

DÉCEMBRE 2025 - N° 83

DEPENDANCES

Alcool

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA



SOMMAIRE «ALCOOL»



ÉDITORIAL

Camille Robert



REGARD HISTORIQUE SUR L'ÉVOLUTION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DES SOINS EN ALCOOLOGIE

Jean-Marie Coste et Tristan Coste

7

LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE SES CONSÉQUENCES EN SUISSE

Ivo Krizic et Florian Labhart



DRY JANUARY : DE LA CULTURE DE L'EXCÈS À UNE INVITATION BIENVEILLANTE

Célestine Perissinotto et Aurélia Spini

16

INTERVIEW

Catherine Delorme et Françoise Etchebar par Natalie Castetz



L'ALCOOL, L'ÉLÉPHANT DANS LA PIÈCE

Romain Bach, Marina Delgrande Jordan, Monika Huggenberger, Stefanie Knocks

23

L'EXPÉRIENCE D'UN ESPACE DE CONSOMMATION DANS UN MILIEU INSTITUTIONNEL

Margot Bouvant, Meleak Gross, Hakim Levalois Bazer, Laetitia Lude, Florian Rubio



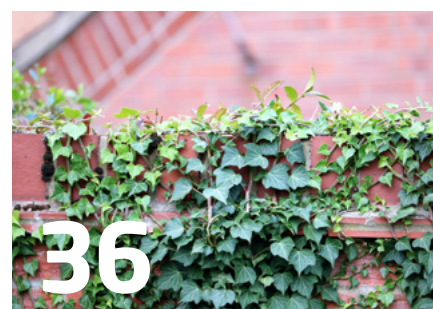
INTERVIEW

Corine Chevaux par Jean Clot

31

ALCOOL ET SANTÉ : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES

Barbara Broers et Martine Gallachi



VIN BIO, BIODYNAMIQUE, NATURE : NOUVELLES MANIÈRES DE BOIRE, NOUVELLES MANIÈRES DE CROIRE

Bénédictte Bourgeois

ÉDITORIAL



Alors qu'approchent les fêtes de fin d'année, et avec elles les injonctions plus ou moins fortes à célébrer (et donc à boire !), Dépendances vous propose une plongée dans les questions d'alcool et d'interroger la science, les données, les politiques publiques et nos représentations sociales sur ce produit omniprésent dans notre société.

Rien ne bouge en matière de politique alcool depuis de nombreuses années - ou du moins, ne bouge dans le sens d'une amélioration de la santé publique. Au niveau fédéral, la dernière mesure de prévention structurelle adoptée, avec l'imposition spéciale des alcopops, a plus de 20 ans. Depuis, c'est le calme plat : le Parlement a tenté de réviser la Loi sur l'alcool il y a une dizaine d'années, mais ce processus s'est conclu sur un échec cuisant et la réforme a été enterrée en 2015. L'entrée en vigueur de la Stratégie nationale Addictions en 2017 a ensuite sonné le glas de toute vision stratégique nationale spécifique et coordonnée sur l'alcool. Aujourd'hui, l'heure est aux coupes budgétaires dans la prévention des addictions.

Ère post-covid dans laquelle nous vivons semble pourtant avoir quelque peu bousculé nos habitudes de consommation. Cet été, la viticulture suisse s'est mobilisée pour alerter l'opinion sur la chute de ses ventes : on ne boirait donc plus assez de vins suisses et la filière, pourtant largement subven-

tionnée par la Confédération, est en danger. En juillet, Guy Parmelin, Conseiller fédéral mais également viticulteur, a déclaré qu'on ne pouvait pas forcer les gens à boire, mais « qu'[il] aimerait bien que les gens boivent plus ». Voilà le seul message communiqué par le Conseil fédéral en matière d'alcool cette année.

Pour l'anecdote, à la suite de cette polémique, un journaliste a demandé au GREA si la prévention alcool n'était pas responsable de la faillite des vigneron-ne-s suisses. Rappelons que la Confédération dépense 9 millions de francs par année rien que pour promouvoir le vin suisse (hors paiements directs à la viticulture), alors qu'elle accorde un budget de 4 millions pour la mise en œuvre de l'ensemble de la Stratégie Addictions, toute substances confondues.

Évidemment, c'est la population qui trinque à cause de l'absence de leadership fédéral sur les questions liées à l'alcool, tandis que le lobby en profite. Dans les cantons, on tente de libéraliser les réglementations sur la vente. Au Parlement, on dépose des motions pour interdire à la Confédération de formuler des recommandations de santé publique sur les niveaux de consommation. Sans messages clairs de santé publique, la désinformation permet à l'industrie de diffuser les siens.

Ce numéro de Dépendances permet de remettre l'église au milieu du village : les articles proposés font le point sur les données de la

consommation d'alcool en Suisse ou sur les dernières connaissances scientifiques. L'évolution de l'accompagnement, des représentations ou des politiques alcool est également abordée. En somme, un véritable outil pour toute personne qui cherche des informations fiables et actuelles sur l'alcool en Suisse.

Dépendances a besoin de vous !

En parlant d'accès à l'information et de coupes budgétaires fédérales, sachez, cher lectorat, que l'ofsp a malheureusement supprimé son soutien financier à notre revue. La pérennité de Dépendances est donc menacée. Le comité de rédaction s'active pour trouver des solutions, mais si vous appréciez cette revue, nous comptons sur votre soutien ! Abonnez-vous à la revue Dépendances, en souscrivant à un abonnement sur le site d'Addiction Suisse ou en devenant membre du GREA, et ainsi, permettez au réseau romand de continuer d'accéder à des informations de qualité, des actualités pertinentes et des réflexions critiques sur les questions d'addictions.

Merci pour votre soutien.

Camille Robert

REGARD HISTORIQUE SUR L'ÉVOLUTION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DES SOINS EN ALCOOLOGIE

Jean-Marie Coste (*Addiction Neuchâtel*) et Tristan Coste (*HETSL*)

Des premières approches moralisantes à l'émergence du modèle du rétablissement, l'alcoologie a connu de profondes transformations. Les auteurs retracent ici l'évolution des soins et de l'accompagnement, du modèle centré sur la substance à une approche intégrative et participative. À travers un regard historique, nourri d'exemples issus de Suisse romande, ils montrent comment les pratiques se sont progressivement humanisées et décloisonnées (rééd.).

Dès l'Antiquité, l'ivresse est décrite comme une expérience troublant à la fois le corps et l'esprit. Hippocrate, médecin et prêtre, dépeignait déjà les effets de l'excès d'alcool comme une source « d'agitation, de délire et de frisson dans l'après-boire »¹. L'alcool est ainsi associé depuis l'origine à une problématique de santé oscillant entre l'explication médicale et des considérations religieuses et morales. Cette tension traversera les siècles et marquera durablement les manières d'accompagner les personnes concernées.

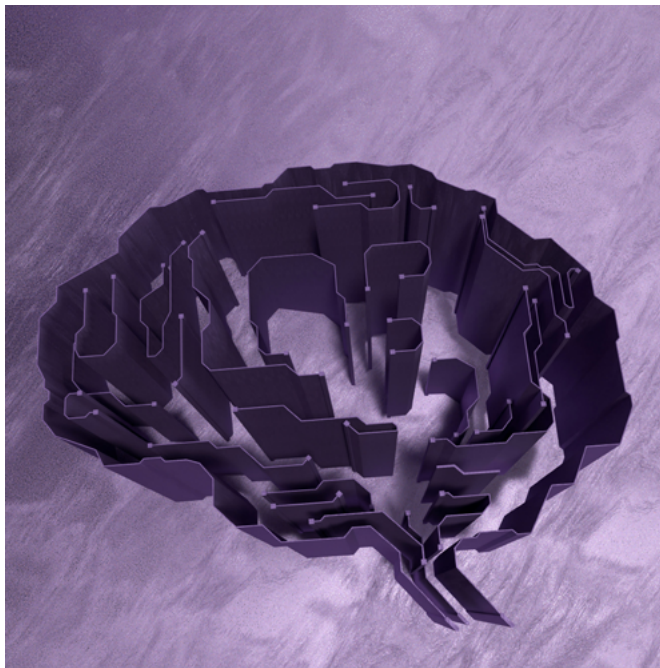
Dans cet article, nous proposons de brosser un bref portrait historique de l'alcoologie en nous centrant sur l'évolution de l'accompagnement et des soins dès les années 1950. Pour éclairer cette évolution, nous illustrerons certains passages avec des exemples issus de Suisse romande et en particulier du canton de Neuchâtel, où la création du Service médico-social (SMS) reflète à petite échelle les grands basculements de l'alcoologie en Suisse.

DU MOUVEMENT DE LA TEMPÉRANCE AU MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL

Benjamin Rush, médecin américain à qui l'on attribue les premières approches cliniques de l'alcoolodépendance, propose en 1784, dans son texte *Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humain*, un « thermomètre de l'intempérance ». Ce dernier met l'accent sur la substance comme agent causal² et établit une hiérarchie des boissons selon leur concentration en alcool, les spiritueux étant associés aux conséquences morbides les plus graves. Dans ce paradigme monovarié, c'est la substance qui est considérée comme l'agent

pathogène à éradiquer. Ce même point de vue se retrouve encore un siècle plus tard. Les statuts de l'Association française de lutte contre l'alcoolisme recommandent par exemple « le remplacement des liqueurs alcooliques par des boissons salubres, tels que les vins naturels »¹. Ce modèle, centré sur l'effet du produit, a largement inspiré le mouvement de la tempérance, qui prônait la modération ou l'abstinence d'alcool, voire sa prohibition, au nom de la lutte contre la pauvreté, la criminalité et les violences domestiques.

Dès le milieu du XIX^e siècle, un nouveau modèle s'impose progressivement : le modèle bivarié, qui déplace l'attention de la substance vers la personne malade. Cette transition se traduit notamment par l'introduction, en 1852, du terme « alcoolisme » par le médecin suédois Magnus Huss. Celui-ci définit cette condition comme une maladie chronique, distincte de la simple « ivrognerie »¹. Quelques décennies plus tard, l'accent porté sur l'individu s'exprime dans les discours des Alcooliques Anonymes, pour qui la reconnaissance explicite de sa dépendance et de sa responsabilité constitue une étape indispensable du rétablissement. Par ailleurs, la première édition de 1952 du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* classera l'alcoolisme parmi les troubles de la personnalité, renforçant la conception d'une « personnalité addictive ». La problématique de l'alcool cesse alors d'être rattachée uniquement au produit. Elle est désormais envisagée comme un trouble de la personne qu'il convient de comprendre et de soigner.



A partir des années 1970, on assiste à l'émergence du modèle trivarié, symbolisé par la célèbre formule du psychiatre français Claude Olivenstein qui parle de la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel³. Les recherches du psychologue canadien Bruce Alexander, particulièrement l'expérience du *Rat Park*⁴, illustrent ce tournant. Elles ont montré que des animaux rendus dépendants à une substance cessaient de la consommer lorsqu'ils étaient placés dans un environnement riche en stimulations et interactions, soulignant ainsi le rôle déterminant du contexte social.

On pourrait même évoquer un modèle «quadrivarié», en y intégrant une dimension spirituelle. Carl Gustav Jung considérait en effet l'alcoolisme comme l'expression d'un besoin spirituel inassouvi : une quête de transcendance destinée à palier un vide existentiel que la consommation d'alcool tente de soulager⁵.

VIRAGE MÉDICO-SOCIAL DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DES SOINS SPÉCIALISÉS

Après la 2^{ème} Guerre mondiale, les mutations de la psychiatrie favorisent le développement des soins ambulatoires et introduisent une dimension sociale dans le traitement de la dépendance à l'alcool. À Paris, dans les années 1950, apparaissent ainsi les dispensaires «antialcooliques», où des assistantes sociales viennent compléter l'approche médicale⁶. Cette évolution est facilitée par la formation et la professionnalisation récente du travail social. Ces dispensaires marquent le passage d'une mise à l'écart en milieu asilaire à un maintien dans le cadre de vie habituel, même si celui-ci reste soumis à des formes de contrôle social.

Parallèlement, le champ médical se renforce grâce à certaines avancées scientifiques, comme la découverte des causes du syndrome de Wernicke (carence en thiamine) dans les années 1930 et, plus tard, l'introduction du Disulfiram, premier traitement pharmacologique spécifique à la dépendance à l'alcool, commercialisé à la fin des années 1940.

Ce double développement, social et médical (autant en médecine interne qu'en psychiatrie), conduit à un rapprochement inédit entre deux univers professionnels jusqu'alors distincts. Cette articulation se concrétise notamment à Neuchâtel par la création, dans les années 1950, du Service médico-social (SMS). Cette structure ambulatoire étatique regroupe des intervenant-e-s psychosociaux-ales (infirmier-ère-s, assistant-e-s sociaux-ales) et des médecins consultant-e-s, notamment issu-e-s de la médecine interne. La création, en 1987, de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme constitue un autre exemple de l'essor d'un accompagnement psychosocial structuré en Suisse romande.

LA PERSONNE DÉPENDANTE À L'ALCOOL : UN-E MALADE PSYCHIATRIQUE COMME UN-E AUTRE ?

À partir des années 1990, on observe une psychiatrisation croissante du champ médico-social des addictions. Plusieurs dynamiques convergentes expliquent cette évolution. Sur le plan scientifique, le développement des neurosciences renouvelle la compréhension des conduites addictives. La mise en évidence du rôle central du circuit de la récompense permet de conceptualiser la dépendance comme un trouble cérébral chronique, et non plus seulement comme une faiblesse morale ou un problème sociétal. Cette approche neurobiologique s'accompagne de la mise sur le marché de nouveaux traitements pharmacologiques, tels que la Naltrexone (1994) et l'Acamprosatate (1996), qui visent à moduler le système nerveux central afin de réduire le craving et de prévenir la rechute.

Un autre facteur décisif est la reconnaissance de la co-occurrence entre un trouble de santé mentale et un trouble lié à l'usage de substances psychoactives, attestée par de nombreuses recherches⁷. Le concept de «pathologie duelle» s'impose alors progressivement, amenant les équipes soignantes à considérer les personnes dépendantes avant tout comme des personnes souffrant d'une maladie relevant de la psychiatrie, dont l'addiction n'est qu'une manifestation parmi d'autres.

Cette psychiatrisation se traduit aussi dans l'organisation des structures de soins en alcoologie. Le SMS de Neuchâtel devient ainsi le Centre neuchâtelois d'alcoologie (CENEA) en 2003 et engage un-e médecin psychiatre au sein de son équipe. À Genève, le centre de sevrage en alcool du Petit Beaulieu, jusque-là rattaché à la médecine interne et à l'Hospice général, ferme ses

portes et sa mission est reprise par des unités spécialisées au sein de l'hôpital psychiatrique.

LA PERSONNE DÉPENDANTE À L'ALCOOL : UNE PERSONNE ADDICTE COMME UNE AUTRE ?

En 2005, le rapport fédéral psychoaktiv.ch⁸ propose un nouveau modèle pour la politique suisse des dépendances. Basé sur les quatre piliers, il ne se limite plus aux substances illégales et place l'ensemble des substances psychoactives sur un même plan. Ce sont désormais les processus addictifs communs et les types d'usage qui sont mis en avant, plutôt que leurs spécificités pharmacologiques ou épidémiologiques.

Ce mouvement favorise l'abandon progressif des cloisonnements institutionnels par produit, où chaque dépendance relevait d'un dispositif distinct. En Suisse romande, il conduit plusieurs institutions à fusionner leurs services. Dans le canton de Neuchâtel, la Fondation Neuchâtel Addiction voit le jour en 2008 avant de donner naissance, en 2017, à Addiction Neuchâtel, qui regroupe dans une même entité l'ensemble des dispositifs (alcool, substances illégales et addictions comportementales).

De son côté, le GREA change son appellation en 2007 pour devenir le Groupement romand d'études des addictions, alors que son ancien acronyme (GREAT) distinguait encore alcoolisme et toxicomanie.

Un autre changement majeur concerne l'introduction de la réduction des risques en alcoologie. D'abord développée pour les addictions aux substances injectables, cette approche s'est progressivement étendue à toutes substances psychoactives. L'abstinence n'est plus l'unique objectif. Il s'agit désormais aussi de réduire les dommages sanitaires et sociaux, comme le montrent des programmes de gestion de la consommation tels que Mes Choix Alcool.

Le virage du « tout addiction » repose aussi sur la transversalité des approches thérapeutiques. Celles-ci dépassent les cloisons par produit pour proposer des outils applicables à divers types d'addictions, comme le démontre notamment le développement de l'entretien motivationnel.

DE LA PERSONNE DÉPENDANTE À L'ALCOOL À LA PERSONNE CONCERNÉE

Plus récemment, l'évolution s'est déplacée vers les représentations sociales et les pratiques. Il ne s'agit plus seulement de traiter une maladie, mais de reconnaître la personne concernée dans toute sa singularité. Au cours de la dernière décennie, le champ de l'addictologie est davantage marqué par une considération accrue des discriminations et des questions identitaires que par des avancées pharmacologiques. Comme dans d'autres domaines de la santé, la recherche en addictologie interroge les modèles de soins et d'accompagnement,

en mettant en lumière plusieurs enjeux : l'accessibilité aux lieux de traitement et le non-recours aux soins, la parentalité et ses défis, ainsi que la meilleure prise en compte des émotions (honte, culpabilité, etc.) et des expériences négatives liées aux stigmas sociaux.

Par-delà ces différentes problématiques, un aspect essentiel est l'attention portée à l'adoption d'un langage inclusif et non stigmatisant par les professionnel·le·s. Ainsi, le terme « alcoolique » est remplacé par l'expression « personne présentant un trouble lié à la consommation d'alcool ». Ce changement terminologique vise à abandonner des catégories qui risquent d'essentialiser les individus, au profit d'une description de comportements observables. Il permet de limiter les connotations négatives et d'éviter des jugements pessimistes sur les perspectives de rétablissement (« C'est un·e alcoolique ! »).

La plus grande inclusion des personnes concernées dans la recherche et dans les soins constitue également une évolution notable. Le développement et la reconnaissance de la pair-aidance et des pairs praticien·ne·s vont dans ce sens, en intégrant leur expertise expérientielle dans l'accompagnement. Bien que l'intégration des personnes concernées ne soit pas nouvelle en alcoologie (par exemple Alcoologiques Anonymes ou modèle Minnesota), elle prend aujourd'hui de nouvelles formes plus compatibles avec l'approche de réduction des risques.

