



Les addictions au tabac et à l'alcool

Étienne Caniard et Marie-Josée Augé-Caumon

2019-02

NOR : CESL1100002X

mercredi 9 janvier 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE

Mandature 2015-2020 – Séance du mercredi 9 janvier 2019

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-rapporteuse

Au nom de la

section des affaires sociales et de la santé

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par lettre du Premier ministre en date du 8 mars 2017. Le bureau a confié à la section des affaires sociales et de la santé la préparation d'un avis sur *Les addictions au tabac et à l'alcool*. La section a désigné M. Étienne Caniard et Mme Marie-Josée Augé-Caumon comme rapporteurs.

Sommaire

AVIS	3
SYNTHESE	4
INTRODUCTION	8
I - CONSTAT	12
A - Le manque de constance des politiques publiques	12
B - Les évolutions des habitudes de consommation et des représentations	15
II - PRECONISATIONS	18
A - Axe 1 : Fonder les politiques sur la réalité des dommages	20
1. Se doter d'une méthodologie pour des objectifs et un suivi plus transparents	20
2. Généraliser les outils de prévention qui ont démontré leur efficacité	22
B - Axe 2 : Créer les conditions d'une rencontre précoce avec le soin	28
1. Consolider l'implication de l'ensemble des professionnelles et professionnels de santé de premiers recours	29
2. Organiser les interactions avec les structures hospitalières et médico-sociales	30
C - Axe 3 : Proposer une prise en charge adaptée à la diversité des besoins et des parcours de vie	32
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	36
CONCLUSION	40
DÉCLARATIONS/ SCRUTIN	41
ANNEXES	63
N°1 Composition de la Section des affaires sociales et de la santé à la date du vote	64
N°2 Liste des personnalités entendues	66
N°3 Les structures de soins et d'accompagnement en addictologie	69
1. Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	69
2. Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)	70
3. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC).	71
N°4 Table des sigles	72
N°5 Bibliographie	73

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, 35 contre 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.

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

Synthèse de l'avis

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.

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

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

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

INTRODUCTION

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

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

La baisse du tabagisme constatée entre 2016 et 2017 (1 million de fumeuses et fumeurs quotidiens en moins), marque un progrès remarquable. Elle touche particulièrement les jeunes de 18 à 24 ans. Elle concerne aussi les femmes, chez qui la prévalence du tabagisme était en constante augmentation depuis les années 1970. 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, conseillère référendaire en service extraordinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La comparaison avec le coût social des drogues illicites, estimé à 8,7 milliards d'euros, interroge sur la façon dont sont politiquement traitées les différentes addictions. La réflexion n'est pas nouvelle. En 1994, le Comité consultatif national d'éthique avait, dans un avis consacré aux toxicomanies, décidé 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 Al-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

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

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

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

¹³ Décret n°2014-322 du 11 mars 2014

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

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

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

I - CONSTAT

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

A - Le manque de constance des politiques publiques

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

La loi était d'emblée plus restrictive pour le tabac, en interdisant « *toute propagande ou publicité, directe ou indirecte* », ce qui inclut le parrainage, ainsi que 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.

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

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

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

En outre, certaines possibilités ouvertes par la loi Evin ont été sous-utilisées. Les hausses des prix du tabac comptent parmi celles-ci. Elles produisent 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 ruralistes, pour qui il faut prendre ces achats en considération car ils viennent atténuer les effets des hausses des prix sur la

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁰ Source : 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

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

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

* * *

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

II - PRECONISATIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les dangers du tabac et de l'alcool sont encore largement sous-évalués par la population. Dans leur majorité, les Françaises et les Français considèrent qu'ils ne 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

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

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

Préconisation n°1 :

Soutenir la recherche, indépendamment des industries 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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 ce faire, organiser, avec les acteurs et actrices concernés, la formation des intervenants et intervenantes ainsi que 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.

Préconisation n°8:

Consacrer le rôle des instances représentatives du personnel dans la prévention des addictions au tabac et à l'alcool. Pour ce faire, 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.

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

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

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

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

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

³³ Source : Fédération addiction

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

- les structures de proximité qui réalisent consultations et sevrages résidentiels simples (le niveau 1) ;
- les structures de court séjour et de soins de suite ou de réadaptation (le niveau 2) qui réalisent, en plus des missions de niveau 1, des soins plus complexes en hospitalisation complète ou de jour pouvant être assurés par des établissements de santé qui dispose d'une activité en psychiatrie ou d'une structure addictologique spécifique ;
- les structures de recours régional (le niveau 3) qui exercent des activités de formation, d'enseignement, de recherche, de coordination, rattachés à un CHU (pôle de médecine ou de psychiatrie).

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

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

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

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

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).

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

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

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

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

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

Concernant l'alcool, l'arrivée du baclofène a modifié les pratiques. Ce traitement dit « agoniste », diminue les réponses des récepteurs liées aux substances et supprime les effets de l'alcool, créant ainsi ce que le professeur Ameisen a appelé

« l'indifférence à l'alcool »³⁹. Utilisé dans le traitement de la spasticité musculaire depuis 1974, il a fait l'objet de plusieurs études aux conclusions contradictoires. Il a d'emblée suscité de très fortes attentes. Il peut, pour certains malades, permettre de continuer une vie normale, sans imposer un sevrage. Il a d'abord été "imposé" par les patients et patientes, qui ont relativisé les risques au regard de la perte de contrôle de leur consommation et de ses conséquences. Cette démarche, emblématique de la réduction des risques, a fait l'objet de nombreuses réserves tant d'une partie importante de la communauté médicale que des autorités sanitaires. En effet, même lorsque ce médicament est efficace, à des posologies élevées, il provoque des effets indésirables graves qui ont longtemps bloqué son autorisation de mise sur le marché. Le baclofène dispose depuis mars 2014 d'une Recommandation temporaire d'utilisatin (RTU). La situation a récemment évolué puisque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a autorisé le 23 octobre 2018, sa mise sur le marché à une dose maximale de 80 mg par jour. Cette décision marque une évolution des autorités sanitaires qui ont enfin pris en compte les spécificités et la gravité de la dépendance à l'alcool, comme en témoignent les propos de M. Dominique Martin, directeur Général de l'ANSM: *"ne pas accorder l'autorisation ne nous aurait pas paru raisonnable au regard des besoins, de la gravité de la maladie alcoolique et du fait que des dizaines de milliers de personnes prennent ce médicament dans le cadre de la RTU"*. C'est la reconnaissance que les effets délétères d'un médicament doivent être davantage relativisés au regard du risque encouru par l'absence du traitement dans le cas d'une pathologie aux conséquences aussi lourdes que la pathologie alcoolique. On peut néanmoins s'interroger sur la prudence observée dans les posologies maximum autorisées, bien inférieures à celles prises aujourd'hui par de nombreux patients et patientes. Une surveillance renforcée pour des doses élevées, au moins pour les patients et patientes en cours de traitement aurait peut-être été préférable. D'autres traitements médicamenteux ont des effets similaires, qu'il s'agisse d'aider à la réduction des consommations ou de prévenir la rechute. Ils ont eux aussi des contre-indications et produisent des effets indésirables parfois graves. Ils constituent néanmoins, dans un contexte où la faiblesse de la prise en charge est préoccupante, une porte d'entrée vers le soin qu'il serait dangereux de négliger. Aucun d'eux n'est suffisant à lui seul : c'est donc sur l'accompagnement, impérativement global et sur la qualité du lien avec l'accompagnant ou l'accompagnante qu'il faut mettre l'accent.

Une politique fondée sur la réduction des risques est par nature pragmatique et doit s'adapter aux demandes et situations diverses. Elle est parfois opposée, à tort, au sevrage qui a sa place dans l'arsenal thérapeutique. Il peut, dans certaines circonstances, être l'objectif. Il ne doit pas constituer la seule stratégie thérapeutique, au risque du découragement et de l'exclusion du soin, d'un trop grand nombre de personnes. Il faut intégrer la diversité des attentes et proposer plusieurs voies. C'est l'essence même d'une politique de réduction des risques. Intégrée par les addictologues, la réduction des risques doit davantage entrer dans le mode de pensée des soignantes et soignants de premier recours. Ses principes et objectifs doivent être posés. Elle implique en particulier de donner à chacun et chacune, des éléments d'information, d'ordre individuel et collectif, qui permettront d'évaluer la

³⁹ Olivier Ameisen, *Le dernier verre*, 2008

situation et de prendre les décisions en connaissance de cause. Le rôle du médecin est central dans la mise en œuvre des traitements de substitution, qu'il s'agisse de poser l'indication avec l'usager ou l'usagère, de choisir avec lui ou elle le traitement adapté, de surveiller sa mise en œuvre et d'évaluer ses résultats.

