.
36 Alors que la « sélection par la santé » est forte, l'addiction à l'alcool renforce les
37 difficultés d'insertion sociale et accroît les inégalités tout au long de la vie. L'isolement
38 social, l'absence de soutien social, les difficultés financières, les expériences
39 négatives de la vie sont souvent associés aux consommations excessives d'alcool et
40 de tabac : ils peuvent tout à la fois en être à l'origine et en constituer les effets.

41 **1. Diversifier les réponses en donnant toute sa place à la** 42 **réduction des risques**

1 Le concept de réduction des risques a vu le jour dans le champ des addictions
2 aux drogues illicites, en lien avec la toxicomanie et particulièrement l'héroïne. La
3 réduction de risques apparaissait alors comme une réponse aux limites, et même à
4 la dangerosité de l'approche exclusivement axée sur le sevrage qui prévalait dans les
5 années 60 et 70. Imposé comme un préalable à la prise en charge, le sevrage avait
6 pour conséquence un taux d'échec important et l'exclusion du soin d'une grande
7 partie des personnes dépendantes. En France, ce n'est qu'au cours de la décennie
8 80, dans un contexte marqué par l'importance des contaminations VIH, que la
9 réduction des risques a reçu ses premières concrétisations. La vente libre des
10 seringues en pharmacie (1987), les premiers programmes d'échange de seringues
11 (1990), la prescription et la dispensation de médicaments de substitution sous la
12 pression des usagers et usagères de drogues (la méthadone puis la buprénorphine
13 haut dosage) ont été les signes d'une lente mais réelle progression de la notion de
14 réduction des risques. Son principe est de donner la priorité à la réduction des
15 dommages pour la personne et pour les tiers, avec ou sans poursuite de la
16 consommation. La loi du 9 août 2004 l'a consacrée comme une démarche de la
17 politique nationale de santé visant à prévenir les dommages sanitaires,
18 psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose
19 liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme
20 stupéfiants. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé l'a
21 ensuite placée dans le cadre plus général de la lutte contre les conduites addictives,
22 l'accompagnement et le soin.

23 Son application au traitement de l'addiction à l'alcool a néanmoins tardé et est
24 encore insuffisante. Les raisons en sont multiples. Elles ont été déjà évoquées dans
25 les premières parties de cet avis. Elles tiennent notamment au déni ainsi qu'au faible
26 niveau de consultation et de prise en charge sanitaire de l'addiction à l'alcool. Ces
27 éléments factuels barrent la route à tout traitement, quelle qu'en soit l'approche.
28 D'autres explications sont à rechercher dans la difficulté de matérialiser les risques et
29 les dommages qu'il s'agit de réduire. On l'a vu, le risque sanitaire est sous-estimé.
30 Les autres risques (la violence, les accidents, les suicides...), pour les individus ou la
31 société, sont peu ou mal reliés à l'alcool. Ils ne peuvent pas toujours être quantifiés,
32 séparés des autres vulnérabilités individuelles qui interagissent avec l'alcool, ni être
33 isolés des cofacteurs qui ont contribué au dommage. Cette réalité ne favorise pas
34 l'idée de « réduire » les risques. A cela s'est longtemps ajouté l'obsession, chez les
35 soignants et soignantes comme chez les patients et patientes, de l'abstinence,
36 considérée comme la seule réponse possible à une consommation excessive. De
37 fait, l'objectif de santé publique en matière d'alcool n'a jamais été clairement défini et
38 donc nommé: usage raisonnable? Usage tempéré? Usage adapté? Cette difficulté
39 qui n'existe pas pour le tabac, est accentuée par le rapport au plaisir qui existe pour
40 l'alcool.

41 Concernant l'alcool, l'arrivée du baclofène a modifié les pratiques. Ce traitement
42 dit « agoniste », diminue les réponses des récepteurs liées aux substances et
43 supprime les effets de l'alcool, créant ainsi ce que le professeur Ameisen a appelé
44 « l'indifférence à l'alcool »³⁹. Utilisé dans le traitement de la spasticité musculaire

³⁹ Olivier Ameisen, *Le dernier verre*, 2008

1 depuis 1974, il a fait l'objet de plusieurs études aux conclusions contradictoires. Il a
2 d'emblée suscité de très fortes attentes. Il peut, pour certains malades, permettre de
3 continuer une vie normale, sans imposer un sevrage. Il a d'abord été "imposé" par les
4 patients et patientes, qui ont relativisé les risques au regard de la perte de contrôle
5 de leur consommation et de ses conséquences. Cette démarche, emblématique de
6 la réduction des risques, a fait l'objet de nombreuses réserves tant d'une partie
7 importante de la communauté médicale que des autorités sanitaires. En effet, même
8 lorsque ce médicament est efficace, à des posologies élevées, il provoque des effets
9 indésirables graves qui ont longtemps bloqué son autorisation de mise sur le marché.
10 Le baclofène dispose depuis mars 2014 d'une Recommandation temporaire
11 d'utilisatin (RTU). La situation a récemment évolué puisque l'Agence nationale de
12 sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a autorisé le 23 octobre
13 2018, sa mise sur le marché à une dose maximale de 80 mg par jour. Cette décision
14 marque une évolution des autorités sanitaires qui ont enfin pris en compte les
15 spécificités et la gravité de la dépendance à l'alcool, comme en témoignent les propos
16 de M. Dominique Martin, directeur Général de l'ANSM: "*ne pas accorder l'autorisation*
17 *ne nous aurait pas paru raisonnable au regard des besoins, de la gravité de la*
18 *maladie alcoolique et du fait que des dizaines de milliers de personnes prennent ce*
19 *médicament dans le cadre de la RTU". C'est la reconnaissance que les effets*
20 *délétères d'un médicament doivent être davantage relativisés au regard du risque*
21 *encouru par l'absence du traitement dans le cas d'une pathologie aux conséquences*
22 *aussi lourdes que la pathologie alcoolique. On peut néanmoins s'interroger sur la*
23 *prudence observée dans les posologies maximum autorisées, bien inférieures à*
24 *celles prises aujourd'hui par de nombreux patients et patientes. Une surveillance*
25 *renforcée pour des doses élevées, au moins pour les patients et patientes en cours*
26 *de traitement aurait peut-être été préférable. D'autres traitements médicamenteux ont*
27 *des effets similaires, qu'il s'agisse d'aider à la réduction des consommations ou de*
28 *prévenir la rechute. Ils ont eux aussi des contre-indications et produisent des effets*
29 *indésirables parfois graves. Ils constituent néanmoins, dans un contexte où la*
30 *faiblesse de la prise en charge est préoccupante, une porte d'entrée vers le soin qu'il*
31 *serait dangereux de négliger. Aucun d'eux n'est suffisant à lui seul : c'est donc sur*
32 *l'accompagnement, impérativement global et sur la qualité du lien avec*
33 *l'accompagnant ou l'accompagnante qu'il faut mettre l'accent.*

