

Les éléments d'une politique de prévention

Pierre Arwidson

DESC Addictologie

08 janvier 2021

Plan

- Nos dernières campagnes (tabac, alcool, festif)
- La législation et les plans
- Déterminants du tabagisme
- Politiques de prévention (tabac, puis alcool)
- Exemples d'interventions auprès des jeunes : SFP, HSPP, SFT, Unplugged, SHAHRP
- Les campagnes médiatiques
- L'implication de l'industrie

Exemple de dernières campagnes

- Le tabac tue une personne sur deux
- Scènes dans un hôpital, lits vides, personnes décédées, messages d'adieu à sa femme, et à ses enfants
- Homme : <https://www.dailymotion.com/video/x2lo3aq>
- Femme : <https://www.dailymotion.com/video/x2lo3ah>







<https://www.dailymotion.com/video/x2lo3aq>

Ça suffit !

Non, la santé ne se construit pas sur la peur et la terreur émotionnelle

1078 signatures

<https://www.change.org/p/les-spots-de-prévention-malveillants-ça-suffit>

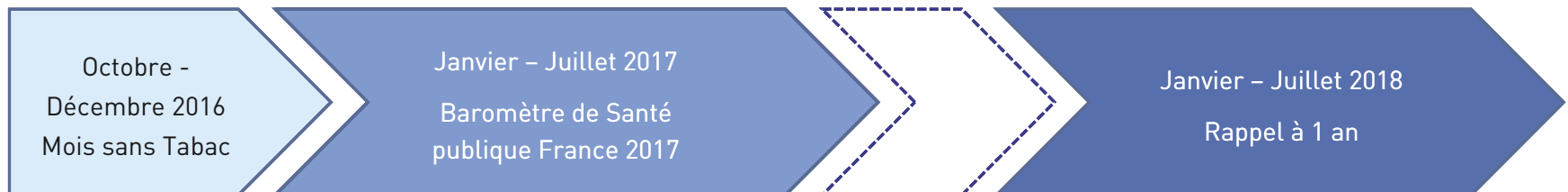
[https://translate.google.com/
#view=home&op=translate&sl=sv&tl=en&text=s
vartsjuk](https://translate.google.com/#view=home&op=translate&sl=sv&tl=en&text=s
vartsjuk)



Inscrivez-vous à
Mois sans tabac



EFFICACITÉ DE MOIS SANS TABAC 2016 ET SUIVI À 1 AN DES INDIVIDUS AYANT FAIT UNE TENTATIVE D'ARRÊT, À PARTIR DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017



- *Baromètre santé 2017*, un échantillon aléatoire de 18-75 ans
- 25 319 personnes interviewées par Ipsos entre le 5 janvier et le 18 juillet 2017
- Taux de participation : 48,5%
- Population étudiée : fumeurs quotidiens au lancement de *Mois sans tabac* (N = 6 341)

Guignard R, Richard J-B, Pasquereau A, Andler RI, Arwidson P, Smadja O, et al. Quit attempts in the last quarter of 2016 and relation with *Mois sans tabac*: first results from the 2017 Health Barometer. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2018;14-15:208-303.

- 15.9% des fumeurs au moment du début de *Mois sans tabac* [14.9%-17.1%] ont fait une tentative d'arrêt au cours du dernier trimestre 2016, soit **2 millions de personnes**,
- 18.4% d'entre eux [15.5%-21.3%], soit **380 000 personnes**, reported ont déclaré que leur tentative d'arrêt du tabac était lié à *Mois sans tabac*
- Les fumeurs qui ont fait une tentative d'arrêt qui ont fait une tentative d'arrêt en relations avec MST ont plus souvent utilisé une aide extérieure (67 % vs 43 %).

Odds-ratios [95% IC] régression logistique ajustée sur le genre, l'âge, éducation, professions and taille de la ville (N=6081)

	TA 24 heures	TA 7 jours	TA 30 jours	Cessation en 2017
Rappel (<i>Oui vs Non</i>)	1.3 [1.1-1.6] **	1.6 [1.2-2.1] ***	2.0 [1.3-2.9] ***	2.4 [1.4-4.2] **
Frequence (<i>ref=jamais</i>)				
Moins d'une fois par semaine	1.0 [0.8-1.4]	1.3 [0.9-1.9]	1.7 [1.0-2.9] *	2.1 [1.1-4.2] *
Une fois par semaine	1.3 [1.1-1.7] *	1.6 [1.2-2.1] **	1.9 [1.2-2.9] **	2.3 [1.3-4.2] **
Quotidien	1.4 [1.1-1.8] **	1.8 [1.3-2.4] ***	2.1 [1.4-3.2] ***	2.5 [1.4-4.5] **

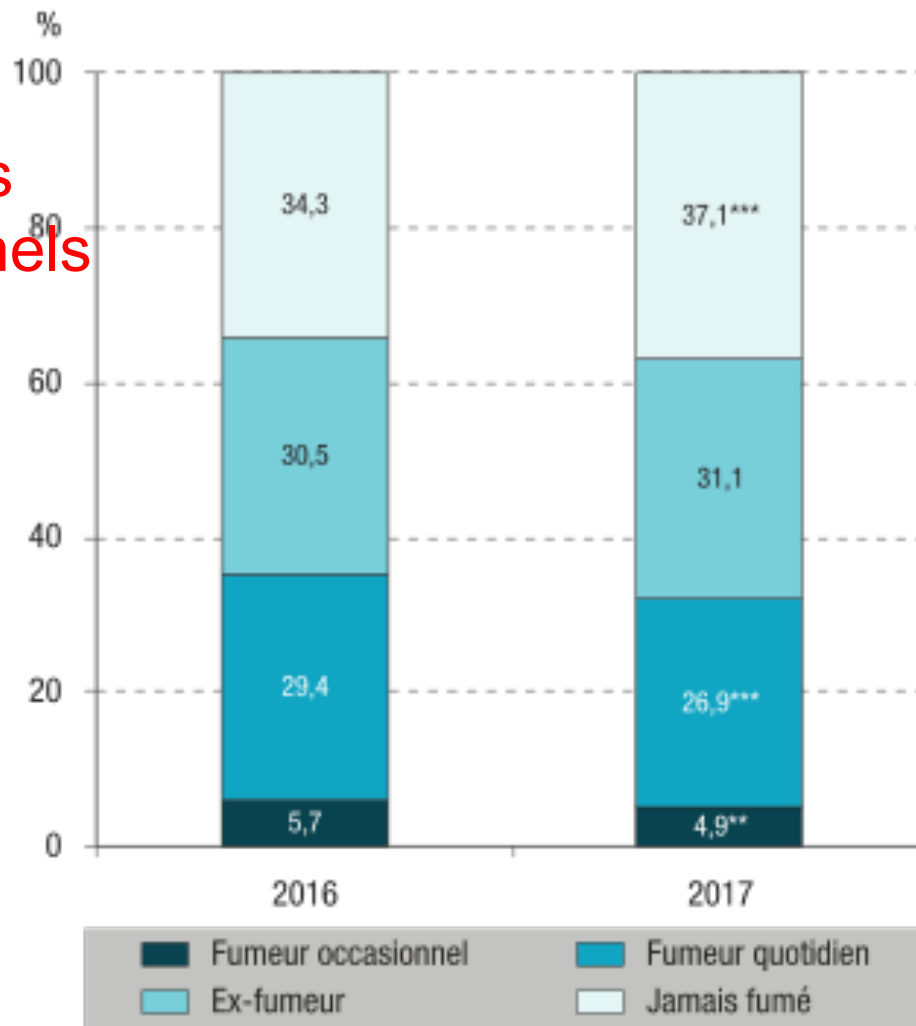
cessation in 2017, and odds-ratios increase with the frequency of exposure.

- *Sensitivity analysis (QA 24 hours): among smokers in 2017, adjustment for level of dependence (HSI), attitudes towards quitting and self-efficacy does not change the relation with recall (yes/no), but only a daily frequency of exposure remains significant.*

- Enfin, parmi les fumeurs au lancement de Mois sans tabac 2016 ayant fait une tentative d'arrêt au dernier trimestre,
- 6 % à 10 % d'entre eux étaient abstinents depuis au moins 1 an en 2018,
- résultat cohérent avec les données de la littérature sur l'abstinence à long terme suite à une tentative d'arrêt.
- Il n'y avait pas de différence selon les principales caractéristiques sociodémographiques.
- Mesure de l'impact économique de la stratégie de lutte contre le tabac confié à l'OCDE depuis 2015 (2021-2022)

UN MILLION DE FUMEURS QUOTIDIENS EN MOINS (ENTRE 2016 AND 2017)

- + 2,8 points jamais fumeurs
- 2,5 points fumeurs quotidiens
- 0,8 points fumeurs occasionnels



Sources : Baromètres santé 2016 et 2017, Santé publique France.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 :
 ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

**Pour votre santé
l'alcool c'est maximum 2 verres par jour.
Et pas tous les jours.**

Plus d'infos sur alcool-info-service.fr







Pas de type qui rentre en rampant.



Personne ne se réveille à côté d'un sombre inconnu.





Amis aussi la nuit



Tu peux
dire à
ton pote
« Arrête
ton mytho »
...



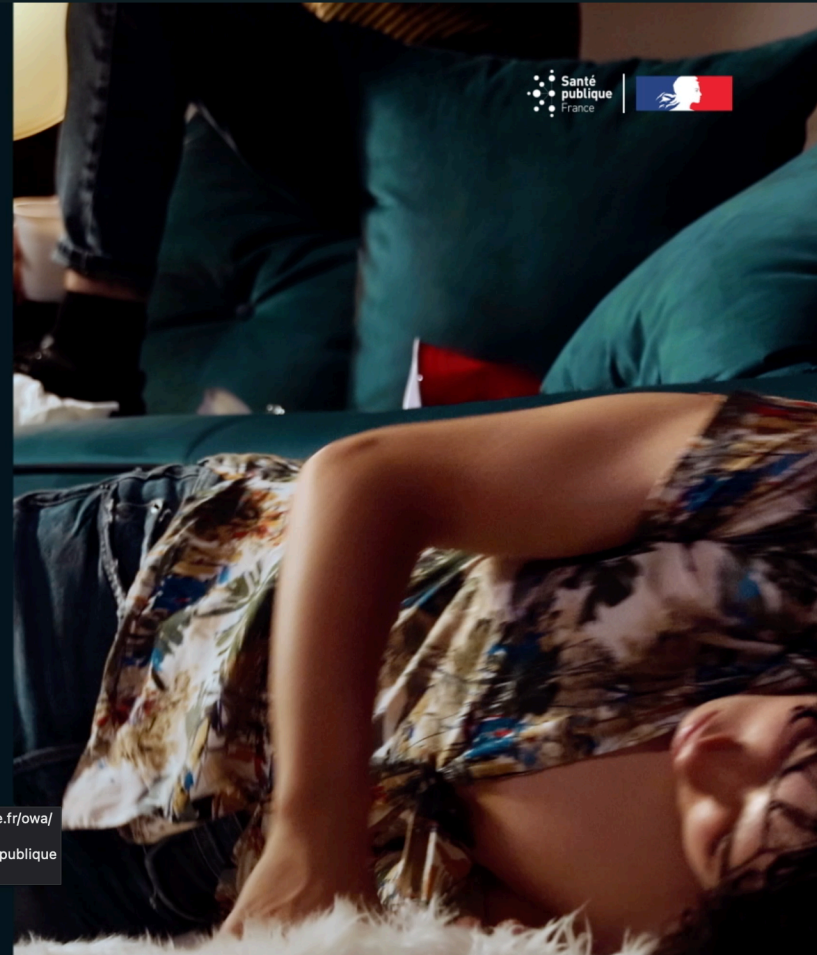
Cette vidéo a été réalisée en 2019. Pensez à porter un masque.

Amis aussi la nuit



mais pas
« Arrête
de boire » ?

<https://messagerie.santepubliquefrance.fr/owa/auth/logon.aspx?url=https%3a%2f%2fmessagerie.santepubliquefrance.fr%2fowa%2f>



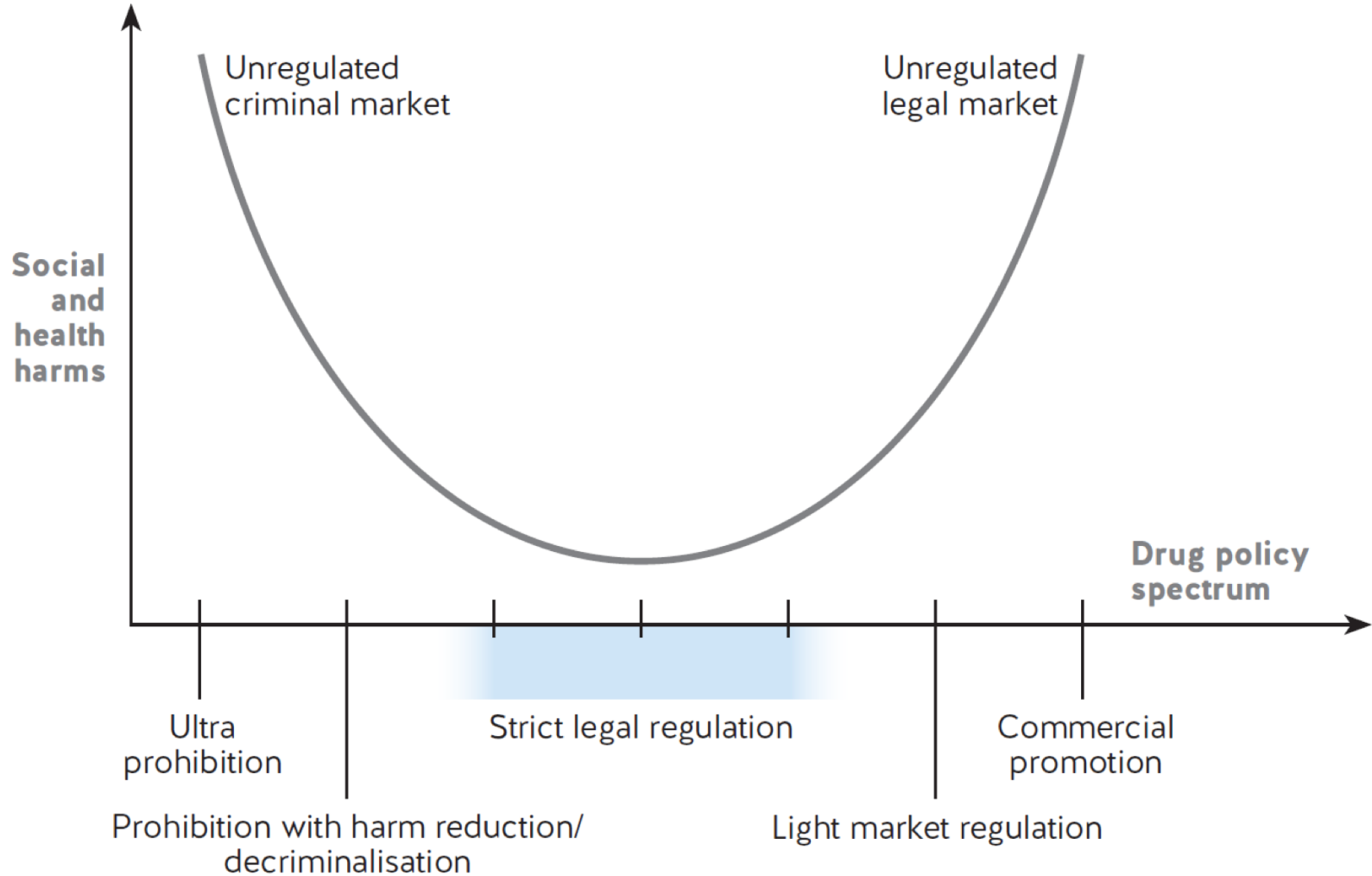


**Tu peux dire à ton pote
« Arrête ton mytho »
mais pas « Arrête de
boire » ?**

Prendre soin de ses amis,
c'est le faire aussi la nuit.

Législation

La courbe de John Mark



Graphic adapted from the work of Professor John Marks.

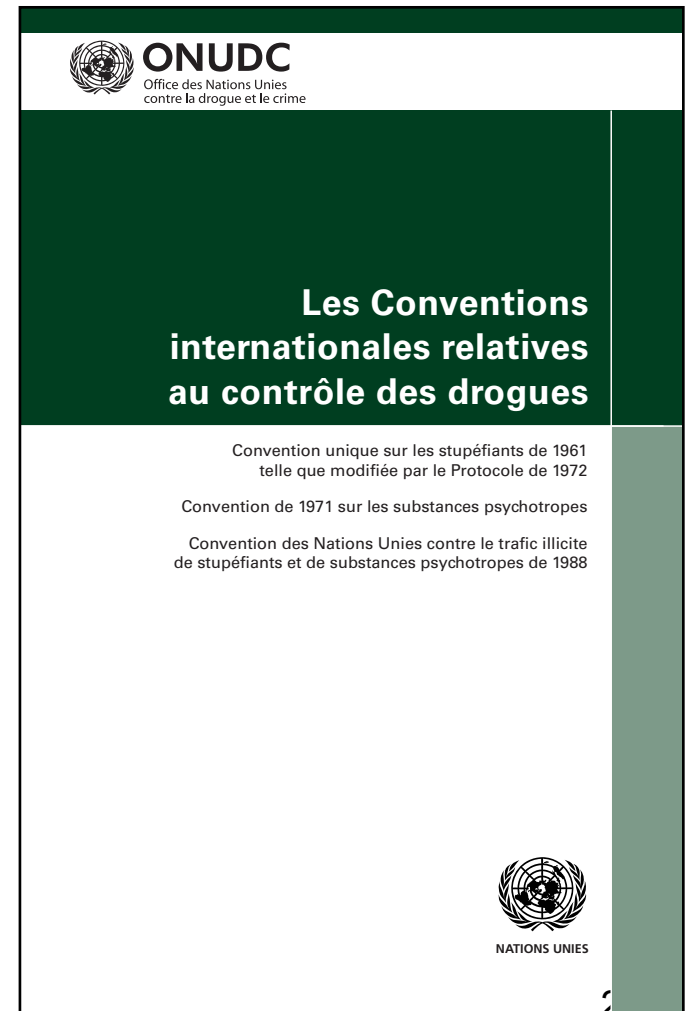
Conventions internationales

Conventions des Nations unies dont la France est signataire (Conventions de 1961, 1971, 1988)

Evaluation du potentiel d'abus et de dépendance et des risques pour la santé publique, au regard de son éventuel intérêt thérapeutique.

Objectif : limiter l'usage des stupéfiants et des psychotropes aux seules fins médicales et scientifiques et d'encadrer leur utilisation

<http://www.unodc.org/unodc/en/>



Drogues illicites

(www.drogues.gouv.fr)

Les sanctions réellement prononcées varient grandement. En effet, les magistrats tiennent compte de la situation personnelle de l'utilisateur et disposent de nombreuses options pénales.

Les peines principales

Article L3421-1

Modifié par LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 - art. 71 (V)

L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.

Pour le délit prévu au premier alinéa du présent article, y compris en cas de récidive, l'action publique peut être éteinte, dans les conditions prévues aux articles 495-17 à 495-25 du code de procédure pénale, par le versement d'une amende forfaitaire d'un montant de 200 €. Le montant de l'amende forfaitaire minorée est de 150 € et le montant de l'amende forfaitaire majorée est de 450 €.

Alcool et publicité

(www.drogues.gouv.fr)

La loi Evin qui ne prohibe pas la publicité des boissons alcooliques l'encadre strictement quant à son contenu et à son support.

Ainsi, la publicité en faveur des boissons alcoolisées, dont la fabrication et la vente ne sont pas interdites, est autorisée sur les supports prévus à l'article L.3323-2 du Code de la santé publique.

Alcool et publicité

(www.drogues.gouv.fr)

L'article 97 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST), modifie l'article L3323-2 du code de la santé publique **afin d'autoriser la publicité en faveur de l'alcool sur internet**, qui ne figurait pas à la liste limitative des supports autorisés par la loi Evin.

Pour autant, l'article L3323-2 qui autorise la publicité ou la propagande **« sur les services de communications en ligne », sous réserve qu'elle ne soit pas intrusive, exclut toute publicité en faveur des produits alcooliques sur les sites destinés à la jeunesse, dédiés au sport et/ou à l'activité physique.**

Comme pour tous les autres supports autorisés, la publicité sur internet doit contenir un message sanitaire « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » dont le contenu doit être encadré.

Tabac et publicité

(www.drogues.gouv.fr)

La loi n°91-32 du 10 janvier 1991 dite loi Evin énonce ainsi que « **toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ainsi que toute distribution gratuite sont interdites** » (article 3 de la loi n°91-32 du 10 janvier 1991 et article L3511-3 du code de la santé publique).

Tabac et publicité

(www.drogues.gouv.fr)

Un paquet banalisé

La mise en place du **paquet de cigarettes neutre** a été votée dans la loi de modernisation de notre système de santé, [article 27](#) et est entrée en vigueur le 20 mai 2016. Il vise à **rendre moins attractifs les conditionnements aux yeux des jeunes non consommateurs**. Des avertissements à caractère sanitaire renforcés

Tabac et publicité

(www.drogues.gouv.fr)

Les avertissements et photographies apposés sur les paquets couvrent désormais **65% de la surface (au lieu de 40%)** de ceux-ci et un pictogramme destiné aux femmes enceintes est également présent.

Quatorze images en couleurs illustrent les avertissements sanitaires écrits à présents depuis plusieurs années sur les paquets.

En outre, deux avertissements sanitaires textuels (l'un intitulé « **Fumer tue** » et l'autre intitulé « **La fumée du tabac contient plus de 70 substances cancérigènes** ») ont également été ajoutés sur les faces latérales des conditionnements.

La cigarette électronique

(www.drogues.gouv.fr)

La [loi de modernisation de notre système de santé](#) du 26 janvier 2016 et l'[Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016](#) portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes

Publicité

Tout comme pour le tabac « La propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des produits du vapotage est interdite » ([article L. 3513-4](#) du code de santé publique), qu'ils contiennent de la nicotine ou non.

Protéger les plus jeunes

La vente de produits de vapotage est interdite aux mineurs de moins de 18 ans et le vendeur doit exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité ([article L 3513-5](#) du code de santé publique).

Fumer tue



Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales

Pour arrêter de fumer : www.tabac-info-service.fr
ou ☎ 39 89 0,15€/min



Fumer provoque le cancer

Pour arrêter de fumer : www.tabac-info-service.fr
ou ☎ 39 89 0,15€/min



Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant

Pour arrêter de fumer : www.tabac-info-service.fr
ou ☎ 39 89 0,15€/min

Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage



Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer

Pour arrêter de fumer : www.tabac-info-service.fr
ou ☎ 39 89 0,15€/min



Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas

Pour arrêter de fumer : www.tabac-info-service.fr
ou ☎ 39 89 0,15€/min



Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoquer l'impuissance

Pour arrêter de fumer : www.tabac-info-service.fr
ou ☎ 39 89 0,15€/min



Protégez les enfants : ne leur faites pas respirer votre fumée

Pour arrêter de fumer : www.tabac-info-service.fr
ou ☎ 39 89 0,15€/min

FUMER TUE

Marque Descriptif

20

Fabricant X
Fabriqué en U.E.
Vente en France 01

Les plans

Alcool, Tabac, Drogues, Ecrans

**PLAN NATIONAL DE
MOBILISATION CONTRE
LES ADDICTIONS
2018-2022**



mise en ligne le 8 janvier 2019
sur le site
www.drogues.gouv.fr
voir cours Nicolas Prisse le 7
janvier 2021

Axe 1 : Une prévention pour tous et tout au long de la vie

(www.drogues.gouv.fr)

1. Eclairer pour responsabiliser
2. Protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse et améliorer les prises en charge
3. Faire grandir nos enfants dans un environnement protecteur
4. Promouvoir le bien-être et la réussite des jeunes
5. Faire de la lutte contre les conduites addictives une priorité de la santé au travail

PNRT puis PNLT

DOSSIER DE PRESSE
25 SEPTEMBRE 2014

PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME

Contact presse :
cab-ass-presse@sante.gouv.fr ou 01 40 56 60 65



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE TABAC 2018-2022



2020

D'ici 2020, abaisser à moins de 24 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans.

2022

D'ici 2022, abaisser à moins de 22 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans.

D'ici 2022, abaisser à moins de 20 % la part des fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans.

2027

D'ici 2027, abaisser à moins de 16 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, soit cinq millions de fumeurs en moins par rapport à 2017.

**Objectif
2032**

D'ici 2032, que les enfants nés depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (<5% de fumeurs).

