

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenu publiquement le mercredi 12 avril 2023
Par M. Florent NORMAND**

Influence des politiques françaises de santé sur les jeunes générations

Membres du jury :

Président :

- Monsieur le Docteur Benjamin BERTIN
Maître de conférences HDR des universités en immunologie
1er assesseur - Assesseur en charge des études – Faculté de pharmacie de Lille

Directeur, conseiller de thèse et assesseur :

- Madame le Docteur Hélène LEHMANN
Maître de conférences HDR des universités en droit pharmaceutique et de la santé – Faculté de pharmacie de Lille

Assesseurs :

- Madame le Docteur Morgane MASSE
Maître de conférences des universités – Praticien hospitalier en biopharmacie, pharmacie galénique et hospitalière – Faculté de pharmacie de Lille
- Monsieur le Doyen Didier Gosset
Professeur des Universités – Praticien hospitalier en médecine légale et droit de la santé – Faculté de médecine de Lille

Membre extérieur :

- Monsieur le Docteur Guillaume COUSIN
Pharmacien titulaire de la Pharmacie Cousin à Loos-en-Gohelle

Faculté de Pharmacie de Lille
3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

Université de Lille

Président
 Premier Vice-président
 Vice-présidente Formation
 Vice-président Recherche
 Vice-présidente Réseaux internationaux et européens
 Vice-président Ressources humaines
 Directrice Générale des Services

Régis BORDET
 Etienne PEYRAT
 Christel BEAUCOURT
 Olivier COLOT
 Kathleen O'CONNOR
 Jérôme FONCEL
 Marie-Dominique SAVINA

UFR3S

Doyen
 Premier Vice-Doyen
 Vice-Doyen Recherche
 Vice-Doyen Finances et Patrimoine
 Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
 Vice-Doyen RH, SI et Qualité
 Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
 Vice-Doyen Territoires-Partenariats
 Vice-Doyenne Vie de Campus
 Vice-Doyen International et Communication
 Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
 Guillaume PENEL
 Éric BOULANGER
 Damien CUNY
 Sébastien D'HARANCY
 Hervé HUBERT
 Caroline LANIER
 Thomas MORGENROTH
 Claire PINÇON
 Vincent SOBANSKI
 Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen
 Premier Assesseur et Assesseur en charge des études
 Assesseur aux Ressources et Personnels
 Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
 Assesseur à la Vie de la Faculté
 Responsable des Services
 Représentant étudiant

Delphine ALLORGE
 Benjamin BERTIN
 Stéphanie DELBAERE
 Anne GARAT
 Emmanuelle LIPKA
 Cyrille PORTA
 Honoré GUISE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81

M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87

Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNON	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86

M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86

M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85

M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux
opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont
propres à leurs auteurs.**

Remerciements

A monsieur le Ministre Olivier Véran

Pour l'interview accordée et pour le temps qui m'a été consacré. Merci monsieur le Ministre pour votre implication dans ma thèse d'exercice. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Hélène Lehmann

Pour votre encadrement, votre réactivité à toute épreuve et vos précieux conseils depuis le premier jour. Merci pour votre dévouement, votre professionnalisme et toutes ces années d'enseignements.

A mon Président de jury, Monsieur le Docteur Benjamin Bertin

Pour me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre engagement et vos nombreuses heures d'enseignements tout au long de ces années universitaires.

A Monsieur le Professeur Didier Gosset,

Pour son accompagnement et sa sympathie depuis le premier jour de ma réussite dans ces études. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et mon estime indéfectible à votre égard.

A Monsieur le Docteur Guillaume Cousin

Pour la confiance solide que tu m'accordes chaque jour ainsi que l'apprentissage de ce beau métier. Merci pour l'opportunité que tu m'offres et pour la formation optimale que je reçois au quotidien qui fera de moi demain un pharmacien compétent.

A Madame le Docteur Morgane Masse

Pour m'avoir donné l'opportunité de prendre des responsabilités en milieu hospitalier et pour avoir fait évoluer mes connaissances cliniques. Merci pour ta confiance, pour ton altruisme et tes mots bienveillants en toute circonstance.

A mes chers parents

Pour toutes ces années passées à mes côtés, sans qui un rien n'aurait été possible. Pour votre sens du sacrifice qui fait de vous des parents exemplaires. Merci pour votre présence, votre dévouement et votre soutien passionné. Je vous voue ma plus grande reconnaissance et saurais m'en souvenir ad vitam aeternam.

A mes frères : Julien et Nicolas

Pour être ma force et pour être à mes côtés depuis les plus tendres années. Pour tout ce temps passé ensemble, cette complicité qui nous lie et avec qui un regard suffit. Merci pour ces moments de bonheurs et pour tous ces moments inoubliables. Que votre avenir soit radieux.

A ma grand-mère

Qui sera la plus heureuse de ce monde de savoir que son petit-fils sera docteur en pharmacie. Merci pour ta générosité, ta fierté et ton amour.

A ma meilleure amie Alexandra

Qui depuis des années ne cesse d'être présente pour tous les événements de la vie. Merci d'être une épaule solide et insubmersible au fil du temps.

Merci également à la famille Michel.

Merci à tous ces compagnons de route :

Théo pour son aide, Anne-Sophie, Camille, Louis, Tom, Aurore, Charles, Lou-Anne, Charlyne, Julie, Astrid, Aurore, Maéva, Pauline, Samy, Antoine.

Qui ont rendu mes années étudiantes brillantes, divertissantes et studieuses. Qui m'ont accompagné et qui ont appris comme moi à leurs dépens qu'il n'y a pas de réussite sans acharnement.

A toi Charlyne

Mon binôme de vie, ma cousine, ma camarade et ma partenaire de galère durant ces années d'études.

A la SDL éternelle

Au personnel de la pharmacie Cousin de Loos-en-Gohelle

Anne-Sophie, Laurence, Isabelle, Samyra, Sandrine, Valentin.

Pour leur patience, leur pédagogie et leur sens de l'écoute.

Au personnel de l'ARS d'Amiens

Liste des images

Image 1 : Ministère de l'Intérieur

Image 2 : ARS Pays-de-la-Loire

Image 3 : Métabolisme de l'éthanol

Image 4 : Affiche protection des mineurs et ivresse publique

Image 5 : Les campagnes de sensibilisation à l'alcool depuis les années 1980

Image 6 : Usage d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 en France

Image 7 : Niveau des usages d'alcool au cours du mois à 16 ans en 2019

Image 8 : Niveaux d'alcoolisations ponctuelles importantes (API) à 16 ans au cours du mois en 2019 en Europe

Image 9 : Expérimentation de l'alcool à 16 ans en Europe entre 1995 et 2019

Image 10 : Évolution des API à 16 ans en Europe entre 1995 et 2019

Image 11 : Prise d'au moins 6 verres lors d'une même occasion chez les jeunes de 18 à 24 ans en France entre 2005 et 2017

Image 12 : Relation entre la dépendance nicotinique et le cancer du poumon

Image 13 : Ensemble des risques vasculaires induits par l'usage de tabac

Image 14 : Cycle du tabac et de la nicotine

Image 15 : Nombre de nouveaux cas de cancers attribuables aux facteurs liés au mode de vie et à l'environnement chez l'adulte en France en 2015

Image 16 : Évolution de la consommation de tabac en France en fonction des politiques de santé (en ligne pleine) et évolution du prix du paquet de cigarette (en pointillés)

Image 17 : Calendrier de mise en œuvre du Plan Cancer 2003-2007

Image 18 : Usage du tabac quotidien en Europe chez les jeunes de 16 ans en 2019

Image 19 : Évolution de l'expérimentation du tabac à 16 ans en France entre 1995 et 2019

Image 20 : Évolution des fumeurs quotidiens en France à 16 ans entre 1995 et 2019

Image 21 : Nombre de cancers attribuables en France aux principales causes identifiées

Image 22 : Impact des politiques de santé sur la consommation de tabac en France

Image 23 : Diagnostic d'infection à chlamydia en France en 2016 en fonction des régions

Image 24 : Taux d'infection à Chlamydia trachomatis en France entre 2012 et 2020

Image 25 : Diagnostic d'infection à gonocoque en France en 2016 en fonction des régions

Image 26 : Taux d'infection à gonocoque en France entre 2012 et 2020

Image 27 : Sérologies au VIH et infection au VIH confirmées en France entre 2012 et 2020

Image 28 : Séropositivité au VIH en fonction des régions en France en 2020

Image 29 : Évolution des infections à la syphilis en France entre 2012 et 2020.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Performance atteinte par l'ANSM pour les grands axes du COP (2015-2018)

Tableau 2 : évolution des recettes perçues par l'ANSM (2013 – 2018)

Tableau 3 : Niveau d'usage des substances psychoactives à 11, 13 et 16 ans en fonction du sexe en 2018/2019 en Europe

Tableau 4 : Consommation d'alcool des lycéens en 2018.

Tableau 5 : Comparaison des consommations d'alcool chez les collégiens entre 2014 et 2018

Tableau 6 : Prévision des dépenses du plan cancer I de 2003

Tableau 7 : Prévision des dépenses du plan cancer II de 2009

Tableau 8 : Diagnostic des infections à chlamydia en France en 2016 en fonction de l'âge, de la région et du sexe

Tableau 9 : Diagnostic des infections à gonocoque en France en 2016 en fonction de l'âge, de la région et du sexe

Liste des annexes

Annexe 1 : Compte rendu de l'interview de monsieur Olivier Véran, ancien Ministre des Solidarité et de la Santé, Ministre du délégué chargé du Renouveau démocratique, Porte-parole du gouvernement, Député de la première circonscription de l'Isère.

Annexe 2 : Compte rendu des interviews à l'ARS d'Amiens de :

- Madame Amandine Dejancourt - Chargée de mission – Prévention et Promotion de la santé – délégation territoriale de la Somme – ARS d'Amiens
- Madame Priscillia Demarcke - Chargée de mission en prévention de la santé sexuelle – ARS d'Amiens
- Madame le Docteur Audrey Joly - Conseillère médicale à la sous-direction parcours addictions et personnes en difficultés spécifiques DPPS

Liste des abréviations

ADH : Alcool déshydrogénase
ADN : Acide Desoxyribonucléique
AES : Accident d'Exposition au Sang
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
AI : Autorisation d'Importation
ALD : Affection de Longue Durée
ALDH : Aldéhyde déshydrogénase
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANSES : Agence National de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ANSP : Agence Nationale de Santé publique
API : Alcoolisation Ponctuelle Importante
ARS : Agence Régionale de Santé
ASMR : Amélioration du Service Médical rendu
ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BDE : Bureau Des Étudiants
CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CJC : Consultation Jeunes Consommateurs
CNC : Conseil National du Cancer
COP : Contrat d'Objectifs et de Performance
COV : Composés Organique Volatils
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CSP : Code de Santé Publique
DATIS : Drogues Tabac Info Service
DDCS : Directions Départementales de la Cohésion Sociale
DDCSPP : Directions Départementales de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DEQM : Direction de la qualité du médicament et des soins de santé
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS : Direction générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DRJSCS : Direction Régionale Jeunesse et Sport et Cohésion Sociale
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
ECDC : Conseil de Consultation et Forum Consultatif
EIS : Études d'Impact sur la Santé
EMA : Agence Européenne du Médicament
EnCLASS : Enquête Nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances

HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
HPV : Papillomavirus humains
HSV : Virus Herpès Simplex
INVS : Institut de Veille Sanitaire
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur
PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac
PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme
PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition
ROS : Espèces réactives à l'oxygène
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMR : Service Médical Rendu
SNDN : Système National des Données de Santé
SNS : Stratégie Nationale de la Santé
TEP : Traitement Post-Exposition
TNS : Traitements Nicotiniques de Substitutions
UVID : Personnes faisant Usage de Drogues Intraveineuses avec partage de seringues
UE : Union Européenne
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

Table des matières

Introduction.....	23
Partie 1 : Élaboration des politiques de santé françaises	25
1) Définition de la santé et influences de l’OMS sur la santé française :	25
2) Le ministère des Affaires sociales et de la santé	28
3) L’agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	32
4) La Haute autorité de Santé (HAS)	36
5) L’Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail (ANSES)	38
6) Les Agences Régionales de Santé (ARS)	41
7) Santé publique France.....	43
Partie 2 : L’alcool : effets sur la santé, principales politiques de prévention et évolution des consommations en France	47
A) Mécanisme d’action et effets engendrés.....	48
1) Mécanisme d’action de l’éthanol	48
2) Différentes phases de l’intoxication à l’éthanol et ses métabolites.....	49
3) Effets sur le système organique	50
4) Effets sur le système nerveux.....	50
5) Effets sur le système digestif et hépatique	51
6) Effets sur le système cardiovasculaire	52
7) Autres effets.....	53
B) Politiques de préventions menées en France concernant l’alcool.....	54
1) Évolution de la législation	55
2) Campagne alcool repère	59
3) Amis aussi la nuit.....	59
4) Différentes campagnes sur les addictions à l’alcool.....	60
5) Alcool info service et Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)	62
C) Évolution des consommations d’alcool chez les jeunes	63
1) Usage de l’alcool chez les jeunes de 11 à 25 ans	64
2) Évolution des consommations sur plusieurs années chez les jeunes de 11 à 25 ans.....	68
3) Conclusion.....	71
Partie 3 : Le tabac : actions et effets sur la santé, principales politiques de prévention et évolution des consommations en France.....	73
A) Actions et effets du tabac sur la santé.....	74

1)	Effets du tabac sur le risque de cancers	74
2)	Actions sur le système endothélial.....	75
3)	Effets sur le système nerveux central	76
4)	Le tabac et les altérations cognitives	78
5)	Effets sur les affections bucco-dentaires	78
B)	Politiques de préventions menées en France concernant le tabac.....	79
1)	Évolution de la législation	80
2)	Plans nationaux cancer.....	83
3)	Mois sans tabac.....	87
4)	Remboursement des substituts nicotiques.....	88
5)	Tabac info service.....	90
6)	Programme National de lutte contre le tabac 2018-2022	90
C)	Évolution des consommations de tabac chez les jeunes	92
1)	Usage du tabac chez les collégiens et lycéens.....	92
2)	Évolutions des consommations chez les collégiens et lycéens	95
3)	Conclusion	97
Partie 4 : Les infections sexuellement transmissibles : présentation, principales politiques		
de prévention et évolution des infections..... 101		
A)	Les 9 IST les plus courantes en France	102
1)	Chlamydie	102
2)	Infection à Papillomavirus humains	102
3)	Hépatite B.....	103
4)	Hépatite C.....	104
5)	Herpès génital	104
6)	L'infection à gonocoque	105
7)	La syphilis	106
8)	Mycoplasmosé	107
9)	Trichomonose.....	107
10)	Infection à VIH-Sida	108
B)	Politiques menées et campagnes de prévention	109
1)	Stratégie nationale de santé sexuelle 2017 – 2030.....	109
2)	La politique actuelle envers le VIH	110
3)	Les différentes actions de santé publique France.....	111
4)	Campagne « Un préservatif ça peut te sauver la vie. Gardes-en toujours sur toi »	112
5)	Dispositif OnSexprime pour les jeunes de 11 ans à 18 ans	113
6)	Recommandation de la HAS sur le dépistage de l'infection à <i>Chlamydia</i>	114

7) Nouvelles mesures en pharmacie et en laboratoire de biologie médicale	115
C) Évolution des infections sexuellement transmissibles en France	116
1) Infection à Chlamydia.....	116
2) Infection à gonocoque.....	118
3) Infection au VIH.....	120
4) Infection à Syphilis	122
5) Conclusion	123
Conclusion générale.....	125
Annexe 1 : Entretien Olivier Véran	131
Annexe 2 : Entretiens à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Amiens.....	139
Bibliographie	151

Introduction

Les campagnes de sensibilisations ont gagné ces dernières années beaucoup de place dans la vie de la population française. Que leurs messages soient diffusés à la télévision, à la radio, dans la presse ou directement inscrits sur des produits de consommation, ils sont présents au quotidien. Ces campagnes ont pour but de sensibiliser la population sur un sujet précis et clair. Elles vont permettre de faire évoluer les comportements et permettront également une prise de conscience. La cible sera définie à l'avance afin d'adapter au mieux la campagne de sensibilisation.

Celles-ci visent à améliorer la santé publique en France, notamment car les populations ont de plus en plus accès à certaines substances comme l'alcool ou encore le tabac. En particulier, les jeunes générations qui se procurent ces substances par divers moyens qui peuvent provoquer une évolution des comportements à risques et avoir des effets délétères sur la santé.

Par ailleurs, les différences sociales et les disparités géographiques territoriales qui impactent la santé connaissent en France un niveau très significatif, par exemple entre les femmes et les hommes, entre les territoires, entre les personnes âgées et les jeunes ou encore entre les catégories socio-professionnelles.

Le politique n'a d'autre choix que de légiférer afin de freiner l'usage de ces substances à risque. C'est pour cette raison que le Gouvernement français se donne l'ambition de développer la prévention et la promotion de la santé. Ces campagnes de sensibilisation ont un impact sur la population même si celle-ci est marquée de disparités.

Nous chercherons au travers cette thèse à comprendre l'influence des politiques de santé sur les jeunes générations. Ainsi, nous chercherons à comprendre chez ces populations l'évolution des consommations d'alcool, de tabac et l'évolution de l'apparition de maladies sexuellement transmissibles (MST). Nous verrons quelles actions sont mises en place du point de vue des campagnes de sensibilisations pour une prévention touchant les jeunes générations en France. Dans le cadre de cette thèse, les jeunes générations sont représentées par les 12-25 ans.

Partie 1 : Élaboration des politiques de santé françaises

1) Définition de la santé et influences de l'OMS sur la santé française :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « *Un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence d'infirmiété* ».

L'OMS est pionnière en matière de santé dans le monde. La constitution de l'organisation mondiale de la santé a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, s'étant tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946. Elle a été signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

Celle-ci est responsable de fonctions pour atteindre des buts.

Elle doit dans un premier temps, agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé pour des travaux ayant un abord international. Elle a pour mission d'uniformiser la santé au niveau mondial. Son rôle est d'aider les gouvernements, sur leur demande, à accentuer leurs services de santé. Elle doit maintenir une collaboration avec les Nations Unies, les institutions gouvernementales de la santé ainsi qu'avec les groupes de professionnels de la santé. Elle doit proposer des conventions, accords ainsi que des règlements, faire des recommandations concernant les questions internationales de santé.

Lors de phases d'épidémie, l'OMS doit alimenter ou aider à alimenter des services sanitaires ou des secours. Elle a la charge par conséquent des services administratifs et techniques qui seront jugés essentiels, ainsi que des services d'épidémiologie et de statistique. Cela passe également par une phase d'action tendant à réduire ou faire disparaître les maladies endémiques ou épidémiques.

Outre le rôle médical, elle se doit d'encourager l'accès à la nutrition, au logement, aux loisirs, aux conditions économiques et de travail ainsi que tout autre facteur d'hygiène.

L'OMS doit encourager toutes les activités dans le domaine de l'hygiène mentale notamment celles visant les relations équilibrées entre les hommes. Ainsi, elle doit favoriser la recherche dans le domaine de la santé, améliorer l'enseignement et la formation du personnel médical, sanitaire et apparenté.

Cette organisation doit apporter toutes les informations nécessaires à la santé, installer et ajuster si nécessaire, la nomenclature internationale des maladies, standardiser les méthodes de diagnostic. Elle doit déployer, établir et encourager vers l'adoption de normes internationales

en ce qui concerne les aliments, les produits biologiques et les produits pharmaceutiques et similaires.

D'une manière globale, l'OMS doit prendre toutes les mesures utiles pour atteindre les buts qui lui sont assignés. (1)

La santé est prise en compte dans son entièreté, elle se compose de déterminants physiques et psychiques. Selon l'OMS, ces déterminants sont multiples, à savoir « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ».

Cette définition élargie fait apparaître trois grands domaines que sont la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé.

La prévention, selon l'OMS en 1948 est « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». La prévention se décompose en trois grandes catégories, à savoir la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

La prévention primaire cherche à réduire l'incidence d'un problème de santé (nombre de nouveaux cas). Elle va ainsi agir sur l'alimentation, l'activité physique, les addictions.

Dans le cadre des politiques préventives, on peut recourir à la vaccination, à l'éducation pour la santé et des mesures légales. Par exemple, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'augmentation du prix du tabac. On prend en compte les risques en termes environnementaux et sociétaux.

La prévention secondaire cherche à réduire la prévalence d'un problème de santé. L'une des principales façons est de faire des dépistages. Par exemple, le dépistage du cancer colorectal pour les personnes de plus de 50 ans. Elle vise à faire disparaître les facteurs de risques.

Enfin, la prévention tertiaire cherche à réduire la prévalence des incapacités chroniques, des complications ou des rechutes par l'éducation thérapeutique du patient et la réadaptation (2).

L'OMS vise donc plusieurs objectifs.

Elle promeut d'abord le système de santé dans sa globalité comme cité précédemment. Elle travaille à faire en sorte que la couverture de santé soit universelle. Pour ce faire, elle travaille avec les décideurs politiques mondiaux, les partenaires mondiaux de la société civile, le monde

universitaire et les secteurs privés afin d'aider un pays à étendre et à mettre en œuvre des plans de santé nationaux solides. Cette institution va ainsi faciliter l'accès aux technologies de santé, offrir des services de santé équitables centrés sur la personne humaine et à un prix abordable. Elle aidera à avoir un système de santé sûr et compétent, avec des systèmes d'informations et des politiques solides qui seront basés sur des preuves.

Au niveau des maladies non transmissibles, on retrouve la principale mission de l'OMS : promouvoir la santé tout au long de la vie. Cela tient compte de la nécessité d'estimer les risques environnementaux et les déterminants sociaux. On peut citer l'exemple de maladies non infectieuses qui sont concernées à savoir les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les troubles mentaux et les traumatismes.

Concernant les maladies infectieuses, le rôle de cette organisation sera de collaborer avec les pays dans le but d'amplifier et d'entretenir l'accès à la prévention, aux traitements et aux soins relatifs au VIH, à la tuberculose, au paludisme, à d'autres maladies tropicales à plus faible incidence ainsi qu'aux maladies pouvant être limitées avec la vaccination. Dans ce domaine, il reste beaucoup à faire.

Au niveau des situations d'urgences comme les crises épidémiques (exemple de la Covid), l'OMS s'occupera de gérer et organiser la réponse sanitaire, procéder à l'évaluation des risques, caractériser les priorités et instaurer des stratégies. Elle va devoir apporter des conseils en peu de temps, elle devra apporter également des techniques, des ressources financières qui seront essentielles. En parallèle, elle devra suivre la situation sanitaire et s'adapter en temps réel.

L'OMS influence donc les politiques françaises de santé à travers de grands axes, en matière de santé globale, en matière de maladie infectieuses, de maladies non infectieuses, de santé environnementale et de plan de gestion des alertes sanitaires. Les personnes gouvernant le pays travaillent en étroite collaboration avec cette institution qui influence nos objectifs.

Le ministère de la santé prendra acte des avis de l'OMS pour élaborer nos politiques et s'orienter.

On peut évoquer le nom de l'ancienne ministre de la Santé Mme Agnès Buzyn qui a rejoint l'OMS le 4 janvier 2021 où elle est chargée du suivi des questions multilatérales. Les décisions prises par l'État français sont donc influencées par cette institution mondiale.

2) Le ministère des Affaires sociales et de la santé



Image 1 : Ministère des solidarités et de la santé (3)

Le ministère des Affaires sociales et de la santé, plus communément appelé ministère de la santé, est l'administration française chargée de la mise en œuvre de la politique de gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, de la santé publique et de la protection sociale. Il est dirigé par un ministre membre du gouvernement français. Il est appelé « ministère des Solidarités et de la Santé » en 2017 puis « ministère de la Santé et de la Prévention » en 2022.

Initialement appelé ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, il fût créé en 1920.

Les missions du ministère de la santé sont multiples. En effet, celui-ci travaille à l'organisation de la prévention et des soins, la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé. Ses missions aborderont plusieurs thèmes, à savoir la famille, les retraites, l'enfance, les personnes âgées, le handicap, l'autonomie, et le lutte contre l'exclusion.(4)

Le ministère de la santé est doté de différentes compétences :

Tout d'abord, la mise en place des règles relatives aux régimes, à la gestion des organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux organismes complémentaires tels que l'assurance vieillesse, les prestations familiales, l'assurance maladie et maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ensuite, l'élaboration de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et du suivi de son application en collaboration avec le ministre de l'Action et des Comptes publics. Cette LFSS doit être présentée à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, à l'Assemblée nationale et au Sénat tous les ans. Il est ensuite examiné par le Conseil Constitutionnel, permettant ainsi la promulgation de la loi.

Il est également affecté de la mise en œuvre de programmes de lutte envers la pauvreté à travers les comités interministériels de lutte contre les exclusions et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Enfin, l'élaboration de la politique de développement de l'économie sociale et solidaire en lien avec le ministre de la Transition écologique et solidaire.

Les services du ministère se divisent en plusieurs grandes directions générales.

On note tout d'abord la direction générale de la santé (DGS) qui, par exemple, élabore la politique de santé publique et contribue à la mise en œuvre dans le pays. On y note 4 grandes missions, à savoir la mission de stratégie et de recherche, la mission des affaires européennes et internationales, la mission des outre-mer et enfin la mission de l'information et de la communication.

Ensuite, la direction générale de l'offre de soin (DGOS). Elle a pour but de construire l'offre de soin de ville et hospitaliers des années à venir au niveau de la recherche, de la santé ou de la formation.

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a elle pour but de gérer, évaluer et combiner les politiques publiques de solidarité, de développement social et de la promotion de l'égalité, ce qui permet d'encourager la cohésion sociale et le soutien à l'autonomie des individus. Celle-ci s'occupera également de la planification et du suivi de l'objectif national des dépenses d'assurances maladie (ONDAM) pour le secteur médico-social.

D'autres directions existent, notamment la direction de la sécurité sociale (DSS), ou encore une dédiée à la prévention des risques.

Pour relayer l'action du ministère sur le territoire, il existe de nombreux services tels que les agences régionales de santé (ARS) qui sont des établissements publics en charge de la politique de santé dans les régions. Il existe également la direction régionale jeunesse et sport et cohésion sociale (DRJSCS), elle s'occupe de coordonner elle-même les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et de la protection des populations (DDCSPP) en fonction de la taille des départements. Enfin, il existe bien d'autres établissements publics à compétences nationales

tels que les caisses nationales de sécurité sociale ou encore les agences sanitaires, à savoir l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), la haute autorité de santé (HAS) ou l'agence nationale de santé publique : l'ANSP (Santé publique France).

La nation fixe sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. Elle conceptualise des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui sont signés d'un côté par le ministère des affaires sociales et de la santé en tant que ministère de tutelle et d'autre part, par chaque agence régionale de santé. La fixation de ces objectifs, la conception des plans, des actions de programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'appréciation de cette politique relève de la responsabilité de l'État.

Selon l'article L. 1411-1 du Code de Santé Publique (CSP), cette politique de santé vise à perfectionner l'état de santé de la nation, tend à la réduction des inégalités sociales et territoriales, tend à l'état de santé de la population et l'égalité entre les femmes et les hommes. Elle vise à garantir également une bonne sécurité sanitaire et l'accès de la population aux soins et à la prévention.

La politique de santé comprend :

1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants et particulièrement ceux qui sont liés à l'éducation, aux conditions de vie et de travail. Cette surveillance s'appuie sur la notion d'exposome, c'est-à-dire l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine

2° La promotion de la santé notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail ainsi que la réduction des risques pour la santé liée à l'alimentation et à des facteurs environnementaux

3° La prévention de la maladie et de la douleur qu'elle soit collective ou individuelle, des traumatismes et des pertes d'autonomie

4° La protection et la promotion de la santé maternelle et infantile

5° L'organisation des parcours de santé qui vise à la coordination des acteurs sanitaires et médicaux-sociaux en tenant compte de la géographie, de la démographie, des saisons afin de favoriser l'équité territoriale

6° La prise en charge des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale

7° La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires

8° La mise à disposition, la production et la diffusion de connaissances

9° La mise en valeur des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé

10° L'adéquation entre la formation initiale et continue des professionnels de santé et l'exercice de leurs responsabilités

11° L'information et la participation aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires et à l'élaboration de la politique de santé (5)

La politique de santé se fait en association avec un organisme consultatif : la Conférence nationale de la santé. Selon l'article L. 4111-3 du CSP, elle a pour objet de permettre la négociation sur les questions de santé. Elle est consultée par le gouvernement lors de la stratégie nationale de santé. Elle édifie un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé. Celle-ci émet des avis et des recommandations au gouvernement sur les plans et les programmes de santé à exécuter mais elle fait également des propositions en vue d'améliorer le système de santé publique. Cette conférence nationale de la santé est représentée par divers membres, par exemple des représentants des malades et des usagers du système de santé, des représentants des professionnels de santé et des établissements de santé, au moins un représentant d'un établissement de soin à domicile, des représentants des industries des produits de santé, des

représentants des organismes d'assurance maladie, des représentants de conférences régionales de santé et d'organismes de recherches ainsi que des personnalités qualifiées.

Cette politique de santé se fait également en association avec le Haut Conseil de la santé publique. Celui-ci pourra être interrogé par le ministre de la Santé ou d'autres ministres, par des présidents de commissions du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Celui-ci a différentes missions :

1° Il contribue à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de la santé

2° Il doit fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires et la Haute autorité de santé, l'expertise nécessaire, à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire

3° Il doit fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique

4° Il doit contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée. (6)

Pour compléter l'offre de soin, le ministère se divise en grandes directions générales, mais se repose aussi sur des institutions essentielles en matière de santé publique en France.

3) L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

L'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) est un organisme important en matière de santé publique. Elle se situe à Saint-Denis- la-Plaine (93). Initialement, l'Agence du médicament a été créée en 1993 à la suite d'une affaire de sang contaminé. Cette agence a vu ses compétences s'élargir en 1997 et est devenue l'Agence Française de Sécurité Sanitaire du médicament et des Produits de Santé (AFSSAPS). A la suite de la loi Xavier Bertrand, l'Agence

Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) fût créée le 29 décembre 2011, succédant ainsi à l’AFFSAPS. Celle-ci dispose grâce à la loi Bertrand de responsabilités, de nouvelles missions, de pouvoirs et de moyens renforcés.

Cette agence vise à accorder un accès égal à l’innovation pour tous les patients, y compris en attendant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), une autorisation d’accès précoce ou une autorisation d’accès compassionnel. Elle vise à assurer la sécurité sanitaire des produits de santé à savoir réduire les potentiels risques d’effets indésirables, de toxicités, d’accidents iatrogènes et cela tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais cliniques jusqu’aux octrois d’AMM, d’autorisation d’accès précoce, d’autorisation d’accès compassionnel ou d’Autorisation d’Importation (AI). L’ANSM est apte à prendre des décisions, comme autoriser ou refuser un essai clinique. Elle peut accorder des AMM ou des AI mais aussi des visas de publicité.

Cette agence dirige la rédaction et la mise à jour de la Pharmacopée française. Elle effectue des contrôles en laboratoire et des inspections sur site.

A noter qu’il existe aussi des procédures d’AMM européennes : dans ce cas, les dossiers sont scrutés par l’Agence européenne du médicament (EMA) située à Amsterdam et dépendant de l’Union Européenne (UE) ; par ailleurs une Pharmacopée européenne est élaborée par la Commission européenne de Pharmacopée de la direction de la qualité du médicament et des soins de santé (DEQM) située à Strasbourg et dépendant du Conseil de l’Europe. (7)

L’ANSM est donc guidée par une stratégie qui se divise en quatre axes :

- 1° Sécurité sanitaire des produits de santé
- 2° Accès aux produits de santé
- 3° Consolidation de ses liens avec différents acteurs
- 4° Performance et efficience

Ces axes sont contenus dans le Contrat d’Objectifs et de Performance (COP), qui est signé tous les 5 ans entre le ministère des Solidarités et de la Santé et l’ANSM. Ce contrat s’inscrit dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé (SNS). Ces 4 axes font apparaitre 21 objectifs (8) majeurs avec des indicateurs de suivi qui leurs sont associés. L’appréciation de la mise en œuvre du COP sera présentée chaque année au Conseil d’administration de l’ANSM et sera rendue publique.

	2015	2016	2017	2018
Axe n° 1 – Garantir un haut niveau de sécurité sanitaire de tous les produits de santé tout au long de leur cycle de vie	100 %	96 %	96 %	100 %
Axe n° 2 – Favoriser un accès rapide, encadré et large à l'ensemble des produits de santé	80 %	70 %	90 %	80 %
Axe n° 3 – Consolider les liens de l'ANSM avec les parties prenantes et améliorer leurs implications	100 %	67 %	67 %	83 %
Axe n° 4 – Renforcer l'efficacité de l'ANSM et poursuivre sa modernisation	56 %	75 %	63 %	75 %
Bilan COP	84 %	82 %	82 %	88 %

Source : Cour des comptes d'après données ANSM

Tableau 1 : performance atteinte par l'ANSM pour les grands axe du COP (2015-2018) (9)

En 2015, nous observons que les performances atteintes par l'ANSM ont été de 84% en suivant le COP. Elles ont été de 88% en 2018 avec une amélioration chaque année.

L'ANSM travaille en échangeant avec ses différents collaborateurs, avec les professionnels de santé ainsi qu'avec les patients afin que leurs actions répondent au mieux aux défis du quotidien. Cela lui permet de manier au mieux le risque associé aux produits de santé. Pour cela, l'ANSM est composée de différents membres. On a en premier la direction générale. L'ANSM est dirigée par une direction générale composée d'un directeur général et de deux directeurs généraux adjoints dont l'un est en charge des 13 directions opérationnelles (8 directions « produit » et 5 directions « métier ») et l'autre s'occupe des 4 directions « ressources ».

Pour les directions produits, on retrouve :

- Oncologie, hématologie, néphrologie
- Transfusion, greffe, thérapie cellulaire et génique, médecine nucléaire
- Cardiologie, vaisseaux thrombose réanimation, antidote stomatologie, ophtalmologie

- Endocrinologie, gynéco-obstétrique, urologie, allergologie, pneumologie, ORL
- Psychiatrie, neurologie
- Rhumatologie
- Dermatologie, déficits enzymatiques, médecine interne, hépatologie, gastro-entérologie
- Virologie, maladies émergentes

Pour les 5 directions métiers, on retrouve :

- La direction des affaires juridiques et réglementaires
- La direction de l'évaluation
- La direction de l'inspection
- La direction de la surveillance
- La direction des contrôles

Enfin, il y a les 4 directions ressources, qui ne sont pas spécifiques à l'ANSM et qui concernent beaucoup d'entreprises et d'administrations :

- La direction de la maîtrise des flux et des référentiels (DMFR)
- La direction des ressources humaines (DRH) : Elle s'occupe de la gestion du personnel de l'ANSM
- La direction de l'administration et des finances (DAF) : elle s'occupe du budget de l'ANSM

- La direction des systèmes d'information (DSI) : elle gère la communication de l'ANSM ou encore son site internet.

L'ANSM est donc un établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Elle est financée par une subvention pour charge de service public reçue par l'État.

(M€)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évol. 2018/2013
Subvention pour charge de service public	116,4	103,2	113,2	111,8	109,8	116,6	+0,2 %
Prestations de services	7,5	8,9	8,4	8,3	7,8	8,1	+7,5 %
<i>Dont recettes provenant de l'Agence européenne du médicament</i>	7,3	8,6	8,2	8,1	7,6	7,8	+6,2 %
<i>Dont autres</i>	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	+50,1 %
Autres produits	2,0	6,1	1,7	0,5	0,9	1,3	-37,2 %
<i>Dont taxes et redevances à apurer</i>	0,6	4,9	0,8	-	-	-	-100 %
Total	125,9	118,2	123,3	120,7	118,6	125,9	+0,1 %

Source : Cour des comptes d'après données comptables de l'ANSM (agence comptable)

Tableau 2 : évolution des recettes perçues par l'ANSM (2013 – 2018) (9)

En 2013, ces subventions ont atteint 125,9 millions d'euros, ce qui est similaire à 2018.

4) La Haute autorité de Santé (HAS)

La Haute autorité de santé (HAS) est une instance consultative et indépendante d'expertise scientifique et médico-économique créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. C'est une autorité publique à caractère scientifique qui a pour but de développer au bénéfice de la population la qualité dans le champ sanitaire, médico-social et social. Elle œuvre en association avec les pouvoirs publics et avec des professionnels. Elle soutient des valeurs d'équité, d'indépendance, de transparence et de rigueur scientifique.

Elle exerce trois missions essentielles :

- L'évaluation scientifique et médico-économique des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels au profit de leur remboursement

Elle va examiner les technologies de santé au niveau clinique et au niveau médico-économique. Elle va rendre des avis aux pouvoirs publics afin de faire le point sur une prise en charge ou non au titre de la solidarité nationale. Elle va évaluer le service médical rendu (SMR) en comparant les médicaments, dispositifs médicaux et actes professionnels avec ce qu'il y a de déjà existant. Elle évaluera également l'amélioration au service médical rendu (ASMR).

- La recommandation des bonnes pratiques professionnelles

Son but est d'aménager les bonnes pratiques à l'échelle nationale. Elle va déployer des outils pour promouvoir et encourager la pertinence des actes de soins. Elle va également émettre des avis sur des recommandations de santé publique. Elle participe à la politique vaccinale en France en émettant des recommandations vaccinales.

- La mesure et le perfectionnement de la qualité dans les cliniques, les hôpitaux et en médecine de ville.