34 Une politique fondée sur la réduction des risques est par nature pragmatique et
35 doit s'adapter aux demandes et situations diverses. Elle est parfois opposée, à tort,
36 au sevrage qui a sa place dans l'arsenal thérapeutique. Il peut, dans certaines
37 circonstances, être l'objectif. Il ne doit pas constituer la seule stratégie thérapeutique,
38 au risque du découragement et de l'exclusion du soin, d'un trop grand nombre de
39 personnes. Il faut intégrer la diversité des attentes et proposer plusieurs voies. C'est
40 l'essence même d'une politique de réduction des risques. Intégrée par les
41 addictologues, la réduction des risques doit davantage entrer dans le mode de
42 pensée des soignantes et soignants de premier recours. Ses principes et objectifs
43 doivent être posés. Elle implique en particulier de donner à chacun et chacune, des
44 éléments d'information, d'ordre individuel et collectif, qui permettront d'évaluer la
45 situation et de prendre les décisions en connaissance de cause. Le rôle du médecin
46 est central dans la mise en œuvre des traitements de substitution, qu'il s'agisse de
47 poser l'indication avec l'utilisateur ou l'utilisatrice, de choisir avec lui ou elle le traitement
48 adapté, de surveiller sa mise en œuvre et d'évaluer ses résultats.

1 Appliquée au tabagisme, la réduction des risques a ses particularités. Elle part
2 d'un même constat : la réduction de la consommation permet, en diminuant les doses
3 de toxines liées à la combustion de chaque cigarette, de limiter les atteintes à sa
4 santé. La dépendance tabagique étant principalement due aux sensations que
5 procure la nicotine, il s'agit d'apporter la juste dose qui permettra de combler le
6 sentiment de manque. La particularité qui distingue alcool et tabac, tient à la finalité
7 de la réduction de la consommation: quel que soit le fumeur ou la fumeuse, elle reste
8 celle du sevrage. Les substituts nicotiques aident à réduire le tabagisme et les
9 décisions récentes sur les remboursements s'inscrivent dans la logique de la
10 réduction des risques. Au remboursement forfaitaire de 150 euros par an, s'ajoute
11 celui, à 65%, de plusieurs formes de traitements nicotiques (gommes, patches).
12 Cette formule plus classique de remboursement permet de limiter les obstacles que
13 représente le coût d'un traitement potentiellement long. L'important est d'apporter les
14 outils pour faciliter l'arrêt du tabac au moment où le fumeur ou la fumeuse ressent
15 l'envie de changer ses comportements. Pourquoi alors limiter le remboursement de
16 ces outils? La question du ciblage du remboursement des substituts nicotiques sur
17 certaines populations (même si, pour elles, fumer représente davantage de risques
18 comme les femmes enceintes) est posée. Il serait préférable de systématiser le
19 remboursement voire à 100%, des substituts nicotiques à toute la population, en
20 associant ce remboursement à des accompagnements motivationnels.

21 Il faut, dans la même logique, tirer les conséquences de la place prise par la
22 cigarette électronique comme dispositif de sevrage. A l'instar des autres substituts,
23 elle rend le sevrage (ou la réduction de la consommation) plus facile en délivrant de
24 la vapeur (seule ou avec une dose contrôlée de nicotine). Elle fait l'objet de débats et
25 de prises de position contradictoires. En mars 2015⁴⁰, l'Académie de médecine
26 constatait que « [...] la toxicité de l'e-cigarette est bien moindre que celle du tabac
27 fumé, car elle est amputée de celle des substances cancérigènes, de celle de l'oxyde
28 de carbone et de la présence des aldéhydes volatils qui accroissent les effets
29 recherchés de la nicotine. C'est donc un outil utile à la réduction de la mortalité, mais
30 aussi de la morbidité tabagique ». L'Académie considère par conséquent que « [...]
31 si la cigarette électronique doit être surveillée et réglementée, elle est aussi une
32 opportunité nouvelle car son développement est accompagné d'une baisse notable
33 du tabagisme en France ». Le Haut Conseil de la santé publique a pour sa part pris
34 une position plus mitigée dans deux avis d'avril 2014 et de 22 février 2016. Ses
35 interrogations concernent le niveau de polyconsommation (ou « vapofumage », tabac
36 et e-cigarette), le risque d'addiction nicotinique et l'effet « porte d'entrée » (la cigarette
37 électronique comme voie d'entrée, principalement des jeunes, dans le tabac). Ces
38 risques doivent être pris en compte comme ils le sont pour toutes les pratiques de
39 réduction des risques.

40 Néanmoins, le CESE regrette l'encadrement très contraignant dont est l'objet la
41 cigarette électronique, qui traduit une prudence probablement excessive des pouvoirs
42 publics. Il ne favorise pas l'utilisation de la cigarette électronique comme dispositif de
43 sevrage. Si le risque de banaliser le fait de fumer justifie l'interdiction de vente aux
44 mineurs et mineures et l'interdiction du vapotage dans certains espaces publics, en

⁴⁰ Académie nationale de médecine, La cigarette électronique permet-elle de sortir la société du tabac ?, rapport, 3 mars 2015

1 revanche, le régime de taxation de la cigarette électronique et la réglementation de
2 sa publicité, identiques dans leurs effets à ceux du tabac, freinent son utilisation
3 comme outil de sevrage.