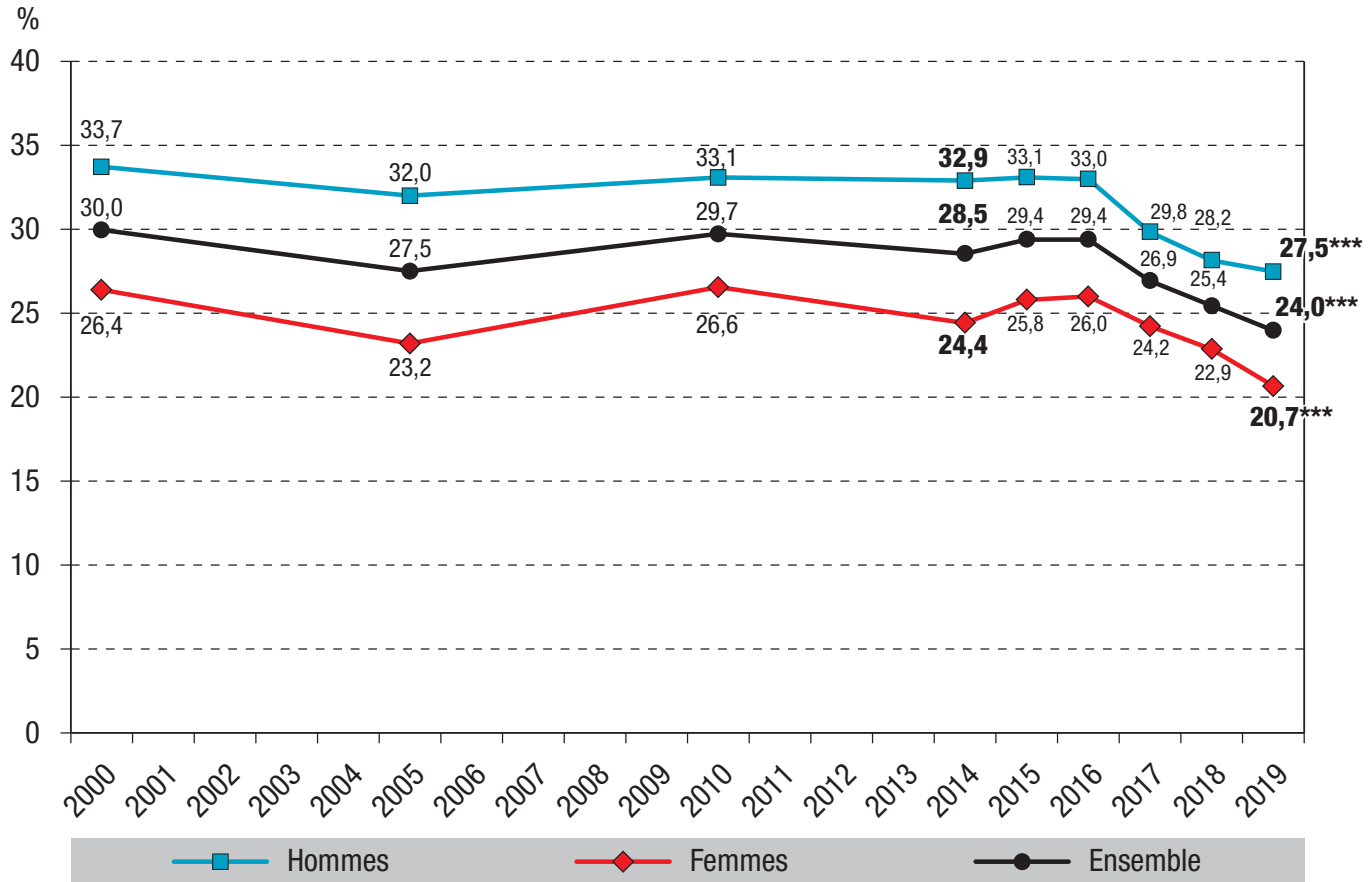
Prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans, France, évolution 2014-2018-2019

	Fumeurs %	Fumeurs quotidiens %
2014	34,3	28,5
2018	32,0	25,4
2019	30,4	24,0
Évolution 2018-2019	NS	NS
Évolution 2014-2019	<0,001	<0,001

Sources : Baromètres de Santé publique France 2014, 2018 et 2019.

NS : non significatif.

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France. Évolution 2014-2019



Pasquereau A, Andler RI, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2020;14:273-81.

Déterminants du tabagisme

Déterminants liés au développement

- Génétiques : composante héréditaire, récepteur à la dopamine, vitesse de métabolisation, etc.
- Exposition prénatale ?
- Événement traumatisant dans l'enfance
- Comorbidités (anxiodépression, schizophrénie)
- Structure familiale
- Réussite scolaire

Influence génétique

- Etude de jumeaux
- L'addiction au tabac a une **composante héréditaire**
- Manque un cadre théorique pour étudier les facteurs génétiques de la dépendance à la nicotine (initiation, continuation)
 - initiation liée à la variation du récepteur à la dopamine D4 (DRD4) gene serait lié à l'initiation
 - continuation, addiction récepteur D2 (DRD2)
 - vitesse d'élimination de la nicotine : les métaboliseurs rapides fument plus
 - cluster de gènes codant pour les récepteurs cholinergiques à la nicotine (CHRNA5/A3/B4) seraient liés à la sévérité de la dépendance et au tabagisme avant 16 ans, au passage à la dépendance

USDHHS 2012

TABLEAU 2 : Facteurs d'événements de vie ou de détresse psychologique associés au tabagisme régulier chez les 15-75 ans, dans l'ensemble et par sexe¹¹

Variables explicatives	Ensemble (n=25 872)			Hommes (n=11 607)			Femmes (n=14 265)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
Violences subies au cours des douze derniers mois hors violences sexuelles	***			***			***		
Non (réf.) (n=19 857/8 857/11 000)	26,9	- 1 -		30,7	- 1 -		23,4	- 1 -	
Oui (n=6 058/2 770/3 288)	36,6	1,2***	[1,2-1,3]	38,1	1,2**	[1,1-1,3]	35,2	1,3***	[1,2-1,4]
Violences sexuelles au cours de la vie	***			***			***		
Non (réf.) (n=23 513/11 138/12 375)	28,2	- 1 -		31,9	- 1 -		24,3	- 1 -	
Oui (n=2 386/481/1 905)	40,3	1,6***	[1,5-1,8]	45,4	1,7***	[1,4-2,1]	38,8	1,6***	[1,4-1,8]
Score MH5 < 56	***			***			***		
Pas de détresse psychologique (réf.) (n=21 622/10 377/11 245)	27,8	- 1 -		31,1	- 1 -		24,1	- 1 -	
Détresse psychologique (n=4 305/1 257/3 048)	36,1	1,3***	[1,2-1,4]	42,8	1,4***	[1,2-1,5]	32,9	1,3***	[1,2-1,5]

VIOLENCE

MENTAL

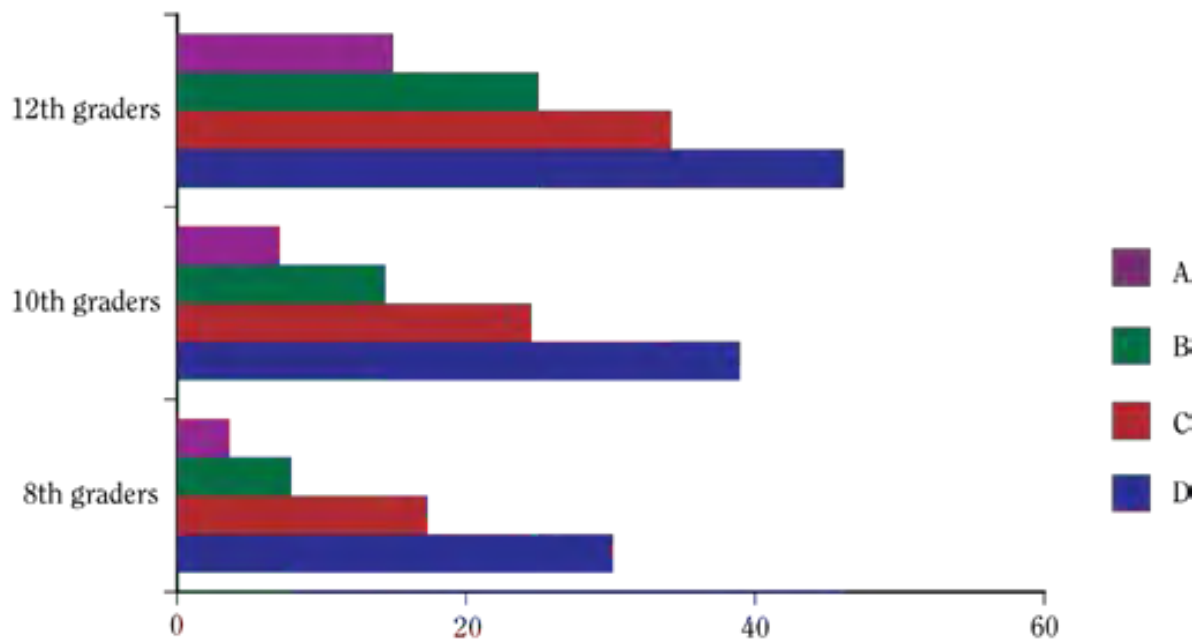
*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Réussite scolaire

Figure 3.17 Percentage of current cigarette smoking and smokeless tobacco use among 8th, 10th, and 12th graders, by grade level and academic performance; Monitoring the Future (MTF) 2002–2007; United States

A. Cigarette smoking^a

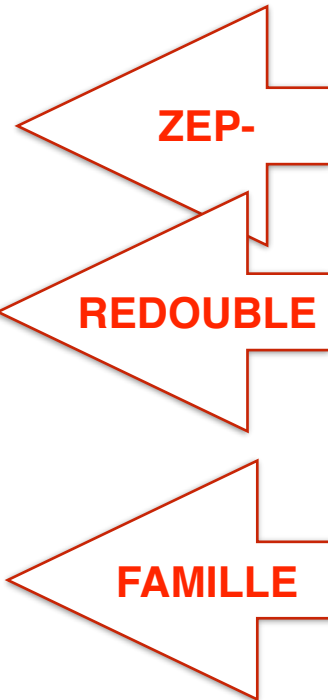


USDHHS 2012

Réussite scolaire et famille

Expérimentation et tabagisme quotidien parmi les collégiens selon quelques caractéristiques sociodémographiques (en pourcentage et OR ajustés)

	Expérimentation				Usage quotidien			
	% ^a Test	OR ^b	IC à 95 %	Test	% Test	OR	IC à 95 %	Test
Sexe								
Filles (réf.)	30,2	1			6,5	1		
Garçons	30,2	1,0	0,9; 1,1		6,6	1,0	0,8; 1,2	
Zep^c								
Non (réf.)	31,3	1			6,8	1		
Oui	22,0***	0,5	0,4; 0,6	***	4,6*	0,5	0,4; 0,7	***
Redoublement au cours de la vie								
Non (réf.)	26,2	1			4,4	1		
Oui	45,5***	2,2	2,0; 2,5	***	14,7***	3,1	2,5; 3,8	***
Niveau social^d								
Favorisé (réf.)	30,7	1			5,9	1		
Moyen	29,6	0,9	0,8; 1,0		6,1	1,0	0,8; 1,2	
Modeste	31,0	0,9	0,8; 1,1		8,5***	1,3	1,0; 1,7	
Situation familiale^e								
Traditionnelle (réf.)	26,8	1			5,2	1		
Recomposée	37,6	1,6	1,4; 1,9	***	9,9	1,7	1,4; 2,2	***
Monoparentale, autre	41,6***	1,9	1,7; 2,3	***	10,9***	2,0	1,6; 2,6	***
Classe								
6 ^e (réf.)	12,7	1			1,0	1		
5 ^e	23,3	2,2	1,9; 2,6	***	1,7	1,9	1,1; 3,3	*
4 ^e	33,2	3,6	3,0; 4,2	***	7,9	9,2	5,7; 14,9	***
3 ^e	51,8***	7,3	6,2; 8,6	***	15,6***	17,7	11,1; 28,2	***

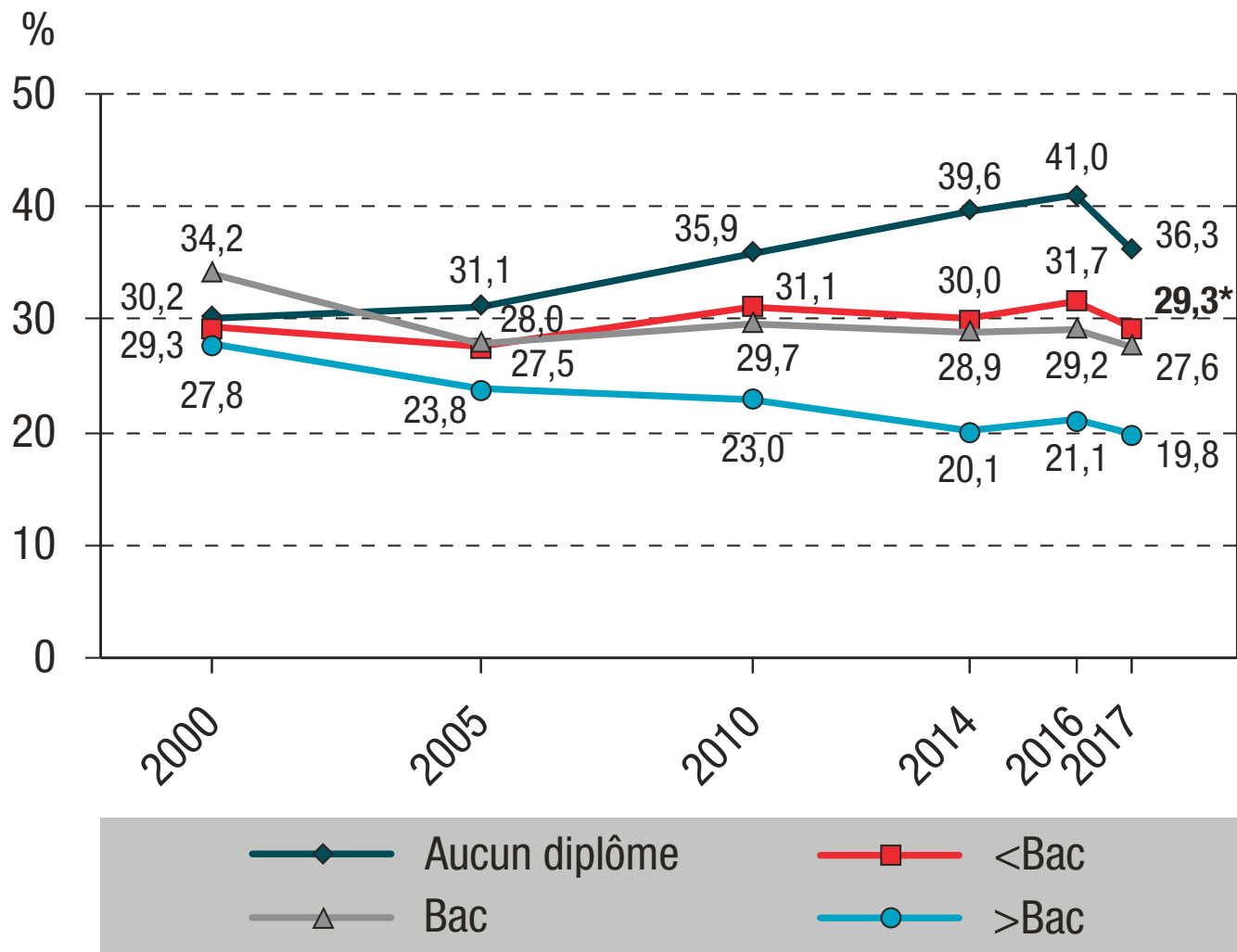


Health Behaviours in School Children 2010

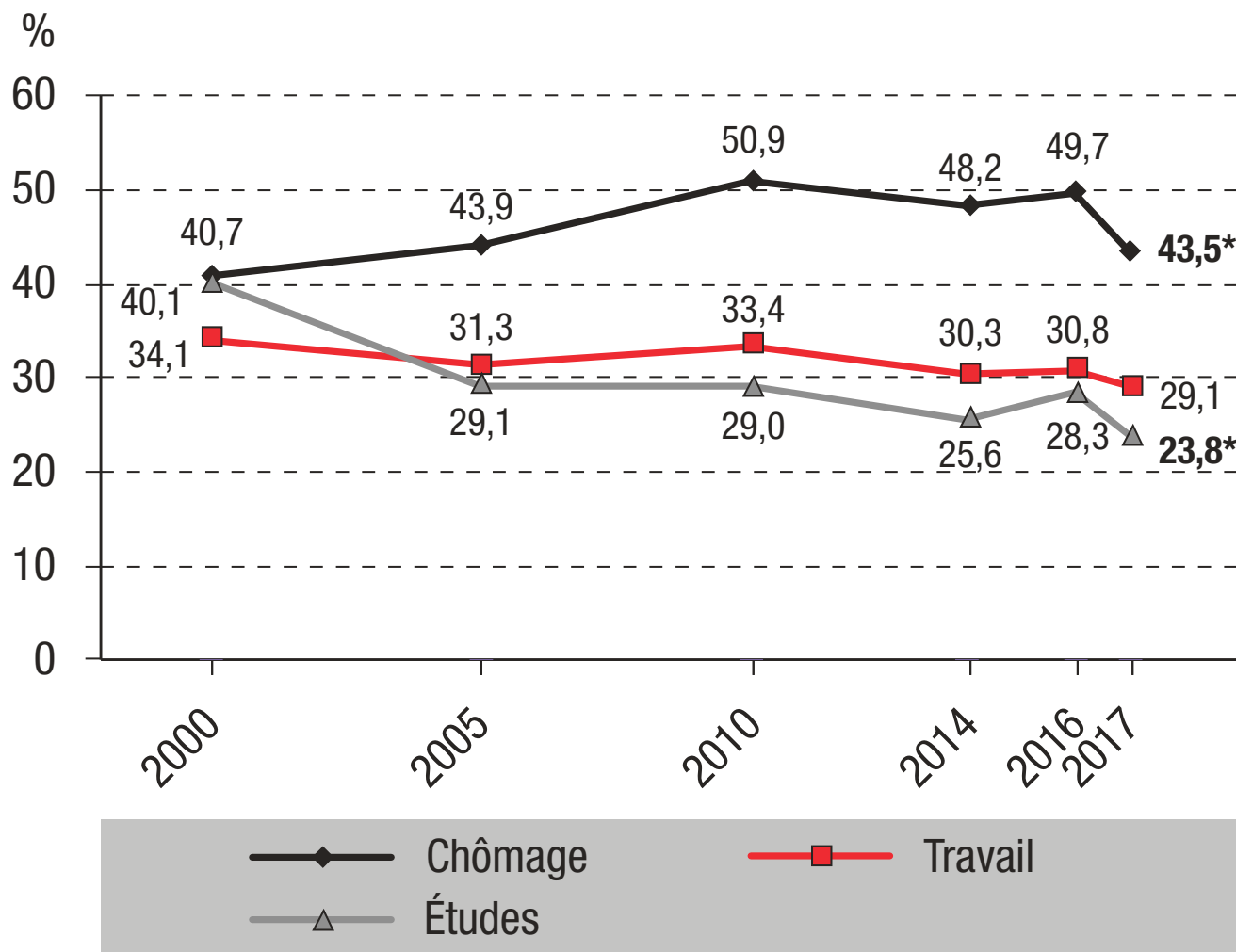
Déterminants liés aux structures sociologiques

- sexe, âge
- niveau de diplôme, de revenus,
- situation professionnelle (actif, chômage)
- géographique (sud, frontière, etc.)

DAILY SMOKING PREVALENCE 18-75 YO / EDUCATION



PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES 18-75 ANS CHEZ LES CHÔMEURS



Déterminants liés aux dynamiques et aux environnements sociaux

- Evolutions sociologiques et historiques
- Générations (voir Bricard)
- Exposition au marketing et à la publicité
- Prix

Stratégie empirique (1/2)

1. Calcul des prévalences aux différents âges (« reconstruits »), selon le genre et la cohorte

Reconstruction des parcours tabagiques dans une base personnes-années (avec censure):

- cohorte 1971-1985 : 14-39 ans (médiane de suivi : 33 ans)
- cohorte 1956-1970 : 14-54 ans (47 ans)
- cohorte 1941-1955 : 14-69 ans (61 ans)

→ prévalence par âge

→ durée moyenne du tabagisme

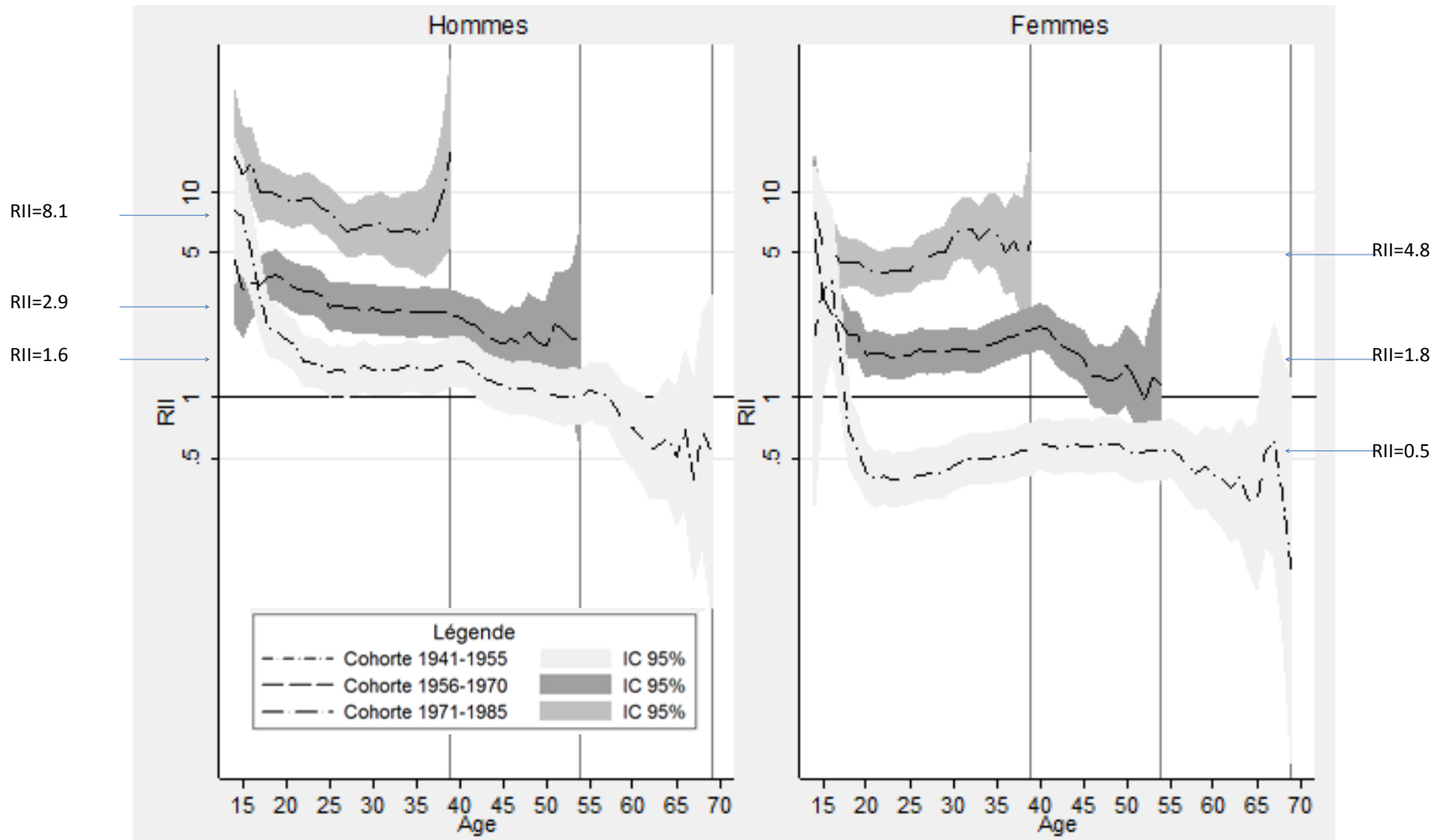
2. Par niveau d'éducation

Stratégie empirique (2/2)

3. Mesurer les inégalités de façon synthétique avec un indice relatif d'inégalité (RII)

- Rang des individus du plus haut niveau de diplôme au plus bas :
 - calculé pour chaque sexe et par année de naissance
 - = prise en compte de l'évolution de la distribution des diplômes
- RII = rapport de la prévalence du tabagisme des pers. au plus faible rang d'éducation (1) sur celle des pers. au rang le plus élevé (0)

Indices relatifs d'inégalité (niveau de diplôme) en fonction de l'âge : par genre et cohorte (échelle logarithmique)



L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon la cohorte et le genre

(Damien Bricard, 8 mai 2014, Montréal, CIQSS)

- Jeunes générations : entrées plus fréquentes et arrêts plus tardifs dans les groupes les moins éduqués
- Ciblage des politiques de prévention du tabagisme : viser particulièrement la prévention de l'initiation dès le plus jeune âge dans les groupes les moins favorisés