Elle va procéder à des analyses et des mesures de la qualité et de la sécurité des soins afin d'écarter tout événement indésirable associé aux soins.

Cette autorité de santé peut s'appuyer sur un vaste réseau de 419 collaborateurs, de 969 experts externes ayant un budget en 2020 de 55,79 milliards d'euros.

Elle est composée d'un collège de 8 membres dont une présidente. Celui-ci a pour responsabilité l'orientation stratégique et la mise en œuvre des missions affectées à la HAS. Il aura des avis à donner sur des recommandations, sur des décisions de certification, sur des procédures de certification des établissements de santé mais également sur les comptes ou encore le budget annuel.

Les 8 membres qui le composent sont sélectionnés en fonction de leur expertise, leur savoir et leur expérience. Le président est nommé par le président de la République. Il y a ensuite 4 membres qui sont nommés par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Un membre est désigné par le Président de l'Assemblée nationale, un autre par le président du Sénat puis un dernier par le président du Conseil économique, social et environnemental. La durée de leur mandat est de 6 ans, renouvelable une fois. Ils sont nommés par décret. Le président quant à lui est nommé pour 3 ans avec un mandat renouvelable une fois.

Elle possède des commissions spécialisées et des services répartis en 5 directions opérationnelles :

- La direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation

- La direction de la sécurité des soins et de l'amélioration de la qualité
- La direction de l'accompagnement social et médico-social et de la qualité
- La direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers
- Un secrétariat général

Les commissions spécialisées ont pour devoir d'instruire les dossiers sur les différents champs de compétences de la HAS. Elles sont au nombre de 8 :

- Commission de certification des établissements de santé
- Commission d'évaluation économique et de santé publique
- Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
- Commission en charge du social et du médico-social
- Commission de la transparence
- Commission technique des vaccinations
- Commission impact des recommandations
- Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs

La HAS se donne des objectifs pour la période 2019-2024 avec 6 priorités. Elle souhaite faire de l'innovation un moteur pour son développement. Elle souhaite faire de l'engagement des usagers une priorité. Elle veut promouvoir la santé et la vie ainsi que renforcer son influence au niveau international. Elle veut renforcer son efficacité et mieux gérer la pertinence des résultats de ses études. (10)

5) L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail est née en 2010 de la fusion de deux agences, d'une part l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et d'autre part l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET). Cette instance vise à allier l'indépendance du processus d'expertise scientifique et la transparence. Elle est placée sous la tutelle des ministères chargés de la santé, de l'agriculture, de l'environnement, de la consommation et du travail. Elle se base sur un système de management de la qualité avec la norme ISO 9001 pour

laquelle l'ANSES est certifiée depuis 2013. Elle possède des accréditations pour ses laboratoires, avec la norme NF EN ISO/CEI 17025 pour les analyses et les essais et la norme NF EN ISO/CEI 17043 pour l'organisation des essais inter laboratoires.

Elle aura pour but d'exécuter des missions de veille, d'expertise et de recherches sur un vaste domaine à savoir la santé humaine, la santé et le bien-être animal et la santé végétale. Ainsi, elle estime les risques d'expositions (physiques, biologiques, chimiques ...) auxquels un individu peut être exposé involontairement ou volontairement, à tout âge, à tout moment de la vie et dans tous lieux.

Elle s'occupe également d'évaluer l'efficacité et les risques des médicaments vétérinaires, des matières fertilisantes, des produits phytosanitaires et des biocides afin de délivrer ou non une AMM.

Concernant l'expertise, elle y est collective et indépendante. Le but est de réunir des experts de différentes disciplines et de développer toutes les opinions et les données scientifiques avant de prendre des décisions collégiales. L'agence se base sur environ 800 experts extérieurs avec un appel à candidature public. Elle possède également un réseau de 11 laboratoires de recherche et de référence qui sont répartis sur l'ensemble du territoire.

A noter qu'il existe un comité de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts.

Elle a également pour mission de représenter le Gouvernement français pour assister à des travaux au niveau des instances européennes et internationales.

L'agence est ouverte à la société, elle organise par exemple des réunions d'échanges régulières avec les parties prenantes (professionnels, pouvoirs publics, organisations syndicales, organisation non gouvernementale (ONG), associations de consommateurs élus, personnalités qualifiées) sur des sujets donnés tels que l'eau, les plastiques, les pesticides, la santé des abeilles.

Elle peut créer des comités de dialogue spécifiques avec les parties prenantes lorsqu'un sujet a un fort enjeu sociétal.

L'agence possède un contrat d'objectif et de performance pour la période (COP) 2018-2022 (11) afin de se fixer un objectif sur quelques années. Il se décompose en 5 axes :

- Axe 1 : Consolider l'excellence scientifique, l'indépendance et la qualité de l'expertise de l'agence

- Axe 2 : Prévoir les menaces et les risques émergents
- Axe 3 : Renforcer le rôle de l'ANSES dans la construction du dispositif de sécurité sanitaire en Europe et dans le monde
- Axe 4 : Développer l'information du public sur ses objectifs et le dialogue avec la société
- Axe 5 : Consolider l'efficacité de l'agence

L'agence est dirigée par un conseil d'administration et par un conseil scientifique.

Le conseil d'administration est composé de 5 collèges qui sont supervisés par un président.

Le premier est composé de représentants de l'État. Il s'agit des personnes en charge de représenter les ministres de la santé, de l'environnement, du travail, du budget, de la recherche, de l'industrie, de l'agriculture et de la consommation. Il s'agit de représentants des pouvoirs publics.

Le deuxième conseil est composé de représentants des partenaires sociaux. Il y a des membres d'associations agréées de protection de l'environnement, d'associations agréées dans la défense des consommateurs, d'associations nationales de victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle et d'associations agréées qui ont une expérience dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades.

Le troisième conseil est composé de représentants d'organisations professionnelles ayant une activité qui relève du domaine de compétence de l'agence.

Le quatrième conseil est représenté par des organisations interprofessionnelles d'employeurs et des organisations syndicales représentatives des salariés au niveau national. Ce sont des représentants d'ONG et de mouvements associatifs.

Enfin, le cinquième conseil est composé d'élus nommés par l'association des maires de France et l'assemblée des départements de France.

Le conseil scientifique, quant à lui, est composé uniquement de scientifiques. On y dénombre 24 personnalités scientifiques compétentes, 2 membres de droit et 3 membres à voix consultative désignés parmi le personnel scientifique. Ce conseil est garant de la qualité scientifique de l'agence ainsi que de son indépendance. (12)

6) Les Agences Régionales de Santé (ARS)



Image 2 : ARS Pays-de-la-Loire (13)

Une agence régionale de santé (ARS) est un établissement public administratif qui se charge de la mise en œuvre de la politique de santé dans une région donnée. Ces agences ont été créées le 1^{er} avril 2009 à la suite de la loi Hôpital Patients Santé Territoire, dite loi HPST. Les ARS dépendent du ministère de la Santé. Elles sont financées par des subventions de l'État, par des contributions de l'assurance maladie et par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

La première grande mission des ARS est le pilotage de la politique de santé publique dans les différentes régions. Elles s'occupent de la veille, de la sécurité sanitaire et de l'observation de la santé. En matière de prévention, elles ont à charge d'y évaluer les actions qui sont ou seront menées, du financement de ces actions et de faire la promotion de la santé. Elles doivent anticiper, préparer et gérer les crises sanitaires en collaboration avec le préfet.

Les ARS vont s'occuper de la régulation de l'offre de santé en région pour y évaluer au mieux les besoins et pour avoir un système de santé efficace. Elles se pencheront sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), le médico-social (notamment l'aide et l'accompagnement des personnes âgées et handicapées) et le secteur hospitalier. Elles vont ainsi avoir la responsabilité de combiner les activités et d'accorder les budgets des hôpitaux, des cliniques, des centres de soins ou encore des structures diverses pour personnes âgées, handicapées ou dépendantes. On

y différencie une dimension territoriale qui vise à une meilleure répartition de l'offre de soin dans les régions et une dimension économique visant une bonne utilisation des finances et des dépenses de santé.

Les ARS sont les partenaires uniques de tous les acteurs de santé en région. Elles travailleront à décloisonner le parcours de soin en y assurant la qualité de la prise en charge.

Elles ont la charge de faire des contrôles et faire respecter les diverses règles sanitaires et règles d'hygiène et ainsi ont le droit de faire des inspections.

Elles ont pour mission d'évaluer les formations des professionnels de santé et peuvent accompagner ces derniers lors d'une installation (cabinet médical, pharmacie). Ce sont elles qui autoriseront la création d'établissements de santé.

En 2015, la loi de modernisation de notre système de santé a été adoptée. Pour les ARS, il s'agit de :

- Décloisonner les secteurs sanitaires et médico-social, ce qui se passe entre la ville et l'hôpital, entre la prévention et les soins, pour ambitionner une amélioration du parcours de santé
- Renforcer la prise en charge de premier recours par les professionnels libéraux
- Renforcer le service public hospitalier
- Consolider les coopérations entre les différents établissements
- Renseigner les patients sur l'offre de soin de proximité et surtout au niveau des soins ambulatoires
- Développer et accentuer la démocratie sanitaire
- Encourager la prévention et la promotion de la santé
- Revoir les projets régionaux de santé

Le personnel des ARS comprend des praticiens hospitaliers, des fonctionnaires, des agents contractuels et des employés de droit privé.

Toutes les ARS sont coordonnées par le Conseil National de Pilotage (CNP), qui supervise les agences régionales de santé et est dépendant du ministère de la santé et d'autres ministères. Elles sont au nombre de 13 depuis le 1^{er} janvier 2016, contre 22 auparavant suite à la réforme territoriale (fusion de petites régions en plus grandes régions). (14)

7) Santé publique France

En France, « Santé Publique France » est une agence importante en matière de santé publique. Elle a été créée par la fusion de 3 organismes prévue par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016, adopté en application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, à savoir :

- L'InVS : Institut national de la veille sanitaire
- L'INPES : Institut national de la prévention et d'éducation de la santé
- L'EPRUS : Établissement de préparation et de la réponse aux urgences sanitaires

Cette agence est sous tutelle du ministère en charge de la santé. Ses 3 axes majeurs sont anticiper, comprendre et agir. Elle donne une attention particulière au principe d'égalité afin de réduire au maximum les inégalités sociales et territoriales et s'efforce en même temps de travailler avec le législateur pour promouvoir la santé dans les politiques publiques.

Ses différentes missions reprennent globalement les missions des trois anciens organismes précédemment cités :

- Observation épidémiologique et surveillance de l'état de santé des populations
- Veille sur les risques sanitaires qui menacent les populations
- Promotion de la santé et réduction des risques pour la santé
- Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé

- Préparation et réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires
- Lancement des alertes sanitaires (en cas de maladie infectieuse contagieuse, d'accident nucléaire, de risque chimique...)

Ses missions sont établies par le contrat d'objectif et de performance (COP). Celui-ci est élaboré entre l'État, le ministre des Solidarités et de la Santé et l'agence Santé publique France. Il se place dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé (SNS) prévu par l'article L. 4111-1-1 du code de santé publique. Il est prévu pour couvrir la période 2018-2022. Il définit des objectifs de prévention, de promotion de la santé, de veille et d'intervention en santé publique. Il est composé de 6 grands objectifs stratégiques cités précédemment. (15)

Santé Publique France va produire de la connaissance à travers des rapports, des avis, des évaluations de risques, des études, des expertises. L'agence va également élaborer des interventions en santé, des actions de prévention et de promotion de la santé. Cela va être fait avec un haut niveau de compétences scientifiques, avec des renseignements scientifiques prouvés et fiables, et qui ont un lien étroit avec la recherche. Ses programmes de travail sont variables en fonction des stratégies nationales de santé mais se rejoignent autour des inégalités sociales, du renouvellement des outils scientifiques, de la vaccination, du tabagisme, de l'alcool, de l'âge ou encore des inégalités territoriales.

L'agence est en lien étroit avec les ARS et possède 16 cellules régionales, ce qui marque sa présence sur le territoire et son ancrage. Elle possède un réseau organisé avec des collaborateurs qui sont en charge par exemple de la surveillance épidémiologique. Cela va permettre à l'agence d'effectuer pleinement ses missions et actions sur le territoire.

Elle est composée d'un directeur général, d'un directeur général adjoint, d'un directeur scientifique et d'un directeur de cabinet et est organisée autour de quatre conseils.

Le premier est le Conseil d'administration. Il est composé de 32 membres élus pour un mandat de 4 ans qui est renouvelable une fois. Il est composé de parlementaires, de membres représentant l'État, d'un représentant des régimes obligatoires de l'assurance maladie, de partenaires institutionnels de Santé publique France, de professionnels de santé, de représentants d'associations, d'élus représentant les collectivités territoriales, de personnes

compétentes dans les domaines relevant des missions de Santé publique France, de représentants du personnel de Santé publique France, d'un directeur général, d'un agent comptable, d'un contrôleur budgétaire, du président du Conseil scientifique, du président du Comité d'éthique et déontologique, du président du Comité d'orientation et du dialogue. C'est avec cette composition du Conseil d'administration que Santé Publique France tente de s'ouvrir à la société civile.

Ensuite vient le Conseil scientifique qui est composé de 27 membres. Il a pour but d'analyser la qualité et la cohérence de la politique scientifique de l'agence. Les membres sont nommés par le directeur général pour un mandat de 4 ans qui est renouvelable.

Nous avons ensuite le Conseil éthique et déontologique qui est composé de 7 membres qui sont nommés pour 4 ans par le Conseil d'administration. Il a pour charge de veiller au respect des règles éthiques et déontologiques.

Enfin, nous avons le Comité d'orientation et de dialogue, qui permet à l'agence de s'ouvrir à la société civile avec sa création en 2016.

Santé publique France aura pour but de protéger et d'améliorer la santé de la population. Ses compétences passent de la veille à la surveillance ou encore de l'alerte à la prévention. Elle se repose en cas de situation nécessaire sur la Réserve sanitaire qui est composée de plus de 2000 professionnels de santé et sur l'Établissement pharmaceutique, qui gère des stocks dit « tactiques » et « stratégiques » en matière de santé.

En plus du territoire national, Santé publique France a une compétence européenne et internationale. Elle participe à la santé publique mondiale tout en apportant l'expertise française. Les actions qu'elle mène sont alors orientées en plusieurs points :

- Participer aux obligations européennes et internationales
- Assister aux réflexions et aux travaux sur la sécurité sanitaire mondiale
- Développer les pratiques scientifiques en ce qui concerne la veille, la surveillance, la prévention, la promotion de la santé et participer à la formation des nouvelles générations dans le cadre de programme européens et internationaux
- Développer la performance des instituts de santé publique

- Assister aux travaux d'expertise et d'élaboration des bonnes pratiques en santé publique, fournir des données, des connaissances et des informations à la santé publique européenne et internationale et également élaborer des plans, des stratégies et des référentiels
- Assister aux instances de gouvernance de l'ECDC (Conseil de Consultation et Forum consultatif) (16)

Santé publique France fait chaque année un rapport annuel qui présente les temps forts de l'année encourue. En 2019 par exemple, dans son rapport annuel (17), l'agence présente une campagne qui a été lancée, intitulée « askip » qui est une campagne destinée aux 12-15 ans. Il s'agit d'une série de vidéos qui déconstruit les fausses croyances sur la sexualité, dont la source principale est internet. Ces vidéos de 1 min 30 ont été diffusées de septembre 2020 à septembre 2021. Ces vidéos parlent de réseaux sociaux ou encore de contraception.

L'impact des politiques sur la santé ne cesse de gagner du terrain dans de nombreux pays. Cette évaluation constitue une approche prospective qui vise à identifier les conséquences potentielles, qu'elles soient négatives ou positives (d'une intervention politique, d'un projet, d'un programme) sur la santé de la population, dans le but de l'améliorer.

Ces études d'impact sur la santé (EIS) procéderont à des évaluations avant et après l'application des politiques.

Par exemple, une étude menée en Espagne révèle que les déterminants les plus importants en matière de santé sont les habitudes et styles de vies. (18)

L'EIS fait son entrée en France au début des années 2010 et les travaux se sont multipliés rapidement. Elle s'est installée dans toutes les régions à différents degrés. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a commandé en 2015 un rapport d'expertise sur les outils et les méthodes existants pour évaluer les impacts de la santé. (19)

Nous voyons depuis quelques années des politiques se développer en matière de prévention, notamment en matière d'alcool, drogues, tabac et de maladies sexuellement transmissibles. Qu'elles soient diffusées à la télévision, dans la presse, à la radio, sous forme d'intervention, celles-ci ont pour but de cibler la population et parmi cette population, les jeunes générations. À la suite de ces politiques menées, il est intéressant de savoir si elles ont un réel impact sur ces générations.

Partie 2 : L'alcool : effets sur la santé, principales politiques de prévention et évolution des consommations en France

La datation des premières mentions ou traces de consommation d'alcool n'est pas clairement connue. Elle remonte à une époque où les Hommes ont pu consommer de l'alcool involontairement, en mangeant des fruits pourris (et donc fermentés). Ce n'est qu'à la fin du XVIII^e siècle que l'abus et la dépendance à l'alcool ont commencé à être perçus comme des problèmes de santé publique. (20)

Cliniquement, l'intoxication à l'alcool et plus précisément à l'éthanol est induite par une consommation récente d'alcool. Ses métabolites tels que l'acétaldéhyde ou l'acétate s'accumuleront dans le sang rapidement et leur élimination ne sera pas assez rapide. L'alcool va agir sur les récepteurs GABA et aura un rôle essentiellement de dépresseur du système nerveux central. Le foie, organe majoritairement responsable de l'élimination de l'éthanol n'arrivera pas à éliminer l'alcool assez vite, ce qui provoquera une accumulation de ces métabolites. L'alcool chez les jeunes est souvent vu comme une boisson récréative et les effets secondaires causés par celui-ci ne sont généralement pas pris au sérieux, s'atténuant dans le temps. En revanche, la consommation d'alcool à un niveau élevé peut provoquer une dépression respiratoire ou un coma. Une addiction est susceptible d'arriver en cas de consommation répétitive ou de *binge drinking* (alcoolisation ponctuelle importante). (21)

Selon l'OMS, la consommation d'alcool entraîne environ 2,5 millions de décès chaque année dans le monde et engendre plus de 60 grands types de maladies. (20)

A) Mécanisme d'action et effets engendrés

1) Mécanisme d'action de l'éthanol

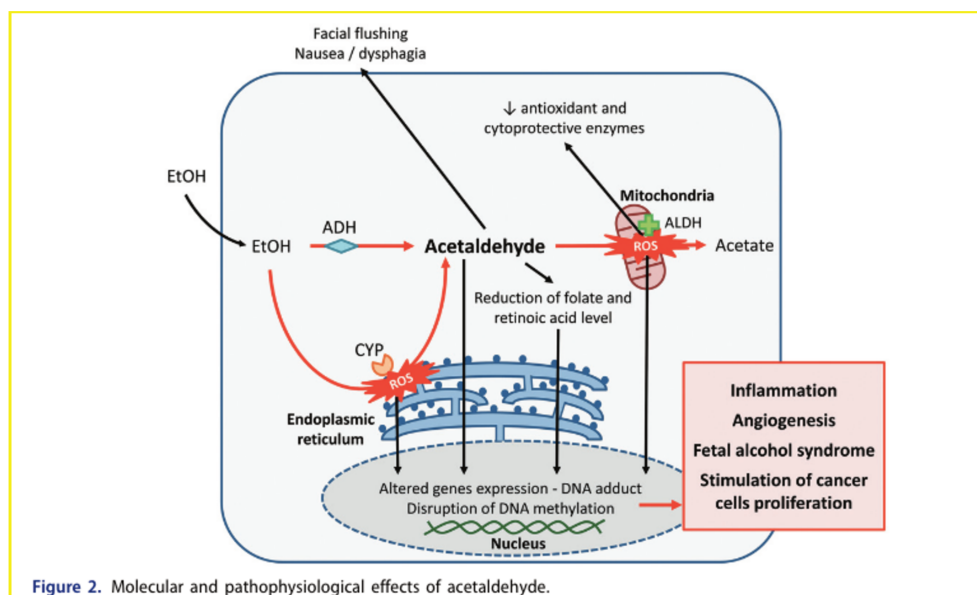


Image 3 : Métabolisme de l'éthanol (20)

L'alcool déshydrogénase (ADH) est la principale enzyme impliquée dans le métabolisme oxydatif de phase I de l'éthanol, donnant de l'acétaldéhyde. L'acétaldéhyde sera transformé en acétate par l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH). Ces deux enzymes ont pour coenzyme le NAD. L'ADH est présente dans les hépatocytes, mais on la retrouve également dans les poumons, dans les reins et dans le tractus gastro-intestinal.

La voie microsomale quant à elle, est responsable de 10% du métabolisme de l'éthanol dans l'organisme. Elle implique la famille du cytochrome P450 et en particulier le CYP2E1, même si le CYP1A2 et le CYP3A4 sont également en cause. Cette voie oxydative est présente dans le réticulum endoplasmique des hépatocytes. Chez les consommateurs chroniques, le taux de CYP2E1 est augmenté dans les hépatocytes, ce qui est à l'origine de la tolérance à l'éthanol.

La transformation de l'éthanol en acétaldéhyde et en acétate produit des espèces réactives à l'oxygène (ROS) qui ont un lien direct avec la toxicité de l'alcool.

Il existe d'autres voies métaboliques non oxydatives de phase II pour l'éthanol, comme la glucuronidation ou la sulfatation. Ces voies métaboliques mèneront également à la formation d'acétate via l'ALDH.

Chez l'homme, la superfamille de l'ALDH est codée par 16 gènes. A noter que les principales enzymes qui interviendront dans le métabolisme de l'éthanol ici sont des isoenzymes

cytosoliques ALDH1 et ALDH2. Le polymorphisme semble ici exercer une influence sur la consommation d'éthanol. En effet, l'allèle ALDH2 1 connu pour coder une variante active, semble être un allèle protecteur des maladies hépatiques dans l'alcoolisme. L'allèle ALDH2 2 lui semble coder pour une enzyme inactive. De plus, l'acétate dans cette voie n'est pas le métabolite final puisqu'il est converti en CO₂, en cétone, en acide gras ou encore en stéroïde.

La concentration d'acétaldéhyde est donc régulée par l'ADH et l'ALDH. L'activité de ces isoformes constitue un facteur de risque dans le développement de l'alcoolisme. On peut observer des effets d'intolérance à l'éthanol tels que nausées, dysphagie, maux de tête ou rougeurs faciales i.e. « flush facial ». Ces effets ont été attribués à la concentration élevée d'acétaldéhyde.

Certaines populations voient leur ALDH inactive ou peu active, ce qui explique une accumulation d'acétaldéhyde dans leur corps et donc les effets majorés cités précédemment. C'est ce qui explique une barrière culturelle à la consommation de grandes quantités d'alcool. Nous pouvons citer l'exemple de l'Asie de l'Est, qui voit 15% à 40% de sa population déficiente en ALDH2. Les niveaux d'acétaldéhyde chez ces personnes seront 5 à 20 fois supérieurs comparés à ceux d'une personne n'ayant pas de déficit en ALDH. (20)

2) Différentes phases de l'intoxication à l'éthanol et ses métabolites

L'intoxication aiguë à l'alcool peut se décomposer en 4 phases suivant les taux d'alcoolémie. La première phase et la deuxième phase peuvent se regrouper en une même phase, appelée la phase psychomotrice allant de 0 à 1,5 g/l d'alcool dans le sang. C'est une phase où l'on assiste à la levée des inhibitions. Elle favorise le contact social avec une sensation d'euphorie, d'exaltation. À partir du moment où on se met à tester les aptitudes de la personne qui a consommé de l'alcool, on s'aperçoit que les performances diminuent. Il y aura une apparition de maladresse dans les mouvements fins, une augmentation du temps de réaction, une baisse de l'attention, du jugement, des facultés de mémorisation ainsi que des troubles visuels comme la baisse de l'acuité visuelle, diminution du champ de vision et sensibilité à l'éblouissement. Les manifestations cliniques sont détectables dès 0,2 à 0,3 g/l et sont caractéristiques à 0,5 g/l. L'éthylique chronique est plus tolérant et ces manifestations apparaîtront pour un niveau d'alcool plus élevé.

La troisième phase est appelée la phase d'ivresse classique. On constate chez la personne dans cet état, un désordre du comportement avec des propos incohérents. Il y aura une perte de jugement avec des prises de décisions non adaptées à la situation, avec notamment une surestimation des capacités. On observera une perte du contrôle de soi avec une difficulté d'exécution de certaines tâches. L'odeur de l'haleine sera caractéristique avec des troubles de l'élocution. Les pupilles seront dilatées, des nausées et vomissements peuvent apparaître. Enfin il y aura une atteinte cérébelleuse avec une incoordination des mouvements. Cette phase s'observe lors d'une alcoolémie comprise entre 1,5 et 2 g/l en moyenne.

La quatrième phase, avec une alcoolémie supérieure à 2 g/l, est appelée la phase de trouble de la vigilance. Lors de celle-ci, la personne alcoolisée sera victime d'endormissement, voire de coma. C'est une phase hypotonique dans laquelle la personne est peu réactive avec des incontinences possibles. La fréquence respiratoire est ralentie, avec un encombrement des bronches, ce qui diminue les échanges en oxygène, d'où le risque d'asphyxie. La température corporelle est diminuée, le sujet est donc en hypothermie. (22)

3) Effets sur le système organique

Un verre d'alcool moyen contient entre 10 et 12 mg d'éthanol, ce qui correspond chez un homme de 70 kg à 15 / 20 mg/dL dans le sang.

La quasi-totalité de l'alcool est absorbée par l'intestin grêle. Il n'y a que 10% qui est absorbé par l'estomac. L'absorption de celui-ci commencera 10 minutes après la consommation. Le pic sérique d'alcoolémie est ainsi atteint entre 30 et 90 minutes après la consommation. Les symptômes d'intoxications vont apparaître lorsque l'oxydation par le foie n'est plus assez efficace face à la dose d'alcool ingérée. Le foie oxyde et métabolise l'alcool à raison d'une valeur moyenne de 15 mg/dL par heure. L'alcool ayant le potentiel d'affecter tous les organes, les effets indésirables majeurs seront d'ordre neurologique, gastro-intestinal, cardiovasculaire et respiratoire.

4) Effets sur le système nerveux

Le premier effet majeur de l'intoxication alcoolique est l'amnésie antérograde temporaire ou plus communément appelé *black-out*. C'est un état dans lequel un individu n'est plus capable

de se souvenir de tout ; l'oubli peut concerner aussi bien l'intégralité du moment sous l'emprise de l'intoxication ou être limité à des moments fractionnés. Le *black-out* résulte d'une consommation rapide et intense d'alcool, qui aura pour effet d'augmenter rapidement l'alcoolémie dans le sang. Il y aura ainsi un blocage du processus de consolidation des souvenirs à court terme en souvenirs à long terme, qui impliquera l'hippocampe et les structures latérales médianes. (20)

Une personne en état d'ébriété peut ne pas avoir conscience de son état et peut penser qu'elle n'a aucun problème à se souvenir des événements. Il faut ainsi distinguer l'amnésie globale du syndrome de Korsakoff qui est une forme inhabituelle d'amnésie associant un état confusionnel aigu et une amnésie sur le long terme. (23)

La consommation d'éthanol va affecter le jugement et la perspicacité. Avec une altération générale, la personne ayant consommé de l'alcool va nier ou sur-estimer ses fonctions cognitives et motrices. Cela peut avoir de graves répercussions sur notamment la conduite automobile. Les troubles cognitifs vont toucher le traitement de l'information, la mémoire verbale, la mémoire visuelle, la mémoire de travail et le contrôle inhibiteur.

Le sommeil sera modifié lors de la consommation d'alcool. Il sera perturbé durant toute la nuit avec un raccourcissement du sommeil profond, il sera fragmenté donc non réparateur. Les muscles du pharynx seront relaxés, ce qui favorise une apnée obstructive du sommeil. (24)

Cette consommation affectera les cellules gliales, les neurones, les astrocytes et les oligodendrocytes. Seront également visés le cortex cérébral, la substance blanche ou encore l'hippocampe. La toxicité de l'éthanol et de ses métabolites provoquera une atrophie du cerveau, bien que certains mécanismes ne soient pas encore totalement élucidés. Cela est mis en évidence aujourd'hui par l'imagerie médicale.

La transmission GABAergique est facilitée par l'éthanol avec une diminution de la neurotransmission glutaminergique. L'alcool va activer le circuit de récompense et donc la libération de dopamine dans le système mésocorticolimbique. (20)

5) Effets sur le système digestif et hépatique

Une consommation d'alcool peut entraîner des irritations des muqueuses, en particulier celles digestives. Les conséquences sont des gastrites, des œsophagites ou encore des ulcères

gastriques. A forte concentration, d'autres effets peuvent apparaître comme des spasmes de la valve pylorique de l'estomac qui conduisent à des nausées et vomissements. L'alcool peut entraîner des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage.

Une inflammation du pancréas peut également survenir à la suite d'une consommation soutenue d'alcool. Cela entraîne un risque de pancréatite aiguë. Il y aura également une altération de la néoglucogenèse et une altération des acides gras dans le foie, ce qui entraîne par conséquent une accumulation de graisse dans les cellules hépatiques (hépatocytes). Cela peut mener à une hypertrophie du foie, à une stéatose, qui peut être réversible dans certains cas uniquement si l'abstinence à l'alcool est maintenue. Elle est relativement bénigne. En induisant la lipolyse dans les adipocytes, la consommation chronique d'alcool augmente la fraction d'acides gras libres capturés par le foie. La physiopathologie de la stéatose est donc étroitement liée au métabolisme oxydatif de l'éthanol.

Vient ensuite la stéatohépatite, c'est le moment où les lipides qui s'accumulent dans les hépatocytes subissent une peroxydation. On observera une infiltration du foie par les cellules du système immunitaire, par exemple les neutrophiles, et l'action des cellules de Kupffer qui sont les macrophages résidents du foie. La libération de cytokines pro-inflammatoires entraîne donc la mort des hépatocytes et le maintien de l'hépatite alcoolique.

Enfin, on assiste à la progression fibrotique de la stéatohépatite inflammatoire. On observe alors une difficulté de renouvellement des hépatocytes avec une activation des cellules stellaires hépatiques. Les fonctions métaboliques et homéostatiques du foie sont ainsi compromises et de graves complications apparaissent, comme le carcinome hépatocellulaire ou l'hypertension portale. (20)

La consommation accrue d'alcool enfin peut mener à une cirrhose hépatique qui est un endommagement du foie irréversible. (25)

6) Effets sur le système cardiovasculaire

La consommation d'alcool sur le long terme va exercer une influence sur le système cardiovasculaire. Une consommation accrue va augmenter linéairement la tension artérielle qui revient à la normale quelques semaines après l'abstinence.

La prise d'alcool de façon excessive et répétée peut entraîner un risque accru de cardiomyopathie dilatée. Cela conduit aux arythmies inexplicables avec insuffisance cardiaque congestive et insuffisance ventriculaire gauche. On peut retrouver également des arythmies

ventriculaires malignes qui surviennent de façon temporaire après une grosse consommation d'alcool épisodique. (26).

On note également le risque d'athérosclérose lors de fortes consommations d'alcool. Dans les cas extrêmes, celle-ci peut entraîner un arrêt cardiaque. (20)

7) Autres effets

La forte consommation d'alcool entraîne un effet pouvant être mortel qui est la dépression respiratoire. On observe une diminution de la sensibilité des voies respiratoires et une diminution des réflexes nauséux aux corps étrangers. Le risque de fausse route est donc possible surtout dans un état inconscient. On notera en plus de ces effets, une interférence avec la clairance muociliaire. (27)

On peut observer lors de la consommation chronique des carences nutritionnelles et des diminutions de production des plaquettes (thrombocytopenie), des globules rouges (anémie) et des globules blancs (leucopénie). Chez les alcooliques chroniques, on observe une augmentation du volume globulaire moyen (macrocytose), qui est normalement compris entre 80 et 100 femtolitres. Un risque de myélodysplasie et de leucémie aiguë est également possible. (28)

La consommation d'alcool peut accroître le risque de cancer du sein avec une relation dose-effet. Ce risque est en lien direct avec l'augmentation des niveaux d'œstradiol induit par l'éthanol. Il y a également une transcription plus importante des récepteurs à l'œstrogène dans les cellules cancéreuses qui est en lien direct avec l'augmentation du risque du cancer du sein.(20)

La consommation chronique d'alcool est associée à l'ostéoporose, du fait de l'expression du gène p21 qui est élevée. Celle-ci va supprimer la différenciation ostéoblastique et la minéralisation et va perturber le remodelage. (20)

A l'adolescence, une consommation intense et répétée d'alcool peut perturber le développement sexuel normal et peut exercer une influence sur le début et la progression de la puberté.

Chez les hommes, celle-ci peut entraîner une dysfonction érectile, une atrophie testiculaire, une gynécomastie, une baisse de libido, une diminution du volume de l'éjaculat et des modifications de la pilosité.

Chez les femmes, on observera une altération des hormones sexuelles et de la fonction ovarienne, qui conduit à une aménorrhée, à l'infertilité ou encore à un risque important d'avortement spontané.

L'alcool aura aussi un effet tératogène expliqué par la production de ROS, du fait de l'apoptose, de la vasoconstriction du placenta et de l'inhibition des cofacteurs nécessaires à la croissance et au développement du fœtus. Des retards intellectuels et comportementaux sont observés lors de la grossesse et même lors de la consommation d'alcool durant l'allaitement. (29)

B) Politiques de préventions menées en France concernant l'alcool

En France, le sujet de la consommation d'alcool est sensible. Celle-ci peut être associée à des événements festifs, à une culture ou encore à un mode de vie. On observe d'un point de vue culturel, une consommation d'alcool ce qui a pour conséquence d'induire une tolérance dans la population générale. Par exemple, l'usage du vin en France fait partie de la gastronomie d'autant plus que la France est un important producteur viticole.

D'après Santé Publique France, l'alcool serait la deuxième cause de mortalité évitable, après le tabac. L'alcool va être à l'origine de 49000 décès par an induits par des cancers, des dépendances ou encore des cirrhoses. Ainsi, il est responsable de 13% des décès chez les hommes et 5% chez les femmes.

Cette consommation est responsable d'accidents automobiles, d'accidents de travail, d'une diminution de la concentration, d'arrêts de travail, de problèmes comportementaux tels que des agressions ou encore de violences. Elle peut également avoir comme conséquence un syndrome d'alcoolisation fœtale chez les femmes enceintes qui font usage d'alcool, on estime ce cas à 1,13 naissance pour 1000. Le coût social de l'alcool est environ de 120 milliards d'euros par an selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Pour lutter contre la consommation d'alcool, les instances françaises agissent dans un premier temps avec des textes législatifs et réglementaires, elles réalisent dans un second temps des plans d'actions du gouvernement.

Les actions de prévention se multiplient dans le pays avec des programmes qui peuvent être à l'échelle locale, régionale ou encore nationale.

A Saint Maurice, dans le Val-de-Marne, un projet de prévention a été effectué en 2016-2017. L'idée est que des lycéens dans des classes de première, suivent une formation de 28 heures sur le thème de la prévention. C'est eux-mêmes qui par la suite, effectueront des interventions auprès de leurs pairs qui sont en classe de seconde. Ces interventions durent 2h et abordent des points différents comme les diverses substances, les contextes de consommation ou encore les risques, tout cela autour de débats ou de courts métrages.

Ainsi, la prévention se développe sur le territoire, d'abord à petite échelle comme nous venons de le voir, mais également à grande échelle avec la mise en place en 2018 du service sanitaire. (30)

Il consiste à réaliser des actions de prévention dans divers établissements (maternelles, primaires, collèges, lycées...) sur divers thèmes comme la santé sexuelle, les addictions, l'alimentation ou encore la santé physique. Il est mené par des étudiants en santé (médecine, odontologie, kinésithérapie, pharmacie, maïeutique, soins infirmiers) afin de favoriser l'interprofessionnalité. L'activité se passe en plusieurs temps avec une formation initiale, un déploiement sur le terrain puis une restitution. Ces actions de prévention viennent palier à un manque d'information de certaines populations, elles peuvent avoir lieu dans des déserts médicaux ou encore cibler des populations dites fragiles. Le coût de ces actions est de 6,75 millions d'euros. C'est environ 47000 étudiants par an qui seront répartis sur le territoire. (31)

1) Évolution de la législation

En France, les mesures visant à la limitation de la consommation de l'alcool sont surtout répressives (ordre public et fiscalité). L'aspect commercial est réglementé depuis le 19^e siècle. Le grand thème de la santé publique va voir le jour avec les ordonnances de 1960 (lutte contre l'alcoolisme) et la loi Evin de 1991.

Dans les prémices de la lutte contre l'alcool, on retrouve une loi datant du 23 janvier 1873. Celle-ci nous indique que l'ivresse publique est définie comme étant une infraction.

La loi du 23 août 1940 a été modifiée au profit de la loi du 24 septembre 1941. Cette dernière stipule que l'alcool est interdit à la vente à des mineurs de moins de 20 ans, que ce soit dans les débits ou tout autre endroit de consommation, quel que soit le jour du mois ou l'heure de la

journée. Cela concerne les boissons du troisième, quatrième et cinquième groupe (boissons qui sont alcoolisées). Dans le même temps, cette loi interdit la publicité (sous ses différentes formes) pour les boissons du 3^e et du 5^e groupe sur tout le territoire national.

A titre d'information, les boissons du premier groupe sont représentées par les eaux minérales, les jus de fruit, les jus de légume, les infusions, le thé, le café ou encore le chocolat.