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

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

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

Néanmoins, le CESE regrette l'encadrement très contraignant dont est l'objet la cigarette électronique, qui traduit une prudence probablement excessive des pouvoirs publics. Il ne favorise pas l'utilisation de la cigarette électronique comme dispositif de sevrage. Si le risque de banaliser le fait de fumer justifie l'interdiction de vente aux mineurs et mineures et l'interdiction du vapotage dans certains espaces publics, en revanche, le régime de taxation de la cigarette électronique et la réglementation de sa publicité, identiques dans leurs effets à ceux du tabac, freinent son utilisation comme outil de sevrage.

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

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 et les soignantes de premier recours, les patients et patientes, leur entourage ainsi que 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.

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

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

C'est une réponse tout à la fois globale et personnalisée qu'il faut se donner les moyens d'organiser. Eu égard à leur composition, comme du fait de leurs modes de fonctionnement, les CSAPA et les CAARUD sont à même de la coordonner et de proposer un suivi aux personnes souffrant d'addictions au tabac et à l'alcool. Ces addictions occupent de facto une place importante dans leur activité⁴¹. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale leur fixe des missions de prévention, d'information et de soin, qui ne sont en réalité pas séparables les unes des autres et qui sont de fait, mises en œuvre par l'ensemble des personnels des CSAPA. Leurs équipes sont pluridisciplinaires, composées de professionnelles et professionnels issus de l'éducation, de l'action sociale et du soin : la pluralité de leurs compétences et de leurs origines est un atout. Leur présence dans un même lieu favorise une culture commune. Elle rend plus facile la circulation des informations, dans le respect du cadre juridique désormais fixé par la loi Santé du 26 janvier 2016 et le décret du 20 juillet 2016⁴².

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

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

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/OFD, 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.

renforcement de la formation et de l'implication des médecins généralistes et des professionnels et professionnels de santé sur les addictions au tabac et à l'alcool préconisé dans cet avis (axe 2), s'inscrit dans cette perspective.

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

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

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

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

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.

L'augmentation du tabagisme chez les femmes se traduit par une évolution de la prévalence des pathologies liées au tabac. La part de décès attribuable au tabac a augmenté de 6% chez les femmes entre 2000 et 2014 (contre une baisse de 1% chez les hommes), quel que soit le groupe d'âge. Le cancer du poumon pourrait devenir la première cause de mortalité par cancer chez la femme, avant le cancer du sein⁴⁶. Parallèlement, plusieurs travaux scientifiques récents ont pointé les inégalités hommes/femmes dans la morta-morbidité liée au tabac. Ainsi, pour une même quantité de tabac consommée, les femmes ont un risque d'infarctus du myocarde et de bronchopneumopathie chronique obstructive plus élevé que les hommes. Le tabagisme accroît le risque d'infertilité de la femme et contribue aux complications pendant la grossesse. Quand il est associé à la pilule contraceptive, il accentue le risque de problèmes vasculaires.

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

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.

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)

CONCLUSION

L'appréciation des politiques publiques de lutte contre le tabac et les consommations nocives d'alcool est liée aux représentations que la société se fait des consommations ainsi que des consommateurs et consommatrices. Elles conduisent à stigmatiser les consommateurs et consommatrices, à émettre des jugements moraux ... inadaptés pour celles et ceux qui estiment avoir des consommations raisonnables et maîtrisées et plus encore pour celles et ceux dont la consommation échappe à leur contrôle! Et parallèlement, les efforts pour limiter en amont les risques de consommation excessive sont trop timides, voire laxistes. C'est évidemment le cas pour la publicité, le contrôle de la vente aux mineurs et mineures ou l'utilisation de la fiscalité et d'une politique des prix qui a fait ses preuves dans les pays où elle a été mise en oeuvre. Les politiques publiques de lutte contre le tabagisme et la consommation nocive d'alcool doivent être plus cohérentes et résolues en matière de prévention comme d'accès aux produits et plus bienveillantes pour les patients et patientes dépendants auprès desquels une intervention précoce et adaptée aux différentes situations doit être proposée. Une telle politique, loin des fantasmes de la prohibition, permettrait d'éviter tant la confusion des rôles que de rechercher un illusoire consensus entre objectifs sanitaires et intérêts économiques des industriels de l'alcool ou du tabac. A cet égard, l'association des industries de l'alcool aux campagnes de prévention risque d'améliorer davantage la réputation des alcooliers que la santé. Le souci des intérêts économiques des acteurs et actrices des filières concernées, et notamment de la filière viticole, est légitime. Mais les objectifs d'une politique de santé publique ne sont pas identiques à ceux des acteurs économiques, de la production d'alcool, de la distribution ou encore de la publicité. Faire semblant de l'ignorer conduit à des arbitrages sans cohérence d'ensemble, qui ignorent souvent la réalité des consommations. Comment croire à la sincérité de la démarche des producteurs d'alcool pour une consommation modérée lorsque l'on sait que 80% des ventes d'alcool se font à destination des usagers et usagères problématiques d'alcool? Si l'évolution de la représentation du tabac a disqualifié les publicités valorisantes en terme d'image pour le consommateur ou la consommatrice, il n'en est pas de même aujourd'hui pour l'alcool et un abstinent ou une abstinente doit toujours se justifier de n'être ni triste ni malade! S'il ne saurait être question de condamner la consommation modérée et maîtrisée d'alcool, boire de l'alcool ne doit pas pour autant être la norme. Le CESE recommande, avec la Cour des comptes, une action publique forte et ambitieuse de prévention, d'intervention précoce et de réduction des risques, afin de contribuer à un environnement plus favorable, notamment pour les jeunes.

Déclarations/ Scrutin

Agriculture

Le sujet est passionnel; la tonalité parfois très vive de nos échanges l'a d'ailleurs illustré. Nous avons des craintes sur les résultats de nos travaux. Nous avons toutefois assisté à des auditions de grande qualité et surtout, les rapporteurs ont tenu à maintenir un traitement équilibré du sujet.

L'approche de cet avis est appréciable. En premier lieu, il est important que soit rappelé que le plus grand danger c'est bien la misère sociale et la misère psycho-affective. Par conséquent, insister sur la prévention des risques est essentiel. Mais surtout, l'aspect innovant de cet avis est de mettre en avant la réduction des risques. C'est une approche dont on n'entend pas assez parler et le CESE est l'endroit adapté pour diffuser ce type de point de vue. Il ne s'agit plus de prôner une abstinence, souvent vouée à l'échec, mais d'être au plus près de chacun, des risques de sa consommation.

Nous approuvons aussi les recommandations visant à organiser de manière plus efficace les actions de prévention et la prise en charge de ceux qui en ont besoin. Il faut tout mettre en œuvre pour provoquer une rencontre précoce avec le soin ; cela nécessite une plus forte sensibilisation des professionnels de santé et une meilleure communication entre eux.

Pour le secteur agricole, la Mutualité sociale agricole (MSA) s'implique depuis longtemps dans des actions de prévention, sur les risques de dépendances. Nous avons mis en place différents dispositifs pour être au plus près des assurés lorsqu'ils sont en difficulté.

Pour le groupe de l'agriculture, il reste dans le texte quelques points sur lesquels nous avons exprimé des désaccords.

En premier lieu, fondamentalement, nous regrettons que la saisine ait associé le tabac et l'alcool. Il s'agit de deux produits différents et donc de politiques publiques différentes.

De même, nous regrettons que le mot drogue ait été associé au mot alcool. Il existe de très nombreuses définitions du mot drogue, nous n'avons pas eu le temps d'approfondir cet aspect. Toujours est-il que, pour le grand public, le mot « drogue » a une connotation négative. Nous avons demandé à ce que cette association des deux termes soit supprimée, nous regrettons qu'elle ait été maintenue.

En second lieu, nous nous interrogeons sur la pertinence des propositions relatives à la fiscalité. Nous doutons de l'efficacité du dispositif présenté, une évaluation plus fine de son impact à la fois sur la consommation et sur l'économie du secteur doit être menée. Pour l'instant, cette proposition ne nous semble pas suffisamment étayée.

Le groupe de l'agriculture a partagé ses votes et s'est prononcé majoritairement contre.