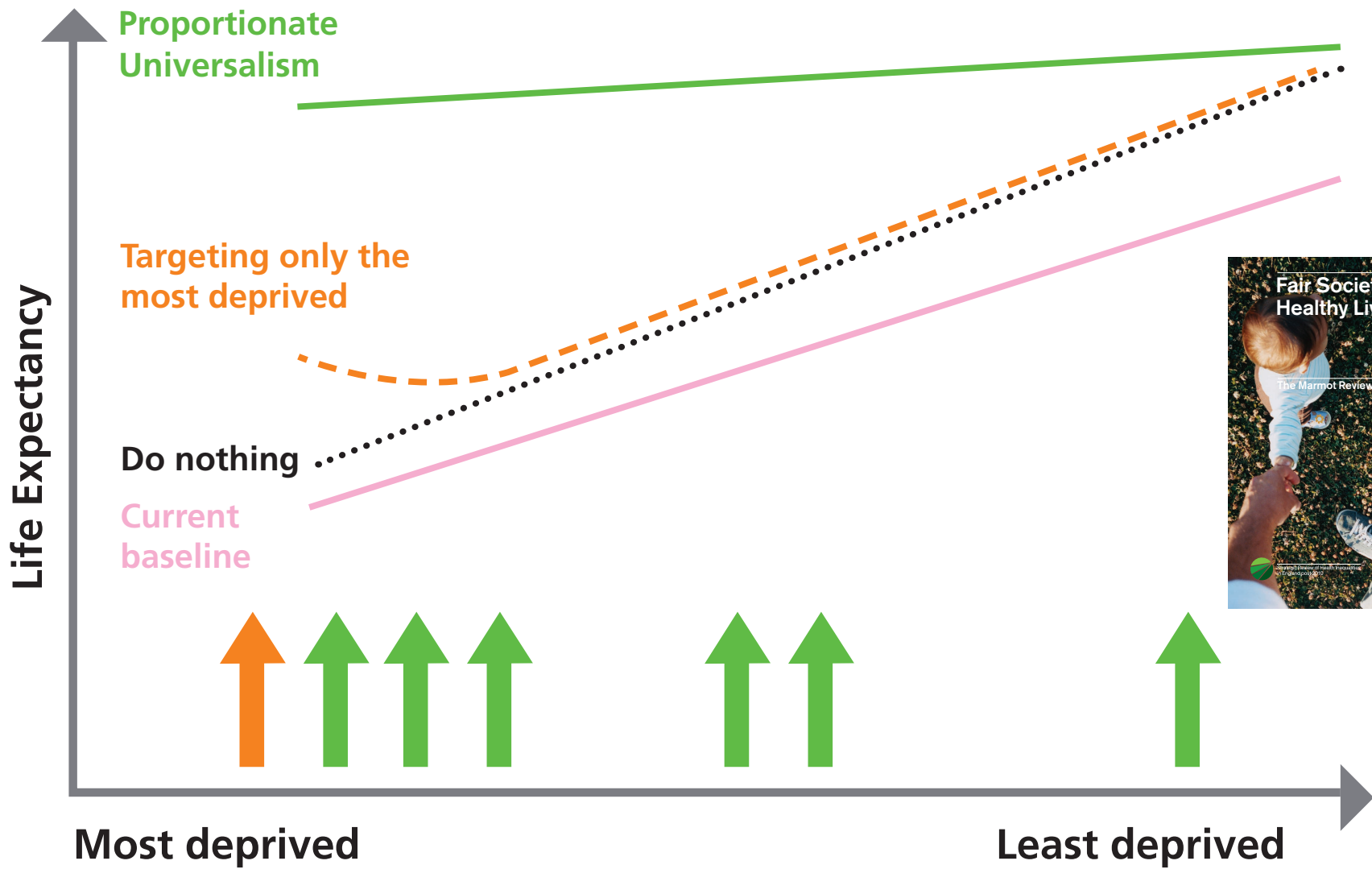
Bricard, Damien et al. L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération. Economie et statistiques 2014 à paraître



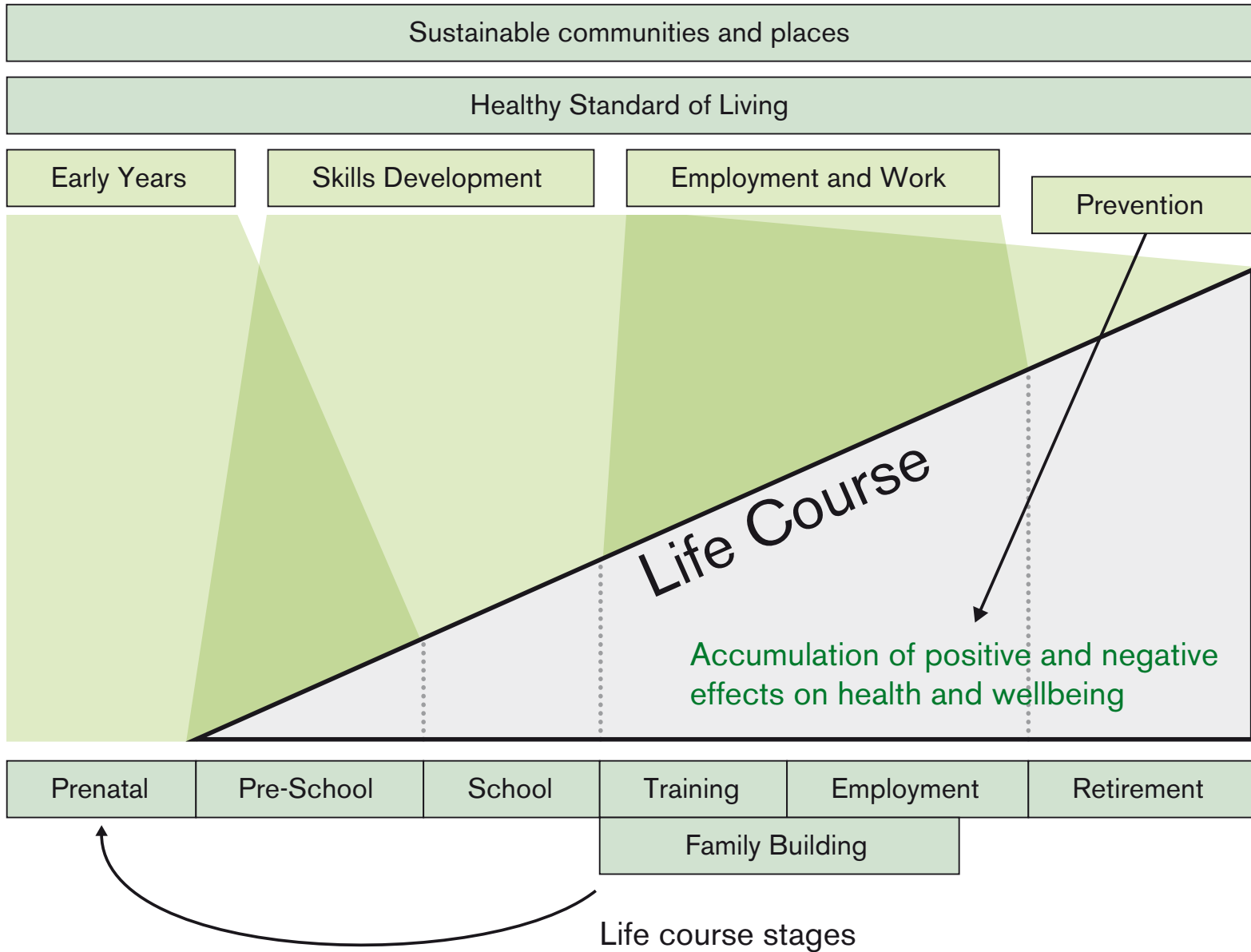
Marmot Review 2010

*La lutte contre le tabagisme (tobacco control) doit être centrale à toute stratégie visant à réduire les inégalités de santé étant donné que le tabagisme contribue pour à peu près **la moitié de la différence dans l'espérance de vie** entre les groupes sociaux aux revenus les plus bas et les plus hauts.*

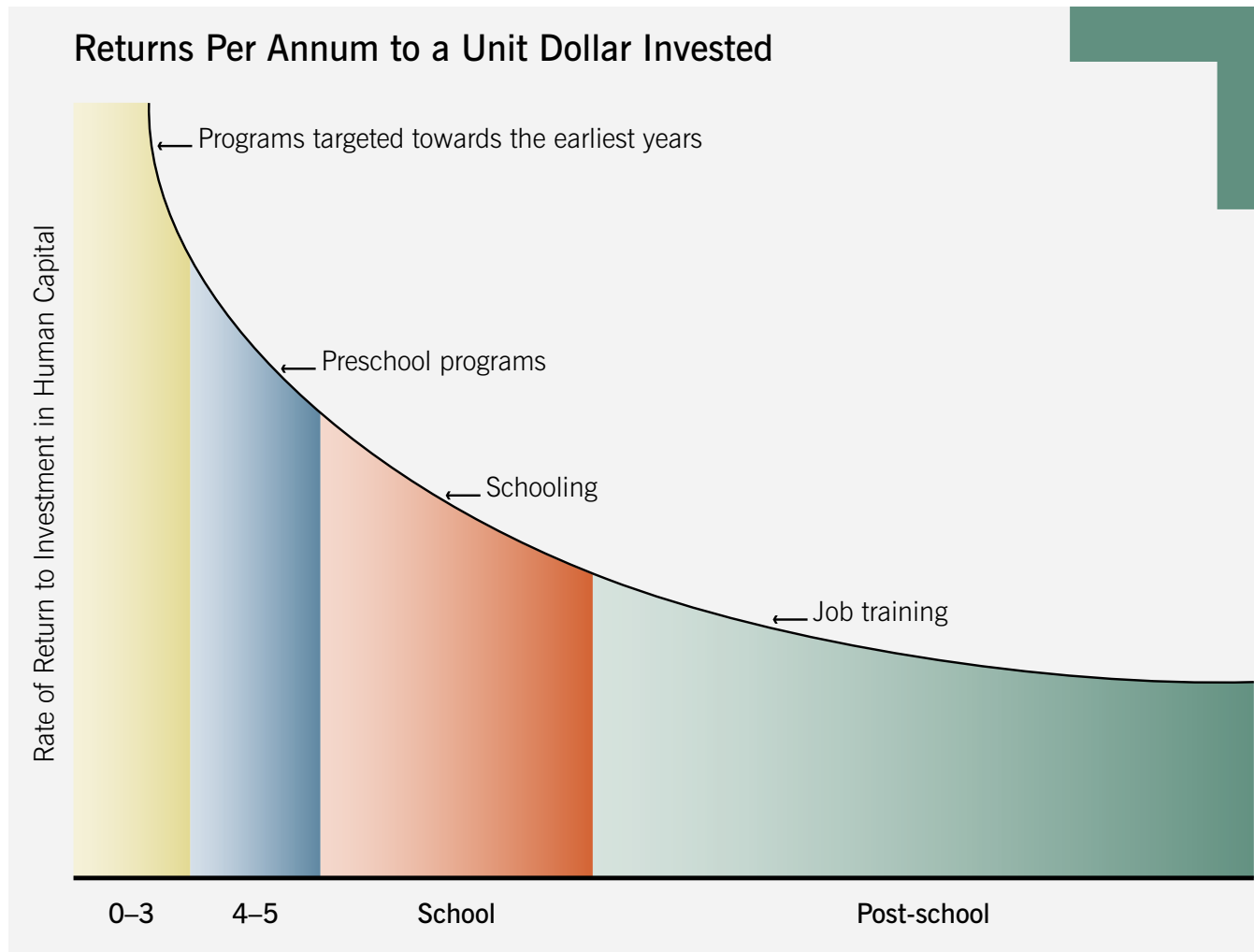
Comme le déclin de la prévalence du tabagisme parmi les moins aisés est plus faible que celui dans les groupes les plus aisés et que l'usage du tabagisme se perpétue à travers les générations, cette tendance va s'accroître si on n'intervient pas.



Areas of action



L'équation d'Heckman



Les politiques de prévention dans le domaine du tabac

Politique internationale de prévention antitabac (OMS)

1. Surveillance de l'usage et des politiques publiques
2. Lutter contre le tabagisme passif
3. Offrir une aide à l'arrêt
4. Informer sur les dangers du tabac
5. Interdire la publicité, la promotion et le sponsoring
6. Augmenter les taxes sur le tabac



Modèle SimSmoke France

- Politique fiscale : élasticité prix 0,3 de variation de demande chez les 16-24 ans (ex : quand prix augmente de 15 %, demande baisse de 5%)
- Campagne d'information d'intensité moyenne : 1,8% de baisse de prévalence (doublée si relais locaux)
- Interdiction de vente aux mineurs de 2% à 30% selon l'existence et l'énergie mise dans les contrôles

Levy DT, BEH 2008 n°21-22 p 190-194 (www.invs.sante.fr)

The International Tobacco Control Policy Evaluation Project

ITC France National Report

FINDINGS FROM THE WAVE 1 TO 3 SURVEYS (2006-2012)

NOVEMBER 2014

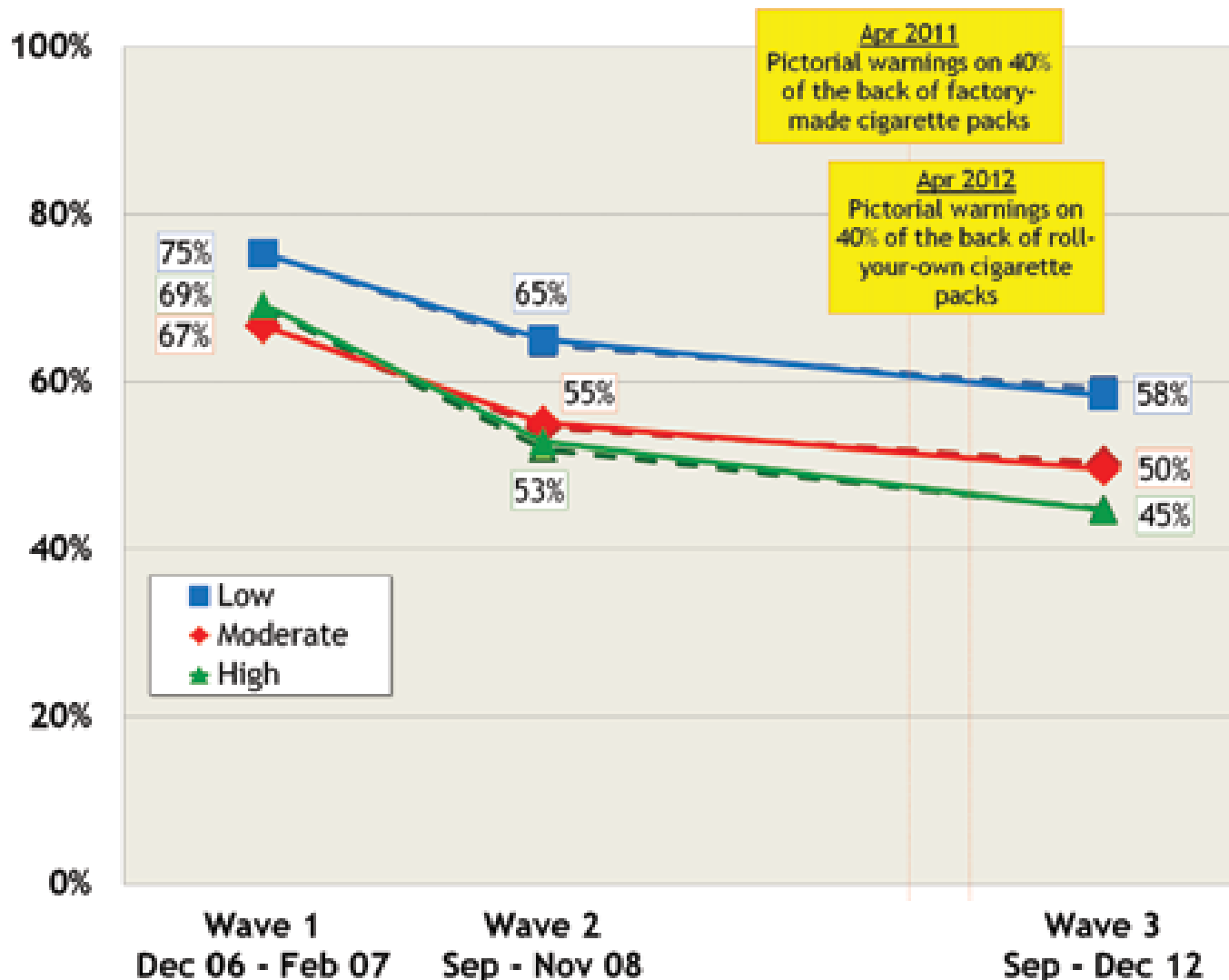


Promoting Evidence-Based Strategies to Fight the Global Tobacco Epidemic



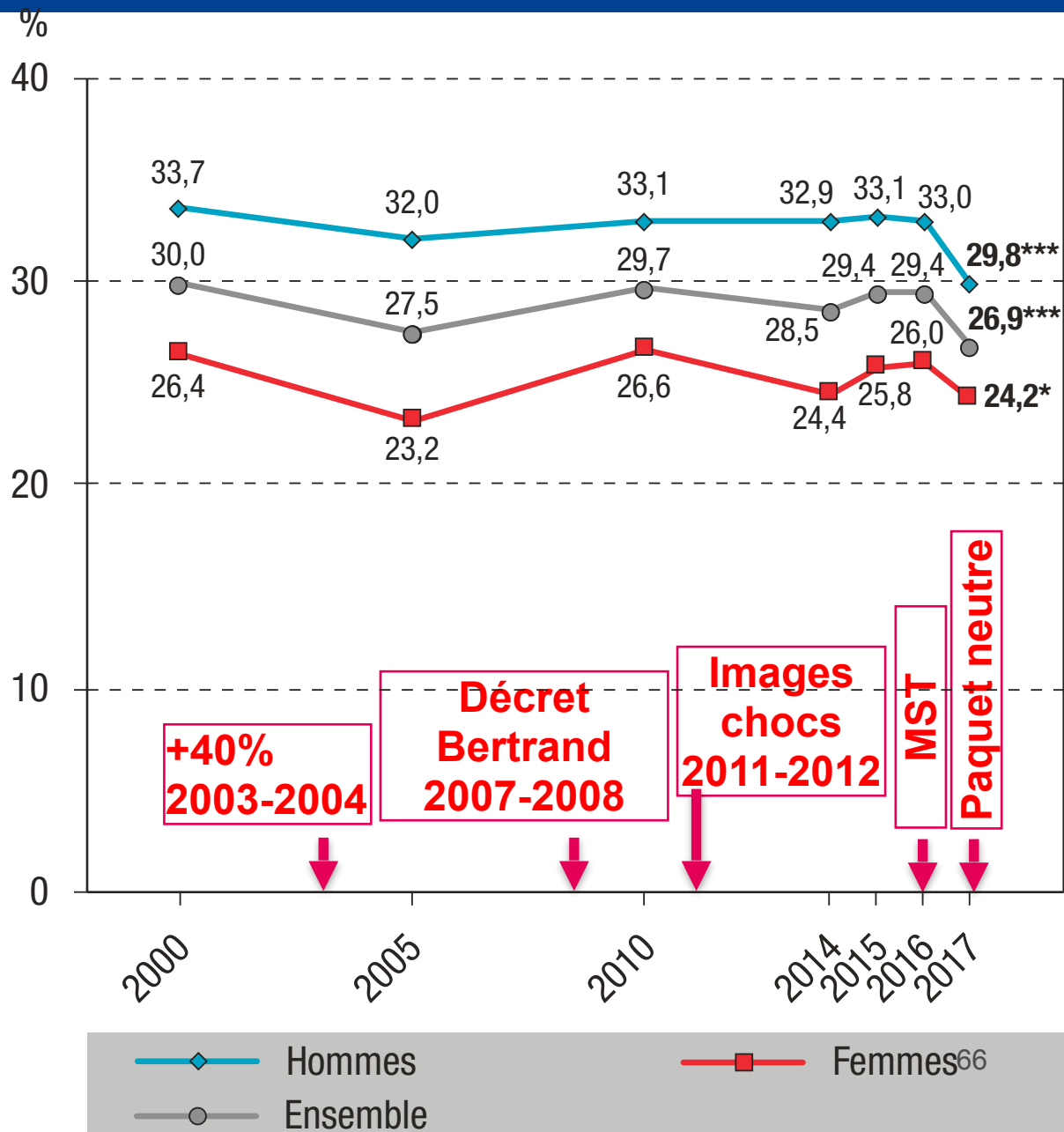
Avril 2011
Face 20% - Dos 30%

Figure 20. Percentage of smokers who “often” or “very often” noticed health warning labels in the last month, by income level, by wave*



* The solid lines represent percentages adjusted for time-in-sample while the dashed lines represent the corresponding unadjusted percentages.

DAILY SMOKING PREVALENCE 18-75 YEARS OLD



Pasquereau A et al BEH. 2018;14-15:265-

Les politiques de prévention dans le domaine de l'alcool

SAFER

A WORLD FREE FROM ALCOHOL RELATED HARMS

SAFER is a World Health Organization (WHO)-led initiative to reduce death, disease and injuries caused by the harmful use of alcohol using high-impact, evidence-based, cost-effective interventions.

The SAFER action package

- S** Strengthen restrictions on alcohol availability
- A** Advance and enforce drink driving counter measures
- F** Facilitate access to screening, brief interventions and treatment
- E** Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion
- R** Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies

Implementing SAFER will:

1. Save 100,000 lives by 2030;
2. Provide more than USD 9 in return for every USD 1 invested;
3. Protect billions of people from the socioeconomic impact of harmful alcohol use; and

A WORLD FREE FROM ALCOHOL RELATED HARMS

SAFER

Strengthen
restrictions
on alcohol
availability

Advance &
enforce drink
driving
counter
measures

Facilitate
access to
screening,
brief
interventions
& treatment

Enforce bans/
comprehensive
restrictions on
alcohol
advertising,
sponsorship &
promotion

Raise prices
on alcohol
through
excise taxes
& pricing
policies

SAFER





The alcohol industry reaches youth by using social media and online advertising. **Regulating** the content and volume of alcohol marketing, sponsorship and promotion **can reduce alcohol use among young people.**


SAFER
STRATEGIES TO REDUCE ALCOHOL-RELATED HARM



Excise taxes raise prices, reduce demand for alcohol and are a WHO "Best Buy" policy to beat noncommunicable diseases.

SAFER





**Reducing the
legal blood alcohol
limit for drivers from
0.08% to 0.05%
could reduce 18% of
crashes that result in
death or injury.**

SAFER
SAFETY AND ALCOHOL FOR ROAD USERS



Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use in primary care settings can prevent dependence and reduce alcohol-related harm.

SAFER
Screening and Brief Alcohol Use Treatment



**155 MILLION YOUTH AGED 15-19
consume alcohol regularly.**

**Increasing the
minimum age** to
purchase alcohol can reduce
consumption and **protect
young people** from related
harms.

SAFER
A GLOBAL POLICY RESPONSE TO ALCOHOL

 World Health
Organization

Solutions largement documentées

6 politiques publiques-clés



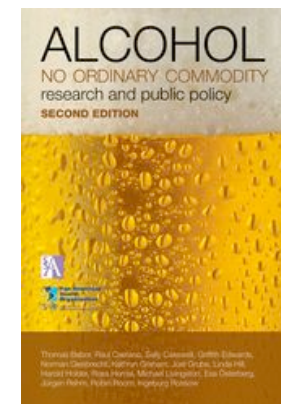
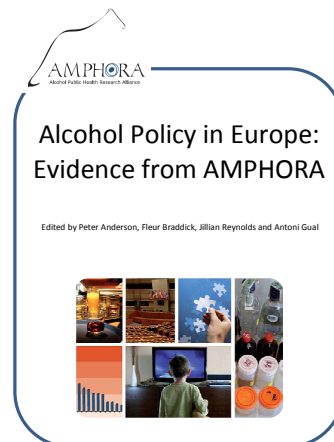
Babor 2010

1. taxation proportionnelle au degré d'alcool
2. réduction de l'accès (âges, nombres de points de vente, heures d'ouverture)
3. interdiction de la promotion
4. taux légal d'alcoolémie autorisé pour la conduite (0,5 - 0,2) + contrôles
5. aide aux buveurs à risque en soins de santé primaire
6. mesures éducatives pas en tant que politique mais seulement en soutien

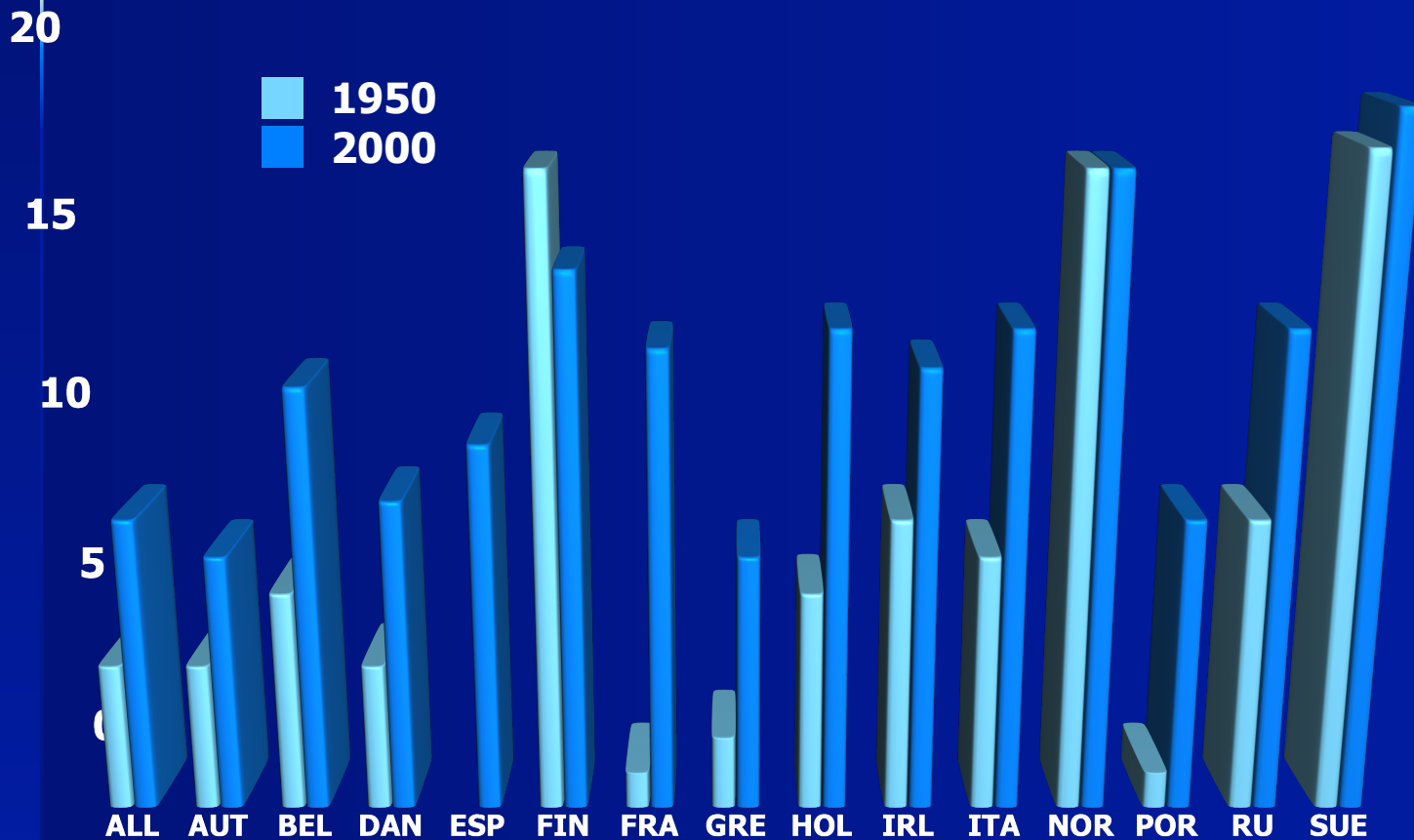
Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet. 2009;373(9682):2234-46.