La deuxième catégorie est représentée par le vin, la bière ou encore le cidre.

La troisième catégorie s'approche un peu de la 2^e en comportant les vins de liqueurs et les liqueurs ayant 18° d'alcool maximum. Le rhum est l'alcool de la 4^e catégorie le plus connu, on y retrouve également dans celle-ci les alcools provenant de la distillation des vins. Enfin, on retrouve pour la 5^e catégorie les alcools forts tels que le gin, la vodka ou encore le whisky.

Du côté fiscal, c'est à partir de novembre 1960 avec l'ordonnance n° 60-1253 qu'une taxe apparaît, au profit du Trésor public, sur les boissons de 3^e et 4^e catégorie.

Arrive la loi n° 65-373 en 1965 relative à la conduite automobile. Elle stipule que la conduite sous l'emprise de l'alcool constitue un délit. Cinq ans plus tard en 1970, la loi n° 70-597 va permettre de développer le contrôle de l'alcoolémie par l'air expiré. Des taux seront fixés par la même occasion. La conduite sous l'emprise de l'alcool sera revue avec une nouvelle loi (83-1045) en 1983, portant essentiellement sur les règles de contrôles des taux d'alcoolémie.

En 1982 est créé par décret (n° 82-10) le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie. Ce décret sera amélioré par un autre décret (n°85-191) en 1985.

Concernant les jeunes générations, c'est à partir de la loi de juillet 1987 que la publicité pour l'alcool est bannie des journaux pour enfants, des stands ainsi que des terrains de sport. C'est à ce moment-là que la publicité pour les boissons alcoolisée est interdite à la télévision.

Comme évoqué précédemment, la loi Évin de janvier 1991 va développer la santé publique. Elle va par ailleurs interdire certaines choses. C'est le cas de la publicité pour les boissons alcoolisées dans les journaux (il existe néanmoins des dérogations possibles prévues par l'article L.3323-2 du CSP) et non plus uniquement les journaux pour enfants. Elle interdit la diffusion de publicités à la radio le mercredi et le soir entre 17h et minuit (ce qui équivaut au moment où les enfants sont les plus susceptibles de les entendre). Il est interdit par cette même loi, de donner aux mineurs des objets, des journaux, des documents qui vantent ou qui présentent les mérites de l'alcool. Dans cette loi, la vente de boissons alcoolisées est interdite dans les lieux d'activités physiques et sportives (sauf le cas des bars situés dans des associations

sportives qui doivent détenir une autorisation). Enfin, lorsqu'une affiche publicitaire présente une boisson alcoolisée, celle-ci doit obligatoirement présenter un message de prévention. C'est au travers de cette prévention que l'on comprend que la santé publique se développe : la prévention fait son apparition et va gagner du terrain dans les décennies qui suivent.

Plusieurs aspects se développent dans les années 1990 et 2000 comme le décret d'août 1995 qui tolère légèrement l'alcoolémie au volant (jusqu'à 0,25 mg/l d'air expiré). Le décret n° 2006-159 de février crée le Conseil de modération de prévention. En 2006, l'arrêté du 2 octobre préconise l'absence de consommation d'alcool pour les femmes enceintes. La loi de mars 2007 elle reconnaît l'alcoolisme comme circonstance aggravante lors de violences volontaires, de viol ou encore d'agression sexuelle.

En juillet 2009 apparaît la loi 2009-879 dite loi HPST (HPST : Hôpital Patient Santé Territoire), ayant pour nom complet loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle aborde des articles qui concernent l'alcool. En effet, l'article 93 revient sur l'interdiction de vente de boissons alcoolisées à des mineurs en y notifiant qu'offrir des boissons alcoolisées gratuites dans les lieux publics est interdit. Elle y interdit également les « *open-bars* » : bars dans lesquels l'entrée est payante mais la consommation d'alcool est illimitée (à quelques exceptions). Cette loi HPST vise les jeunes (mais pas uniquement). Elle vise à faire attention à la consommation à risque.

L'article 94 interdit la vente d'alcool dans les points de ventes de carburant entre 18h et 8h du matin.

En janvier 2010, un arrêté fait suite à cette loi, il fixe les modalités d'affichages devant être présents dans les débits de boissons, notamment pour les jeunes en rappelant qu'il est interdit de vendre ou d'acheter de l'alcool à des mineurs de moins de 18 ans.



Image 4 : Affiche protection des mineurs et ivresse publique (32)

En janvier 2016 sort la loi sur la modernisation de notre système de santé. L'article 12 prend des mesures contre l'usage de boissons alcoolisées jusqu'à l'ivresse. Le bizutage pour inciter au « *binge drinking* » (vu précédemment) est une infraction, tout comme la provocation à l'usage excessif d'alcool à l'encontre des mineurs. On cherche à protéger les jeunes qui sont les plus vulnérables. (30)

Les restrictions touchent donc les jeunes à partir des années 1940. Il va s'en suivre un certain nombre d'autres lois allant dans ce sens pour limiter l'usage, limiter les pubs et développer la prévention ciblée. L'intérêt est d'agir efficacement car on sait que l'alcool (ainsi que l'obésité) sont les deux facteurs de risques les plus importants sur la santé des adolescents et des jeunes adultes. Ils peuvent également impacter les résultats scolaires.

2) Campagnealcool repère

« *L'alcool, c'est maximum deux verres par jour, et pas tous les jours* ». Ce slogan a été diffusé très largement sur les télévisions en 2021 (mais également dans la presse ou dans différents médias). Il s'agit de la 4^e édition de diffusion de cette campagne, après une diffusion en 2019, début 2020 et fin 2020. Ici, on essaye de pointer la consommation d'alcool quotidienne à faible dose. Cette campagne tend à inciter les consommateurs à évaluer eux-mêmes leur consommation d'alcool, grâce à l'alcoomètre. C'est un outil qui est accessible sur le site www.alcool-info-service.fr, afin d'évaluer sa propre consommation. Cet outil va comparer notre propre consommation à un baromètre (de 2017). Il va ainsi délivrer des messages positifs et/ou négatifs sur la propre consommation de l'utilisateur. De plus, cet outil va donner quelques chiffres, notamment sur la hausse de certains cancers corrélés à l'usage d'alcool. (33)

Avec ses 41000 décès attribuables par an(34), la réduction des risques est au cœur de la stratégie de cette campagne. Cette campagne dans un même temps, cherche à donner aux Français et notamment aux jeunes des repères en termes de quantité. C'est l'idée du slogan vu précédemment. Mais l'enjeu est de fixer aussi d'autres limites, comme maximum 10 verres par semaine, ou encore des jours dans la semaine sans consommation. Ainsi, les consommateurs ont un choix éclairé sur leur propre consommation. C'est tout l'intérêt de cette campagne qui, diffusée dans les médias, est susceptible de toucher une grande partie de la population, dont les jeunes. Le spot est diffusé également dans les départements d'Outre-Mer pour ne pas sensibiliser uniquement les métropolitains. Enfin, cette campagne tend à graver les esprits avec des phrases chocs du type « *il n'est pas nécessaire d'en arriver là pour que l'alcool fasse des ravages* ». (35)

3) Amis aussi la nuit

La campagne « amis aussi la nuit » est une campagne destinée directement aux jeunes. Elle essaye de favoriser les comportements protecteurs lors de la consommation d'alcool (et de cannabis). Elle vise un public entre 17 ans et 25 ans afin d'améliorer les comportements protecteurs entre pairs en créant le concept du « pur pote ». Les consommations étant préoccupantes, cette campagne insiste sur le fait que les jeunes doivent prendre soin l'un de l'autre lorsqu'il y a usage d'alcool. Associé à un contexte festif, l'alcool est synonyme chez eux de joie, de plaisir ou encore de convivialité. Chez des groupes d'étudiants, on retrouve des

consommations un peu plus importantes, à savoir les étudiants en école d'ingénieur, les étudiants en commerce, santé, médecine ou de commerce et gestion (36). Les étudiants de 18 à 25 ans ont des consommations semblables à des personnes de leur âge qui sont dans la vie active.

On cible à travers cette campagne la réduction des risques, comme la campagne vue précédemment. L'amitié est au cœur de celle-ci. Les comportements seraient protecteurs au sein des groupes de jeunes. Ils auraient un impact immédiat sur les risques liés à la consommation. Au travers du clip publicitaire, on aperçoit des amis à deux moments d'une soirée. En premier lieu, un moment festif où la soirée est maîtrisée puis un moment où la soirée décline à cause de l'abus de boisson. Ce clip publicitaire conclut par « *Prendre soin de ses amis, c'est aussi la nuit* ».

Afin de toucher au mieux les jeunes, cette campagne est diffusée au plus près de leur univers. Elle sera visible sur les plateformes audios digitales (telles que Deezer ou encore Spotify), les réseaux sociaux (Instagram, Snapchat) ou encore YouTube. Elle est diffusée sur des radios que les jeunes écoutent, par exemple NRJ et des affiches peuvent être mises dans des bars, des restaurants. Ces affiches sont également disponibles dans les BDE (bureau des étudiants) des écoles ou des universités. (37)

4) Différentes campagnes sur les addictions à l'alcool

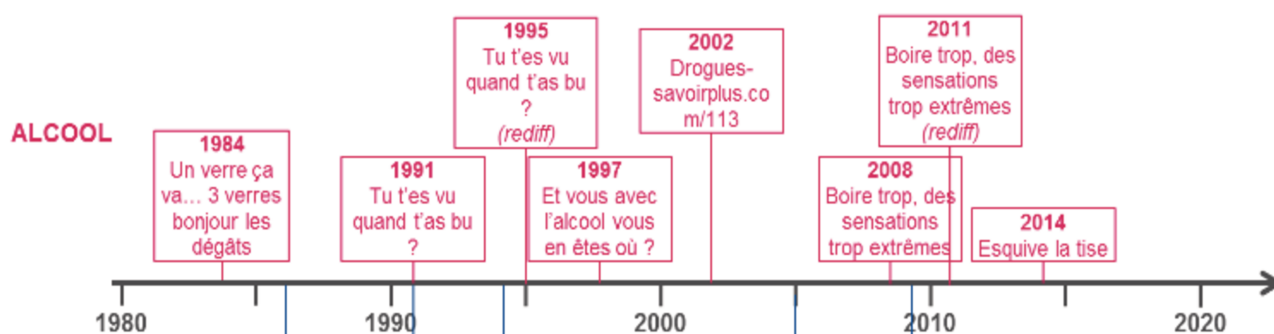


Image 5 : Les campagnes de sensibilisation à l'alcool depuis les années 1980

Les campagnes dans les années 1980 avaient pour cible tout public. Il y a souvent différents spots pour un même message délivré. On peut prendre l'exemple de la campagne de 1986 « *un verre ça va... 3 verres bonjour les dégâts* ». On dénombre 8 spots, 6 qui sont destinés aux

adultes et 2 qui sont destinés à la jeunesse. Plusieurs catégories de consommateurs sont ici visées.

Ensuite, à partir des années 2000, on voit apparaître des campagnes plus ciblées. Les messages seront plus orientés, par exemple pour les jeunes, les femmes enceintes ou encore les buveurs réguliers. Ceci est réalisé grâce à des messages adaptés et des canaux ciblés, comme vu précédemment. À titre d'exemple de campagne dans ce cas, on peut citer la campagne « *boire trop, des sensations trop extrêmes* » de 2008 ou encore « *esquive la tise* » de 2014.

La stratégie au cours des années est différente. Initialement, les messages de ces campagnes portaient sur les risques, pour ensuite laisser place à la pédagogie.

Les campagnes des années 1980-1990 ont tendance à exposer les risques, à dénigrer l'alcool et même stigmatiser le consommateur. C'est le cas de la campagne « *Tu t'es vu quand t'as bu* » de 1991.

Dans les années 2000, on commence à utiliser des canaux récents pour ces campagnes. À titre d'exemple, la campagne de 2002 renvoie vers un site internet (drogues-savoirplus.com) ou vers un numéro de téléphone qui est le 113 pour contacter Drogues Tabac Info Service (DATIS). Durant ces années, on privilégie encore les campagnes présentant les risques.

C'est en arrivant dans les années 2010 qu'on voit les premières campagnes faire preuve de pédagogie. « *Esquive la tise* » de 2014 ou encore « *Oui on peut dire non* » de 2013 vont insister sur la pression faite par les groupes pour consommer de l'alcool, le tout avec humour et en même temps donner des clés pour se sortir de cette situation. L'approche ici cherche à débanaliser la consommation d'alcool, tout en mettant en avant le côté psychosocial. Ainsi, on cherche à retarder le plus possible les premières expérimentations et à freiner l'ivresse chez les jeunes.

En parallèle, les supports d'information évoluent avec le temps. Dans les années 1980, les campagnes étaient essentiellement à la télévision. Progressivement, les canaux d'information vont se développer, on note dans les années 2000 l'usage de la radio, de la presse ou encore des SMS. De plus, un numéro de téléphone vert est disponible ou encore un site internet. À la suite de ce développement d'outils, Santé Publique France lance en 2015 la campagne Consultation Jeunes Consommateurs (CJC). Cette campagne a pour but de faire connaître aux familles un dispositif de proximité concernant l'usage à risque de substances addictives. La cible de cette campagne est donc l'entourage du jeune consommateur et en particulier les parents de jeunes adolescents de 14 à 16 ans, ce qui diffère avec les diverses campagnes vues précédemment. En

seconde position, elle ciblera les jeunes consommateurs eux-mêmes, les professionnels médico-sociaux ou encore les intervenants éducatifs et sportifs au contact des jeunes. La campagne a été faite via les médias classiques (radio, internet, télévision) et proposait trois spots différents (alcool, jeux vidéo, cannabis). Ces CJC accueillent maintenant les jeunes de 12 ans à 25 ans gratuitement pour parler de leur consommation.

Les spots insistaient sur la place que peut prendre le dialogue entre les jeunes et leurs parents concernant les conduites addictives. On recherche à parler aux jeunes par différents moyens tout en utilisant les systèmes de communications les plus récents. La prévention s'adapte à la génération. (38)

5) Alcool info service et Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

Le site jeunes.alcool-info-service.fr émane de Santé Publique France. C'est une page web avec un espace destiné aux jeunes concernant la consommation d'alcool.

Celui-ci présente en premier lieu un forum de discussion. C'est un espace interactif où l'on peut créer une discussion, où l'on peut lire des discussions ou répondre à des discussions. L'idée est de laisser les jeunes entre eux pour parler de ces sujets. Il y a deux forums majeurs : un forum où les jeunes parlent de leur propre consommation et un forum où les jeunes parlent de la consommation de leur(s) proche(s).

Ainsi, dès qu'une personne met un message sur le site, un modérateur est présent pour lui répondre et lui apporter des solutions. Les jeunes peuvent aussi se répondre entre eux et se prodiguer des conseils entre eux. Il existe une rubrique témoignages où les jeunes peuvent raconter leur expérience à l'alcool.

Une rubrique de contacts apparaît sur cet espace. Celle-ci propose de contacter des personnes par divers moyens afin de parler de consommation ou d'autres sujets. On peut contacter des personnes y travaillant soit par chat soit par appel téléphonique. Cette rubrique nous donne également des contacts/ adresses utiles que ce soit en France métropolitaine ou dans les DOM-TOM.

Cet espace propose ensuite une rubrique « vrai/faux » afin d'éclairer les jeunes et de les guider sur leurs connaissances. Enfin, cet espace nous donne un lien d'accès aux CJC comme vu précédemment. (39)

Ce site destiné aux jeunes a vocation à faire de la prévention et à les renseigner le plus complètement possible. Entre pairs, les jeunes peuvent se sentir plus en confiance afin de libérer leur parole et exposer leurs soucis. Il existe une association, l'ANPAA qui a vocation à sensibiliser les jeunes tout comme le fait alcool-info-service. Cette association intervient auprès des milieux scolaires et étudiants « à chaud ». Par exemple, elle va faire des maraudes de distribution d'éthylotests à la sortie des boîtes de nuit en faisant de la prévention. Elle essaye le plus possible d'éviter les dommages que peut causer l'alcool. Cette association sur le terrain peut aussi donner des conseils pour les gestes de premiers secours. Elle vient au plus près des jeunes pour faire de la prévention. (40)

Les politiques de prévention sont de plus en plus nombreuses au cours des années tout comme les politiques de lutte contre l'alcoolisme. On voit que les populations sont de plus en plus ciblées et en particulier les jeunes générations. Les campagnes dans un premier temps basées sur les risques font preuve maintenant de pédagogie. Les canaux utilisés sont de plus en plus adaptés à la jeune génération (télévision, internet) comparé aux années 1980. Ainsi les jeunes seront plus impactés par ces campagnes de prévention. Ces campagnes visent également à limiter les coûts engendrés par les hospitalisations attribuables à l'alcool qui s'élevaient à 2,64 milliards d'euros sur l'année 2012, soit 3,6% des dépenses hospitalières. Les taxes sur l'alcool ne couvrent pas les dépenses de santé liées à sa consommation, ce qui pèse sur les finances.(41)

C) Évolution des consommations d'alcool chez les jeunes

En France et comparativement aux autres pays européens, l'expérimentation de l'alcool est marquée à 13 ans. En effet, 49% des jeunes ont déjà expérimenté l'alcool à cet âge en 2019. C'est 1,5 fois plus élevé que la moyenne européenne qui est de 34%.

L'âge moyen de la première consommation d'alcool est de 13,3 ans chez les jeunes hommes et de 13,5 ans chez les jeunes femmes, ce qui est sensiblement égal. (42)

Cette consommation est souvent associée à un événement festif de type familial ou amical.

1) Usage de l'alcool chez les jeunes de 11 à 25 ans

Produit	Usage	Âge	Ensemble		Garçons		Filles	
			France	Moyenne Europe	France	Moyenne Europe	France	Moyenne Europe
Tabac	Expérimentation	11 ans	4,1	3,4	6,4	> 4,5	1,9	2,3
	Expérimentation	13 ans	14	> 11	16	> 12	13	> 10
	Expérimentation	16 ans	45	> 41	46	> 43	44	> 40
	Usage dans le mois		22	20	21	20	22	20
	Usage quotidien (au moins 1 cig./jour)	16 ans	12	10	12	10	11	10
E-cigarette	Expérimentation	16 ans	46	> 40	53	> 46	43	> 34
	Usage dans le mois	16 ans	16	14	20	> 16	13	11
Alcool	Expérimentation	11 ans	32	> 15	39	> 20	25	> 11
	Expérimentation	13 ans	49	> 34	54	> 36	43	> 31
	Expérimentation	16 ans	80	79	80	79	81	78
	Usage dans le mois		53	> 47	54	> 47	52	> 46
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Usage dans le mois	16 ans	34	34	36	36	32	33
Cannabis	Expérimentation	16 ans	23	> 16	26	> 18	20	> 13
	Usage dans le mois		13	> 7,1	16	> 8,5	11	> 5,8
Autres drogues illicites	Expérimentation	16 ans	6,1	> 4,8	6,6	5,4	5,5	4,3

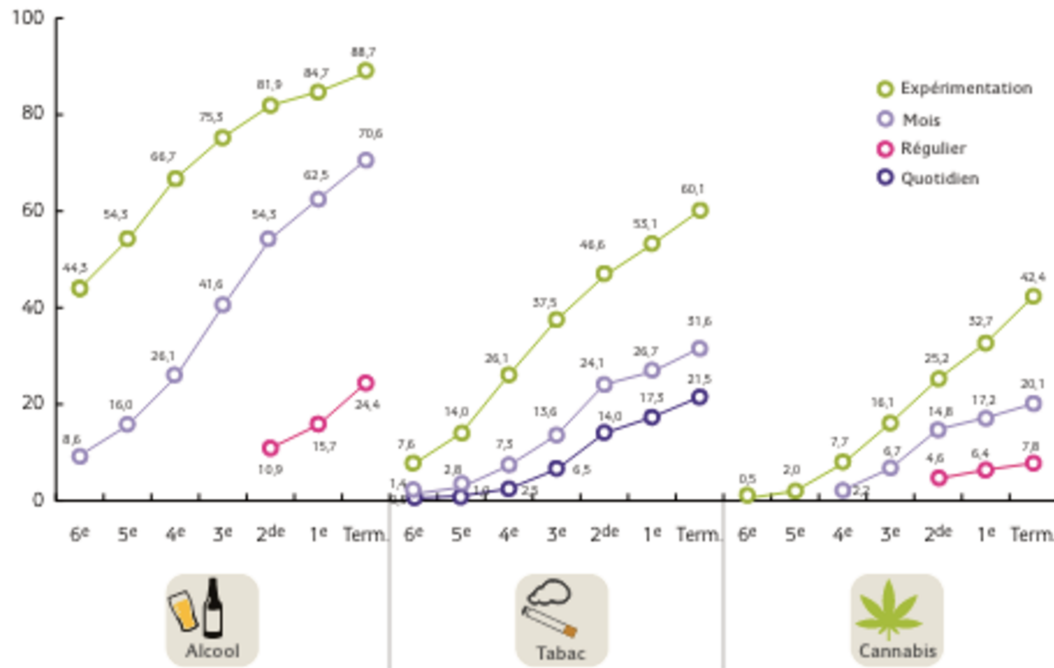
Tableau 3 : Niveau d'usage des substances psychoactives à 11, 13 et 16 ans en fonction du sexe en 2018/2019 en Europe

En 2018/2019 selon l'Enquête Nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) de 2019 se basant sur l'étude HSBC 2018 et ESPAD 2019, on note que pour l'âge de 11, 13 ou 16 ans, la consommation d'alcool touche plus de jeunes français que de jeunes européens. On remarque qu'à l'âge de 11 ans, 32% des jeunes ont déjà expérimenté l'alcool. Ce chiffre s'envole pour les jeunes de 16 ans, passant à 53%.

On constate donc qu'en 5 ans (entre 11 ans et 16 ans), c'est presque 20% de jeunes qui expérimentent l'alcool. (43)

On peut ainsi élargir l'observation aux collégiens et lycéens en général.

Figure 1. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 (en %)



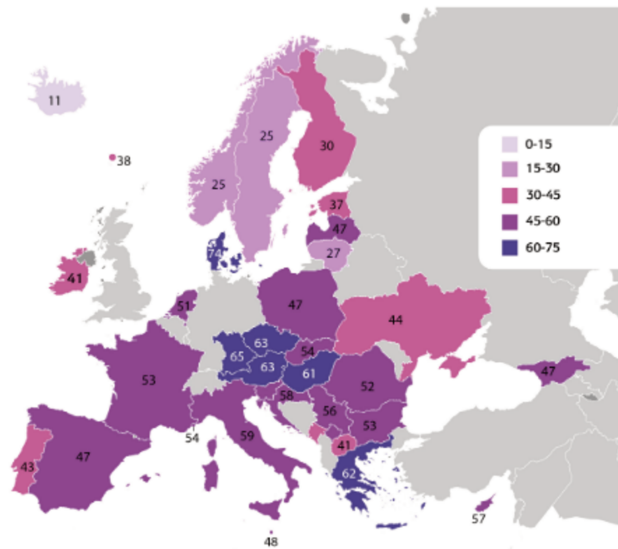
Source : EnCLASS 2018

Image 6 : Usage d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 en France

Avec presque 6 collégiens sur 10 déclarant avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, l'alcool est la première substance expérimentée par les jeunes. Selon cette étude d'EnCLASS de 2018, 78% des élèves en 3^e déclarent déjà avoir consommé de l'alcool, avec un collégien sur 6 qui admet déjà avoir connu l'ébriété.

On voit que l'expérimentation se fait tout au long des années collège et lycée pour atteindre plus de 88% de jeunes qui ont expérimenté l'alcool en fin de lycée. La consommation régulière elle n'est visiblement pas présente durant ces années. A noter qu'il existe une part de consommateurs réguliers au lycée qui oscille entre 10,9% en classe de seconde et 24,4% en terminale. (44)

Prenons ainsi un âge moyen c'est-à-dire 16 ans et observons les chiffres qui en sont attachés.



Sources : ESPAD 1999, ESPAD 2019, exploitation OFDT

Image 7 : Niveau des usages d’alcool au cours du mois à 16 ans en 2019

Chez ces adolescents français de 16 ans, 53% ont consommé de l’alcool au cours du mois de l’enquête dans l’enquête EnCLASS de 2019. Il est un des plus élevé en Europe (moyenne de 47%), avec les Croates, les Italiens ou encore les Hongrois. Ce chiffre était de 47% en 1999. On note ici un pourcentage de consommation d’alcool au cours d’un mois donné plus élevé chez les jeunes de 16 ans en France, comparé aux jeunes Européens. (45)

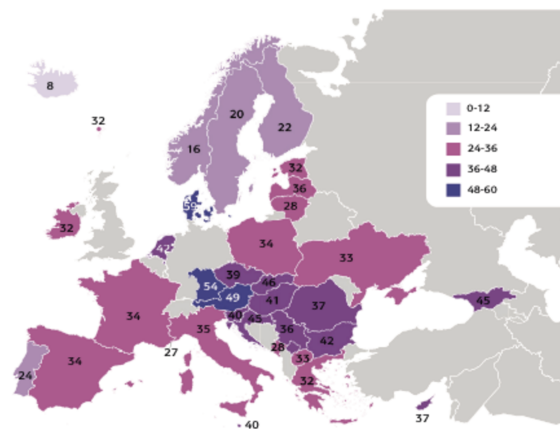


Image 8 : Niveaux d’alcoolisations ponctuelles importantes (API) à 16 ans au cours du mois en 2019 en Europe

Concernant l’alcoolisation ponctuelle importante (API), la situation selon l’étude EnCLASS apparaît stable depuis 20 ans et la moyenne française équivaut à la moyenne Européenne à savoir 34% au cours du mois de l’étude chez des jeunes de 16 ans.

L'alcool devance le tabac au niveau de la consommation chez les jeunes que ce soit en France ou en Europe. Le phénomène est européen. A 16 ans, 80% des jeunes rapportent avoir consommé au moins une fois de l'alcool au cours de leur vie. (43)

On peut se demander alors ce qu'il est du côté des consommateurs uniquement au lycée.

Produit	Usage	Ensemble			Garçons	Filles
		2015	2018		2018	2018
Tabac	Expérimentation cigarettes	60,9	53,0	↘	52,7	= 53,2
	Usage de cigarettes dans le mois	32,8	27,3	↘	27,0	= 27,7
	Usage quotidien de cigarettes	23,2	17,5	↘	17,5	= 17,4
	Expérimentation chicha	47,8	41,7	↘	47,4	> 36,2
E-cigarette	Expérimentation	35,1	52,1	↗	57,2	> 47,1
	Usage dans le mois	10,0	16,6	↗	20,1	> 13,2
Alcool	Expérimentation	86,6	85,0	→	85,4	= 84,5
	Usage dans l'année	79,2	77,3	→	77,9	= 76,8
	Usage dans le mois	63,9	62,1	→	64,5	> 59,8
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	14,8	16,7	→	22,3	> 11,3
Ivresse	Expérimentation	50,5	49,5	→	53,4	> 45,8
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Dans le mois	41,5	43,2	→	48,1	> 38,3
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	16,0	16,8	→	21,0	> 12,7
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	2,7	3,7	→	5,2	> 2,2
Cannabis	Expérimentation	44,0	33,1	↘	36,3	> 30,0
	Usage dans l'année	35,9	26,5	↘	29,1	> 24,0
	Usage dans le mois	22,6	17,3	↘	19,7	> 14,9
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	7,7	6,2	→	8,2	> 4,2
Autre drogue illicite	Expérimentation	9,3	8,1	→	8,4	= 7,8

= : Écart statistiquement non significatif entre filles et garçons ; > : Les garçons consomment plus que les filles
 → : Écart statistiquement non significatif entre 2015 et 2018 ; ↘ : les usages baissent ou ↗ augmentent entre 2015 et 2018
 Sources : ESPAD 2015 et EnCLASS 2018

Tableau 4 : Consommation d'alcool des lycéens en 2018.

L'expérimentation de l'ivresse explose chez les lycéens comparés aux collégiens. En effet, environ 1 sur 2 déclare avoir connu d'état d'ébriété (49,5%) en 2018 selon l'étude EnCLASS. C'est légèrement moins qu'en 2015 avec une baisse de 1%.

L'API, quant à elle, connaît une augmentation, que la consommation ait lieu dans le mois, 3 fois dans le mois ou 10 fois dans le mois entre 2015 et 2018 pour les lycéens.

En revanche, l'usage de l'alcool chez les lycéens connaît une légère baisse entre 2015 et 2018, que ce soit au niveau des expérimentations, de l'usage dans l'année, de l'usage dans le mois ou de l'usage régulier.

On peut suite à ces premières comparaisons, regarder l'évolution des consommations depuis quelques années chez les jeunes.

2) Évolution des consommations sur plusieurs années chez les jeunes de 11 à 25 ans

Produit	Ensemble	Ensemble		Garçons	Filles
	2014	2018		2018	2018
Alcool	64,4	60,0	*	63,6	> 56,3
Ivresse	13,4	9,3	↘	10,5	> 8,0
Tabac	27,8	21,2	↘	23,5	> 18,8
Cannabis	9,8	6,7	↘	7,8	> 5,5

Tableau 5 : Comparaison des consommations d'alcool chez les collégiens entre 2014 et 2018

Chez les collégiens, selon l'étude EnCLASS de 2018 se basant sur les enquêtes HSBC et ESPAD, l'expérimentation de l'alcool a diminué entre 2014 et 2018, passant de 64,4% à 60%. De même, l'expérimentation de l'ivresse connaît une baisse entre de 2014 et 2018 passant de 13,4% à 9,3% chez les collégiens. (44)

A noter qu'il existe une disparité entre les garçons (plus expérimentateurs) et les filles.

On peut ainsi regarder à 16 ans qui est un âge moyen, ce qu'il en est de l'évolution des consommations.

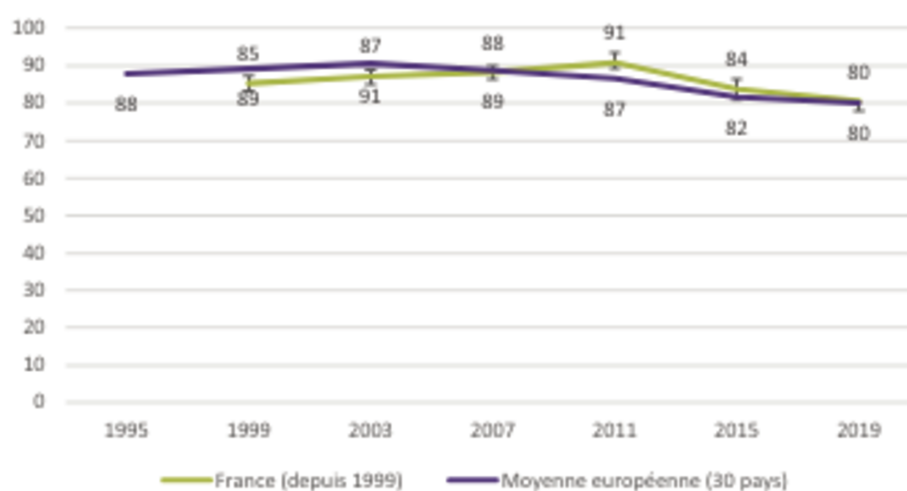


Image 9 : Expérimentation de l'alcool à 16 ans en Europe entre 1995 et 2019

80% des Français âgés de 16 ans ont déjà fait usage d'alcool en 2019 selon l'enquête ESPAD report. Cela se situe dans la moyenne européenne qui est également de 80%. On observe sur ce graphique une baisse d'usage d'alcool à 16 ans, passant de 89% en 1999 à 80% en 2019. Cela représente 9% de moins en l'espace de 20 ans. La tendance à la baisse se discerne également en Europe où la courbe suit sensiblement la même évolution. (46)

De même que l'expérimentation, on peut regarder l'évolution des API chez les jeunes de 16 ans.

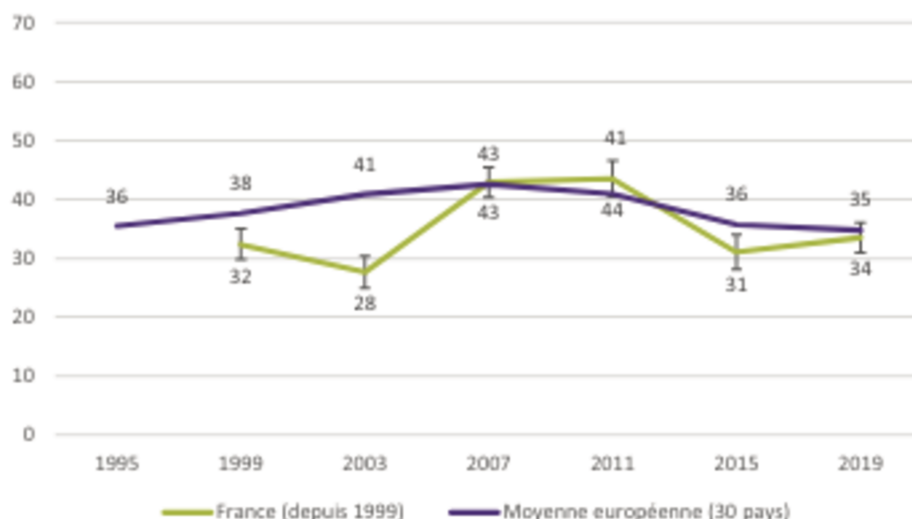


Image 10 : Évolution des API à 16 ans en Europe entre 1995 et 2019

Les API (consommation d'au moins 5 verres lors d'une même soirée) chez les jeunes de 16 ans concernaient 32% des Français de 16 ans en 1999. 20 ans plus tard, cela concerne 34% d'entre eux, soit une augmentation de 2% en 20 ans selon l'enquête ESPAD report. Bien qu'une légère augmentation soit observée, elle est à nuancer car un pic d'API a été observé en 2007 avec 43% de jeunes qui l'ont connu. Depuis, cette tendance est à la baisse. (46)

A la fin du lycée, environ 9 étudiants sur 10 ont déjà consommé de l'alcool (88,7%). Près de la moitié d'entre eux reconnaissent avoir connu un état d'ébriété (49,5%) et les API concernent 52,2 % d'entre eux en classe de terminale. (47)

L'API est en forte augmentation au lycée. En effet, celle-ci concerne 36,4% des élèves de seconde et grimpe à 52,2% pour les élèves de terminale.

Au niveau de l'achat de l'alcool, les lycéens déclarent pour 40,6% d'entre eux avoir déjà acheté de l'alcool dans un magasin malgré les interdictions en vigueur pour les moins de 18 ans, tout comme 56,9% qui ont déjà commandé un verre dans un bar. (47)

On peut ensuite regarder l'évolution des consommations après le lycée, de 18 ans à 25 ans.

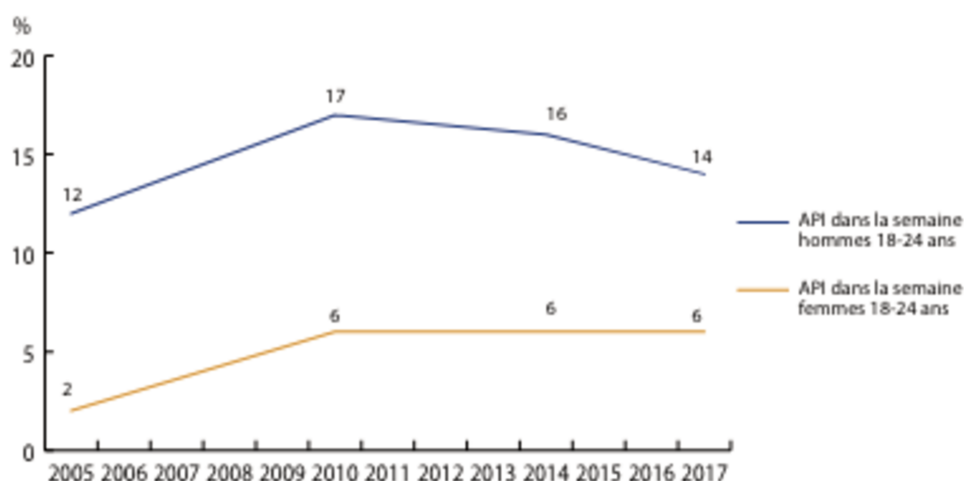


Image 11 : Prise d'au moins 6 verres lors d'une même occasion chez les jeunes de 18 à 24 ans en France entre 2005 et 2017

Selon cette étude de Santé publique France, on observe ces dernières années une baisse de consommation lors des occasions chez les jeunes hommes, en France, passant de 17% en 2009 à 14% en 2017. Chez les jeunes femmes, cette tendance semble se stabiliser et stagne à 6% entre 2009 et 2017. On constate donc une légère baisse mais ces chiffres sont tout de même plus hauts qu'en 2005, on observait alors 12% chez les hommes et 2% chez les femmes, soit un écart respectif de +2% et +4%. (48)

Chez les 18-25 ans, 34% ont connu l'été d'ébriété durant l'année 2008.

Concernant le contexte, les consommations des jeunes en semaine sont rares. Ils consomment davantage le week-end entre amis, lors d'évènements ou encore avec leurs parents au domicile. Les débits de boissons tels que les bars sont également cités. Globalement, l'usage d'alcool a plutôt lieu dans un contexte festif. (42)

3) Conclusion

Pour conclure, en 2017, 86,5% des Français entre 18 ans et 75 ans déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. 40% d'entre eux disent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine. Les API concernaient en 2017 en moyenne 35,2% de Français.