L'intégration des personnes concernées dans les soins découle également du modèle du rétablissement, issu de la psychiatrie sociale et communautaire. Contrairement aux approches centrées uniquement sur la réduction des symptômes ou l'abstinence, « le rétablissement reconnaît la possibilité de construire une vie pleine de sens au-delà des limitations causées par la maladie »⁹. Ce modèle a ouvert la voie à une alcoologie plus inclusive, plurielle et centrée sur la personne, en faisant de l'espoir un élément important du soin. Par sa dimension existentielle et recherche de sens, il remet en quelque sorte en avant un besoin spirituel, non religieux, exprimé autrefois par Jung.

CONCLUSION

Ce bref historique montre que l'accompagnement et les soins en alcoologie ont toujours évolué au rythme des avancées scientifiques et des évolutions sociales et culturelles. Chaque période a apporté ses repères, ses explications et ses outils. Ces changements successifs nous invitent ainsi à plus de modestie et moins de dogmatisme dans l'accompagnement et les soins. Ce qui était considéré comme vrai hier ne l'est plus aujourd'hui, et ne le sera probablement plus tout à fait demain. Quid par exemple de l'impact futur des psychothérapies assistées par les psychédéliques ou par le numérique ? Il est aussi important de rappeler que l'étiopathogénie

*Il ne s'agit plus seulement
de traiter une maladie,
mais de reconnaître la
personne concernée dans
toute sa singularité*

de ce trouble est complexe et plurifactorielle, résultant de caractéristiques biologiques, psychologiques et d'une forte composante environnementale. En outre, derrière le trouble d'usage d'alcool se cache une grande hétérogénéité de situations, aux caractéristiques variées. Face à ces constats, les défis demeurent nombreux et incitent à privilégier un accompagnement global, intégratif, coordonné et surtout adapté aux besoins singuliers de chaque personne concernée. S'il existe

un invariant à travers les évolutions de ces dernières décennies, c'est bien la nécessité de maintenir une relation thérapeutique de qualité, fondée sur l'empathie, l'authenticité et le respect.

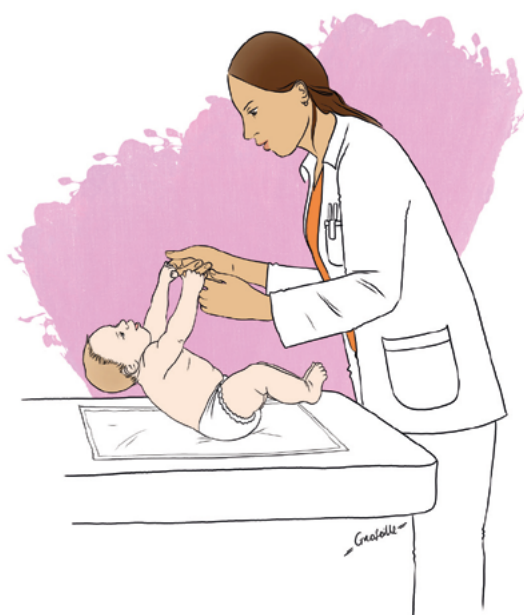
Remerciements au Dr. Yann Martinet (Addiction Neuchâtel) pour ses commentaires constructifs.

Contact : jean-marie.coste@addiction-ne.ch



1700 enfants naissent chaque année avec des TSAF* en Suisse

Les dommages qui peuvent résulter d'une exposition prénatale à l'alcool affectent souvent lourdement la vie des personnes concernées. La plateforme grossesse-sans-alcool.ch met à disposition des professionnel-le-s un choix d'outils pour en parler et mieux soutenir les personnes concernées.



grossesse-sans-alcool.ch/espace-pro

* Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale



Illustration : www.groselle.ch

Références

- Bernard H. Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIX^e siècle : autour de Magnus Huss. *Histoire, économie et société*, 1984 ; 3(4) : 609-628. <https://doi.org/10.3406/hes.1984.1380>
- Rush B, Levivier M, Gira E. Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains. *Psychotropes*, 2011 ; 17(3) : 179-212. <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0179>
- Olivenstein C. *La maladie d'être soi. Essai sur les conduites addictives*. Paris : Odile Jacob, 1988.
- Alexander BK, Beyerstein BL, Hadaway PF, Coombs RB. Effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 1978 ; 58(2) : 175-179. <https://doi.org/10.1007/BF00426903>
- Besson J. *Addiction et spiritualité*. Toulouse : Érès, 2017.
- Le Bras A. Travail social, psychiatrie et alcoolisme dans les années 1950 au prisme des dossiers d'une consultation parisienne. *Astérior*, 2023. <https://doi.org/10.4000/asterion.9538>
- Al Kurdi C. Enjeux relatifs aux troubles mentaux et addictifs cooccurrents (CODs). Lausanne : GREA, 2022. <https://www.grea.ch/sites/default/files/factsheet-cods-2022-fr.pdf>
- Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS). *Psychoaktiv.ch. Rapport fédéral sur la politique suisse en matière de dépendances*. Lausanne : CLASS, 2005. <https://www.grea.ch/sites/default/files/Psychoaktiv.pdf> (consulté le 30.09.2025).
- Penzenstadler L, Khazaal Y. Traitements des addictions orientés vers le rétablissement. *Revue Médicale Suisse*, 2019 ; 15 : 632-633.

LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE SES CONSÉQUENCES EN SUISSE

Ivo Krizic et Florian Labhart (*Addiction Suisse*)

Dans un contexte de crise de la viticulture suisse, on entend de plus en plus souvent dire que la consommation d'alcool de la population suisse serait en baisse, certains politiciens encourageant même la consommation. Mais qu'en est-il vraiment? Qui consomme de l'alcool en Suisse, en quelle quantité et de quelle manière? Cet article fait le tour des études épidémiologiques récentes et synthétise les connaissances sur la consommation actuelle d'alcool en Suisse (réd.).

En Suisse, la consommation d'alcool est courante pour une large majorité de la population. Lors de festivités, avec un repas ou après le travail, beaucoup en consomment par tradition, pour le plaisir, se divertir, ou encore surmonter leur timidité. L'alcool est ainsi profondément enraciné dans la culture suisse et son usage est largement normalisé. Pourtant, des études scientifiques indiquent clairement que l'alcool fait partie des substances psychoactives les plus nocives et qu'il est responsable de nombreux problèmes sanitaires, sociaux et économiques. Dans ce contexte d'ambivalence entre pratique ritualisée et considérations de santé, les habitudes de consommation ont évolué au fil des décennies. Cet article fait le point sur les évolutions récentes et met en lumière quelques défis actuels et futurs liés à la consommation d'alcool en Suisse.

L'alcool est profondément enraciné dans la culture suisse et son usage normalisé

TENDANCE À LA BAISSÉ, AVEC DES NUANCES

Selon les statistiques de vente, la consommation d'alcool pur par an et par habitant a reculé en Suisse au cours des dernières décennies, de 10.6 litres en 2001 à 7.6 litres en 2024¹. Elle est inférieure à celle de la majorité de nos pays voisins², notamment l'Autriche (2023 : 11.3 l), l'Allemagne (2022 : 10.6 l) et la France (2023 : 10.4 l), proche de celle de l'Italie (2023 : 8.0 l), mais supérieure à celle de certains pays européens connus pour une régulation plus stricte en matière d'alcool, comme la Norvège (2024 : 6.2 l).

Si le volume d'alcool par habitant a baissé au cours du temps, les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)

montrent que la part de la population suisse âgée de 15 ans et plus qui consomme au moins occasionnellement de l'alcool est restée stable au cours des trois dernières décennies, aux alentours de 83 %³. En comparaison internationale, ce taux place la Suisse à un rang plutôt élevé, comparable à l'Allemagne (2021 : 84.7 %) la France (2023 : 81.7 %) et l'Italie (2022 : 84.8 %)⁴. Cependant, la consommation quotidienne a fortement diminué entre 1992 et 2022 (de 20.4 % à 8.6 %), ce qui peut expliquer la baisse des ventes malgré la stagnation du nombre de consommateurs occasionnels. Parallèlement, la consommation hebdomadaire (1-6 jours/semaine) a par contre augmenté de 37.6 % (1992) à 46.8 % (2022).

Les habitudes de consommation diffèrent fortement selon le sexe, même si les différences ont eu tendance à s'atténuer au fil des dernières décennies. Ainsi, si les hommes restent plus nombreux à consommer de l'alcool que les femmes (86.7 % vs. 79.4 % en 2022), la différence est moins marquée que trente ans auparavant (90.7 % vs. 77.8 % en 1992). La consommation quotidienne a elle fortement reculé, tant chez les hommes (de 30.1 % en 1992 à 12.4 % en 2022) que chez les femmes (de 11.5 % à 4.9 %).

La baisse de la consommation quotidienne d'alcool s'observe dans toutes les tranches d'âge, mais elle est moins marquée chez les seniors. Alors que la part de personnes avec une consommation quotidienne d'alcool dépassait 20 % dans tous les groupes d'âges à partir de

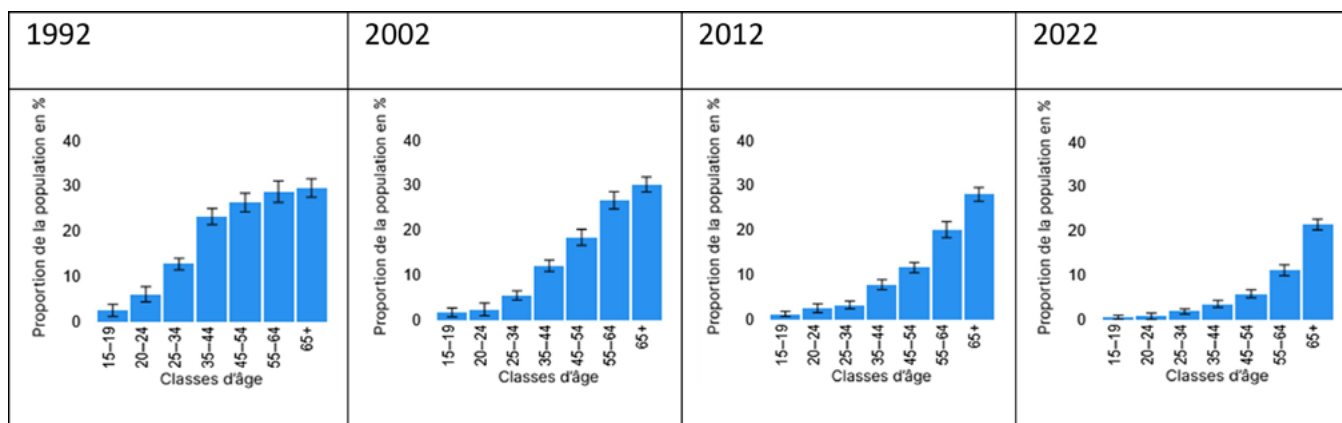


Figure 1 : Évolution de la distribution de la consommation quotidienne d'alcool, par groupe d'âge et année d'enquête³

35 ans en 1992 (Figure 1), cela ne concernait plus que les personnes de 65 ans et plus en 2022.

Au niveau des adolescent·e·s et jeunes adultes (15 à 19 ans), s'ils et elles sont peu nombreux·ses à consommer de l'alcool quotidiennement (moins de 1% en 2022), environ un tiers en consomme entre une et six fois par semaine, un tiers jusqu'à trois fois par mois, et un autre tiers n'en consomme pas, avec quelques fluctuations dans le temps. Selon l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), environ 40% des 11 à 15 ans ont consommé au moins une fois de l'alcool dans leur vie, tandis que la consommation au moins hebdomadaire (au moins une fois par semaine) se situe autour de 3%, soit en net recul par rapport au début des années 2000⁵.

IL N'Y A PAS DE CONSOMMATION D'ALCOOL SANS RISQUE POUR LA SANTÉ

Plus la consommation d'alcool est élevée, plus les dommages pour la santé sont importants et les dernières découvertes scientifiques démontrent qu'il n'existe pas de seuil de consommation d'alcool sans risque⁶. À ce titre, deux catégories de risque font l'objet d'un suivi (monitorage) statistique auprès de la population suisse.

La consommation 'chronique à risque', qui évoque une consommation plutôt régulière sur le long terme, augmente le risque de nombreuses maladies chroniques (différents cancers, cirrhose du foie, hypertension, troubles cognitifs et du sommeil). En 2022, 3.9% de la population suisse âgée de 15 ans et plus présentait une consommation chronique à risque moyen ou élevé, définie comme une consommation en moyenne par jour de quatre verres standards ou plus pour les hommes et de deux verres ou plus pour les femmes. Extrapolé à la population générale, cela représenterait environ 280'000 à 300'000 personnes. La consommation chronique à risque moyen ou élevé a diminué depuis 1997 (6.2%), notamment chez les personnes de 25 ans et plus, avec toutefois des fluctuations au cours du temps³.

On peut estimer que 25% de tout l'alcool consommé en Suisse l'est par seulement 4% de la population

La deuxième catégorie concerne la consommation d'une quantité importante d'alcool en peu de temps, dite 'ponctuelle à risque'. Ce mode de consommation, défini comme la consommation en une même occasion de 5 verres standards ou plus pour les hommes et 4 ou plus pour les femmes, accroît surtout le risque de conséquences négatives à court terme (p.ex. accidents, blessures, violence, intoxication éthylique aiguë). En 2022, 14.7% des personnes de 15 ans et plus ont dit avoir atteint ce niveau au moins une fois par mois³. Extrapolé à la population suisse, cela représenterait plus d'un million de personnes, soit une nette augmentation par rapport à 2007 (11.0% ou environ 700'000 personnes).

Les jeunes, et particulièrement les jeunes hommes, sont les plus concernés par ce mode de consommation. En 2022, la consommation ponctuelle à risque concernait 26.7% des hommes âgés de 15 à 19 ans et 35.3% de 20 à 24 ans. Elle est un peu moins répandue chez les femmes, mais reste élevée avec une prévalence de 16.5% pour les 15 à 19 ans et 23.9% pour les 20 à 24 ans. Chez les plus jeunes, la prévalence de l'ivresse perçue (s'être senti·e vraiment ivre) au cours des 30 derniers jours progresse fortement avec l'âge, passant de moins de 1% chez les 11 ans à 12.2% chez les 15 ans⁵.

Il faut toutefois noter que si ces deux catégories permettent de monitorer un niveau de risque de base dans la population générale, certaines personnes s'exposent à des niveaux de risque nettement plus hauts, notamment par le biais d'une consommation (quasi) quotidienne et des quantités très élevées. Ainsi,

sur la base de l'ESS, on peut estimer que 25% de tout l'alcool consommé en Suisse l'est par seulement 4% de la population⁷. Rapporté aux statistiques de vente, cela équivaldrait approximativement à 52 litres d'alcool pur par an par personne de ce groupe (soit environ 1100 litres de bière, ou environ 470 litres de vin, ou environ 130 litres de spiritueux).

DES CONSÉQUENCES AUSSI POUR AUTRUI

Outre les risques de maladies et conséquences à court terme évoquées au chapitre précédent, la consommation d'alcool peut aussi engendrer d'importantes répercussions négatives sur l'entourage direct et la collectivité dans son ensemble.

L'alcool est ainsi une cause importante d'accidents de la route. En 2024, 452 personnes ont été grièvement blessées lors d'accidents de la route imputables à un-e conducteur-riche sous l'emprise de l'alcool, et 34 personnes y ont perdu la vie. L'alcool était responsable d'environ 14% des accidents mortels.

La consommation d'alcool a également un coût pour l'économie. L'étude la plus récente estime qu'en 2017 l'alcool a engendré des coûts s'élevant à 2.8 milliards³, principalement liés à la perte de productivité (2.1 milliards) et aux soins de santé (477 millions).

Par ailleurs, une étude de 2011 estimait que plus de la moitié de la population suisse avait été victime de dommages liés à la consommation d'alcool d'autrui, notamment sur le lieu de travail, dans l'espace public ou à domicile⁸.

Finalement, la consommation d'alcool durant la grossesse constitue un risque majeur pour le développement du fœtus. Il est estimé qu'environ 1'700 bébés naissent chaque année en Suisse avec un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale⁹, soit des dommages irréversibles, qui peuvent entraîner des problèmes de mémorisation et d'apprentissage, des troubles psychomoteurs ou des difficultés à établir des interactions sociales. Ces troubles représentent la première cause évitable de handicap mental non génétique. Par ailleurs, une étude de 2025 réalisée en Suisse auprès de 800 femmes enceintes indique qu'environ la moitié d'entre elles ont consommé de l'alcool durant leur grossesse, principalement au début¹⁰.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL

Selon le système national de monitoring de la prise en charge des addictions act-info, chaque jour en moyenne près de 17'000 personnes bénéficient d'un suivi thérapeutique spécialisé (ambulatoire ou résidentiel) principalement pour des problèmes liés à l'alcool. À cela s'ajoutent les personnes suivies dans des cabinets médicaux indépendants, ainsi que celles suivies principalement pour un autre problème de consommation (p.ex. héroïne ou cocaïne) et ayant un problème secondaire lié à l'alcool, ce qui est le cas pour environ 40% des prises en charge pour un problème principal d'héroïne ou de cocaïne¹¹.

Ainsi, par rapport au nombre estimé de personnes avec une consommation d'alcool à risque, seule une minorité bénéficie d'une prise en charge spécialisée pour une alcoolodépendance ou une consommation problématique d'alcool (consommation qui entraîne des dommages sociaux, professionnels, de santé ou un contrôle réduit de la consommation, sans nécessairement satisfaire aux critères formels d'une addiction). Si certaines personnes dont la consommation est à risque n'ont pas besoin d'une

aide professionnelle ou recourent à des soutiens d'un autre type (p.ex. groupes d'entraide), d'autres restent sans accès aux soins alors qu'elles en auraient besoin. Les barrières sont multiples : structurelles (coûts, délais d'attente, offre insuffisante), sociales (stigmatisation) et individuelles (sousreconnaissance du problème)¹².

Ces mêmes facteurs contribuent à expliquer la sous-représentation de certains groupes dans la prise en charge spécialisée : les femmes représentent environ 30% des personnes prises en charge pour des problèmes liés à l'alcool, alors qu'elles représentent une part plus importante de personnes avec une consommation à risque dans la population générale. Certaines tranches d'âge sont d'ailleurs également sousreprésentées dans le secteur de prise en charge, en particulier les moins de 25 ans et les 65 ans et plus.

ENJEUX ET DIRECTIONS POUR SOUTENIR LA TENDANCE À LA BAISSÉ

Si la diminution observée des ventes d'alcool et de la consommation quotidienne peuvent être interprétées comme des signes encourageants, elles ne sauraient signifier une amélioration généralisée de la situation. Par ailleurs, des enjeux importants demeurent pour maintenir cette tendance.