Evaluation des politiques de prévention dans le domaine de l'alcool

- Resultats de l'étude *ECAS European Comparative Alcohol Study* (Österberg & Karlsson 2002)
- Resultats d' AMPHORA (*Alcohol Measures for Public Health Research Alliance*)
 - Karlsson, Lindeman, Österberg 2012
 - Allamani et al 2011
- Quelques mots à propos des recommandations concernant l'éducation et la persuasion



European Comparative Alcohol Study

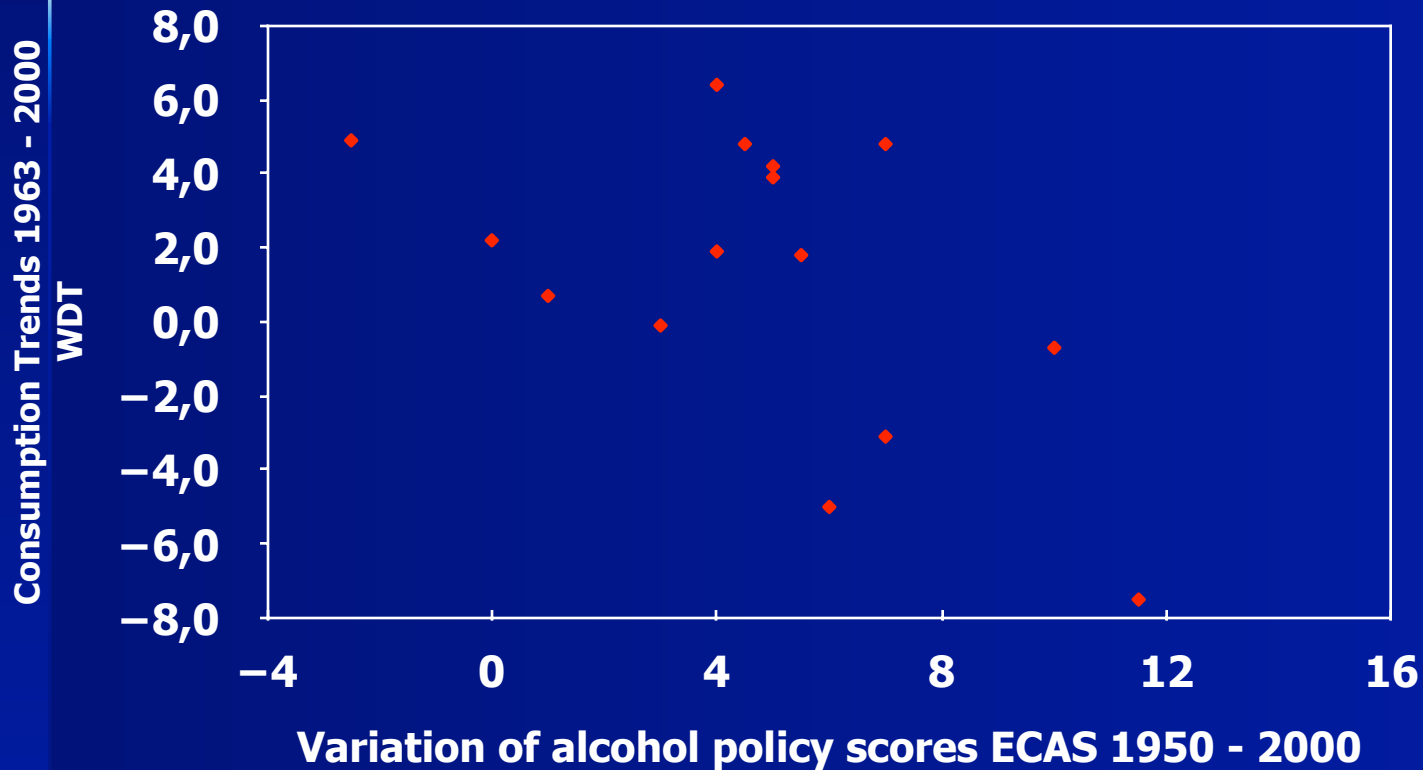


www.fhi.se

Österberg, Karlsson, 2002

European Comparative Alcohol Study

Correlation between policies and consumption



Österberg, Karlsson, 2002

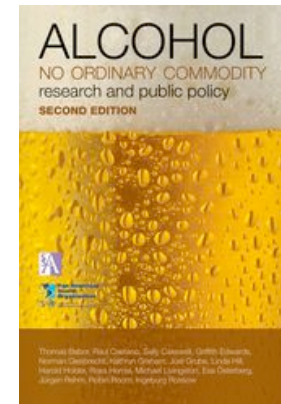
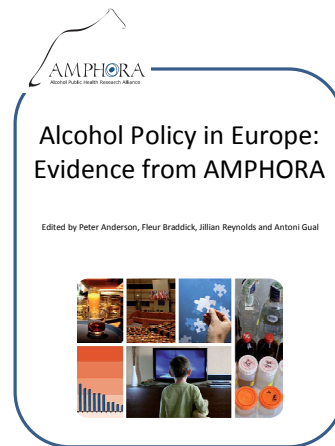
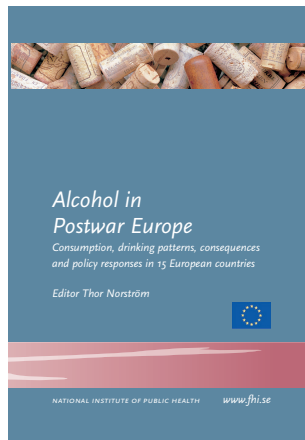
Conclusions des auteurs d'ECAS

- Pas de corrélation claire entre les scores des politiques publiques et l'évolution des consommations
- Hypothèses des auteurs : évolution culturelle, croissance du secteur tertiaire, complexification des tâches et des machines
- Les normes sociales sont plus fortes que les politiques publiques dans certains pays
- Manque de données comparatives et fiables

Österberg, Karlsson, 2002

Plan

- Resultats de l'étude *ECAS European Comparative Alcohol Study* (Österberg & Karlsson 2002)
- Resultats d' AMPHORA (*Alcohol Measures for Public Health Research Alliance*)
 - **Karlsson, Lindeman, Österberg 2012**
 - Allamani et al 2011
- Quelques mots à propos des recommandations concernant l'éducation et la persuasion

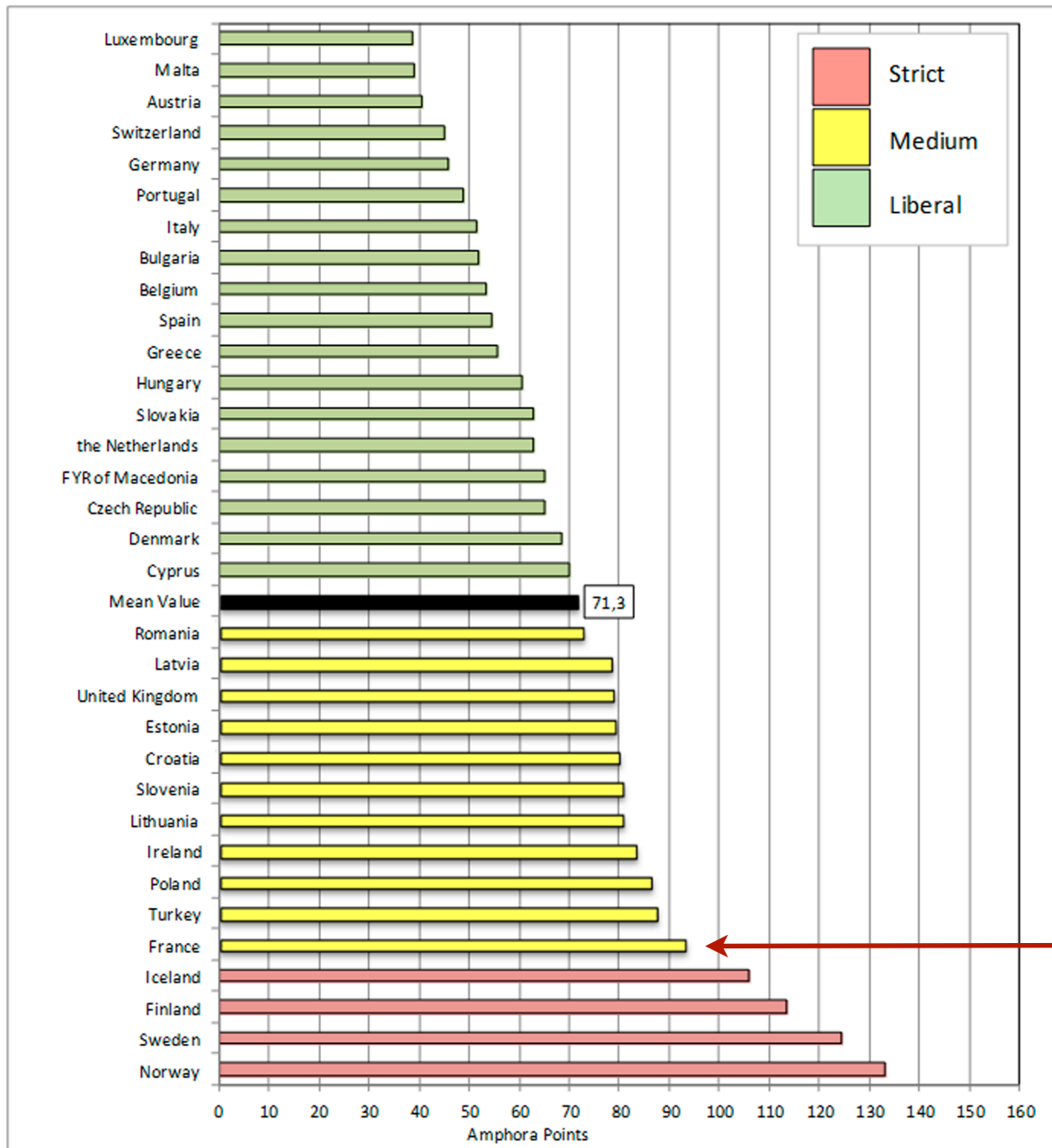


Amphora

	Subcategory of alcohol policy measures	%	Max points
I	Starting points	0	0
II	Control of production, retail sale and distribution of alcoholic beverages	25	40
III	Age limits and personal control	15	24
IV	Control of drunk driving	15	24
V	Control of advertising, marketing and sponsorship of alcoholic beverages	15	24
VI	Public policy	5	8
VII	Alcohol taxation and price	25	40
	Total	100	160

Karlsson, Lindeman, Österberg 2012

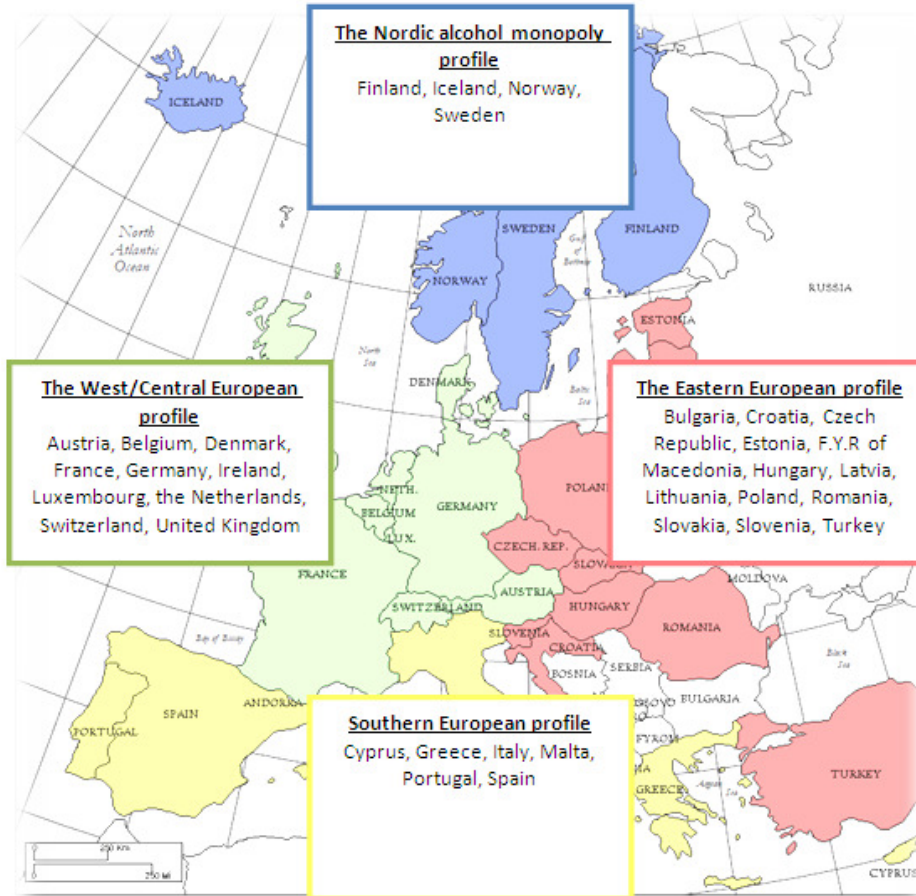
Classement des politiques publiques



33 pays

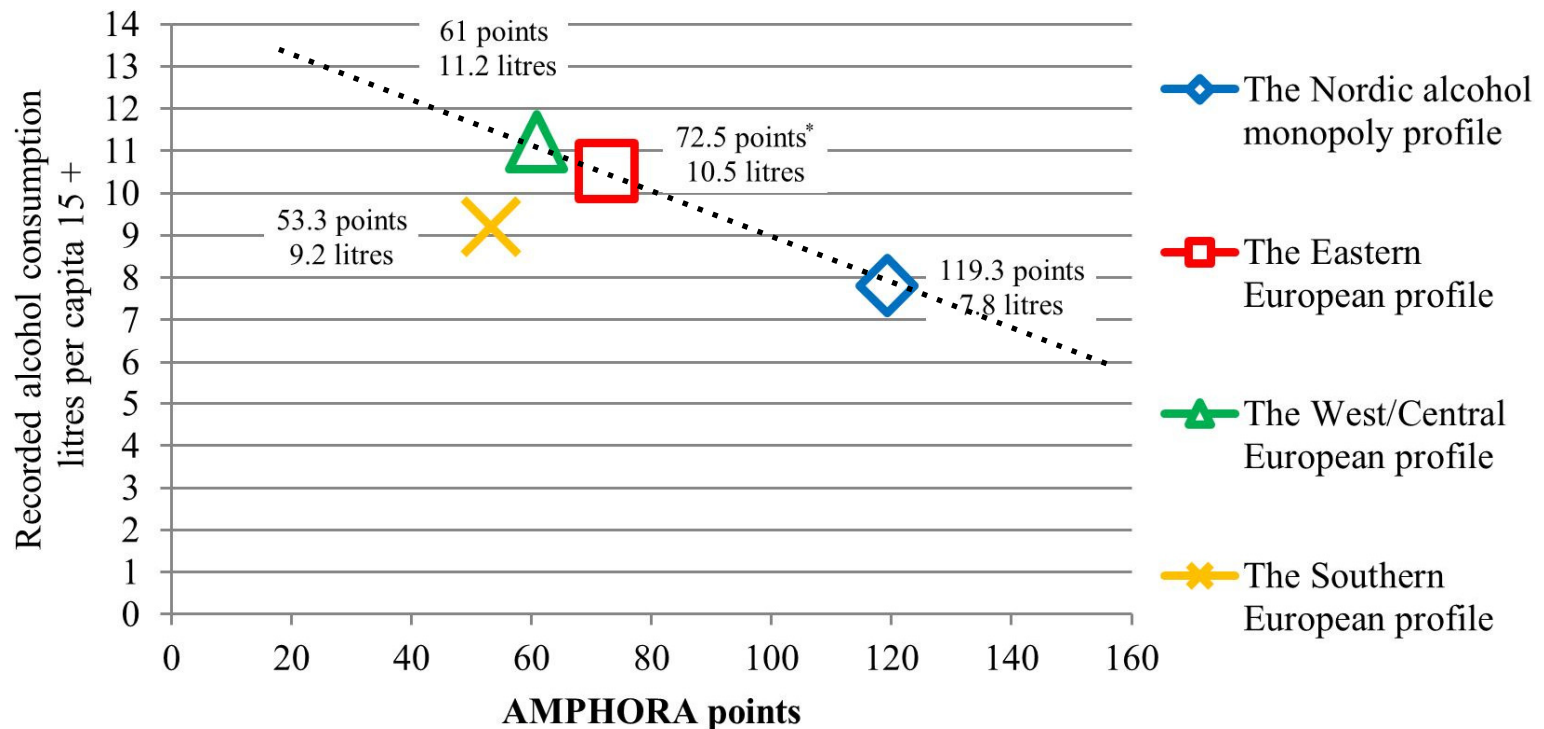
Karlsson, Lindeman,
Österberg 2012

4 profils de politiques publiques en Europe



Map provided by Cartographic Research Lab, University of Alabama

Corrélation entre niveau de consommation et profils de politiques publique



Karlsson, Lindeman, Österberg 2012

Conclusions des auteurs (Amphora)

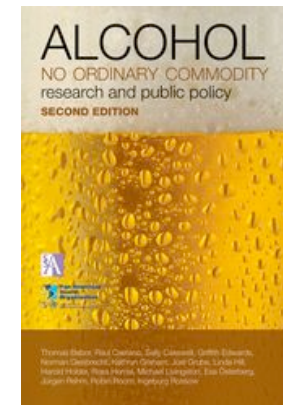
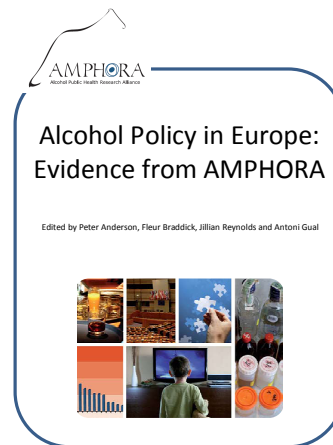
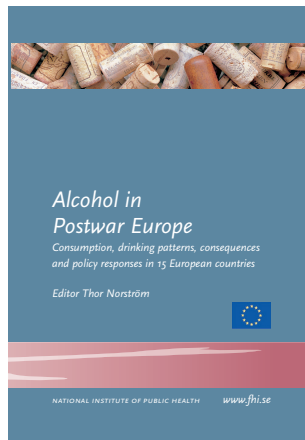
1. Les résultats doivent être interprétés avec précaution, en raison de la fragilité des cotations des politiques publiques
2. Malgré une évolution libérale des politiques publiques depuis plusieurs décades, les 4 pays nordiques ont toujours les politiques européennes les plus strictes et de loin
3. A l'exception des pays du Sud de l'Europe, **des politiques plus strictes et plus complètes sont corrélées à des niveaux plus bas de consommation.**

Karlsson, Lindeman, Österberg 2012

Mêmes conclusions : Brand, D. A., M. Saisana, et al. (2007). "Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries." Plos Medecine 4(4): e151.

Plan

- Resultats de l'étude *ECAS European Comparative Alcohol Study* (Österberg & Karlsson 2002)
- Resultats d' AMPHORA (*Alcohol Measures for Public Health Research Alliance*)
 - Karlsson, Lindeman, Österberg 2012
 - **Allamani et al 2011**
- Quelques mots à propos des recommandations concernant l'éducation et la persuasion



Analyse simultanée des déterminants contextuels et des politiques publiques dans 12 pays

<i>Northern countries</i>	<i>Central countries</i>	<i>Western countries</i>	<i>Eastern countries</i>	<i>Southern countries</i>
Sweden	Austria	UK	Hungary	France
Norway	Switzerland	Netherlands	Poland	Spain
Finland				Italy

Allamani A et al Subst Use Misuse 2011;46:1288-303

Analyse simultanée des déterminants contextuels et des politiques publiques dans 12 pays

1. Comment les politiques publiques influencent-elles la consommation d'alcool ?
2. Comment les autres facteurs contextuels sociopolitiques influencent-ils la consommation d'alcool ?
3. Quelles sont les influences relatives des deux types de facteurs d'évolution ?

Catégories des mesures de politiques publiques étudiées dans les 12 pays (1960 – 2008)

1. Taxes
2. Advertising control
3. Availability: minimum age to buy alcohol; licensing rules for selling places and trading hours
4. Drink driving - BAC
5. National prevention plans
6. Enforcement
7. Nationwide education programs
8. Community projects
9. Development of alcohol - treatment programs

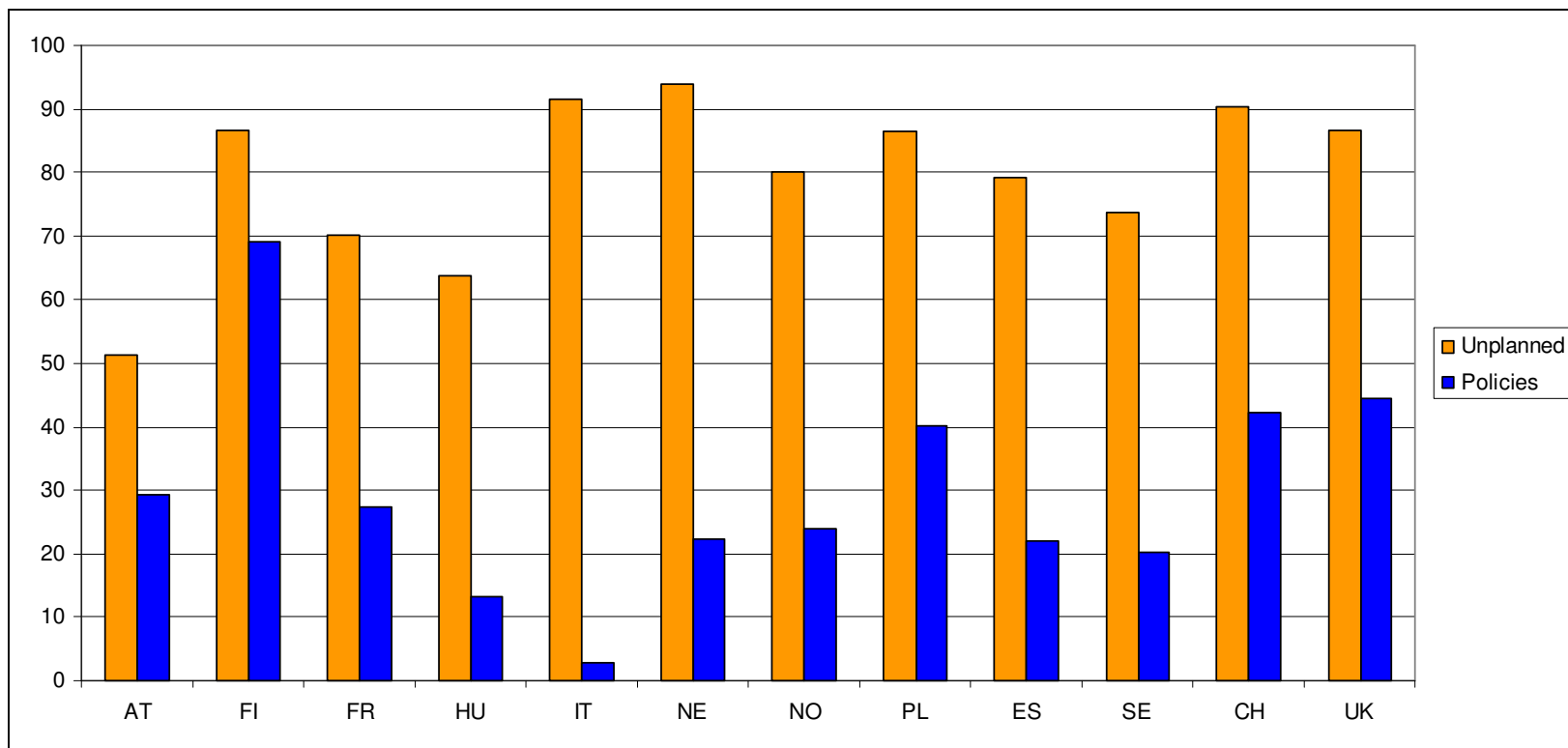
Allamani A et al Subst Use Misuse 2011;46:1288-303

Catégorie des mesures des évolutions sociopolitiques étudiées dans les 12 pays entre 1960 et 2008

1. Demographic Issues	12. Food consumption
2. Urbanisation	13. Price of food items
3. Migratory movement from other countries	14. Household expenditure on food
4. Education	15. Density of on & off licensed premises selling alcohol
5. Employment	16. Social attitude towards alcohol
6. Income	17. Major socio-political & economic events
7. Age of women at childbirth	18. Motor road traffic density
8. Price of alcohol beverages	19. Secularization
9. Household expenditure on alcohol	20. Smokers
10. Alcohol advertising	21. Border import of alcoholic beverages
11. Impact of alcohol industry	22. Unintended counter-effects like methanol intoxication

Allamani A et al Subst Use Misuse 2011;46:1288-303

Mesures politiques et évolution sociétales : corrélations partielles (en pourcentage) avec la consommation totale d'alcool (12 pays UE, 1960-2008)

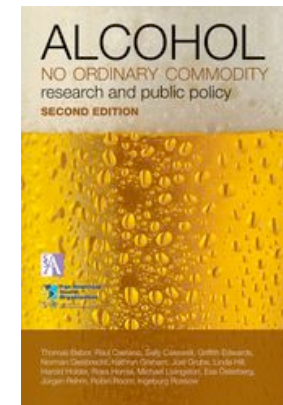
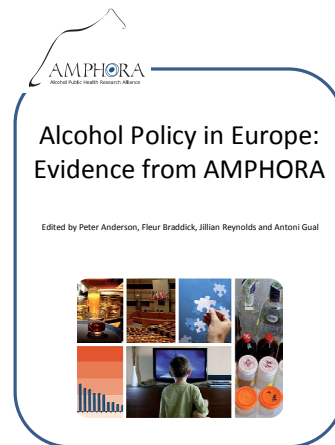


Conclusions sur les contextes et les politiques

1. **Les politiques publiques dans le domaine de l'alcool influencent la consommation.** En général, la libéralisation des politiques est associée à un accroissement de la consommation et l'introduction de mesures préventives est associée avec une baisse de la consommation
2. **Certains facteurs contextuels ont un impact sur la consommation d'alcool.** En particulier le niveau d'urbanisation, le rôle des femmes, le prix de l'alcool sont corrélés au niveau de consommation
3. **Les facteurs contextuels ont une plus grande influence sur les politiques publiques.** Le rôle de ces facteurs doit être pris en compte quand on met en place une politique evidence-based ou quand on met en place de nouvelles politiques

Plan

- Resultats de l'étude *ECAS European Comparative Alcohol Study* (Österberg & Karlsson 2002)
- Resultats d' AMPHORA (*Alcohol Measures for Public Health Research Alliance*)
 - Karlsson, Lindeman, Österberg 2012
 - Allamani et al 2011
- **Quelques mots à propos des recommandations concernant l'éducation et la persuasion**



Babor et al Alcohol no ordinary commodity Oxford University Press 2003 1st edition

Education et Persuasion	efficacité
Education à l'école	0b
Education à l'université	0
Campagnes médiatiques	0
Avertissements sanitaires	0

b : Parmi la centaine d'études, seulement deux ont montré des effets de long terme (supérieur à 3 ans), et la signification de celles-ci après réanalyse sont à questionner (Foxcroft 2003). Quelques autres études ont montré des effets à plus court terme, et dans ce cadre la notation pourrait être un +.