Les jeunes consomment globalement moins que les adultes. En revanche, même si cette consommation globale est moindre, ils consomment des quantités plus importantes en une fois lorsqu'ils font usage de l'alcool. Au cours des 12 derniers mois, 54,1% des 18-24 ans reconnaissent avoir au moins une API. C'est presque 20 points de plus par rapport à la population française.

A titre comparatif, seulement 2,3% des 18-25 ans en 2017 consommaient de l'alcool quotidiennement. (49)

Les API s'enracinent durant les années lycées et se confirment après le lycée. Les causes en sont multiples : culturelles, évolution des normes parentales, sensibilisation et prévention.

En 2010, selon l'enquête HBSC, 59% des jeunes de 11 ans ainsi que 83% des jeunes ayant 15 ans ont déjà consommé de l'alcool. Avec les études disponibles, il ne semble pas y avoir d'augmentation d'épisode d'ivresse chez les moins de 15 ans. On observe cependant une augmentation au fur et à mesure des années en ce qui concerne les 16 ans et plus ayant connu au moins 3 épisodes d'ivresse au cours d'une année, cela concernait 25,6% des jeunes en 2008 et 27,8% en 2011. (50)

La question se pose néanmoins sur l'approvisionnement en alcool des moins de 18 ans, malgré l'interdiction de vente aux mineurs avec la loi HPST de 2009. Cette loi apparaît insuffisamment respectée. (49)

On observe donc une tendance à la baisse de la consommation d'alcool chez les jeunes de 11 à 25 ans en France ces dernières années, avec à contrario un enracinement des API chez les plus âgés d'entre eux.

Cette inversion des courbes de consommation est notable aux alentours de l'année 2009 ce qui concorde avec la parution de la loi HPST. Les politiques de prévention ainsi que les campagnes publicitaires ont leur rôle à jouer dans cette inversion des courbes. Même si des progrès sont réalisés au fur et à mesure des années, la France reste sur le podium des jeunes de 16 ans consommant le plus d'alcool comme vu précédemment. Il reste donc des pistes et des objectifs à atteindre afin de tendre vers cette moyenne européenne. Il est important de rappeler, comme vu précédemment que l'alcool cause des dommages sur la santé et en particulier celle des jeunes

notamment sur le système nerveux ou encore le système digestif. Comme vu précédemment, il peut perturber le développement sexuel et peut exercer une influence sur le début et la progression de la puberté. Les politiques de santé axées sur la prévention se développent et s'adaptent aux jeunes générations en étant maintenant présentes sur internet ou encore sur les réseaux sociaux.

Partie 3 : Le tabac : actions et effets sur la santé, principales politiques de prévention et évolution des consommations en France

La majorité des fumeurs sont dépendants de la nicotine délivrée par la cigarette. Historiquement, le tabac était utilisé dans certaines cultures pour honorer des cérémonies traditionnelles mais son usage était peu fréquent dans la population générale. C'est lors du XX^e siècle et de la fabrication automatisée que l'usage de tabac a fortement augmenté. Ce n'est que plusieurs décennies plus tard que la relation entre l'usage de tabac et l'augmentation de la prévalence des maladies a été établie. (51)

Selon le rapport de l'OMS de 2015, 28% de la population européenne fume des produits issus du tabac. Lors de l'exposition à la fumée de tabac, qu'elle soit active ou passive, les risques de développer des maladies respiratoires ou cardiovasculaires augmentent.

Le tabac est à l'heure actuelle une des premières causes de décès dans le monde. Au XX^e siècle, celui-ci a entraîné pas moins de 100 millions de décès et ce chiffre ne cesse de croître. Les cigarettes de tabac contiennent plus de 5000 produits chimiques, on y retrouve par exemple du goudron, du monoxyde de carbone, des nitrosamines, des composés organiques volatils (COV), de la nicotine ou encore des hydrocarbures aromatiques. Il est prouvé que ces substances provoquent des effets négatifs sur le corps humain notamment à cause des effets engendrés par le stress oxydatif (remodelage des voies respiratoires ou encore réponse inflammatoire).

En 2019, l'OMS déclare que le tabac tue jusqu'à la moitié de ses utilisateurs soit 8 millions de personnes chaque année dont 7 millions par usage direct et 1 million par usage indirect (non-fumeurs donc le tabagisme passif). Au niveau mondial, selon l'OMS, la consommation de tabac est passée de 1,397 milliard de fumeurs en 2000 à 1,337 milliard de fumeurs en 2018. Alors que des progrès interviennent sur le tabac, d'autres produits émergent tels que les produits pour pipe à eau (chicha) ou la cigarette électronique en particulier chez les jeunes générations.

La baisse du nombre de fumeurs s'explique par la non-comptabilisation comme fumeur de tabac, des personnes fumant la chicha ou la cigarette électronique et la réputation d'innocuité de ces derniers produits (même si certains peuvent constituer une étape intermédiaire vers le sevrage tabagique). (52)

A) Actions et effets du tabac sur la santé

1) Effets du tabac sur le risque de cancers

L'usage de tabac augmente tous types histologiques de cancer du poumon tels que le carcinome épidermoïde, l'adénocarcinome, le carcinome à petites cellules ou encore le carcinome à grandes cellules.

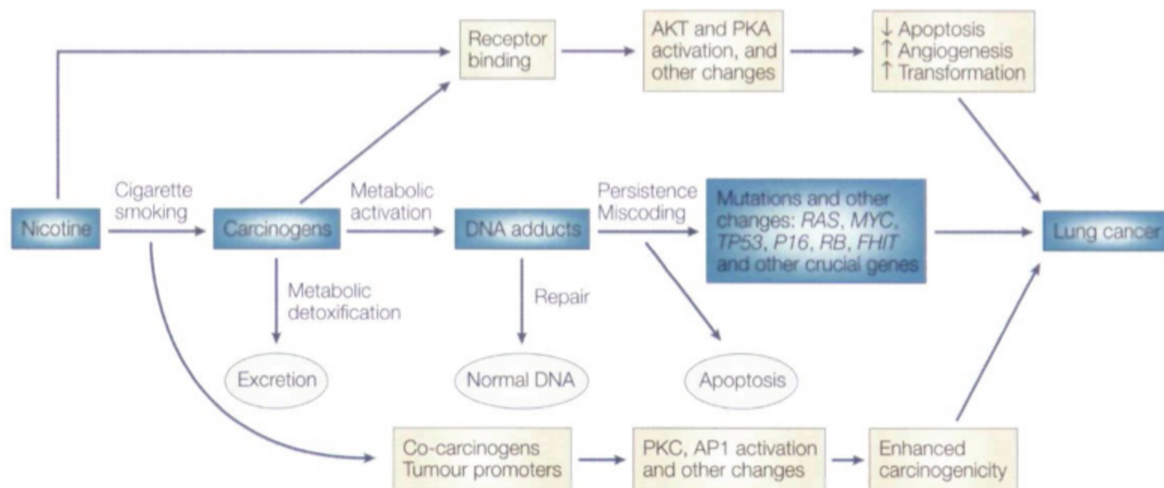


Image 12 : Relation entre la dépendance nicotinique et le cancer du poumon (53)

Le cancer pulmonaire est aujourd'hui un des plus évoqués lorsque l'on parle de cancer induit par le tabac. La consommation continue de tabac et donc de nicotine entraîne une dépendance et donc une exposition continue aux agents carcinogènes. Ils peuvent à leur tour être métaboliquement activés et réagir avec l'ADN (Acide Desoxyribonucléique). S'en suit alors soit une réparation de l'ADN (dans ce cas, rien n'est perturbé), soit un endommagement de l'ADN. On observera alors une mutation permanente dans la séquence d'ADN. Si ces mutations interviennent sur des régions particulières avec des gènes cruciaux, comme les gènes suppresseurs de tumeurs, cela entraîne la multiplication anarchique de cellules et le développement tumoral. En découle également une réduction de l'apoptose ou une activation des oncogènes.

La consommation de tabac est en lien étroit également avec le cancer de la cavité buccale et en continuité avec le cancer du larynx, de l'oropharynx ou encore de l'œsophage. Il augmentera les risques de cancer de l'estomac, du foie, du pancréas. Au niveau génital et urinaire, il accroît les risques de développer des carcinomes à cellules transitionnelles de la vessie, de l'uretère,

du bassinot, des reins ou encore des carcinomes épidermoïdes du col de l'utérus. La prévalence des cancers rectaux augmente, ainsi que les leucémies myéloïdes. En parallèle de l'induction de cancers, c'est toute la chaîne des voies de métabolisations qui se voit perturbée ainsi que les voies de transmissions des signaux ou encore les complexes protéiques.

Plus de 60 carcinogènes sont aujourd'hui connus dans le tabac de cigarette. Dans chaque cigarette, on retrouve environ 1 à 3 mg d'agents carcinogènes, ce qui vaut environ la quantité de nicotine (0,5 à 1,5 mg). (53)

2) Actions sur le système endothélial

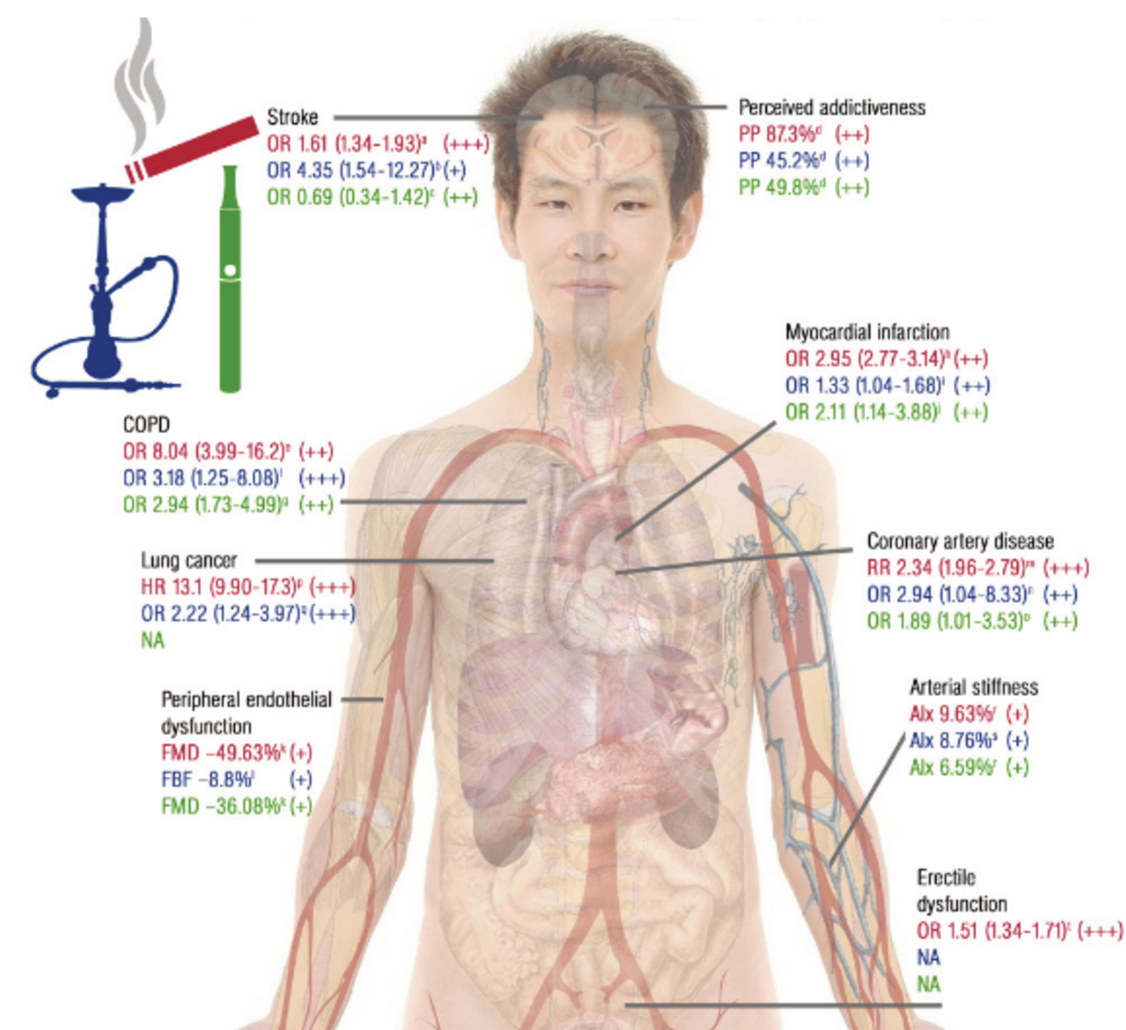


Image 13 : Ensemble des risques vasculaires induits par l'usage de tabac (54)

Le tabac cause des dommages au niveau de l'endothélium. En effet, celui-ci est impliqué dans la régulation du tonus vasculaire, de l'inflammation, de la croissance vasculaire, de la

coagulation ou encore de l'agrégation plaquettaire. Tout cela sera altéré avec la consommation de tabac.

L'endothélium a pour rôle de produire des vasodilatateurs qui ont des propriétés anti-athérosclérotiques et anti-agrégantes, on peut par exemple citer l'acide nitrique (NO) ou encore la prostacycline. On observera alors une altération des voies biochimiques qui conduira à une dysfonction endothéliale s'accompagnant d'un stress oxydatif vasculaire et cérébral. Cela va mener à des pathologies telles que les maladies coronariennes, à des dysfonctions érectiles chez l'homme ou encore à long terme à l'athérosclérose. Outre le tabagisme, les dysfonctions endothéliales peuvent également provenir d'autres facteurs, à savoir l'âge, le diabète sucré, l'hyperlipidémie, la prédisposition génétique ou encore l'hypertension artérielle.

De même, l'usage de tabac a été mis en cause avec un ensemble de preuves indéniables pour les maladies coronariennes, pour l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), dans l'insuffisance cardiaque et plus généralement dans la mortalité cardiovasculaire.

Que ce soit sur le court ou long terme, c'est presque l'ensemble du système cardiovasculaire qui sera touché par la consommation de tabac comme en témoigne le schéma ci-dessus. (54)

3) Effets sur le système nerveux central

La nicotine contenue dans la cigarette de tabac est la substance de la dépendance. La majorité des utilisateurs en seront dépendants. Elle provoque une neuro-adaptation et vient perturber les mécanismes psychologiques. La nicotine est délivrée rapidement et le sevrage peut entraîner un syndrome de sevrage qui se manifeste par de l'irritabilité, une humeur changeante, de l'anxiété, une augmentation de l'appétit, des insomnies, des difficultés de concentration ou encore de l'agitation.

En outre, la nicotine est responsable de l'usage répété du tabac malgré les méfaits connus.

Il est prouvé que l'exposition des enfants à la fumée de tabac n'est pas sans risque et est en lien avec le développement de maladies pulmonaires ou respiratoires, de troubles cognitifs ou encore de la mort subite du nourrisson. La plupart des fumeurs commencent à fumer à l'adolescence, en effet, ils sont 90% à débiter leur consommation entre l'âge de 15 ans et 25 ans.

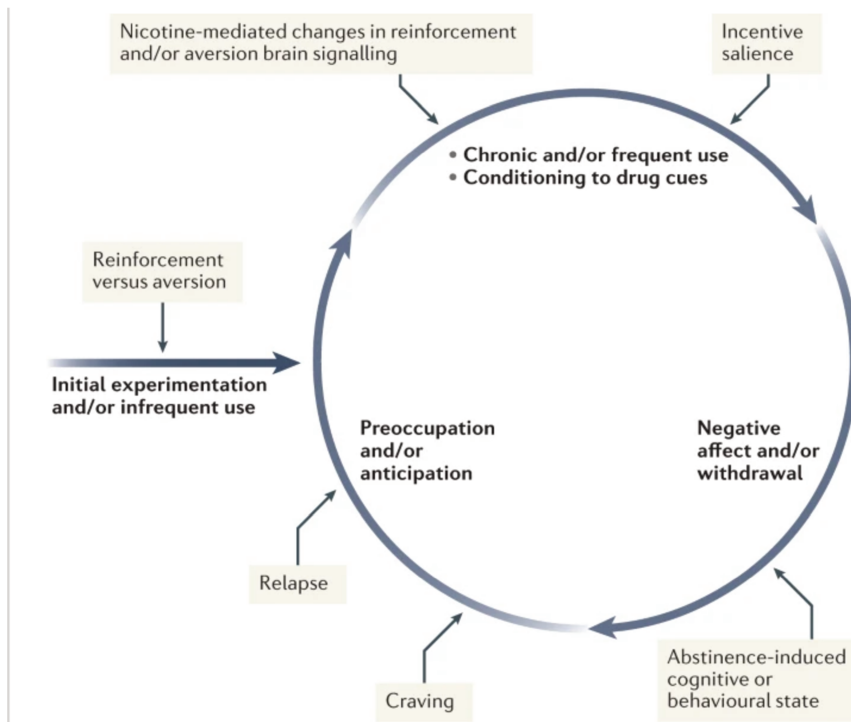


Image 14 : Cycle du tabac et de la nicotine (51)

La nicotine va agir comme un agoniste des récepteurs nicotiniques qui se trouvent au niveau du cerveau et du système nerveux périphérique. On observe une perturbation du système de récompense attribuée à la voie mésolimbique qui est composée de neurones dopaminergiques. L'administration de nicotine aura pour effet d'augmenter le niveau de dopamine en augmentant le déclenchement des neurones dopaminergiques. L'addiction s'installe et la personne qui consomme du tabac va entrer dans une boucle comme indiqué sur le schéma précédent. Cette dépendance peut être évaluée par le test de Fagerström qui teste la dépendance à la nicotine en un court questionnaire de 6 questions. Le score >4 sur 6 points indiquera une dépendance modérée à élevée. Il existe également des variations génétiques, en particulier des variations alléliques qui prédisposent plus certains individus à être dépendants de la nicotine, c'est le cas par exemple des personnes ayant une variabilité allélique sur le CYP2A6 (qui est très polymorphe) : la nicotine subit un métabolisme lent entraînant une moindre consommation de celle-ci ainsi que des symptômes de sevrages moins graves. Ces personnes auront moins de mal à arrêter de fumer. (51)

4) Le tabac et les altérations cognitives

Les atteintes cognitives liées à l'usage du tabac sont évaluées par des tests, en particulier le test *Delay discounting task*. Lors du test, le participant doit choisir entre une récompense minime à modérée délivrée immédiatement ou une récompense plus conséquente après un certain délai. Dans la plupart des cas, c'est la récompense minime à court terme qui sera choisie. Ces résultats sont transposés à la consommation de tabac sous forme de cigarettes : les personnes participant au test préféreront peu de cigarette dans l'immédiat que plus de cigarette dans un certain délai. On y observe alors l'impulsivité des personnes ayant recouru au tabac qui est croissante. Chez les personnes dépendantes du tabac, on observe une stimulation de l'attention visuelle après la prise d'une cigarette. Il en est de même pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de schizophrénie même si certaines études peuvent encore être controversées. Il en résulte également une amélioration du temps de réaction chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson après administration de nicotine.

Sur le long terme, la consommation de tabac et de nicotine induit un effet négatif sur la mémoire et sur les vitesses de traitement des informations. On observe une perturbation des troubles cognitifs des fumeurs par rapport aux non-fumeurs. De plus, on observe une perturbation dans la mémoire verbale et visuelle et dans les fonctions exécutives.

Par ailleurs, la consommation de tabac est associée à un risque accru de développer la maladie d'Alzheimer et à un risque non négligeable de démence vasculaire. (55)

Les prises de décisions interviennent dans certaines régions cérébrales qui seront complètement matures à la troisième décennie de la vie humaine. Le cerveau de l'adolescent est alors vulnérable car non complètement développé et lorsqu'il est exposé à des substances neurotoxiques, cela entraîne des changements neurodéveloppementaux qui auront un impact conséquent sur la vulnérabilité à l'addiction. (56)

5) Effets sur les affections bucco-dentaires

Le tabac augmente le risque de presque toutes les affections bucco-dentaires. En effet, le tabac est en lien avec une augmentation de la fréquence des cancers de la cavité buccale ainsi que du pharynx. Ce risque répond à une relation dose / réponse et sera majoré avec la consommation concomitante d'alcool. Parallèlement aux affections gingivales et parodontales, la diminution

du débit salivaire est constatée, ce qui favorise l'apparition de caries et donc de douleurs dentaires. Il a été démontré une forte corrélation entre la consommation de tabac et les maladies parodontales, avec en particulier une diminution de l'attachement épithélial et de la hauteur de l'os alvéolaire. Par conséquent, chez les fumeurs on observe un développement plus rapide de plaques de tartre.

De manière générale, la corrélation est établie entre l'usage de tabac et un état parodontal mauvais avec un soutien parodontal qui se dégrade. La conséquence à terme sera la perte éventuelle de dents. Avec la fumée de cigarette, c'est également le biofilm de la plaque dentaire qui sera atteint et amoindri avec une augmentation d'enzymes et de cytokines inflammatoires. Le tabac diminue la capacité des cellules parodontales à se réparer comme les fibroblastes, les ostéoblastes ou les cémentoblastes ce qui complique la régénération des tissus.

Il est compliqué de savoir quel élément en particulier cause ces dommages dans la fumée de tabac, étant donné qu'elle est composée de nombreuses substances. La nicotine est responsable de ces dégâts, mais elle ne l'est pas seule. Il existe d'autres cytotoxiques dans le tabac avec des effets qui sont encore mal connus.

De même, chez les fumeurs, lors de traitements parodontaux, les succès des traitements sont moindres. Cela se rencontre également lors de greffes osseuses, lors de débridements, lors de chirurgies plastiques parodontales et lors de pose d'implants dentaires.

A savoir que les professionnels de chirurgie dentaire sont en retard dans les prescriptions de substituts nicotiques, alors que cela pourrait accompagner les patients voulant arrêter de fumer. (57)

B) Politiques de préventions menées en France concernant le tabac

Le tabagisme en France est très répandu. On estime qu'en 2019, 24% de la population entre 18 à 75 ans a recouru au tabac quotidiennement, ce qui n'est pas loin de 1 personne sur 4. (58)

La politique de lutte contre le tabac en France n'a pas été un processus continu. Contrairement celle relative à l'alcool, elle a connu des ralentissements, notamment à cause de contournements de la loi par les cafés et restaurants qui la respectaient à l'intérieur de leurs locaux, mais se sont mis à installer des terrasses presque fermées et chauffées dans leurs établissements pour permettre à leurs clients de poursuivre l'usage du tabac dans leurs établissements. Ces

commerces n'ont maintenant plus le droit de chauffer leurs espaces extérieurs depuis le décret n°2022-452 du 30 mars 2022.(59)

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que le politique commence à légiférer à ce sujet. La politique de lutte anti-tabac fût marquée en France par quatre lois datant de 1976, 1991, 2003 puis 2004. (60)

Des progrès sont à noter grâce aux politiques menées mais en 2015, 13% des décès survenus en France métropolitaine étaient encore attribuables au tabagisme. Ces politiques prennent donc du temps à avoir un impact sur la population. (61)

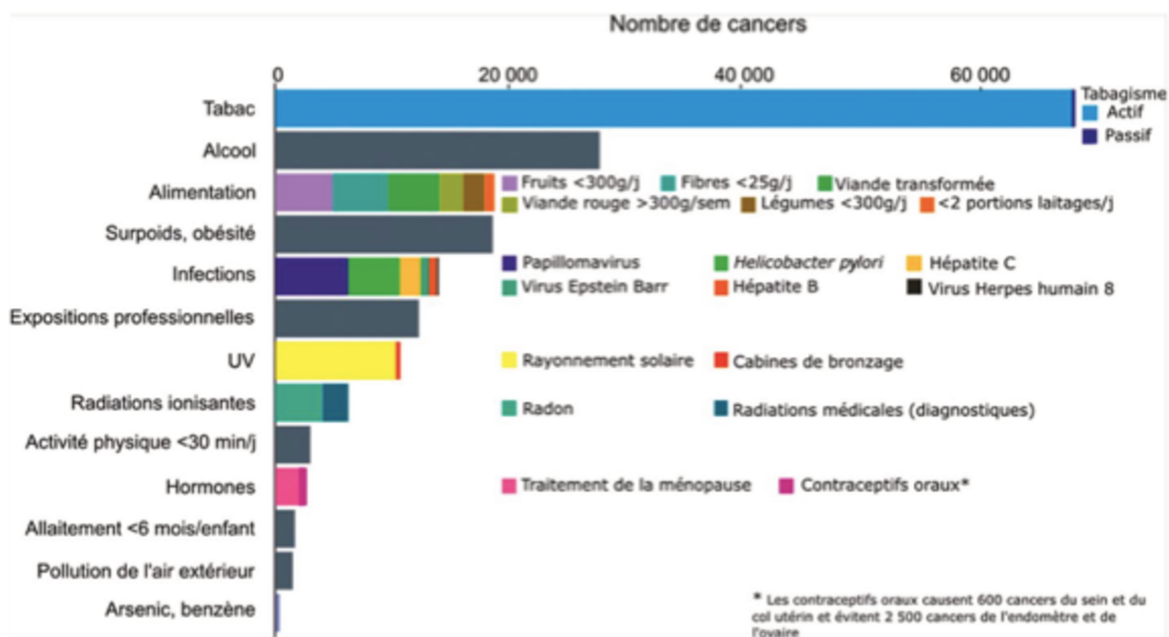


Image 15 : Nombre de nouveaux cas de cancers attribuables aux facteurs liés au mode de vie et à l'environnement chez l'adulte en France en 2015 (62)

En 2015, la Cour des comptes estime que plus de 60000 cancers par an en France sont attribuables à l'usage du tabac. Ce qui est très loin de tout autre facteur. Avec le tabagisme répandu, la France est le 6^e pays où la consommation est la plus importante, derrière la Grèce, la Russie, l'Indonésie, la Turquie et la Hongrie. (62)

1) Évolution de la législation

La première grande loi contre le tabagisme date de 1976. La loi Veil est le premier texte explicite visant à lutter contre le tabagisme qui se répand dans le monde entier. Celle-ci vise à encadrer la publicité et la propagande et prévoit une interdiction de fumer dans certains lieux

publics. La publicité sera interdite de manière générale à quelques exceptions fixées par arrêté ministériel. Pour exemple, elle sera autorisée dans les débits de tabacs. (5)

Cette loi oblige les fabricants à faire apparaître sur les paquets la mention « abus dangereux ». Elle a permis de stabiliser la progression de la consommation de tabac, qui était en progression jusqu'à cette date. A savoir que d'autres pays ont commencé ces restrictions avant la France, c'est le cas des Etats-Unis depuis 1965.

Vient ensuite la loi Évin, abordée dans la partie 2. Cette loi de janvier 1991 vise à réguler la consommation d'alcool mais également de tabac. Elle vise à changer en profondeur les normes sociales. À la suite de cette loi, une baisse des consommations est observée de manière générale. Elle vient renforcer le dispositif législatif. Elle propose d'abord une augmentation du prix des paquets de cigarettes qui ne va faire qu'évoluer. L'interdiction de fumer dans les lieux collectifs apparaît, sauf dans les lieux qui sont réservés aux fumeurs, qui sont eux-mêmes définis par décret.

Cette loi va plus loin dans l'interdiction de publicité que la loi Veil. Elle interdit la publicité directe mais également indirecte concernant les produits dérivés.

La distribution gratuite de cigarette sera interdite, tout comme les opérations de parrainages concernant ces produits.

Les associations de prévention de tabagisme sont autorisées à se constituer partie civile devant les tribunaux lors de procès sous certaines conditions.

Enfin, la vente de tabac est interdite pour tous les mineurs de moins de 16 ans.

En 2003 apparaît le plan cancer I du président Chirac qui sera détaillé par la suite.

En 2004, la loi de santé publique comportait deux objectifs qui étaient liés au tabac. Elle vise à réduire le nombre de fumeurs quotidiens, avec pour objectifs de baisser le nombre d'adolescents qui fument ainsi que de cibler certaines catégories socioprofessionnelles à plus forte prévalence. Cette loi a pour but d'imposer aux marques de mettre sur les paquets de cigarettes des avertissements sanitaires. Elle vient renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique qui sera bien plus conséquente en 2018.

Ensuite, nous avons le décret du 15 novembre 2006. Celui-ci va modifier la loi Évin et va amplifier l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Au-delà des lieux collectifs, l'interdiction de fumer va s'étendre à tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public,

et / ou constituant des lieux de travail. Cette interdiction s'appliquera aux établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun et dans l'ensemble des écoles, collèges, lycées qu'ils soient publics ou privés, en intérieur et en extérieur (cours d'écoles). Cela sera interdit également dans les lieux d'accueil, de formation ou d'hébergement de mineurs.

Depuis avril 2011, les paquets de cigarettes comportent des images chocs et en couleur. C'est le cas dans d'autres pays du monde, comme le Canada, le Royaume-Uni, la Belgique ou encore l'Australie. Les photos ont été proposées par l'Union Européenne. Depuis cette date, il figure sur les paquets les coordonnées de Tabac Info Service. La France n'est que le 39^e pays (60) à appliquer cette mesure.

En mai 2016 parait l'ordonnance n°2016-623, c'est celle qui mettra en place le paquet neutre. Elle impose une même couleur pour tous les paquets de cigarettes et de tabac à rouler, pour toutes les marques. Toutes ces marques doivent avoir les mêmes caractéristiques graphiques pour apposer leur nom de marque sur les paquets. Le texte et le visuel contenant des avertissements sanitaires doivent être présents sur au moins 65% du paquet contre 30 à 40% auparavant. (63)

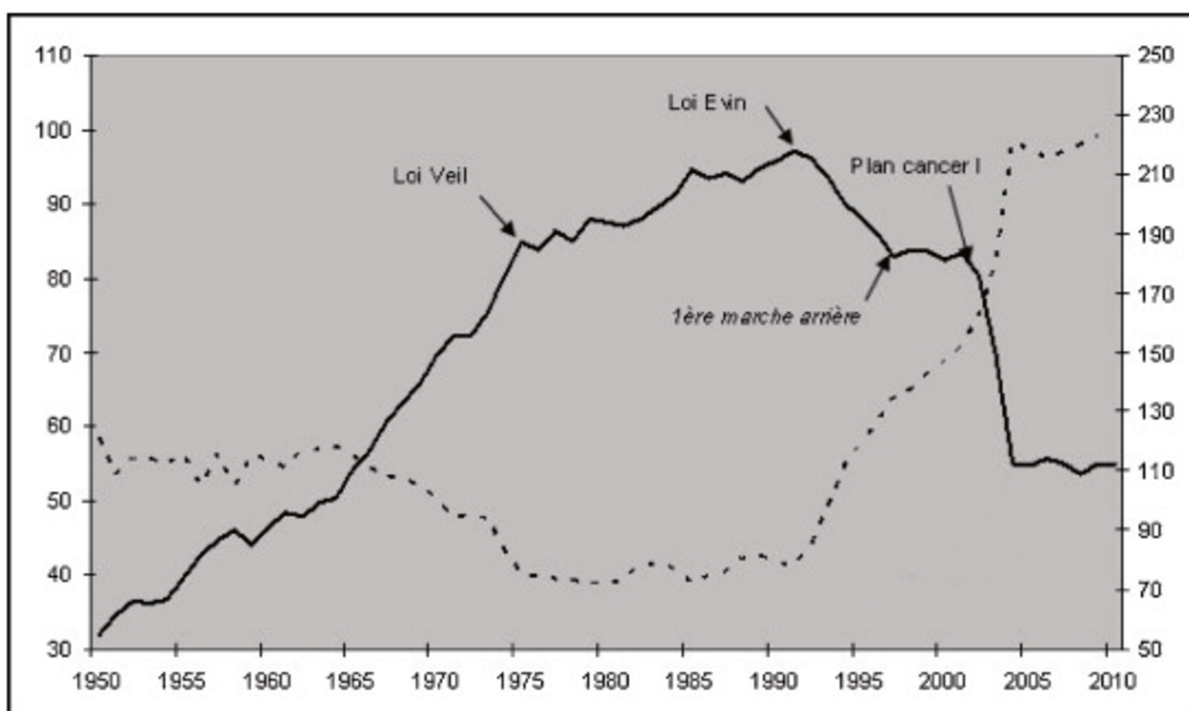


Image 16 : Évolution de la consommation de tabac en France en fonction des politiques de santé (en ligne pleine) et évolution du prix du paquet de cigarette (en pointillés) (60)

On observe qu'à la suite de ces mesures politiques, les premières années de restrictions n'ont pas été marquées par une baisse de la consommation. En revanche, à partir de la loi Évin, on assiste à une décroissance de l'usage du tabac en France dans la population générale. Le prix du paquet de tabac semble avoir un impact sur la consommation, on observe à première vue une diminution de la consommation.

2) Plans nationaux cancer

Bien que les cancers ne soient pas provoqués exclusivement par le tabac, ils peuvent se développer, comme vu précédemment, à cause du tabac en représentant une partie non négligeable des cancers en France. C'est ainsi qu'une prise de conscience collective est établie en 2003, en lançant le Plan cancer I, mené par le gouvernement Chirac.

« En 10 ans, il aura tué autant que la première guerre mondiale ».

Ce plan, imaginé en 2002 avait pour but à l'horizon 2007 de réduire la mortalité par cancer de 20%. Il est composé de 70 mesures. Celui-ci ne vise pas exclusivement les personnes concernées par le cancer. En effet, il aura pour objectif de toucher l'ensemble de notre système de santé, en passant par les patients, par leurs proches ainsi que par les équipes médicales et soignantes. Ce plan est élaboré sur 5 ans et comprend 6 chapitres prioritaires à savoir : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre / découvrir.

Calendrier de mise en œuvre du Plan Cancer					
	2003	2004	2005	2006	2007
PRÉVENTION DÉPISTAGE	Amélioration du système épidémiologique national				
	Mesures tabac	Mesures d'éducation à la santé			
	Dépistage du cancer du sein				
ORGANISATION DES SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET HUMAIN	Pôles régionaux		Programme personnalisé de soins		
	Réseau de cancérologie / (3C) / Programme personnalisé de soins				
	Consultation d'annonce				
	Agrément des structures				
	Développement des soins à domicile, HAD et soins de support				
	Renforcement IRM, scanner, TEP, radiothérapie				
	Accès aux innovations				
	Mesures sociales et aides à l'emploi				
	Site internet et n° vert cancer info service				
		Création	Définitif		
RECHERCHE FORMATION	Cancéropôles				
	Évolution de la formation médicale et soignante en cancérologie				
INCA	Création INCa		Programme de soins et de recherche de l'Institut		

Image 17 : Calendrier de mise en œuvre du Plan Cancer 2003-2007 (64)

En matière de prévention, ce plan vise à rattraper le retard accumulé lors des dernières années. Les mesures 4 à 12 visent particulièrement le tabac. En résumé, il faut accompagner les patients par des actions dites volontaristes. Il faut par ailleurs développer l'aide au sevrage. Un effort prioritaire est prévu sur les femmes enceintes et sur les jeunes (réduction de 30% du tabagisme chez les jeunes). Celui-ci prévoit d'appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs puis d'augmenter le prix de vente du tabac.

Ce plan prévoit le financement des actions qu'il vise, avec 100 millions d'euros dès 2003 pour atteindre 640 millions en 2007. Parmi les financements, on y retrouve la hausse du prix du tabac par exemple.

Catégories de dépenses (répartition à fin 2007)	%
Prévention et dépistage	13
Coordination des soins et accompagnement des patients	21
Mise à niveau des équipements et des services de soins	16
Accès aux traitements innovants	32
Recherche et formation	18
Total	100

Tableau 6 : Prévision des dépenses du plan cancer I de 2003 (64)

Cette prévision sur les dépenses se fait jusqu'à la fin du plan, en 2007. On y observe par exemple que sur l'ensemble du budget, 13% sera consacré à la prévention. La part la plus importante concerne l'accès aux traitements innovants avec 32% des dépenses.

Un « correspondant cancer » est désigné dans chaque agence régionale de l'hospitalisation. Ce plan sera suivi avec le soutien de Conseil National du Cancer (CNC) et celui-ci dressera un bilan annuel du plan cancer. Parallèlement, un dispositif d'évaluation de la politique publique mesurera l'impact du plan cancer en terme d'offre de soin, auprès des patients ou auprès des professionnels de santé. (64)

Dans la logique du plan cancer I, vient le plan cancer II de 2009. Celui-ci couvre la période 2009-2013 avec de nouveaux objectifs. Débuté sous la présidence de Nicolas Sarkozy, il s'inscrit dans la continuité du plan cancer I. Il comporte 5 axes, 30 mesures et 118 actions.

Parmi les axes, on retrouve la recherche, l'observation, la prévention / le dépistage, le soin et la vie pendant et après un cancer.

Tout comme le premier plan cancer, celui-ci dispose d'un plan de financement prévu sur 5 ans.

	Prévision
Recherche	95 287 000 €
Observation	12 241 000 €
Prévention - Dépistage	177 359 000 €
Soins	402 772 000 €
Vivre pendant et après un cancer	45 000 000 €
TOTAL	732 659 000 €

Tableau 7 : Prévision des dépenses du plan cancer II de 2009 (65)

La prévention prend une place grandissante avec 16% du budget qui lui est consacrée contre 13% dans le premier plan.

La mesure 10 de ce plan est entièrement consacrée au tabac. Elle nous indique dans un premier temps que les mesures prises lors du premier plan sont en partie atteintes. Avec 30% de fumeurs quotidiens, la France se trouve encore au-dessus des recommandations de l'OMS à savoir un maximum de 20%. L'objectif est donc de tendre vers 20% en 2013. Dans ce plan, l'Académie nationale de médecine recommande de continuer l'offensive sur le tabac, à savoir

l'augmentation du prix. Il est question de réduire les inégalités territoriales qui peuvent favoriser l'usage du tabac et de réduire les incitations à la consommation (en mettant en œuvre par exemple des avertissements sanitaires graphiques).