Artisanat

Si des progrès restent à faire, les politiques publiques menées depuis 30 ans dans la lutte contre le tabac, ont produit des résultats positifs qui se mesurent au changement de regard sur le tabac et surtout à la baisse de sa consommation.

Les effets des politiques de lutte contre la consommation excessive d'alcool sont en revanche moins probants. Or, les conséquences de l'abus d'alcool peuvent être dramatiques non seulement pour la santé et la vie sociale des personnes concernées, mais aussi pour leur entourage en raison des actes d'agressivité ou de violence qu'elles peuvent induire. S'ajoutent à cela, les risques d'accidents routiers ou professionnels provoqués par la perte de vigilance liée à l'alcool.

Autant d'impacts avérés, qui plaident pour une meilleure efficacité de la stratégie publique de lutte contre l'addiction à l'alcool.

Afin d'accroître l'efficacité de la sensibilisation de la population, l'avis appelle à renforcer la communication sur les dommages de l'alcool pour la santé. Pour cela, il souligne la nécessité de s'appuyer davantage sur les données de la recherche publique et sur des campagnes de prévention conduites indépendamment des industriels du secteur des boissons alcoolisées.

Si le groupe de l'Artisanat en comprend les objectifs, il observe que les modalités de cette préconisation peuvent aussi tendre à remettre en cause les actions menées par ces acteurs économiques pour promouvoir une consommation modérée et prévenir les comportements à risque.

Or, au regard de l'intérêt de telles démarches, le groupe de l'artisanat considère que les termes retenus par l'avis pour justifier l'exclusion des alcooliers de la politique de prévention, sont inadaptés. De même, il lui paraît important de ne pas confondre consommation d'alcool et addiction, comme l'avis pourrait parfois le laisser entendre.

Afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des personnes concernées par une addiction, l'avis appelle à promouvoir une politique fondée sur la réduction des risques, associée à une diminution de la consommation.

Une telle approche présente en effet de multiples avantages : faciliter l'entrée des personnes dans un dispositif d'accompagnement, adapter la prise en charge thérapeutique aux difficultés de chaque patient en favorisant ainsi ses chances de réussite.

Cette forme de réponse face aux addictions a d'ailleurs fait ses preuves pour rompre avec la dépendance aux produits stupéfiants illicites, comme elle a récemment montré des résultats prometteurs sur l'arrêt progressif du tabac.

Dès lors, il est souhaitable que les dispositifs s'inscrivant dans ce cadre puissent être mieux diffusés et leur accès facilité pour tous.

Dans les Centres de formation des apprentis comme dans les entreprises du secteur de l'artisanat, la prévention et la lutte contre les addictions à l'alcool et aux drogues illicites, s'inscrivent depuis longtemps dans les démarches de santé-sécurité au travail.

Déclarations des groupes

C'est ainsi que la sensibilisation aux risques liés à de telles addictions, fait partie intégrante des différents cursus proposés aux apprentis du bâtiment. En outre, quel que soit le métier préparé, des actions pédagogiques et concrètes sont menées auprès des jeunes en formation, grâce au partenariat de nos organisations professionnelles avec la Sécurité routière.

Dans les entreprises, la vigilance s'impose également sur ces questions, au regard des risques d'accident professionnel. La prévention peut toutefois s'avérer délicate dès lors que les causes des addictions sont souvent multifactorielles. C'est pourquoi, comme le prévoit le dernier Plan santé au travail, il importe de concevoir des dispositifs d'accompagnement des TPE-PME afin de les aider dans la mise en œuvre d'une démarche globale de prévention.

Malgré certaines réserves, le groupe de l'artisanat a voté l'avis.

Associations

Cet avis aborde un sujet sensible, celui des addictions qui renvoient à la place des drogues dans notre société et à la représentation sociale de l'utilisation de chacune d'elles.

Les addictions sont des pathologies qui se caractérisent par la dépendance aux produits. Les personnes qui en souffrent sont de fait, privées de la liberté de s'abstenir.

Cette définition qui structure l'avis, conduit à reconnaître que même licites, tabac et alcool doivent être considérés comme des drogues. La création, par la loi du 2 janvier 2002, des Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie qui réunissent dans un même lieu les spécialistes de différents types d'addictions a, de ce point de vue, constitué un progrès et favorisé une culture commune entre professionnels.

Pour agir, les pouvoirs publics sont confrontés aux contradictions entre des considérations de santé publique et des intérêts économiques : leur action est souvent lente, hésitante et ambiguë. L'action politique reste également tributaire du rythme auquel évoluent les comportements et les mentalités.

C'est avec cet arrière-plan que l'avis s'attache à rechercher les voies possibles d'une cohérence des politiques publiques, d'une modification des représentations sociales, notamment de l'alcool et d'une action coordonnée pour un repérage plus précoce des situations problématiques et un meilleur accompagnement.

Les conséquences du tabac sur la santé sont établies depuis plus de 50 ans. Il a fallu beaucoup de temps et des politiques publiques résolues et contraignantes pour que la population en prenne conscience et modifie sa représentation du tabac. Des effets commencent à être perceptibles : la baisse du tabagisme constatée ces dernières années marque un progrès remarquable (1 million de fumeurs quotidiens en moins entre 2016 et 2017). D'autant plus remarquable qu'elle touche particulièrement les jeunes de 18 à 24 ans. Les récents succès dans la lutte contre le tabac ne doivent pas conduire à relâcher les efforts mais au contraire à les amplifier.

Mais si les politiques publiques de lutte contre le tabac ont permis d'obtenir des résultats très encourageants, ce n'est pas le cas pour l'alcool : l'image du tabac est devenue négative alors que la consommation d'alcool demeure valorisée bien que ses conséquences sur la santé soient connues.

L'avis a dû faire face aux approches manichéennes qui réduisent trop souvent le débat sur l'alcool à une confrontation sans issue entre la défense d'une tradition et d'une culture françaises du vin et une vision "hygiéniste" de la consommation d'alcool qui met en avant ses effets délétères quelles que soient les quantités.

La voie choisie nous paraît être la bonne : c'est celle de la réduction des risques et des dommages, sanitaires bien sûr mais aussi des violences liées aux consommations excessives d'alcool. Elle n'ignore ni les dangers ni le plaisir que l'on peut trouver dans une consommation raisonnable et propose de concentrer les efforts :

- sur ce tiers de consommateurs qui boivent 90% de l'alcool commercialisé en France ;
- et sur les moyens d'éviter le passage d'une consommation « acceptable » en termes de risque et vécue comme positive, à une consommation plus nocive.

Le groupe des associations soutient cette approche et les préconisations qui en découlent. Elles sont pour la plupart centrées sur la prévention, intègrent l'entourage des personnes concernées, éclairent le rôle essentiel des pairs et des associations agissant dans ce champ et insistent sur la nécessité de bénéficier de moyens suffisants et adaptés pour rejoindre les personnes les plus vulnérables.

Le groupe des associations remercie les rapporteurs dans cet exercice délicat, se félicite de la complémentarité fructueuse entre le CESE et la Cour des comptes sur ce sujet. Il a voté l'avis.

CFDT

Cet avis mené en partenariat avec la Cour des Comptes confirme largement les recommandations précédemment émises par celle-ci, et en ajoute 18 supplémentaires que la CFDT soutient.

L'addiction au tabac et à l'alcool est une question prégnante qui relève de l'intérêt général. Vouloir y remédier suppose donc une politique publique cohérente et de long terme qui s'affranchisse du lobbying de secteurs habiles à présenter une vision séductrice de ces produits, souvent associés à une forme de plaisir et de convivialité, notamment pour l'alcool. Pierre-Jules Stahl disait : *« l'homme ne s'estime pas heureux dans son état naturel, il lui faut une ivresse quelconque pour lui faire croire au bonheur »*. Cet ancrage culturel dans tous les segments de notre société reste l'obstacle le plus difficile à franchir pour réduire considérablement la mortalité directe ou indirecte (accidents, violences, etc.) trop fréquemment liée à ces addictions. Les débats dans la section l'ont mis en lumière : pour l'alcool, le nœud du problème reste la représentation que nous en avons. Boire avec modération de l'alcool de qualité pourrait presque pour certains relever de la prescription médicale ! Cependant même s'il aura fallu beaucoup de circonvolutions littéraires pour l'éviter, l'avis ne tombe pas

Déclarations des groupes

dans le piège d'une solution unique sur un registre moraliste : l'abstinence. Il s'agit bien ici de santé publique.