4 Une stratégie de "promotion" du vapotage exige d'être attentif aux techniques
5 "d'entrisme" de l'industrie du tabac. Qu'il s'agisse pour elle de se positionner sur le
6 marché de la cigarette électronique (et de maîtriser ou empêcher son
7 développement) ou de semer la confusion en distribuant des produits proches mais
8 qui, en réalité, chauffent le tabac, ses stratégies sont en complète contradiction avec
9 un positionnement de la cigarette électronique comme outil de sevrage du tabac ... et
10 contribuent à la confusion des rôles de la même manière que lorsque l'on s'appuie
11 sur les producteurs d'alcool pour la prévention.

12 Préconisation n°13:

13 **Expérimenter, évaluer et diffuser les programmes de réduction des risques**
14 **alcool et tabac.**

15 Préconisation n°14:

16 **Sur cette base, organiser en particulier vers les soignants et les soignantes**
17 **de premier recours, les patients et patientes, leur entourage ainsi que les**
18 **associations actives dans le champ des addictions au tabac et à l'alcool, une**
19 **communication des pouvoirs publics (Ministère de la santé, HAS, Santé**
20 **publique France) sur la diversité et la complémentarité des solutions possibles**
21 **relevant de la réduction des risques, leurs indications et leurs limites.**

22 Préconisation n°15

23 **Positionner la cigarette électronique avec ou sans nicotine parmi les autres**
24 **dispositifs de sevrage tabagique : l'intégrer dans le discours de prévention des**
25 **addictions ; former les professionnels et professionnelles de la santé à**
26 **l'accompagnement qu'elle implique (comme tout dispositif de réduction des**
27 **risques) ; en exclure les industries du tabac.**
28

29 2. Adopter des réponses globales et ciblées sur les publics 30 plus vulnérables

31 La réponse médicale à l'addiction est un impératif, mais elle restera fragile ou
32 inefficace sans une action parallèle sur les autres leviers, qu'ils soient sociaux,
33 éducatifs ou économiques (pour accéder à un logement, un emploi, pour reprendre
34 une scolarité...). La transversalité est doublement impérative : elle conditionne
35 l'adaptation de la réponse à la diversité des situations, des besoins et des attentes ;
36 elle est nécessaire pour garantir un continuum prévention/intervention
37 précoce/soins/insertion sociale.

38 C'est une réponse tout à la fois globale et personnalisée qu'il faut se donner les
39 moyens d'organiser. Eu égard à leur composition, comme du fait de leurs modes de
40 fonctionnement, les CSAPA et les CAARUD sont à même de la coordonner et de
41 proposer un suivi aux personnes souffrant d'addictions au tabac et à l'alcool. Ces

Avis

1 addictions occupent de facto une place importante dans leur activité⁴¹. La loi du 2
2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale leur fixe des missions de
3 prévention, d'information et de soin, qui ne sont en réalité pas séparables les unes
4 des autres et qui sont de fait, mises en œuvre par l'ensemble des personnels des
5 CSAPA. Leurs équipes sont pluridisciplinaires, composées de professionnelles et
6 professionnels issus de l'éducation, de l'action sociale et du soin : la pluralité de leurs
7 compétences et de leurs origines est un atout. Leur présence dans un même lieu
8 favorise une culture commune. Elle rend plus facile la circulation des informations,
9 dans le respect du cadre juridique désormais fixé par la loi Santé du 26 janvier 2016
10 et le décret du 20 juillet 2016⁴².

11 Les entreprises peuvent aussi constituer des partenaires dans la construction d'un
12 accompagnement globalisé des personnes souffrant d'addiction. Tel est la
13 philosophie du programme TAPAJ (Travail alternatif payé à la journée). TAPAJ est
14 un programme de réduction des risques fondé sur le travail, conduit en partenariat
15 avec des villes et des entreprises privées ou publiques. Il permet une entrée
16 progressive dans le soin de soi par une entrée progressive dans le monde du travail.

17 Si le dispositif médico-social en addictologie est structuré, il ne dispose pas
18 toujours de moyens à la hauteur de ses besoins. CSAPA et CAARUD font face à une
19 demande forte de populations en grande précarité sociale. Ils sont confrontés à une
20 très forte demande d'accueil et de soins. Ils sont compétents pour les formes
21 nouvelles d'addictions mais aussi pour recevoir un public sous injonction de soins ou
22 injonction thérapeutique, orienté vers eux par la justice⁴³. Ils ont diversifié leurs
23 missions et leur offre en développant une offre de soins résidentiels (cf. supra axe 2,
24 point 1). La question des inconvénients de l'accueil dans un même lieu, de personnes
25 souffrant de différentes formes d'addiction pourrait se poser. La possibilité, pour les
26 personnes qui souffrent d'une addiction, à l'alcool ou au tabac, d'être identifiées
27 comme usagères de drogues peut décourager. Le CESE estime pour sa part que la
28 compétence large (produits licites et illicites) des CSAPA et CAARUD est un atout
29 dans un contexte marqué par une augmentation des pluri-addictions (d'autant que le
30 passage d'une addiction à une autre peut être consécutif à un traitement médical).
31 Mais il estime que le nécessaire renforcement des moyens de ces structures doit
32 s'accompagner d'une consolidation de l'addictologie de premier recours : le
33 renforcement de la formation et de l'implication des médecins généralistes et des
34 professionnels et professionnels de santé sur les addictions au tabac et à l'alcool
35 préconisé dans cet avis (axe 2), s'inscrit dans cette perspective.

⁴¹ L'alcool est le produit le plus consommé par les usagers et usagères des CSAPA, devant le cannabis, les opiacés (hors traitements de substitution aux addictions) et le tabac. Il est le 3ème produit le plus utilisé par les usagers et usagères des CAARUD, après les opiacés et le cannabis (sources: rapport d'activités des CSAPA, recueil des données RECAP et ENa-CAARUD/OFDT, DGS, cités par la Fédération addictions dans son rapport Réduire les risques, éthique, posture et pratiques, avril 2017).