Débat dans le champ des éducateurs alcool

Lettre ouverte à mes amis et collègues de Michel Craplet

- **Les politiques antialcool sont efficaces mais l'éducation ne l'est pas ...**
- **Cette information tronquée a provoqué une dépression parmi les acteurs socioéducatifs de terrain**
- **En fait, il est écrit :**
 - **un petit effet positif a été observé pour les campagnes médiatiques**
 - **Des différences ont été observées entre groupes témoin et action à court terme**
 - **Les jeunes qui ont reçu plus d'exposition consommaient moins**

Babor et al Alcohol no ordinary commodity Oxford University Press **2010 2nd edition**

Education et Persuasion	Efficacité
Education en classe	0
Education normative et programmes à multicomposants pour les étudiants	+
Interventions brèves pour les étudiants à haut risque	+
Campagnes médiatiques dont les campagnes de sécurité routière	0
Avertissements sanitaires et panneaux	0
Marketing social	0



ACE-PREVENTION PAMPHLETS

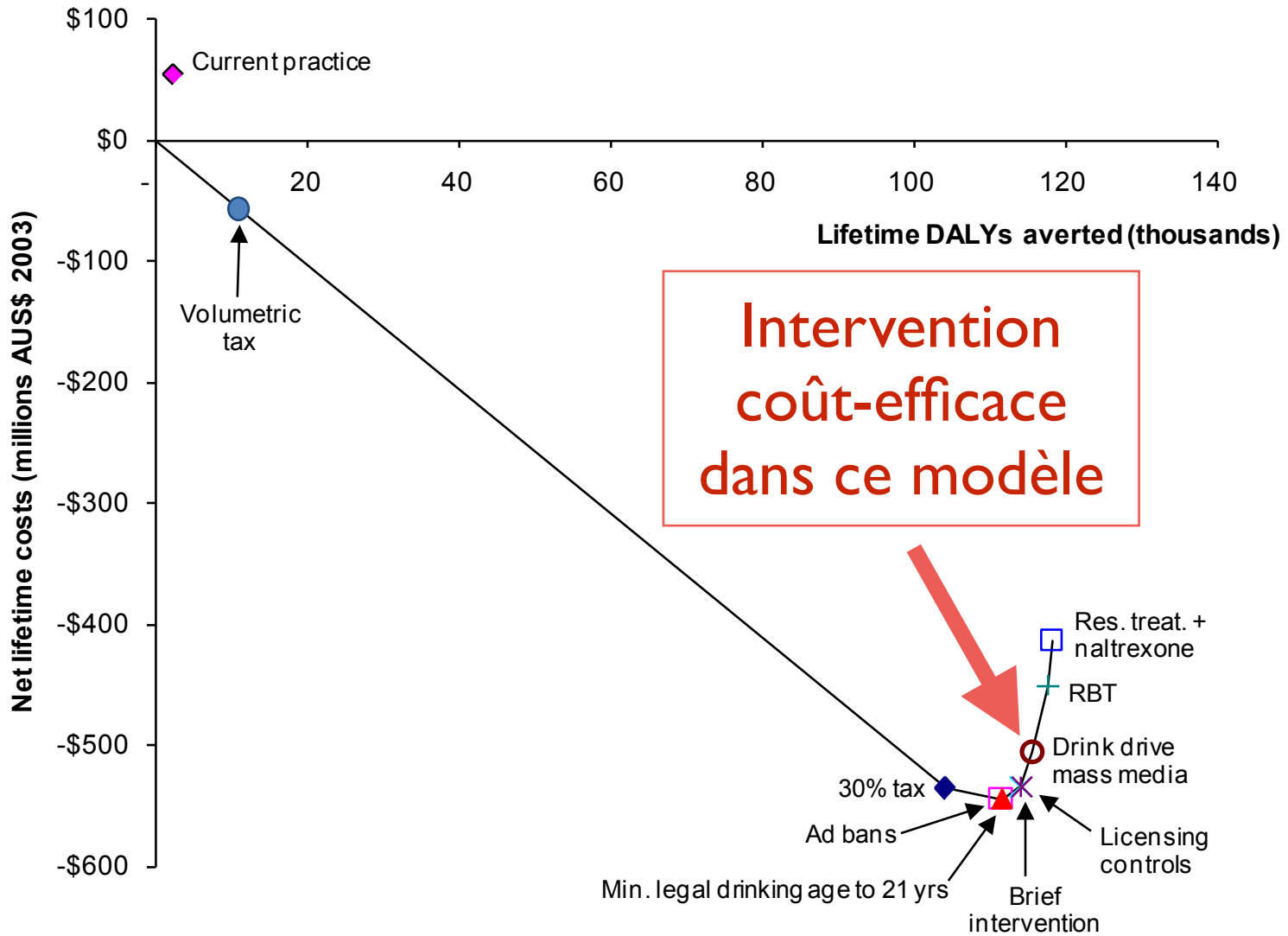
GENERAL POPULATION RESULTS PAMPHLET 2 COST-EFFECTIVENESS OF ALCOHOL INTERVENTIONS

Intervention	Median ICER* (\$/DALY)	Median expansion pathway ICER** (\$/DALY)	Probability of being cost-saving	Probability of being < \$50,000/DALY
Volumetric taxation	Dominant	Dominant	100%	100%
General taxation (15%)	Dominant	Dominant	100%	100%
General taxation (30%)	Dominant	Dominant	100%	100%
Advertising bans	Dominant	Dominant	85%	100%
Min. legal drink age to 21	Dominant	Dominant	59%	100%
Brief intervention	\$3,800	\$1,300	30%	100%
Brief int. + tele. & support	\$7,500	———— <i>Less cost-effective alternative not included in pathway</i> ————		
Licensing controls	\$3,200	\$3,500	4%	100%
Drink driving mass media	\$14,000	\$14,000	0%	80%
Random breath testing	<i>Current practice</i>	\$26,000	0%	88%
Residential treatment	\$140,000	———— <i>Less cost-effective alternative not included in pathway</i> ————		
Res. treat. + naltrexone	\$97,000	\$84,000	0%	0%

* Incremental cost-effectiveness of intervention compared with current practice (random breath testing).

** Incremental cost-effectiveness of *adding* intervention to an optimal mix of interventions.

NB. A dominant intervention leads to health gain at a net cost saving to the health sector; a very favourable economic result.



Anderson et al. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet 2009;373:2334-46

School based-education

"Some positive effects on increased knowledge and improved attitudes but no sustained effect on behaviour"



"Evidence statement 1

Reference 42. Jones L et al. NICE (PHIAC 14.3a)



There is evidence from high-quality systematic review that three programmes, Strengthening Families, Botvin's LST and a culturally focused curriculum for Native Americans students, can produce long term reductions (greater than 3 years) in alcohol use."

Pour discussion

- Les politiques + et les facteurs de contextes sociopolitiques +++ ont tous les deux une influence sur l'évolution des consommations (moins évident pour les pays du sud de l'Europe)
- *Le rôle des facteurs de contexte doit être pris en compte pour la construction de politiques publiques evidence-based ou de nouvelles stratégies*
- Quand on choisit une politique publique, se méfier de la recherche secondaire, retourner aux articles de recherche primaire
- Développer une recherche primaire nationale culturellement adaptée

Impact du prix sur la consommation d'alcool

Addiction



REVIEW

doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x

Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies

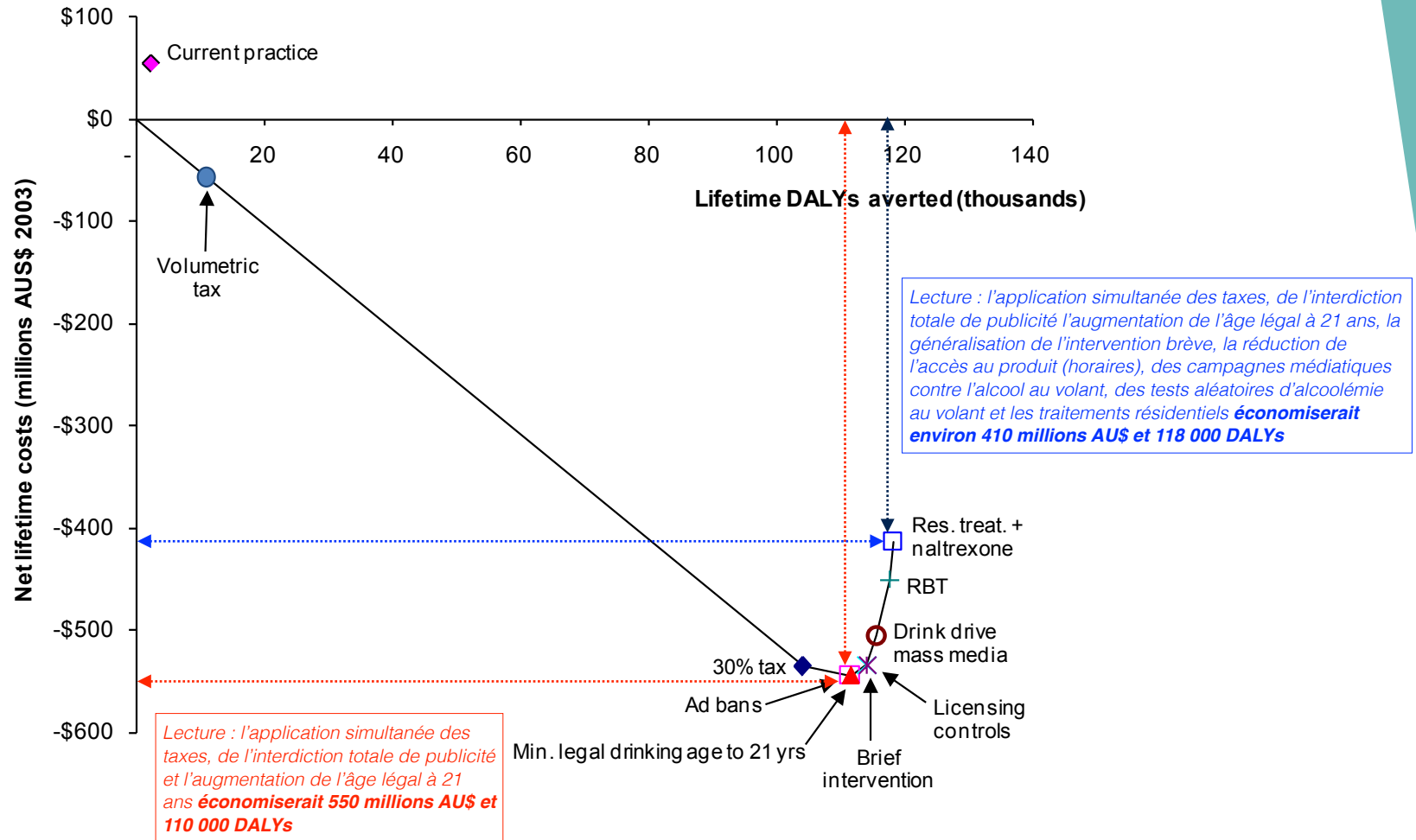
Alexander C. Wagenaar, Matthew J. Salois & Kelli A. Komro

University of Florida, College of Medicine, Department of Epidemiology and Health Policy Research, Gainesville, FL, USA

- Elasticité moyenne de -0.46 pour la bière
- Elasticité moyenne de -0.69 pour le vin
- Elasticité moyenne and -0.80 pour les spiritueux

Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction. 2009;104(2):179-90.

Combinaison optimale d'interventions (optimal intervention mix)



Vos T, Carter R, Mihalopoulos C, Veerman L, Magnus A, Cobiac L, et al. Assessing Cost-Effectiveness in Prevention. Brisbane, Melbourne: University of Queensland and Deakin University; 2010. 101 p.

Alcohol Policy
Cost-effectiveness
Briefing Notes
for
22 European Countries



*Dan Chisholm (WHO Choice
(choosing interventions that are
cost-effective)*

Jürgen Rehm,

Ulrich Frick,

Peter Anderson,

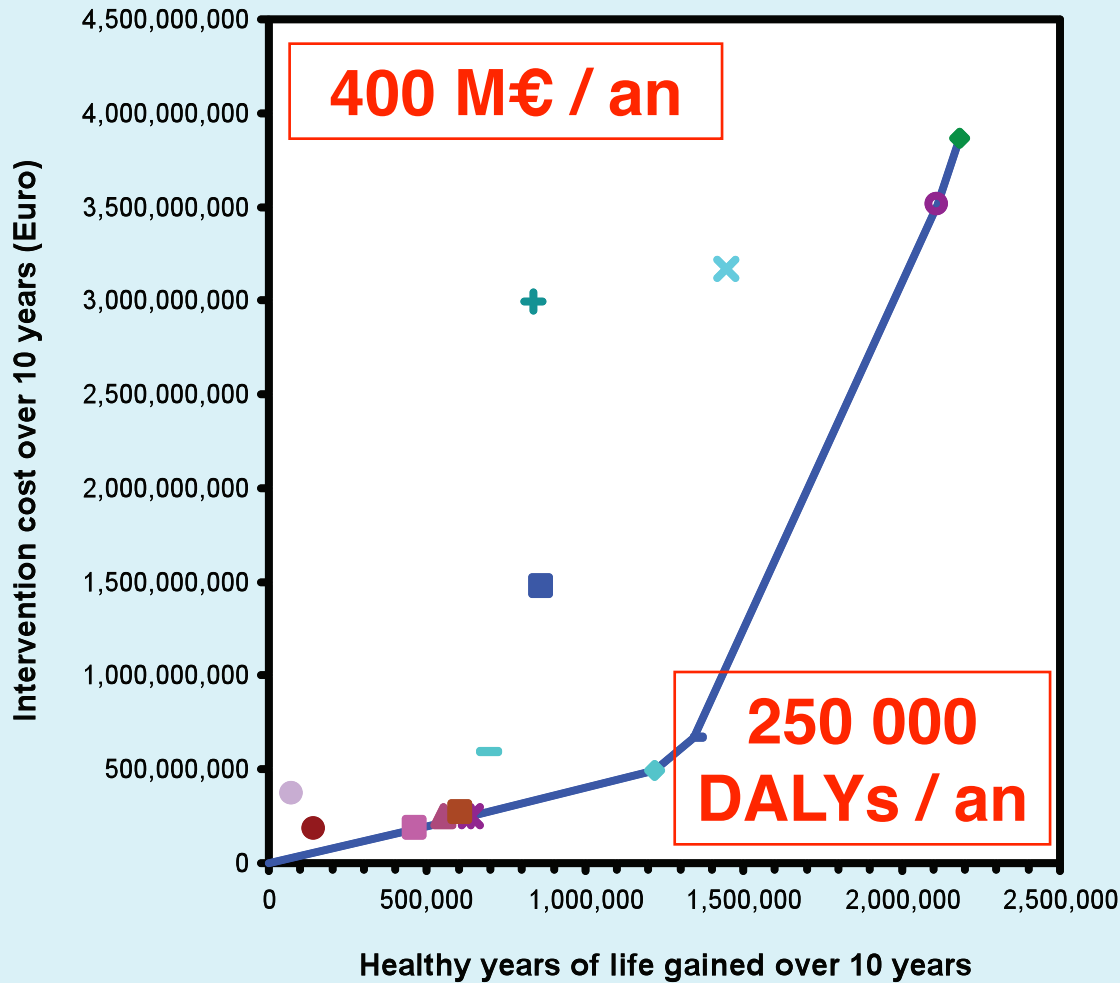
(<http://www.ias.org.uk/>).

<http://www.ias.org.uk/buildingcapacity/index.html>

Date: September 2009

Column 1		Column 2	Column 3		Column 4
Country	France	Annual healthy life years gained per 1 million population	Annual cost (Euros, 2005)		Cost per healthy year of life gained (Euros, 2005)
Population	62,702,400		Total	Per person	
Gross national income per person (Euros, 2005)	27,398				
Euro exchange rate (2005)	1				
Current taxation		734	€ 18,742,017	€ 0.30	€ 407
Increased taxation (Current + 25%)		880	€ 24,891,291	€ 0.40	€ 451
Increased taxation (Current + 50%)		1,015	€ 24,891,291	€ 0.40	€ 391
Reduced access to retail outlets (50% coverage)		227	€ 17,874,765	€ 0.29	€ 1,254
Comprehensive advertising ban (80% coverage)		967	€ 27,495,712	€ 0.44	€ 453
Brief advice in primary care (30% coverage)		1,336	€ 299,268,258	€ 4.77	€ 3,573
Roadside breath-testing (RBT; 80% coverage)		121	€ 37,257,903	€ 0.59	€ 4,913
Current Scenario - combination of interventions		1,376	€ 147,575,935	€ 2.35	€ 1,711
Combination 1: Increased tax and RBT		1,113	€ 59,041,734	€ 0.94	€ 846
Combination 2: Increased tax and Advertising Ban		1,943	€ 49,767,652	€ 0.79	€ 409
Combination 3: Increased tax and Brief advice		2,304	€ 316,936,753	€ 5.05	€ 2,194
Combination 4: Increased tax + Ad Ban + Reduced access		2,143	€ 66,748,679	€ 1.06	€ 497
Combination 5: Increased tax + Brief Advice + Ad ban + Reduced access		3,368	€ 351,323,201	€ 5.60	€ 1,663
Combination 6: Increased tax + Brief Advice + Ad ban + Reduced access + RBT		3,483	€ 386,718,209	€ 6.17	€ 1,771

**entre 400 et
1800 euros
par DALY
évités**



- Expansion Path
- Current taxation
- ▲ Increased taxation (Current + 25%)
- ✖ Increased taxation (Current + 50%)
- Reduced access to retail outlets (50% coverage)
- Comprehensive advertising ban (80% coverage)
- + Brief advice in primary care (30% coverage)
- Roadside breath-testing (RBT; 80% coverage)
- Current Scenario - combination of interventions
- Combination 1: Increased tax and RBT
- ◆ Combination 2: Increased tax and Advertising Ban
- ✖ Combination 3: Increased tax and Brief advice
- Combination 4: Increased tax + Ad Ban + Reduced access
- Combination 5: Increased tax + Brief Advice + Ad ban + Reduced access
- ◆ Combination 6: Increased tax + Brief Advice + Ad ban + Reduced access + RBT

Alcool et inégalités sociales



Alcohol and inequities

Guidance for addressing inequities
in alcohol-related harm



Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2014. 28 p.

Facteurs associés à la consommation à risque parmi les 15-75 ans, pour les hommes et pour les femmes (Baromètre santé INPES 2010)

Variables	Consommation à risque chronique ou dépendant (vs les autres)							
	Hommes				Femmes			
	N	%	ORa	IC	N	%	ORa	IC
Diplôme		***				**		
<Bac (réf.)	5 843	16,3	- 1 -		6 816	3,2	- 1 -	
Bac	1 992	14,6	0,9	[0,7-1,0]	2 667	4,0	1,3	[1,0-1,6]
>Bac	3 611	11,7	0,7***	[0,6-0,9]	4 507	4,3	1,4*	[1,1-1,8]
Situation financière perçue		***				**		
Ça va (réf.)	7 200	13,4	- 1 -		8 057	3,7	- 1 -	
C'est juste	2 826	15,0	1,1	[0,9-1,2]	3 868	3,1	0,9	[0,7-1,1]
C'est difficile	1 420	19,5	1,3**	[1,1-1,5]	2 065	5,1	1,5**	[1,1-1,9]

Beck F, Richard J-B, Guignard R. Addictions. Paris: Documentation française; 2014.

Facteurs associés à la consommation à risque parmi les 15-75 ans, pour les hommes et pour les femmes (Baromètre santé INPES 2010)

Variables	Consommation à risque chronique ou dépendant (vs les autres)							
	Hommes				Femmes			
	N	%	ORa	IC	N	%	ORa	IC
Chômage		***				**		
Non (réf.)	10 608	14,1	- 1 -		13 024	3,5	- 1 -	
Oui	838	20,3	1,3**	[1,1-1,6]	966	6,1	1,7***	[1,3-2,3]
Vit seul		***				***		
Non (réf.)	8 569	13,0	- 1 -		10 455	3,3	- 1 -	
Oui	2 877	19,4	1,5***	[1,4-1,7]	3 535	5,0	1,4***	[1,2-1,7]
Violences physique ou sexuelle		***				***		
Oui	333	25,5	1,9***	[1,4-2,4]	340	11,2	3,1***	[2,2-4,5]
Non (réf.)	11 113	14,2	- 1 -		13 650	3,5	- 1 -	

Beck F, Richard J-B, Guignard R. Addictions. Paris: Documentation française; 2014.



Alcohol and inequities

Guidance for addressing inequities
in alcohol-related harm



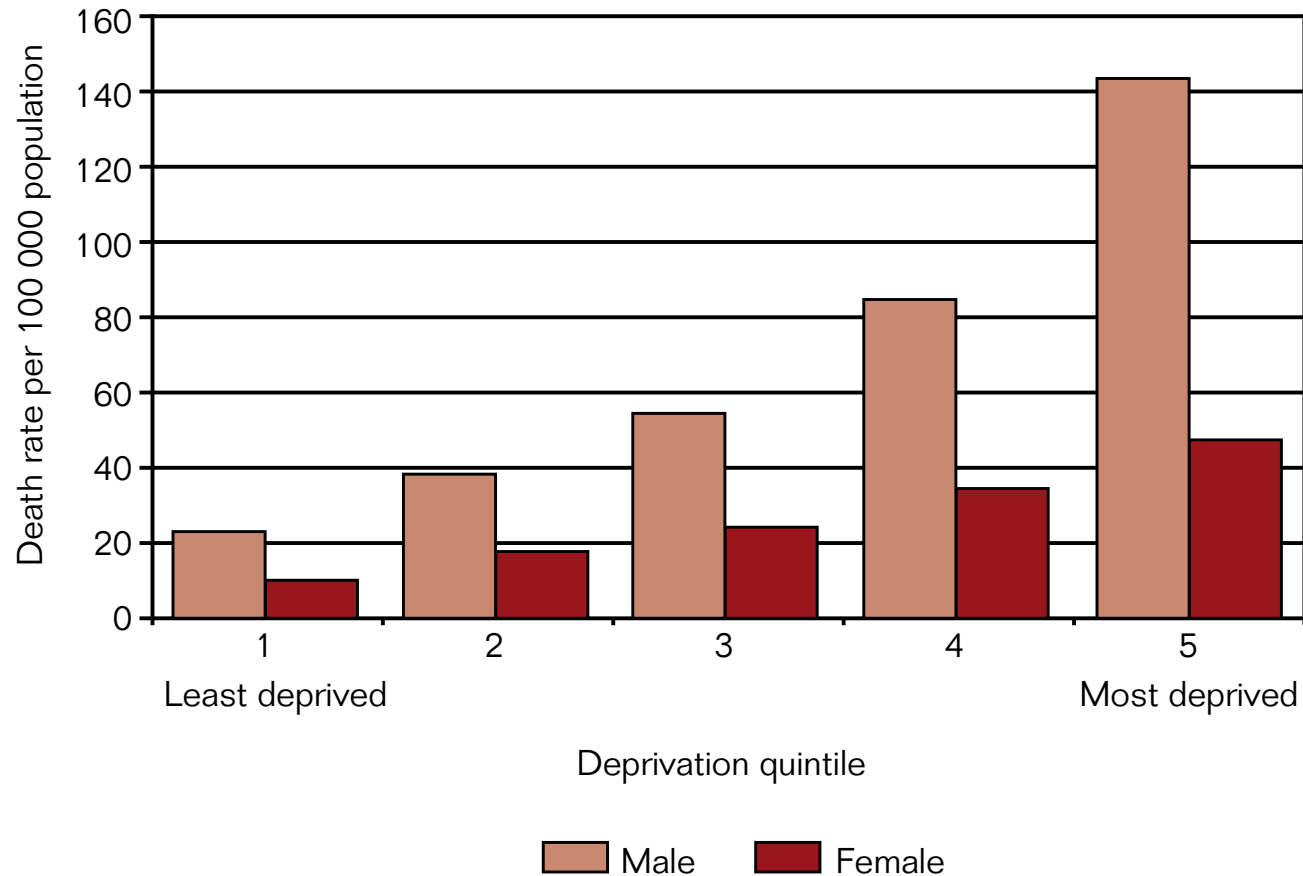
The most promising set of interventions so far to reduce inequities in alcohol-related harm is raising the price.