Les préconisations, comme souvent lorsque nous traitons de questions de Santé Publique, mettent l'accent sur la prévention à l'école et sur les lieux de travail avec le plan national santé au travail, sur une coordination améliorée entre tous les acteurs médicaux et socio-éducatifs, et sur un soutien renforcé aux initiatives dédiées à des publics ciblés. L'innovation et la recherche sont également mises en avant pour réduire les risques, notamment, en menant des expérimentations de substituts au sevrage à l'instar de la cigarette électronique voire du baclofène. Enfin, et là encore cela n'est pas un scoop, le CESE préconise un renforcement dans la collecte des données et une évaluation plus rigoureuse des politiques menées.

Nous avons longuement discuté des préconisations qui tendent à renforcer la taxation des produits. En effet si les addictions au tabac et à l'alcool ne connaissent pas de frontières sociales, la taxation des produits n'a pas les mêmes effets selon les ressources de chacun. Pour autant, le coût reste une des clés qui, notamment pour le tabac, a eu un impact. La CFDT estime que la charge des coûts pour la santé publique ne peut reposer sur le seul consommateur : le producteur et la chaîne d'approvisionnement d'un produit qui, au final, peut tuer doivent prendre leur part de responsabilité dans le financement de la politique publique.

À ce propos, l'insuffisance de volontarisme politique dans la lutte contre l'addiction à l'alcool est évidente dans le plan gouvernemental 2018-2022.

Au regard des multiples enjeux de santé publique et à terme de cohésion sociale traités dans cet avis, la CFDT l'a voté.

CFE-CGC

Les addictions au tabac et à l'alcool représentent les deux premières causes de mortalité évitable en France.

La lutte contre le tabagisme par les politiques publiques a donné au fil des années des résultats encourageants, ce qui n'est pas le cas pour l'alcool. L'image du tabac est devenue avec le temps négative, alors que celle de la consommation d'alcool reste encore socialement valorisée.

Le groupe CFE-CGC du CESE déplore la lenteur de la prise de conscience par les pouvoirs publics ; les dangers du tabac et de l'alcool sont encore largement sous-évalués par la population.

De ce fait nous partageons la plupart des préconisations émises, mais nous souhaitons insister plus particulièrement sur les préconisations 2 et 5.

En effet, notre groupe est favorable au renforcement de la prévention dès le plus jeune âge, en associant bien évidemment les familles. Les jeunes sont les consommateurs de demain et doivent donc devenir acteurs de leur santé ; ils doivent être pleinement informés des dangers de toute addiction quelle qu'elle soit.

Il ne s'agit pas de tenir des discours moralisateurs, mais plutôt de favoriser les actions de prévention et de renforcer la formation de tous les intervenants auprès de notre jeunesse.

La préconisation 8 nous apparaît également importante. En effet, les conduites addictives dans le monde du travail, longtemps sujet tabou en France, constituent désormais une préoccupation de plus en plus croissante. Elles sont devenues un enjeu de santé dans les entreprises, ce qui ne peut que nous satisfaire.

Le monde du travail a d'ailleurs tout intérêt à entreprendre des démarches d'évaluation des risques.

Pour nous, cela nécessite de renforcer le rôle des instances représentatives dans la prévention de ces addictions, avec par exemple des formations appropriées.

En conclusion, quelles que soient les addictions, le groupe CFE-CGC du CESE est convaincu que la prévention sous toutes ses formes reste le meilleur « outil » à la disposition de chacune et chacun et a voté en faveur de cet avis.

CFTC

Le tabagisme et la consommation abusive d'alcool représentent respectivement les 1ères et 2èmes causes de mortalité évitable en France.

Le tabac provoque plus de 73 000 décès chaque année et l'abus d'alcool 49 000.

Et pourtant, depuis 40 ans les mesures de lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont nombreuses.

Mais le bilan n'est pas à la hauteur des ambitions espérées. Il confirme la difficulté de mettre en œuvre dans la durée des politiques publiques cohérentes centrées sur des objectifs de santé publique. Il montre également que la législation et la réglementation indispensables ne suffisent pas.

Dans cet avis, le CESE comme la Cour des Comptes en appelle à insister sur l'urgence de mettre les actes en cohérences avec les discours.

Le groupe CFTC soutient les préconisations 2 et 3 qui identifient les priorités, les jeunes, les femmes, les femmes enceintes car ces populations, sans les stigmatiser, connaissent une augmentation de consommation.

La prévention est un passage obligatoire. Elle est à renforcer dès le plus jeune âge à l'école et en y associant les parents.

Cette prévention doit aussi prendre toute sa place dans les entreprises. Des formations doivent être proposées aux IRP afin de mobiliser et d'accompagner les entreprises dans leurs démarches.

Sur les lieux de festivités, les organisateurs doivent être sensibilisés par des acteurs et actrices de la réduction des risques.

La CFTC soutient les préconisations sur l'organisation d'un meilleur maillage territorial des dispositifs de soin et d'accompagnement en addictologie.

Déclarations des groupes

Pour la CFTC il est important de saisir toutes les opportunités pour détecter, sensibiliser les personnes ayant un rapport d'addiction avec l'alcool ou le tabac.

Notre groupe soutient la préconisation 10 demandant le renforcement de l'action des médecins généralistes, des autres professionnels de la santé ainsi que des intervenants et intervenantes du secteur socio-éducatif.

L'hôpital est un lieu devant permettre une prise en charge individuelle et particulière. Il doit pouvoir orienter les personnes vers des structures de soin et d'accompagnement en addictologie.

La CFTC partage l'esprit de la conclusion de cet avis, notamment le fait de ne pas stigmatiser les consommateurs et émettre des jugements moraux.

La priorité donnée à la prévention et à l'éducation dans cet avis est un point essentiel.

Le groupe de la CFTC a voté cet avis.

CGT

En matière de drogue et de toxicomanie, l'incantation a trop souvent fait office de politique publique. Les différences d'approches des ministères de l'intérieur, de la justice et de la santé ont longtemps bloqué l'intelligence collective de la situation et la construction de politiques publiques efficaces.

Dépasser le statut légal ou illégal, faire considérer, et pas seulement à l'opinion publique, que le tabac et l'alcool sont des drogues à l'instar des médicaments psychotropes ou de l'héroïne a été un premier combat, et les lois Évin un vrai tournant qui ont aidé à changer de regard.

Nous-mêmes, dans l'entreprise, nous avons accompagnés des salariés et nos IRP ont pris cette question à bras le corps, pendant que se mobilisaient les acteurs de la santé au travail pour définir une politique de prévention.

En trente ans, le chemin parcouru est considérable et ce, grâce au dialogue social dans l'entreprise, dans les branches et à des négociations qui donnaient un sens au travail, à ses conséquences sur les salariés et les filets de sécurité à mettre en œuvre. Les changements sont spectaculaires parce que le sujet était partagé et que chacun, à sa place, a permis ces progrès.

Ce ne fut pas simple, parce que seuls le sevrage et l'abstinence étaient prêchés avec leur lot d'échecs et de discours culpabilisants sur le manque de volonté de personnes qui n'étaient pas regardées comme des malades. C'est le sens de la préconisation n°8 que nous soutenons.

Le parti pris de cet avis est d'ouvrir à une stratégie de réduction des risques, et donc de changement de regards sur les personnes. Cependant, parce qu'un monde sans drogue n'existe pas, la seule abstinence n'est pas réaliste. En cette matière aussi, il est nécessaire d'abord de les écouter et de construire des solutions avec eux, en sachant que chaque parcours sera particulier, qu'il doit être accompagné avec des échecs qui ne sont alors qu'un palier, une expérience qui permettra de trouver une solution.

Prendre en compte les personnes « *là où elles sont et là où elles en sont* » et leur reconnaître une expertise permet de les rendre acteurs de leur projet: C'est le sens des préconisations 13 à 17 que nous soutenons.

Par ailleurs, affirmer que les politiques de prévention ne peuvent pas être définies par les alcooliers ou les cigarettiers, nous semble relever de l'évidence, mais le poids des lobbys oblige à le rappeler.

Enfin, redonner toute sa place à la prévention et à l'accompagnement le plus tôt possible, de manière continue et cohérente, devrait être une évidence... Mais hélas, il nous faut bien constater que ce ne sont pas les priorités des politiques publiques.

L'expérience montre pourtant qu'une stratégie de prévention se construit non seulement sur des messages tous publics, mais aussi et surtout par des messages spécifiques pour des publics particuliers quitte à adapter les réponses et les dispositifs : Cela est réaffirmé dans l'avis autant pour la prévention que pour la prise en charge

Le groupe CGT a voté ce texte.