La publication de données sur le tabac devra être régulière avec un baromètre annuel, la vente de cigarettes sous forme de bonbon sera interdite et la vente du tabac sera interdite aux mineurs de 16 à 18 ans (autorisée auparavant aux 16-18 ans). (65)

Vient ensuite le troisième plan cancer de 2014-2019. Ce plan arrive dans un moment de fortes inégalités sociales avec en parallèle une accélération des progrès médicaux. La prévention prend une place centrale dans le système de santé. Le patient est le principal volontaire, il est impliqué dans les choix concernant sa santé, il est ainsi responsabilisé. A noter que ce plan intervient lors d'un contexte marqué également par des contraintes financières fortes.

Ce plan est fait de 17 objectifs, qui sont répartis en 4 grands thèmes, à savoir : guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, optimiser le pilotage et les organisations.

Concernant le tabac, l'objectif est d'augmenter le montant du forfait de l'aide à l'arrêt du tabac, c'est-à-dire tripler (de 50€ à 150€) la prise en charge pour les patients atteints de cancer. Ce forfait était déjà en place pour les jeunes de 20 à 30 ans, pour les femmes enceintes et pour les patients bénéficiant de l'ex CMU-C. L'arrêt du tabac doit être intégré dans les recommandations de traitement de tous les cancers. Les professionnels de santé doivent accompagner les personnes voulant arrêter de fumer et présenter les bénéfices ainsi que donner des repères aux patients.

L'attention sera portée sur les jeunes ayant eu des cancers pédiatriques, on mènera des actions spécifiques sur les risques liés à l'initiation au tabac.

Dans ce plan, on parle d'augmenter le prix du tabac qui serait la solution la plus efficace pour freiner l'usage du tabac, en particulier chez les jeunes (même si l'achat peut se faire à l'étranger). Les augmentations serviront à financer des programmes d'aides à la recherche sur le cancer ou encore à la prévention. (66)

Pour finir, nous arrivons à la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Ce plan est financé par un budget de 1,7 milliards d'euros pour les cinq premières années. Selon le Président Emmanuel Macron, le tabac est à l'origine de 70 000 nouveaux cancers chaque année. A terme, le Président souhaite que la génération qui aura 20 ans en 2030 soit la première sans tabac.

Pour cela, plusieurs leviers vont être actionnés. Le prix du tabac connaîtra encore des augmentations. Ces augmentations s'aligneront sur les pays taxant le plus le tabac à savoir le Royaume-Uni, l'Irlande ou l'Australie. Lors de la présidence de Jacques Chirac en 2000, le paquet de cigarette était en moyenne à 3,20€. Il est passé à 5,13€ en 2007 sous la présidence de Nicolas Sarkozy. En 2012, il est passé à 6,30€ sous la présidence de François Hollande. Enfin, sous le mandat d'Emmanuel Macron, le paquet de tabac en 2020 est passé à 9,95€. Ce qui totalise une augmentation moyenne de 311% sur 20 ans. (67)

Les espaces sans tabac connaîtront une extension, par exemple les sorties d'écoles, les plages, les espaces verts. Les lieux de convivialité comme les terrasses des cafés devront devenir des espaces sans tabac.

Les campagnes de sensibilisation seront développées. L'accompagnement des patients voulant arrêter de fumer sera renforcé, tout comme l'accompagnement des professionnels de santé à se former à ces sujets.

L'image du tabac doit être totalement dénormalisée surtout pour les jeunes. L'inspiration doit venir de l'international où des actions sont engagées. (68)

Ces plans ne cessent de trouver des alternatives et de nouvelles méthodes pour freiner l'usage du tabac. Ceux-ci sont plutôt performants avec l'atteinte de 90% des objectifs pour le Plan cancer 2014-2019. (66)

3) Mois sans tabac

Cette campagne de sensibilisation débutée en 2016 est inspirée de la campagne britannique Stoptober qui a débutée en 2012. Elle est conduite par l'agence nationale de santé publique française, Santé publique France, durant 30 jours au mois de novembre de chaque année.

En 2017, les plus susceptibles de faire des tentatives d'arrêt étaient les personnes âgées de 18 à 24 ans. Ces campagnes ont un impact qui serait limité et qui s'estomperait au bout de 2 à 3 mois suivant la fin de la campagne, à cause du caractère addictif du tabac. (69)

Cette opération vise à ne plus faire du tabac la première cause de mortalité évitable. Chaque année, ce sont 73 000 personnes en France qui décèdent des suites du tabac. Cette campagne de sensibilisation a été lancée par Marisol Touraine, ministre en charge de la santé de 2012 à 2017 sous la présidence de François Hollande. Cette campagne va se dérouler en deux temps. En premier lieu, cette opération va débiter du 10 au 31 octobre avec des affichages, avec des

spots publicitaires sur internet, à la télévision ou encore à la radio. La suite de l'opération va débiter le premier novembre avec le début de l'action, c'est-à-dire l'arrêt ou l'abstinence du tabac.

Cette opération constitue un effort collectif pour lequel chaque consommateur doit se sentir concerné. L'opération allie les données de la science et les nouvelles technologies adaptées aux populations. Tout est fait pour faire une campagne de proximité, en coordination avec les acteurs régionaux et locaux. Les données d'une région à l'autre ne sont pas similaires, il faut donc adapter l'opération sur un territoire donné. Les partenaires de cette opération sont par exemple les ARS, les ordres des différentes professions médicales ou encore la ligue nationale contre le cancer. Cela ne représente pas moins de 50 partenaires.

Cette opération dure un mois, en effet si on arrête de fumer durant un mois, on a cinq fois plus de chance d'arrêter de fumer définitivement. Les personnes concernées peuvent se rendre sur le site tabac-info-service.fr qui est dédié à l'arrêt du tabac et à l'accompagnement. (70)

4) Remboursement des substituts nicotiques

Les substituts nicotiques sont des médicaments, visant à aider une personne à réduire sa consommation de tabac. Ces médicaments contiennent de la nicotine et sont présents sous différentes formes galéniques, à savoir les patchs, les gommes à marcher, les comprimés à sucer ou les comprimés sublinguaux.

Pour les patchs ou la forme transdermique, on peut citer les différentes marques telles que NICOPATCHLIB[®], NICORETTESKIN[®], NICOTINE EG[®] ou encore NICOTINELL[®]. Ils existent en différents dosages en nicotine, à savoir 7 mg/24h, 14 mg/24h, 21 mg/24h, 10 mg/16h ou encore 15 mg/16h. Les boîtes contiennent soit 7 patchs soit 28 patchs.

On trouve pour les gommes à mâcher différents dosages en nicotine, à savoir 1 mg, 2 mg ou 4 mg. On peut citer NICORETTE[®], NICOTINE EG[®], NIQUITIN[®] ou NICOTINELL[®]. Le contenu d'une boîte est variable, étant composé de 30, 36, 96, 100, 105, 108 ou 210 gommes à mâcher.

Concernant les comprimés à sucer ou les comprimés sublinguaux, on retrouve les marques NICTOTINELL® ou NICORETTE MICROTAB® avec des dosages de 1 mg ou 2 mg. Ces boîtes contiennent 96, 100, 144 ou 150 comprimés. (71)

Les traitements nicotiques de substitution (TNS) augmentent les chances de réussite au sevrage tabagique de 50% à 70%. Ils auront pour vocation d'empêcher l'apparition des symptômes de manque, c'est-à-dire les symptômes du sevrage. Les TNS sous leurs différentes formes contiennent des dosages qui peuvent être plus ou moins importants. Ces TNS peuvent être remboursés par l'assurance maladie sur prescription médicale. Ces produits peuvent être prescrits par les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers ou encore les masseurs-kinésithérapeutes. Les sages-femmes ont le droit également de prescrire des TNS à l'entourage de la femme enceinte et l'entourage de la femme qui vient d'accoucher.

Ces TNS ont connu un processus de remboursement progressif. En effet, les premiers TNS remboursables ont été ceux du laboratoire EG Labo, pris en charge à 65%, selon le *Journal officiel de la République française* du 24 mars 2018 (72). Les démarches des laboratoires sont nécessaires, ce qui explique que cela soit progressif.

Les TNS dans un premier temps étaient remboursables à hauteur de 50€ par personne et par an mais 150€ pour certains patients ciblés (cités précédemment). Ce forfait est ensuite passé à 150€ par an et par personne pour tous jusqu'à passer à un remboursement classique sur prescription sans limite annuelle. (73)

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les TNS sont remboursés sur prescription à 65% par l'Assurance maladie. Le forfait de 150€ a disparu et il n'y a plus de plafond de remboursement. Les pharmacies peuvent pratiquer la dispense par avance des frais pour les TNS. Depuis cette date, le recours aux TNS a connu une forte augmentation. Le pharmacien lui a le droit de substitution sur ces produits, à condition de respecter le dosage et la forme galénique. (74)

La liste des TNS pris en charge par l'assurance maladie est amenée à évoluer dans les années à venir avec le développement de ces traitements. Les TNS sont pris en charge à partir de l'âge de 15 ans ou de 18 ans pour certains. (75)

Par ailleurs, un médicament est pris en charge par l'Assurance maladie pour le sevrage tabagique. La varénicline agit au niveau des récepteurs à la nicotine pour soulager les symptômes de manque. Le CHAMPIX® est commercialisé au dosage de 0,5 mg et 1 mg. Il est recommandé chez l'adulte de plus de 18 ans ayant envie d'arrêter la consommation de tabac.

La consommation doit s'interrompre 1 à 2 semaine(s) après le début de traitement. Celui-ci dure en moyenne 12 semaines. (76)

5) Tabac info service

Tabac info service est un site web qui est géré par Santé publique France. Il est sous tutelle du ministère chargé de la santé. C'est un site qui aide les consommateurs à trouver des solutions pour arrêter de fumer. Il présente aux consommateurs les bénéfices de l'arrêt du tabac, avec des exemples comme le gain d'argent, les bienfaits sur le corps humain (meilleure respiration, moins de toux, diminution du risque d'accident vasculaire cérébrale, meilleure forme physique, meilleure digestion, moins de problème pouvant toucher la sexualité...). Il insiste sur les bienfaits psychologiques, par exemple une meilleure concentration.

Ce site web est présent pour trouver de la motivation aux personnes dépendantes. En effet, la personne ayant besoin de motivation peut contacter un numéro de téléphone standard, le 39 89 qui est un numéro permettant l'entretien avec un professionnel de santé de l'arrêt du tabac. La personne en demande peut trouver via ce site un tabacologue près de chez elle. Le site propose également une application anti-tabac à télécharger pour arrêter de fumer.

Ce site regroupe des rubriques différentes, par exemple sur des conseils à entendre, pour faire le point sur la dépendance, pour avoir une stratégie. Il propose également un forum de discussions. (77)

6) Programme National de lutte contre le tabac 2018-2022

L'usage du tabac a un impact important sur la santé des Français et sur les dépenses du pays. Le tabac constitue la première cause de mortalité en France, la première cause de cancer et la première cause de décès évitables par cancer avant 65 ans. Initialement, le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) lancé en 2014 a ouvert les possibilités de mesures marquantes évoquées précédemment, à savoir le paquet neutre, l'extension du droit de prescription des substituts nicotiques ou le mois sans tabac. Ces mesures ont conclu à des résultats prometteurs chez les adolescents comme chez les adultes. Avec ce programme, la France vise à s'aligner sur les pays les plus performants et passer sous le cap des 17% de

fumeurs quotidiens dès 2027. Ce programme national de lutte contre le tabac (PNLT) vise à allier les actions du côté économique et du côté social.

Il concerne prioritairement les jeunes afin de les protéger et de générer en 2030, la première génération d'adulte sans tabac comme évoqué précédemment (<5%).

Ce programme est constitué de 4 grandes parties. Le premier axe est basé sur la promotion de la santé en valorisant la prévention. L'entrée dans la consommation de tabac est souvent liée, durant l'adolescence, à des dynamiques sociales et à l'intégration à des groupes de pairs. L'idée est de favoriser les actions de prévention entre pairs et le soutien psychosocial, le tout financé par le fond de lutte contre le tabac. L'objectif de cet axe est également de développer un dispositif de communication envers les jeunes qui soit adapté. La société civile a vocation à être mobilisée pour participer à ce programme. Les collectivités territoriales ont leur rôle à jouer également, en augmentant le nombre d'espaces sans tabac (plages, parcs...) qui est du ressort des municipalités. La fabrication, commercialisation, distribution ou la promotion des produits rappelant le tabac ou l'acte de fumer sont interdites.

Le deuxième vise à lutter contre les inégalités, aussi bien sociales que territoriales pour aller vers un sevrage. Cela passe par une meilleure prise en charge des substituts nicotiques comme déjà évoqué. L'autoformation des professionnels de santé doit se développer à l'aide de modules en ligne, surtout pour les nouveaux prescripteurs. Les stratégies d'information doivent se développer à travers des vidéos, sur les réseaux sociaux, via des newsletters. Le programme « mois sans tabac » doit être intensifié et des études doivent être réalisées pour confirmer l'impact positif sur la population. Les femmes doivent être informées à tout âge des risques liés au tabac, notamment lors de la grossesse. En partenariat avec Santé publique France, une campagne d'information doit voir le jour sur les liens entre les risques de cancer du sein et le tabac.

Le troisième axe compte garantir la sécurité, la qualité et la pertinence de la prise en charge. On cherche à rendre moins accessible le tabac en augmentant les prix, ce qui peut dissuader la population de fumer, surtout les jeunes qui n'ont pas forcément de source de revenus. L'effort doit se faire au niveau de l'Union Européenne et des états membres dans une logique d'harmonisation. Les cigarettes de tabac doivent avoir une traçabilité depuis le 20 mai 2019. La vente illicite et le trafic sur internet doit être mieux suivis en déployant de nouvelles méthodes de contrôle (ciblage des navires de frets). Le métier de buraliste lui sera accompagné dans sa transformation.

Enfin le quatrième axe est consacré à l'innovation. Les appels à projets doivent être menés régulièrement en ce qui concerne les maladies liées au tabac. Les résultats des études doivent être publiés et ces études doivent se faire à intervalles réguliers. Les substances chimiques issues du vapotage doivent être identifiées et l'évaluation de leur toxicité doit être connue par les consommateurs. (78)

C) Évolution des consommations de tabac chez les jeunes

Avec son plan génération sans tabac en 2030, la France a du retard sur certains pays comme la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre ou encore l'Ecosse qui ont comme but la première génération sans tabac entre 2022 et 2025. La Nouvelle-Zélande va plus loin dans ces mesures en interdisant la vente de tabac à toutes personnes nées après 2004. En France, 66% des buralistes vendent du tabac aux mineurs et 80% d'entre eux ne demandent pas de pièce d'identité pour vendre du tabac, ce qui facilite l'entrée dans le tabagisme de près de 200 000 jeunes par an. Le comité national contre le tabac demande donc aux buralistes de vérifier systématiquement les cartes d'identité. (62)

1) Usage du tabac chez les collégiens et lycéens

Produit	Usage	Âge	Ensemble		Garçons		Filles	
			France	Moyenne Europe	France	Moyenne Europe	France	Moyenne Europe
Tabac	Expérimentation	11 ans	4,1	3,4	6,4	> 4,5	1,9	2,3
	Expérimentation	13 ans	14	> 11	16	> 12	13	> 10
	Expérimentation		45	> 41	46	43	44	> 40
	Usage dans le mois		22	20	21	20	22	20
	Usage quotidien (au moins 1 cig./jour)	16 ans	12	10	12	10	11	10
E-cigarette	Expérimentation	16 ans	46	> 40	53	> 46	43	> 34
	Usage dans le mois		16	14	20	> 16	13	11
Alcool	Expérimentation	11 ans	32	> 15	39	> 20	25	> 11
	Expérimentation	13 ans	49	> 34	54	> 36	43	> 31
	Expérimentation		80	79	80	79	81	78
	Usage dans le mois	16 ans	53	> 47	54	> 47	52	> 46
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Usage dans le mois	16 ans	34	34	36	36	32	33
Cannabis	Expérimentation	16 ans	23	> 16	26	> 18	20	> 13
	Usage dans le mois		13	> 7,1	16	> 8,5	11	> 5,8
Autres drogues illicites	Expérimentation	16 ans	6,1	> 4,8	6,6	5,4	5,5	4,3

Tableau 3 : Niveau d'usage des substances psychoactives à 11, 13 et 16 ans en fonction du sexe en 2018/2019 en Europe

En 2018/2019 selon l'Enquête Nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) de 2019 se basant sur l'étude HSBC 2018 et ESPAD 2019,

4,1% des jeunes de 11 ans ont déjà expérimenté le tabac, contre 3,4% pour la moyenne européenne qui est inférieure de 0,7%.

Concernant les jeunes de 13 ans, 14% ont déjà expérimenté le tabac contre 11% pour la moyenne européenne, ce qui reste plus élevé en France de 3%.

Ces chiffres s'envolent pour les jeunes de 16 ans, 45% d'entre eux ont expérimenté le tabac contre 41% dans la moyenne européenne. De plus, on voit que chez les jeunes de 16 ans, 12% d'entre eux font usage d'au moins une cigarette par jour, ce qui est deux points au-dessus de la moyenne européenne et ce qui signe l'entrée dans la consommation quotidienne.

On observe donc une expérimentation plus élevée chez les jeunes français par rapport aux jeunes européens. (43)

Figure 1. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 (en %)

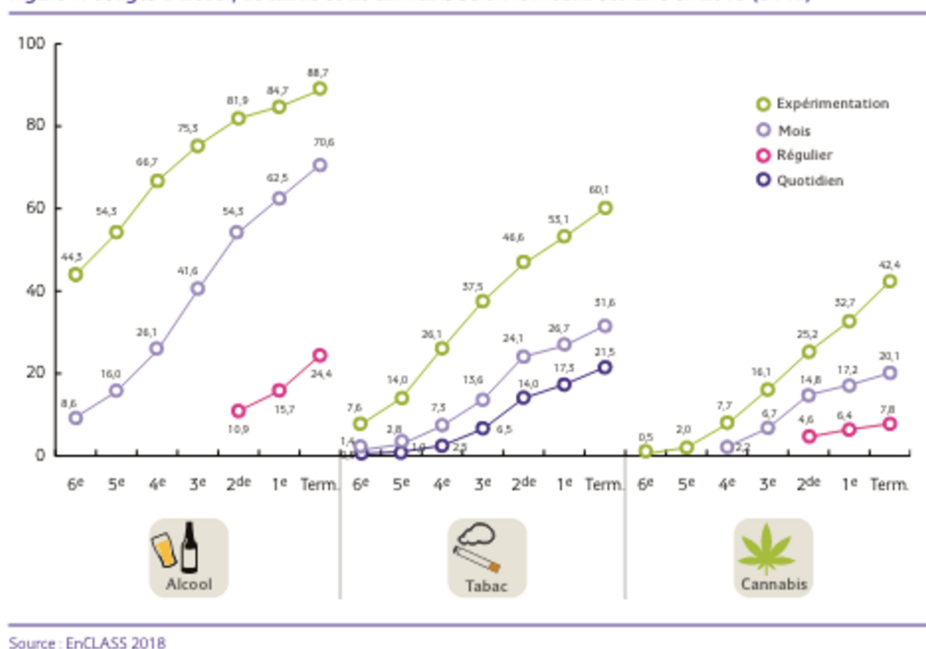


Image 6 : Usage d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 en France

En 2018, en 6^{ème}, à l'entrée du collège, 7,6% des jeunes ont expérimenté le tabac. En revanche, la consommation quotidienne est quasiment nulle, s'élevant à 0,5%. A l'entrée en seconde, 46,6% des adolescents ont expérimenté le tabac. La consommation quotidienne quant à elle est à 14%. A la fin du lycée, en terminale, l'expérimentation atteint 60,1%, pour 21,5% de fumeurs quotidien. On observe que la plupart des expérimentations se passent lors des années collèges, même si elle se poursuit lors du lycée. La consommation quotidienne quant à elle croit à la fin du collège et continue à prendre du terrain lors des années lycée. (44)

On peut alors regarder quel est le niveau de consommation des jeunes européens.

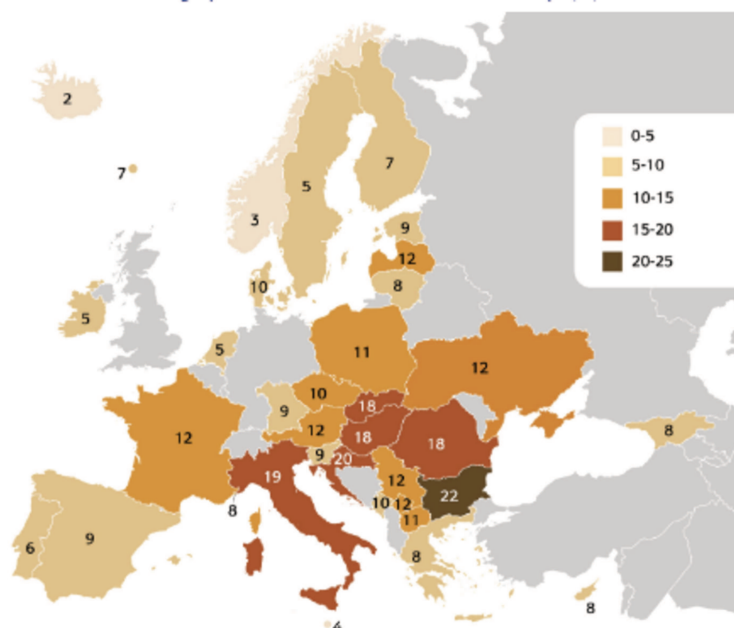


Image 18 : Usage du tabac quotidien en Europe chez les jeunes de 16 ans en 2019

On distingue en Europe chez les jeunes de 16 ans des niveaux différents de consommation de tabac. Les pays du nord présentent des niveaux plus faibles que les autres pays européens (entre 3 et 10%). La France quant à elle se trouve à un niveau intermédiaire, avec 12% des jeunes de 16 ans qui fument quotidiennement. Les plus hauts niveaux concernent les pays du sud de l'Europe avec l'Italie ou encore la Bulgarie (entre 18 et 22%). Comme vu précédemment, la France reste dans la moyenne haute. (43)

On peut se demander alors ce qu'il en est du côté des consommateurs uniquement au lycée.

Produit	Usage	Ensemble		Garçons		Filles	
		2015	2018	2018	2018		
Tabac	Expérimentation cigarettes	60,9	53,0	↘	52,7	=	53,2
	Usage de cigarettes dans le mois	32,8	27,3	↘	27,0	=	27,7
	Usage quotidien de cigarettes	23,2	17,5	↘	17,5	=	17,4
E-cigarette	Expérimentation chicha	47,8	41,7	↘	47,4	>	36,2
	Expérimentation	35,1	52,1	↗	57,2	>	47,1
Alcool	Usage dans le mois	10,0	16,6	↗	20,1	>	13,2
	Expérimentation	86,6	85,0	↔	85,4	=	84,5
	Usage dans l'année	79,2	77,3	↔	77,9	=	76,8
	Usage dans le mois	63,9	62,1	↔	64,5	>	59,8
Ivresse	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	14,8	16,7	↗	22,3	>	11,3
	Expérimentation	50,5	49,5	↔	53,4	>	45,8
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Dans le mois	41,5	43,2	↗	48,1	>	38,3
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	16,0	16,8	↗	21,0	>	12,7
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	2,7	3,7	↗	5,2	>	2,2
Cannabis	Expérimentation	44,0	33,1	↘	36,3	>	30,0
	Usage dans l'année	35,9	26,5	↘	29,1	>	24,0
	Usage dans le mois	22,6	17,3	↘	19,7	>	14,9
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	7,7	6,2	↔	8,2	>	4,2
Autre drogue illicite	Expérimentation	9,3	8,1	↔	8,4	=	7,8

= Écart statistiquement non significatif entre filles et garçons ; > Les garçons consomment plus que les filles
 ↗ Écart statistiquement non significatif entre 2015 et 2018 ; ↘ les usages baissent ou ↗ augmentent entre 2015 et 2018
 Sources : ESPAD 2015 et EnCLASS 2018

Tableau 4 : Consommation de tabac des lycéens en 2018.

On observe qu'en 2018, 53% des lycéens ont déjà expérimenté le tabac, soit 7,9% de diminution par rapport à 2015. L'usage quotidien quant à lui touchait 17,5% des lycéens en 2018, soit une baisse de 5,7%.

À la suite de ces constats, on peut regarder ce qu'il est en de l'évolution des consommations sur plusieurs années chez les jeunes.

2) Évolutions des consommations chez les collégiens et lycéens

Produit	Ensemble			Garçons	Filles
	2014	2018		2018	2018
Alcool	64,4	60,0	*	63,6	56,3
Ivresse	13,4	9,3	↓	10,5	8,0
Tabac	27,8	21,2	↓	23,5	18,8
Cannabis	9,8	6,7	↓	7,8	5,5

Tableau 5 : Comparaison des consommations de tabac chez les collégiens entre 2014 et 2018

Chez les collégiens, selon l'étude EnCLASS de 2018 se basant sur les enquêtes HSBC et ESPAD, l'expérimentation du tabac a diminué entre 2014 et 2018, passant de 27,8% à 21,2%. Soit une baisse de 6,6%. Parallèlement, on observe une baisse de consommation du cannabis.

(44)

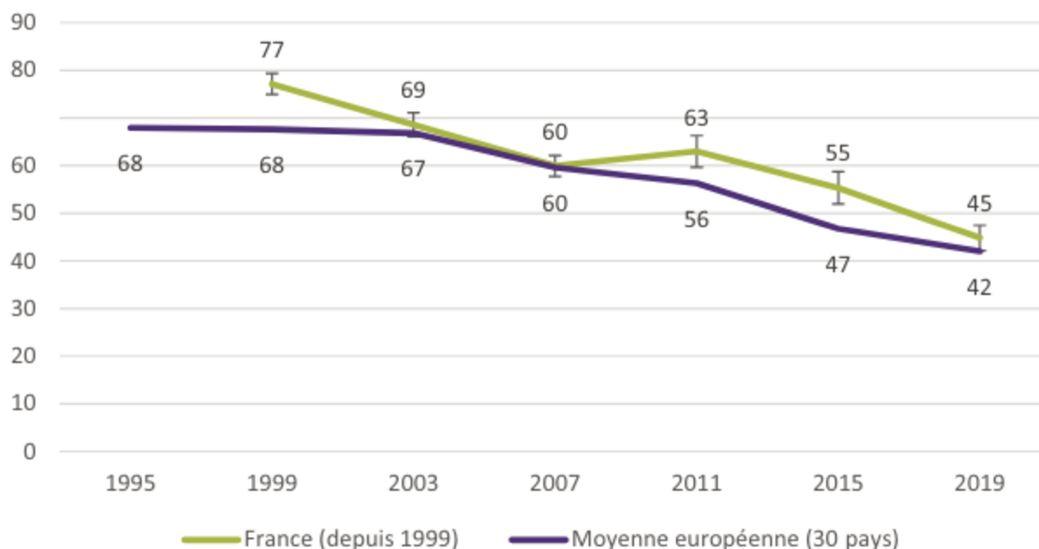


Image 19 : Évolution de l'expérimentation du tabac à 16 ans en France entre 1995 et 2019

En Europe, l'expérimentation de la cigarette à 16 ans a connu un niveau stable entre 1995 et 2003, en oscillant entre 68% et 67%. Les Français de 16 ans quant à eux étaient 77% à l'avoir expérimentée. La décroissance de l'expérimentation se voit aussi bien en Europe qu'en France, pour atteindre respectivement 45% et 42%. L'écart se réduit entre 1995 et 2019 entre la France et l'Europe même si la moyenne française reste au-dessus de la moyenne européenne en la dépassant de 3% en 2019. (46)

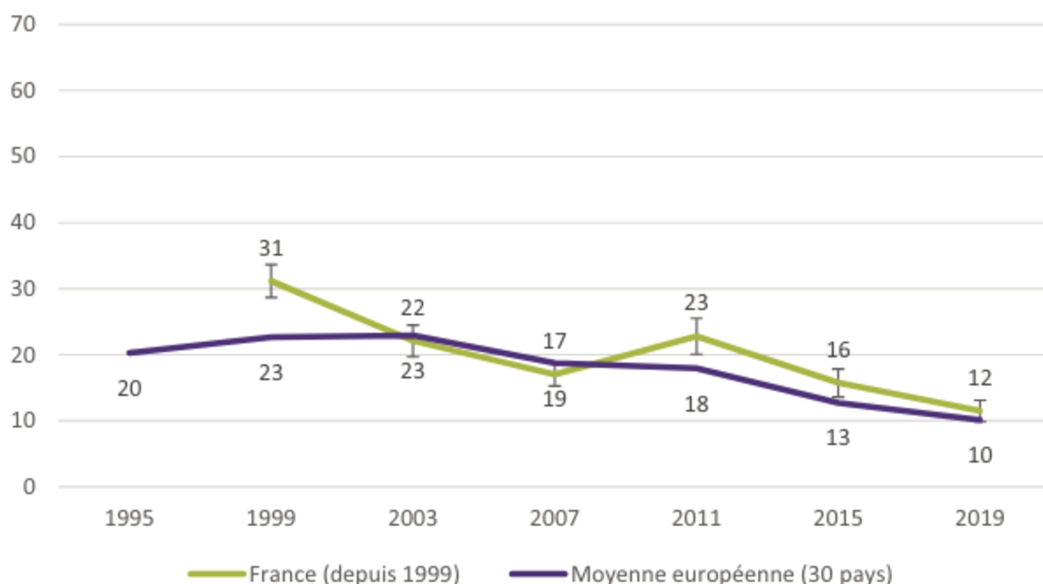


Image 20 : Évolution des fumeurs quotidiens en France à 16 ans entre 1995 et 2019

En France en 1999, les jeunes de 16 ans étaient 31% à fumer quotidiennement contre 23% pour la moyenne européenne, soit 8% de plus. Cette moyenne française connaît une décroissance jusqu'en 2007 en atteignant 17%. En 2011, un pic de consommateurs est apparu avec 23% de jeunes de 16 ans qui fumaient quotidiennement. On observe depuis une baisse, avec 12% des jeunes qui fument quotidiennement en 2019. La moyenne européenne quant à elle a stagné durant le début des années 2000 à 23% de fumeurs quotidiens ayant 16 ans pour poursuivre une décroissance jusqu'en 2019, atteignant 10%.

Comme les expérimentations, on observe une baisse de fumeurs quotidiens chez les jeunes de 16 ans entre 1995 et 2019, de même que l'écart entre la moyenne européenne tend à s'égaliser, passant de 8% en 1995 à 2% en 2019. Des progrès sont donc constatés chez les jeunes Français mais cela reste encore au-dessus de la moyenne européenne. (46)

En revanche, si l'usage de tabac semble s'estomper, l'expérimentation de la cigarette électronique chez les lycéens s'envole passant de 35,1% en 2015 à 52,1% en 2018, soit une hausse de 17% en 3 ans. Ici, l'écart entre les garçons et les filles est significatif (57,2% contre 47,1%). Cet usage provoque une dépendance tout comme l'usage du tabac, liée à la présence de la nicotine. (44)

3) Conclusion

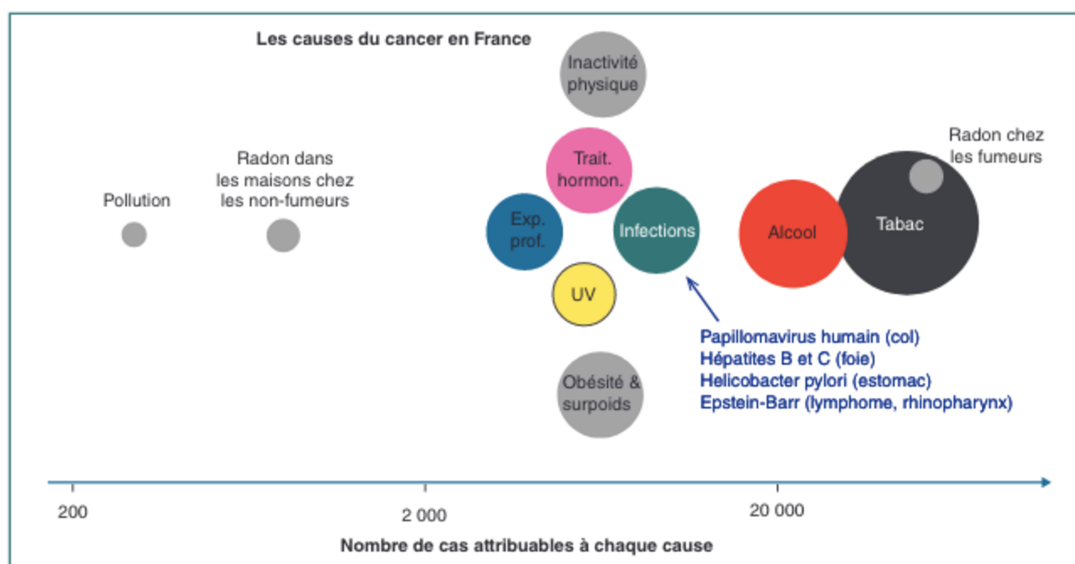


Image 21 : Nombre de cancers attribuables en France aux principales causes identifiées

Le tabac est la principale cause de cancer en France, devant l'alcool, les infections ou encore l'exposition aux UV. Comme vu précédemment, les cancers provoqués sont multiples, à savoir cancer du poumon, de l'œsophage, de l'estomac ou encore du pancréas. La prévention des cancers est de plus en plus déployée. Elle est selon l'épidémiologiste française Catherine Hill, le seul moyen pour réduire les risques de cancer. (79)

Actuellement, quatre fumeurs sur cinq sont des fumeurs ayant commencé le tabac avant l'âge de 18 ans. Il est donc primordial de freiner l'expérimentation et de limiter le nombre de jeunes qui fument de façon quotidienne lors de l'adolescence. (80)

Pour cela, des décisions politiques sont prises pour freiner l'usage du tabac. Elles ont pour but d'impacter significativement l'usage du tabac en France.

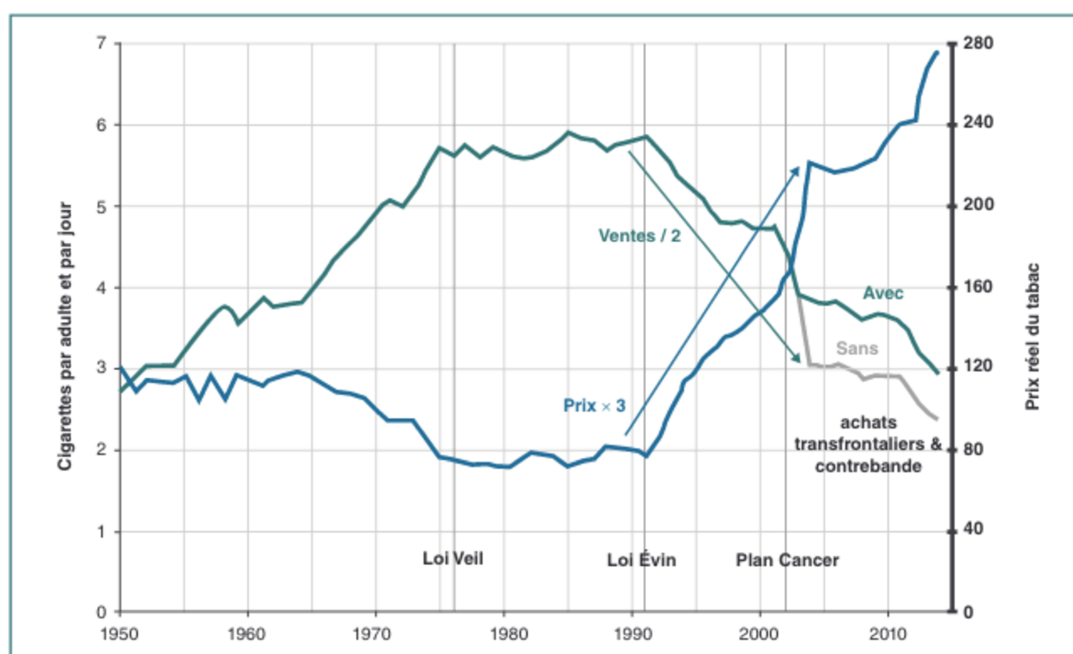


Image 22 : Impact des politiques de santé sur la consommation de tabac en France

La première loi marquante sur l'usage du tabac, la loi Veil, n'a pas eu de fort impact sur la consommation. Elle visait surtout l'encadrement publicitaire du tabac. La Loi Évin de 1991 qui a amené à augmenter le prix du paquet de cigarettes, à interdire la consommation dans certains endroits publics a eu les premiers effets sur la consommation en France. Les ventes de tabac ont été divisées par 2. Le plan Cancer I de 2003 vient contribuer à la baisse de la consommation de tabac, même si cette baisse est à nuancer puisque les consommateurs se fournissent en parallèle à l'étranger et ont recourt au tabac de contrebande. Ce plan visait la population générale, en passant par les consommateurs, les non-consommateurs ou encore le personnel médical. Ce plan abordait plusieurs points, par exemple la prévention ou l'accompagnement.

L'arrivée de ces politiques a eu un réel impact sur la consommation de tabac des Français.

Concernant les jeunes, les baisses de consommation ne cessent de progresser ces dernières années. A l'âge de 16 ans, on constate une baisse de 19% de fumeurs quotidiens en France en 1999 et 2019.

S'ajoute à cela une baisse de l'expérimentation du tabac à 16 ans entre 1999 et 2019 de 32%.