Premièrement, des mesures ciblées de communication et de prévention seraient nécessaires pour sensibiliser toutes les franges de la population aux risques liés à la consommation d'alcool. Un exemple serait l'adoption du pictogramme « femme enceinte » d'avertissement sur les bouteilles, tel que celui introduit en France depuis 2006. De plus, à l'image du Dry January, l'acceptation sans jugement ni pression du choix de ne pas boire de l'alcool, y compris dans des contextes festifs, contribuerait à alléger la pression sociale ressentie par certains groupes de population, telles les personnes en rémission et les femmes enceintes.

Deuxièmement, la situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction à l'alcool a eu tendance à empirer au cours des 15 dernières années, notamment au niveau de leur capacité à se former et à s'insérer professionnellement et socialement¹³. Alors que le niveau de formation et d'employabilité de la population générale progresse, des mesures dédiées

pour soutenir les personnes en situation de vulnérabilité sont plus que jamais indispensables pour compenser la stagnation de la situation de ces personnes.

Troisièmement, les coupes budgétaires au niveau de la Confédération ainsi que les budgets déficitaires prévus par plusieurs cantons risquent d'occasionner des réductions de financement pour les programmes de prévention et de soin, ainsi que pour des outils de monitoring statistiques. Cela laisse présager une période de fragilité en matière d'aide aux personnes concernées et de veille sanitaire.

Enfin, conformément aux recommandations des best-buys de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la

Suisse gagnerait à renforcer les mesures structurelles visant à réduire la consommation d'alcool au sein de la population. Cela inclut notamment la limitation de la disponibilité de l'alcool (horaires de vente, densité des points de vente), la hausse de la fiscalité sur les boissons alcooliques et la stricte régulation de la publicité. Ces mesures, fondées sur des données probantes, se sont révélées particulièrement efficaces pour diminuer la consommation globale d'alcool et ses méfaits sanitaires et sociaux, tout en demeurant économiquement rentables pour les États qui les mettent en place.

Contacts: ikrizic@addictionsuisse.ch
et flabhart@addictionsuisse.ch

Références

- OBSAN. (2025). *MonAM - Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles—Alcool*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/monam/topic/1ALK>
- OECD. (2025). *OECD Data Explorer*. <https://t1p.de/xhrb2>
- OBSAN. (2025). *MonAM - Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles—Alcool*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/monam/topic/1ALK>
- EUDA. (2025). *Statistical Bulletin 2025—Prevalence of drug use, Alcohol*. https://www.euda.europa.eu/data/stats2025/gps_en
- Delgrande Jordan, M., Balsiger, N., & Schmidhauser, V. (2023). *La consommation de substances psychoactives des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022 et évolution dans le temps – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Rapport de recherche No 149*. Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech149>
- World Health Organisation (2023). *No level of alcohol consumption is safe for our health*. <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>
- Addiction Suisse. (2025). *Alcool : Consommation—Faits et Chiffres*. <https://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/alcool-consommation/>
- Marmet, S., & Gmel, G. (2017). Alcohol's harm to others in Switzerland in the year 2011/2012. *Journal of Substance Use*, 22(4), 403-411. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1232757>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2018). *Consommation d'alcool pendant la grossesse en Suisse—Fiche d'information*. https://www.pepra.ch/application/files/2817/5334/0610/180903_Faktenblatt-Alkoholkonsum_Schwangerschaft_FR.pdf
- Labhart, F. & Stauffer Babel, R. (2025). *Consommation d'alcool durant la grossesse - Enquête sur les facteurs limitant l'adoption du principe de précaution et pistes d'amélioration pour la prévention (Rapport de Recherche N°186)*. Lausanne : Addiction Suisse. doi : 10.58758/rech186
- Krizic, I., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F., Vorlet, J., & Amos, J. (2024). *Rapport annuel act-info 2023 : Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring*. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Farhoudian, A., Razaghi, E., Hooshyari, Z., Noroozi, A., Pilevari, A., Mokri, A., Mohammadi, M. R., & Malekinejad, M. (2022). Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment : An Overview of Systematic Reviews. *Substance Abuse : Research and Treatment*, 16, 11782218221118462. <https://doi.org/10.1177/11782218221118462>
- Vorlet, J., & Labhart, F. (2025). *La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction – Actualisation de la situation en 2022 et perspectives futures*. Lausanne : Addiction Suisse.



PRINTEMPS 2026

GREA

GRUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

www.grea.ch
024 426 34 34

FORMATIONS ••••• ADDICTIONS

PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE (MBRP) I ET II 11 au 14 mars

NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET NOUVELLES PRATIQUES DE CONSOMMATION 24 mars

TROUBLES PSYCHIQUES, PSYCHOTRAUMATISMES ET CONSOMMATIONS 26 mars et 30 avril

MES CHOIX (ALCOOL ET CANNABIS) 31 mars

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL 27, 28 avril et 1^{er}, 2 juin

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES: ALCOOL, TABAC & NIGHTLIFE 29 avril et 21 mai

FORMATION DE BASE EN ADDICTIONS 1^{er}, 8, 22, 29 mai et 5 juin

SEXUALITÉ, PORNOGRAPHIE ET CHEMSEX: COMPRENDRE ET ACCOMPAGNER LES PRATIQUES 6 mai

PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'OVERDOSE ET GESTES DE PREMIERS SECOURS 11 juin

DRY JANUARY: DE LA CULTURE DE L'EXCÈS À UNE INVITATION BIENVEILLANTE

Célestine Perissinotto et Aurélie Spini (GREA)

Né au Royaume-Uni, le Dry January propose une pause volontaire d'un mois sans alcool, loin des approches culpabilisantes. Devenu un mouvement collectif, il interroge nos normes sociales et nos habitudes de consommation. Les autrices analysent son essor en Suisse, ses impacts sur la santé publique et les paradoxes d'un succès fragilisé par des enjeux économiques et politiques (réd.).

J'ai envie que le regard sur vous change : cette phrase, prononcée par Denis (Clovis Cornillac), éducateur sportif dans le film *Des jours meilleurs*¹, résonne comme une promesse. Celle qu'il adresse aux femmes alcoolodépendantes qu'il emmène dans le désert marocain pour nourrir leur « abstinence totale » (pléonasmе rhétorique tiré du film) et retrouver une dignité souvent bafouée.

Pour comprendre l'esprit du Dry January, il faut d'abord saisir ce qu'est l'alcool dans notre société. Tout au long de ce numéro de *Dépendances*, le lecteur et la lectrice peuvent le saisir à merveille : substance omniprésente pas comme les autres, parfois vecteur de lien social, parfois piège insidieux, source de plaisir, de solitude, d'addictions et de stigmatisation. Autour de l'alcool gravitent de nombreuses normes et jugements : ne pas boire suscite parfois suspicion ou malaise, et à l'inverse, boire trop expose au regard critique « Je ne suis pas alcoolique, j'aime juste faire la fête », rétorque Alice (Sabrina Ouazani), personnage du même film, qui dissimule derrière ses verres un profond déni, mais aussi la peur d'être jugée. Cette réalité fictive fait écho à une statistique bien réelle : en Suisse, comme Alice, près de 15 % des plus de 15 ans connaissent des épisodes d'ivresse ponctuelle², oscillant entre déni et normalisation sociale.

Le Dry January, littéralement « janvier sec », ne traite pas directement de l'alcoolodépendance, mais il en rappelle l'ombre portée. C'est au Royaume-Uni, dans le contexte

d'une surconsommation, que décrit bien le documentaire *A Royal Hangover*³, qu'est né le Dry January, en 2013. Le Royaume-Uni, un pays marqué à la fois par la culture de la « biture express » (ou *binge drinking*), en forte augmentation chez les jeunes au début de la décennie, et par une banalisation de l'ivresse. Emily Robinson, employée d'Alcohol Change UK, décide alors de faire une pause d'alcool pour préparer un semi-marathon. Son geste personnel devient rapidement une campagne nationale : un mois de pause, pour le corps, pour l'esprit, et pour changer le regard porté sur l'alcool dans son pays. En 2013, la justice britannique a confirmé que la mort d'Amy Winehouse était due à un abus d'alcool. Un rappel douloureux que l'alcool n'épargne pas les jeunes. Pour David Nutt, célèbre professeur britannique de psychopharmacologie, connu notamment pour ses travaux sur les échelles de dangerosité des substances, c'est aussi l'occasion de changer de regard et d'oser en parler différemment.

*La campagne prend
le contre-pied des
approches traditionnelles qui
misent sur la peur*

C'est là que réside l'originalité du Dry January : inviter à réfléchir à l'alcool non pas sous l'angle de ses conséquences néfastes, mais à travers le choix positif d'y renoncer. Avec ses codes colorés, ludiques et inclusifs, la campagne prend le contre-pied des approches traditionnelles qui misent sur la peur, sans pour autant rappeler en creux les conséquences de l'excès. Son public cible : toutes celles et ceux qui consomment et veulent faire une pause. Pour des raisons médicales, les personnes dépendantes doivent être soutenues par un accompagnement spécialisé.

Comme Denis dans *Des jours meilleurs*, le Dry January invite à changer de regard sur l'alcool : sur celles et ceux pour qui l'abstinence n'est pas un choix, et sur celles et ceux qui décident volontairement de s'en passer, par conviction, par curiosité, ou simplement par envie.

Le Dry January n'est pas une campagne contre l'alcool, mais une invitation à reprendre la main sur sa relation avec cette substance. En proposant une pause d'un mois, il permet d'expérimenter et peut-être de transformer sa relation à la consommation. C'est une manière d'affirmer qu'y renoncer est une option légitime et que chacun-e devrait pouvoir décider, sans jugement ni culpabilisation.

LE DRY JANUARY : POURQUOI ÇA MARCHE ?

Si cette invitation à reprendre la main sur sa consommation résonne autant, c'est parce que l'alcool est omniprésent dans notre quotidien et société, créant le besoin d'une pause, d'un moment de recul pour questionner nos habitudes et automatismes, et ce d'autant plus après les fêtes de fin d'année souvent (trop ?) arrosées.

On remarque ainsi qu'en Suisse, et dans le monde, tenter un mois de janvier sans alcool attire chaque année davantage de participant-e-s : En 2023, 56,6 % des adultes suisses âgé-e-s de plus de 18 ans connaissaient la campagne, contre 46,2 % en 2021⁴. La campagne bénéficie également d'une couverture médiatique chaque année plus importante.

Mais comment expliquer ce succès croissant ? Il s'explique selon nous par plusieurs facteurs. Tout d'abord, depuis la pandémie de COVID-19, les Suisse-sse-s font davantage attention à leur santé et adoptent plus de comportements favorables au bien-être⁵. Dans ce contexte, mettre l'alcool entre parenthèses pendant un mois s'inscrit naturellement comme un geste concret et bénéfique pour soi.

Par ailleurs, la non-consommation d'alcool est de plus en plus banalisée : refuser un verre ou choisir des alternatives sans alcool est socialement mieux accepté, voire valorisé. Cette évolution s'accompagne d'une meilleure connaissance des effets nocifs de l'alcool sur la santé : risques cardiovasculaires, cancers, troubles du sommeil ou du métabolisme sont désormais largement documentés et médiatisés. Une étude française⁶ montre qu'au-delà des effets physiques, les participant-e-s relèvent aussi un besoin symbolique : casser un tabou. Dire qu'on fait le Dry January, c'est envoyer un message à son entourage, affirmer son choix et briser la pression sociale de « devoir boire ». Le défi devient ainsi un moyen d'exprimer une liberté, individuelle mais aussi collective. Le marketing positif du Dry January renforce cette dynamique : les ressorts du marketing social, des nudges (approche qui consiste à faire adopter des comportements sans coercition) ou le story telling

LE DRY JANUARY VAUT LE COUP

La perception du Dry January auprès de la population suisse est très positive (71 % favorables), selon un sondage d'Addiction Suisse sur la notoriété de la campagne⁴. Entre 800 000 à 1,1 million de personnes y participent, la moitié d'entre elles ont fait une pause complète pendant janvier. Les bénéfices les plus cités sont la santé, le bien-être et l'économie d'argent (près de 50 %). À court terme, la consommation a baissé, surtout chez les participant-e-s : 52 % estiment avoir réduit leur consommation après janvier, confirmant un impact positif immédiat.

transforme la démarche de prévention en un mouvement attractif et populaire.

CHANGEMENTS DANS L'INDUSTRIE

Au départ, l'industrie des boissons a observé le phénomène avec scepticisme (voire inquiétude). Mais elle a rapidement compris que le Dry January ne représentait pas une menace existentielle mais plutôt une opportunité de diversification. Les rayons des supermarchés témoignent de cette transformation. Les marques investissent massivement dans des boissons sans alcool qui rivalisent en goût avec leurs équivalents alcoolisés. La production locale s'y met aussi : les vigneron-ne-s romand-e-s développent des jus de raisin sophistiqués, les brasseries artisanales lancent leurs gammes sans alcool, les cidreries proposent des pétillants sans alcool. Les bars et restaurants suisses ont également saisi l'opportunité : les cartes affichent désormais des sections entières dédiées à des cocktails sans alcool, à des thés glacés ou encore des limonades maisons. Le choix est désormais bien plus grand qu'il y a quelques années.

GÉNÉRALISATION À D'AUTRES MOUVEMENTS

Le succès du Dry January a également créé un effet domino dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. D'autres campagnes ont vu le jour et ont adopté le format du challenge d'un mois : le *Veganuary* pour l'alimentation végétale ou le *Maybe less sugar* qui vise à réduire sa consommation de sucre. Ces initiatives reprennent une recette qui fonctionne : une durée limitée, un aspect ludique et collectif, ainsi qu'une communication positive et motivante plutôt que culpabilisante. Le changement d'habitudes devient ainsi une expérience, un challenge collectif et valorisant plutôt qu'une contrainte imposée.

DRY JANUARY 2026 : FOCUS SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL

Chaque année, le Dry January se réinvente. Après les Dry Nights, les barathons sans alcool et les événements



culturels, l'édition 2026 place la santé au travail au cœur de la campagne.

Et pour cause : en Suisse, environ 2 % des personnes employées ont un problème de consommation d'alcool, soit près de 70 000 personnes. Les coûts totaux liés à l'alcool atteignent 2,8 milliards de francs par an, dont 2,1 milliards supportés directement par l'économie à travers l'absentéisme, les pertes de productivité, les retraites anticipées et les décès prématurés⁷.

Car si l'alcool est profondément ancré dans nos vies sociales, elle l'est aussi dans la culture professionnelle : trinquer pour fêter un succès, lever son verre lors d'un événement d'équipe, partager un verre pour nouer un partenariat. Il est si présent que beaucoup se sentent mal à l'aise lorsqu'ils ou elles ne boivent pas. Avec le Workplace Challenge - nom du défi -, le Dry January propose aux entreprises un outil à la fois de promotion de la santé et de cohésion : faire le challenge ensemble, comptabiliser les jours sans alcool et se comparer aux autres... Une démarche accompagnée comme d'habitude par des newsletters, des conseils et des goodies. Le lieu de travail devient donc un espace privilégié pour réfléchir ensemble à nos habitudes, et peut-être les transformer.

Une question éthique s'est posée : le challenge doit-il être ouvert à tous les secteurs ? Faut-il exclure certaines industries, comme celles par exemple de l'alcool ou du tabac, peu alignées avec la prévention ? Ne risque-t-on pas, en les acceptant, d'encourager du « health washing » – cette stratégie qui consiste à se donner une image responsable sans modifier ses pratiques – et de décrédibiliser la campagne aux yeux du public ?

Ce risque existe. Mais le Dry January est basé sur un principe d'inclusion. Il ne s'agit pas de juger les entreprises mais d'impliquer les équipes. Le GREA, la Croix-Bleue Suisse, Addiction Suisse et le Fachverband Sucht – qui organisent le Dry January en Suisse – ouvrent le défi à tout le monde, afin que chaque collaborateur et chaque collaboratrice puisse s'engager dans cette réflexion

WORKPLACE CHALLENGE : TENTER UNE PAUSE ENTRE COLLÈGUES

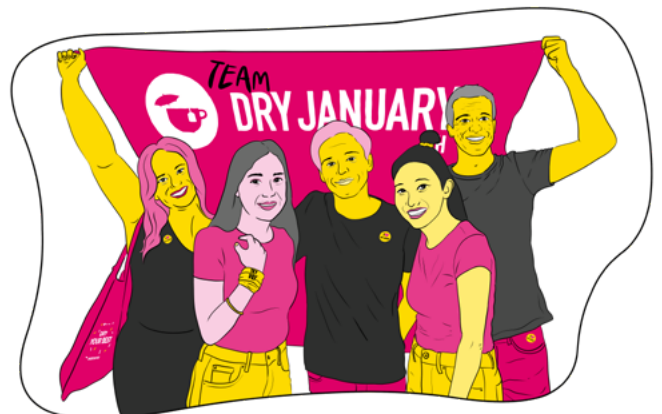
Le Workplace Challenge Dry January invite dès 2026 les entreprises à relever ensemble un mois sans alcool. Inspiré de « Bike to Work » dans sa mise en pratique, ce défi s'appuie sur un espace web dédié, des newsletters et mails ainsi que des goodies. Un ou une coordinateur·trice inscrit son équipe et cette dernière reçoit le kit pour se challenger entre collègues. La personne qui reste 25 jours sans consommer reçoit automatiquement un cadeau. Ludique, l'objectif est de sensibiliser aux habitudes de consommation et contribuer à la santé physique au travail tout en favorisant la cohésion d'équipe.

collective quels que soient les valeurs de l'entreprise où il se déroule.

AMBIVALENCE DU FINANCEMENT

Si le Dry January rencontre un succès croissant, son revers tient à la fragilité de son financement. Comme de nombreux projets de prévention, il évolue dans un contexte de ressources publiques en diminution. L'OFSP, principal soutien de la campagne, subira dès 2026 des coupes budgétaires de 11 millions de francs et ne financera plus que 50 % des prestations de prévention⁸. La plus grande campagne de prévention alcool du pays, qui coûte environ 350 000 francs par an, ne sera ainsi couverte qu'à moitié par la Confédération – un montant sans commune mesure avec les 2,8 milliards de francs de dommages causés par l'alcool chaque année.

En parallèle, et la distorsion des moyens est parfois incompréhensible, le Parlement a décidé en 2024 de tripler l'enveloppe destinée à la promotion des vins suisses, la faisant passer de 3 à 9 millions de francs pour la période 2025–2027. Et le signal politique est clair : le conseiller fédéral en charge de l'agriculture, Guy Parmelin, déclarait déjà face à la baisse de la



consommation de vin, y compris du vin suisse : « On ne peut pas forcer les gens à boire s'ils ne veulent pas boire, même si j'aimerais bien qu'ils boivent plus »⁹. Un paradoxe qui pose une fois de plus la question : où placer la balance entre santé publique et intérêts économiques ?