CGT-FO

Nous remercions les rapporteurs et l'équipe administrative pour la qualité du travail effectué sur le sujet si sensible des addictions au tabac et à l'alcool. Il est sensible car il aborde la question de la consommation de produits certes licites mais qui peuvent avoir des conséquences dramatiques sur les plans sanitaire, relationnel et social. Des milliers de personnes meurent chaque année à cause de ces addictions et parfois les conflits humains en lien avec l'abus d'alcool peuvent même aller jusqu'à l'homicide.

Malgré ces méfaits, la consommation du tabac et de l'alcool est ancrée dans l'imaginaire collectif et peut s'inscrire dans une forme de convivialité sociale et au-delà, comme dans le cas de l'alcool, être un élément constitutif du modèle culturel et de ses pratiques dans les domaines culinaire, festif ou autre. C'est dire à quel point la consommation du tabac et de l'alcool doit être regardée de manière spécifique et toute politique de lutte contre les addictions qu'elle occasionne ne peut réussir que si elle s'inscrit dans le long terme et actionne plusieurs leviers à la fois.

Pour le groupe FO, on ne peut efficacement lutter contre les addictions qu'en cherchant d'abord à les connaître, les analyser, les comprendre aussi bien dans leur globalité que dans la spécificité de chaque groupe de consommateurs. Ainsi, les trois premières préconisations de cet avis doivent être soutenues et les pouvoirs publics doivent agir pour le renforcement d'une recherche indépendante sur les addictions. Toutefois, aucune politique ne peut aboutir si elle ne se dote pas de moyens à la hauteur des objectifs qu'elle cherche à atteindre. Il faut donc renforcer les moyens de la recherche mais aussi développer notre politique de prévention en agissant à tous les niveaux et en tenant compte de la spécificité de chaque public. Certes il est important que la prévention commence dès le jeune âge et que l'école soit le lieu où la sensibilisation aux méfaits des addictions soit renforcée (préconisations 4-5 et 6). Cependant la lutte contre les addictions doit aussi s'inscrire dans un processus de long terme et se renforcer dans le monde du travail. Évidemment qu'il est important

Déclarations des groupes

d'impliquer les IRP dans la lutte contre les addictions dans le cadre de la santé au travail (préconisation 8), mais il est également important qu'elles soient outillées en connaissances et données pour cerner la spécificité de ce phénomène chez les travailleurs. Contrairement aux idées reçues, les résultats de la cohorte épidémiologique Constances ont par exemple montré que le phénomène de l'usage à risque de l'alcool au travail touche toutes les catégories socioprofessionnelles et tous les secteurs d'activités. Par ailleurs, il existe un fort lien entre les conditions de travail et les addictions, notamment chez les plus précaires.

Pour le groupe FO, l'avis aurait dû donner plus d'éléments sur le phénomène des addictions dans le monde du travail.

De même, notre groupe reste plus que réservé sur les questions de fiscalité punitive qui fait reposer uniquement sur le consommateur la question d'addiction et de prévention. Par ailleurs, son indexation sur les dépenses d'assurance maladie attribuables à l'alcool pourrait ouvrir la voie à une prise en charge différenciée des problèmes de santé.

Le groupe FO a voté en faveur de l'avis.

Coopération

Le consensus n'a malheureusement pas été trouvé sur ce sujet important des addictions concernant la santé de nos concitoyens. Nous partions pourtant sur les bases d'un avis rendu sur le même sujet il y a trois ans, que nous aurions pu prolonger et approfondir. Au contraire, le texte qui nous est soumis s'en distingue sur trois points essentiels.

Premièrement, l'amalgame entre consommation de vin et consommation nocive de vin (ou d'alcool) : la Cour des Comptes fait pourtant clairement la distinction, et son rapport porte bien sur la consommation « nocive ». De plus, il prend bien soin de décrire l'état des lieux social et l'absence de consensus qui règne sur ce sujet en France.

En revanche, selon l'avis présenté, il n'y aurait pas de consommation d'alcool qui ne soit pas nocive ! Pourtant selon Paracelse « *tout est poison, rien n'est poison, tout dépend des quantités* » : serait-il impossible d'avoir une consommation raisonnable de vin, de beurre, de sucre, de médicaments etc.? C'est au mésusage, à la consommation nocive d'alcool qu'il nous faut nous attaquer et nous pensons notamment au « *binge drinking* » qui concerne nos jeunes.

Deuxièmement, l'amalgame tabac et vin ou alcool est omniprésent dans le raisonnement proposé : la première cigarette conduit à l'addiction, le premier verre de vin y conduirait donc aussi. Cela reste pourtant scientifiquement à démontrer. L'augmentation des taxes sur le tabac a permis de réduire sa consommation ? L'augmentation des taxes sur le vin ferait donc reculer sa consommation. Les tendances observées tant en France qu'au sud de l'Europe semblent démontrer le contraire. Accessoirement, le moment choisi pour oser proposer de nouvelles taxes nous paraît assez téméraire.

Troisièmement, la préconisation n°9 nous interroge : les filières professionnelles « alcool » n'ont évidemment pas de rôle à jouer dans la définition des politiques de santé publique, mais elles doivent s'impliquer dans la prévention des addictions et leur évaluation, comme le président de la République y a récemment invité les filières. Nous regrettons que cette implication n'ait pas été intégrée dans le cadre de la Responsabilité Sociale des Entreprises.

La RSE faisait en effet partie des préconisations de l'avis du CESE rendu en 2015, et France Stratégie a annoncé son intention de reprendre cette préconisation dans son rapport en cours sur le sujet.

Le champ de la prévention est immense, et c'est pourquoi tout le monde doit se mobiliser comme préconisé dans le précédent avis.

Pour les raisons exprimées ci-dessus et avec regrets, le groupe de la coopération a donc voté contre l'avis.

Entreprises

Les addictions liées à la consommation du tabac et de l'alcool sont de plus en plus prises en considération et traitées en France. C'est une orientation positive tant les répercussions de l'addiction peuvent être négatives pour les personnes. Les addictions ont aussi un cout social et économique important.

Il est donc indispensable d'avoir une connaissance précise des addictions, de leur cout et des meilleures façons de les combattre. L'avis porte ici plusieurs préconisations qui vont en ce sens : le groupe des Entreprises ne peut que les approuver.

Pour autant, nous tenons à émettre plusieurs réserves vis-à-vis de ce texte.

L'assimilation avec l'addiction au tabac est constante. L'augmentation des taxes sur les alcools diminue la consommation mais ce n'est pas la seule solution. Il n'est pas prouvé que seules les taxes sur les cigarettes aient permis de diminuer fortement la consommation. Ce qui est certain, c'est la baisse des ventes.

La rédaction prête à confusion entre la consommation modérée et maitrisée et la consommation addictive. De plus, certaines des références chiffrées sont controversées.

Une non prise en compte de la stratégie des entreprises de ce secteur et des évolutions du marché est à notre sens une erreur. Ce dernier se caractérise par une diminution constante des volumes, depuis près de six décennies, et d'une hausse de la valeur qui s'est accélérée ces dernières années. Les Français consomment moins en quantité mais des produits plus chers, plus qualitatifs, mieux valorisés. Ils le font aussi de façon plus occasionnelle.

Nous sommes contre le fait d'exclure les filières de production de boissons alcoolisées de la prévention. Ces filières sont tout à fait légitimes à diffuser auprès de leurs consommateurs des messages de modération, sur la base d'un objectif partagé de lutte contre la consommation nocive ou inappropriée et en coordination avec les autorités sanitaires. C'est d'ailleurs le sens des propositions des filières qui ont

Déclarations des groupes

élaboré un plan adapté à l'objectif de réduction de la consommation excessive d'alcool.

Cet avis, par son absence de nuance et son contenu qui a peu fait l'objet de débat contradictoire, et qui n'a pas pris en compte les souhaits de *dissensus*, nous apparaît contestable, notamment en raison de l'engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives et de leurs politiques RSE. Nous ne pouvons que déplorer cette occasion manquée de rédiger le rapport toujours attendu sur les conditions de l'efficacité de la politique de lutte contre les addictions dans notre pays. Le groupe des Entreprises vote défavorablement.

Mutualité

Le groupe de la mutualité se félicite que l'avis qui nous est présenté insiste sur des aspects trop souvent négligés mais essentiels pour modifier les comportements néfastes pour la santé. Nous savons que si des efforts doivent être accomplis pour mieux faire connaître les conséquences sanitaires du tabagisme ou de la consommation excessive d'alcool, la seule connaissance de risques, par nature incertains et perçus comme lointains, ne suffit pas pour diminuer les consommations d'alcool ou de tabac.