⁴² Décret du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

⁴³ La question des limites de ces injonctions peut se poser et mériterait un travail associant les acteurs et actrices de la justice et ceux de la santé, sur les voies et moyens d'un parcours de soin mieux coordonné et partagé.

1 Certains publics sont plus vulnérables: à leur égard, c'est une démarche non
2 stigmatisante « d'aller vers » qu'il faut privilégier. Il ne s'agit pas de stigmatiser ces
3 publics, mais de se fonder sur des études scientifiques probantes pour sensibiliser et
4 informer sur les structures existantes. Mettre en avant la diversité des solutions et la
5 personnalisation de la réponse, peut faciliter l'entrée dans le soin.

6 Cette démarche de "l'aller vers" et du "faire avec" est particulièrement importante
7 pour les jeunes: il s'agit d'allier prévention et intervention précoce, en allant au-devant
8 d'eux/elles, pour ensuite mieux les accompagner. C'est ainsi directement dans les
9 lieux de consommation qu'il faut agir. Face à des publics consommateurs, la
10 réduction de risques et ses principes (une posture bienveillante, pragmatique, axée
11 sur la responsabilisation personnelle) a tout son sens. Les messages à destination
12 des jeunes pourraient être travaillés avec des organisations de jeunes afin de les
13 rendre plus efficaces. Les interventions "hors les murs" associant les parties
14 prenantes (mutuelles, en particulier étudiantes, organisateurs et organisatrices des
15 soirées, autorités et associations locales) permettent de créer des passerelles vers
16 les Consultations jeunes consommateurs et une prise en charge globale.

17 Femmes et hommes ne sont pas à égalité face au tabac et à l'alcool et face aux
18 risques d'une addiction à ces produits. Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire du
19 30 octobre 2018 souligne que *"la prévalence du tabagisme chez les femmes est en*
20 *constante augmentation depuis le début des années 1970 "* et se rapproche de celle
21 des hommes⁴⁴. Il note en particulier que *"le tabagisme n'a pas diminué chez les*
22 *femmes de 45-54 ans"* en 2016-2017, alors même que sur cette période, on
23 dénombreait un million de fumeurs et de fumeuses quotidiens en moins.

24 Concernant les consommations, l'écart lié au sexe (le "sex-ratio") varie suivant le
25 milieu social et les niveaux d'usage. Pour ce qui est de la prévalence du tabagisme
26 quotidien, les différences hommes/femmes sont plus importantes dans les catégories
27 "ouvriers" et "inactifs" que dans la catégorie "cadres". En revanche, pour l'alcool, cet
28 écart se réduit quand le milieu social s'élève. Les facteurs de vulnérabilité et les
29 comorbidités notamment psychiatriques (dépression, troubles anxieux, troubles du
30 comportement alimentaire, traumatismes, abus sexuel) ont chez les femmes une
31 place particulière qui impacte les trajectoires de consommation: il faut en tenir
32 compte⁴⁵.

33 L'augmentation du tabagisme chez les femmes se traduit par une évolution de la
34 prévalence des pathologies liées au tabac. La part de décès attribuable au tabac a
35 augmenté de 6% chez les femmes entre 2000 et 2014 (contre une baisse de 1% chez
36 les hommes), quel que soit le groupe d'âge. Le cancer du poumon pourrait devenir la
37 première cause de mortalité par cancer chez la femme, avant le cancer du sein⁴⁶.
38 Parallèlement, plusieurs travaux scientifiques récents ont pointé les inégalités

⁴⁴ François Bourdillon, Editorial. Les pathologies liées au tabac chez les femmes: une situation préoccupante, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2018, p.682

⁴⁵ Margot Annequin, Christine Hamelin, France Lert, et l'équipe 11 du CESP, *Boire et fumer restent marqués par le genre, numéro spécial genre et santé de la revue la santé en action (Santé publique France)*. Cf. aussi intervention Mme Fatma Bouvet de la Maisonneuve lors de la table ronde du 4 juillet 2018.

⁴⁶ Olié V, Pasquereau A, Assogba F A.G, Arwidson P., Nguyen-Thanh V, Chatignoux E, et al. *Evolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2018, pp.693-694.

Avis

1 hommes/femmes dans la morta-morbidité liée au tabac. Ainsi, pour une même
2 quantité de tabac consommée, les femmes ont un risque d'infarctus du myocarde et
3 de bronchopneumopathie chronique obstructive plus élevé que les hommes. Le
4 tabagisme accroît le risque d'infertilité de la femme et contribue aux complications
5 pendant la grossesse. Quand il est associé à la pilule contraceptive, il accentue le
6 risque de problèmes vasculaires.

7 Les femmes se présentent moins spontanément dans les lieux de soins. Leur
8 situation minoritaire dans ces structures⁴⁷, la difficulté de dégager du temps quand
9 elles ont des enfants, le risque pour la garde de l'enfant, le comportement du
10 partenaire à leur égard... peuvent agir comme des obstacles. Il faut tirer les
11 enseignements de ces constats dans la structuration des soins qui leur sont
12 proposés. Les dispositifs et les lieux d'accueil adaptés (notamment les soins
13 résidentiels accueillant des femmes mis en place par certains CSAPA) doivent être
14 plus nombreux.

Préconisation n°16 :

Accorder davantage de moyens aux CSAPA et CAARUD en fléchant ces ressources vers les publics plus vulnérables pour leur permettre d'assurer la coordination d'un suivi sanitaire et médico-social.

Préconisation n° 17:

Multiplier les Consultations jeunes consommateurs "hors les murs", dans les lieux de vie et de passage des jeunes pour faciliter les consultations, et renforcer leur rôle de coordination de l'accompagnement et de prévention collective

Préconisation n° 18:

Soutenir la création de consultations d'addictologie pour femmes dans les CSAPA ou dans d'autres regroupements professionnels et créer davantage de structures résidentielles dédiées à l'accompagnement des femmes.