DRY JANUARY DANS LE FUTUR

La prévention fonctionne : le Dry January séduit chaque année davantage, la consommation d'alcool recule et, depuis cinq ans, une tendance profonde s'affirme. Les boissons sans alcool s'imposent, les bars et restaurants élargissent leur offre, et la non-consommation gagne en légitimité, au travail comme entre ami.e-s.

Dans les cinq à dix prochaines années, le Dry January pourrait devenir bien plus qu'un simple défi d'un mois : un véritable réflexe collectif, inscrit dans les mœurs et célébré comme un moment de prise de conscience et de choix personnel. Son succès devrait continuer à croître, porté par une acceptation sociale toujours plus large de la non-consommation d'alcool et par des alternatives de

qualité. À terme, il pourrait même s'imposer comme un rendez-vous collectif, au même titre que les fêtes qui l'encadrent, invitant chaque année la société à réfléchir à ses excès, à ses habitudes et aux alternatives possibles, et transformant le choix de faire une pause en un geste reconnu, valorisé et partagé.

Mais cette dynamique comporte aussi ses fragilités. Sans un financement public stable, la campagne perdrait sa force et sa cohérence : c'est sa structuration, son ancrage dans des organisations de prévention et son indépendance qui en garantissent la crédibilité. Le risque de récupération par des entreprises cherchant à se donner une image responsable existe également. Préserver l'esprit du Dry January, c'est donc protéger à la fois son autonomie financière et son intégrité éthique – deux conditions essentielles pour qu'il reste un mouvement de santé publique, et non un simple outil de communication.

Contacts : c.perissinotto@grea.ch et a.spini@grea.ch

Références

1. Bennett, E., & Dard, H. (Réalisateur). (2025). *Des jours meilleurs* [Film]. Wild Bunch Distribution.
2. Office fédéral de la statistique (2025). Enquête suisse sur la santé. Neuchâtel : Département fédéral de l'intérieur.
3. Cauty, A. (Réalisateur). (2014). *A Royal Hangover* [Film documentaire]. Journeyman Pictures.
4. Bornet, G., & Delgrande Jordan, M. (2023). *Étude sur la notoriété du Dry January en Suisse et sur les changements de consommation d'alcool à l'occasion du Dry January 2023 (Rapport de recherche no 152)*. Lausanne : Addiction Suisse.
5. Zaugg, S. (2024, 27 février). *Comment la pandémie de COVID-19 a-t-elle changé nos comportements ?* Agrarforschung Schweiz.
6. Lespine, L.-F., François, D., Haesebaert, J., Delile, J.-M., Savy, M., Tubiana-Rey, B., Naassila, M., de Ternay, J., & Roland, B. (2024). Prevalence and characteristics of participants in Dry January 2024 : Findings from a general population survey in France. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1466739. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1466739>
7. Office fédéral de la santé publique. (2011, 1 février). *L'alcool au travail coûte un milliard de francs chaque année* [Communiqué de presse]. Confédération suisse. <https://www.news.admin.ch/fr/nsb?id=37465>
8. Office fédéral de la santé publique. (2025, 26 février). *L'OFSP doit renoncer à différentes tâches* [Communiqué de presse]. Confédération suisse. <https://www.news.admin.ch/fr/nsb?id=104317>
9. Zahno, C. (2025, 27 juin). *Parmelin s'inquiète de la chute de la consommation d'alcool*. Blick [en ligne].

INTERVIEW

Catherine Delorme et Françoise Etchebar par Natalie Castetz

Catherine Delorme, présidente de la Fédération Addiction et directrice d'établissements médico-sociaux en addictologie, et Dre Françoise Etchebar, médecin généraliste et addictologue en CSAPA, reviennent sur l'évolution de la réduction des risques appliquée à l'alcool en France. Elles expliquent comment cette approche centrée sur la personne transforme progressivement les pratiques d'accompagnement, malgré les résistances et les enjeux économiques qui freinent encore son déploiement (réd.).



Natalie Castetz: L'alcool occupe une place centrale dans la culture française mais les dernières statistiques révèlent des changements dans la consommation.

Catherine Delorme: Nous constatons que la consommation des boissons alcoolisées poursuit sa baisse depuis les années 60: les Français-e-s boivent de moins en moins d'alcool. Certes, les modes de consommation ont changé, avec une forte réduction de la consommation de vin, en particulier du vin de table, de mauvaise qualité et de faible coût, mais nous voyons un engouement plus important pour la bière et les spiritueux, liés à l'after-work et au week-end, et la pratique du binge-drinking se maintient.

En 2023, 82,5 % des adultes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois et 7 % de façon quotidienne¹. Environ 41 000 décès par an

sont imputables à l'alcool qui est le deuxième produit derrière le tabac, avec un coût social estimé en 2019 à 102 milliards d'euros². En fait, la consommation d'alcool baisse, les usages sont moins fréquents mais se font plus intenses. La France reste ainsi l'un des pays les plus consommateurs d'Europe occidentale et cette consommation est bien un enjeu majeur de santé publique.

Et cette baisse globale doit être analysée au prisme des effets des inégalités de santé et de genre, et donc des conséquences des stigmatisations des personnes usagères: précarités et exclusion sociale, âge et genre dévoilent ainsi des consommations spécifiques, dans les dommages autant que dans les risques.

Natalie Castetz: Comment s'est développée la politique de santé publique en termes de réduction des risques (RDR) appliquée à l'alcool?

Dre Françoise Etchebar: C'est dans les années 80 que la RDR, venue d'autres pays, s'est imposée en France, mais sous couvert du risque Sida, comme en témoigne une première institutionnalisation avec la loi de santé 2004, dans le chapitre lutte contre les maladies infectieuses. Il faudra attendre 2016, et la loi de santé publique du 26 janvier, pour qu'elle soit reconnue de plein droit, autant pour les drogues illicites que licites.

Cela a été un tournant avec la reconnaissance de la nécessité d'interventions spécifiques pour réduire les risques et les dommages associés à la consommation d'alcool, au-delà des approches traditionnelles centrées sur l'abstinence.

Catherine Delorme : Il y a une certaine confusion dans la sémantique employée dans les textes officiels, ou par les professionnel·le·s directement : sous couvert de réduction des risques appliquée à l'alcool, on parle souvent de réduction du risque ou bien de réduction des dommages, ce qui n'est pas la même chose ! Il est pour nous essentiel de faire cette distinction. La réduction « du » risque alcool considère que la consommation d'alcool est un risque en soi, et met donc l'accent sur la diminution quantitative du volume d'alcool consommé. Il s'agit d'un objectif de santé publique visant à réduire le recours à l'alcool au regard des chiffres de morbi-mortalité.

La réduction des dommages porte, elle, sur la réduction de l'accessibilité de l'offre et de la prévalence des consommateurs et consommatrices d'alcool, sur la prévention dans l'entrée en consommation ou sur la régulation de la publicité. Il s'agit là de mieux identifier en amont les dommages de santé, psychiques et physiques, d'informer le grand public des risques et de chercher à mettre en place des stratégies de prévention efficaces pour réduire ces dommages.

Ces approches doivent être distinguées de la réduction « des » risques, qui induit une démarche d'accompagnement spécifique et demande d'autres stratégies : on part du postulat que la consommation d'alcool existe et qu'elle comporte des risques (pour exemples, la conduite en état d'ébriété, les intoxications éthyliques aiguës, l'usage problématique voire la dépendance...). Mais cette RDR ne peut s'appuyer ni sur une substitution de la molécule éthanol, ni sur un matériel spécifique réduisant les risques de l'usage comme, par exemple, pour des personnes qui injectent des drogues. La RDR appliquée à l'alcool va s'inspirer des pratiques d'accompagnement : un accompagnement des consommations qui va se centrer sur la personne usagère, sur ses souhaits, ses ressources et ses contraintes. Il s'agit de l'accompagner pour qu'elle consomme différemment et de proposer un ensemble de mesures pour prévenir ou limiter ces risques.

Natalie Castetz : Ce nouveau regard entraîne-t-il de nouvelles pratiques dans le parcours de soins ?

Catherine Delorme : La proposition de prise en charge a longtemps été l'arrêt de ces consommations, le sevrage devant mener à l'abstinence, et la RDR alcool a souvent été conçue – et est encore souvent envisagée – sous l'angle unique de la réduction de la quantité d'alcool. Mais le paradigme change peu à peu : les professionnel·le·s de l'addictologie, mais aussi celles et ceux du social, passent de plus en plus à un accompagnement de la personne et de sa consommation, sans stigmatiser celles qui « boivent trop ».

Dr Françoise Etchebar : Oui, les pratiques professionnelles évoluent vers une approche plus inclusive et respectueuse des droits des usagères et usagers mais divergent encore selon les structures, faute d'harmonisation. Nous accueillons de plus en plus de personnes qui viennent consulter dans les Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) mais si l'unique proposition qui leur est faite est de réduire leur consommation, vous ne les voyez pas deux fois !

Nous partons du principe que chaque personne consommatrice d'alcool a des compétences et qu'elle est le plus à même de savoir et dire ce qu'elle cherche quand elle consomme, comment elle consomme, et quels sont ses objectifs. Nous cherchons d'abord à sécuriser la personne et sa consommation, à élaborer avec elle une proposition adaptée à ses aspirations et à ses contraintes, en faisant avec ce qu'elle est et consomme, plutôt qu'en faisant malgré ou en faisant sans.

La RDR ne propose pas le sevrage ou la baisse des usages comme prérequis, mais elle s'appuie sur les attentes et les demandes des personnes concernées, qui sont les premières connaisseuses de leurs pratiques de consommation. Faute d'outils disponibles, il s'agit d'un accompagnement intégrant et mobilisant les approches expérientielles.

Catherine Delorme : En effet ! En s'intéressant autant aux façons de consommer qu'au contexte économique ou politique dans lequel cela se passe, la RDR appliquée à l'alcool revient un peu à ses racines : une approche souple, qui s'adapte à chaque personne. L'idée est de partir de l'expérience vécue, de reconnaître qu'il peut aussi y avoir des effets positifs à l'usage, des bénéfices ressentis – tout en cherchant à limiter les aspects négatifs, les risques et les dommages.

Comme souvent, cette approche semble à première vue en décalage avec les logiques de santé publique ou les démarches purement thérapeutiques. La santé publique, elle, s'occupe surtout du risque alcool et de ses dommages au niveau de la population. La RDR alcool, elle, essaie plutôt de comprendre ce qui se cache derrière l'usage, en explorant les différentes formes d'accompagnement possibles et en travaillant sur la qualité de vie des personnes.

Natalie Castetz : Le sujet alcool semble encore tabou en France, les personnes exerçant dans le domaine de la santé, notamment les médecins généralistes, en première ligne pour accompagner les personnes consommatrices d'alcool, bénéficient-elles d'une formation suffisante ?

Dr Françoise Etchebar : Les formations dispensées durant les études de médecine varient selon les établissements, et il est évident qu'il y a un défaut de connaissances

*La RDR appliquée
à l'alcool revient un peu à
ses racines : une approche
souple, qui s'adapte
à chaque personne*

en addictologie par les professionnel·le·s de premier recours ainsi qu'une insuffisance d'appropriation et/ou d'actualisation des connaissances relatives aux risques somato-psycho-sociaux liés à l'alcool. Et beaucoup pensent qu'aborder la question de la consommation avec le ou la patient·e est chronophage.

Nous travaillons sur le sujet avec les médecins généralistes, exerçant en libéral ou salarié·e·s en centre de santé, au sein du pôle MG Addiction de la Fédération Addiction qui propose notamment le portail «*intervenir-addictions.fr*» pour les aider. Nous les invitons à aborder la question de l'alcool de manière «*systématique*», comme elles et ils le font lors de consultations banales pour les autres questions autour du tabac, de l'alimentation, du sommeil... Et ce, en libérant la parole sur les effets recherchés par la personne, en écoutant ses modes de consommation. Il est nécessaire de prendre le temps, tout en informant des risques, en sécurisant les consommations et en ne culpabilisant pas le ou la patiente sur les normes d'usage.

Natalie Castetz: Comment la Fédération Addiction se mobilise-t-elle pour répondre aux enjeux?

Catherine Delorme: Nos interventions sont variées. Elles vont de la campagne de prévention alcool «*Défi de janvier – Dry January*» que nous coordonnons en lien avec d'autres associations et qui connaît un immense succès, aux actions que nous pilotons nous-mêmes ainsi que celles que nous menons avec nos partenaires.

Parexemple, nous sommes en lien avec le collectif des acteurs et actrices de la RDR alcool Modus Bibendi, avec lequel nous avons notamment mis en œuvre le projet «*Alcool, intervenir autrement*», à la suite d'une expérimentation de la réduction des risques liés à l'alcool menée dans deux CSAPA volontaires.

Par ailleurs, nous sommes engagé·e·s depuis de longues années aux côtés de la Fédération des acteurs de la solidarité pour accompagner les professionnel·le·s de l'accueil-hébergement-insertion à faire évoluer leurs pratiques. Nous sommes aussi partenaires de l'association Santé! dont la raison sociale est précisément d'expérimenter et modéliser de nouvelles approches d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Nous avons à ce titre participé à l'expérimentation du déploiement en Nouvelle-Aquitaine et en région Paca (Provence-Alpes-Côte d'Azur) de la méthode d'intervention IACA! («*Intégrer et accompagner les consommations d'alcool*»).

Pour ce qui est de nos actions en tant que telles, nous avons adapté au contexte français et déployé dans le secteur de l'addictologie et auprès des maisons pluridisciplinaires de santé le programme initialement québécois «*Mes choix*». Une gamme d'outils est apportée aux usagères et usagers en vue de leur redonner le contrôle de leur

consommation et la capacité de se fixer ses propres objectifs : où, quand, avec quelle quantité ils ou elles souhaitent consommer, avec à l'appui un manuel contenant conseils et exercices. Nous avons également tout récemment revu notre formation de base sur la RDR alcool pour en faire, en quelque sorte, une formation de base sur ce sujet et donner à voir le panorama des actions possibles.

La RDR ne peut donc en rester aux seuls risques sanitaires du paradigme biomédical. Elle intègre les questions sociales et leurs conséquences négatives sur l'usage. Et surtout, elle donne une place pleine et entière aux personnes concernées.

Natalie Castetz: Quels freins, résistances identifiez-vous aujourd'hui?

Dre Françoise Etchebar: Il faudra encore du temps pour que les représentations et les postures changent et que la personne qui consomme soit acceptée comme seule maîtresse de ses choix sur lesquels aucun jugement n'a à être porté, et pour que les structures d'accueil et d'accompagnement adoptent des postures homogènes, enfin que les professionnel·le·s de santé de premier recours fassent évoluer leurs pratiques!

Catherine Delorme: Il reste difficile en France de concilier les impératifs économiques avec ceux de santé publique, et quand un choix doit être fait, c'est toujours au détriment de la santé publique. La prévention comme la régulation se heurtent à des intérêts économiques puissants, face à une représentation positive de la production viticole du terroir français. Et dans ce rapport de force, c'est toujours le consommateur ou la consommatrice qui en pâtit.

Nous plaçons pour une approche qui intègre la complexité des comportements de consommation, qui informe sur les dommages des usages en général mais aussi en fonction de l'état de santé, de l'âge, du genre, et qui propose des repères de consommation qui ne sont pas des normes, tout en instaurant des interdits protecteurs. Cette approche accompagne les besoins et demandes individuels, sans stigmatiser, sans imposer de renoncer à l'usage, et vise une plus grande sécurisation.

Natalie Castetz: Merci pour cet entretien.

Références

1. Spilka, S., Philippon, A., Le Nézet, O., Obradovic, I., Janssen, E., & Airagnes, G. (2023). *Les niveaux d'usage d'alcool en population adulte en France en 2023*. Société Française d'Alcoologie.
2. Kopp, P. (2023, 1 juillet). Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

L'ALCOOL, L'ÉLÉPHANT DANS LA PIÈCE

Romain Bach (GREA), Marina Delgrande Jordan (Addiction Suisse), Monika Huggenberger (Suchthilfe Ost), Stefanie Knocks (CFANT)

Il existe probablement peu de substances qui nous accompagnent aussi étroitement, dont la consommation est si normale, voire souhaitée, et qui sont en même temps si nocives que l'alcool. Or, il n'existe actuellement en Suisse aucune communication publique et sensibilisation systématique à son sujet. Chaque jour, de nombreuses personnes décident d'en consommer sur la base de conventions sociales et d'informations de l'industrie, et non sur la base d'informations factuelles. C'est pourquoi une communication nationale sur l'alcool doit être créée et financée durablement.

La consommation d'alcool est fermement ancrée dans notre culture et la majorité des personnes en Suisse en boit régulièrement de l'alcool. En même temps, l'alcool n'est pas un bien de consommation ordinaire, mais une substance psychoactive avec un grand potentiel de risque. Dans certains classements sur la dangerosité des substances, l'alcool occupe la première place¹. Plus la consommation d'alcool est élevée, plus les dommages pour la santé sont importants. De plus, les dernières découvertes scientifiques démontrent qu'il n'existe aucun seuil de consommation d'alcool sans risque. Même une consommation légère ou modérée de quelques verres par semaine augmente le risque de développer un cancer et d'autres maladies^{2,3}.

Alors que le marché suisse de l'alcool est estimé à plus de onze milliards de francs⁴ et que le marketing de l'alcool est très présent dans l'espace public et sur les réseaux sociaux⁵, le Parlement fédéral s'est certes récemment penché à plusieurs reprises sur la question de l'alcool, mais principalement dans le contexte des débouchés commerciaux des vins suisses. C'est préoccupant au vu de l'ampleur des problèmes qui y sont liés. Les mesures de prévention structurelle, dont l'efficacité est prouvée et qui sont relativement peu coûteuses, ne sont pas mises à l'agenda politique, encore moins mises en œuvre. Au niveau cantonal, des tendances à la dérégulation se dessinent. Les derniers progrès (timides) datent de 2004, lorsqu'il a été possible de réduire fortement la consommation d'« alcopops » au moyen d'un impôt spécial. Au niveau cantonal, Vaud

Les mesures de prévention structurelle ne sont pas à l'agenda politique

et Genève ont emboîté le pas il y a plus de dix ans en implémentant des interdictions de vente nocturne.