Même si des baisses significatives sont constatées, la jeune population française reste au-dessus de la moyenne européenne, que ce soit pour l'expérimentation ou la consommation.

La baisse de la consommation de tabac est à nuancer avec l'envolée de l'expérimentation de la cigarette électronique, qui connaît un progrès de 17% chez les lycéens entre 2015 et 2018. Des études sont en cours pour connaître les effets de celle-ci, qui contient par ailleurs de la nicotine, hautement addictogène comme vu précédemment. Les campagnes de prévention ont un réel impact sur les jeunes, même s'il reste encore des points essentiels à aborder comme les risques cardio-vasculaires augmentés lors de la consommation de tabac et de la prise concomitante de pilule contraceptive.

Des progrès sont encore à prévoir pour atteindre l'objectif de la première génération adulte sans tabac en 2030.

Partie 4 : Les infections sexuellement transmissibles : présentation, principales politiques de prévention et évolution des infections

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) rebaptisées infections sexuellement transmissibles (IST) font l'objet de surveillance en France. Depuis plusieurs dizaines d'années, leur retour provoque une surveillance accrue par les autorités sanitaires. Ces infections touchent aussi bien les personnes ayant des relations homosexuelles que les personnes ayant des relations hétérosexuelles. Les réseaux de dépistage se sont développés à travers le pays pour mieux suivre les IST. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est lui l'un des plus surveillé, étant donné les conséquences qu'il engendre. Sous l'égide de l'institut de veille sanitaire (INVS), un réseau de cliniciens volontaires s'est créé, permettant l'enregistrement régulier des cas de syphilis ou de gonocoque (en parallèle des réseaux de laboratoires). (81)

Les IST représentent un problème de santé publique, que cela se passe en France ou dans le monde. Elles peuvent engendrer des maladies graves, des handicaps ou l'infertilité. Les IST peuvent faciliter également la transmission du VIH. Les comportements individuels ont leur rôle à jouer dans la transmission de ces IST. (82)

Celles-ci sont causées soit par des parasites, soit par des bactéries ou des virus. On en dénombre une trentaine. Elles peuvent se transmettre lors des rapports sexuels, par voie vaginale, anale ou orale, avec ou sans pénétration. Elles peuvent avoir des conséquences directement sur le fœtus lorsqu'une femme est enceinte, sur la vie sexuelle ou encore sur la fertilité. Ces infections touchent aussi bien les hommes que les femmes.

Les IST ne sont pas forcément symptomatiques. Elles peuvent être asymptomatiques et peuvent donc se transmettre durant un rapport sans qu'aucun des partenaires ne s'en aperçoive. Le seul moyen de savoir si on est atteint d'une IST est le dépistage.

Actuellement, le moyen le plus fiable pour s'en protéger est le préservatif. (83)

A) Les 9 IST les plus courantes en France

1) Chlamydie

La chlamydie est provoquée par une bactérie appelée *Chlamydia trachomatis*. Cette bactérie a un métabolisme dépendant d'une cellule hôte. On retrouvera donc cette bactérie au sein des cellules. Cette infection est transmise essentiellement par contact sexuel. Cliniquement, un homme infecté aura une urétrite. Les femmes elles auront une inflammation du col de l'utérus. La période d'incubation de cette bactérie peut varier entre 4 jours et un mois. On observera ensuite pour les femmes et pour les hommes des écoulements urétraux vitreux et parfois purulents, bien que les femmes soient le plus souvent asymptomatiques. Cette IST entraîne ensuite chez les femmes une inflammation chronique du petit bassin et à terme elle peut entraîner une stérilité ou des grossesses extra-utérines.

L'infection se développe surtout dans les pays tropicaux et subtropicaux. Elle touche en Europe principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Pour s'en protéger, le moyen le plus efficace est la préservatif (avec une diminution du risque de 60%).

Entre 2015 et 2017, le nombre d'infection à *Chlamydia* a augmenté de 16%. A noter qu'en France, 60% des infections touchent les femmes ayant entre 15 ans et 24 ans pour la période 2015 et 2017. (84)(83)

2) Infection à Papillomavirus humains

L'infection par les papillomavirus humain (HPV) touche les cellules épithéliales de la peau et des muqueuses. Ces virus sont très nombreux (au moins 150 classés à ce jour). Les HPV peuvent provoquer des verrues cutanées ou des carcinomes épidermoïdes. Les sous type d'HPV sont plus ou moins oncogènes. Ces virus touchent en grande partie les personnes âgées de 20 ans à 30 ans en étant asymptomatique. Cette infection, lorsqu'elle est contractée, peut être éliminée en peu de temps.

Les infections à HPV sont impliquées dans 99% de tous les carcinomes cervicaux et dans 90% de tous les carcinomes anaux. Ils sont de même impliqués dans 70% de tous les carcinomes du pénis, de la vulve et du vagin. Ces HPV vont induire des lésions anogénitales précancéreuses, appelées aussi néoplasies intraépithéliales. Des lésions précancéreuses peuvent survenir également au niveau de la langue, des amygdales et de la gorge.

La vaccination contre les HPV (exemple : GARSADIL[®], CERVARIX[®]) en Europe est dans la majorité des cas couverte par les différentes assurances maladies de chaque pays pour les filles de 12 ans à 17 ans. Cette vaccination peut être recommandée jusqu'à 26 ans dans certains pays. La vaccination pour les garçons est aussi recommandée depuis peu. Certains pays comme l'Australie ont pris de l'avance sur la vaccination des garçons par rapport aux pays européens. Les préservatifs sont la meilleure forme de protection contre cette infection lors de rapports sexuels, bien que la protection ne soit pas complète.

Les verrues anogénitales lorsqu'elles se développent sont traitées par la chirurgie ou au laser et dans une moindre mesure par crème à usage local, par exemple la crème à la podophylline..

(84)

L'infection par les HPV est la plus fréquente dans la population française. On estime que 80% des femmes en seront atteintes dans leurs vies et probablement autant pour les hommes. (83)

3) Hépatite B

L'hépatite B est transmise par le virus de l'hépatite B (VHB). C'est une infection qui va s'attaquer au foie. Cette infection peut devenir aiguë ou chronique. La transmission se fait de la mère à l'enfant, par contact avec des liquides biologiques ou lors des rapports sexuels. Selon l'OMS, il y aurait 1,5 million de nouvelles contaminations chaque année.

La plupart des personnes atteintes par ce virus sont asymptomatiques. Les personnes symptomatiques auront lors d'une affection aiguë un jaunissement de la peau et des yeux (ictère), de la fatigue importante, des douleurs abdominales accompagnées de nausées et vomissement et cela durant plusieurs semaines. Une insuffisance hépatique aiguë peut se développer et mener dans certains cas à la mort. L'hépatite B peut provoquer dans les cas les plus sévères à une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire. On observe actuellement une augmentation importante du nombre de cas de carcinomes hépatocellulaires chez les patients ayant eu une hépatite B ou C il y a 10 à 20 ans.

Des vaccins existent pour faire face à ce virus comme ENGERIX B[®] OU HBVAXPRO[®]. Ces vaccins sont par exemple obligatoires pour certains personnels soignants.

En 2016, en France, on estime que 137 500 personnes sont atteintes de l'hépatite B. Environ 1% des personnes atteintes de l'hépatite B sont également infectées par le VIH. (83)

4) Hépatite C

L'hépatite C est provoquée par le virus de l'hépatite C (VHC). Cette pathologie infectieuse va surtout toucher le foie. L'infection est souvent asymptomatique, environ une personne sur deux ne ressent aucun symptôme. Cette infection silencieuse est pourtant responsable en France de 2700 décès par an. La contamination par le VHC se fait essentiellement par voie sanguine.

Elle se fait dans la plupart des cas lors d'usage de drogue par voie intraveineuse avec le partage du matériel d'injection.

La contamination peut se faire également lors de transfusion de sang mais depuis 1991 et les mesures qui ont été prises, les contaminations sont quasiment nulles.

Elle peut se faire aussi par les accidents d'exposition au sang (AES) pour le personnel de santé ou toutes autres personnes qui s'expose à un risque de coupure, piqûre avec une personne infectée au VHC.

Au niveau sexuel, le VIH se transmet également dans certaines conditions. C'est le cas des rapports sexuels qui provoquent des saignements tels que pénétrations anales non protégées ou viols. C'est le cas également avec les rapports sexuels non protégés lors des menstruations de la femme porteuse du VHC.

Au niveau des symptômes, on retrouvera de la fatigue, des nausées, des vomissements, un syndrome pseudo-grippal avec de la fièvre et des courbatures, un ictère peut aussi apparaître. Le foie sera l'organe majoritairement touché et la contamination peut provoquer des hépatites aiguës ou des hépatites chroniques. Dans les cas les plus graves, cela mène à une cirrhose ou à un carcinome hépatocellulaire. (85)

5) Herpès génital

L'herpès génital est provoqué par le virus de l'herpès simplex (HSV). Le type 1 (HSV1) que l'on appelle l'herpès labial affecte les lèvres chez 80% des patients et affecte la région génitale pour 20% d'entre eux. A l'inverse, le type 2 (HSV2) affecte la région génitale à 80% et la région labiale à 20%. Une fois que l'on est contaminé par le virus, celui-ci reste dans les ganglions sensoriels de son hôte et peut rester en dormance sans provoquer de symptômes.

On repère une infection à HSV avec des premiers symptômes comme des picotements, des démangeaisons ou encore l'apparition de cloques douloureuses. L'infection peut être accompagnée de fièvre ou peut être complètement asymptomatique. Les signes cliniques

initiaux lors d'une infection disparaissent en général en 2 à 3 semaines. Une personne peut à la fois être atteinte du HSV1 et HSV2. Il a été prouvé que jusqu'à 50% des infections à l'herpès simplex sont asymptomatiques.

L'infection peut se faire par contact sexuel ou lors de l'accouchement entre la mère et l'enfant. Des études suggèrent que la transmission de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est facilitée par une co-infection à l'HSV.

Le traitement au niveau local (labial) consiste à appliquer une crème à base d'aciclovir pendant quelques jours. Le traitement systémique est également l'aciclovir durant quelques jours. La posologie va dépendre de plusieurs facteurs, à savoir primo-infection, épisode récurrent ou encore déficit immunitaire. Pour les personnes ayant des récurrences fréquentes, un traitement de suppression antivirale à base de valaciclovir au long court est envisageable. Ce traitement peut durer plusieurs mois et peut être conseillé aux deux partenaires du couple. (84)

Les cas d'herpès génital ont tendance à augmenter avec l'HSV1. L'HSV touche 20% de la population française, en particulier les personnes ayant entre 25 ans et 35 ans. (83)

6) L'infection à gonocoque

L'infection à gonocoque, aussi appelée blennorragie ou gonorrhée, peut toucher les régions génitales, rectales, pharyngées et extra génitales. Elle est provoquée par une bactérie nommée *Neisseria gonorrhoeae*. En général, on repère une infection à gonocoque par des symptômes comme des écoulements purulents au niveau des parties génitales chez les hommes (2 à 6 jours après le rapport à risque). Chez la femme, cette infection peut passer inaperçue en étant asymptomatique (pour environ 70% d'entre elles). Des douleurs lors des mictions peuvent également intervenir. Cette infection peut être double en association avec la *Chlamydia* et touche jusqu'à 20% des personnes infectées.

Elle peut provoquer chez l'homme une prostatite, une vésiculite, une épididymite ou encore une septicémie, une endocardite ou une méningite dans les cas les plus graves.

Chez la femme, cette infection peut avoir des conséquences sur le col de l'utérus, on note également des pertes vaginales. On observe à la suite de cette infection des salpingites, des atteintes des glandes de Bartholin et dans de rares cas une hépatite gonococcique. Les risques de développer une septicémie, une endocardite ou une méningite sont présents également chez les hommes.

Le préservatif aide à limiter la contagiosité de cette bactérie et réduit le taux d'infection d'environ 60%. (84)

On observe une augmentation des infections à gonocoque de 71% entre 2015 et 2017. (83)

7) La syphilis

La syphilis est une infection causée par la bactérie *Treponema pallidum*. Cette infection connaît une progression comme aucune autre en France. L'infection s'installera pendant environ 2 ans pour atteindre ensuite le stade avancé où la maladie se déclare, appelée syphilis. Lors du premier stade qui dure de 9 à 90 jours, une ulcération indolore à bordure ferme apparaît (aussi appelé chancre dur). La contamination peut se faire par voie anale, vaginale, génitale, orale ou pharyngée. Les ulcérations peuvent être de petite taille et donc invisibles à l'œil nu. En général, elles se guérissent spontanément en 6 semaines sans traitement. Lors de cette phase, il peut y avoir un gonflement des ganglions lymphatiques.

Lors de la deuxième phase de l'infection, des symptômes peuvent apparaître tels que des pertes d'appétit, de la fièvre, des douleurs osseuses ou articulaires. Biologiquement, on peut observer une hausse des transaminases et des éruptions maculopapuleuses non prurigineuses. Ces symptômes évocateurs de la syphilis peuvent durer 2 ans. Deux tiers des patients ne sont pas en demande de soins médicaux avant ce deuxième stade et 75% des patients non traités sont asymptomatiques après le deuxième stade.

Au cours du stade 3, des granulomes peuvent se développer dans tous les organes. Les personnes affectées par la syphilis auront davantage ces granulomes dans la peau et dans les os. Les atteintes vasculaires sont possibles et peuvent être mortelles à ce stade. Le système nerveux peut également être touché, on parlera de neurosyphilis.

La transmission de la syphilis se fait par contact direct, par une muqueuse anogénitale ou buccale infectée. Cela se fait donc par contact sexuel ou de la mère à l'enfant.

Le patient atteint de syphilis doit avoir un suivi jusqu'à 1 an après le traitement. (83)

8) Mycoplasmosse

La mycoplasmosse est une IST provoquée par une bactérie appelée *Mycoplasma genitalium*. Un autre type de mycoplasmosse peut provoquer des atteintes pulmonaires avec la bactérie *Mycoplasma pneumoniae*.

Lors d'une infection à *Mycoplasma genitalium*, les symptômes seront très proches de la chlamydie provoquée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. En effet, on observera chez les hommes une urétrite ou des brûlures mictionnelles. On observe plus rarement des atteintes prostatiques et des atteintes de l'épididyme. Chez la femme, on observera des cervicites, des salpingites ou des endométrites. On peut également faire un rapprochement entre cette IST et une vaginose bactérienne.

La mycoplasmosse est transmise par voie sexuelle ou de la mère à l'enfant lors de l'accouchement. Cette IST est souvent asymptomatique et menace la fertilité si elle n'est pas traitée. A noter qu'on observe en Europe une augmentation de la résistance aux antibiotiques de première intention envers les mycoplasmoses (doxycycline et azithromycine).

L'infection peut être aiguë ou latente avec des symptômes fluctuants. Il est fréquent de retrouver d'autres IST lors de la découverte d'une mycoplasmosse, comme une infection à *Chlamydia* ou une infection au VIH. Cette infection touche en particulier les jeunes (hommes et femmes) et les hommes plus âgés. Elle est retrouvée chez 40% des personnes qui consultent pour des IST. Actuellement, le seul moyen de s'en protéger est le préservatif. (83).

9) Trichomonose

La trichomonose est une maladie parasitaire. Elle est causée par *Trichomonas vaginalis*, un parasite qui est en cause dans certaines affections vaginales. Bien que la plupart des personnes atteintes ne ressentent pas de symptômes lors de l'infection, cette parasitose peut provoquer chez la femme des sécrétions vaginales anormales de couleur jaunâtre ou verdâtre. Cette parasitose se transmet lors de rapports sexuels donc lors d'un contact étroit. Elle est rarement dangereuse mais très désagréable, s'accompagnant de démangeaisons, de sensations de brûlures lors des mictions pour la femme comme pour l'homme (bien que l'homme soit dans la majorité des cas asymptomatique). Le moyen le plus fiable de s'en protéger est le préservatif. Lors d'une infection, les deux partenaires du couple doivent être traités. Si le deuxième partenaire n'est pas traité, alors l'infection réapparaîtra.

Chez les femmes, la période menstruelle ou la ménopause sont plus à risque de développement de ce parasite à cause de la modification du pH vaginal. (83)

10) Infection à VIH-Sida

Le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un virus s'attaquant aux cellules immunitaires, en particulier aux lymphocytes T CD4, ce qui a pour conséquence d'affaiblir significativement le système immunitaire.

Ce virus se transmet par voie sexuelle, par voie sanguine ou de la mère à l'enfant (lors de la grossesse, lors de l'accouchement ou lors de l'allaitement). En l'absence de traitement, le système immunitaire s'affaiblit et des maladies graves se développent sur le long terme, profitant de cette immunodéficience : c'est ce qu'on appelle des infections opportunistes. Celles-ci sont normalement inoffensives pour les personnes ayant un système immunitaire compétent. Le VIH peut mener à la maladie appelée syndrome de l'immunodéficience acquise (sida), qui est le dernier stade de la maladie. Une personne infectée par le VIH n'est donc pas nécessairement atteinte du sida. Cliniquement, les symptômes évoluent selon les stades de la maladie. La première phase de l'infection est asymptomatique ou s'accompagne de légers symptômes. C'est ce qu'on appelle la primo-infection. Cette période dure plusieurs semaines et elle se caractérise par des symptômes grippaux tels que de la fièvre, des maux de tête, des diarrhées, des douleurs musculaires. Suite à cette primo-infection, on observe une phase asymptomatique qui peut durer des semaines voire des années. Le système immunitaire est progressivement affaibli et d'autres symptômes vont apparaître tels qu'une perte de poids, une infection de la peau, de la toux ou encore de la fièvre qui persistera. Vient ensuite la maladie dans son stade ultime, dit sida, lorsque les infections opportunistes s'installent : infections d'origine bactérienne, fongique (par exemple une pneumocystose à *Pneumocystis carinii*)

Depuis 2007, les contaminations semblent être stables, bien qu'une baisse ait été observée durant les années Covid (surement à cause de la baisse du nombre de dépistage, à cause des confinements ou encore à cause de la baisse des cas contacts). (83)

B) Politiques menées et campagnes de prévention

1) Stratégie nationale de santé sexuelle 2017 – 2030

La stratégie nationale de santé sexuelle fixe des objectifs de 2017 à 2030 et comprend 6 grands axes. Elle consiste en une démarche globale d'optimisation de la santé sexuelle, se basant avant tout sur l'autonomie, même pour les plus jeunes. Cette stratégie a été élaborée avec des acteurs agissant sur le terrain, au plus près de la population. De grandes lignes sont ressorties de cette analyse, à savoir la démocratie sanitaire, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales, l'organisation des soins autour du patient et l'accès aux soins garanti, la mise en avant des droits humains dans la législation ainsi que la promotion de la santé en agissant sur tous les déterminants de la santé. Ce rapport fixe des objectifs de baisse d'IST en France afin de connaître une baisse des épidémies sur notre territoire, ce qui permettrait d'améliorer la santé publique en France. Ce rapport souhaite aussi en finir avec le VIH et qu'en 2030, 95% des personnes ayant le VIH connaissent leur séropositivité au VIH. Ce rapport fait des jeunes une priorité avec le développement d'une action volontariste d'information et d'éducation à la santé.

Le premier grand axe concerne les investissements en santé avec la promotion de la santé sexuelle, en particulier chez les jeunes. On constate que la santé sexuelle des jeunes est le premier grand axe à se démarquer, ce qui implique une importance particulière dans ce rapport. Le but est d'éduquer les jeunes aux relations entre les personnes, à la sexualité et à la santé sexuelle. Pour cela, la stratégie est de passer par les nouveaux canaux d'informations, à savoir les réseaux sociaux. Pour un renforcement global des connaissances en santé sexuelle, la place des parents est évoquée et la formation des acteurs de prévention est mentionnée.

Le deuxième axe vise la prise en charge des IST dont le VIH et les hépatites virales. La prévention est évidemment au cœur du rapport avec une augmentation de la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale (hépatite B par exemple). Dans ce rapport, on évoque une meilleure prise en charge des dépistages ainsi qu'une meilleure prise en charge médicale des IST.

Le troisième axe concerne la contraception. Ce rapport vise d'ici 2030 un meilleur accès à la contraception par la population en général (qu'elle soit pour les femmes ou pour les hommes). Il vise à mieux faire connaître ces méthodes de contraception, à diffuser les connaissances, à

réduire les grossesses non prévues et non désirées et à réduire l'infertilité (à travers les comportements individuels).

Le quatrième grand axe de ce plan s'articule autour des besoins spécifiques de la population générale. Il cherche à développer la prévention, les dépistages, la prise en charge du VIH, la prise en charge des hépatites et la prise en charge des IST de manière générale (en portant une attention particulière sur les personnes trans, sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, sur les populations originaires de zones d'endémie forte et sur les migrants). Un point particulier est accordé sur la sexualité des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des personnes ayant des maladies chroniques.

Le cinquième point est plutôt tourné vers la promotion et la recherche en matière de santé sexuelle. Il vise à renforcer la surveillance de la santé sexuelle à travers différents indicateurs, à développer les connaissances psycho-sociales et à pousser au plus haut niveau la recherche sur les IST ainsi que sur le VIH/Sida.

Enfin, le dernier axe est principalement consacré à l'outre-mer où les IST sévissent et la santé sexuelle a du retard par rapport à la métropole (en s'adaptant aux spécificités dépendantes localement). (86)

2) La politique actuelle envers le VIH

La prise en charge des IST est de plus en plus présente dans notre système de santé. Les IST, d'origine bactériennes, virales ou parasitaires connaissent depuis le début des années 2000 une recrudescence sans précédent. Comme vu précédemment, elles entraînent des effets d'ordre neurologique, des problèmes de résistances aux antibiotiques, des complications psychologiques ou encore des problèmes de fertilité. On observe ce phénomène de recrudescence dans tous les pays industrialisés. Les politiques envers la santé sexuelle se sont donc adaptées depuis quelques années.

Concernant le VIH, les politiques de prévention se sont développées et diversifiées avec l'apparition de la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Il s'agit d'un traitement à prendre de manière continue ou discontinue pour éviter la contamination par le VIH.

Cette thérapeutique cible les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH et qui ne font pas usage de préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires différents.

On cible en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes transgenres, les personnes faisant usage de drogues intraveineuses avec partage de seringues (UDIV), les personnes venant de régions à fortes prévalences (Guyane, Afrique subsaharienne), les personnes ayant des partenaires multiples et les travailleur-se-s du sexe. Bien qu'un public soit ciblé, la prescription peut s'étendre à toutes personnes ayant des risques de contracter le VIH, même hors de cette liste.

Actuellement, toutes les études menées en France n'ont montré aucune transmission du VIH chez les personnes qui prenaient correctement leur PrEP.

La prescription de ce traitement était initialement réservée aux médecins hospitaliers qui prennent en charge les personnes vivants avec le VIH ou par les médecins dans les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) hospitaliers. Pour rendre ce traitement plus accessible, tous les médecins de ville ont désormais la possibilité de prescrire la PrEP depuis le 15 avril 2021. (87)

La PrEP est à distinguer du Traitement Post-Exposition (TPE) qui est une trithérapie à prendre au maximum 48h après le rapport à risque et cela durant 1 mois.

La PrEP se compose de deux molécules, à savoir l'emtrécabine (analogue nucléosidique de la cytidine) et le ténofovir disproxil (inhibiteur nucléosidique de la reverse transcriptase).

Le TPE lui est composé de trois molécules avec deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (par exemple ténofovir, emtrécabine) et un inhibiteur de protéase (par exemple le raltegravir).

Concernant la prévention, elle ne cesse de prendre de la place depuis plusieurs années. Des consultations de prévention, de diagnostic et de traitement des IST sont désormais possibles grâce à la création des CeGIDD. (87)

3) Les différentes actions de santé publique France

La santé sexuelle est un axe prioritaire de la stratégie nationale de la santé. La surveillance épidémiologique est une des principales missions de Santé publique France. On note également le développement de la prévention dans le domaine du dépistage du VIH et d'autres IST, le développement de campagnes à visée nationale, la création de sites d'information sur les IST,

la parution de documents imprimés (brochures, dépliants, affiches), l'aide au financement de services de prévention (écoute téléphonique, site internet), par exemple le site Sida Info Service. Les associations peuvent aussi être financées par cette structure.

Ainsi, l'épidémiologie des IST bactériennes est scrutée grâce à différents indicateurs.

On note en premier lieu l'enquête LaboIST qui est réalisée de manière répétée auprès des laboratoires de biologie médicale. Celle-ci a pour objectif de collecter les données des laboratoires concernant les principales IST (chlamydioses, syphilis, gonococcies et infections à *Mycoplasma genitalium*). Cette enquête se réalise au niveau régional et national.

Ensuite, on note la création du réseau RésIST. Celui-ci aura pour but de surveiller les syphilis précoces (datant de moins d'un an, étant encore au stade primaire, secondaire ou latent) et les gonococcies.

Viennent ensuite les données des consultations au CeGIDD. Tous les CeGIDD de France sont concernés par la remontée de donnée pour les IST telles que les hépatites virales, le VIH, les infections à gonocoque, à *Chlamydia trachomatis*, à *Mycoplasma genitalium*, les condylomes, l'herpès génital et la syphilis. Grâce à ces remontées d'informations, les données sont analysées et on peut agir en fonction des dépistages et diagnostics. Le taux de positivité peut être calculé et on agit ensuite en conséquence en termes de campagnes de prévention. Par ailleurs lors de ces remontées d'informations, on recueille également des informations sociodémographiques, ce qui permet de cibler au mieux (en matière de prise en charge) les personnes concernées.

Le système national des données de santé (SNDS) permet d'avoir une estimation précise et de dénombrer les tests de dépistages réalisés en France dans les laboratoires qui sont remboursés par l'assurance maladie. Ce système va permettre de suivre les personnes ayant des IST, de poser un diagnostic et par conséquent de leur proposer un traitement remboursé. (88)

4) Campagne « Un préservatif ça peut te sauver la vie. Gardes-en toujours sur toi »

Santé publique France a lancé une campagne s'intitulant « Un préservatif, ça peut te sauver la vie. Gardes-en toujours sur toi ». Cette campagne a pour vocation de faire entrer l'usage du préservatif chez les jeunes dans leurs habitudes de vie. Cette campagne est tournée vers les

jeunes générations en intégrant leurs codes. Il s'agit d'une campagne digitale qui repose sur le « life hacking ». Autrement dit, cette campagne cherche à trouver des astuces de vie et des solutions rapides et concrètes pour lutter contre la propagation des IST. Le but à terme est de percevoir le préservatif comme un objet protecteur du quotidien.

Cette campagne insiste sur les qualités intrinsèques du préservatif, que ce soit en matière de résistance ou d'imperméabilité. Celle-ci se veut ludique en présentant le préservatif comme l'accessoire indispensable du quotidien.

La campagne s'est déroulée du 18 juillet au 17 août 2018. Elle se présente sous deux formes. La première forme est constituée de vidéos où les jeunes peuvent voir les utilités du préservatif autres qu'un usage sexuel : allumer un feu, maintenir les objets sensibles à l'eau au sec, faire bouillir de l'eau...

La deuxième forme est constituée de messages informatifs sur les IST qui ont été relayés sur les réseaux sociaux tels que Facebook, Instagram ou Youtube.

Cette campagne nous emmène systématiquement sur le site OnSexprime.fr. Ce site a pour objectif d'accompagner les jeunes dans une sexualité avec des responsabilités. Il n'y a pas que la sexualité qui est abordée mais d'autres sujets comme la contraception, les IST, les relations amoureuses, le changement du corps, les violences. (89)

5) Dispositif OnSexprime pour les jeunes de 11 ans à 18 ans

Créé par Santé publique France, ce dispositif visant les jeunes de 11 ans à 18 ans cherche à les faire entrer dans une sexualité positive et à leur faire connaître une sexualité responsable toute leur vie. Ce dispositif est fait de plusieurs ressources pour les informer. En premier lieu on retrouve un volet numérique avec un site internet s'intitulant Onsexprime.fr, une page Instagram, une page Facebook et des messages relayés sur Twitter auprès de comptes de professionnels.

En deuxième lieu, un volet plus conventionnel avec des brochures relayées par l'Éducation Nationale, des associations ou encore le ministère de la jeunesse et des sports.

Dans ces messages de prévention en santé sexuelle, on retrouve plusieurs campagnes, par exemple Sexo Tuto, Askip, Ok/Pas OK.

Ce dispositif vient trouver sa place dans plusieurs plans d'actions nationaux avec toujours la même idée d'une approche positive de la santé sexuelle. Plusieurs objectifs sont visés à travers ces plans, par exemple la connaissance plus profonde et l'appropriation de la prévention de la

sexualité chez les jeunes, la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes, le respect de l'autre, la lutte contre les discriminations, les violences, la prévention des IST ou encore la prévention des grossesses non prévues. La contraception est également un point central de ce dispositif.

Celui-ci est basé sur le niveau de maturité des jeunes de 11 ans à 18 ans, il est fondé sur les principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle de l'Unesco. Ce dispositif se met régulièrement à jour avec l'actualisation de la littérature scientifique, avec les recommandations d'autres pays, avec les compétences et les connaissances des jeunes en fonction de leur âge. Bien qu'il se développe et atteint un public de plus en plus large, il n'a pas été prouvé que ce dispositif augmentait l'activité sexuelle ou les comportements à risques d'infections (IST). Ce programme est d'autant plus complet s'il est dispensé aux jeunes et que l'équipe éducative relaye les messages de prévention, tout comme les parents qui peuvent eux aussi jouer un rôle. (88)

6) Recommandation de la HAS sur le dépistage de l'infection à *Chlamydia*

La chlamydie est une des IST les plus répandue en France chez les jeunes femmes ces dernières années. Pourtant, entre 60% et 70% d'entre elles sont asymptomatiques lors d'une infection. L'outil le plus fiable pour connaître son infection est donc le dépistage. C'est ainsi qu'en 2018, la HAS a émis une recommandation, à savoir le dépistage de la chlamydie systématique des jeunes femmes sexuellement actives ayant entre 15 ans et 25 ans. La HAS recommande par la même occasion l'élargissement des lieux de dépistage de cette IST.

Chlamydia trachomatis, comme évoquée précédemment, est une bactérie provoquant une IST. Cette infection, si elle est prise en charge à temps, se traite sans problème par antibiotiques durant 3 à 6 mois.

On cible donc la population à risque que sont les femmes de 15 ans à 25 ans sexuellement actives, qui sont, elles, plus infectées que les hommes du même âge. Les effets à long terme de cette infection sont bien connus comme évoqué précédemment.

L'objectif est de faire au moins un dépistage chez ces femmes qui ont entre 15 ans et 25 ans. Le test est à faire chaque année s'il y a un changement de partenaire avec un rapport non protégé.

En plus du public ciblé, quelques exceptions sont faites pour dépister d'autres populations cibles, c'est le cas des hommes sexuellement actifs ayant des facteurs de risques, les femmes

sexuellement actives qui ont plus de 25 ans et présentant des facteurs de risques ou encore les femmes enceintes qui consultent pour une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Les dépistages étaient majoritairement réalisés dans les structures dédiées (à vocation de dépistage). La HAS préconise maintenant l'élargissement des lieux de dépistages, en passant par les cabinets de médecins généralistes, par les gynécologues ou les sages femmes. L'auto-prélèvement est également une piste évoquée pour les personnes qui sont dissuadées de se confronter à un professionnel de santé. Ces auto-prélèvements doivent être proposés dans toutes les structures. (90)

7) Nouvelles mesures en pharmacie et en laboratoire de biologie médicale

Récemment avec les nouvelles annonces du Président de la République Emmanuel Macron et avec la publication de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS 2023), des mesures ont été confiées aux pharmaciens d'officines pour une meilleure prise en charge de la santé sexuelle. Ces mesures, annoncées en fin 2022 et effectives au premier janvier 2023 viennent en complément d'autres mesures déjà existantes.

Parmi les nouvelles mesures, on peut citer la contraception d'urgence prise en charge pour toutes les femmes et sans prescription.

Pour limiter la propagation des IST et être plus accessibles par les jeunes, les préservatifs depuis cette date sont eux pris en charge par la sécurité sociale pour tous les moins de 26 ans. La personne souhaitant en bénéficier doit simplement présenter sa carte vitale ou une attestation de droit si la pièce d'identité est manquante. Cette mesure est réalisable à raison d'une boîte par dispensation.

A l'exception de la pharmacie, ce sont également les laboratoires de biologie médicale qui connaissent une nouvelle mesure. L'examen du dépistage du VIH étant pris en charge et sans avance de frais et sans ordonnance depuis le premier janvier 2022, la LFSS de 2023 permet désormais un élargissement de ces dépistages pour plusieurs IST sans prescription. Un arrêté viendra préciser quelles IST seront impactées et quelles en sont les modalités. (91)

C) Évolution des infections sexuellement transmissibles en France

1) Infection à Chlamydia

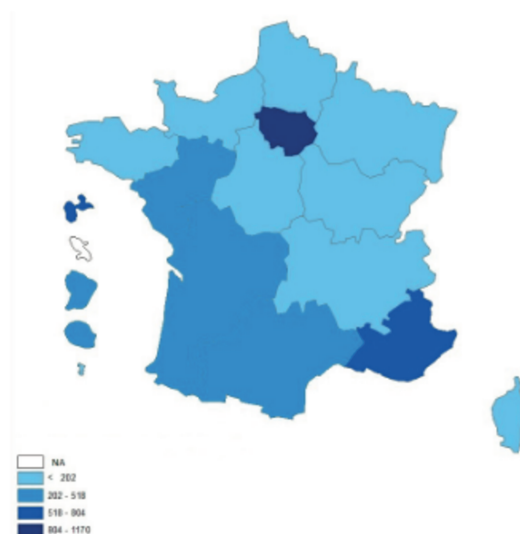


Image 23 : Diagnostic d'infection à *Chlamydia* en France en 2016 en fonction des régions

La France connaît une recrudescence sans précédent d'infection à *Chlamydia*. Comme évoqué précédemment, cette IST souvent asymptomatique touche tout le territoire. On y observe des disparités entre les différentes régions avec une plus forte prévalence en Ile-de-France et en région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA). La prévalence chez les femmes est plus importante que chez les hommes avec une moyenne nationale de 592/100000 contre 380/100000. Les régions ultramarines sont-elles également touchées à des degrés différents avec une contamination plus importante en Guadeloupe. Cela correspond à une moyenne de 491/100 000 habitants ayant contracté cette IST, ce qui est en hausse par rapport à 2013 de 3,4 points.

Infections à <i>Chlamydia</i>	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM
Hommes 15-24 ans	329 [301 - 357]	1 867 [1 330-2 404]	495 [253-718]
Hommes 25-59 ans	167 [153-181]	1 072 [795-1349]	248 [117-378]
Hommes 60 ans et +	6 [5,4-6,7]	60 [44-76]	13 [2-24]
Femmes 15-24 ans	1 357 [1 223-1 492]	5 682 [4 155-7 208]	1 761 [885-2 637]
Femmes 25-59 ans	233 [215-252]	1 129 [802-1 456]	403 [204-601]
Femmes 60 ans et +	4,9 [4,5-5,3]	52 [40-64]	10 [5-15]

Tableau 8 : Diagnostic des infections à *Chlamydia* en France en 2016 en fonction de l'âge, de la région et du sexe

On constate à travers ce tableau et l'enquête LaboIST que les infections à *Chlamydia* touchent en premier lieu les femmes âgées de 15 ans à 24 ans en Ile-de-France (5682/100000). De manière générale, les femmes sont plus touchées que les hommes. Les DOM sont plus touchés que la métropole, en particulier les jeunes de 15 ans à 24 ans avec un taux de 485/100 000 pour les hommes et 1761/100 000 pour les femmes.