CONCLUSION

29 L'appréciation des politiques publiques de lutte contre le tabac et les
30 consommations nocives d'alcool est liée aux représentations que la société se fait
31 des consommations ainsi que des consommateurs et consommatrices. Elles
32 conduisent à stigmatiser les consommateurs et consommatrices, à émettre des
33 jugements moraux ... inadaptés pour celles et ceux qui estiment avoir des
34 consommations raisonnables et maîtrisées et plus encore pour celles et ceux dont la
35 consommation échappe à leur contrôle! Et parallèlement, les efforts pour limiter en
36 amont les risques de consommation excessive sont trop timides, voire laxistes. C'est
37 évidemment le cas pour la publicité, le contrôle de la vente aux mineurs et mineures
38 ou l'utilisation de la fiscalité et d'une politique des prix qui a fait ses preuves dans les

⁴⁷ Entre 75 et 80% des personnes reçues dans les structures d'accompagnement et de soins sont des hommes, ce qu'un taux de consommateurs problématiques, plutôt plus faible que chez les hommes, ne suffit pas à expliquer (Fédération Addiction, rapport Réduire les risques, éthique, posture et pratiques, avril 2017)

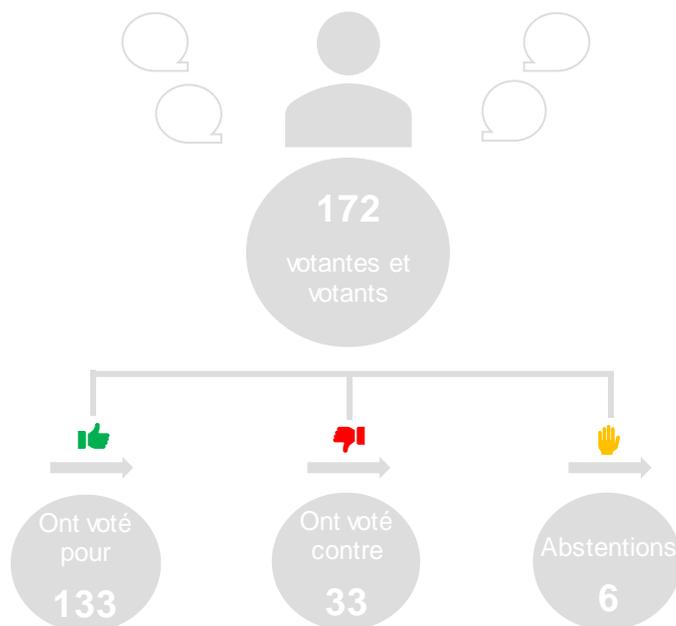
1 pays où elle a été mise en oeuvre. Les politiques publiques de lutte contre le
2 tabagisme et la consommation nocive d'alcool doivent être plus cohérentes et
3 résolues en matière de prévention comme d'accès aux produits et plus bienveillantes
4 pour les patients et patientes dépendants auprès desquels une intervention précoce
5 et adaptée aux différentes situations doit être proposée. Une telle politique, loin des
6 fantasmes de la prohibition, permettrait d'éviter tant la confusion des rôles que de
7 rechercher un illusoire consensus entre objectifs sanitaires et intérêts économiques
8 des industriels de l'alcool ou du tabac. A cet égard, l'association des industries de
9 l'alcool aux campagnes de prévention risque d'améliorer davantage la réputation des
10 alcooliers que la santé. Le souci des intérêts économiques des acteurs et actrices
11 des filières concernées, et notamment de la filière viticole, est légitime. Mais les
12 objectifs d'une politique de santé publique ne sont pas identiques à ceux des acteurs
13 économiques, de la production d'alcool, de la distribution ou encore de la publicité.
14 Faire semblant de l'ignorer conduit à des arbitrages sans cohérence d'ensemble, qui
15 ignorent souvent la réalité des consommations. Comment croire à la sincérité de la
16 démarche des producteurs d'alcool pour une consommation modérée lorsque l'on
17 sait que 80% des ventes d'alcool se font à destination des usagers et usagères
18 problématiques d'alcool? Si l'évolution de la représentation du tabac a disqualifié les
19 publicités valorisantes en terme d'image pour le consommateur ou la consommatrice,
20 il n'en est pas de même aujourd'hui pour l'alcool et un abstinent ou une abstinente
21 doit toujours se justifier de n'être ni triste ni malade! S'il ne saurait être question de
22 condamner la consommation modérée et maîtrisée d'alcool, boire de l'alcool ne doit
23 pas pour autant être la norme. Le CESE recommande, avec la Cour des comptes,
24 une action publique forte et ambitieuse de prévention, d'intervention précoce et de
25 réduction des risques, afin de contribuer à un environnement plus favorable,
26 notamment pour les jeunes.

Déclarations/ Scrutin

Déclarations des groupes

Scrutin

**Vote sur l'ensemble du projet d'avis
présenté par Etienne Caniard, rapporteur,
et Marie-José Augé-Caumon, co-rapporteure**



L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public lors de la séance plénière du Conseil économique, social et environnemental, le 9 janvier 2019

Annexes

Annexes

N°1 COMPOSITION DE LA SECTION DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ À LA DATE DU VOTE

✓ **Présidente** : Aminata KONÉ

✓ **Vice-présidents** : Étienne CANIARD, Michel CHASSANG

Agriculture

✓ Anne GAUTIER

Artisanat

✓ Pascale MARTEAU

Associations

✓ Jean-François SERRES

CFDT

✓ Marie-Odile ESCH

✓ Catherine PAJARES Y SANCHEZ

CFTC

✓ Pascale COTON

CGT

✓ Alain DRU

✓ Dominique GALLET

CGT-FO

✓ Philippe PIHET

✓ Josette RAGOT

Coopération

✓ Christian ARGUEYROLLES

Entreprises

✓ Sophie DUPREZ

✓ Stéphanie PAUZAT

✓ Geneviève ROY

Environnement et nature

✓ Agnès POPELIN

Mutualité

✓ Étienne CANIARD

Organisation étudiantes et mouvements de jeunesse

✓ Antoine DULIN

Outre-mer
✓ Sarah MOUHOUSSE

Personnalité qualifiées
✓ Sylvie CASTAIGNE
✓ Jean-Jacques ELEDJAM
✓ Marie-Aleth GRARD
✓ Laure LECHATELLIER
✓ Françoise RUDEZKI
✓ Véronique SÉHIER