Un ensemble de mesures, cohérentes et inscrites dans la durée est indispensable, mais il doit aussi tenir compte des représentations sociales des consommations, mais aussi des consommateurs. Ce sont souvent celles-ci, comme le souligne l'avis, qui signent le succès ou l'échec des politiques suivies.

Les bons résultats obtenus pour le tabac, le plus important étant la prometteuse baisse de la consommation chez les jeunes, montrent que des évolutions significatives peuvent être obtenues rapidement. Le succès du mois sans tabac, largement relayé par les mutuelles et les unions régionales mutualistes auprès de leur adhérents est une illustration de ce retournement de l'opinion. Pour la première fois en janvier 2019 les media s'emparent du « *Dry January* » avec des commentaires inhabituels et encourageant, Le Parisien de dimanche titrant notamment " Cela devient branché d'arrêter de boire". Faire de la consommation d'alcool un choix et non la norme est un progrès considérable. Espérons que l'analyse, que nous faisons nôtre, de l'avis soit rapidement dépassée et que l'image de l'alcool ne soit plus systématiquement valorisée.

L'importance des intérêts économiques en jeu doit être considérée. Mais nous voyons bien que les intérêts de producteurs d'alcool à bas prix, essentiellement consommés par celles et ceux dont la consommation d'alcool est problématique ne sont pas de même nature que la valorisation du tourisme œnologique.

Une véritable politique de réduction des risques doit permettre de limiter les consommations excessives qui font souvent l'objet d'un déni collectif comme individuel. La concentration de la consommation d'alcool dans la population nous indique clairement les points qui doivent faire l'objet d'efforts. Cette concentration montre à l'évidence où se trouvent les enjeux économiques pour les producteurs d'alcool, notamment les producteurs de spiritueux et d'alcools forts. C'est par des mesures de type prix minimum pour décourager la consommation en grandes

quantités d'alcool forts à bas prix que des résultats de réduction des consommations problématiques pourront être obtenus.

Nous voyons bien à travers ces exemples que tenir compte des réalités économiques ne doit pas être synonyme de recherche d'un illusoire consensus entre des acteurs aux objectifs contradictoires.

La politique de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme est une politique avant tout sanitaire même si elle ne peut s'affranchir du contexte économique.

Le groupe de la mutualité a voté l'avis.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

Le groupe des organisations étudiantes et mouvements de jeunesse se réjouit de cet avis qui dresse un tableau clair sur ces deux addictions qui, il faut bien le dire, sont des drogues. Après plusieurs débats vigoureux, nous avons su pointer et dépasser les stratégies de lobby de secteurs d'activité qui depuis plusieurs années déconstruisent la loi Évin, en collaboration avec certain.es élu.es. Nos politiques publiques doivent être centrées sur un objectif de santé publique et non sur la défense d'intérêts économiques. L'avis montre également l'impact des inégalités sociales sur ces deux addictions, et la difficulté, pour les personnes malades, d'entrer dans un parcours de soin coordonné. Nous le voterons et avons fait le choix de centrer notre déclaration sur l'alcool, car elle est la première cause de mortalité chez les jeunes.

Cet avis évite un écueil, et nous en remercions les rapporteur.es : celui d'une image trop souvent stéréotypée des jeunes quand on évoque les addictions à l'alcool. Nous sommes les premier.ères conscient.es qu'il faut renforcer la prévention à leur égard et notons la nécessité de construire des messages à leur destination avec les organisations de jeunes afin de les rendre plus efficaces. Pour cela, rien de mieux que la prévention passe par les jeunes eux-mêmes avec la prévention par les pairs ; le service sanitaire des étudiant.es en santé peut en être également un outil.

Au-delà de la co-construction avec les jeunes, cette démarche doit s'inscrire dans une démarche « *d'aller vers* », en multipliant les consultations jeunes consommateurs dans les lieux de vie et de passage des jeunes comme les services universitaires de prévention et de promotion de la santé, les centres de santé universitaires, les lieux de formation dans la formation, les missions locales par exemple.

Enfin, notre groupe estime qu'il a été difficile d'évoquer sereinement le rôle social de l'alcool et sa représentation dans notre société. Les soirées open bar ne sont pas que l'affaire des jeunes. Elles sont aussi présentes sur nos lieux de travail, d'engagement et dans nos structures militantes.

Elles ont un impact à la fois sur les personnes malades mais aussi sur des personnes qui pourraient être victimes de ces fléaux. Ainsi, ne faudrait-il pas, comme nous l'avons amené en section et comme c'est déjà le cas pour les soirées étudiantes, renforcer la réglementation sur ce point ?

Déclarations des groupes

Nous espérons que les préconisations de cet avis puissent être utiles aux pouvoirs publics, même si, une nouvelle fois, nous regrettons que celui-ci arrive alors même que le plan gouvernemental a été annoncé hier.

Le groupe a voté cet avis

Outre-mer

Malgré, les stratégies de lutte et de prévention mises en œuvre depuis plus de quarante ans, le constat reste alarmant. La consommation nocive d'alcool et de tabac sont les « *drogues légales* » qui tuent le plus en France.

La réflexion menée, est l'occasion d'évaluer l'efficacité des politiques publiques et de luttas contre les pratiques addictives.

De plus, l'objectif ne consiste plus seulement à prioriser le levier législatif mais à porter une véritable ambition autour du triptyque : prévention, fiscalité et réglementation.

Ce travail est aussi, l'occasion de tordre le cou à certaines idées reçues. En effet, Outre-mer, la consommation de tabac est statistiquement moins répandue que dans l'Hexagone. Cette consommation représente, toutefois, un puissant facteur risque pour les personnes exposées aux affections cardio-vasculaires.

Le même constat se vérifie également pour l'alcool qui, selon les études les plus récentes, montrent que sa consommation est toutefois, moins importante comparativement à l'Hexagone voir même en baisse dans les territoires ultramarins. Néanmoins, on peut observer des pratiques d'alcoolisation massive chez certains jeunes comme la Guyane, la Polynésie ou la Nouvelle-Calédonie.

Mais pour autant ces résultats ne sont pas satisfaisants, et ce bien que, la Cour des comptes précise dans son rapport que « *l'alcool n'est pas un élément constitutif de l'infraction mais une cause* ». Car les conséquences de consommation excessive sont particulièrement dramatiques dans nos territoires.

20 % des accidents mortels sur les routes ultramarines sont causés par l'alcool. Si la pauvreté et la précarité dans les Outre-mer constituent un terreau propice, l'alcool accélère davantage les actes de violences notamment intrafamiliales. Il existe aussi une urgence de santé publique quant à l'alcoolisation fœtale chez les jeunes femmes.

Les exécutifs locaux Outre-mer ont pleinement conscience de cette priorité. À titre d'exemple, le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie vient de voter au mois d'octobre 2018 une augmentation de 22 % de la taxe sur les alcools. À l'occasion de l'adoption du PLFSS 2019 le Gouvernement, a adopté la même démarche pour aligner dans le temps la fiscalité du rhum sur celle des spiritueux appliquée dans l'Hexagone faisant peu de cas des impacts sur la filière économique.

Cette nouvelle mesure appelle toutefois, notre vigilance quant à la promesse de la ministre de la Santé de consacrer le produit fiscal généré à la lutte et à la prévention. Le groupe de l'Outre-mer formule le vœu que ces recettes soient

également fléchées en direction du renforcement des moyens et de la formation des personnels de santé et qu'une partie soit dédiée aux structures de soins.

Le groupe de l'Outre-Mer a voté l'avis.

Personnalités qualifiées

Laure Lechatellier : « Il est d'usage de remercier les co-rapporteurs.

Permettez-moi madame et monsieur les rapporteurs de le faire chaleureusement car la méthode de travail retenue, les auditions, les orientations dégagées nous ont permis d'élaborer un avis de grande qualité.

Vous avez fait le choix, nous avons fait le choix de placer au cœur de nos travaux l'humain, et en particulier la personne ayant des troubles liés à la consommation d'alcool.

Avec une place consacrée aux auditions de malades et à leurs proches qui nous a permis de mettre l'accent sur deux points :

- d'abord sur les conséquences d'une alcoolisation non maîtrisée sur la santé mais aussi et surtout sur la vie sociale, professionnelle, familiale et financière du malade.

C'est toute la famille bien souvent qui est touchée par cette spirale infernale et insidieuse qui s'installe alors durablement.

