



De la prévention de l'alcoolisme à la prévention des addictions

Tout au long des cinquante dernières années, la vision de la santé des populations s'est élargie et globalisée. La prévention de l'usage excessif d'alcool ne fait pas exception et s'inscrit dans une nouvelle approche de l'éducation pour la santé.

Lorsque l'on s'intéresse à la prévention de l'alcoolisme au cours des cinquante dernières années, on constate que son approche à travers le prisme plus large des addictions n'apparaît qu'à partir des années quatre-vingt. Si cette évolution est liée aux études scientifiques récentes sur le phénomène de dépendance aux substances psychoactives, elle s'inscrit également dans une nouvelle approche de la prévention, apparue dès les années soixante-dix : la promotion de la santé.

La lutte contre l'alcoolisme au cœur de la politique de prévention de l'État

En 1948, la consommation d'alcool des Français était la plus élevée au monde. Dans un contexte de reconstruction économique de la France, le constat du coût des accidents du travail et des accidents de la route liés à la consommation excessive d'alcool incite l'État à mettre en place une véritable politique antialcoolique, considérée dès lors comme une priorité de santé publique. 1954 est une année charnière : l'État crée le Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA) et lui confie la coordination de ses actions dans la lutte anti-alcoolique.

L'alcoolisme : une maladie curable et un risque de dépendance

Jusqu'au milieu des années cinquante, l'approche prédominante de la santé est celle de l'hygiénisme moral, essentiellement relayée par les associations. Les actions de prévention de l'alcoolisme sont essentiellement informatives et utilisent volontiers les res-

sorts de la peur et de la culpabilisation. Progressivement, le discours se médicalise et devient moins moralisateur. Une des raisons de ce changement est la découverte en 1947 du disulfirame, puissant antagoniste de l'alcool. L'alcoolisme devient une maladie curable. Cette idée est également présente dans la loi du 15 avril 1954 sur l'hospitalisation et la désintoxication des « alcooliques dangereux ».

Vers une approche positive de la santé

On note, dès les années cinquante, une approche plus positive de la santé, avec le slogan « Santé, sobriété », décliné dans les campagnes du HCEIA. Toutefois, l'accent est mis sur le risque de dépendance. L'affiche « Santé Sobriété. Ne vous laissez pas prendre au piège : on peut être alcoolique sans être jamais ivre », l'illustre bien (1). Ce n'est pas l'usage modéré ou occasionnel qui est visé, mais l'excès et le risque de dépendance. À la fin des années cinquante, la sobriété se traduit selon l'Académie de médecine par « jamais plus d'un litre de vin par jour ».

Relayant la politique d'État, les actions de proximité traduisent également une approche plus globale et plus positive de la santé. Elles mettent l'accent sur le soutien et la solidarité vis-à-vis de l'alcoolique et de sa famille. Nés dès la fin du XIX^e siècle, les mouvements d'anciens buveurs se développent au cours des années soixante, tandis que des groupes anti-alcooliques se créent au sein de l'administration publique : « Amitié PTT », « Sobriété Éducation nationale », etc.

Vers la promotion de la santé

À la fin des années cinquante et au début des années soixante, les actions de prévention s'orientent vers une approche par groupe de population : elles tiennent compte du milieu social et professionnel, du niveau d'instruction et de l'âge des publics auxquels elles s'adressent. Les mères et les enfants sont les premiers groupes visés (2).

À la fin des années soixante et au début des années soixante-dix, l'approche de la santé se globalise avec une nouvelle approche de la dépendance : la prise en charge n'est plus uniquement médicale, mais fait également appel à d'autres disciplines. On assiste à l'émergence du pluri-professionnalisme, notamment avec la création des centres d'hygiène alimentaire en 1970, qui associent des médecins, des travailleurs sociaux, des psychologues, etc. En 1971, une circulaire du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale prévoit un enseignement d'alcoolologie dispensé aux étudiants en médecine et aux élèves des professions paramédicales, ainsi qu'aux juristes et aux travailleurs sociaux.

La politique de prévention de l'alcoolisme préfigure en cela les principes de promotion de la santé qui seront adoptés en 1986 dans la Charte d'Ottawa (3) : élaborer une politique de santé cohérente qui concerne tous les secteurs de la vie publique, créer un environnement favorable à la santé, renforcer l'action communautaire, donner les moyens à la population d'acquérir des aptitudes individuelles dans le domaine de la santé et réorienter les services de santé.