People in lower socioeconomic groups with harmful levels of drinking are likely to benefit more from measures to increase the price of retailed alcohol.

Poorer people, young people and the heaviest drinkers are most likely to reduce their consumption with increases in price.

Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2014. 28 p.

Décès lié à l'alcool selon l'index écossais de défavorisation, 2005



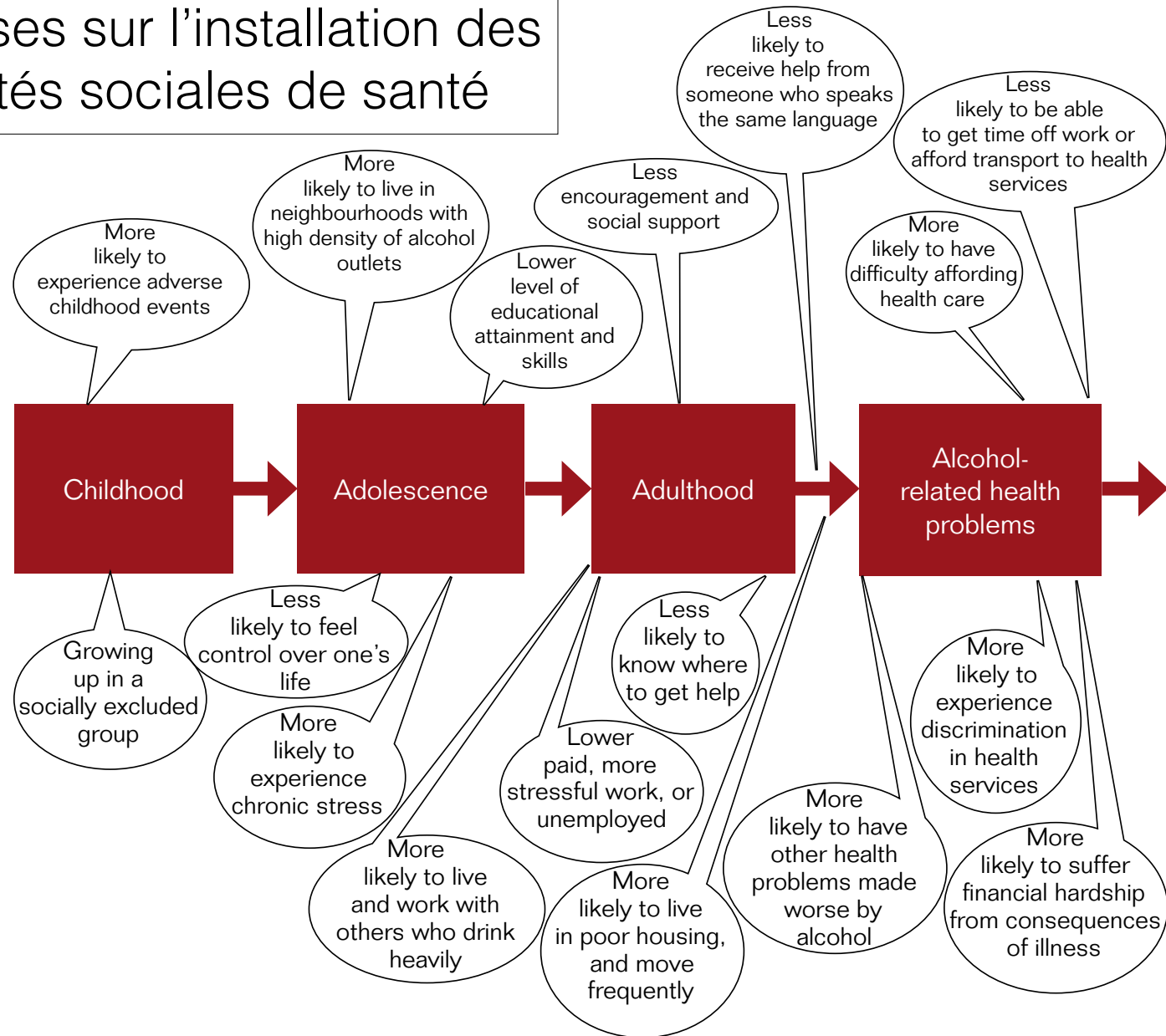
Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2014. 28 p.

Réduire les inégalités sociales de santé



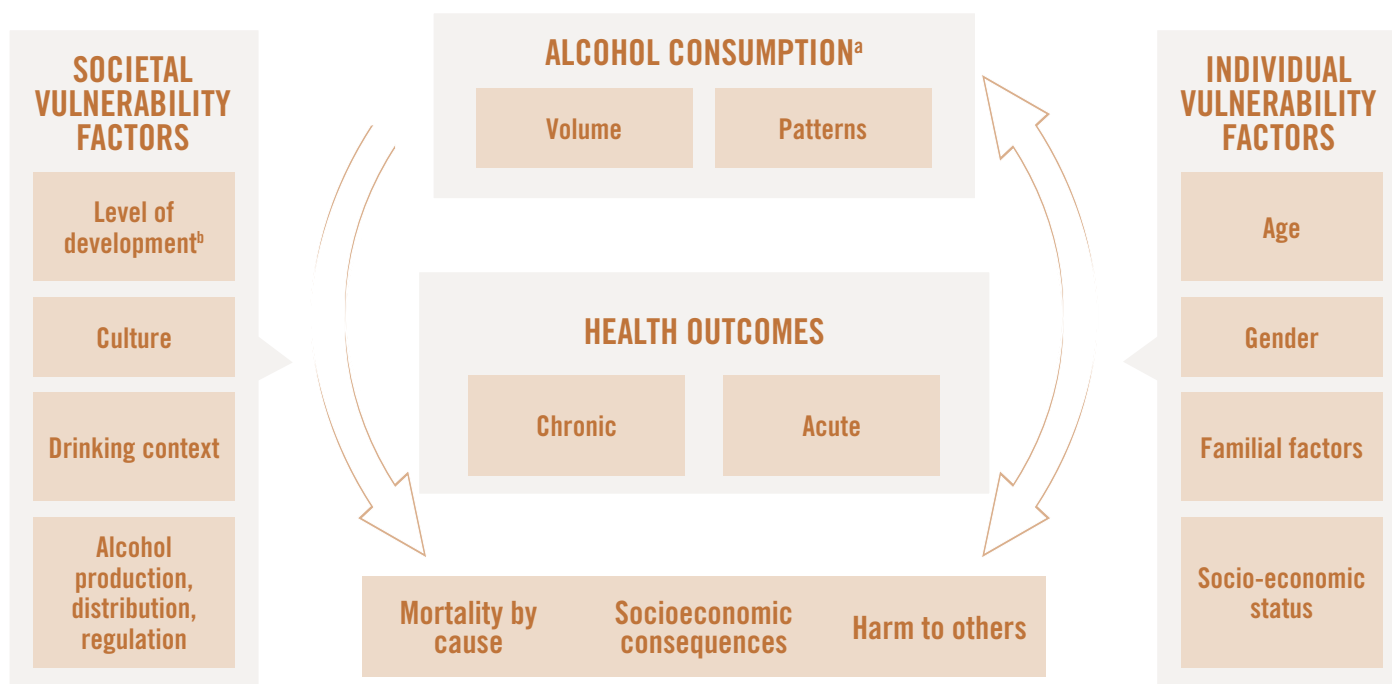
Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2014. 28 p.

Hypothèses sur l'installation des inégalités sociales de santé



Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2014. 28 p.

Figure 1. Conceptual causal model of alcohol consumption and health outcomes



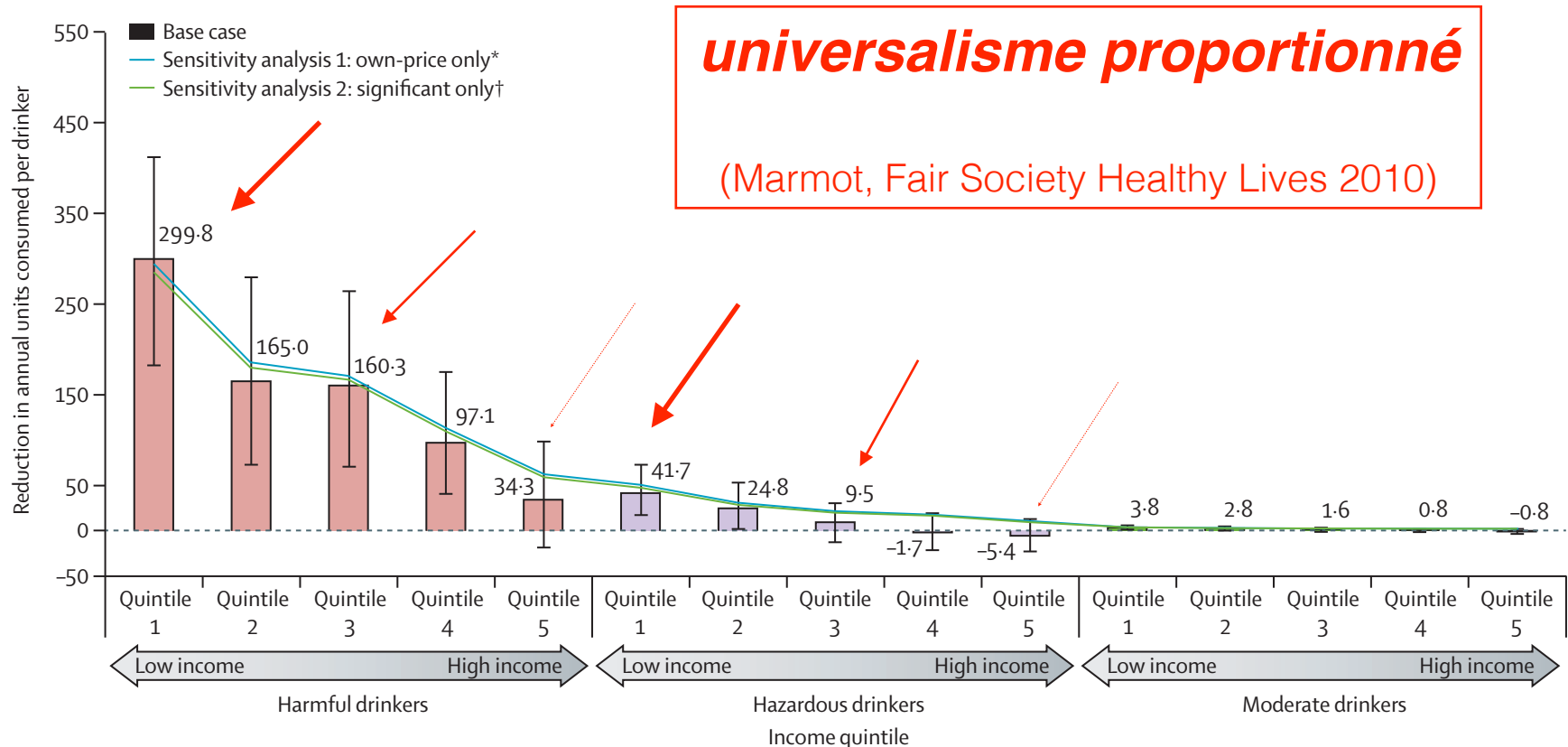
^a Quality of the alcohol consumed can also be a factor

^b Development of health and welfare system, and economy as a whole

Source: Based on Rehm et al., 2010 and Blas et al., 2010.

Le prix minimum de vente d'alcool

Réduction de consommation de verres standard selon le quintile de revenus et le type de consommation pour un prix minimum de 0,45 livre (analyses de sensibilité incluses)



Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A, et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet*. 2014;383(9929):1655-64.

Effets à 10 ans

	Population	Routine or manual	Intermediate	Managerial or professional
Percentage of overall population*	10588 (100%)	4407 (42%)	1791 (17%)	4390 (42%)
Annual changes in year 10				
Deaths	-860	-710	-70	-90
Reduction in deaths (%)	-8.9%	-12.7%	-4.6%	-3.3%
Chronic illnesses (thousands)	-12.4	-10.5	-0.9	-1.0
Reduction in chronic illnesses (%)	-4.0%	-6.5%	-1.6%	-1.1%
Share of reduction in deaths (%)	100.0%	81.8%	8.3%	9.9%
Share of reduction in chronic illnesses (%)	100.0%	84.8%	7.2%	8.0%
Total cost savings (millions)	-£2557	-£2232	-£190	-£135
Total cost savings (%)	-3.5%	-5.1%	-1.5%	-0.8%
Share of total costs saved (%)	100.0%	87.3%	7.4%	5.3%

Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A, et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet*. 2014;383(9929):1655-64.

Exemples d'interventions évaluées

Exemple : HSPP

HSPP (Hutchinson smoking prevention project)

- 15 ans de suivi : 1984 à 1997 (CE2 à la Terminale + à 2 ans)
- Unité de randomisation : zone scolaire permettant un suivi du primaire au lycée
- Randomisation avec appariement sur prévalence tabagique en lycée, taille de la population, situation (contamination)
- Puissance statistique pour détecter une différence de 30% prévalence du tabagisme quotidien
 - Filles $1-\beta$ 0,86
 - Garçons $1-\beta$ 0,95

(Peterson AV, J Natl Cancer Inst 2000;92:1979-91)

Choix de 40 zones scolaires de l'Etat de Washington

Randomisation

20 zones scolaires expérimentales
N = 4177 élèves de CE2

20 zones scolaires Témoins
N = 4211 élèves de CE2

Intervention CE2 à Terminale

Suivi en Terminale

Morts	14
Inaptes à l'enquête	15
Non trouvé	89
Sans réponse	57
Erreur étude	16
Refus	99
Enquêtés	3887 (93,1%)

Suivi en Terminale

Morts	14
Inaptes à l'enquête	32
Non trouvé	60
Sans réponse	70
Erreur étude	12
Refus	112
Enquêtés	3911 (92,9%)

Suivi en Terminale + 2

Morts	22
Inaptes à l'enquête	16
Non trouvé	119
Sans réponse	97
Refus	4
Enquêtés	3919 (93,8%)

Suivi en Terminale + 2

Morts	24
Inaptes à l'enquête	32
Non trouvé	121
Sans réponse	84
Refus	4
Enquêtés	3946 (93,7%)

Programme HSPP

- Fait par l'enseignant
- 65 leçons en tout (9 par an du CE2 au CM2, 10 en 6ème et 5ème, 8 en 4ème, 5 en 3ème et 2nde)
- Guide d'auto-aide à l'arrêt (Bibliothèque)
- Newsletter 2 fois par an
- Adaptation des leçons à l'âge des enfants et des jeunes

(Peterson AV, J Natl Cancer Inst 2000;92:1979-91)

Programme HSPP

- Influence sociale
- Apprendre à repérer les influences sociales (publicité, marketing, pairs)
- Apprendre à résister à l'influence sociale (analyse du marketing, aptitudes à refuser)
- Renforcement de la motivation à ne pas fumer
- Partie du programme destinée aux jeunes à haut risque tabagique

(Peterson AV, J Natl Cancer Inst 2000;92:1979-

Contenu mesuré du programme HSPP

(Peterson AV, J Natl Cancer Inst 2000;92:1979-91)

Catégories	Contenu	Minutes	%
Construire la motivation	<i>santé à long terme, à court terme, beauté, forme, addiction, tabagisme pas</i>	1783	63,5%
Identifier la pression sociale	<i>Influence des pairs, influence de la publicité des médias, actions de l'industrie du tabac</i>	682	24,3%
Résister à la pression sociale	<i>Analyse critique de la publicité, savoir résister,</i>	919	32,2%
Corriger normes sociales	<i>Corriger perceptions Promouvoir des normes sans tabac</i>	847	30,2%
Augmenter le sentiment d'efficacité à ne pas fumer		697	24,9%
Total		2805	

Recueil des données HSPP

- Recueil sur table en classe pour ceux encore dans l'école
- Pour les autres, enquête téléphonique et postale
- Contrôle avec mesure de cotinine salivaire

(Peterson AV, J Natl Cancer Inst 2000;92:1979-91)

Techniques statistiques HSPP

- Respect de l'unité de randomisation et prise en compte de l'effet intraclasse
- Technique de statistique inférentielle (comparaison aux 1 048 576 combinaisons possibles de résultats)

(Peterson AV, J Natl Cancer Inst 2000;92:1979-91)

Résultats HSPP sur le tabagisme régulier

- Terminale : prévalence du tabagisme régulier
 - dans les 20 zones scolaires de contrôle
 - Filles 24,7% (0 à 41,9%)
 - Garçons 26,7% (14,2 à 46,3%)
 - dans les 20 zones scolaires expérimentales
 - Filles 24,4% (15,5 à 34,2%)
 - Garçons 26,3% (10,3 à 41,7%)
- Différence globale de prévalence
 - Filles : 24,66 % – 24,41 % = 0,25% (p=0,91)
 - Garçons : 26,65% - 26,32 % = 0,33% (p=0,89)

(Peterson AV, J Natl Cancer Inst 2000;92:1979-91)

Conclusion des auteurs HSSP

- Pas d'effet de l'intervention
- Effet de l'intervention non mesurable ? Non
 - Puissance suffisante
 - Contamination faible entre zones (<1,7%)
 - 6% Perdus de vue faiblement exposés au programme
- Remise en cause de l'approche par l'influence sociale
- Remise en cause des recommandations officielles NCI et CDC
- Nouvelle recherche nécessaire

(Peterson AV, J Natl Cancer Inst 2000;92:1979-91)

Exemple : LST

Gilbert Botvin



- Doctorat de psychologie clinique et développementale Columbia University (1977)
- Directeur du Département Child Health Behavior Research. À l'American Health Foundation
- Professeur de santé publique et de psychiatrie à la Faculté de Médecine Cornell
- Directeur de l'Institut de recherche et de prévention de l'Université Cornell

Life skills training

www.lifeskillstraining.com, www.med.cornell.edu



- Programme en développement depuis une vingtaine d'année
- Evalué pour le collège et le lycée
- Il existe un programme pour l'école primaire (non évalué)



Life skills training (2)

Modal	Intervention	Format des interv	école	Echant total	Echant haute fidélité (60% progr)
E 1	15 séances faites en 5ème, 10 en 4ème, et 5 en 3ème	une journée de formation	18	1 128	762
E 2	15 séances faites en 5ème, 10 en 4ème, et 5 en 3ème	une vidéo de 2 heures de formation	16	1 327	848
Contrôle	Programme habituel		22	1 142	1 142
			56	3 957	2 752

(JAMA 1995;273:1106-1112)

Life skills training

- Méthodes :
 - Cohorte suivie du printemps 1985 à 1991
 - Randomisation avec blocs sur les écoles à petite, moyenne et forte prévalence
 - Pas d'information sur le consentement des parents ou des élèves
 - Echantillon : 3597 issus des 5594 élèves de 5ème enquêtés en 1984 Perdus de vue : 39,6% (malgré 1023 « perdus de vue récupérés » : 812 interrogés par téléphone, 211 par courrier). Pas de différence trouvée entre perdus de vue et reste de l'échantillon
 - Prélèvement d'air expiré pour contrôle réponse
 - Correction de l'effet de grappe
- Financement :
 - National Heart Lung and Blood Institute, New York State Division of Substance Abuse Services, National Institute on Drug Abuse
 - Conflit d'intérêt possible : Gilbert Botvin touche des royalties sur l'édition du programme par Princeton Health Press. Et réalise des séminaires de formation rémunéré en tant que consultant.

(JAMA 1995;273:1106-1112)

Contenu du programme LST

- enseignement de compétences pour résister à la pression sociale pour consommer des produits psychoactifs, et enseignement de compétences personnelles et sociales (plus précisément : construction de l'estime de soi, regard critique sur la publicité)
- gérer l'anxiété,
- communiquer avec les autres,
- construire des relations avec les autres,
- affirmer ses droits et choix et en particulier entraînement à l'affirmation de soi en situation de pression à consommer tel ou tel produit.
- Peu d'apport d'informations en dehors des conséquences à court terme et des prévalences réelles de consommation des jeunes).

(JAMA 1995;273:1106-1112)

Coping with anxiety (LST)

- Situations qui me rendent anxieux :
- Symptômes ressentis :
 - papillons dans l'estomac,
 - palpitation,
 - voix chevrotante,
 - tension musculaire, mains moites,
 - bouche sèche,
 - mains tremblantes,
 - difficulté de concentration
- Comment décroître ton anxiété ?
- Description d'exercices
 - de relaxation
 - de répétition mentale
 - de respiration profonde
 - cassette de relaxation

Smoking (LST)

- Mythes et réalités
 - faits
 - prévalence réelle de consommation de tous les produits (quiz)
- publicité pour le tabac (cours sur la publicité et analyse)
 - nom du produit
 - description
 - cible
 - message explicite
 - message implicite
 - technique utilisée
- Fumer et biofeedback
- Expérimentation
 - effets immédiats du tabac sur le rythme cardiaque
 - effets immédiats du tabac sur le tremblement des mains

Making decisions (LST)

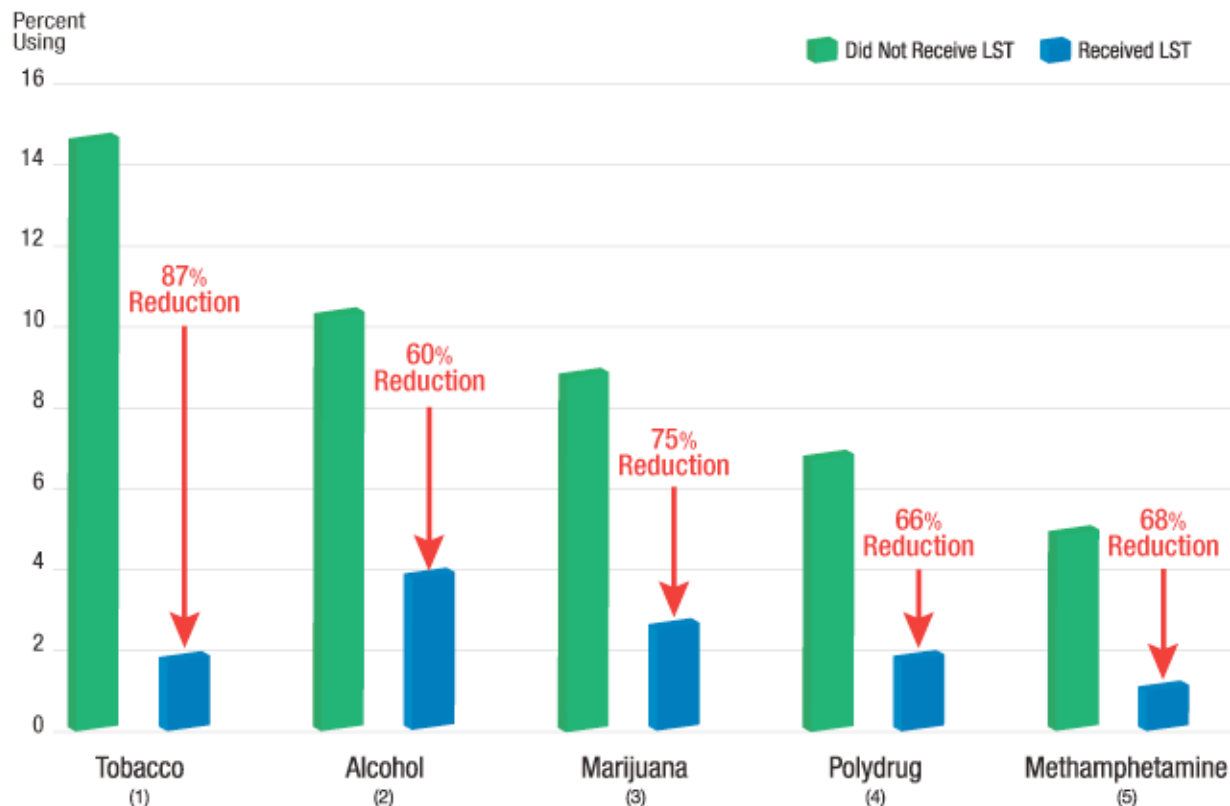
- Les 3 C de la prise de décision
 - Clarifier la décision à prendre
 - Considérer les alternatives possibles et leurs conséquences
 - Choisir la meilleure alternative
- Exercice de prise de décision
 - Décris la situation
 - Imagine les solutions possibles et leurs conséquences possibles
 - Choisis la meilleure

Life skills training

www.lifeskillstraining.com, www.med.cornell.edu



PROGRAMS
that
WORK ✓



Sources: (1) Journal of Behavioral Medicine (1983), (2) Journal of Studies on Alcohol (1984), (3) Journal of Consulting and Clinical Psychology (1990), (4) Journal of the American Medical Association (1995), and (5) Archives of Pediatric & Adolescent Medicine (2006). Please contact us for more information on these and other studies.