Professions libérales
✓ Michel CHASSANG

UNAF
✓ Marie-Andrée BLANC
✓ Aminata KONÉ

UNSA
✓ Martine VIGNAU

Personnalité associées
✓ Marie-Josée AUGÉ-CAUMON
✓ Fatma BOUVET de la MAISONNEUVE
✓ Édouard COUTY
✓ Jean-François LE GRAND
✓ Estelle MOLITOR
✓ Ernestine RONAI
✓ Christian SAOUT
✓ Christine TELLIER

Annexes

N°2 LISTE DES PERSONNALITES ENTENDUES

En vue de parfaire son information, la section des affaires sociales et de la santé a entendu :

Auditions

- ✓ **M. Xavier AKNINE**
Médecin addictologue à Emergence Espace Tolbiac à Paris
- ✓ **M. Gilles BON-MAURY**
Secrétaire permanent de la plateforme RSE
- ✓ **M. François BOURDILLON**
Professeur de médecine, chef du service de santé publique à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP)
- ✓ **Mme Fatma BOUVET de la MAISONNEUVE**
Médecin psychiatre à l'Hôpital Saint-Anne de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), personnalité associée au Conseil économique, social et environnemental (CESE)
- ✓ **M. Nicolas BRUNNER**
Conseiller-maître à la Sixième Chambre de la Cour des comptes
- ✓ **M. Jean-Pierre COUTERON**
Administrateur à la Fédération Addiction
- ✓ **M. Jean-Michel DELILE**
Président de l'association Fédération Addiction
- ✓ **M. Claude ÉVIN**
Avocat chez Houdart et associés et ancien Ministre de la santé et des solidarités
- ✓ **M. Matthieu FIEULAIN**
Alcoologue, "picologue", coordinateur du collectif National des Acteurs de la Réduction des risques (RDR), consultant indépendant
- ✓ **M. Philippe JAURY**
Professeur de médecine émérite au département de médecine générale à l'Université Paris-Descartes
- ✓ **M. Patrick LEFAS**
Président de formation à la sixième Chambre de la Cour des comptes
- ✓ **Mme Esméralda LUCIOLLI**
Conseillère référendaire en service extraordinaire à la sixième Chambre de la Cour des comptes

-
- ✓ **Mme Nicole MAESTRACCI**
Membre du Conseil constitutionnel, ancienne Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) de 1998 à 2002
 - ✓ **M. Baptiste MOUGEOT**
Président de la Société mutualiste étudiante régionale (SMERRA), secrétaire général de l'Ensemble des mutuelles étudiantes de proximité (EMEVIA)
 - ✓ **M. Patrick NETTER**
Conseiller expert à la sixième Chambre de la Cour des comptes
 - ✓ **M. Alexandre PICARD**
Vice-président en charge de l'innovation sociale à la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE)
 - ✓ **Nicolas PRISSE**
Médecin et président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)
 - ✓ **Mme Pauline RAUFASTE**
Administratrice à La mutuelle des étudiants (LMDE)
 - ✓ **M. Michel REYNAUD**
Président du Fonds actions addictions
 - ✓ **Mme Solène ROISIN**
Chargée d'études, plateforme RSE
 - ✓ **Mme Valérie SAINTOYANT**
Déléguée à la MILDECA
 - ✓ **Mme Christine TELLIER**
Directrice générale de l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie toxicomanies, déléguée régionale de la Fédération addiction et personnalité associée du CESE

Entretiens

- ✓ **M. Bernard BASSET**
Vice-président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) accompagné de Mme Myriam SAVY, Responsable du Pôle communication
- ✓ **Mme Nathalie DUNAND**
Présidente de la SOVAPE
- ✓ **M. Joël FORGEAU**
Président de Vin et société
- ✓ **M. Jean MOIROUD**
Président de la Fédération internationale de la vape (FIVAPE)

Annexes

- ✓ **M. Jean-Yves NAU**
Médecin généraliste de l'association SOS-Addictions
- ✓ **Mme Stéphanie PIOT**
Responsable des relations institutionnelles à Vin et société
- ✓ **M. Thibaut THALLER**
Consultant chez Anthenor public affairs

Les rapporteurs remercient également les personnes qui ont accepté d'apporter leur témoignage sur l'addiction à l'alcool, ainsi que les représentants et représentantes des Alcooliques anonymes et des groupes familiaux Al-Anon et Al-Ateen France (<http://al-anon-alateen.fr/>).

N°3 LES STRUCTURES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

La présente fiche porte sur les principales structures d'accompagnement et de soins en addictologie. Elle n'aborde pas le secteur hospitalier (et ses différentes spécialités médicales et psychiatriques) ni la médecine de ville.

1. Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a créé les CSAPA, rassemblant ainsi sous un même intitulé les anciens Centres spécialisés en soins aux toxicomanes (CSST, drogues illicites) et les Centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA, alcool).

Missions : les CSAPA ont pour principales missions⁴⁸ l'accueil, l'information et l'orientation de la personne ayant une consommation à risque ou de son entourage, pour tous les niveaux d'usage (à risque, nocif ou dépendant) ; la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ; la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a reconnu la prévention (veille sur les comportements et les produits, les nouveaux usages, la dimension préventive de la réduction des risques) comme une mission obligatoire des CSAPA.

Les CSAPA peuvent-être ambulatoires ou résidentiels. Ils peuvent gérer des centres thérapeutiques résidentiels (pour une prise en charge globale et individualisée), des communautés thérapeutiques (soutien par le groupe ou les pairs), des appartements thérapeutiques (dans la perspective de l'autonomie de la personne), des familles d'accueil (en lien avec le dispositif de soin)...