Bien que ces chiffres de dépistage soient en augmentation, ils sont certainement sous-estimés car cette IST est majoritairement asymptomatique, donc toutes les personnes infectées ne sont pas forcément dépistées. (92)

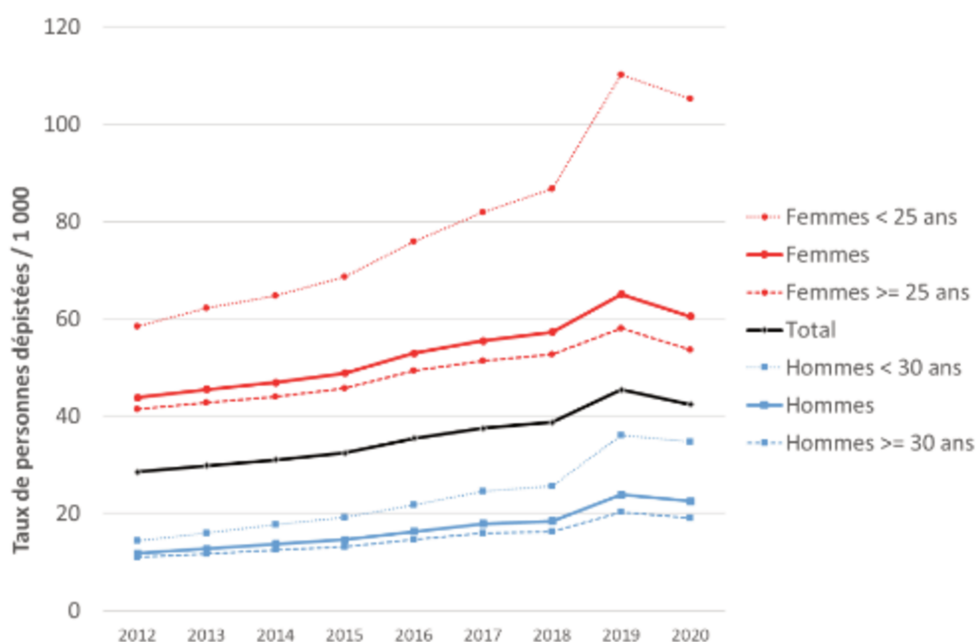


Image 24 : Taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* en France entre 2012 et 2020

L'année 2020 n'étant pas interprétable à cause de la pandémie de Covid-19, la dernière année étant interprétable est 2019. On constate à travers les études que les infections à *Chlamydia trachomatis* entre 2012 et 2019 sont en constante augmentation. Les femmes sont plus majoritairement touchées que les hommes et surtout les femmes jeunes ayant moins de 25 ans (comme évoqué précédemment). (93)

2) Infection à gonocoque

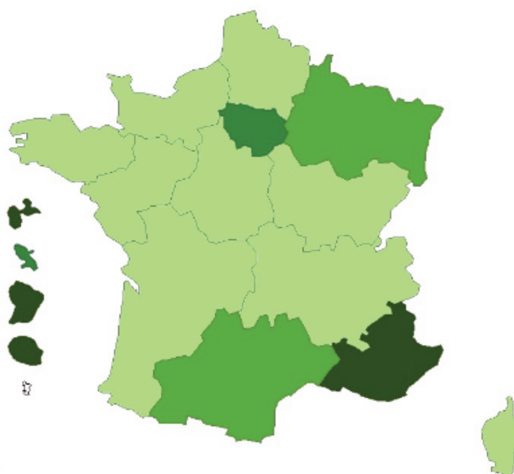


Image 25 : Diagnostic d'infection à gonocoque en France en 2016 en fonction des régions

En 2016, en France, on dénombre presque 50 000 infections à gonocoque (49628). On estime qu'il y a 91/100 000 personnes qui ont contracté cette infection, ce qui représente une hausse de 3,3 points par rapport à 2012. Sur cette carte, on constate que des régions sont plus impactées, par exemple la région PACA, l'Ile-de-France, le Grand Est, l'Occitanie ou encore les DOM.

Gonococcies	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM
Hommes 15-24 ans	196 [159-233]	277 [217-337]	385 [172-599]
Hommes 25-59 ans	87 [70-104]	184 [140-228]	160 [70-250]
Hommes 60 ans et +	3 [3,5-4,4]	11 [8-15]	20 [5-47]
Femmes 15-24 ans	107 [93-122]	180 [128-232]	500 [304-696]
Femmes 25-59 ans	25 [22-28]	26 [21-32]	194 [22-366]
Femmes 60 ans et +	1,4 [1,07-1,76]	2 [1-3]	10 [8-12]

Tableau 9 : Diagnostic des infections à gonocoque en France en 2016 en fonction de l'âge, de la région et du sexe

On constate à travers ce tableau et l'enquête LaboIST que les hommes (hors Île-de-France) sont plus touchés de manière générale sur le territoire. En particulier, ce sont les hommes âgés de 15

ans à 24 ans (196/100 000). Les femmes, elles, sont moins touchées. Les plus touchées d'entre elles ont entre 15 ans et 24 ans hors Ile-de-France (107/100 000). La région Île-de-France, elle, connaît un taux plus élevé que la moyenne nationale surtout chez les jeunes de 15 ans à 24 ans, avec un taux de 277/100 000 pour les hommes et 180/100 000 pour les femmes.

Dans les DOM, ce sont les femmes entre 15 ans et 25 ans qui sont les plus touchées avec un taux de 500/100 000 et pour les hommes, ce sont ceux ayant entre 15 ans et 24 ans qui sont également les plus touchés avec un taux de 385/100 000.

Bien que ces chiffres de dépistages soient en augmentation, ils sont certainement sous-estimés car cette IST est majoritairement asymptomatique, donc toutes les personnes infectées ne sont pas forcément dépistées. (92)

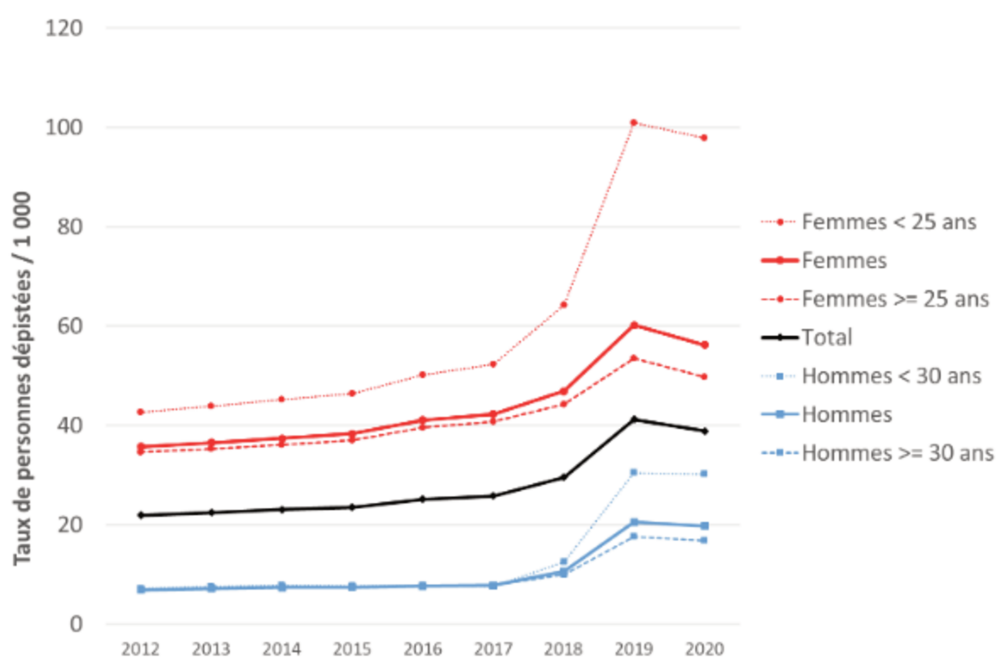


Image 26 : Taux d'infection à gonocoque en France entre 2012 et 2020

L'année 2020 n'étant pas interprétable (pandémie de Covid-19), on constate qu'entre 2012 et 2019, les infections à gonocoque ont augmenté en France. A noter qu'entre ce graphique et les chiffres précédents, on note une différence entre les chiffres de contamination étant donné les sources variables (données issues de laboratoires privés qui sont différentes des chiffres publics et études menées par deux organismes différents, à savoir Santé publique France et l'Assurance maladie).

Même si les deux sources divergent, elles sont en accord pour dire qu'il y a une augmentation des contaminations depuis plusieurs années, et que cette contamination s'accroît au niveau

des jeunes de moins de 25 ans. L'augmentation des contaminations touche les hommes et les femmes avec un taux de contamination moyen de 40/100 000 dans le graphique ci-dessus en 2019.

On observe une augmentation importante des infections à gonocoque entre 2012 et 2019, passant de 22/100 000 à 42/100 000. (93)

3) Infection au VIH

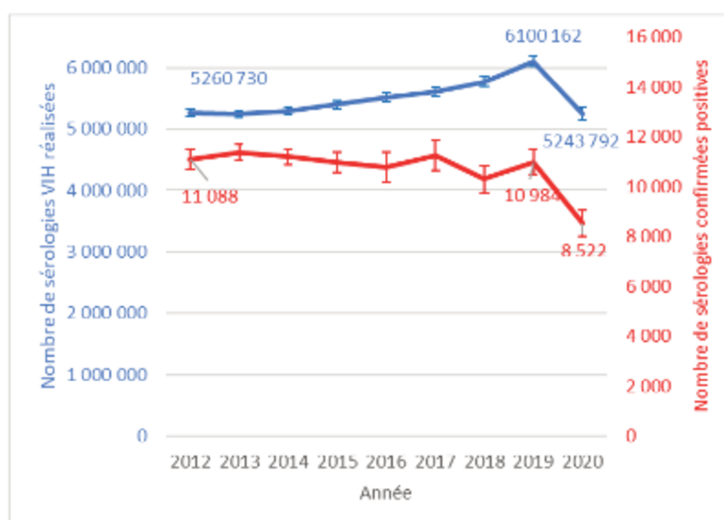


Image 27 : Sérologies au VIH et infections au VIH confirmées en France entre 2012 et 2020

Grace aux dépistages réalisés dans les laboratoires de biologie médicale et les CeGIDD, on constate avec l'enquête LaboIST que le nombre de dépistage est en augmentation depuis plusieurs années.

L'année 2020 est à nuancer, les résultats n'étant pas interprétables du fait de la pandémie de Covid-19 qui vient fausser les chiffres. L'année 2019 semble donc être la dernière année de référence.

En 2019, c'est un peu plus de 6 millions de dépistages qui ont été réalisés (6 100 162). On note une augmentation de 14% des dépistages entre 2012 et 2019.

Du côté des tests positifs, on passe de 11 088 à 10 982 ce qui est relativement constant (baisse de 1%). Les chiffres de 2020 ne sont pas interprétables comme cité précédemment.

Ces chiffres de positivité comprennent les personnes déjà dépistées positives auparavant et qui ont refait un dépistage.

En pharmacie, des autotests de dépistages du VIH sont maintenant disponibles. En 2020, c'est 62 300 autotests qui ont ainsi été dispensés dans les officines. Ce chiffre est en baisse par rapport aux années précédentes mais vient une fois de plus interférer avec la pandémie de Covid-19.

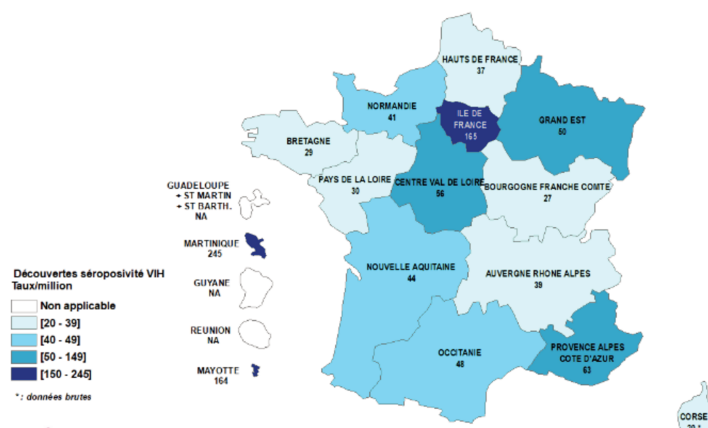


Image 28 : Séropositivité au VIH en fonction des régions en France en 2020

On constate que certaines régions sont plus impactées par la séropositivité au VIH. La région Île-de-France est la plus touchée, ainsi que la Martinique et Mayotte. Les régions Grand Est, PACA et Centre-Val-de-Loire sont également plus impactées que le reste du territoire.

La séropositivité au VIH est découverte en majorité chez les hommes (69%), viennent ensuite les femmes (30%) et les personnes transsexuelles (1%).

14% des personnes infectées par le VIH avaient moins de 25 ans, 64% avaient entre 25 ans et 49 ans et 22% avaient plus de 50 ans. Ces chiffres sont stables au fur et à mesure des années.

Concernant la contamination, elle se fait majoritairement par des rapports hétérosexuels (53%) et par des rapports sexuels entre hommes (42%).

Les hommes sont majoritairement contaminés par des rapports homosexuels (62%) et les femmes par des rapports hétérosexuels (98%). (93)

4) Infection à Syphilis

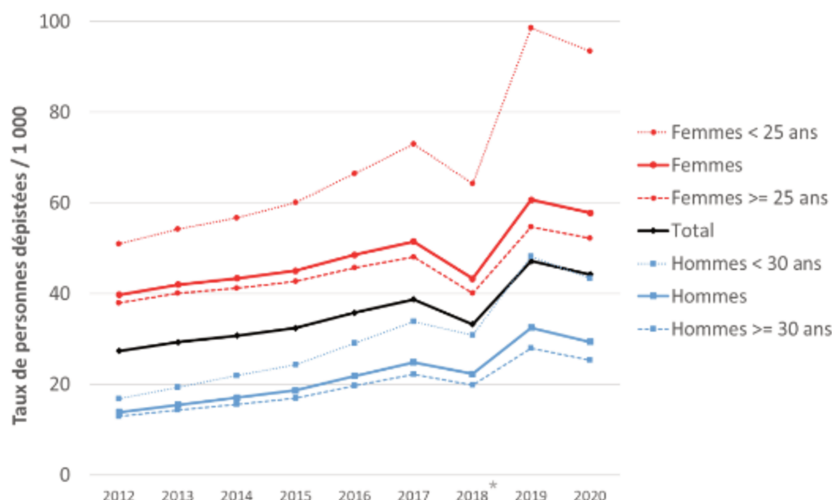


Image 29 : Évolution des infections à la syphilis en France entre 2012 et 2020.

Comme sur les interprétations précédentes, l'année 2020 ne peut être prise en compte avec la pandémie de Covid-19. L'année 2018 ne peut, elle aussi, être prise en compte à cause de données incomplètes. On observe entre 2012 et 2019 une augmentation des contaminations à la syphilis grâce à l'enquête de Santé publique France. La majorité des personnes ayant contracté la syphilis sont les jeunes femmes de moins de 25 ans. Les jeunes hommes de moins de 25 ans sont eux aussi plus touchés que les hommes en général. La plupart des personnes étant asymptomatiques, on estime que les réelles contaminations sont plus importantes. Comme évoqué précédemment, la progression de la syphilis est la plus spectaculaire en France ces dernières années comparé aux autres IST avec quasiment 2 550 000 contaminations en 2019. On passe ainsi d'un taux d'infection de 28/100 000 en 2012 à 48/100 000 en 2019. La progression la plus importante concerne les jeunes femmes de moins de 25 ans, pour lesquelles le taux de contamination en 2012 était de 52/100 000 et passe à 98/100 000. Cela s'apparente presque à un doublement des cas positifs en 7 ans. (93)

Concernant les autres IST évoquées précédemment, les données ne sont pas assez connues en France sur le long terme pour pouvoir analyser correctement les données. L'épidémie de Covid-19 n'ayant pas arrangé la chose.

5) Conclusion

Même si l'utilisation du préservatif peut avoir un impact différent en fonction des IST, il n'en reste pas moins la première solution pour lutter contre les infections. Son usage est irrégulier en France, malgré des décennies de sensibilisation (coût du préservatif, sensibilisation, auto-investissement des personnes, changement d'image du préservatif). Les études confirment qu'il n'est pas encore assez utilisé lors des rapports sexuels avec pénétration (quel que soit le type de relation).

Il est alors important d'insister sur son utilisation en utilisant des méthodes alternatives comme la prévention ou encore en utilisant des alternatives comme des interventions comportementales. Il faut agir au cœur du problème en agissant en amont de la contamination. C'est ainsi que le préservatif est la pierre angulaire de la lutte contre les IST, c'est ce pourquoi depuis le 1^{er} janvier 2023, il est pris en charge par l'assurance maladie pour les jeunes de moins de 26 ans. Les dépistages eux doivent s'accroître afin de réduire de manière importante le taux dans la population de personnes contaminées et asymptomatiques.

C'est ainsi que plusieurs pistes sont encore en développement, comme le dépistage de *Chlamydia* chez les jeunes femmes, la notification des partenaires sexuels après diagnostic d'une IST ou encore le remboursement des tests de dépistage (s'étant développé depuis peu).

Les conseils en santé sexuelle doivent se développer, notamment pour les personnes atteintes par le VIH. Le but est de couper les chaînes de contamination pour mieux maîtriser le développement des IST.

Un suivi doit se faire également sur la résistance antimicrobienne face aux antibiotiques afin de prévenir l'apparition de pathogènes multirésistants. Il faut intensifier la surveillance pour détecter au plus vite les IST émergentes, comprendre les nouveaux comportements à risques qui se développent avec les générations, comprendre les obstacles et améliorer l'accès à tous les outils disponibles (notamment la prévention).

Il est important de surveiller les évolutions des contaminations et prendre de nouvelles mesures en voyant que les infections à chlamydia, gonocoque ou encore syphilis sont en augmentation ces dernières années. Le VIH lui semble se stabiliser. Il apparaît comme essentiel de comprendre pourquoi ces IST sont en augmentation. (94)

Conclusion générale

La santé des jeunes a pris de plus en plus de place ces dernières décennies. Les lois, les décrets et autres textes législatifs de santé comprennent systématiquement une catégorie pour les jeunes. Comme nous l'indique l'OMS, la santé est « *Un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence d'infirmité* ».

Le ministère de la santé, avec l'aide de Santé publique France effectue des enquêtes régulières pour avoir des statistiques sur la santé de la population française. Même si ces études sur la population ont leur part d'incertitude (épidémie de Covid-19, études faites sur une partie de la population), ces études restent fiables et abouties.

La consommation d'alcool chez les jeunes a diminué ces dernières années grâce notamment à des décisions politiques. Seulement 2,3% des jeunes de 18 à 25 ans en France en 2017 consommaient de l'alcool quotidiennement. On a observé une forte baisse vers 2009, ce qui concorde avec la loi HPST. En revanche, les API ont augmenté ces dernières années avec des causes multiples : culturelles, évolution des normes parentales, sensibilisation et prévention.

Les jeunes Français sont parmi les Européens les plus consommateurs d'alcool. Cela peut s'expliquer par l'histoire de notre pays, nos traditions et notre gastronomie. Le problème concernant l'alcool n'est donc pas l'alcoolisation chronique mais l'alcoolisation aigue. L'alcoolisation chronique se réduit avec les campagnes de prévention au fur et à mesure des années. En revanche, il est compliqué d'agir sur l'alcoolisation aigue, étant donné que c'est un comportement individuel. On doit donc agir au niveau collectif, en interdisant les opens bars, tout en effectuant de la sensibilisation individuelle également. L'injonction n'a plus sa place dans notre politique de santé et il faut maintenant rendre les jeunes acteurs de leur santé. Il faut par ailleurs développer les compétences psychosociales des jeunes sur les produits addictifs et faire de la prévention complète, c'est-à-dire informer, repérer, accompagner et prendre en charge. Comme évoqué par le ministre Olivier Véran, il est essentiel de communiquer avec les codes de la jeunesse à savoir les réseaux sociaux. Les jeunes sont informés avec Tiktok en 12 secondes. C'est à travers les applications et les smartphones que l'on va réussir à faire cette transition.

La consommation de tabac est la principale cause de décès par cancer en France. Les cancers provoqués sont multiples et touchent des organes différents. Selon l'épidémiologiste Catherine Hill, la prévention est le seul moyen pour réduire les risques de cancers. En France, la

consommation de tabac commence pour 80% des personnes avant l'âge de 18 ans. C'est donc sur les jeunes qu'il faut agir en priorité afin de réduire de manière significative le nombre de fumeurs quotidiens dans l'hexagone. Bien que des décisions politiques ont été prises depuis de nombreuses années, la Loi Veil n'a pas eu d'effet marquant sur la baisse de consommation de tabac en France (simple encadrement publicitaire). C'est à partir de la loi Évin de 1991 avec l'augmentation des prix du paquet de cigarette que la courbe de consommation s'est inversée. À la suite de cette loi, les ventes de tabac ont été divisés par 2. Les différents Plan Cancer successifs ont accéléré cette décroissance des ventes, tout en favorisant l'approvisionnement dans les pays voisins où le prix du tabac est en général moins élevé (Belgique, Espagne...). On constate alors une baisse du nombre de jeunes fumeurs. Chez les jeunes de 16 ans, c'est une baisse de 19% qui a été observée entre 1999 et 2019. Les expérimentations ont également chuté de 32% sur cette même période.

Néanmoins, la cigarette électronique arrivée sur le marché il y a quelques années touche les jeunes, notamment les lycéens, avec une augmentation de l'usage de 17% entre 2015 et 2018. Comme l'indique monsieur le ministre Olivier Véran, on peut s'inspirer de ce qui est fait à l'étranger, notamment en Angleterre : ils ont reconnu la cigarette électronique comme étant un outil de sevrage ce qui a eu pour conséquence de faire chuter la consommation de tabac. Le but est d'encadrer cette mesure en évitant de mettre des goûts attirants, notamment les parfums bubble-gum afin d'éviter la dépendance à la nicotine chez les jeunes.

Les messages du type « fumer tue » ou « boire avec modération » ne sont plus d'actualité. Encore une fois, c'est par les nouveaux canaux d'information que la prévention doit passer, notamment les réseaux sociaux. Les études doivent continuer à être menées pour voir si la cigarette électronique ne provoque pas de cancer. Il faut vérifier aussi que ce n'est pas un moyen d'entrer dans la dépendance à la nicotine (ça ne serait pas le cas selon Olivier Véran). Il faut veiller à ce que les jeunes ne rentrent pas dans l'addiction à la nicotine à cause de la cigarette électronique car elle possède un fort pouvoir addictif. Il est cependant préférable de passer du tabac à la cigarette électronique que de commencer directement la cigarette électronique.

Le ministre est favorable à la reconnaissance de la cigarette électronique comme outil de substitution pour les consommateurs. Il a sollicité les autorités scientifiques en ce sens, afin d'obtenir un remboursement pour la cigarette électronique, mais celles-ci ne sont pas encore d'accord. Il faut pourtant tendre à les voir comme un outil de sevrage. La preuve de l'efficacité de cette mesure a été faite en Angleterre.

Comme évoqué précédemment, la France se donne pour objectif à l'horizon 2030 la première génération adulte sans tabac (<5%). Pour le ministre, cette mesure ne sera pas réalisable, étant

donné que nous avons du retard par rapport à nos voisins européens. La réduction du tabac en revanche peut encore se faire car le tabac devient ringard, l'image de celui-ci est abimée. La seule méthode serait d'interdire le tabac dans la loi, ce qui n'est pas d'actualité. On tend à une forte réduction qui s'est enclenchée depuis des années, mais cette réduction présente des limites. La prévention a tout son rôle à jouer là-dedans.

Concernant les IST, le préservatif semble être l'arme la plus aboutie que nous ayons. Malheureusement, celui-ci n'est pas encore totalement utilisé et on cherche actuellement à changer l'image du préservatif comme étant un outil du quotidien et à gommer son ancienne image. Des efforts se développent en ce sens, comme la prise en charge par l'assurance maladie de celui-ci pour tous les jeunes de moins de 26 ans depuis le 1^{er} janvier 2023. Néanmoins, selon l'ARS d'Amiens, on assiste à une baisse d'utilisation de celui-ci. Cela s'expliquerait par une prise de risque consciente avec la libération des mœurs et la libération des pratiques. Le sous-usage de celui-ci s'explique aussi par l'entrée de plus en plus tôt dans la vie sexuelle sans pour autant avoir des notions de protection face aux IST.

Les principales IST, quant à elles, progressent sur le territoire. Parmi elles, on peut citer les infections à *Chlamydia*, gonocoque ou la syphilis. Le VIH, quant à lui, semble se stabiliser sur le territoire. Certaines régions, comme l'Île-de-France semblent être plus touchées que d'autres. Il est alors essentiel de comprendre pourquoi ces maladies sont en augmentation ces dernières années. Les facteurs seraient variables (réseaux sociaux, applications de rencontre ou mobilité par exemple). Les réseaux sociaux doivent être ciblés pour faire de la prévention auprès des jeunes afin de donner une nouvelle image des dépistages. La sensibilisation passe aussi par du cas par cas. Les grands messages de prévention ne touchent pas assez les jeunes. Il faut faire du « aller vers », comme c'est le cas avec le service sanitaire. Il est important d'expliquer aux jeunes qui entrent dans une vie sexuelle que les IST existent et leur apprendre ce qu'est un rapport à risque. Tout ce travail de fond doit être accentué pour impacter le plus de jeunes possibles. Il est essentiel de passer par un concept de sexualité épanouie chez les jeunes pour faire de la prévention et non pas se focaliser sur les conséquences des prises de risques. La prévention doit également se passer entre les jeunes eux-mêmes, avec cette notion de travail entre pairs qui aura un impact plus significatif.

Le PLFSS 2023 prévoit que n'importe quel jeune pourra aller dans un laboratoire de biologie médicale pour faire un dépistage sans ordonnance, ce qui est une avancée. Le but à terme est aussi de s'appuyer sur le planning familial qui peut entrer dans les collèges ou lycées pour faire de la prévention. L'éducation nationale elle ne se considère pas en charge de la santé sexuelle

des jeunes par manque de moyens. On peut aussi s'appuyer sur les associations. Le but est de déringardiser toutes ces institutions et de leur donner une place centrale.

La prévention prend tout son sens ces dernières années et doit continuer de s'amplifier. Comme le dit Olivier Véran, 1€ investi correctement dans la prévention, c'est plusieurs euros d'économisés plus tard. Le problème étant de faire la différence entre les dépenses immédiates et les économies tardives. Le gouvernement actuel fait le choix d'assumer davantage les dépenses de prévention, cela coûte plus cher mais des résultats positifs seront constatés dans 10 ou 15 ans.

La dette fiscale du tabac par exemple était de 120 milliards d'euros. C'est 6 fois plus que ce que cela rapporte à l'Etat en matière de fiscalité. Mais c'est sur l'avenir qu'il faut voir les choses et nous verrons normalement une baisse des cancers d'ici 20 ans.

La prévention doit se développer, mais il faut limiter la prévention collective qui crée des inégalités. Elle profitera en réalité aux classes sociales favorisées. La prévention doit davantage passer par le « aller vers » qui cible au mieux les besoins d'une population comme cela a été le cas avec les vaccins pour la Covid (avec les vaccibus). Il faut aller au plus près des gens pour limiter les comportements à risques, mais cela est plus coûteux et plus long. Cela n'empêche pas d'avoir des messages collectifs qui marchent. Il faut également répéter les messages de prévention qui à terme peuvent être oubliés.

Les entretiens de prévention doivent se développer, comme cela est évoqué dans le PLFSS 2023. Ce sont des entretiens pour les personnes de 20 à 25 ans, de 40 à 45 ans et de 60 à 65 ans. Le but est d'aller chez le médecin généraliste, non pas parce qu'on est en mauvaise santé, mais parce qu'on est en bonne santé. Le but est de contrôler lors d'un entretien long, l'état de santé d'une personne et de voir si des axes d'améliorations sont possibles. C'est grâce à la prévention qu'à terme nous réussirons à faire des économies sur la santé. Olivier Véran semble néanmoins douter de la réussite de ces entretiens avec un premier facteur négatif qui est le temps que les médecins généralistes devront accorder à la population.

Pour faire avancer les choses, des mesures doivent être prises par le gouvernement. Le corporatisme de notre pays, comme l'évoque Olivier Véran, est un frein au développement de nouvelles mesures qui doivent se mettre en place. La France accuse quelques années de retard en ce sens sur les politiques de prévention mais on observe un virage sans précédent afin de rattraper le retard accumulé.

Pour optimiser la prévention, il est important de développer les partenariats avec les acteurs locaux. C'est le cas par exemple des maires comme indiqué par Olivier Véran. Ce sont des acteurs clefs qui ont une connaissance privilégiée de leur population et de ses besoins. Les politiques qui ont permis les plus grandes avancées en matière de santé publique ou d'allongement de l'espérance de vie ont été des politiques municipales d'inspiration nationale. Les ARS également présentes sur tout le territoire ont leur rôle à jouer en matière de santé publique. Elles ont les éléments pour réunir des acteurs autour d'un même projet. Au travers d'un seul projet, ce sont plusieurs personnes qui doivent se réunir tout en prenant en compte de multiples facteurs comme l'environnement, le financement ou encore les différentes classes sociales. Les objectifs sont nationaux mais les actions seront territoriales. Les ARS doivent suivre la Stratégie nationale de la santé et développer en fonction des besoins de leurs territoires, certains points qui sont essentiels. Les besoins ne sont pas les mêmes d'un territoire à un autre et le but est de faire un maillage territorial avec des locaux et créer des liens de confiance. L'approche par territoires est ainsi essentielle. Bien que ces instances œuvrent à la proximité avec la population, les enveloppes budgétaires qui leurs sont accordées les limitent parfois sur certaines missions.

Annexe 1 : Entretien Olivier Véran

Compte rendu de l'interview de monsieur Olivier Véran, ancien Ministre des Solidarités et de la Santé, Ministre délégué chargé du Renouveau démocratique, Porte-parole du gouvernement, Député de la première circonscription de l'Isère.

Hôtel de Castries, 72 rue de Varennes, Paris

Le 20 octobre 2022

- Quelle est la stratégie du gouvernement concernant la consommation de produits addictifs (alcool et tabac) chez les jeunes lorsque vous étiez ministre de la Santé et durant les années à venir ?

J'ai été député dans le mandat d'avant, j'étais rapporteur santé sur la loi de Marisol Touraine ; étant ministre de la Santé, on avait fait des choses pour le binge drinking.

Il y a deux choses sur l'alcoolisation des jeunes, le problème c'est moins l'alcoolisme chronique que l'alcoolisation aiguë, brutale. On avait regardé les produits mais c'est souvent la bière fortement alcoolisée ou les mixtes (vodka, boissons préparées) qui sont en cause donc on avait augmenté la fiscalité sur ces produits à plusieurs reprises pour que ce soit moins rentable. On a fait une politique de santé publique avec des politiques de prévention et des messages de prévention, on est passés aussi par des vecteurs jeunesse, par des mutuelles étudiantes, on avait fait une campagne nationale destinée au jeune public pour dire « attention le binge drinking ce n'est pas terrible ». On a fait des reportages et articles sur le binge drinking pour faire comprendre les dommages sur le cerveau chez les jeunes.

Il y a eu l'interdiction des open bars dans les soirées étudiantes pour limiter les consommations dans les soirées.

Le problème c'est que le binge drinking est un comportement individuel libre donc on ne peut pas le réguler, il n'y a pas d'amende, le côté régalien ne peut pas interférer avec les modes de consommation individuels. Par contre on peut le faire de manière collective, c'est le cas avec les soirées open bar, avec la sensibilisation et la prévention. De manière générale j'avais confié une mission à Pauline Martinot, j'avais une quinzaine de jeunes étudiants (par ailleurs il y avait des étudiants en pharmacie), j'avais confié une mission il y a 1 an et demi pour faire un rapport sur la santé publique des jeunes donc j'avais prévu de mettre des dispositifs en place pour

communiquer avec les codes de la jeunesse. Le sujet était la manière dont on peut toucher les jeunes, ce n'est pas avec des panneaux dans la rue qu'on va les toucher et le temps de l'injonction n'est plus d'actualité. Il faut les rendre acteurs de leur santé. Je crois beaucoup aux applications, aux smartphones.

J'ai regardé ce qui marche à l'étranger, les Anglais eux ont pris la réduction des risques purs, ils ont remplacé la cigarette par la vap (cigarette électronique) en reconnaissant la cigarette électronique comme étant un outil de sevrage, ils ont fait chuter le tabac. Tout en mettant des warnings car des produits dérivés sont apparus en mettant des parfums Bubble-gum destinés à mettre les jeunes dans des situations d'addiction à la nicotine.

L'Australie avait fait un concours entre lycées, c'était le premier lycée sans tabac : l'établissement recevait un prix donc les étudiants aussi. Il faut mettre des challenges car les jeunes ont besoin d'être acteurs. Ce qui est sûr c'est que les messages classiques « fumer tue » et « boire avec modération » ne sont plus d'actualité.

- Faut-il cibler tous les réseaux sociaux ?

Bien sûr, les jeunes s'informent sur tiktok en 12 secondes, ça doit passer maintenant largement avant le reste.

- Pourquoi la prévention a-t-elle pris une place si importante ces dernières années ? Est-elle vouée à continuer d'avoir une place importante ? Les effets attendus sont-ils au rendez-vous ?

Il faut la développer, mais laquelle ? Quand on fait de la prévention collective à l'échelle d'une population, on creuse les inégalités. Les CSP+ ont accès à l'information, ils s'informent et ils retiennent davantage que les gens précaires. Mais ceux que l'on veut toucher, ce sont les précaires. Ces campagnes collectives auront donc un effet mais surtout sur les classes sociales favorisées.

Pour les catégories défavorisées, c'est le « aller vers » qui marche comme on a fait lors de la vaccination. Le taux de couverture vaccinale dans les quartiers populaires n'était pas bon, on a mis des vaccibus avec des médiateurs qui allaient taper à la porte des gens, les centres commerciaux etc.

On le voit aussi avec les dépistages de cancer du sein dans les milieux populaires. Il faut aller chercher les gens pour limiter les comportements à risques mais c'est plus coûteux et plus long.

Il faut aller vers les gens. Ça n'empêche pas d'avoir des grands messages collectifs qui marchent.

- Quel rôle le pharmacien d'officine a-t-il à jouer dans la prévention de la consommation de tabac, d'alcool et des IST ?

De plus en plus, on l'a vu avec les vaccins Covid heureusement qu'ils étaient là. Il y a beaucoup de corporatisme dans notre pays donc les choses mettent du temps à bouger. L'avantage avec le Covid c'est qu'on a pu tout bouger en 2 jours. Le problème post crise c'est qu'on voit un retour à l'avant, ce qui est dommage. Le pharmacien a un rôle majeur à jouer. Pour exemple, les TROD, les tests rapides de dépistages doivent se développer. Un patient qui a une angine demain doit pouvoir aller se faire dépister dans une pharmacie, et repartir avec son antibiotique sans passer par la case médecin sauf si c'est nécessaire. Ce n'est pas le pouvoir public ni le politique qui va ralentir les choses mais plutôt le corporatisme.

- Pourquoi la consommation de tabac et d'alcool en France chez les jeunes générations est-elle plus importante que la moyenne européenne ? Que faire pour accélérer la baisse de la consommation ?

J'ai du mal à l'expliquer. Je n'ai pas la réponse, des experts doivent savoir mieux que moi.

Il faut savoir aussi que la pénalisation de l'usage, de la possession et de la culture de drogue dans le Code pénal relève de la fin des années 60 quand on a terminé de perdre les dernières colonies donc tant qu'on était producteurs c'était légal. Quand on a arrêté de produire c'était illégal. Aujourd'hui on voit le débat sur la réintroduction du cannabis qui est porté par des territoires ruraux qui veulent en tirer un bénéfice économique. Il y a un lien très fort. Historiquement la France était un pays producteur de tabac et l'alcool, nous sommes le pays du vin. Ça compte très probablement.

- Le service sanitaire : premiers retours ?

Des milliers de jeunes sont embarqués dedans, c'est déjà positif pour les jeunes eux-mêmes car se former pour faire de la prévention ça veut dire qu'on est soi-même sensibilisé.

On ancre dans la tête des futurs professionnels que la prévention ça compte et on les rend acteurs eux-mêmes, on leur donne les outils pour être les acteurs de prévention de demain. C'est

forcément bénéfique. Ensuite [concernant] les aspects populationnels, j'espère qu'il y a des études qui sont conduites pour connaître l'impact positif sur les populations qui sont touchées. Des jeunes qui parlent à des jeunes c'est mieux.

- Débat relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale à partir du 20 octobre (PLFSS 2023) : entretien de prévention à 20-25 ans, 40-45 ans, 60-65 ans : pourquoi choisir ces âges et de quel type sera cette prévention ? Quel impact est attendu ?

Pour être tout à fait honnête je ne sais pas si ça marchera. Il y a déjà eu des consultations obligatoires qui ont été supprimées de la loi car ça ne marchait pas, le seul modèle qui est fonctionnel et encore pas à 100% c'est MT DENT pour emmener son enfant à 10 ans chez le dentiste pour un bilan gratuit de l'ordre de 100%. C'est plutôt le message de dire aux gens à un certain âge de la vie il faut faire un check up complet, c'est pris en charge, vous n'avez pas à vous poser la question.

Ironent ceux qui peuvent en bénéficier, peut être que ça sera proposé par les professionnels, ils en étaient demandeurs, peut être que ça marchera mieux qu'il y a 10 ans, 15 ans, peut être que le pays est plus préparé, on verra, je ne suis pas certain. C'est le médecin généraliste qui va recevoir son patient et qui va faire une consultation longue, vous venez non pas parce que vous êtes malade mais parce que vous allez bien et on va vérifier si vous allez bien et on va faire un bilan. Le problème c'est que les médecins sont tellement saturés de boulot que ça sera compliqué. Je suis favorable à la mesure mais je ne suis pas certain que cela soit réalisable.

- Le tabac chez les lycéens régresse mais la cigarette électronique a augmenté de 17% entre 2015 et 2018 chez les lycéens, que faut-il faire ? Faut-il s'inquiéter ?

Il faut déjà continuer la recherche pour montrer que ça n'apporte pas de cancer, a priori les résultats sont plutôt positifs, ensuite vérifier que ce ne soit pas une porte d'entrée dans la consommation de nicotine (j'ai vu passer un papier qui disait que ce n'était pas trop le cas) et moi je suis très favorable à ce qu'on le reconnaisse comme outil de substitution pour les consommateurs. Donc une fois qu'on a connu la nicotine c'est compliqué de s'en détacher totalement c'est mieux si on y arrive mais la nicotine en soi ne présente pas de dangerosité. Par contre elle présente un pouvoir addictif énorme donc si un jeune rentre dans l'addiction à travers

la cigarette électronique ce n'est pas bon. En revanche si un jeune qui fume décide de basculer sur une cigarette électronique ça me gêne moins.

Il faut aussi éviter le marketing comme les cigarettes électroniques avec les parfums Bubble-gum qui rappellent les bonbons, ça je suis très opposé, par contre qu'il y ait une prescription de la cigarette électronique et pourquoi pas demain un remboursement, j'ai plusieurs fois sollicité les autorités scientifiques pour leur dire d'y aller, ils disent « non » pourtant c'est arrivé en Angleterre avec une baisse monumentale de la consommation de tabac. Il faut tendre à le voir comme un outil de sevrage.