FIN DES CAMPAGNES NATIONALES SUR L'ALCOOL

Depuis l'entrée en vigueur de la stratégie nationale Addictions en 2017, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ne met plus en œuvre de campagnes nationales de sensibilisation sur la consommation d'alcool. Le nouveau principe serait celui de la « cascade » : l'OFSP n'est plus présent en tant qu'acteur central de la communication publique sur l'alcool et la responsabilité de la sensibilisation a été transférée aux organisations partenaires spécialisées de la société civile. Cependant,

aucun moyen supplémentaire ne leur a été alloué pour la reprise de cette tâche. En conséquence, les acteurs de la société civile (p. ex. Addiction Suisse, Croix-Bleue Suisse, Fachverband Sucht, GREA et Ticino Addiction) mettent en œuvre,

en collaboration avec les services cantonaux et locaux spécialisés dans les addictions, une série d'activités de communication sur l'alcool sur la base de financements de projets par l'OFSP. Cela comprend notamment la Journée nationale d'action sur les problèmes liés à l'alcool, la Semaine d'action Enfants de parents avec une addiction et le Dry January. Pendant quelques années, ces formats ont grandi quasi « organiquement » dans le vide qui s'était créé. L'aspect positif est que ces formats sont très diversifiés en termes de contenus et de groupes cibles et se complètent – dans une certaine mesure – mutuellement.

La situation actuelle présente néanmoins des désavantages considérables. Cette multiplicité d'initiatives complique la tâche tant pour les services spécialisés que pour le grand public. Les ressources des services locaux et l'attention médiatique se retrouvent dispersées. Cette fragmentation est d'autant plus problématique que les acteurs de la prévention font face à des concurrents de taille : l'industrie de l'alcool déploie une vaste gamme de produits, promue de manière séduisante, notamment sur les réseaux sociaux, dans ce qui semble être une stratégie visant notamment à séduire de jeunes consommateurs-rice-s. Leurs moyens financiers dépassent en outre largement ceux des acteurs de la prévention. Alors que le chiffre d'affaires de l'industrie de l'alcool s'élève à environ onze milliards de francs par an, les cantons disposent de 29 millions de francs (soit 0,2 %) pour lutter contre les causes et les conséquences de la consommation de toutes les substances psychoactives, y compris l'alcool. En outre, seule une partie de cette somme est spécifiquement consacrée à la prévention de l'alcool, soit un peu plus de neuf millions de francs en 2023⁶. Cette grande disparité s'explique aussi par le fait qu'aucune taxe n'est prélevée sur une partie des boissons alcooliques, notamment le vin, et que les recettes fiscales provenant d'autres boissons, notamment la bière, vont dans les caisses générales de la Confédération plutôt que dans la prévention. Contrairement aux nombreuses incitations à la consommation dans l'espace public et sur les réseaux sociaux, les messages de sensibilisation sont donc pratiquement invisibles. Si l'on voulait changer cela, des investissements ciblés seraient nécessaires.

Suite au retrait de la Confédération de la communication sur l'alcool depuis 2017, plusieurs organisations de prévention ont initié le projet « Nouvelle conception de



Les mesures de communication ont peu de chances d'aboutir si la prévention structurelle fait défaut

la communication sur l'alcool (2021-2023) », qui visait à créer un nouveau format de campagne nationale de sensibilisation. Mais celui-ci s'est heurté à l'impossibilité d'obtenir un co-financement suffisant de la part des autorités fédérales et cantonales, la Confédération invoquant des moyens limités et les cantons étant réticents à s'engager sans leadership fédéral clair, illustrant ainsi le dysfonctionnement du système actuel de prévention face à un problème générant pourtant 2,8 milliards de francs de coûts annuels répartis entre les niveaux fédéral, cantonal et communal, incluant les coûts de santé, sociaux, pénaux et de productivité⁷.

LE SILENCE ASSOORDISSANT AUTOUR DE L'ALCOOL

Bien qu'il soit scientifiquement prouvé que l'alcool cause des dommages dans notre société, il n'y a pas de transmission systématique d'informations à la population qui permettrait une consommation informée (sachant qu'un choix informé reste complexe dans certaines situations, notamment pour les personnes mineures ou en cas de dépendance). On peut supposer que les différentes activités de communication n'atteignent pas l'ensemble de la population, par exemple les personnes qui ne parlent pas (ou pas bien) une langue nationale. Qui plus est, les activités existantes se concentrent sur le seul levier qu'elles espèrent pouvoir actionner : le comportement individuel. Cependant, les mesures de communication ont peu de chances d'aboutir si la prévention structurelle fait défaut. La Suisse n'a ancré aucun des « best buys » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), reconnus comme efficaces et rentables, au niveau national : la limitation de la disponibilité (p. ex. interdiction de vente nocturne), la lutte contre l'alcool bon marché (p. ex., par un prix minimum ou une taxe) et une interdiction complète de la publicité (y compris en ligne) ne sont mises en œuvre que partiellement et seulement dans certains cantons. Le marché opère aujourd'hui avec une régulation minimale ; la communication sur l'alcool est principalement assurée par l'industrie de l'alcool, de la production à la distribution, et est axée sur la promotion des ventes.

Cette situation déjà critique s'est brutalement aggravée au printemps 2025, lorsque le Conseil fédéral a décidé de réduire de près d'un quart le budget alloué aux Stratégies nationales Addictions et Maladies non transmissibles, soit environ 2 millions de francs sur le budget 2025. Les prochains programmes d'allègement budgétaire menacent d'aggraver encore cette situation, compromettant durablement la capacité d'action sur le terrain. Qui plus est, une fusion des deux stratégies est envisagée, risquant d'invisibiliser la problématique des addictions et de réduire encore les ressources. Face à ces coupes budgétaires drastiques, des organisations du



domaine – Ticino Addiction, GREA, Fachverband Sucht et Addiction Suisse – ont lancé une pétition nationale en mai 2025, qui a été déposée à Berne le 15 septembre 2025. Comme le soulignent ces organisations, ces coupes risquent de générer des coûts plusieurs fois supérieurs aux économies réalisées, avec des conséquences déjà tangibles sur les programmes de prévention. Elles affectent également les enquêtes de monitoring statistiques, réduisant notre vision sur l'évolution sanitaire – une navigation sans repères particulièrement problématique.

La situation actuelle est bloquée sans leadership fédéral. Dans ce contexte, aucune communication publique systématique n'existe ni ne peut être développée. Pourtant, l'OFSP a déjà su donner efficacement le rythme par le passé, comme avec les campagnes sur le SIDA ou l'introduction de la politique des quatre piliers.

POUR UNE TAXATION JUSTE DES BOISSONS ALCOOLIQUES

Les mesures structurelles ont le plus grand effet prouvé pour réduire la souffrance personnelle et les coûts sociaux liés à l'alcool⁸, comme les « best buys » de l'OMS. L'un de ces leviers très efficaces est la taxation et son effet sur le prix. Les études scientifiques montrent premièrement que moins d'alcool est consommé lorsque les boissons alcooliques deviennent plus chères – et ceci particulièrement par les jeunes et les personnes ayant une consommation importante, y compris celles vivant avec une dépendance. L'avantage d'une taxe bien conçue est deuxièmement qu'elle génère des revenus qui, s'ils sont correctement alloués, peuvent financer durablement et proportionnellement des mesures de communication et de prévention supplémentaires. La dîme de l'alcool fixée à l'article 131, al. 3 de la Constitution fédérale provenant de la taxe sur les boissons distillées est attribuée aux cantons pour « combattre les causes et les effets » des maladies liées aux addictions. C'est un très bon modèle qui devrait être

*La Confédération
doit reprendre
son rôle de leader*

étendu à toutes les boissons alcooliques⁹. Aucune taxe n'est actuellement prélevée sur le vin et l'introduction d'une telle taxe est à considérer comme extrêmement improbable. La Confédération subventionne en effet la promotion du vin suisse à hauteur de neuf millions de francs par an. Bien qu'il existe une taxe sur la bière, les revenus de celle-ci vont aujourd'hui dans les caisses générales de la Confédération, sans affectation. Par analogie avec la dîme de l'alcool provenant de la taxe sur les spiritueux, 10 % de la taxe existante sur la bière pourraient être affectés pour promouvoir ou financer des mesures de prévention et de sensibilisation sur l'alcool et ainsi augmenter les moyens actuellement faibles. Un nouveau format de communication serait ainsi au moins financièrement possible.

DES DILEMMES À RÉSOUDRE IMPÉRATIVEMENT

Il existe un premier dilemme : premièrement, une taxation adéquate de l'alcool est une condition préalable fondamentale pour le financement durable de mesures de prévention efficaces. Sans une prise de conscience et un discours public sur les propriétés de l'alcool dans la population et parmi les décideurs politiques, il est très improbable qu'une telle mesure trouve une majorité politique.

Deuxièmement, les acteurs de la société civile doivent choisir entre différents groupes cibles avec leurs moyens limités : l'ensemble de la population devrait-il être informé par une campagne publique d'information ? Aujourd'hui, il manque en Suisse, par exemple, une présentation compréhensible des dernières découvertes scientifiques³ sur les liens entre niveaux de consommation et risques sanitaires associés. Les Repères relatifs à la consommation d'alcool de la Commission fédérale pour les questions liées à l'alcool¹⁰, qui remontent à plusieurs années, ne remplissent pas ces critères. Ils devraient être révisés. Fournir de telles informations à l'ensemble de la population est pourtant central, car informer

peut augmenter la conscience du risque, même si cela n'entraîne souvent pas directement de changements de comportement.

SORTIR DU SILENCE!

La Confédération doit reprendre son rôle de leader. Elle ne peut plus se défaire derrière le principe de cascade qui a montré ses limites. Elle ne peut pas non plus sabrer dans la prévention alors que notre société traverse des crises multiples – économiques, sociales, écologiques – et que la santé psychique des jeunes se dégrade. Il est urgent que les autorités fédérales corrigent le tir et investissent dans la prévention – non pas malgré les défis actuels, mais précisément à cause d'eux. Deux options s'offrent à elle : piloter directement des campagnes nationales ou lancer une campagne-cadre forte que les cantons pourront décliner localement – une approche évolutive touchant successivement différents publics et facettes de la consommation. Quel que soit le modèle retenu, la société civile a besoin de soutien pour briser un cercle vicieux : sans communication publique sur

les risques de l'alcool, celui-ci continue d'être perçu comme un produit de consommation ordinaire. La population souffre surtout de ce silence. Des milliers de personnes en Suisse risquent ainsi de prendre leurs décisions de consommation d'alcool en s'appuyant sur des informations incomplètes et doivent généralement justifier et défendre une éventuelle décision de non-consommation auprès de leurs ami.e.s, dans leur famille ou lors de l'apéro du bureau. Une stratégie nationale de communication sur le thème de l'alcool est impérative et un financement durable pour celle-ci - l'affectation de 10 % de la taxe sur la bière pourrait y contribuer - doit être trouvé. Pour que les personnes en Suisse aient au moins la base pour pouvoir décider elles-mêmes quels risques elles sont prêtes à prendre et lesquels elles préfèrent éviter. Et pour permettre enfin l'émergence d'un débat politique éclairé sur la régulation de l'alcool dans notre société.

Contacts : r.bach@grea.ch et mdelgrande@addictionsuisse.ch

Références

1. Van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., van den Brink, W. (2015) : European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology* 29(6) : 655-660.
2. Anderson et al. (2023) : Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *The Lancet Public Health* 8(1) : e6-e7.
3. Gmel, G., Shield, K. (2021). *Recommandations pour une consommation d'alcool à faible risque – une analyse basée sur les preuves pour la Suisse. Rapport de recherche No 127*. Lausanne : Addiction Suisse.
4. Voir le site web [statista.com](https://de.statista.com/outlook/cmo/alkoholische-getraenke/schweiz) sur les boissons alcoolisées en Suisse (en allemand) : <https://de.statista.com/outlook/cmo/alkoholische-getraenke/schweiz>, consulté le 04.12.2024.
5. Egli Anthonioz, N., Monnier, E., Delgrande Jordan, M. (2023). *Exposition potentielle des jeunes aux stimuli associés à l'alcool, au tabac et à la nicotine – Observations directes en Ville de Genève et en ligne. Rapport de recherche No 146*. Lausanne : Addiction Suisse.
6. Voir le site web sur la dîme de l'alcool de l'Office fédéral de la douane et de la sécurité des frontières : https://www.bazg.admin.ch/bazg/fr/home/themes/alcohol/praevention_jugendschutz/alkoholzehntel.html, consulté le 08.11.2024.
7. Fischer, B., Mätzler, S., Wiesbeck, G., & Schaub, M. (2014). *Les coûts socio-économiques de la consommation d'alcool en Suisse*. Étude mandatée par l'OFSP.
8. Babor, T. et al. (2023) : *Alcohol : No ordinary commodity : Research and public policy. Third edition*. Oxford : Oxford University Press.
9. Al Kurdi, C. (2023). *Rapport de synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addictions : enjeux et pistes d'action*. Lausanne : Groupement Romand d'Etude des Addictions (GREA).
10. CFAL – Commission fédérale pour les questions liées à l'alcool (2018). Guide d'orientation sur la consommation d'alcool. Berne : CFAL. <https://www.news.admin.ch/fr/nsb?id=71567>, consulté le 26.08.2024.

L'EXPÉRIENCE D'UN ESPACE DE CONSOMMATION DANS UN MILIEU INSTITUTIONNEL

Margot Bouvant, Meleak Gross, Hakim Levalois Bazer, Laetitia Lude, Florian Rubio (Fondation Champ-Fleuri)

À la Fondation Champ-Fleuri, à Glion, un espace de consommation d'alcool fait partie intégrante du projet thérapeutique. Pensé dans une logique de réduction des risques, il permet d'accueillir la personne là où elle en est, sans condition d'abstinence. Ce dispositif, unique dans le canton de Vaud, favorise le lien, la sécurité et la dignité, en plaçant la réalité des consommations au centre du soin (réd.).

La Fondation Champ-Fleuri est un établissement psycho-social médicalisé situé à Glion dans le canton de Vaud. Nous accueillons en résidentiel et suivons à domicile des personnes souffrant de troubles psychiques associés à des problématiques addictives.

L'accueil s'adresse à chacun-e, quelle que soit la pathologie psychiatrique, quel que soit le trouble de l'usage dont il ou elle souffre, et cela indépendamment du stade motivationnel vis-à-vis du changement. Ce principe constitue le socle de notre accompagnement : il permet de rencontrer la personne telle qu'elle est, avec ses fragilités et ses ressources, sans condition préalable d'abstinence. Dès l'entrée, chaque résident-e bénéficie d'un accompagnement individualisé, allant, dans une perspective de sécurité, de stabilisation et de rétablissement, de la réduction des risques et des dommages au développement de compétences favorisant l'autonomisation.

Dans ce principe de sécurisation, l'équipe a développé un espace spécifique dédié à la consommation d'alcool. Cet espace, loin de s'apparenter à une tolérance passive, est une composante du projet thérapeutique global de certain-e-s résident-e-s.

En intégrant cet espace de consommation dans son offre de prestation, Champ-Fleuri affirme que l'accompagnement ne commence pas après la consommation, mais bien avec

elle lors d'un trouble de l'usage actif. Ce positionnement, qui prend en compte la réalité des pratiques, favorise l'accès au soin, diminue les risques liés à l'alcoolisation et donne à chacun-e la possibilité d'avancer, à son rythme, vers une meilleure qualité de vie.

L'espace de consommation est proposé aux résident-e-s suite à une décision d'équipe dès lors qu'il ou elle trouve sa place dans le projet thérapeutique en tant que ressource de réduction des risques.

*L'accompagnement
ne commence pas après
la consommation, mais
bien avec elle lors d'un
trouble de l'usage actif*

Un infirmier ou une infirmière ou un éducateur ou une éducatrice est toujours présent-e dans cet espace. Il ou elle porte un regard pointu sur les comportements et l'aspect clinique des résident-e-s à travers une approche bienveillante et sans jugement afin de nourrir les projets d'accompagnement individuels au

plus proche de leur réalité.

La continuité du lien thérapeutique et le cadre structuré sont un pilier pour les bénéficiaires.

LES BÉNÉFICES OBSERVÉS DE L'ESPACE DE CONSOMMATION

Nous avons observé des bénéfices tant pour les résident-e-s concerné-e-s que pour l'institution et pour l'environnement social qui l'entoure. Ces bénéfices apparaissent à plusieurs niveaux, confirmant la pertinence de l'espace de consommation comme outil thérapeutique et de réduction des risques.

Le premier bénéfice concerne la modification de l'environnement de consommation. Selon le modèle qui conçoit le trouble de l'usage comme le croisement entre un individu, un produit et un contexte, changer le cadre dans lequel l'alcool est consommé modifie l'expérience elle-même¹. La consommation se fait moins dans l'urgence, ni dans la rue, ni dans des cachettes sur l'extérieur, mais dans un lieu spécifique, assis, dans un verre, servi unité après unité, avec la présence d'un·e professionnel·le. Le résident est libre du lieu où il a acheté son alcool et du choix de celui-ci, en fonction de ses habitudes, ses objectifs en lien avec ses consommations et de ses moyens financiers. Cela permet de faciliter l'accès à l'espace de consommation. Ce cadre contribue à diminuer les prises massives d'alcool et donc à réduire les risques d'accidents liés à celui-ci.

L'espace de consommation permet également de réduire l'anxiété liée au fait de rechercher, cacher ou protéger leur produit. En effet, les utilisateurs et utilisatrices ont la possibilité de stocker directement leurs consommations sur le lieu, dans des casiers personnels fermés à clé. Ce soulagement diminue les tensions internes, mais aussi les comportements défensifs et la méfiance vis-à-vis de l'équipe.

L'espace de consommation favorise également une réduction de la stigmatisation. Pouvoir boire dans un cadre protégé, à l'abri du jugement social, permet aux résident·e·s de retrouver une forme de dignité qui contribue à restaurer l'estime de soi, souvent effondrée dans les parcours marqués par les échecs de sevrage et des exclusions sociales. Si l'on se réfère à la triade de Beck, ces éléments constituent un renforcement positif, qui peut devenir un point d'appui dans l'élaboration d'un projet de rétablissement².

Un autre bénéfice majeur est l'amélioration de la relation thérapeutique. Le lieu devient un espace privilégié de discussion, où le ou la professionnel·le peut observer, écouter et dialoguer dans un climat de non-jugement qui permet aux résident·e·s de se montrer plus transparent·e·s dans leurs partages; discussions qui enrichiront les entretiens motivationnels individuels. Cette transparence sur leurs usages permet aux équipes d'adapter le travail motivationnel. La consommation devient une matière clinique travaillée avec la personne, en tenant compte de son stade motivationnel et de son rythme³.