Statut : ce sont des établissements médico-sociaux⁴⁹. Le gestionnaire peut être une personne publique ou privée⁵⁰. La plupart des CSAPA sont des structures associatives

Fonctionnement : ils sont animés par une « équipe pluridisciplinaire dont la composition et le fonctionnement sont conformes aux objectifs du projet d'établissement » (art. D. 3411-4).

Financement : les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent chaque année l'objectif de dépenses correspondant au financement par les régimes obligatoires d'assurance maladie (ONDAM) des CSAPA. Les ministres arrêtent également le montant total annuel des dépenses du secteur et sa répartition entre les dotations régionales qui sont notifiées aux ARS. Les financements sont finalement octroyés aux établissements par les ARS à l'issue d'une procédure administrative complexe.

⁴⁸ Article D3411-1 du CSP

⁴⁹ Art. L. 312-1 al. 9 du code de l'action sociale et des familles

⁵⁰ Par exemple, le CSAPA Centre Horizons est un établissement géré par l'association Estrelia, association loi 1901 et agréé par l'ARS Ile-de-France, le Département de Paris et la DRIHL.

Annexes

Addictions ciblées : les centres peuvent concerner les drogues licites et illicites. Ils peuvent notamment spécialiser leur activité de prise en charge vers les personnes consommant de l'alcool.

2. Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

Les CAARUD ont été créés en 2005 alors que les usagers de drogues étaient massivement exposés à l'infection par le VIH et les hépatites virales, à partir de structures existantes (le plus souvent issus d'initiatives de professionnels investis dans le champ de la toxicomanie). La loi du 9 août 2004 leur a donné une reconnaissance légale.

Missions : ils assurent, entre autres⁵¹ : l'accueil, l'information et le conseil pour usagers de drogues ; le soutien aux usagers dans l'accès aux soins et à aux droits (logement, insertion, réinsertion professionnelle, etc.) ; l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. Ils développent des actions de médiation sociale pour s'assurer d'une bonne intégration dans le quartier et prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. La réduction des risques est au centre de leur mission qui comprend par conséquent la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'incitation au dépistage, mais aussi des interventions en milieu festif (en lien avec les pratiques d'alcoolisation massive chez les jeunes), la veille sur les produits et les usages

Statut : établissement médico-social. Les CAARUD peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé.⁵²

Fonctionnement : ils sont animés par une équipe pluridisciplinaire

Financement : ils sont financés par l'Assurance maladie (sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales)⁵³. Ce financement est inscrit dans l'ONDAM.

Addictions ciblées : les centres peuvent accueillir les consommateurs de drogues licites ou illicites.

Remarques :

Traditionnellement, les CSAPA sont davantage orientés vers le soin et le sevrage que les CAARUD. Néanmoins, le rapport n° 2013-119 de l'IGAS a constaté que la différence entre CSAPA et CAARUD tend à s'estomper dans certains établissements. De fait, les CSAPA contribuent eux aussi à la réduction des risques quand ils s'adressent à un public sous substitution mais dont ils savent qu'il est toujours consommateur ou lorsqu'ils font des actions d'information ou d'alerte sur certains produits. Aussi, certains CAARUD proposent des consultations médicales, s'engageant vers le soin pour les dommages causés par l'usage.

⁵¹ Article R. 3121-33-1 du CSP

⁵² http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ_caarur.pdf

⁵³ Article R. 314-105 du code de l'action sociale et des familles

Les hôpitaux proposent une prise en charge qui peut aller de la consultation externe en addictologie à l'accueil en soin individuel dans des unités plus importantes. Ils doivent travailler en lien avec les acteurs de l'addictologie. Selon une circulaire du 26 septembre 2008, cette articulation avec les partenaires du dispositif médicosocial vise à assurer « la fluidité du parcours de soins au sein de l'ensemble du dispositif ».

3. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC).

Au début des années 2000, le constat a été fait d'une consommation massive de drogues (en particulier le cannabis) chez les jeunes, qui ne recourent pas aux dispositifs d'addictologie existants, insuffisamment adaptés aux spécificités jeunes (qu'il s'agisse de la prévention, de l'éducation, ou du projet de soin). Aujourd'hui, les CJC sont, pour les jeunes, le pivot de la prévention individuelle et collective sur les territoires.

Missions : il s'agit de proposer un soutien aux jeunes (principalement de 12 à 25 ans, mais de personnes plus âgées peuvent y être accueillies). Le premier entretien est généralement consacré à l'évaluation de la consommation. La situation du jeune est évoquée dans sa globalité (scolarité, famille, mal-être, santé...), le jeune étant orienté vers la prise en charge la plus adaptée. L'arrêt de la consommation ou sa réduction peuvent être envisagés. L'accompagnement se poursuit le temps nécessaire.

Fonctionnement : animation par une équipe de professionnels.

Addictions ciblées : toutes les problématiques d'addictions peuvent être abordées : alcool, cannabis, jeux vidéo, internet...et cela quel que soit le niveau d'usage.

Remarque :

Les CJC peuvent être hébergées par les CSAPA mais elles peuvent aussi en être distinctes. Elles peuvent également avoir lieu dans des lieux d'accueils pour les jeunes (Espaces santé jeunes, Maisons des adolescents). L'objectif est d'être d'accès facile et confidentiel et situées au plus près des lieux de vie des jeunes, dans les établissements scolaires, prioritairement les lycées, ou les CFA par exemple.