Nous ne sommes pas bons en réduction des risques dans notre pays, on a été plombé dans les années 80 avec des patriarches qui étaient axés sur la psychanalyse, ces personnes disaient que quand quelqu'un était en situation d'addiction, par exemple les héroïnomanes ce n'était pas bon. La France a pris beaucoup de retard sur ça par rapport à ses voisins, aujourd'hui on en est sortis mais on accuse toujours un retard important. Pour les salles de shoot par exemple, on a ouvert la première en France 30 ans après la Suisse et encore aujourd'hui c'est discuté et je me bats chaque année pour que ça ne soit pas retiré de la loi. Les associations ont leur rôle à jouer aussi, si elles n'étaient pas là, on serait sûrement encore en train de discuter.

- Objectif génération sans tabac en 2030 (<5%) : pensez-vous que le défi sera réalisable ?

Non. Zéro tabac non mais réduire le tabagisme des jeunes oui car le tabac devient de plus en plus ringard. L'image du tabac est abimée, fumer dans les bars, les restaurants, les boites de nuit : les fumoirs dans les boites de nuit c'est l'horreur, on sort de là on sent le tabac, tout cela ne donne pas envie. On est dans un moment aussi où les gens font de plus en plus attention. On va avoir une réduction forte du tabagisme chez les jeunes mais zéro tabac, à moins d'inscrire dans la loi qu'on ne vend plus de tabac aux jeunes qui sont nés après telle date c'est plus compliqué.

- Pensez-vous qu'il faut développer les partenariats avec les acteurs locaux ? Que peuvent-ils apporter ?

Les maires par exemple. Combien de contrôles sont réalisés chaque année dans ce pays par la police municipale à la sortie d'un bureau de tabac pour vérifier que les jeunes ne sortent pas avec un paquet de tabac ? Les grandes avancées en termes de santé publique, les grandes

réductions de mortalité ça a été : le tout à l'égout, l'éclatement des murs dans les cités fortifiées, l'évacuation des ordures, l'eau courante. C'est là qu'on a gagné beaucoup en espérance de vie. Ça a été des politiques municipales d'inspiration nationale. Il ne faut plus qu'il y ait un seul plan local d'urbanisme sans qu'il y ait une attention portée, un impact sur la qualité de l'air, tout ça doit être pensé à l'échelle municipale. J'avais signé une tribune et fait passer un amendement quand j'étais député pour qu'il y ait une prérogative des élus locaux en matière de santé publique, pas la gestion du risque sanitaire mais la santé publique.

- Alignement des prix européens du tabac : est-il respecté ? La baisse de consommation en fonction de l'augmentation du prix du paquet n'est-elle pas masquée par l'achat à l'étranger ? (Ex Belgique pour les Hauts-de-France)
(Augmentation de 50 centimes en 2023 et 35 centimes en 2024 PLFSS 2023)

On fait beaucoup de contrôles, beaucoup de saisies de tabac de contrebande, c'est sûr que l'écart de prix a un impact mais il vaut mieux augmenter le prix du paquet de tabac car ça fait baisser la consommation générale, maintenant c'est sûr que les douanes font énormément de contrôles et de saisies de tabac. Pendant le Covid d'ailleurs on a vu une diminution des gens qui fumaient parce qu'ils ne pouvaient plus passer la frontière pour aller chercher leur tabac.

- PLFSS 2023 : dépistage sans ordonnance des IST, modalités ? Le but est-il de prendre en charge plus rapidement ou de pousser la population à faire des dépistages ?

On rentre dans une pharmacie ou un laboratoire, on parle de rapport non protégé et on fait la totale. C'est plutôt une bonne chose ça. Par exemple en laboratoire sans ordonnance et sans déboursier 1€ pour le VIH. L'idée c'est de le faire sur l'ensemble des IST car on voit quand même une augmentation (avec les applications tinder, grindr etc.) on voit qu'il y a un impact sur la circulation de la Chlamydia par exemple. J'avais peur moi de la résurgence de la syphilis il y a une dizaine d'années mais on n'en constate pas en France mais sur d'autres pays ça circule pas mal. Il faut rappeler aux gens que ça peut se développer, en particulier chez les jeunes filles pour Chlamydia et gonocoque qui sont en augmentation, car ça peut provoquer des salpingites et elles peuvent se retrouver stériles. Le danger est plus important pour les femmes, pour les hommes c'est plus souvent asymptomatique, ça se traite par des antibiotiques quand même. Le problème c'est qu'on est nuls en éducation sexuelle car l'éducation nationale ne se considère pas en charge de ça avec les moyens qu'ils ont, on peut faire rentrer le planning familial dans

les établissements scolaires, les associations et insister là-dessus. Il faut aussi déringardiser les structures sanitaires existantes pour les jeunes, là aussi il faut du « aller vers ».

- Comment lutter contre l'augmentation des dépenses de santé liées aux conséquences de l'usage de tabac, d'alcool ?

Déjà 1€ investi correctement dans la prévention, ce sont plusieurs euros économisés plus tard. Le problème c'est qu'il faut faire la différence entre les dépenses immédiates et les économies tardives. Quand on gère des budgets et qu'on n'est pas à l'équilibre, souvent on regarde au plus pressé. Là on a fait une bascule en assumant davantage les dépenses de prévention, ça nous coûte plus cher et on aura des résultats positifs dans 10 ou 15 ans. De mémoire la dette sociale du tabac avait été estimée à 120 milliards d'euros. C'est-à-dire 6 fois plus que ce que ça nous rapporte en matière de fiscalité. Mais c'est plus tard. C'est limiter un cancer dans 20 ans. Pour la dette sociale il y a des calculs qui ont été fait sur les nombres d'années de vie perdues versus l'investissement de l'éducation en termes de productivité des gens, c'est extrêmement lourd. Si on supprime le tabac et l'alcool de notre pays, à très court terme on met à plat un pan de l'économie et on permet des recettes fiscales et dans 20 ans on aurait une espérance de vie qui aurait grimpée et on aurait beaucoup moins de dépenses de santé (cancer, maladies cardiovasculaires) et on serait gagnants, mais bon, les retirer ça ne marche pas non plus.

Annexe 2 : Entretiens à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Amiens

Compte rendu des interviews réalisées à l'ARS de Picardie

Agence Régionale de Santé de Picardie, 52 rue Daire, 80 000 Amiens

Le 3 mars 2023

Questions générales sur la prévention

Interview de Mme Amandine Dejancourt, Directrice Adjointe de la Direction – Prévention et Promotion de la santé – et sous-directrice de la sous-direction Animation Territoriale .

- Comment mettez-vous en place les politiques de santé sur le terrain ?

Les ARS sont des établissements qui sont autonomes mais sous tutelle du ministère.

Les politiques de santé découlent des orientations du ministère.

Par exemple sur les jeunes, il faut mettre en place des programmes, mettre en place les instructions (développement du risque suicidaire, premier secours en santé mentale...).

Nous répondons à des appels à projets pour valider ou non un financement.

Nous avons des directives nationales avec la stratégie nationale de santé qui est faite pour 5 ans. Un axe complet concerne les jeunes pour la stratégie nationale de 2023. Pour celle de 2017, il n'y avait pas d'axe sur les jeunes.

Nous avons mis en place un plan d'action pour les jeunes il y a quelques temps pour la prévention : on a analysé le comportement des jeunes, l'environnement des jeunes, on a envisagé une approche plus ciblée. Un axe sur la santé, sur l'observation des jeunes a été tracé puis un axe autour de la santé mental / addiction a également été tracé. Il est important de définir des axes car nous avons les données statistiques mais il faut savoir quoi en faire. Le plus compliqué avec les jeunes est de savoir comment on communique.

Il est évident qu'il faut travailler avec les réseaux sociaux mais avec la crise de la COVID-19, on sait maintenant qu'il est important que les jeunes travaillent entre eux, entre pairs.

- Comment articuler les différents acteurs autour d'un même projet ?

Nous avons plusieurs leviers pour cela. L'essentiel est de mettre les acteurs autour d'une table et de discuter. Il faut ensuite mettre en place une programmation et un plan d'action derrière.

Nous devons également avoir une animation territoriale : se rapprocher le plus possible des territoires et de leurs besoins. Si on agit au niveau d'une région, nous serons vus comme une instance loin de la réalité, un peu comme l'image des personnes politiques. Nous avons encore trop tendance à penser les choses au niveau régional. Les ARS doivent donc travailler avec des contrats locaux de santé.

- Sur qui vous appuyez-vous pour développer la prévention ? Cela se fait-il uniquement en interne (au sein de l'ARS) ?

Les instructions sont nationales. Mais en prévention de la santé, on ne travaille pas seul. La prévention est une approche globale de la personne. Il y a un milieu social, un environnement, un milieu de vie. On doit donc travailler avec l'assurance maladie, le département, les régions et les autres instances de santé.

Lorsque l'on fait de la prévention, on doit aussi avoir un aspect réglementaire, c'est ce qui fait que l'image de la prévention peut parfois être mal perçue (par exemple tenir un stand). Cela peut parfois se révéler compliqué quand on travaille avec d'autres acteurs et que nous n'avons pas les mêmes budgets. De plus, il faut faire attention à tous aller dans le même sens et de ne pas faire clan à part.

- Comment cibler les jeunes ? Les réseaux sociaux sont-ils pour vous le premier axe de développement possible ?

Oui, développer les réseaux est un levier. Cependant il faut cadrer car il reste le risque que les jeunes peuvent voir tout et n'importe quoi.

Santé Publique France devrait donner des messages à véhiculer aux jeunes. Ils peuvent pour cela s'appuyer sur des fédérations, comme la fédération addiction qui sait quels messages sont à délivrer.

Il est aussi important de faire des campagnes de marketing social : elles permettent de travailler sur des campagnes plus ciblées pour les jeunes avec des messages qui vont les marquer.

On peut également faire du nudging : c'est un concept des sciences du comportement qui consiste à inciter les individus à adopter des comportements écoresponsables. Mais cela coûte cher et la question des dépenses fait souvent surface.

Dans les Hauts-de-France, nous avons 43 millions d'euros pour les ARS mais le budget ne bouge pas.

- Qu'est ce qui diffère entre la prévention chez les adultes et chez les jeunes ?

Pour les jeunes, si on s'y prend tôt, on a la possibilité de travailler sur des comportements favorables à la bonne santé.

Avec les jeunes il n'y a pas d'approche moralisatrice, on travaille plutôt sur la réduction des risques tout en leur parlant des comportements à risques. On se base également maintenant sur l'éducation entre pairs comme évoqué précédemment.

- En quoi l'implantation locale des ARS aide à une meilleure prise en charge des jeunes générations ?

Les délégués locaux sont en lien direct avec la population et ils effectuent un travail de fond depuis des années. On se base sur une relation de confiance et les acteurs locaux connaissent leurs territoires qui ont leurs spécificités. Cette approche par territoire est essentielle. Ce n'est pas au niveau régional que l'on peut faire quelque chose, sinon on sera déconnecté de la réalité.

Les besoins ne sont pas les mêmes d'un endroit à un autre.

- Quels sont les points à développer pour avoir une prévention optimale ?

Les jeunes sont prioritaires pour ainsi dire depuis toujours. On constate qu'il y a une fracture sociale qui se creuse dans le sens où les personnes en bonne santé ont accès aux soins, mais pas les personnes défavorisées. Plus une personne est en situation de précarité, moins elle aura accès aux soins. Cette fracture sociale se ressent encore plus dans la région. On doit donc prioriser à la fois les jeunes, à la fois certains territoires et certaines classes sociales (ici les personnes qui sont dans le besoin). Tout cela fera une prévention optimale.

Le capital santé se construit durant l'enfance. Il est ainsi nécessaire d'injecter de l'argent dès l'enfance. Plus tard, il faut prendre en compte aussi ce qu'on appelle le déterminisme social : les personnes avec une santé précaire étant jeunes auront une santé précaire un fois adulte. Ces personnes termineront probablement avec des affections de longue durée (ALD) et donc coûteront cher à la sécurité sociale quand l'âge avancera. C'est donc dès le plus jeune âge

qu'il faut agir. Le problème est que la mise financière aujourd'hui aura des impacts dans 20 ans. Il est donc parfois difficile de comprendre les effets de la prévention sur le court terme.

- Le projet créé dans une ARS peut-il avoir une ampleur nationale et se développer dans d'autres ARS ?

L'ARS d'un territoire peut se servir de ce qui est fait dans les autres ARS. Si ça marche, alors on prend. Il va falloir adapter le projet au territoire. Les projets peuvent se partager. Ils peuvent fonctionner ailleurs mais pas dans un territoire donné. L'ampleur nationale présente ses limites car on ne cherche pas à faire des projets nationaux mais locaux.

Il peut y avoir aussi des projets communs entre ARS, comme c'est le cas actuellement sur le protoxyde d'azote (avec l'ARS Ile de France).

Questions adressées au service de santé sexuelle

Interview de Mme Précillia Demarcke, chargée de mission en prévention de la santé sexuelle.

- Comment appliquez-vous les recommandations de l'État (lois) concernant les nouvelles politiques de santé sexuelle ?

La prévention, c'est faire de la prévention primaire jusqu'à la prévention tertiaire. Le but est de prendre en charge les jeunes du début à la fin. Il faut voir le parcours de prévention dans sa globalité. Ce qui est important, c'est la complémentarité des acteurs.

La prévention doit se faire avec le secteur associatif pour définir des objectifs et avoir des échanges.

Une convention est liée entre l'ARS et des associations pour mettre en œuvre les recommandations de la Stratégie nationale.

La stratégie nationale est définie comme son nom l'indique au niveau National et il faut ensuite la mettre en œuvre. Cela est région dépendante : cette Stratégie nationale est ensuite déployée à l'échelle de la région. Elle est donc différente selon les régions en fonction des problématiques locales. Les priorités sont définies par l'ARS d'un territoire qui décide d'accentuer les points présents dans la Stratégie Nationale qu'elle souhaite. Il y a des missions aussi dont l'ARS se charge mais qui ne sont pas dans la Stratégie nationale : c'est le cas par exemple de la transidentité avec une réflexion autour des acteurs, autour des financements pour mener des actions.

- Comment expliquez-vous l'évolution des IST chez les jeunes depuis des années ?

Il y a une évolution des comportements. On fait le constat d'un non-usage du préservatif. Il n'y a pas de connaissance des risques et on est avec une génération qui est apte à prendre des risques de manière consciente. Cela s'explique par la libération des mœurs ou encore la libération des pratiques.

Il y a un usage plus limité du préservatif et tout l'axe affectif et sexuel de la vie des adolescents devrait être fait à l'école. Cela devrait être une priorité au niveau de l'Education Nationale mais il y a un manque de moyen et un manque de temps.

Dans la région Hauts-de-France, il y a une circulaire et l'éducation sexuelle est du ressort de l'Education Nationale. On ne va donc pas faire de doublon avec eux étant donné que le budget des ARS est restreint.

L'évolution peut s'expliquer aussi par l'entrée de plus en plus tôt dans la vie sexuelle sans avoir de recul et sans avoir de connaissance sur les IST.

Il est intéressant de savoir que des dotations peuvent être faites par les ARS concernant des préservatifs ou du matériel de prévention, mais l'ARS ne souhaite pas donner de préservatif sans avoir un minimum de prévention en même temps : cela n'est pas très pédagogique. Dans ce cas, ce sont les associations qui vont s'en charger : c'est par exemple le cas pour les bureaux de vies étudiantes qui font des demandes pour avoir à disposition des préservatifs pour leurs soirées.

- Avez-vous des chiffres concernant l'évolution des IST chez les jeunes depuis les années 2000-2010 ?

Les données sont centralisées au niveau national, mais uniquement chez les jeunes c'est compliqué. Il y a des difficultés de remontées des laboratoires car ils ne sont pas obligés de déclarer chaque patient positif à telle ou telle IST.

Néanmoins, il y a quelques années, on passait par la réduction des risques avec du négatif sur les dépistages. Maintenant, c'est plutôt une approche positive, une approche psychosociale.

- Quel est le meilleur moyen de faire de la prévention sexuelle ? Comment rendre audible le message adressé aux jeunes ? Comment les impacter le plus efficacement possible ?

La vaccination passe au premier plan. Ensuite, nous avons l'adaptation des messages de prévention. Il faut avoir un langage adapté, ludique et aller vers les jeunes.

La théorie, les cours en amphithéâtre n'ont pas grand intérêt. Une vidéo de sensibilisation sur les réseaux sociaux est plus adaptée. Il faut encadrer la prévention sur les réseaux mais c'est un outil nécessaire.

Il faut aussi donner plus de moyens à l'Education Nationale qui en complémentarité des acteurs de terrains.

Sur les dernières années, il y a une plus grande adhésion à la prévention et on insiste sur la sexualité épanouie. On part sur une approche globale plutôt positive.

- Les campagnes de prévention sont-elles assez développées ? Si non, pourquoi ? Qu'est ce qui pourrait être réalisé en plus ?

Ça pourrait l'être davantage. Par exemple, la pub à la télé : c'est parce qu'on voit une répétition de pub qu'on a envie d'un produit. C'est pareil avec les messages de prévention : il faut les répéter pour les intégrer.

Il faut toujours argumenter quand on lance des campagnes de prévention, car on sait qu'on n'aura pas de résultat en 1 an. Ce qui permet de dire que c'est efficace, ce sont les données épidémiologiques. Puis la prévention seule ne suffit pas, il faut aussi l'environnement à côté.

- Pour vous, le service sanitaire réalisé par les étudiants en santé est-il suffisant ?

Pour intégrer quelque chose, il faut faire des répétitions. Il faut rappeler les messages de prévention et il y a des efforts à faire là-dessus. Les actions ponctuelles ne sont pas suffisantes. Les répétitions doivent se passer sous différents formats.

A terme, il est souhaitable de rassembler des instances pour créer un seul et unique lieu pour la prévention ou le dépistage qui seront finalement des centres de santé.

- Avez-vous des exemples d'actions de prévention menées avec l'ARS sur la santé sexuelle ?

L'ARS est présente pour accompagner les acteurs et financer les projets.

L'AREFIE (Association régionale des élus pour la formation, l'insertion et l'emploi), qui coordonne les actions locales portées par les Missions Locales, mène actuellement un programme de santé sexuelle : On aborde la santé sexuelle positive à travers ce programme avec les notions de consentement, respect tout en arrivant jusqu'à la prise de risque. On évoque dans ce programme également les acteurs vers qui s'orienter en cas de conduite à risque. L'idée est que les jeunes aillent visiter les CeGGID et qu'ils tirent leurs propres messages clefs de ces agences. Ils réalisent ensuite une affiche pour se réapproprier les messages. On insiste sur le développement psychosocial. Sur ce genre de projet, il est

important d'avoir des répétitions sur les messages et non pas uniquement des messages ponctuels.

- L'ARS est-elle sollicitée par l'État ?

Il peut y avoir des sollicitations qui demandent des avis. La stratégie nationale guide les acteurs locaux et ce sont les ARS elles-mêmes qui vont prendre la décision de développer tel ou tel point. Ensuite, la Cour des comptes fait des contrôles pour voir si les objectifs sont atteints.

Questions adressées au service d'addictologie

Mme le Docteur Audrey Joly, Conseillère médicale à la sous-direction parcours addictions et personnes en difficultés spécifiques de la Direction Prévention et Promotion de la Santé.

- Comment appliquez-vous les recommandations de l'État (lois) concernant les nouvelles politiques sur le tabac et sur l'alcool ?

L'ARS se base sur :

- Le plan national de lutte contre le tabagisme (pour le tabac)
- Le plan de mobilisation contre les addictions
- La stratégie nationale de la santé (2018-2023)
- Le plan de gestion des risques

Il faut travailler avec les acteurs externes et les acteurs internes. Il faut s'appuyer sur le cadrage national pour appliquer tout cela en région.

Au printemps 2023, la nouvelle stratégie nationale de santé va sortir et on va avoir un temps de latence entre ce qui est écrit et les actions qui seront menées.

- Quel est le meilleur moyen pour faire de la prévention en addictologie chez les jeunes ?

Cela dépend de l'âge mais il faut s'appuyer sur les compétences psychosociales. Cela permet aux jeunes d'avoir une affirmation d'eux même, d'avoir de l'empathie, de savoir résister à la pression d'un groupe car les jeunes en sont vulnérables.

Chez les plus jeunes, on cherche à renforcer les compétences et à diminuer l'entrée dans la consommation. On cherche à réduire les risques. Plus le cerveau est confronté jeunes aux substances addictives, plus c'est délétère, plus il y a un risque d'addiction.

Nous avons un programme en développement sur le protoxyde d'azote : le but est de s'appuyer sur la communication digitale pour informer des dangers. L'idée sur les conduites addictives, c'est de toujours passer par la même logique : donner l'information, repérer, accompagner et prendre en charge. Le but n'est pas uniquement de donner l'information.

Un autre moyen est de développer les lieux sans tabac comme les aires de jeux pour enfants.

- Qu'est ce qui diffère entre la prévention chez les jeunes et la prévention chez les adultes ?

Par exemple avec le mois sans tabac : on fait du marketing social. Cela est applicable à toutes les thématiques. Pour les jeunes en priorité, il faut être dans le positif et accompagner. Pour les adultes, il faut accompagner pour que ce soit moins difficile (si arrêt de la consommation par exemple). De plus, pour eux, il faut étendre les consultations sur le temps de travail mais cela implique un coût, une communication, des partenariats.

Il faut surtout faire un parcours de soin et non pas des interventions ponctuelles.

- La première génération sans tabac espérée (<5%) est prévue pour 2030. Celle-ci ne sera pas possible selon Olivier Véran. Selon vous, pourquoi n'est-il pas possible d'y arriver ? Quels sont les leviers à activer ?

Le tabac descend mais cependant ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'autres conduites addictives. Il faut continuer la dénormalisation du tabac avec les lieux de santé sans tabac. C'est par exemple éviter le tabac devant les portes d'entrées des hôpitaux. Il faut montrer que ce n'est plus normal de fumer. Un autre objectif est de faire de la maternité un lieu sans tabac : inciter les deux parents à ne plus fumer et cela dès la grossesse, car il y aura nécessairement des impacts à venir si une femme enceinte expose son enfant lors de la grossesse.

Dans les Hauts-de-France, on arrive à réduire le tabac (-4% ces dernières années) alors qu'au niveau national, ça stagne.

Il faut aussi aller faire de la pédagogie auprès des buralistes : ils ne savent peut-être pas toute la législation en vigueur. Encore aujourd'hui, certains d'entre eux vendent encore du tabac aux jeunes. Il faut d'abord informer, faire connaître les sanctions, faire de la pédagogie puis il faut une phase de contrôle avec la police qui vient verbaliser si besoin.

C'est un travail sur l'ensemble de la population à faire et non pas uniquement chez les jeunes. On sait aussi que 38% de la population des Hauts-de-France va en Belgique pour acheter du tabac, il faudrait agir sur ce point.

- Les campagnes de prévention sont-elles assez développées ? Si non, pourquoi ?
Qu'est ce qui pourrait être réalisé en plus ?

Il faut former des personnes pour faire de la prévention. Ces personnes doivent monter en compétence, par exemple les professionnels qui gravitent autour des jeunes (mission locale, éducation nationale, centres sociaux). Il faut continuer à les développer.

- Avez-vous des exemples d'actions de prévention menées avec l'ARS sur les addictions à l'alcool et au tabac chez les jeunes ?

Il y a par exemple les campus sans tabac. La priorité est donnée aux écoles / facultés de santé. On vise cette population car c'est important que les futurs professionnels de santé soient impactés pour ensuite faire de la prévention eux-mêmes. A chaque fois, cela se passe en trois étapes :

- Aménagement des zones fumeurs
- Accompagnement du public
- Accompagnement des professionnels de santé sur la réduction du tabac

Des boîtes à outils sont créées pour aider les campus dans le cheminement des campus sans tabac.

- Que pensez-vous de la législation concernant la cigarette électronique ? La prévention doit-elle se développer là-dessus ?

Ces produits explosent sur le territoire. Il ne faut pas avoir une approche négative sur les produits mais plutôt développer les compétences psychosociales. Il y a déjà des interventions chez les collégiens avec des équipes formées pour faire monter les jeunes en compétences. Actuellement, c'est un outil de substitution nicotinique pour une petite partie de la population (personnes dans des parcours de soins). Ce sont les recommandations du Haut Conseil de Santé Publique depuis janvier 2022.

Bibliographie

1. constitution-fr.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
2. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
3. Caradec Y. Bibliothèque du ministère des Solidarités et de la Santé, avenue Duquesne à Paris [Internet]. 2017 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: https://www.flickr.com/photos/la_bretagne_a_paris/38270050951/
4. Le ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante>
5. Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/>
6. Projet de loi relatif à la politique de santé publique [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pjl03-278.html>
7. Nos missions - Nos instances - ANSM [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-organisation/nos-instances/p>
8. ansm-cop-2019-2023-synthese.pdf.
9. L'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM). 2019;145.
10. Haute Autorité de Santé - Missions de la HAS [Internet]. [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has
11. ANSES-COP2018-2022pp.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/ANSES-COP2018-2022pp.pdf>
12. Les missions de l'Agence | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-missions-de-lagence>
13. ARS Agence Régionale de Santé Pays-de-la-Loire, Nantes (44262) - Sanitaire-social [Internet]. Annuaire Sanitaire et Social. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sanitaire-social.com/fiche/ars-agence-regionale-de-sante-pays-de-la-loire-nantes-44000/44-56494>
14. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante?parent=4619>
15. COP_sante_publique_france_2018-2022.pdf.
16. Accueil [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/>

17. SPF_RA_2020_080921.pdf.
18. Thondoo M, De Vries DH, Rojas-Rueda D, Ramkalam YD, Verlinghieri E, Gupta J, et al. Framework for Participatory Quantitative Health Impact Assessment in Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 21 oct 2020;17(20):7688.
19. Jabot F. L'évaluation d'impact sur la santé pour scruter et sculpter les politiques. *Sante Publique (Bucur)*. 2 juill 2021;33(1):7-16.
20. Le Daré B, Lagente V, Gicquel T. Ethanol and its metabolites: update on toxicity, benefits, and focus on immunomodulatory effects. *Drug Metab Rev*. 2 oct 2019;51(4):545-61.
21. Jung Y chul, Namkoong K. Alcohol. In: *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2014 [cité 5 avr 2022]. p. 115-21. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780444626196000070>
22. 4 Stades d'intoxication à l'alcool [Internet]. Non aux addictions, oui à ma santé. 2020 [cité 20 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santeaddictions.fr/c-est-quoi-les-addictions/4-stades-d-intoxication-a-l-alcool>
23. Kopelman MD. The Korsakoff Syndrome. *Br J Psychiatry*. févr 1995;166(2):154-73.
24. Alcohol-impaired speed and accuracy of cognitive functions: A review of acute tolerance and recovery of cognitive performance. - *PsycNET* [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1064-1297.16.3.240>
25. main.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: <https://pdf.sciencedirectassets.com>
26. Uyarel H, Ozdol C, Gencer AM, Okmen E, Cam N. Acute alcohol intake and QT dispersion in healthy subjects. *J Stud Alcohol* [Internet]. 4 janv 2015 [cité 19 avr 2022]; Disponible sur: <https://www.jsad.com/doi/pdf/10.15288/jsa.2005.66.555>
27. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G. Acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med*. déc 2008;19(8):561-7.
28. Cicco et International Society on Oxygen Transport to Tissue - 2006 - Oxygen transport to tissue. 27 [Proceedings of th.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/0-387-29540-2.pdf>
29. Castañeda S, Valero JJ, Mosquera E. Primary omental actinomycosis as a differential diagnosis of acute appendicitis in children. Case report. *J Pediatr Surg Case Rep*. sept 2016;12:31-3.
30. La politique de lutte contre l'alcoolisme en France. 2019;250.
31. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
32. Réglementation dans un bar ou un restaurant (alcool, aliment, hygiène, sécurité) [Internet]. [cité 30 juin 2022]. Disponible sur: <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F22387>

33. Campagnes de prévention des addictions en 2021. [Internet]. FRAPS Centre-Val de Loire. 2021 [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://frapscentre.org/2021/03/17/campagnes-de-prevention-des-addictions-en-2021/>
34. Campagne « Alcool : Nouveaux repères de consommation à moindre risque » [Internet]. [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/campagne-alcool-reperes-de-consommation-moindre-risque>
35. Campagne d'information sur l'alcool : lancement le 26 mars - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-actions-de-communication-2019/article/campagne-d-information-sur-l-alcool-lancement-le-26-mars>
36. Vaysse B, Gignon M, Zerkly S, Ganry O. Alcool, tabac, cannabis, anxiété et dépression des étudiants en 2e année de médecine. Repérer pour agir. Santé Publique. 2014;26(5):613-20.
37. « Amis aussi la nuit », une campagne favorisant les comportements protecteurs pour réduire les risques liés à l'alcool et au cannabis en soirée [Internet]. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/amis-aussi-la-nuit-une-campagne-favorisant-les-comportements-protecteurs-pour-reduire-les-risques-lies-a-l-alcool-et-au-cannabis-en-soiree>
38. 1.3.C.Cogordan-Communication-sur-les-addictions.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/07/1.3.C.Cogordan-Communication-sur-les-addictions.pdf>
39. Alcool Info Service [Internet]. Alcool Info Service. [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://jeunes.alcool-info-service.fr>
40. IMPRIMER PJCM| 08/02/2017 |. Alcoolisation chez les jeunes et prévention [Internet]. Apivia prévention. 2017 [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.apivia-prevention.fr/nos-videos/alcoolisation-jeunes-prevention-anpaa/>
41. L'addiction à l'alcool - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
42. La santé de l'homme - n° 398 - Novembre-Décembre 2008. :3.
43. efxss2b2.pdf [Internet]. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxss2b2.pdf>
44. efxssz6.pdf [Internet]. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssz6.pdf>
45. Spilka S, Nézet OL, Janssen E, Brissot A, Philippon A. 20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence. 1999;4.
46. eixss2ab.pdf [Internet]. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eixss2ab.pdf>

47. epcxjaz6.pdf [Internet]. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epcxjaz6.pdf>
48. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018. :18.
49. Andler R. La quantité d'alcool pur consommé par habitant a été divisée par plus de 2 depuis le début des années 1960. *Rev Prat.* 2019;69:6.
50. Beck F, Richard JB. La consommation d'alcool en France. *Presse Médicale.* oct 2014;43(10):1067-79.
51. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, et al. Tobacco and nicotine use. *Nat Rev Dis Primer.* 24 mars 2022;8(1):1-16.
52. Kopa PN, Pawliczak R. IQOS – a heat-not-burn (HnB) tobacco product – chemical composition and possible impact on oxidative stress and inflammatory response. A systematic review. *Toxicol Mech Methods.* févr 2020;30(2):81-7.
53. Hecht SS. Tobacco carcinogens, their biomarkers and tobacco-induced cancer. *Nat Rev Cancer.* déc 2003;3(10):733-44.
54. Münzel T, Hahad O, Kuntic M, Keaney JF, Deanfield JE, Daiber A. Effects of tobacco cigarettes, e-cigarettes, and waterpipe smoking on endothelial function and clinical outcomes. *Eur Heart J.* 25 juin 2020;41(41):4057-70.
55. Ott A, Slooter AJC, Hofman A, Harskamp F van, Witteman JCM, Broeckhoven CV, et al. Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. *The Lancet.* 20 juin 1998;351(9119):1840-3.
56. Lecacheux M, Karila L, Aubin HJ, Dupont P, Benyamina A, Maman J, et al. Altérations cognitives liées au tabac. *Presse Médicale.* 1 sept 2009;38(9):1241-52.
57. Chaffee BW, Couch ET, Vora MV, Holliday RS. Oral and periodontal implications of tobacco and nicotine products. *Periodontol 2000.* 2021;87(1):241-53.
58. Rakover A, Allagbé I, Airagnes G, Limosin F, Le Faou AL. Consultations de tabacologie pendant le mois sans tabac : profil des fumeurs et sevrage. *Rev Mal Respir.* 1 mai 2021;38(5):443-54.
59. Décret n° 2022-452 du 30 mars 2022 relatif à l'interdiction de l'utilisation sur le domaine public en extérieur de systèmes de chauffage ou de climatisation. 2022-452 mars 30, 2022.
60. Braillon A, Mereau AS, Dubois G. Influence des politiques publiques de lutte contre le tabac. *Presse Médicale.* 1 juill 2012;41(7):679-81.
61. Journée mondiale sans tabac 2021 / World No Tobacco Day 2021. :24.
62. 20211201-politique-prevention-en-sante.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-12/20211201-politique-prevention-en-sante.pdf>

63. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
64. Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf.
65. PlanCancer20092013_02112009.pdf.
66. Plan-cancer-2014-2019-V4.pdf.
67. Arrêté du 28 septembre 2020 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France à l'exclusion des départements d'outre-mer.
68. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 V2.pdf.
69. Guignard R, Andler R, Richard JB, Pasquereau A, Quatremère G, Arwidson P, et al. Effectiveness of 'Mois sans tabac 2016': A French social marketing campaign against smoking. *Tob Induc Dis.* 19 juill 2021;19:60.
70. Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac : une nouvelle stratégie pour Santé publique France [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/lancement-de-l-operation-moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-sante-publique-france>
71. Labo E, Eurogenerics L. 3400938381009 NICOTINE EG PATCH 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES.
72. Arrêté du 22 mars 2018 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.
73. pharmacies.fr LM des. Sevrage tabagique : évolution du remboursement des substituts nicotiques - 26/03/2018 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-medicaments/180326-sevrage-tabagique-evolution-du-remboursement-des-substituts-nicotiques.html>
74. Substituts nicotiques [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/substituts-nicotiques>
75. Labo E, Eurogenerics L. 3400938381009 NICOTINE EG PATCH 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES. :5.
76. CHAMPIX [Internet]. VIDAL. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/champix-30459.html>
77. J'arrête de fumer [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/j-arrete-de-fumer>
78. 180702-pnlt_def.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>

79. Hill C. Il est temps de prendre au sérieux la prévention des cancers. Bull Cancer (Paris). 1 juin 2015;102(6, Supplement 1):S14-21.
80. PNRT2014-2019.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
81. Dupin N. Plein phare sur les infections sexuellement transmissibles. Presse Médicale. 1 avr 2013;42(4, Part 1):430-1.
82. La Ruche G, Pedrono G, Semaille C, Warszawski J, Beltzer N. Self-report of sexually transmitted infections from 1994 to 2010 by adults living in France. Rev Epidemiol Sante Publique. oct 2014;62(5):283-90.
83. Maladies et infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/maladies-infections-sexuellement-transmissibles>
84. Fuchs W, Brockmeyer NH. Sexually transmitted infections. JDDG J Dtsch Dermatol Ges. 1 juin 2014;12(6):451-64.
85. Hépatite C : symptômes, diagnostic et traitements [Internet]. Hépatites Info Service. 2018 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hepatites-info-service.org/hepatite-c/>
86. strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [Internet]. [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
87. Dossier : tout savoir sur la PrEP [Internet]. Sida Info Service. 2017 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/dossier-la-prep/>
88. Santé sexuelle [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle>
89. Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
90. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
91. Santé sexuelle : point sur les nouvelles mesures [Internet]. CNOP. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/sante-sexuelle-point-sur-les-nouvelles-mesures>
92. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016.
93. BSP_National_VIH_IST_2021_v2.pdf.

94. Ngangro NN, Velter A, Lydie N, Lot F. Authors' response: Prevention of bacterial sexually transmitted infections (STI) in France: a comprehensive approach. *Eurosurveillance*. 21 mars 2019;24(12):1900187.

SERMENT DE GALIEN



En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité. En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;
- De coopérer avec les autres professionnels de santé.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date :

Signature de l'étudiant(e) et du Président du jury

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2022/2023

Nom : NORMAND
Prénom : Florent

Titre de la thèse : **Influence des politiques françaises de santé sur les jeunes générations**

Mots-clés : politique de santé, prévention, éducation à la santé, influence, évolution, consommation, santé, alcool, tabac, maladies sexuellement transmissibles, jeunes.

Résumé :

Cette thèse analyse les campagnes de sensibilisation et de prévention sanitaire destinées aux jeunes générations. Elle aborde dans un premier temps la législation concernant les politiques de santé, notamment en matière de prévention et d'éducation à la santé, ainsi que les institutions référentes. Elle évoque ensuite l'évolution des consommations d'alcool, de tabac ainsi que l'évolution des infections et maladies sexuellement transmissibles. Elle examine enfin l'influence des politiques de santé en France sur le jeune public. Ce travail a été enrichi notamment grâce à une entrevue accordée à son auteur par l'ancien Ministre de la Santé Olivier VERAN.

Membres du jury :

Président :

- Monsieur le Docteur Benjamin BERTIN
Maître de conférences HDR des universités en immunologie
1er assesseur - Assesseur en charge des études – Faculté de pharmacie de Lille

Directeur, conseiller de thèse et assesseur :

- Madame le Docteur Hélène LEHMANN
Maître de conférences HDR des universités en droit pharmaceutique et de la santé – Faculté de pharmacie de Lille

Assesseurs :

- Madame le Docteur Morgane MASSE
Maître de conférences des universités – Praticien hospitalier en biopharmacie, pharmacie galénique et hospitalière – Faculté de pharmacie de Lille
- Monsieur le Doyen Didier Gosset
Professeur des Universités – Praticien hospitalier en médecine légale et droit de la santé – Faculté de médecine de Lille

Membre extérieur :

- Monsieur le Docteur Guillaume COUSIN
Pharmacien titulaire de la Pharmacie Cousin à Loos-en-Gohelle