L'espace permet d'amorcer un véritable travail addictologique: en accueillant les consommations, il devient un lieu de prise de conscience, où les résident·e·s peuvent sécuriser leurs consommations et envisager des changements progressifs, même sans viser l'abstinence.

TÉMOIGNAGE J.

Je suis à la Fondation Champ-Fleuri depuis 1 année et demie. Je consomme de l'alcool depuis 7 ans, j'ai essayé de faire 2 sevrages d'alcool qui ont échoué, avant d'arriver je consommais 15 bières par jour. Grâce à un travail d'équipe dont je suis au centre j'ai réussi à nettement diminuer ma consommation d'alcool. Les consommations se faisaient davantage sur l'espace public, désormais, elle se font principalement sur l'espace consommation de la fondation. Je cachais des bières dans le village, on a désormais la possibilité d'en mettre dans les casiers sécurisés au bureau de l'équipe.

Je me sens mieux, partage, échange, « cuisine plaisir », on fait des activités, jeux de société, bijoux, qui permettent de diminuer et décentrer mes consommations.

Le lieu joue surtout un rôle dans la réduction des risques et des dommages liés aux consommations. Les règles posées, loin d'être vécues comme des contraintes, donnent un cadre sécurisant.

Pouvoir boire dans un cadre protégé, à l'abri du jugement social, permet aux résident·e·s de retrouver une forme de dignité qui contribue à restaurer l'estime de soi

Des activités y sont proposées, permettant de décentrer l'attention de l'alcool. Les moments de partage autour de repas, de jeux, d'activités créatives ou culinaires renforcent le lien social entre résident·e·s et permettent de créer des souvenirs positifs en dehors de la consommation, ce qui est particulièrement précieux pour des personnes dont les pathologies psychiatriques et addictives ont pu entraîner un isolement sévère. Ceci

fait aussi référence aux thérapies cognitives orientées sur le rétablissement, qui font partie de notre cadre de référence.

LIMITES ET AJUSTEMENTS

Au-delà des bénéfices présentés, il convient de parler des limites du dispositif. En premier lieu, le non-respect du cadre au sein de l'espace de consommation peut conduire à une exclusion, souvent temporaire du lieu. C'est en ce sens que nous avons récemment mis au point une procédure de réintégration formalisée sur le lieu de consommation: un entretien est conduit, la situation est analysée avec la personne, et un engagement à des réajustements concrets est acté avant tout retour. L'objectif est de préserver la sécurité du lieu sans affecter l'accompagnement global hors de l'espace de consommation.

Une autre limite est la cohabitation, au sein d'une même structure, de personnes qui ne consomment pas d'alcool, de personnes qui souhaitent arrêter et de personnes qui consomment sur place. Pour réduire les difficultés pour celles et ceux qui ne consomment pas, l'espace



Figure 2 : L'espace de consommation d'alcool de la Fondation Champ-Fleuri

de consommation ne se situe pas dans le bâtiment principal et n'est en aucun cas un lieu de passage dans les déplacements quotidiens de nos résident-e-s non concerné-e-s.

Nous observons cependant que plusieurs résident-e-s non-usagers ou non-usagères du lieu aiment venir sur place pour discuter ou partager un moment alors qu'ils ou elles ne consomment pas. Nous travaillons alors actuellement à redynamiser et à rendre plus attractive une pièce de vie, afin d'accueillir et de proposer des activités qui offrent un point d'appui autre que l'espace de consommation.

Par ailleurs, une partie importante de nos résident-e-s présentant un trouble de l'usage d'alcool ne s'inscrivent pas dans le dispositif de consommation. Certain-e-s de nos résidents.tes ne trouvent pas leur place dans le cadre et les limites du lieu, notamment lorsque la perte

TÉMOIGNAGE H.

Je trouve que l'alcool fait des ravages, il y a 2 ans j'étais à 15 bières par jour, je me mettais en danger. Maintenant je suis à 4 bières par jour et je suis bien fière moi, d'avoir arrêté les consommations massives.

Ce que je préfère ici, ce sont les moments partagés avec les autres résidents et l'équipe et le fait qu'on fasse des activités plaisirs c'est magique !

de contrôle fait partie de l'effet recherché lors de la consommation ou qu'ils.elles veulent se démarquer par une opposition au placement institutionnel.

En effet nous ne pouvons pas accueillir ces pratiques dans l'espace sans en compromettre le sentiment de sécurité au sein de celui-ci. Pour maintenir le lien et limiter les risques, nous avons mis en place un « poste horaire volant » qui intervient à l'extérieur des murs de la Fondation et va vers les résident-e-s : discussions dans les espaces extérieurs, création et maintien du lien, stimulation à l'hydratation, à l'alimentation et autres conseils de réduction des risques. Cela s'effectue en collaboration avec le ou la professionnel-le présent sur l'espace de consommation.

Enfin, les envies réelles de consommer ne coïncident pas toujours avec les horaires d'ouverture de l'espace de consommation. Afin de limiter les consommations non encadrées à l'extérieur, nous avons mis en place des casiers dans lesquels les résidents.tes usagers.ères de l'espace de consommation peuvent stocker de l'alcool. Les conditions de stockage sont définies individuellement. Les conditions de retrait tiennent compte de l'ensemble du projet addictologique, se font en dehors des moments d'ouverture de l'espace de consommation et à l'unité sous réserve d'une évaluation clinique.

L'objectif est de réduire les prises de risque tout en veillant, au cas par cas, à ce que ce dispositif n'entraîne pas davantage de consommation que s'il n'y avait pas de stock. Ce compromis s'appuie sur une relation de

confiance et une vigilance partagée, dans une logique de réduction des risques.

L'espace de consommation à Champ-Fleuri est un travail ajusté en continu avec les résident-e-s et en fonction de leurs réalités. Nous accueillons la personne telle qu'elle est, avec ses difficultés actuelles, de manière quasi inconditionnelle, accompagnée par des professionnel-le-s qui portent un regard pointu sur les aspects cliniques psychiatriques et addictologiques.

Cet espace est une porte d'accès au soin et à l'accompagnement éducatif : de l'écoute au rétablissement, en passant par la sécurisation. Il s'adresse tant à des personnes pré-contemplatives telles que décrites dans le Modèle Transthéorique de Prochaska et Di Clemente, personnes à qui nous pouvons justement proposer l'accès dans un objectif d'accès aux soins, de travail sur l'alliance thérapeutique et sur la réduction des risques, qu'à des personnes contemplatives, pour qui les temps au lieu de consommation viennent nourrir le travail motivationnel jusqu'à la phase d'action (ou pas). En phase d'action, cet espace offre un cadre contenant dans lequel un plan de diminution des consommations est plus facilement envisageable pour les résident-e-s.

Au cœur et à l'origine de cette dynamique, l'équipe adhère à une philosophie d'accompagnement basée sur le postulat que chaque personne est capable de changement. L'objectif, à travers ce projet, est de proposer un accompagnement au service de la dignité, de la sécurité et du rétablissement en tenant compte de la complexité de la pathologie duelle.

Après un peu plus de cinq ans d'expériences nous constatons que dans le paysage des EPSM (établissement médico-social médicalisé) vaudois, nous restons le seul établissement à proposer ce type de dispositif à ce jour.

L'une des résistances entendues lors de visites d'autres institutions de notre espace vient de la crainte que ce dispositif puisse générer davantage de violence. Or, notre expérience montre l'inverse.

Enfin, si un espace de consommation d'alcool semble plus réalisable de par son statut licite, la réflexion s'ouvre inévitablement à la question des produits illicites dans un contexte où de nombreux enjeux cliniques, éthiques et légaux sont impliqués.

Contacts : florian.rubio@champ-fleuri.ch

Références

1. Renyaud M. *Usage nocif de substances psychoactives*. Paris : la Documentation Française, 2002.
2. Beck A. *Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Condition*. New York : Guilford Publications, 2021.
3. Prochaska J., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992 ; 47; 1102-1114.

INTERVIEW

Corine Chevaux par Jean Clot

Comment se lance-t-on dans la pair-aidance après vingt-cinq ans de carrière comme professionnelle de l'addiction? Quelles sont les spécificités de cette approche en matière d'alcool, dans une société où cette substance est omniprésente? Et comment le modèle abstinent s'inscrit-il dans le panorama actuel des offres d'accompagnement et de soins en matière d'addiction? Autant de questions abordées dans cet entretien avec Corine Chevaux, pair-aidante en addiction au Service de Médecine des Addictions au CHUV, formatrice au Recovery College du GREA et membre de l'association PairAddicto. Entretien mené par Jean Clot (GREA).



GREA: Peux-tu nous parler de ton parcours professionnel et nous dire comment tu es devenue pair-aidante?

Corine Chevaux: Mon parcours dans l'addiction, c'est une vingtaine d'années de consommation avec substitution d'une substance par une autre. Ma dernière cure a été un sevrage d'alcool. Je ne consommait plus que ce produit-là. Ce n'est pourtant pas mon produit de choix mais c'était vraiment le plus pratique, le plus accessible.

J'avais fait différents traitements, différents centres, hôpitaux. Lorsque je suis rentrée en établissement, il s'est passé quelque chose avec la thérapeute. Tout à coup, j'étais en face de quelqu'un qui, à un moment donné, m'a fait confiance. J'avais besoin de ça, de quelqu'un qui

croie en moi, alors que moi-même, je n'avais pas encore cette capacité.

J'ai suivi le programme pendant un mois en résidentiel, puis les groupes de postcure (prévention de la rechute) pendant deux ans, au cours desquels j'ai commencé à animer ces groupes. Puis, la thérapeute m'a parlé d'une formation organisée par la Fondation du Levant et la Fondation des Oliviers, certifiée par l'Université de Montréal. J'ai obtenu mon diplôme d'intervenante en dépendance de Montréal et j'ai continué en supervisant les animateurs de ces groupes.

À mes sept ans d'abstinence totale de toute substance, cette thérapeute m'a engagée en qualité d'intervenante sociale pour travailler dans le programme que j'avais suivi comme patiente. Il y avait déjà deux thérapeutes dans l'équipe qui étaient aussi des femmes en rétablissement depuis plusieurs années. On ne nous appelait pas des pair-aidantes, on était des professionnelles de l'addiction. J'étais intervenante au même titre que n'importe quel collègue, avec le même rôle, la même fonction, le même salaire, avec le petit plus que je pouvais utiliser mon savoir expérientiel.

GREA: Tu n'hésitais pas à en parler directement avec les personnes que tu accompagnais?

Corine Chevaux: Oui, mais c'était toujours un équilibre à trouver. Pendant toute ma carrière, j'ai évalué dans quelles situations c'était important de le dire et dans lesquelles ce n'était pas forcément utile. Dans tous les cas, c'était important pour moi de ne pas être réduite à

cette seule posture de personne ayant vécu l'addiction, mais d'être reconnue comme une professionnelle.

J'ai passé neuf belles années dans cette institution durant lesquelles j'ai continué à me former notamment comme formatrice d'adultes.

Puis j'ai eu d'autres expériences comme intervenante socio-thérapeute spécialisée en alcoologie. Intéressée par le Recovery College, je m'y suis inscrite pour donner des formations dans le cadre du GREA.

Par la suite, j'ai dû quitter mon emploi en raison d'une incompatibilité avec une nouvelle responsable ainsi qu'avec certaines lignes institutionnelles. Cette transition a été d'autant plus compliquée que j'avais 60 ans.

Durant ce laps de temps, j'ai pris le parti de parler ouvertement à ma nouvelle responsable de mon propre rétablissement. Cela n'a pas été reconnu comme une plus-value dans le cadre de mes accompagnements. En raison d'incompatibilité, j'ai dû quitter mon emploi. Cette transition a été d'autant plus compliquée que j'avais 60 ans.

GREA: Comment t'es-tu impliquée ensuite dans la pair-aidance ?

Corine Chevaux: Petit à petit, on a commencé à parler de plus en plus de pair-aidance en Suisse romande. Il y avait un intérêt croissant pour cette approche. Comme mentionné, je me suis inscrite dans le projet du Recovery College et j'ai trouvé le concept passionnant. L'EPSM les Myosotis à Montherod convaincu de la plus-value de la pair-aidance m'a engagée à temps partiel. Ensuite, un couple d'amis a fondé l'association PairAddicto, et là aussi, ça faisant sens.

Dans ce même temps, j'ai suivi une formation numérique de la HES-SO: se rétablir, un vrai délire. Le titre m'a beaucoup parlé.

Pour moi, l'aspect central, c'est l'authenticité. Si je travaille dans les addictions, j'ai besoin de pouvoir dire, quand la personne en face de moi me demande ce que j'y comprends, que j'en sais quelque chose parce que je l'ai vécu. Ce n'est pas raconter toute ma vie aux patients, il ne s'agit pas de ça, c'est juste d'exprimer le fait que j'ai vécu cette expérience.

J'ai eu connaissance d'un projet pilote financé par Promotion Santé Suisse et mené par le GREA afin de professionnaliser la pair-aidance en Suisse. L'équipe de liaison et de mobilité des addictions cherchait à engager deux pair-aidants. C'est avec beaucoup de plaisir je me suis lancée dans cette voie. Ce qui m'intéresse dans cette histoire de pair-aidance, c'est qu'en fin de compte, je suis

toujours la même, je fais toujours le même job qu'en tant que professionnelle. Sauf que dans une situation, j'étais intervenante socio-thérapeute avec toutes les conditions salariales et le statut qui vont avec, dans l'autre, je suis pair-aidante en addictions, engagée temps partiel, sans barème salariale ce qui m'oblige à compléter avec différents emplois. Cela comporte différentes contraintes.

Le regard des professionnels n'est pas le même. Quand je suis intervenante socio-thérapeute, on me traite d'égal à égale. Quand je suis pair-aidante, on me demande ce que je fais, qui je suis. J'ai perdu en crédibilité, mais j'ai gagné en authenticité. Pour le patient, je pense que c'est mieux, car il bénéficie de mon expertise.

GREA: Peux-tu nous donner des exemples concrets où tu as ressenti cette plus-value de la pair-aidance ?

Corine Chevaux: Comme ça spontanément, j'ai une situation en tête qui m'a marquée. C'était quand j'étais encore positionnée comme professionnelle. J'avais un bénéficiaire qui n'allait pas très bien. Il rechutait régulièrement. À un moment, j'ai senti qu'il était prêt à entendre que j'étais passée par là. Quand je lui ai dit que j'avais vécu l'addiction, j'ai vu chez cette personne quelque chose de physique se passer. C'était comme un soulagement. Il m'a regardée et m'a dit : « Mais pourquoi vous ne me l'avez pas dit plus tôt ? » Tout à coup, il s'est senti compris, sans doute déculpabilisé et moins honteux

Il y a vraiment cette identification, cette connexion qui se fait entre personnes qui ont consommé. Il y a moins de peur du jugement. Les gens me font vraiment confiance. Ce n'est pas que les professionnel-le-s ne peuvent pas créer cette relation, mais il y a quelque chose de différent qui se passe.

GREA: Comment se passe la relation avec les professionnel-le-s dans le réseau socio-sanitaire ?

Corine Chevaux: Ça dépend vraiment des personnes. Dans l'ensemble, c'est plutôt positif, il y a une complémentarité. Mais il y a parfois des gens réticents à la pair-aidance, parce qu'ils n'arrivent pas à aller au-delà de l'étiquette du patient. J'ai déjà entendu dire : « On va avoir un patient de plus. »

En revanche, j'ai aussi pas mal de demandes d'infirmier-ère-s qui me demandent d'aller avec eux rencontrer des personnes concernées ou de faire des plans de crise conjoint. Ce que je constate, c'est que l'on manque de connexion avec les équipes infirmières. On est un peu des électrons libres. Moi, j'ai le luxe de pouvoir choisir : je me présente au « débrief » le matin, je dis que je suis à disposition, et les gens viennent vers moi ou pas. On se choisit mutuellement et c'est fondamental,

Dans tous les cas, c'était important pour moi de ne pas être réduite à cette seule posture de personne ayant vécu l'addiction, mais d'être reconnue comme une professionnelle

la rencontre et le lien sont des indicateurs importants dans le rétablissement.

J'ai remarqué que le pair-aidant est souvent vu comme compétent dans des situations où les professionnel-le-s ont tout essayé sans succès depuis des années, avec des personnes en grande difficulté psychique. Le pair-aidant devient un peu le dernier recours. On me demande d'intervenir dans des cas de psychoses mais c'est moins mon domaine. La pair-aidance, c'est le partage du savoir expérientiel. Difficile avec quelqu'un qui souffre de psychose. Je peux comprendre sa souffrance mais l'identification n'est pas possible.

GREA: Quels sont les défis particuliers de la pair-aidance en matière d'alcool ?

Corine Chevaux: Ma spécificité, mon choix, c'est l'abstinence. Cela fait plus de 29 ans que je n'ai pas retouché à un quelconque produit psychotrope. Pour moi, l'abstinence, c'est un jour à la fois. Pour une personne dépendante, c'est beaucoup plus facile d'y renoncer complètement que d'essayer de se modérer.

Je vais plus facilement accompagner les personnes dans l'abstinence que dans la réduction des risques ou auprès de personnes en situation de grande précarité sociale. Travailler dans la rue est trop confrontant pour moi. Cela dit, la réduction des risques est souvent une étape du rétablissement qui est nécessaire et par laquelle bon nombre de dépendants ont dû passer.

Pour moi, l'important dans une évaluation, c'est de pouvoir distinguer les situations de consommation problématique et à risques. N'est pas dépendant qui



*Pour moi, l'aspect central,
c'est l'authenticité*

veut : une fois que j'ai évalué ça, je peux mettre en place une action adaptée. La consommation contrôlée est envisageable pour des gens qui n'ont pas de pathologie d'addiction.

Donc je vais accompagner les gens sur ce terrain mais je vérifie régulièrement si ça fonctionne. Si ça ne fonctionne pas, après un certain temps, je confronte. Je n'ai pas envie d'accompagner les gens dans le mur. Dans certaines situations, je peux aussi me retirer et orienter dans le réseau.

GREA: Comment vis-tu cette omniprésence de l'alcool dans notre société ?

Corine Chevaux: Pour moi, l'abstinence, c'est un choix. À un moment, j'ai pris une décision et je m'y tiens. C'est mon engagement avec moi-même, ma responsabilité. Tout ce qui m'entoure ne m'atteint que très partiellement. C'est un voyage intérieur.