- l'autre constat bien exprimé dans notre avis est l'arrivée trop tardive dans le soin du fait de l'absence de repérage précoce.

Deux grandes raisons pour expliquer cette prise en charge tardive :

- d'abord celle d'une représentation sociale du malade d'alcool extrêmement dévalorisante, négative un peu comme une « *maladie honteuse* » qui pousse le malade à une forme de déni.

Déni « *légitime* » comme a pu le qualifier d'ailleurs le Professeur Jaury lors de son audition.

- l'autre élément, c'est l'injonction d'abstinence comme préalable à toute prise en charge.

Si l'abstinence est pour certains la bonne méthode, pour d'autres, elle est vécue comme un défi insurmontable, un objectif irréalisable. Car elle est synonyme de perte de son identité, de remise en cause de sa vie sociale, amicale. Ne plus assister à certains moments de convivialité pour fuir la tentation.

Car l'alcool dans notre société est omniprésent. C'est celui qui ne boit pas qui doit se justifier.

Pour moi, l'apport majeur de cet avis réside dans la préconisation de changement de braquet des politiques publiques de lutte contre le tabac et l'alcool,

En faisant de la politique de réduction des risques un outil à part entière de l'arsenal thérapeutique.

Déclarations des groupes

Preuve que nos préconisations sur cette pratique allaient dans le bon sens, puisque le 23 octobre dernier, le baclofène a reçu – enfin ! Dirais-je - une autorisation de mise sur le marché dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.

Aussi, repérage précoce des consommateurs à risque ; politique de réduction des risques ; prévention ciblée en fonction des populations (les jeunes, les femmes) ; instaurer un prix minimum de l'alcool sur les lieux de fête ; renforcement de la formation des professionnels de soins ; telles sont les grandes préconisations de notre avis auxquelles j'adhère intégralement.

Je voterai donc pour cet avis. Je vous remercie ».

Professions libérales

Les dangers liés à la consommation d'alcool ou de tabac sont connus mais leurs impacts sur la santé sont encore sous-estimés.

En 2015, les consommations d'alcool et de tabac ont fait perdre 250 millions d'années de vie en bonne santé à l'humanité et, chaque année, près de 3 millions de morts sont imputable à l'alcool et 7 millions de morts au tabac.

La France n'est pas épargnée au regard du sombre tableau dressé dans l'avis :

73 000 morts annuelles seraient directement imputables au tabagisme actif, soit un décès sur sept en France, ce qui en fait la première cause de mortalité évitable dans le pays.

Quant à l'alcool, il serait responsable de 49 000 morts par an et sa consommation excessive multiplierait par trois le risque de démences et par deux le risque de maladie d'Alzheimer. L'alcool est aussi la première cause de retard mental évitable de l'enfant à cause du syndrome d'alcoolisation fœtale.

Il est aussi et surtout responsable de conséquences sociales désastreuses (maltraitements, violences sexuelles, accidents de la route, accidents du travail, ...) dont le coût est élevé pour la société.

Si les récents succès, en matière de consommation, sont significatifs dans la lutte contre le tabac, il en va tout autrement pour l'alcool, principalement en raison du caractère social de sa consommation.

La socialisation joue un rôle essentiel et les « *idées reçues* », sans parler de certaines études trompeuses, compliquent singulièrement la lutte contre cette addiction.

Qui n'a pas un jour entendu des phrases du style : « *L'alcool donne des forces* » ou « *Tu ne bois pas, tu es malade ?* ».

Au-delà des recommandations de bon sens formulées dans cet avis, notamment celles liées à la prévention dès le plus jeune âge et la formation de tous les acteurs, le grand mérite de cet avis est qu'il défend une approche basée sur la réduction des risques liés à la consommation d'alcool et de tabac, et pas la recherche absolue d'une abstinence totale illusoire et irréaliste. D'ailleurs, la prohibition de l'alcool aux États-

Unis entre 1919 et 1933, fut non seulement un échec en matière de santé publique, mais aussi le point de départ à de nombreux trafics.

L'objectif est donc de diminuer les risques inhérents à toute consommation d'alcool et surtout d'éviter le piège de l'addiction, véritable prison où le plaisir se transforme en enfer.

Ce combat n'est pas facile car, ne l'oublions pas :

- il n'y a pas de société sans drogues, quelles qu'en soient les formes ;
- il n'y a pas non plus de société sans plaisirs.

C'est cette approche mesurée qui est privilégiée dans cet avis et c'est, à notre sens, la plus adaptée, la plus raisonnable et certainement la plus efficace à moyen et long terme.

C'est pourquoi le groupe des professions libérales a voté l'avis.

UNAF

La réduction des risques est l'orientation prise par le présent avis : elle représente une approche innovante des addictions, assurément plus humaine et compréhensive de l'usager du tabac et/ou de l'alcool. Au lieu d'émettre un jugement sur ce qui est bien ou mal, on cherche à comprendre la dépendance d'un usager dans toute sa complexité pour identifier comment il pourra en sortir. La réduction des risques en France nécessite d'être enrichie par de nouvelles mesures visant à diminuer les prises de risques dans certains contextes et par certaines populations spécifiques. Son opposition historique aux politiques d'éradication des addictions doit être renversée pour qu'elle puisse enfin être une véritable passerelle entre la consommation régulière et le sevrage définitif.

Pour ce faire, le groupe de l'UNAF retient avec intérêt plusieurs préconisations.

En septembre dernier, Santé publique France a publié un rapport sur les consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse, il en ressort des données suivantes :

La consommation ne serait-ce qu'occasionnelle d'alcool pendant la grossesse concernerait une femme enceinte sur dix.

Le tabagisme pendant la grossesse concernerait quant à lui entre 20 % et 25 % des femmes enceintes.

Quatre femmes enceintes ou mères de jeunes enfants sur dix ont déclaré ne pas avoir été informées des risques de la consommation d'alcool et de tabac par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivies durant leur grossesse.

Dès lors, le groupe de l'UNAF soutient la préconisation n°7, qui appelle à un renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé intervenant auprès des femmes enceintes. Un autre signal important serait de voir aboutir la démarche engagée par les pouvoirs publics pour que le pictogramme « *femmes enceintes* » apposée sur les bouteilles d'alcool soit agrandi et rendu plus visible par un contraste de couleurs.

Déclarations des groupes

Le groupe de l'UNAF insiste sur la pertinence de la préconisation n°4 de renforcer la prévention dès le plus jeune âge en associant les familles. Les actions de soutien à la parentalité et de renforcement des compétences parentales et éducatives sont reconnues comme ayant un impact bénéfique sur la capacité des jeunes à refuser ou limiter l'expérimentation des substances psychoactives. Le travail sur l'amélioration de la qualité du lien entre parents et enfants, et ce depuis le plus jeune âge, renforce les facteurs de protection chez les futurs adolescents.

Enfin, le groupe de l'UNAF tient à remercier les rapporteurs d'avoir tenu le cap sur les préconisations en matière d'indépendance de la politique publique de prévention des addictions à l'alcool en excluant les alcooliers de cette politique.

Le groupe de l'UNAF a voté l'avis.

UNSA

Le constat est sans appel : Le tabagisme et la consommation nocive d'alcool représentent respectivement les première et deuxième causes de mortalité évitable en France.

Des travaux d'évaluation des politiques publiques ont fait l'objet de nombreuses recommandations, en particulier les travaux de la Cour des Comptes ou plus récemment le plan de mobilisation de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

L'avis présenté ce jour met en particulier l'accent sur la nécessaire indépendance des acteurs de prévention et de la recherche, des filières des producteurs et distributeurs d'alcool et de tabac.

Si les méthodes de prévention ont bien progressé, force est de constater que tout le retard de la France en matière de prévention, et plus particulièrement pour l'alcool est dû au puissant lobbying des alcooliers. L'interdiction de la publicité prévue dans la loi Évin aurait pu pourtant, à l'instar des actions conduites par les cigarettiers, faciliter la compréhension de la nocivité de ce type de consommation. Notamment en mettant en place une communication axée sur les pathologies associées à la consommation – en premier lieu les cancers et les maladies dégénératives- et non pas en posant sur le risque de consommation un regard réducteur autour des dangers liés à la seule conduite de véhicule et aux accidents de la route chez les jeunes.