Vers une approche centrée sur les comportements

Dès les années quatre-vingt et plus encore depuis la fin des années quatre-vingt dix, avec le rapport du professeur Philippe-Jean Parquet (4) et la politique mise en place par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), la prévention de l'alcoolisme s'inscrit dans le cadre plus large de la prévention de la dépendance aux substances dites psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes) (5). Cette nouvelle approche est centrée sur les comportements et non plus sur les produits. Elle introduit une distinction entre l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Par exemple, plutôt que d'être axées sur le produit, les actions de prévention menées auprès des adolescents s'intéresseront plus à la notion d'expérimentation et de prise de risque.

Cette approche des comportements de consommation de substances psychoactives met l'accent sur l'importance de développer les compétences du sujet à recouvrer la santé et, plus généralement, à gérer sa santé et l'ensemble de sa vie. Pour ce faire, les actions d'éducation pour la santé doivent tenir compte des pratiques, des attitudes et des représentations des groupes auxquels elles s'adressent. Le slogan des campagnes du CFES à destination des jeunes, «*Et vous, avec l'alcool, vous en êtes où?*» (1998), traduit bien cette préoccupation. La campagne de la Prévention routière «*Qu'est-ce que*

tu prends? Moi? Le volant!» cherche, quant à elle, à donner une image positive du non-buveur et à rendre acceptable socialement le fait de ne pas boire. Certains outils de prévention des conduites addictives prennent en compte l'âge des jeunes auxquels ils s'adressent, parlant, par exemple avec les enfants, de leur dépendance aux produits sucrés (6) ou présentant aux adolescents la dépendance comme une restriction de la liberté (7).

Limites d'une approche commune à l'ensemble des produits

Selon le Conseil scientifique du CFES* (8), l'approche centrée exclusivement sur les comportements et commune à l'ensemble des produits présente des limites. La notion de «drogue» appliquée au tabac ou à l'alcool peut dramatiser certains comportements, au risque d'une perte de sens pour la population. Il est peu probable, par exemple, qu'une personne consommant du vin de façon quotidienne et même en quantité élevée se sente concernée si on la renvoie sur le numéro vert de «Drogues Info Service».

De plus, cette approche ne tient pas compte des déterminants spécifiques de consommation propres à chaque produit. Ils sont différents lorsqu'il s'agit de motivations et d'habitudes essentiellement sociales et culturelles (consommation modérée de tabac, d'alcool, voire de cannabis et d'ecstasy), ou lorsqu'il s'agit d'une dynamique engendrée principalement par des fragilités psy-

chiques individuelles (consommation importante d'alcool, de cocaïne, d'héroïne) qui définit des profils «toxicomaniaques» ou dépendants. Plus largement, les consommations de substances psychoactives présentent des distinctions importantes dans leurs modes d'entrées, leur contexte d'utilisation, leurs effets recherchés, leurs risques sur le plan personnel et collectif.

**Michelle Perrot
Antonia Dandé**

Chargées de mission,
INPES, Vanves.

* En application de l'article L.1417-9 du Code de la santé publique, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est substitué au CFES en date du 4 mai 2002.

Cet article s'appuie sur le catalogue de l'exposition «*130 ans de prévention de l'alcoolisme en France : 1870-2000*». Antonia Dandé, Michelle Perrot, CFES, 2001.

► Références bibliographiques

- (1) Légende du visuel : Santé. Sobriété. Ne vous laissez pas prendre au piège : on peut être alcoolique sans être jamais ivre. Shoumann, HCEIA, 1950.
- (2) Masseur F. *Futures mamans, attention! L'alcool (sous quelque forme que ce soit) est un poison pour l'enfant que vous attendez!*, CNDCA, 1959.
- (3) Charte élaborée dans le cadre de la Conférence internationale pour la promotion de la santé, 17 au 21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada.
- (4) Parquet P.-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998 : 48 p.
- (5) Cf. affiche «*Alcool, drogue en vente libre*», ANPA, 1983.
- (6) Papillagou et les enfants de Croque Lune : *comment s'affranchir des dépendances? Un jeu d'enfants!* Outil pédagogique réalisé par le CDPA 21, 1997.
- (7) «*Libre comme l'air*». Mallette pédagogique. CFES, 2000.
- (8) Avis du Conseil scientifique du CFES. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2001.