Au début de ma trajectoire, j'ai eu ce sentiment d'être décalée, marginalisée. Quand je consommais, j'étais complètement marginalisée. Puis je fais le choix de l'abstinence et à nouveau, je suis marginalisée. Au début, je me suis beaucoup isolée, j'ai utilisé des stratégies d'évitement. Ce qui m'a aidé à sortir de l'isolement, c'est de fréquenter les groupes d'entraide. À un moment, j'ai pu de nouveau appartenir à un cercle, aller danser, manger au resto, recréer des liens autres que par la conso.

Cette marginalisation n'était pas évidente à vivre, au début. Pour moi, les deux premières années ont été difficiles. Ensuite, plus je voyais les bénéfices de l'abstinence plus ça m'a donné envie de continuer. Aujourd'hui, mon abstinence ne dépend pas de l'entourage, du bistrot ou de qui que ce soit. Elle dépend de moi, de mon état émotionnel, de comment je prends soin de moi.

En revanche, je reste vigilante. Récemment, j'ai commencé à rêver d'un produit que je n'ai plus consommé depuis 35 ans. Ça m'a servi de mise en garde. Je ne vais pas mettre mon rétablissement en péril. Les pair-aidants qui commencent, qui sont au début de leur rétablissement et qui se retrouvent dans des environnements de consommation, je me demande comment ils arrivent à gérer, cela doit être difficile. Quand tu as un long parcours de rétab, tu te connais, tu identifies les avertissements/dangers, mais au début, tu es dans la découverte (ou la redécouverte) de qui tu es vraiment sans produits, de tes besoins, de tes limites.

GREA: Quel message souhaites-tu faire passer pour conclure ?

Corine Chevaux: Le rétablissement est possible. Ce qui m'a aidée, c'est de rencontrer des personnes qui s'en étaient sorties. Avant, ça restait très théorique.

Fondamentalement, je pensais que je n'allais pas y arriver. Mais quand j'ai vu des pair-aidants, ça a rendu le truc possible. Je crois que c'est ça qu'il faut transmettre : le pair-aidant doit être une nécessité dans les soins. Il transmet l'espoir de rétablissement.

Il est important de bien comprendre que l'abstinence a pour effet d'espacer les envies de consommation, de les rendre de moins en moins fortes. Au début, tu crois que ça va être une lutte permanente contre l'envie de consommer. Il y a un cap à passer ce que j'appelle la traversée du désert. Il y a un véritable deuil à faire avec les substances, ce n'est pas juste une décision. Pour ma part, les deux premières années ont été fondamentales.

Pour un « addict » rechuter une fois c'est remettre le doigt dans l'engrenage et reprendre le risque de perdre

la maîtrise de sa consommation. L'obsession du produit repart. J'entends souvent cette banalisation : « Ce n'est pas grave si vous rechutez, vous reviendrez ».

P'tite piqûre de rappel : l'abstinence n'est pas l'objectif, c'est le moyen. Le moyen de retrouver une meilleure qualité de vie.

Tous ces propos sont dits en mon nom propre, ils ne sont en aucun cas une « science exacte » mais le fruit d'un long processus de rétablissement et de réinsertion professionnelle.

Je remercie infiniment toutes les personnes qui m'ont aidées sur ce chemin.

GREAA : Merci pour cet entretien.

ALCOOL ET SANTÉ: ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES

Barbara Broers (UNIGE) et Martine Bouvier Gallacchi (Canton du Tessin)

Les a priori sur les liens entre consommation d'alcool et la santé ont la vie dure : de faux messages sont souvent diffusés, y compris dans les médias ou le monde politique. Cet article résume les connaissances actuelles via une revue de la littérature, une analyse des problèmes méthodologiques que peut rencontrer la recherche sur la consommation d'alcool et une proposition pour changer notre discours (réd.).

Mi-octobre de cette année, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a annoncé que dans l'Union Européenne, en 2020, la consommation d'alcool a causé 110'000 cas et 93'000 décès de cancer¹. L'OMS a aussi rappelé qu'avec des mesures structurelles peu couteuses mais efficaces, les États pourraient diminuer la consommation générale d'alcool et réduire le nombre de malades et décès de cancer de façon significative. Ces mesures, comme l'augmentation des prix et taxes de l'alcool, l'absence de publicité, des restrictions de points et d'horaires de vente, sont systématiquement contestées par le lobby d'alcool et peu appliquées.

Mais l'alcool est-il vraiment si « mauvais » ? L'idée que « 1 ou 2 verres par jour, c'est bon pour la santé » est encore très répandue en Suisse.

L'ALCOOL ET SES EFFETS²

L'alcool, ou éthanol (formule chimique: CH₃-CH₂-OH), est une substance psychoactive obtenue par la fermentation naturelle d'aliments comme les fruits, céréales ou pommes de terre, ou par distillation. Ces processus peuvent également produire d'autres alcools très toxiques, comme le méthanol.

Après consommation, l'alcool est rapidement absorbé par l'estomac et l'intestin grêle, il se diffuse ensuite dans tout l'organisme et se lie aux récepteurs GABA et glutamate dans le cerveau, provoquant ainsi des

effets neuropsychologiques (comportement, humeur, coordination) immédiats.

Environ 2 à 10 % de l'alcool sont éliminés par les poumons, les reins et la peau ; le reste est métabolisé et éliminé par le foie en deux étapes :

L'idée que « 1 ou 2 verres par jour, c'est bon pour la santé » est encore très répandue en Suisse

Dans un premier temps, l'alcool est transformé en acétaldéhyde par l'enzyme alcool déshydrogénase (ADH), une substance qui se lie aux récepteurs du cerveau. L'acétaldéhyde est toxique pour les membranes des cellules de l'organisme et augmente le stress oxydatif intracellulaire. Tant l'éthanol que l'acétaldéhyde ont un effet cancérigène avéré (classé ainsi depuis 1988), en raison de leur capacité à altérer l'ADN des cellules au niveau des muqueuses de la cavité buccale, du larynx, du pharynx et de l'œsophage, mais aussi sur l'ensemble de l'organisme.

Ensuite, l'acétaldéhyde est métabolisé en acétate, qui est à son tour transformé en acétyl-coenzyme A. Ce dernier participe au métabolisme du cholestérol et induit une accumulation de graisses, un des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

Le métabolisme de l'alcool dépend en particulier de la quantité d'enzymes présentes dans le foie. Les adolescent-e-s et les femmes disposant d'une quantité moindre d'enzymes, l'élimination de l'alcool sera donc plus lente que les hommes adultes. Par ailleurs, des différences génétiques expliquent que la capacité

EFFETS IMMÉDIATS

Sensation de relaxation,
détente

Altération des émotions
et du comportement

Diminution de l'attention,
de la concentration, de la
coordination

Diminution de la capacité de
jugement et de discernement

Déshydratation

À doses élevées, somnolence,
puis coma

Perturbation du sommeil

EFFETS À LONG TERME**CONSÉQUENCES**

Sur la personne

Sur l'entourage

Sur la société

IMPACTS

Troubles anxio-dépressifs,
cognitifs, neurologiques

Cancers

Maladies cardio-vasculaires,
gastro-intestinales, infectieuses

Trouble de l'usage de l'alcool

Violences familiales,
interpersonnelles et sexuelles

Santé des nouveaux-nés
et des enfants

Coûts sociaux

d'élimination de l'alcool par les enzymes varie d'une population à l'autre, voire d'un individu à l'autre.

L'alcool bu par une mère qui allaite passe dans son lait. Chaque consommation demande de 2 à 3 heures pour être éliminée du lait maternel. Le bébé allaité ne reçoit qu'une petite partie de l'alcool bu par sa mère. Toutefois, un bébé l'élimine plus lentement qu'un adulte et son organisme est plus sensible aux effets de l'alcool.

L'éthanol traverse facilement la barrière placentaire. Ainsi, la concentration d'alcool dans le liquide amniotique et dans le corps du fœtus est presque identique à celle présente dans le sang de la mère, exposant directement le fœtus aux effets toxiques de l'alcool.

Enfin, à poids égal et pour une même quantité d'alcool consommée, la concentration d'alcool dans le sang est généralement plus élevée chez les personnes ayant moins de liquide corporel (comme les femmes, les adolescent-e-s ou les personnes âgées), car l'alcool se dilue principalement dans l'eau contenue dans le corps.

Il n'est pas simple d'évaluer l'impact de la consommation d'alcool sur la santé des individus et de la collectivité. Cette complexité est due au fait que l'alcool peut produire des effets multiples, directs et indirects, à court et à plus long terme, en fonction des circonstances et du type de consommation :

- une consommation ponctuelle excessive (par exemple, si elle est suivie d'une perte de contrôle ou d'agressivité) ou dans une circonstance inappropriée (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule) peut occasionner des effets dommageables importants, tant pour les personnes qui ont consommé que pour des tiers
- une consommation régulière d'alcool, même en petites quantités sur une longue durée, a un effet toxique direct sur plusieurs organes et peut donc entraîner des problèmes de santé sérieux ou agir comme un cofacteur lorsque les personnes concernées présentent des prédispositions biologiques ou des facteurs de risque pour le développement de certaines maladies, comme le diabète ou certains cancers.

QUEL TYPE D'ÉTUDES POUR ÉTUDIER L'IMPACT DE L'ALCOOL ?

La meilleure façon d'étudier les risques et les dommages liés à la consommation d'alcool à long terme serait un essai randomisé, donc en désignant des groupes de façon aléatoire et en aveugle, à des niveaux de consommations d'alcool différentes (aucune, faible, élevée) et suivre les personnes sur une longue durée. Pour des raisons évidentes ce type d'étude n'est pas possible, tant d'un point de vue éthique que pratique. Nos connaissances sur les effets de l'alcool se basent sur la récolte de données et d'observations populationnelles sur des périodes très longues et dans de nombreux pays. Ce type d'études permet d'identifier les facteurs qui augmentent le risque de développer certaines maladies. C'est en principe la meilleure façon d'étudier le rôle de différentes caractéristiques biologiques, comportementales et environnementales par rapport au risque de développer certaines maladies. Les études de cohorte permettent d'établir des associations entre des « facteurs de risque » (dans notre cas, la consommation d'alcool, qu'on peut graduer en fonction des quantités et de la durée de consommation) et la survenue de maladies. Elles ont l'avantage de pouvoir estimer un risque attribuable, d'identifier d'autres facteurs de risque et d'extrapoler

les résultats à la population générale. Leurs principaux inconvénients sont les biais de sélection et de suivi des personnes insérées incluses dans la cohorte, ainsi que la nécessité de périodes d'observation longues, ce qui les rend coûteuses.

Même si une corrélation entre deux variables (par ex. consommation alcool - risque de cancer) ne veut pas dire causalité, des résultats cumulés de multiples études scientifiques effectuées ces dernières décennies sur la consommation d'alcool et l'apparition de problèmes de santé suggère ce lien de causalité, aussi pour une faible consommation d'alcool et le risque de cancers. D'autant plus que la plausibilité biologique du lien est établie (alcool est un cancérigène de classe 1, depuis 1988)

ALCOOL ET SANTÉ: QUE DISENT LES ÉTUDES?

De nombreuses études de cohorte, des revues systématiques, méta-analyses et expertises collectives ont été publiées depuis des années.

Le lien entre la consommation d'alcool et le risque de développer une dépendance à l'alcool ou des maladies gastro-intestinales telles que les atteintes du foie, du pancréas, ainsi que certains cancers du système digestif (notamment de la gorge et de l'œsophage) est établi et incontesté depuis longtemps lorsque les niveaux de consommation sont élevés. De récentes publications montrent l'augmentation des risques de cancer même quand les quantités d'alcool consommées sont faibles.

Une équipe de l'OMS a résumé les données scientifiques dans un article publié en 2023 dans *The Lancet*³. Les auteurs en concluent que « Les risques et les méfaits globaux liés à la consommation d'alcool ont été systématiquement évalués et sont bien documentés. Selon les dernières estimations de l'OMS, la consommation d'alcool a contribué à 3 millions de décès dans le monde en 2016 et est responsable de 5,1 % de la charge mondiale de morbidité et de traumatismes. La consommation d'alcool figure parmi les principaux facteurs de risque de mortalité prématurée et d'invalidité en raison de son lien de causalité avec de multiples problèmes de santé, parmi lesquels les blessures non intentionnelles et les suicides. Les jeunes sont touchés de manière disproportionnée par l'alcool par rapport aux personnes âgées, et 13,5 % de tous les décès chez les 20-39 ans sont imputables à l'alcool. Les populations défavorisées et vulnérables présentent des taux accrus de décès et d'hospitalisations liés à l'alcool. L'alcool, tel que classé par le Centre international de recherche sur le cancer, est une substance toxique, psychoactive et addictive, ainsi qu'un cancérigène du groupe 1 lié de manière causale à sept types de cancer, notamment les cancers de l'œsophage, du foie, colorectal et du sein.

La consommation d'alcool est associée à 740'000 nouveaux cas de cancer chaque année dans le monde. Aucune quantité d'alcool sans danger pour la santé et les cancers n'a pu être établie. Les consommateurs d'alcool doivent être informés de manière objective des risques de cancer et d'autres problèmes de santé associés à la consommation d'alcool. ».

En conséquence, l'OMS souligne dans un communiqué de presse de 2023 qu'« aucun niveau de consommation d'alcool n'est sans danger ».

Un autre rapport de l'OMS publié en 2024⁴ confirme le lien entre l'alcool et 31 causes de décès, maladies et accidents. Notamment des maladies du foie, des maladies cardiaques, différents types de cancers, des troubles psychiques (dépression, anxiété) et des troubles liés à la consommation d'alcool. En 2019, 2.6 millions de décès dans le monde (soit 4,7 % de tous les décès) ont été attribués à l'alcool. Les jeunes et les hommes sont plus fréquemment touchés.

EST-CE QUE LES DONNÉES «SCIENTIFIQUES» SE CONTREDISENT?

Les divergences apparentes entre les études qui comparent des non-buveurs aux buveurs s'expliquent en grande partie par des différences méthodologiques. Ceci inclut les biais de sélection ou de classification, mais aussi des différences dans la durée de suivi des cohortes ou la période de sélection des articles pour des revues systématiques ou méta-analyses, ou la non-représentativité des données. Voici quelques exemples.

Les divergences apparentes entre les études qui comparent des non-buveurs aux buveurs s'expliquent en grande partie par des différences méthodologiques

Le « French Paradoxe » s'explique par un biais de sélection, donc la sélection des groupes, avec l'inclusion d'« ex-buveurs » dans le groupe des non-buveurs. Le paradoxe français, apparu durant les années '80 en France, suggérait qu'une consommation modérée de vin pouvait protéger contre le développement de maladies cardiovasculaires chez les personnes suivant un régime alimentaire riche en matières grasses.

Bien que plusieurs hypothèses biologiques aient tenté d'expliquer ce phénomène, aucune n'a pu le démontrer scientifiquement. L'expertise collective de l'Inserm publiée en 2021⁵, ainsi que d'autres études récentes, montrent que, si on exclut les ex-consommateurs (souvent avec des pathologies ne permettant pas de consommer de l'alcool) dans le groupe des non-consommateurs, même de faibles niveaux de consommation d'alcool ne protègent pas des maladies cardiovasculaires, et augmentent les risques de cancer et autres pathologies.

Des différences dans les définitions d'un « verre standard » et d'une consommation faible, modérée ou excessive peuvent mener à des biais de classification.



La quantité d'alcool pure dans un « verre standard » (VS) varie de 8 à 20 grammes selon les pays (10g en Suisse). Certains pays ont émis des « limites de consommation à faible risque » qui varient aussi grandement, même si globalement elles ont été revues à la baisse depuis plusieurs années. Actuellement aux États-Unis, la quantité hebdomadaire maximale recommandée est de 10 VS pour une femme et de 20 VS pour un homme, alors qu'au Canada, elle est de 0 à 3 VS, sans distinction de sexe. Selon les pays, on comprend donc de ce qui est considéré comme une consommation faible, modérée ou excessive peut varier. On note également ces différences dans les études scientifiques, par ex. l'expertise collective de l'INSERM définit une consommation faible jusqu'à 2.5 VS par jour, l' *American Heart Association*⁶ de 1 à 2 VS par jour, alors que l'OMS définit une consommation faible à modérée avec moins de 20 gr/jour (< 2 VS/jour).

La motion Würth (septembre 2025)⁷ demande au Conseil fédéral une « halte aux nouvelles recommandations sur la consommation modérée de l'alcool » dans l'attente des résultats d'une étude espagnole (UNATI). Cette motion est intéressante sur plusieurs plans.

- Premièrement, elle applique le principe de la « mise en doute des connaissances scientifiques », technique largement utilisé par le lobby du tabac dans le passé pour essayer de minimiser l'impact du tabac sur la santé.
- Deuxièmement, c'est un effort de simplement « gagner du temps » en introduisant une étude qui vient de démarrer, sachant que des résultats éventuels sur la santé ne seront connus que dans nombreuses années. Par ailleurs, l'étude UNATI randomise des personnes sélectionnées, adultes de plus de 40 ans, consommateurs d'alcool, dans deux groupes pour recevoir des conseils différents sur la consommation d'alcool. Outre la nécessité de la durée nécessaire et un nombre suffisant de personnes à inclure pour mettre en évidence l'apparition de cancers ou de

maladies chroniques de manière statistiquement significative, il sera difficile voire impossible de contrôler les biais à considérer (habitudes et conditions socioéconomiques, conditions de santé changeantes, événements intercurrents).

- Troisièmement, la motion cite un rapport américain de janvier 2025 (NASEM) qui ne couvre que des publications depuis 2010, tandis que diverses recherches avant 2010 montraient déjà le lien entre le risque d'une consommation modérée d'alcool et le cancer. En excluant ces études, les analyses ont moins de « puissance statistique » et peuvent donc ne pas trouver des corrélations comme dans des études couvrant une période plus longue.

Finalement, la motion illustre l'intérêt du « cherry picking » dans les données scientifiques: c'est la technique de sélectionner les résultats d'une étude qui vont dans le sens de son opinion en passant sous silence ceux qui la contredisent. La motion mentionne qu'un rapport de l'*American Heart Association* de 2025⁶ suggère une légère baisse de certaines maladies cardiovasculaires en cas de faible consommation d'alcool (1-2 VS par jour). En réalité, le rapport montre surtout qu'il n'y a pas suffisamment d'évidences scientifiques pour affirmer qu'une faible consommation augmente ces risques, et ceci uniquement pour les événements cardiaques ischémiques (infarctus du myocarde, etc), tandis que divers facteurs de risque cardiovasculaires (cholestérol, hypertension, troubles du rythme) augmentent. La motion ne mentionne pas non plus les conclusions du rapport qui sont :

- toute consommation d'alcool présente des risques pour la santé, dont l'ampleur varie en fonction de facteurs tels que l'âge, la disposition génétique et l'état de santé ;
- boire modérément ou ne pas boire du tout peut aider à réduire ces risques ;
- la consommation, même en petites quantités d'alcool régulièrement, augmente le risque de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, du foie et d'autres organes

CONSUMMATION D'ALCOOL : UN CHOIX ÉCLAIRÉ FONDÉ SUR LES ÉVIDENCES

La consommation d'alcool en Suisse fait partie des rites et de la vie sociale de nombreuses personnes. Bien que la consommation globale soit en baisse depuis une dizaine d'années, les accidents et les maladies liés à une consommation excessive – qu'elle soit ponctuelle ou chronique - restent fréquents.