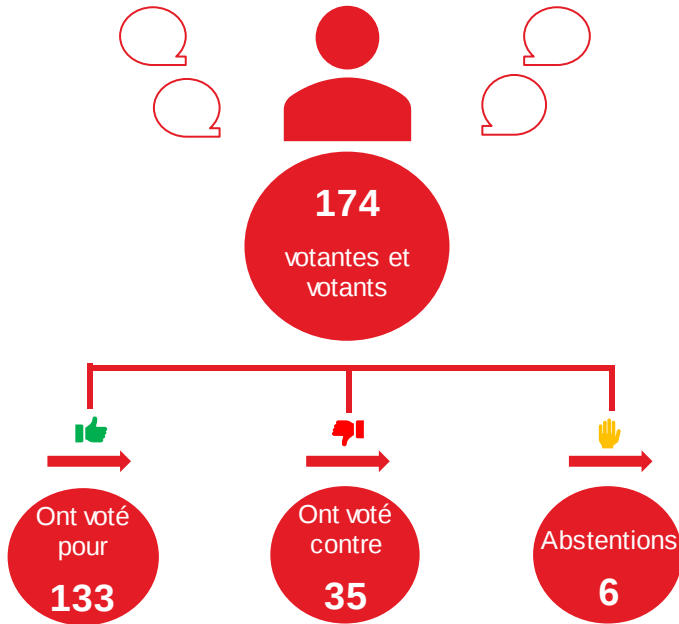
Cet avis conjugue des approches en prévention universelle et des approches ciblées en fonction des vulnérabilités. Il cible non seulement les populations mais également les lieux dans lesquels la sensibilisation aux enjeux de santé publique peut être mise en place notamment en milieu professionnel. La prévention à destination des jeunes décrite dans les premières recommandations est primordiale mais de façon concomitante nous ne pouvons accepter la mise sur le marché de nouveaux produits de type PREMIX, ils peuvent induire un comportement totalement opposé aux mesures de prévention.

La cohérence de cet avis n'oublie pas le rôle des professionnels de santé au niveau du repérage et de l'accompagnement des personnes afin de réduire le fléau tant sanitaire que social. Il est nécessaire d'améliorer la formation des médecins

généralistes, des sage femmes et de tous les professionnels du secteur afin de rendre plus efficient le parcours individuel de chacun. Enfin, plus que jamais une coordination des acteurs sera nécessaire et cela nécessitera un débat courageux sur les moyens financiers nécessaires.

L'UNSA a voté l'avis.

**Vote sur l'ensemble du projet d'avis
présenté par Etienne Caniard, rapporteur,
et Marie-Josée 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

Pour : 133

<i>Agriculture</i>	Mmes Even, Gautier, Valentin.
<i>Artisanat</i>	Mme Foucher, MM. Fourny, Le Lann, Mme Marteau, M. Quenet, Mme Teyssedre.
<i>Associations</i>	M. Jahshan, Mme Lalu, M. Lasnier, Mme Martel, M. Serres, Mme Trellu-Kane.
<i>CFDT</i>	M. Blanc, Mmes Blancard, Canieux, Château, Duboc, M. Duchemin, Mme Esch, M. Gillier, Mmes Hervé, Houbairi, M. Mussot, Mme Nathan, M. Nau, Mme Pajeres y Sanchez, MM. Ritzenhaler, Saint-Aubin.
<i>CFE-CGC</i>	M. Artero, Mmes Biarnaix-Roche, Couvert, MM. Delage, Dos Santos, Mme Roche.

<i>CFTC</i>	Mmes Coton, Lecerf, Roger, MM. Sagez, Thouvenel, Vivier.
<i>CGT</i>	Mmes Bordenave, Cailletaud, Chay, M. Garcia, Mmes Garreta, Lamontagne, Landas, Lejeune, MM. Meyer, Naton, Rabhi, Teskouk.
<i>CGT-FO</i>	Mmes Brugère, Chazaud, Derobert, Gillard MM. Goulm, Legagnoa, Pihet, Techer.
<i>Entreprises</i>	M. Cordesse.
<i>Environnement et nature</i>	M. Badré, Mme de Béthencourt, MM. Bonduelle, Bougrain Dubourg, Compain, Mmes Denier-Pasquier, Ducroux, MM. Genty, Le Boulter-Le Quilliec, Mme Martinie-Cousty, M. Mayol.
<i>Mutualité</i>	MM. Caniard, Junique, Mme Vion.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	MM. Blanchet, Coly, Dulin, Mme Weber.
<i>Outre-mer</i>	M. Antoinette, Mme Bouchaut-Choisy, MM. Cambray, Edmond-Mariette, Lobeau, Suve, Togna.
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mme Adam, MM. Adom'Megaa, Aschieri, Mme Autissier, MM. Bennahmias, Boccara, Bontems, Mmes Brunet, Castaigne, Claveirole, M. Duval, Mmes Gibault, Goujon, Gard, M. Grosset, Mme Hurtis, MM. Joseph, Jouzel, Keller, Kettane, Mmes Lechatellier, Mignot-Verscheure, MM. Pasquier, Pilliard, Roustan, Mmes Sehier, Thiéry, Trostiansky, Verdier-Naves.
<i>Professions libérales</i>	MM. Chassang, Lafont, Noël, Mme Riquier-Sauvage.
<i>UNAF</i>	Mmes Allaume-Bobe, Blanc, M. Feretti, Mmes Gariel, Koné, MM. Renard, Tranchand.
<i>UNSA</i>	Mme Arav, MM. Bérille, Chevalier, Mme Vignau.

Contre : 35

<i>Agriculture</i>	MM. Bernard, Cochonneau, Davesne, Épron, Ferey, Gangneron, Lainé, Roguet, Verger.
<i>Coopération</i>	Mme Blin, MM. Grison, Mugnier, Mme Saint-Martin.
<i>Entreprises</i>	Mmes Boidin Dubrulle, Castéra, Couderc, Dubrac, Duhamel, Duprez, MM. Dutruc, Gailly, Gardinal, Grivot, Guillaume, Lejeune, Nibourel, Mme Pauzat, MM. Pfister, Pottier, Mmes Prévot-Madère, Tissot-Colle.
<i>Personnalités qualifiées</i>	M. Cambacérès, Mmes Le Floc'h, Mathieu Houillon, M. Wargnier.

Abstentions : 6

Agriculture	Mme Bonneau, M. Dagès.
Personnalités qualifiées	MM. Amsalem, Bussy, Cabrespines, Mme Léoni.

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 MOUHOUSSEUNE
☐	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

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 Chambre honoraire à 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 (EMEVA)
- ✓ **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.

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.

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'alcoolisme...*, 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 politique 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

D'iaz-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



Vieillir dans la dignité
Marie-Odile Esch

CESE 11

NOUVEAU



Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance
Antoine Dulin

CESE 17

NOUVEAU



Résolutions

Conseil économique, social et environnemental

LES ÉTATS GÉNÉRAUX
DE LA PRÉVENTION
DES CANCERS
novembre 2018



Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental



Évolution des métiers de la fonction publique
Michel Badré et Pierre-Antoine Gailly

CESE 11

NOUVEAU



Les personnes vivant dans la rue l'urgence d'agir
Marie-Hélène Boidin Dubrule et Stéphane Junique

CESE 12

NOUVEAU



L'innovation en agriculture
Betty Hervé et Anne-Claire Vial

CESE 13

NOUVEAU

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^e,
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental.

N° 411190002-000119 - Dépôt légal : janvier 2019

Crédit photo : iStock



10-31-2190 / Certifié PEFC



IMPRIM'VERT®

LES AVIS DU CESE



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

Même si la prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée, la baisse récemment observée, notamment chez les jeunes, marque un réel progrès. Elle est, entre autres, le signe d'un changement dans l'image du tabac, devenue plus négative, à la différence de celle de l'alcool, associé au plaisir, à la convivialité, à la culture. Cette réalité, couplée au poids économique du secteur, contribue au manque de cohérence et de continuité des politiques publiques de lutte contre l'addiction à l'alcool.

Cet avis milite pour l'application au tabac et à l'alcool des principes de la réduction des risques, qui facilite l'entrée dans le soin et forme une réponse adaptée à la diversité des situations et des besoins.

Le CESE s'attache plus largement à rechercher les voies d'une modification de la représentation sociale de l'alcool, d'une plus grande cohérence des politiques publiques de prévention et d'une action mieux coordonnée des professionnels et professionnelles, notamment de santé, pour un meilleur accompagnement des personnes.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41119-0002

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-152214-5



Diffusion
Direction de l'information
légale et administrative
Les éditions des *Journaux officiels*
tél. : 01 40 15 70 10
www.ladocumentationfrancaise.fr