Exemple : SFP

De l'influence des pairs à l'influence des pairs et des familles

- Début 1980 : le paradigme de l'influence des pairs dominait "Just Say No."
- Des analyses plus complexes de l'influence des comportements des enfants (ex Resnick).
- Année mi 1990s: influence des pairs et des familles

Influence des parents et influence des pairs

(NLAHS, Resnick, et al., 1997)



Construction et historique

- Le 1^e programme familial issu de la recherche à être construit pour les parents toxicomanes et leurs enfants
- 1982-1984 développement du Programme sur financement NIDA pour des enfants du primaire entre 6 et 11 ans
- Adaptation aux familles « tout-venant » avec des enfants entre 10 et 14 ans
- 2004 Adaptation aux famille à risque avec des enfants de 12 à 16 ans
- 2006 Adaptation aux famille à risque avec des enfants entre 3 et 5 ans
- L'efficacité a été démontrée avec les familles « tout venant » comme avec les familles à risque



Strengthening Families Program

SFP 3 – 5 ans,

SFP 6 - 11 ans

SFP 12 - 16 ans

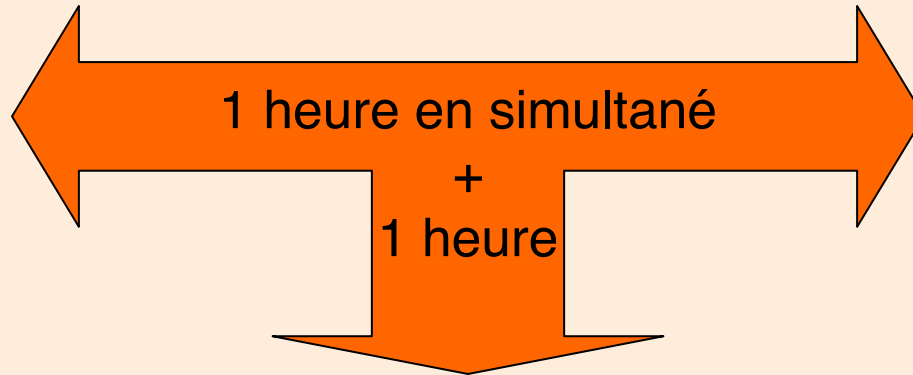
www.strengtheningfamiliesprogram.org

Séance typique du Programme SFP

Repas 'familial'



Groupe
Enfant



Groupe
Parent



Groupe(s)
Famille

Principes de l'intervention

- Augmenter les facteurs familiaux protecteurs et réduire les facteurs familiaux de risque de conduites à risque
- 7 séances, une par semaine (en partie séparée enfants, familles)
- Parents : clarification des attentes, règles familiales, gestion de crise, communication
- Enfants : idem parents, résistance aux pairs, relations aux pairs, résolution de conflit, cohésion familiale
- Moyens : équipe de 3 (+ vidéos)

Spoth, J Consult Clin Psych 2001,69:627-642

Strengthening family program

- Comparaison de l'usage, de la 6ème à la 3ème, de l'usage des substances psychoactives 4 ans après l'intervention
- Comparaison de 2 programmes (*preparing drug free years, iowa strengthening families program*, à un groupe témoin
- 33 écoles, 11 par bras

Spoth, J Consult Clin Psych 2001,69:627-642

Strengthening Families Program

Variables cibles	ISFP	Contrôle	Différence relat en %
A déjà bu de l'alcool	0,50	0,68	26,4**
A déjà été ivre	0,26	0,44	40,1**
A déjà fumé une cigarette	0,33	0,50	34,8**
A déjà consommé du cannabis	0,07	0,17	55,7*

Spoth, J Consult Clin Psych 2001,69:627-642

Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R , Primary prevention for alcohol misuse in young people , In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004

Exemple : unplugged

Unplugged

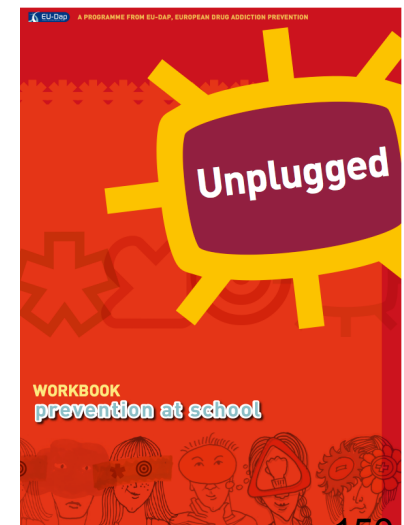


- Objectifs : Développer un programme européen de prévention (financement Commission européenne)
- Allemagne, Autriche, Belgique, Grèce, Italie, Espagne, Suède
- 7000 élèves 12-14 ans dans 170 écoles
- <http://www.eudap.net/> (European drug addiction prevention trial)

12 séances

summary

Lesson 1	Opening Unplugged	6
Lesson 2	To be or not to be in a group	7
Lesson 3	Choices - alcohol, risk and protection	9
Lesson 4	What you believe, is that based on real facts?	10
Lesson 5	Smoking the cigarette drug - Get informed	12
Lesson 6	Express yourself	15
Lesson 7	Get up, stand up	16
Lesson 8	Party tiger	18
Lesson 9	Drugs – Get informed	19
Lesson 10	Coping competences	20
Lesson 11	Problem solving and decision making	22
Lesson 12	Goal setting	24
	A page for you	25



No I don't want to smoke, because ...

- There are too many chemicals added to cigarettes that no one knows about
- I want to have fresh breath
- It costs too much for what I enjoy from it
- Some of my older friends get out of breath quickly because of smoking
- The industry that produces cigarettes constantly lies
- I think it's dumb
- I really don't feel like it
- people can get cancer
- I can't buy cigarettes so I don't bother
- I don't want to become addicted
- I am a singer, athlete etc and don't want to smoke
- Will I look smarter? Do you really think?
- Just no. Full stop.



No I don't want to drink, because ...

- I can have fun without it..
- Some people I know really have problems because of drinking
- I want to stay in control of my own body and mind
- I want just this soft drink
- Because I will look dumb
- Some people get too rowdy and aggressive after drinking and I don't want to be like that
- Many accidents happen when drinking alcohol
- I have a team practice tomorrow
- Just no. Full stop.



No I don't want to use drugs, because ...

- It messes with your brain and you can't really stay in control
- My imagination is fine without the help of drugs
- It costs too much
- I want to stay in control of my own body and mind
- You can never know what garbage is really mixed in
- I don't want to become addicted
- I have a team practice tomorrow
- Just no. Full stop.



Unplugged

- Essai randomisé et contrôlé
- Réduction de la consommation
 - Usage fréquent de cannabis 30 j : OR 0,74
 - et de l'ivresse (OR 0,8 (0,67-0,97))
 - De l'ivresse fréquente (OR 0,62 (0,47-0,81))
- Chez les garçons seulement
- Faggiano F. Drug and Alcohol Dependence 2010;108: 56-64



Contents lists available at ScienceDirect

Drug and Alcohol Dependence

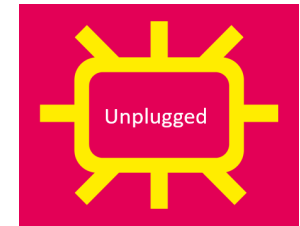
journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugalcdep



The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial

Fabrizio Faggiano^{a,b,*}, Federica Vigna-Taglianti^{a,b}, Gregor Burkhardt^c, Karl Bohrn^d,
Luca Cuomo^b, Dario Gregori^e, Massimiliano Panella^a, Maria Scatigna^f,
Roberta Siliquini^{e,b}, Laura Varona^g, Peer van der Kreeft^h, Maro Vassara^{i,j},
Gudrun Wiborg^k, Maria Rosaria Galanti^l, the EU-Dap Study Group¹

- Unplugged (Faggiano et al., 2008, 2010) est un programme de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire qui a été conçu selon un modèle théorique basé sur les compétences de vie et l'influence sociale.
- Ce programme de 12 séances renforce les compétences de vie, fournit des informations sur les drogues et vise à développer une pensée critique envers les influences sociales et à corriger les croyances normatives.
- Ce programme a montré son efficacité dans la réduction de la consommation de tabac, de cannabis et d'alcool chez les élèves âgés de 12 à 14 ans (pour un aperçu des résultats européens, voir Vigna-Taglianti et al., 2014).
- Par ailleurs, une étude française menée par Santé publique France (SpF, Lecrique, 2019) a montré que le programme réduisait l'initiation de substances psychoactives et identifiait une relation exposition-réponse entre la réduction de l'usage de substances et la fidélité de la mise en œuvre du programme.



Exemple : SHAHRP

Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature

Guillemont J et al, Santé Publique 2013, S1:37-45

- Catégories
 - développemental pur : **Nurse family project** (20 ans de suivi), **Good Behavior Game** (15 ans de suivi), **Incredible years** etc.
 - développemental avec mini-composante sur les produits : **Strengthening families programme** (4 ans de suivi), **Life skills training** (6 - 10 ans de suivi)
 - dédié à l'alcool : projet **Northland, SHAHRP** (australien, réduction des risques)

NICE 2007 (PHIAC 14.3A)

Evidence statement 1

There is evidence from a high-quality systematic review that three programmes, Strengthening Families, Botvin's LST and a culturally focused curriculum for Native Americans students, can produce long term reductions (greater than 3 years) in alcohol use.

Evidence statement 2

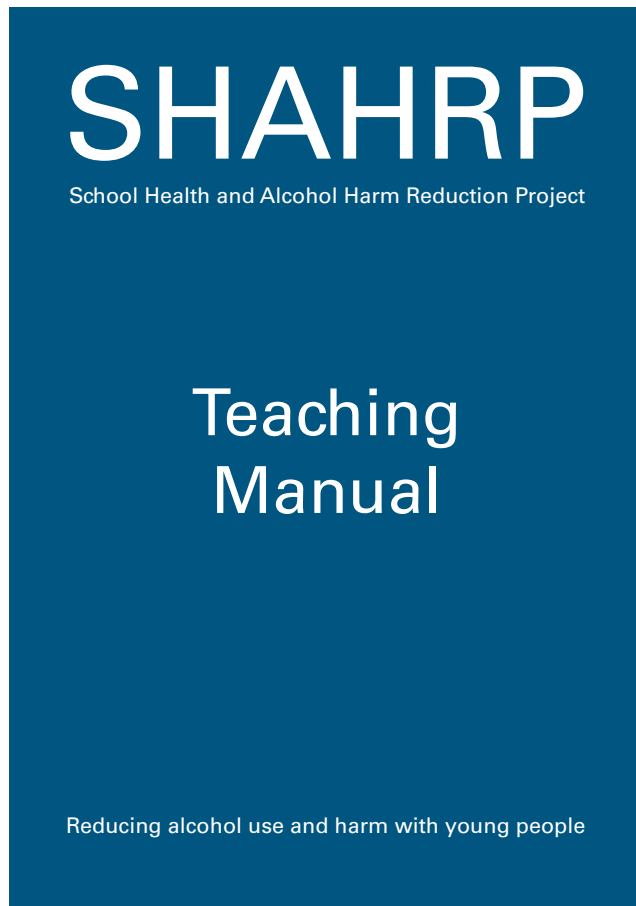
There is evidence from two classroom-based, teacher-led programmes that targeted children between the ages of 12 and 13 years, to suggest that interventions using the life skills approach (LST) or focusing on harm reduction through skills-based activities (SHAHRP) can produce medium to long-term reductions in alcohol use and in particular, risky drinking behaviours such as drunkenness and binge drinking. However, the applicability and transferability of these programmes requires further study.

School health and alcohol harm reduction project



- Recommandé NICE, etc.
- Université de Perth, Australie
- Réduction des dommages
- 15 leçons sur 2 ans
- M20 M32
- 2 + 1 jour de formation

School health and alcohol harm reduction project



- **10% d'amélioration des connaissances**
- **20% de réduction de la consommation d'alcool totale**
- **19.5% de moins d'ivresses (binge drinking)**

McBride N, McKAY, Sumnall H. SHAHRP: School Health and Alcohol Harm Reduction Project – Developments in Australia and the UK. Education and Health 2013;31:4

Exemple : Assist

ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial)

- Essai randomisé en cluster dans 59 écoles en Galles du Sud et autour de Bristol (10 000 collégiens)
- Comparant une intervention informelle par les pairs sur l'entrée dans le tabagisme de jeunes de 12 à 13 ans versus programme habituel
- Jeunes identifiés par leurs pairs, formés à diffuser un message
- Tabagisme hebdomadaire suivi avant, juste après, à 1 an et à 2 ans

Campbell R et al Lancet. 2008;371:1595-602.



Professor Rona Campbell

An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial

R Campbell, F Starkey, J Hollday, S Audrey, M Blair, N Parry-Langdon, R Hughes, L Moore

Summary

Background Schools in many countries undertake programmes for smoking prevention, but systematic reviews have shown mixed evidence of their effectiveness. Most peer-led approaches have been classroom-based, and rigorous assessments are scarce. We assessed the effectiveness of a peer-led intervention that aimed to prevent smoking uptake in secondary schools.

Methods We undertook a cluster randomised controlled trial of 10 730 students aged 12–13 years in 59 schools in England and Wales. 29 schools (5372 students) were randomly assigned by stratified block randomisation to the control group to continue their usual smoking education and 30 (5358 students) to the intervention group. The intervention (ASSIST [A Stop Smoking In Schools Trial] programme) consisted of training influential students to act as peer supporters during informal interactions outside the classroom to encourage their peers not to smoke. Follow-up was immediately after the intervention and at 1 and 2 years. Primary outcomes were smoking in the past week in both the school year group and in a group at high risk of regular smoking uptake, which was identified at baseline as occasional, experimental, or ex-smokers. Analysis was by intention to treat. This study is registered, number ISRCTN55572965.

Findings The odds ratio of being a smoker in intervention compared with control schools was 0.75 (95% CI 0.55–1.01) immediately after the intervention (n=9349 students), 0.77 (0.59–0.99) at 1-year follow-up (n=9147), and 0.85 (0.72–1.01) at 2-year follow-up (n=8756). The corresponding odds ratios for the high-risk group were 0.79 (0.55–1.13 [n=3561]), 0.75 (0.56–0.99 [n=3483]), and 0.85 (0.70–1.02 [n=3294]), respectively. In a three-tier multilevel model with data from all three follow-ups, the odds of being a smoker in intervention compared with control schools was 0.78 (0.64–0.96).

Interpretation The results suggest that, if implemented on a population basis, the ASSIST intervention could lead to a reduction in adolescent smoking prevalence of public-health importance.

Funding MRC (UK).

Lancet 2008; 371: 1595–1602

See *Comment* page 1556

Department of Social Medicine, University of Bristol, Bristol, UK (Prof R Campbell PhD), F Starkey PhD, S Audrey PhD, R Hughes MSc, Cardiff Institute of Society, Health and Ethics, Cardiff University, Cardiff, UK (J Hollday PhD), Prof L Moore PhD, Centre for Drug Misuse Research, University of Glasgow, Glasgow, UK (Prof M Rieor PhD), and Office for National Statistics, Newport, UK (N Parry-Langdon PhD)

Correspondence to: Prof R Campbell, Department of Social Medicine, University of Bristol, Canynge Hall, 39 Whatley Road, Bristol BS8 2PS, UK (Rona.Campbell@bristol.ac.uk)

Recontres internationales
de l'INPES du 10 avril 2013,
Saint Denis

ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial)

- Essai randomisé en cluster dans 59 écoles en Galles du Sud et autour de Bristol (10 000 collégiens)
- Comparant une intervention informelle par les pairs sur l'entrée dans le tabagisme de jeunes de 12 à 13 ans versus programme habituel
- Jeunes identifiés par leurs pairs, formés à diffuser un message
- Tabagisme hebdomadaire suivi avant, juste après, à 1 an et à 2 ans

Campbell R et al Lancet. 2008;371:1595-602.

🔥 Time line for the development of the ASSIST smoking prevention programme

- 1993/4:** Phase 0: Seminar, discussion, networking
- 1995:** Phase 1: Development, piloting, feasibility testing
- 1998/99:** Phase 2: Publication, planning and fund-seeking
- 2001:** Phase 3: Full-scale randomised trial (£1.5M)
- 2001 Further piloting
 - School recruitment
 - 2002 Baseline measures, intervention
 - 2003 1-year follow-up
 - 2004 2-year follow-up
- 2006-:** Phase 4: Implementation & Dissemination

ASSIST intervention

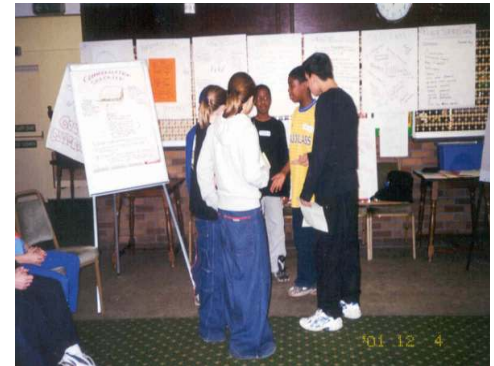
- Year 8 (aged 12-13)
- Not a 'typical' school-based peer-led intervention
- Not teacher-led or classroom-based
- Influential students nominated by their year group
- Trained to be 'peer supporters' to diffuse norms of non- smoking behaviour through their social networks
- Adapted from Kelly's (1997) sexual health approach with gay men in America

✶ ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial)

- Cluster randomised trial involving 59 schools in south Wales and Bristol area
- Comparing effectiveness of an informal, peer-led intervention in preventing smoking uptake in students aged 12 to 13 in addition usual smoking education, with usual smoking education
- Interventions involved influential Year 8 students, identified by their peers, being trained to diffuse 'smoke-free' message
- Weekly smoking was assessed at baseline, immediately post-intervention and at one and two years.

ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial)

- Pairs sélectionnés par questionnaire
- 2 jours de formation
 - connaissance sur le tabagisme et l'intérêt de ne pas être fumeur
 - apprentissage en communication interpersonnelle
 - renforcement de la confiance à intervenir dans diverses situations
- 10 semaines d'intervention (fiches de reporting)



Campbell R et al Lancet. 2008;371:1595-602.

ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial)

	Prévalence du tabagisme hebdomadaire immédiatement		Prévalence du tabagisme hebdomadaire à 1 an		Prévalence du tabagisme hebdomadaire à 2 an	
	Contrôle	Intervention	Contrôle	Intervention	Contrôle	Intervention
Tous les élèves	8,48 %	8,5 %	15,13 %	12,49 %	21,74 %	18,95 %
Fumeurs ou ex-fumeurs	9,8 %	8,5 %	23,03 %	18,84 %	34,81 %	31,22 %

Si appliqué partout en GB : 43 289 fumeurs de 14/15 ans en moins chaque année

Conclusions from the trial

- Possible to recruit range of influential students to informally promote healthy behaviour amongst their peers
- ASSIST intervention is effective in reducing adolescent smoking
- Findings generalisable to range of schools
- If implemented on a UK-wide basis could prevent 43,289 14-15 year olds taking up smoking



Les campagnes médiatiques et leur évaluation

Des traces de MERCURE, d'AMMONIAC,
d'ACIDE CYANHYDRIQUE et d'ACETONE
Ont été décelés dans un produit
de consommation courante.

Pour plus d'informations, appelez gratuitement le
0800 404 404



C'EST SURPRENANT TOUT CE QU'ON PEUT METTRE DANS UNE CIGARETTE.

31 MAI 2003 JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC



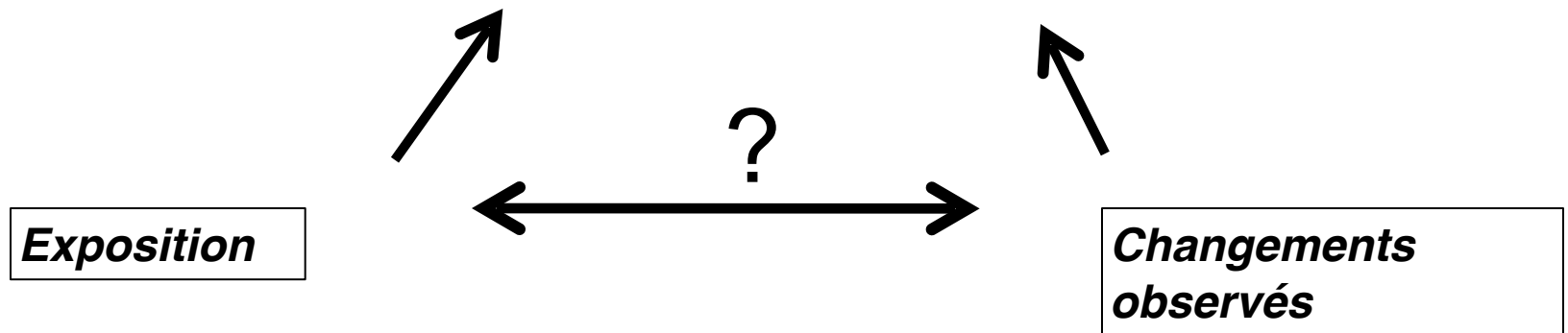


L'équation d'Abrams

$$I = RE$$

Impact = Reach x Effectiveness

Impact = Exposition x Efficacité



Abrams Ann Behav Med 1996

Quantité de recherche conduite et impact

Thèmes	Nombre de campagnes dans les revues de littérature	Existence d'un impact
Tabac	121(NCI 2008)	Niveau de preuve élevé
Alcool	15 (Babor 2003)	Niveau de preuve faible
Activité physique	19 (Kahn 2002)	Niveau de preuve modéré
Nutrition	8 (Pommerleau 2005)	Niveau de preuve modéré
Cardiovasculaire	7 (Snyder 2004)	Niveau de preuve modéré

19

The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use

Edited by

Ronald M. Davis, M.D.

Elizabeth A. Gilpin, M.S.

Barbara Loken, Ph.D.

K. Viswanath, Ph.D.

Melanie A. Wakefield, Ph.D.

La preuve est faite de la relation causale entre la publicité et la promotion pour le tabac et l'accroissement de l'usage du tabac.

[cancercontrol.cancer.gov/tcrb/
monographs/19/m19_complete.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/19/m19_complete.pdf)

Campagnes médiatiques de prévention du tabagisme

- Beaucoup plus d'études pour évaluer l'effet des campagnes média que tous les autres sujets de santé
- Existence d'un impact : niveau de preuve élevé
- Des études ont montré l'association des campagnes avec
 - Une diminution d'entrée dans le tabagisme des jeunes
 - Un accroissement de l'arrêt du tabac chez des adultes
- Souvent impact spécifique difficile à établir (beaucoup d'actions concurrentes)
- Mais des effets indépendants ont été démontrés

Use of mass media campaigns to change health behaviour

Mohr A, Hordick T, Loken L, Hornik R

Mass media campaigns are widely used to expose high proportions of large populations to messages through routine uses of existing media, such as television, radio, and newspapers. Exposure to such messages is, therefore, generally passive. Such campaigns are frequently competing with factors, such as pervasive product marketing, powerful social norms, and behaviors driven by addiction or habit. In this Review we discuss the outcomes of mass media campaigns in the context of various health-risk behaviors (eg, use of tobacco, alcohol, and other drugs, heart disease risk factors, sex-related behaviors, road safety, cancer screening and prevention, child survival, and organ or blood donation). We conclude that mass media campaigns can produce positive change or prevent negative changes in health-related behaviors across large populations. We assess what contributes to these outcomes, such as concurrent availability of required services and products, availability of community-based programmes, and policies that support behavior change. Finally, we propose areas for improvement, such as investment in larger better-funded campaigns to achieve adequate population exposure to media messages.

Introduction
Over the past few decades, media campaigns have been used in an attempt to affect various health behaviors in many populations. Such campaigns have most notably been aimed at tobacco use and heart-disease prevention, but have also addressed alcohol and illicit drug use, cancer screening and prevention, sex-related behaviors, child survival, and many other health-related issues. Typical campaigns have placed messages in media that reach large audiences, most frequently via television or radio, but also outdoor media, such as billboards and posters, and print media, such as magazines and newspapers. Exposure to such messages is generally passive, resulting from an incidental effect of routine use of media. Some campaigns incorporate new technologies (eg, the internet, mobile phones and personal digital assistants), but recipients have so far generally been required to actively choose to seek information, for example by clicking on a web link, and discussion of these methods is not included in this Review.

Media campaigns can be of short duration or may extend over long periods. They may stand alone or be linked to other organized programme components, such as clinical or institutional outreach and easy access to newly available or existing products or services, or may complement policy changes. Multiple methods of dissemination might be used if health campaigns are part of broader social marketing programmes.

The great promise of mass media campaigns lies in their ability to disseminate well-defined behaviourally-focused messages to large audiences repeatedly over time, in an incidental manner, and at a low cost per head. As we discuss in this Review, however, that promise has been increasingly realized: campaign messages can fall short and even hinder exposure of audiences to the message might not meet expectations, hindered by inadequate funding, the increasingly fragmented and cluttered media environment, use of inappropriate or poorly researched format (eg, boring factual messages or age-inappropriate content), a

combination of these features, heterogeneous messages might not be persuasive to heterogeneous audiences, and campaigns might address behaviours that audiences lack the resources to change.

Search strategy and selection criteria
We searched Medline, PsycInfo, Embase, Scis, Eric, and Communication and Mass Media Complete electronic databases to identify full-text review articles and non-reviewed notable studies published from 1998 onwards, in English, that were judged to represent advances in assessment methods or substantial increases in knowledge. We required review findings with evidence from cohort and interventional empirical studies that were published after the last review article identified.

Search terms included "review" and either "health promotion", "health education", "social marketing", "marketing of health services", "campaign", "mass media", "mass communication campaign", "publicity campaign", "interpersonal campaign" or "community intervention", along with and the individual health behaviours of interest, which we termed "behaviors or smoking", "alcohol", "drug use", "street drugs", "tobacco use", "heart health or heart disease prevention or physical activity or obesity or nutrition or high fat or high sodium" or "fat", "family planning or contraception or child spacing", "sex or sexual behaviour", "HIV or AIDS or HIV/AIDS or sexually transmitted disease or STD", "skin neoplasms or sunburn or sunscreening agents", "vaccine or immunization", "tobacco cessation", "cancer screening", "donation or organ donation", "organ donation or organ transplantation therapy or OHT or corneal transplantation", "road safety", "sex-related behaviors or death", "organ donation", "blood donation", "sexually transmitted disease prevention or child abuse prevention", "mental health or youth suicide prevention or depression" or "road traffic or road safety".

Que faut-il attendre des campagnes médiatiques antitabac ?