De nouvelles connaissances scientifiques, publiées par de nombreux chercheurs et chercheuses de différents pays, ont montré que même de faibles consommations d'alcool augmentent le risque de cancer. Il est également

admis que le « paradoxe français » n'existe pas et qu'il n'est plus correct de dire qu'« un verre de vin est bénéfique pour la santé ». Proposer une consommation d'alcool réfléchie « moins, c'est mieux » et/ou choisir de ne pas consommer de boissons alcoolisées sont des approches cohérentes au vu des évidences scientifiques actuelles.

Il est important de rappeler que certaines situations rendent la consommation d'alcool particulièrement risquée. C'est le cas notamment pendant l'adolescence, période de vulnérabilité au cours de laquelle une consommation, même occasionnelle, peut avoir des conséquences sérieuses et durables. D'autres contextes exigent une abstinence stricte, comme la grossesse, la prise de médicaments en raison des interactions possibles, la conduite de véhicules ou encore l'exercice d'activités professionnelles à risque.

Pour toutes les autres situations, le fait de disposer d'informations sur la consommation d'alcool et les risques éventuels que celle-ci comporte permet de faire un choix en toute connaissance de cause. C'est à la personne qui consomme de décider ce qui est le mieux, en fonction de sa situation de vie personnelle, de ses conditions de vie et de sa propre perception de la santé et du bien-être.

Enfin il est important de souligner qu'aucune recommandation officielle ne préconise une abstinence totale ou une interdiction de vente d'alcool. Toutefois, certains milieux économiques entretiennent l'idée selon laquelle des autorités de santé publique chercheraient à imposer une politique de « zéro alcool », ce qui ne correspond pas à la réalité.

Contacts : barbara.broers@unige.ch et mgallacchi@bluewin.ch

Références

1. World Health Organization (2025, 14 October). The science is clear : smart alcohol policies can prevent cancer [media release].
2. Addiction Suisse (n.d.). Faits et chiffres : alcool [dossier en ligne] : <https://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/>
3. Anderson B et al (2023). Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*, 8(1): e6-e7.
4. World Health Organisation (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.
5. Inserm (2021). Alcool&santé, lutter contre un fardeau à multiples visages [dossier en ligne] : <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
6. Piano MR et al. (2025). Alcohol Use and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement. *American Heart Association. Circulation*.
7. Motion 25.4153 « Halte aux nouvelles recommandations sur la consommation modérée d'alcool. Déposée par Benedikt Würth le 25 septembre 2025 au Conseil des États.
8. Gmel, G. & Shield (2021). *Empfehlungen zur « risikoarmen Alkoholkonsum » -eine evidenzbasierte Analyse für die Schweiz*. Addiction Suisse, Forschungsbericht Nr 127.

VIN BIO, BIODYNAMIQUE, NATURE : NOUVELLES MANIÈRES DE BOIRE, NOUVELLES MANIÈRES DE CROIRE

Bénédicte Bourgeois (Université de Fribourg)

À l'heure où la consommation globale d'alcool diminue, les vins dits « non-conventionnels » connaissent un engouement croissant. À travers l'analyse des discours de consommateurs et consommatrices, cet article explore comment ces produits « plus naturels » redéfinissent les manières de boire, les rapports au risque et les logiques de distinction sociale. Entre quête de sens, recherche de pureté et responsabilisation individuelle, le vin bio(dynamique) ou nature devient un miroir des transformations culturelles de nos consommations (réd.).

Cet article présente certains éléments issus d'un mémoire réalisé sous la direction de la sociologue Sophie Le Garrec qui, dans le cadre du Master en Travail social et politiques sociales à l'Université de Fribourg, proposait d'explorer les nouvelles façons de consommer les « drogues légales » comme l'alcool et le tabac. C'est dans cette perspective qu'un intérêt particulier a été porté aux consommateurs-trices de vins dits non-conventionnels (qui s'éloignent de la vitiviniculture classique actuelle). Ces nouveaux produits, mis en avant pour leur composition naturelle, sans pesticides ou pour leur vinification sans intrants ajoutés, soulèvent des interrogations sur les pratiques de consommation et motivations qui pourraient y être associées. La question de recherche s'est ensuite construite à partir d'un constat : celui que la quantité d'alcool – et particulièrement de vin – consommé en Suisse est depuis plusieurs décennies en diminution alors que la consommation de vin non-conventionnel elle, au contraire, augmente¹. Est-ce que boire du « non-conventionnel » modifie la façon d'appréhender le produit et repose donc sur d'autres logiques de consommation ?

QUELQUES POINTS MÉTHODOLOGIQUES

Pour mener ce travail, c'est une analyse qualitative des données recueillies qui a été choisie. Cette méthode a été retenue car son approche compréhensive permet d'explorer en profondeur les raisons et les motivations derrière les comportements adoptés.

Des entretiens semi-directifs avec 14 consommateurs-trices de vin non-conventionnel ont donc été menés. Il a été considéré qu'un.e consommateur-trice de vin non-

conventionnel correspondrait, dans le cadre de cette recherche, à toute personne qui se reconnaît comme telle et qui, en termes de vin, estime consommer du vin bio, biodynamique ou nature au moins pour moitié de sa consommation totale de vin.

AVANT D'ALLER PLUS LOIN...

Il convient de souligner que les pratiques de consommation sont souvent appréhendées uniquement sous un angle épidémiologique, sans prendre en compte les idées et croyances partagées des consommateurs-trices qui se construisent autour de ces pratiques et les influencent. Ces croyances, élaborées au sein d'un groupe donné, sont façonnées par les contextes dans lesquels elles prennent forme. Elles sont appelées « représentations sociales » et vont structurer les perceptions des individus ainsi qu'orienter leurs comportements². Mieux saisir ces représentations sociales permet dès lors de mieux saisir dans sa globalité le phénomène de consommation de vin non-conventionnel.

Avant de justement discuter des logiques qui sous-tendent cette consommation, il est à relever que le résultat probablement le plus important de ce travail de Master est la proposition d'idéaux-types des consommateurs-trices de vin non-conventionnel. Les idéaux-types servent à créer des modèles facilitant la théorisation de certaines réalités sociales, dans notre cas de cette consommation spécifique. À partir des entretiens effectués et des analyses, trois profils ont pu être distingués : les hédonistes, les soucieux-ses et les absolutistes. Nous verrons que ces trois profils ne vont pas consommer pour les mêmes raisons, ni de la même

manière mais vont cependant mettre en lumière des mêmes dynamiques en lien avec la consommation.

COMPRENDRE LES MOTIVATIONS

Les motivations à consommer du vin non-conventionnel se répartissent en trois catégories : raisons sanitaires (éviter les pesticides ainsi que les divers intrants, limiter les sulfites, encourager une consommation plus sélective et consciente et donc potentiellement plus modérée, etc.); raisons éthiques (privilégier des produits moins polluants, soutenir des plus petit-e-s producteurs-trices, favoriser les enseignes spécialisées plutôt que la grande distribution, etc.); raisons gustatives (découvrir de nouvelles saveurs, rechercher une authenticité et des produits ayant le goût du terroir).

Un discours largement partagé ressort concernant les raisons sanitaires : celui d'un vin non-conventionnel consommé notamment parce que ce serait tout de même « moins mauvais » pour la santé. En se distançant des vins conventionnels, qui sont perçus comme chargés d'intrants chimiques malsains, ces consommateurs-trices affirment que leur choix s'inscrit, au moins en partie, dans une quête de préservation de leur bien-être. Cette consommation de vin non-conventionnel est ainsi considérée comme un moyen de diminuer les risques pour la santé, parce que les effets sur le corps sont jugés différents et moins néfastes par certain-e-s interrogé-e-s (qui racontent avoir moins de maux de tête, de ventre, l'atténuation d'une éventuelle maladie chronique, etc.) et/ou parce que cette consommation en elle-même aiderait certain-e-s à prêter attention à leur rapport à l'alcool en tant que substance nocive et addictive, en les incitant à une consommation de vin plus modérée et réfléchie grâce à un produit qui serait porteur de plus de sens.

Les divergences dans les motivations résident principalement dans l'importance accordée à certaines raisons plutôt qu'à d'autres, qui s'articulent avec une manière d'aborder la consommation. Nous avons ainsi constaté trois approches : une plus soucieuse, centrée sur la réduction des risques ; une plus hédoniste, tournée vers la recherche de plaisir ; et enfin une plus absolutiste, considérant la consommation de vin non-conventionnel comme optimale à tous les niveaux (santé, environnement, goût, etc.). C'est donc à partir de ces trois approches différentes qu'ont été construits les idéaux-types de consommateurs-trices évoqués précédemment.

EXPLORER LES MODALITÉS DE CONSOMMATION

Les modalités d'engagement en consommation ont été étudiées en mobilisant les travaux de la sociologue Claire Lamine sur la différence entre intermittence et purisme

chez les mangeurs-ses bio³ et en adaptant ces concepts aux observations faites auprès des buveurs-ses de vin non-conventionnel.

Ces modalités d'engagement vont varier et se rattacher plutôt à un idéal-type. Ainsi, les hédonistes consomment par intermittence, une intermittence que nous avons nommée exploratrice car leur permettant de varier volontairement les familles de vin afin de les adapter en fonction des contextes et de découvrir de nouvelles saveurs et expériences. De leur côté, les soucieux-ses ont une consommation plus pragmatique : soit puriste, avec une consommation exclusivement non-conventionnelle vue comme un moyen de répondre à leurs préoccupations, soit intermittente mais par défaut, c'est-à-dire en préférant le vin non-conventionnel dès que possible tout en acceptant de boire du conventionnel dans des contextes où faire autrement est moins accessible. Enfin, les absolutistes ont une consommation puriste idéaliste, cherchant non seulement à boire exclusivement des vins non conventionnels, mais aussi les plus naturels et authentiques qui soient.

Les familles de vin qui sont préférées ne seront pas non plus les mêmes en fonction des profils. Ainsi les hédonistes consomment et apprécient aussi le vin conventionnel et consomment en non-conventionnel surtout du vin nature. Les soucieux-ses, quant à elles-eux se tournent davantage vers le vin biologique voire biodynamique alors que les absolutistes sont adeptes quasi-uniquement de vin nature (et de certains vins biodynamiques).

CONSOMMER ET SE POSITIONNER

Un autre élément qu'il convient de mettre en avant, c'est la consommation de vin non-conventionnel comme moyen de se distinguer socialement. Le produit non-conventionnel étant considéré meilleur par les personnes le choisissant, car moins transformé mais aussi de meilleur goût (notamment de goût qu'il ne serait pas donné à tout le monde de « savoir apprécier »), il permet aux consommateurs-trices de se positionner comme des individus plus conscients et raffinés.

À noter que les consommateurs-trices de vin non-conventionnel interrogé-e-s occupent majoritairement des métiers les classant dans des catégories socio-professionnelles supérieures. En mobilisant les travaux du sociologue Pierre Bourdieu, selon lesquels les goûts et les pratiques culturelles peuvent servir à maintenir une position sociale dominante⁴, il est possible de soutenir l'idée que boire du vin non-conventionnel participe à une forme de distinction sociale. Cette consommation devient ainsi un moyen pour ces personnes issues des classes favorisées de réaffirmer leur position à travers des choix valorisés.

Cette consommation de vin non-conventionnel est ainsi considérée comme un moyen de diminuer les risques pour la santé



Dans ses différents travaux sur la consommation, l'anthropologue Fanny Parise explique, également en prenant l'exemple du vin, que l'apparition de nouveaux produits va engendrer de nouvelles formes de distinction. Elle avance également que ces pratiques de consommations qui demandent bien souvent d'acheter des produits plus chers ou difficiles à se procurer peuvent entretenir les inégalités sociales⁵.

Il est intéressant de noter qu'en fonction des idéaux-types, cette distinction va plutôt s'appuyer sur le fait de savoir apprécier des produits avant-gardistes (hédonistes) ou alors sur le fait d'adopter des comportements considérés plus responsables pour la santé ou la planète (soucieux-ses) ou alors sur le fait de combiner les deux (absolutistes).

CONSOMMER ET SE RASSURER

Avant de conclure, un dernier résultat est encore à mettre en lumière: celui d'une consommation de vin non-conventionnel comme moyen pour les consommateurs-trices de reconfigurer leurs perceptions quant aux risques de la consommation d'alcool. Un élément qui ressort dans les discours des personnes interrogées, c'est que le vin non-conventionnel constitue dans leurs représentations sociales la moins mauvaise voire parfois la seule « bonne boisson » alcoolisée qui existe. Le vin est déjà généralement, dans les représentations sociales des consommateurs-trices, la boisson alcoolisée décrite comme la moins dangereuse. Le vin non-conventionnel devient alors une sous-catégorie encore moins dangereuse car sans additifs et sans pesticides et donc une boisson qui permet de « ne pas trop faire de dégâts » pour reprendre les mots d'une de nos interrogé·e·s.

Toutefois, à nouveau en fonction des idéaux-types, les risques identifiés et la reconfiguration qui découle de la consommation de vin non-conventionnel ne sont pas les mêmes.

Le profil soucieux, comme son nom l'indique, craint fortement des risques mais surtout d'ordre sanitaire

(maladies liées à l'alcool, addiction) voire présente des inquiétudes d'ordre socio-environnemental. Des craintes que la consommation de vin biologique va permettre d'apaiser un peu, mais jamais complètement.

Le profil hédoniste, lui, semble avoir comme préoccupation première, avant de se soucier de sa santé, celle de se sentir satisfait gustativement, de pouvoir profiter d'expériences sensorielles nouvelles et surprenantes avec le vin nature et de ne pas s'ennuyer avec le vin conventionnel. C'est un risque entre guillemets, une préoccupation bien distincte des risques sanitaires classiquement visés par la prévention. Pourtant, en partant des discours de ce type de consommateurs-trices, nous ne pouvons que constater que ce point de l'ennui en consommation relève d'une vraie inquiétude qui semble soulagée grâce au vin nature.

Le profil absolutiste identifie divers risques (sanitaires, sociaux, de conditions de production, environnementaux, de pollution, etc.) mais de manière moins alarmiste que le profil soucieux. Consommer le vin le plus non-conventionnel possible et de la manière la plus exclusive possible (en évitant le vin conventionnel) permet également de se sentir en maîtrise de ces risques et de les considérer moins dangereux. En effet, l'impression de pouvoir mieux contrôler sa consommation, notamment en réduisant les pesticides et les intrants, rend cette consommation plus sereine.

La compréhension des risques par les consommateurs-et consommatrices repose donc sur des représentations sociales du risque particulières et différentes des discours de prévention, qui eux ne font pas de distinction entre les types d'alcools dans leurs recommandations de modération. En effet, les instances sanitaires, comme l'OMS par exemple, essaient surtout de faire passer le message qu'il n'existe aucun niveau de consommation d'alcool, quelle que soit la boisson ou la quantité, qui soit sans risque pour la santé⁶. Nous constatons donc une négociation des risques par les individus, qui vont les rediscuter pour les intégrer à leur quotidien en fonction de leurs croyances.

QUE RETENIR?

Étudier le vin non-conventionnel à partir des consommateurs-trices montre que les façons de consommer de l'alcool et du vin évoluent, notamment en lien avec des préoccupations comme l'écologie ou la santé, mais avec des réinterprétations variables et distinctes du regard médical. Les discours des consommateurs-trices

révèlent aussi une forte intériorisation des injonctions à la responsabilisation individuelle en matière de santé. Cela nous invite à nous interroger sur la manière dont les messages de prévention peuvent individualiser des sujets qui relèvent pourtant de décisions politiques, comme la santé publique ou la protection de l'environnement.

Contact : benedicte.bourgeois@eduf.fr

**MAMAN
PAPA BOIT
BOIT** 16 - 22 MARS
2026

SEMNAINE NATIONALE D'ACTION
POUR LES ENFANTS
DE PARENTS AVEC
UNE ADDICTION

ADDICTION | SUISSE

enfants-parents-addiction.ch

Références

1. Addiction Suisse, *Consommation d'alcool : chiffres-clés*, [en ligne] (30.09.2025).
2. Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.
3. Lamine C. *Les intermittents du bio : pour une sociologie pragmatique des choix alimentaires émergents*. Paris : Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2008.
4. Bourdieu P. *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris : Editions de Minuit, 2007.
5. Parise F. dans Andres C. Le vin, marqueur social. *Réformés – le journal*, 2019.
Parise F. Anthropologie des nouvelles règles de table. Comensalité, spiritualité, engagement social. *Multitudes*, 2003 ; 92 : 95-101.
6. OMS, No level of alcohol consumption is safe for our health, <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health> (15.10.2025)

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1003 Lausanne
Groupement Romand d'Études des Addictions GREA
Rue Saint-Pierre 3, 1003 Lausanne

Rédaction en chef

Frank Zobel, Addiction Suisse - Camille Robert, GREA

Comité de rédaction

Barbara Broers, HUG - Marina Delgrande, Addiction Suisse - Line Pedersen, Université de Fribourg - Benjamin Ravinet, Itinéraires santé - Ann Tharin, HES-SO - Jonathan Chavanne, Addiction Suisse - Yann Martinet, Addiction Neuchâtel, Jean Clot - GREA

Abonnements

Addiction Suisse, Av. Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne, T. 021 321 29 11, info@addictionsuisse.ch
Site : <https://shop.addictionsuisse.ch/fr/15-periodiques>
Suisse : Fr. 45.- par an - Étranger : Fr. 57.- par an

Parution

3 fois par an

Graphisme

SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Mise en page

Patrick Eerdmans, Camille Robert, Simon Schönmann, GREA

Images

Photos Unsplash : p. 4 Allison Saeng, p. 20 Vladislav Bogutski, p. 21 Leonel Fernandez, p. 29 Mathilde Langevin, p. 34 Getty Images, p. 38 Angela Newman.

Les articles signés n'engagent que leur auteur-e. La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

ISSN 1422-3368



GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

 **ADDICTION | SUISSE**