Annexes

N°4 TABLE DES SIGLES

ANPAA	Agence nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte anti-tabac de l'OMS
CESE	Conseil Economique, Social et Environnemental
CFA	Centre de formation d'apprentis
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
ESP	Équipe de soins primaires
HAS	Haute autorité de santé
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MOC	Médecine-obstétrique-chirurgie
MSP	Maison et pôle de santé pluriprofessionnelles
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDRP	Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
RPIB	Repérage précoce et à l'intervention brève
RTU	Recommandation temporaire d'utilisation
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

N°5 BIBLIOGRAPHIE

Académie de médecine, *La cigarette électronique permet-elle de sortir la société du tabac ?*, rapport, 3 mars 2015

Agence nationale de sécurité sanitaire alimentaire, environnementale, travail (Anses), *Évaluation des dangers de la nicotine*, Saisine no 2014-SA-0130, Avis de l'Anses, Rapport d'expertise collective, Édition scientifique, janvier 2015

Ameisen O., *Le dernier verre*, Edition Denoël, Paris, octobre 2008

Andler R., Cogordan C. et Richard J.B., " Alcool, tabac et cannabis : niveaux de consommation dans les DOM en 2014 ", *La santé en action n°440*, juin 2017

Andler R., Blondel B., Bonnet C., Demiguel V., Regnault N. et Saurel-Cubizolles M.J., *Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 35-36, pp. 694-703, Santé publique France, 30 octobre 2018

Annequin M., Hamelin C., Lert F. et l'équipe 11 du Contrat d'engagement du service public (CESP), " Boire et fumer restent marqués par le genre ", Numéro spécial sur genre et santé, *revue La santé en action*, septembre 2017

Arwidson P., Assogba F.A.G., Chatignoux E., Nguyen-thanh V., Pasquereau A., Olié V. et al., *Évolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 35-36, pp. 694-703, Santé publique France, 30 octobre 2018

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), *Prévenir les risques et réduire les dommages liés aux conduites addictives*, Rapport d'activité 2017, 2017

ANPAA, *Plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions*, contribution, décembre 2017

Aknine X., Masson P. et Vosgien V., *Baclofène, c'est maintenant ou jamais !*, E-dito sous forme de tribune, mai 2018

Basset B., Craplet M., Lecas F., Rigaud A. et Simon N., *Risque Alcool : Quelle politique mener ?*, Décryptages n°23, ANPAA, 7 mars 2017 actualisé le 16/08/2017

Bauer A. et Rizk C., *L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes de violences, de menaces ou d'injures décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes " Cadres de vie et sécurité" de 2009 à 2012*, Repères n°19, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ), Département de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), décembre 2012

Béguin F., " Les chiffres chocs du coût social de l'alcool et du tabac ", article, *Le Monde.fr*, 11 septembre 2015

Béziot S., Dunand N., Pelé T. et Poirson P., *Enquête sur le vapotage pendant le MOIS Sans Tabac 2017 : expérience, performance et recommandations à l'attention des*

Annexes

décideurs et autorités en santé publique et des parties prenantes dans la lutte contre le tabagisme, Rapport, Sovape, mai 2018

Brissot A, Chyderiotis S., Janssen E., Le Nézet O., Philippon A., Shah J., et Spika S., *Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017*, Tendances n° 123, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), février 2018

Boy-Landry V., *Le baclofène est un des meilleurs traitements de l'alcoolis...*, article, Paris Match, 30 avril 2018

Cornu C., Ducimetière P., Guinhouya B., Laslop A. et Mantua V., *Évaluation du rapport bénéfice/risque du baclofène dans le traitement de patients alcoolodépendants*, Rapport, Comité scientifique spécialisé temporaire (CSST), 27 juin 2018

Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre le tabagisme*, Rapport d'évaluation, décembre 2012

Cour des comptes, Rapport public annuel 2016, Tome II : l'organisation, les missions, les résultats, février 2016

Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, Rapport public thématique sur l'évaluation d'une politiques publique, juin 2016

Cour des comptes, Rapport public annuel 2017, Tome II : l'organisation, les missions, le suivi des recommandations, février 2017

Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif *aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs sociaux et médico-sociaux et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel*

Díaz-Gomez C. et Milhet M., *Alcoolisations excessives et médecine de ville*, Tendances n°47, OFDT, mars 2006

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et Santé publique France, *L'état de santé de la population en France*, rapport 2017, 2017

Gayet C., Hache P. et Valladeau A.S., *Pratiques addictives en milieu de travail - principes de prévention*, Institut national de recherche et de sécurité (INRS), ED 6147, mars 2013

Institut de veille sanitaire, *L'alcool, une des premières causes d'hospitalisation en France*, Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire (BEH) n° 24-25, 7 juillet 2015

Institut national du cancer et Santé publique France, *Alcool et cancer : comportements, opinions et perceptions des risques*, Baromètre cancer 2015, 2015

Kopp P., *Le coût social des drogues en France*, Note 2015-04, OFTE, 10 septembre 2015

La Mutuelle des étudiants (LMDE), *La santé des étudiants en France*, 4^e enquête nationale, 2014

La Ligue nationale contre le cancer, *Une forte majorité des Français en faveur des mesures efficaces pour réduire la consommation d'alcool*, Sondage opinion way, mai 2018

Les filières de boissons alcoolisées, *Contribution au plan national de santé publique "priorité prévention" pour renforcer la lutte contre les comportements et situations à risques en lien avec la consommation de boissons alcooliques et favoriser la responsabilité dans la consommation*, contribution au plan national de santé publique, 27 juin 2018

Office français de prévention du tabagisme (OFT), *L'e-cigarette*, rapport et avis d'expert, mai 2013

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool*, Politiques économiques et de santé publiques, Édition OCDE, Paris, 2015

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, convention de l'OMS, 2003 révisée, 2004, 2005

Santé publique France, *Journée mondiale sans tabac*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 14-15, 29 mai 2018

Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 35-36, 30 octobre 2018

Santé publique France, *Alcool et tabac -consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse*, Baromètre santé 2017, septembre 2018

Savy M., *Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool*, Rapport 2017 de l'ANPAA, mars 2018

Dernières publications de la **Section des affaires sociales et de la santé**

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental

Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

www.lecese.fr

Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix,
Paris 15^{ème}, d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et
environnemental.

N°XXXXXXXXXX – Dépôt légal :

Crédit photo : DR, iStock

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

9, place d'Éléna
75775 Paris Cedex 16
Tél.:01 44 43 60 00

www.lecese.fr