- Agenda setting: maintenir la lutte contre le tabagisme sur l'agenda politique et sociétal
- Légitimer et aider aux actions locales, inciter à de nouvelles actions
- Changer les normes sociales (dénormalisation, contre-marketing)
- Modifier les comportements tabagiques
- (*Sowden, Bala Cochrane reviews*)

Campagne Truth



- American Legacy Foundation
- Première campagne nationale à partir de 2000 (initiée en Floride)



Mesure de l'évolution du tabagisme

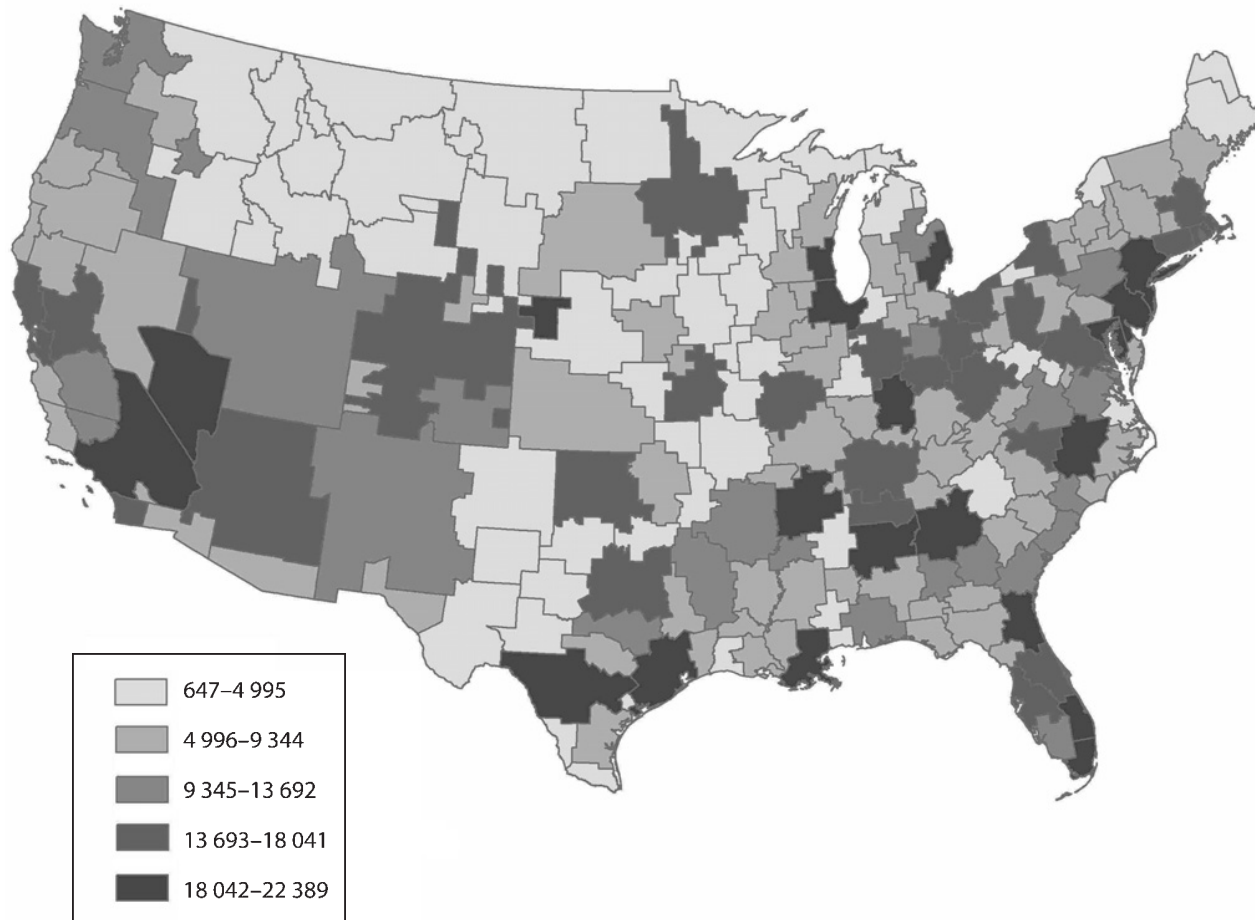
- Monitoring the future (tabac, alcool, drogue illicite) une vague par an 1999-2002
- Financé par le NIDA, conduite par l'Université du Michigan
- 420 écoles secondaires (autoquestionnaire en classe)
- Elèves
 - 18 000 jeunes de 13-14 ans (grade 8)
 - 17 000 jeunes de 15-16 ans (grade 10)
 - 16 000 jeunes de 17-18 ans (grade 12)
- Combien avez-vous fumé de cigarettes par jour au cours des 30 derniers jours ? (0 ou 1)

Farrelly M et al. Am J Public Health. 2005;95:425-31

Mesure de l'exposition les *gross rating points* (points d'audience bruts)

TF1	28/05/2013	12:43	15 %
FR2	28/05/2013	12:55	10 %
FR3	28/05/2013	13:12	10 %
Canal+	28/05/2013	14:00	8 %
GRP			43 pts

Niveaux d'exposition en GRP à la campagne Vérité (Truth) 2000–2002



210 secteurs d'achat d'espace

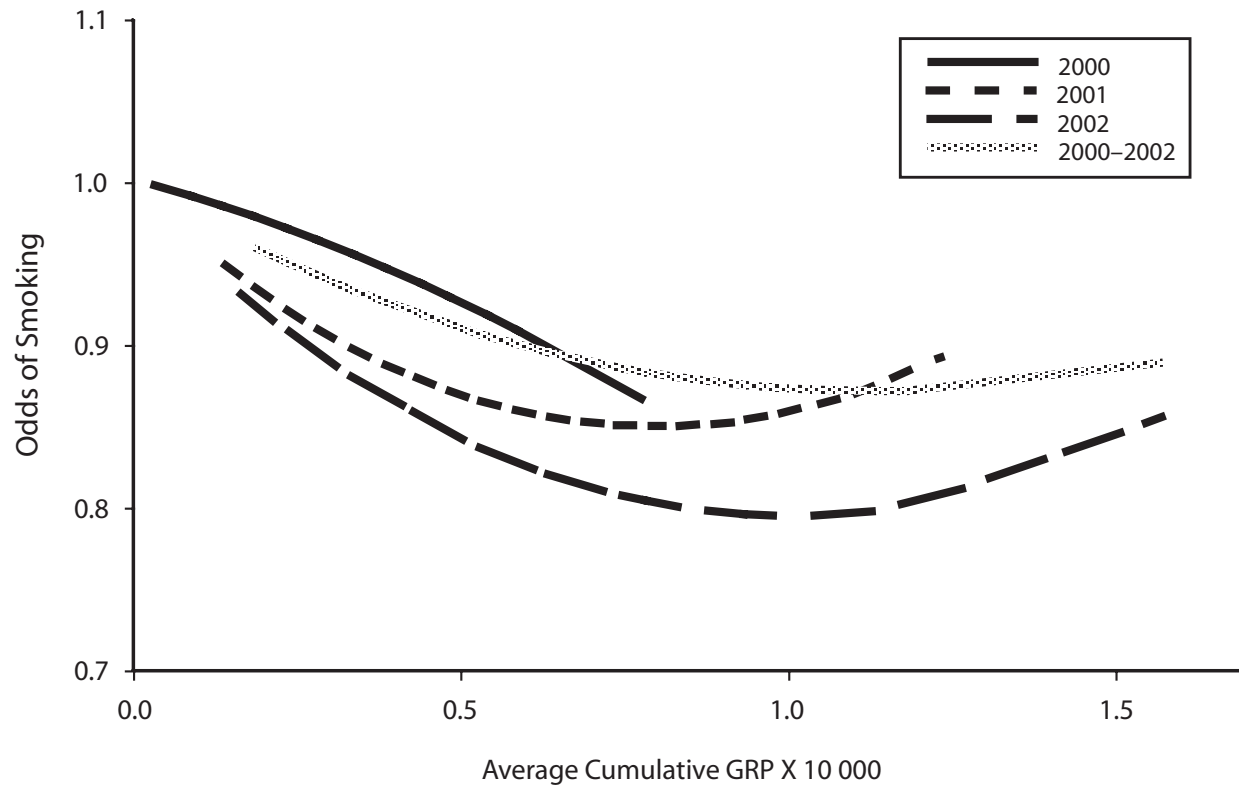
Farrelly M et al. Am J Public Health. 2005;95:425-31

Résultats

- Taux de réponse environ 85%
- Ajustements sur des variables
 - individuelles (revenus, éducation des parents),
 - régionales (prix, investissement en prévention),
 - sectorielles (prévalence du tabagisme)
- Prévalence passe de 25.3% (1999) à 18,0% (2002)
- 22% de la baisse attribuable à la campagne
- Effet dose-réponse

Farrelly M et al. Am J Public Health. 2005;95:425-31

Risque de fumer en fonction de l'exposition en GRP



Note. GRP = gross rating point.

Farrelly M et al. Am J Public Health. 2005;95:425-31

Synthèse sur les campagnes médiatiques

- Preuve que les campagnes peuvent par elles-mêmes réduire la consommation de tabac
- Inférence causale possible : résultats retrouvés dans de nombreuses études populationnelles (cohortes, transversales) avec ajustements
- Effet-dose retrouvé
- Dose optimale ? Peu d'études (1 à 4 par mois)
- Tonalité (émotions négatives, industrie du tabac)

USDHHS 2012

L'implication de l'industrie

Life skills training

www.lifeskillstraining.com, www.med.cornell.edu



- Programme en développement depuis une vingtaine d'année
- Évalué pour le collège et le lycée
- Il existe un programme pour l'école primaire (non évalué)

PROGRAMS
that
WORK ✓



Philip Morris & LST

- Mai 1997 : le CDC indique deux programmes comme efficaces (Programmes that works) :
 - LST
 - TNT (toward no tobacco)
- 1998 Philip Morris et Brown & Williamson (BAT) essayent de convaincre les autres fabricants de se joindre à eux (ils refusent)
- PM et B&W engage une agence de relations publiques APCO (sur 10 millions de dollars, 5,8 pour convaincre les décideurs et 3,3 pour la formation des enseignants)
- Avait un plan A coopération de Botvin et un plan B non coopération de Botvin
- Recrute des écoles (toutes les écoles de Virginie de l'Ouest, Marockie)
- Recrute un institut spécialisé d'évaluation (Interactive) qui ne trouve d'effet du programme
- Continuait quand même

Mandel LL et al, J Adolescent Health 2006;39:868-879

Philip Morris & LST

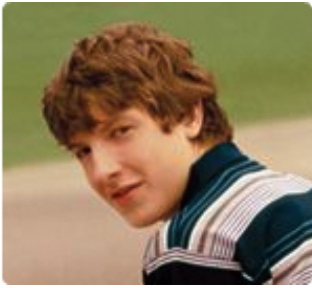
- We also support *LifeSkills Training*, a three-year, in-school, classroom-based substance abuse prevention and competency enhancement program that has been shown to significantly reduce tobacco use through the 12th grade.¹
- Between 1999 and 2004, we provided grants in excess of \$125 million.
- As part of our grant-making during this time period, we provided over \$26 million to schools and school districts in 23 states for the implementation of *LifeSkills Training*. Through our support more than 630,000 middle-school students have been reached with this program.
- In 2004, we provided 46 grants to organizations across the U.S. that reached approximately 880,000 kids.

www.philipmorrisusa.com Youth smoking prevention

http://www.philipmorrisusa.com/en/our_initiatives/ysp/grant_programs.asp



Parents can be the single greatest influence on their kids.
Talk. They'll listen.



The RAISING KIDS WHO DON'T SMOKE Series **VOL. 2: ISSUE 1**

Raising kids who don't smoke

Youth Smoking Prevention
Philip Morris USA

Talk. They'll Listen.

Parents are the most important resource in preventing teen substance abuse, including smoking.¹

A photograph of two men in cowboy attire riding horses in a field. The man on the left is wearing a light blue denim jacket over a red shirt and a white cowboy hat. The man on the right is wearing a dark jacket over a blue shirt and a white cowboy hat. They are both looking towards each other. The background shows a clear blue sky and green hills.

Bob, I've got emphysema.

California Department Of Health Services.
Funded By The Tobacco Tax Initiative.

Officines d'influence par les producteurs d'alcool



Rechercher ...

[Accueil](#)

[Qu'est-ce qu'une unité d'alcool \(UA\) ?](#)

[Repères de consommation à moindre risque](#)

[Situations à risque](#)

[Calculateur d'UA](#)

[Alcootest](#)



Techniques d'influence

- **Tenter d'influencer les politiques nationales et internationales**
- **Devenir membres d'organisations et de comités pour accroître influence et respectabilité**
- **Recrutement de scientifiques, organisation de conférence, publication prestigieuses**
- **Créer des associations d'intérêt général, FAIRE DE LA PREVENTION**
- **Préparer les promouvoir des textes de consensus et des codes de bonnes pratiques**

The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. Eurocare 2002

Leur argumentaire

- **La base de la politique doit être les modes de consommation : réduire ceux qui sont dangereux**
- **La modération s'apprend (responsabilité individuelle)**
- **Partenariat public / privé = une place à la table de discussion**
- **Renforcement de l'autodiscipline de l'industrie codes de bonnes pratiques, pas de réglementation**
- **Globalement l'alcool apporte des bénéfices à la société**

Les intérêts économiques prônent le recours à la responsabilité individuelle

- **Difficilement critiquable à première vue**
- **Mais c'est un des éléments essentiels de l'architecture argumentaire**
- **Permettant d'éviter la réglementation**
- **Dans ce schéma**
 - **Producteurs : liberté de vente et de promotion**
 - **Clients : responsables de consommer sans dommages**
 - **Société : paye les dommages sociaux et sanitaires (2 à 5% du PIB)**

Code de bonne pratique de marketing ?

- Dans le code de bonne pratique de Diageo, on peut lire que

les contenants de boissons alcoolisées ne devraient pas suggérer des succès ou des prouesses sexuelles,

et que la publicité et les activités promotionnelles ne devraient pas donner l'impression que l'acceptation sociale ou le succès sexuel ne puissent pas être atteints sans consommer des boissons contenant de l'alcool

Source Eurocare

Mais la réalité des pratiques de lancement d'un nouveau produit



Solutions largement documentées

6 politiques publiques-clés



Babor 2010

1. taxation proportionnelle au degré d'alcool
2. réduction de l'accès (âges, nombres de points de vente, heures d'ouverture)
3. interdiction de la promotion
4. taux légal d'alcoolémie autorisé pour la conduite (0,5 - 0,2) + contrôles
5. aide aux buveurs à risque en soins de santé primaire
6. mesures éducatives pas en tant que politique mais seulement en soutien

Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet. 2009;373(9682):2234-46.

European Alcohol and Health Forum

Highlights

Open Alcohol and Health Forum
23 November 2012 - Brussels



Préfacée par
Paola Testori Coggi
DG SANCO

**Aucune mention des 6
politiques publiques
efficaces**

1. Addressing young people	6
- European Doctors Raise Awareness for Alcohol-Related Harm to Children and Young People	6
- German Football League Kids Clubs	7
- Creating alcohol free environments	8
- Promotion of alcohol abstinence among underage	9
- Responsible Parties in Europe, how to make student parties safe and responsible!	10
2. Drinking in moderation	11
- Deutsche Weinakademie / Wine in Moderation Program - educating professionals in Germany..	11
- ICAP Periodic Review on Drinking and Culture	12
- Alcohol Awareness Week	13
- The choice is yours	14
3. Responsible alcohol retailing	15
- Best Bar None	15
- International Bartender Association Responsible Server Training	16
- Raising retailers' awareness to carry out actions against the abuse of alcohol	17
- Training Guides for Responsible Service of Alcohol	18
- Copenhagen safer nightlife	19
- Challenge 21 - Enforcing age limits for selling alcohol in the UK hospitality sector	20
4. Responsible alcohol marketing	21
- Responsible beer advertising through self-regulation: 7 Operational Standards	21
- Training advertising professionals to comply with responsible marketing self-regulation rules ..	22
- Responsible message on consumer communication materials in SABMiller's European	23
operations	23
- Avoiding infringements of self-regulatory and legal advertising provisions	24
- European Sponsorship Association: Advice and Recommendations to Rightsholders on their	25
relationship with alcohol companies	25
- Alcohol Marketing in Health Perspective	26
5. Building Capacity	27
- ICAP Blue Book: Practical Guides for Alcohol Policy and Targeted Interventions	27
- Hosting and Organising the 4th European Alcohol Policy Conference (2010)	28
- Preliminary library of alcohol health information and warning labels	29
6. Alcohol related harm	30
- Dissemination of information on European and/or national alcohol policy developments	30
- Alcohol and Cancer website - www.alcoholandcancer.eu	31
- EMNA mutual-help groups create a tool to help to change in alcohol dependence	32
- CALL FOR TENDERS - Through a scientific committee of independent unpaid member, Ireb	33
(Research Institute on alcoholic beverages) allocates grants to scientists in all areas of	33
alcoholology	33
- You choose who you are going to meet tonight! If you have consumed alcohol, you do	34
not drive	34
- ALL RIGHTS Campaign	35
- Better Start for your child	36
- Fight against alcohol-related harm: the role of social insurers. An example: prevention	36
regarding consumption of alcohol by pregnant women	37

Seule initiative française : IREB

33

CALL FOR TENDERS - Through a scientific committee of independent unpaid member, Ireb (Research Institute on alcoholic beverages) allocates grants to scientists in all areas of alcoholology

In order to improve the knowledge of the mechanisms of dependency and prevents damages caused by alcohol, Ireb proposes each year a call for tenders (around 200 000 euros) to scientists working in all the fields of alcoholology and gets together all the granted teams in a biennial symposium.

Ireb allocates grants through a scientific committee to around 30 researchers in the field of alcoholic research. These scientists are often working in laboratories with a team. They choose themselves their subjects and if the scientific committee agrees with, the grants are allocated. They are totally independent to manage their research and have to send an activity report at the end of the year. They can ask a new grant if the research is going on.

For many years now, our research Institute has met biannually with its research its research group to hold an open conference to discuss the progress of their research and their ideas and difficulties. It's the only conference of this kind in France that gets together so many different fields of research for one subject: epidemiology, history, sociology, neurology, psychiatry etc. So, every two years, a symposium gets together all the teams and the researchers have to present in a comprehensive language the results

of their work to all the other teams, the scientific committee, the sponsor companies and some invited people during a symposium called : "le colloque de l'Ireb".

The results of these conference are collected and released as "Cahiers de l'Ireb". They are available on line on the Ireb's website and can be used to give useful information for policy makers, prevention actors, educators, consumers etc.

Name of the commitment:
Ireb's call for tenders

Period of operation: The call for tenders is renewed annually and, every two years a symposium that gets together all the researchers who received grants during the two former years.

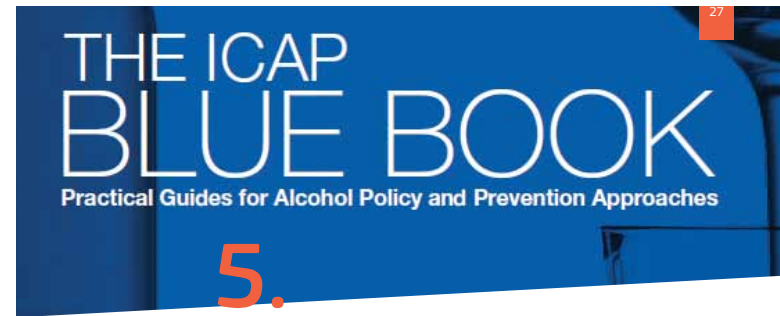
Lead Partner: IREB

Website: www.ireb.com



ICAP spiritueux, international (2 fiches)

199



Building Capacity

ICAP Blue Book: Practical Guides for Alcohol Policy and Targeted Interventions

The ICAP Blue Book is an electronic resource regularly updated since 2005, the ICAP Blue Book is a compilation of policy guides on key issues in alcohol policy development and an integrated approach to prevention. It draws upon the best available research and experience from around the world.

The ICAP Blue Book was created with the aim of providing an integrated approach to alcohol policy development. As a policy guide, the ICAP Blue Book is based on three key elements: (1) drinking patterns and their outcomes as a sound scientific basis for policy development; (2) targeted interventions that address specific "at-risk" populations, potentially harmful contexts, and drinking patterns; (3) partnerships that allow the inclusion of the public and private sectors, the community, civil society, and others all working toward a common goal.

The Blue Book is intended as a tool to assist those seeking guidance in developing policy and prevention approaches, targeting especially governments, intergovernmental organizations, public health officials and specialists, researchers, nongovernmental organizations, the beverage alcohol industry and its related bodies, or civil society groups. It can be used to address simple issues or to craft broader and more comprehensive approaches to policy.

The Blue Book is a living resource, taking into account new materials and responsive to the needs of its users. It consists of 3 main parts:

- (1) a series of Modules, each addressing a particular policy area, lay out the essential elements to be considered on a given topic and include a menu of elements that can be used to tackle specific problem areas;
- (2) Annexes to the Blue Book offer supplemental materials on individual issues and policy development as a whole; and
- (3) a section on Targeted Interventions provides a comprehensive annotated listing of approaches to reducing the harm around alcohol consumption that have been implemented around the world.

Name of the commitment:

ICAP Blue Book: Practical Guides for Alcohol Policy and Targeted Interventions

Period of operation: 2007 - 2013

Lead Partner: International Center for Alcohol Policies

Website: www.icap.org/PolicyTools/ICAPBlueBook/tabid/90/Default.aspx





4. Responsible alcohol marketing

Responsible beer advertising through self-regulation: 7 Operational Standards

Responding to a challenge set by the Commission in 2007 and on the basis of 7 Operational Standards, The Brewers of Europe and members, in partnership with the European Advertising Standards Alliance, set about bringing every self-regulatory system governing beer advertising up to the standards set by the Commission's DG SANCO.

Brewers already had codes in place and well-established systems in a number of countries, but what this commitment did was set about ensuring that fully, integrated, consumer-friendly national self-regulatory systems for beer advertising existed across Europe.

A KPMG-assured report in 2010 showed that the rollout of effective self-regulatory systems for beer advertising increased substantially and across all 7 Operational Standards between 2007 and 2010. Notable results included:

- Revision of the codes in 18 out of the 27 EU Member States;
- 26 countries had a sanctions process in place, improved the sanctions available, or progressed on this;
- In 24 countries, actions were taken to ensure that consumers were more aware of the possibility to complain;
- 10 countries created or improved their systems through the further incorporation of independent elements e.g. through civil society and consumer representation, in the complaints juries.

Specific examples of progress in individual countries included:

- In Bulgaria brewers pioneered the role of self-regulation by setting up a comprehensive system governing beer advertising before assisting in the setting up of a national general self-regulation

system. The Cypriot brewers also took this proactive step in the absence of an existing self-regulatory structure;

- In Austria, brewers took steps to further strengthen the independence of their complaints handling system, leading to the country being awarded an EASA Bronze best practice award in 2009;
- In Belgium a multi-media campaign was run in 2007 and 2008 to increase public awareness of the possibility to complain about irresponsible adverts. In 2008 in Slovakia, consumer awareness was increased through a campaign that received the EASA Gold best practice award 2009;
- In both Denmark and Sweden, where the system was already well established and controlled, self-regulation was brought up-to-date through the improvement of websites to facilitate online complaints.

Report: Leading by example: responsible beer advertising through self-regulation, 2010.



Name of the commitment:
Commercial communications for beer: The Brewers of Europe's 7 operational standards

Period of operation: 2007-2010

Lead Partner: The Brewers of Europe

Partners: World Federation of Advertisers European Advertising Standards Alliance

Website: www.brewersofeurope.org/asp/publications/index.asp



2. Drinking in moderation

Deutsche Weinakademie / Wine in Moderation Program - educating professionals in Germany

A main objective of the Wine in Moderation - Art de Vivre (WIM) program is to educate key actors & consumers about responsible drinking. The educational activities of the Deutsche Weinakademie (DWA) in Germany are an excellent example of how to achieve great results through educating and multiplying the WIM message at national level.

The 2nd objective of the WIM program is to inform & educate the wine sector and its consumers to encourage cultural change and make moderation fashionable. This is compatible with one of the priorities of the EU Strategy on alcohol-related harm, focusing on informing, educating and raising awareness on harmful consumption and so to develop knowledge about appropriate consumption patterns in society.

As part of the Art de Vivre "life-skills" education pillar of WIM, the DWA developed its own training program and tools for one-day seminars in wine-related Vocational Education and Training establishments. The training program includes 4 sections

- WIM program, alcohol policy and legal framework
- Health effects of wine & other alcoholic beverages
- Alcohol metabolism, drinking patterns and risks of excessive consumption
- Conclusions: Guidelines for responsible wine consumption

From January 2008 to October 2012, 122 training seminars were delivered to all 11 wine-related professional schools and universities in Germany as well as to 5 sommelier schools reaching a total number of 3580 students who act as multipliers of the WIM message for the entire sector and for the benefit of the general public.

The Deutsche Weinakademie has developed an evaluation tool to assess the impact of its training module: each student participating in the training seminar fills in a questionnaire before and after the training, to assess their level of knowledge and the effectiveness of the program. In addition, another random assessment is carried out one year after the training.

The results of the 3 year pilot phase evaluation show a considerable increase in knowledge among seminar participants, in particular with regards to the definition of moderate wine consumption, health effects and the self-regulation code for commercial communication of alcoholic beverages.

Similar WIM training activities were developed for example in Portugal, Spain, Italy, Greece, France, UK and Cyprus.

Name of the commitment:
Wine in Moderation - Art de Vivre Program

Period of operation: 2008-2013

Lead Partner: Comité Européen des Entreprises Vins (CEEV)

Partners: Confederation of European Farmers (COPA) and European Agri-Cooperatives (COGECA), European Confederation of Independent Winegrowers (CEVI)

Website: <http://www.wineinmoderation.eu>
<http://www.deutscheweinakademie.de/>

