



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion 2002-2003

**La coordination des actions
de prévention de l'alcoolisme : apport
du programme régional de santé
« Alcool en Auvergne, vers une consommation
maîtrisée et une prise en charge dynamique »**

Caroline

MICHEL-DAMBRUN

Remerciements

Ce mémoire a été réalisé à partir d'observations et d'entretiens réalisés lors de mon stage d'exercice professionnel qui s'est déroulé de février à avril 2003 à la DDASS du Puy-de-Dôme et à la DRASS Auvergne.

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement de ce travail, notamment :

- mon maître de stage, Monsieur Vanel,
- les Directeurs et Directeur adjoint de la DRASS et de la DDASS : Monsieur Lopez, Monsieur Vallier et Monsieur Négrier,
- le médecin inspecteur de santé publique coordonnateur du PRS « Alcool en Auvergne », Madame Lonchambon,
- l'inspectrice de l'action sanitaire et sociale en charge du CREAS, Madame Besset,
- la chargée de prévention à l'URCAM d'Auvergne, Madame Gombert,

ainsi que toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir pour me présenter leur action et discuter les perspectives d'évolution de la prévention de l'alcoolisme en Auvergne.

Sommaire

1 - INTRODUCTION	1
1.1 Choix du thème	1
1.2 Définition du questionnement initial	2
1.3 Méthodologie	4
1.3.1 Documentation	4
1.3.2 Entretiens réalisés	4
2 - L'IMPORTANCE DU PROBLÈME ALCOOL EN AUVERGNE ET LES DIFFICULTES DE LA PRÉVENTION	7
2.1 La problématique « Alcool »	7
2.1.1 La consommation d'alcool en France et ses risques.....	7
2.1.2 Les représentations sociales liées à la consommation d'alcool	9
2.1.3 Les difficultés de la prévention	10
2.2 La lutte contre les consommations excessives d'alcool : une priorité régionale de santé en Auvergne	11
2.2.1 Caractéristiques de l'Auvergne et du Puy de Dôme.....	11
2.2.2 La consommation d'alcool en Auvergne.....	13
2.2.3 Le choix de la conférence régionale de santé : la consommation d'alcool comme déterminant de l'état de santé de la population.....	13
2.2.4 Les atouts de l'Auvergne dans la lutte contre la consommation excessive d'alcool	17
2.3 L'Elaboration d'un Programme Régional de Santé sur la thématique « Alcool »	18
2.3.1 Les fondements juridiques des PRS	18
2.3.2 L'élaboration du PRS « Alcool en Auvergne »	19
2.3.3 Les objectifs du PRS	20

2.3.4	Les actions prévues.....	22
2.3.5	Les groupes de travail	23
2.4	Etat des lieux de La coordination des actions de prévention des consommations excessives d'alcool en Auvergne.....	24
2.4.1	Les coordinations existantes	24
2.4.2	La coordination des financements : le CREAS.....	27
2.4.3	Les coordinations faisant défaut.....	31
3	LES CAUSES DU DÉFICIT DE COORDINATION.....	34
3.1	Les difficultés inhérentes à la coordination d'actions de prévention en matière d'alcool	34
3.1.1	La nécessaire multiplicité des acteurs de prévention	34
3.1.2	Les multiples formes de coordination	35
3.2	Les difficultés pour mobiliser les acteurs.....	36
3.2.1	Le périmètre de la coordination	36
3.2.2	Les difficultés d'intégration de l'échelon départemental	37
3.2.3	L'autonomie des chefs d'établissements scolaires.....	38
3.3	Le déficit d'information.....	39
3.3.1	Le déficit d'information des acteurs de terrain.....	40
3.3.2	Le déficit d'information des institutions partenaires.....	40
3.3.3	Le déficit d'information de la coordinatrice sur les actions réalisées.....	41
3.3.4	Le manque de médiatisation du PRS	41
3.4	Le déficit dans le suivi du PRS	42
3.4.1	Le manque de temps de coordination	42
3.4.2	L'absence de comité de suivi spécifique	44
3.4.3	L'absence d'évaluation	44
4	LES EVOLUTIONS ENVISAGEABLES DU PRS POUR UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DE LA RÉPONSE AU PROBLEME DE CONSOMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN AUVERGNE	47

4.1	Le renforcement du suivi du PRS	47
4.1.1	La remobilisation des acteurs.....	47
4.1.2	L'amélioration de l' accompagnement des porteurs de projets	48
4.1.3	Pour une meilleure circulation de l'information.....	49
4.1.4	L'éventualité d'une externalisation de la conduite de projet.....	50
4.1.5	La place du IASS aux côtés du MISP.....	52
4.2	L'utilisation du levier des financements	52
4.2.1	L'extension du CREAS à d'autres financements.....	52
4.2.2	Le passage du financement de la structure au financement d'actions.....	54
4.2.3	La vérification de l'utilisation des crédits accordés.....	55
4.3	La réactualisation des objectifs et des modalités d'intervention via le Plan Régional Santé Auvergne 2003 - 2007.....	56
4.3.1	Présentation du Plan Régional Santé Auvergne 2003 - 2007	56
4.3.2	Apports du Plan Régional Santé Auvergne 2003 - 2007 dans le suivi du PRS « Alcool en Auvergne »	57
4.4	Le renforcement du PRS « alcool en Auvergne » au travers du schéma régional d'éducation en santé.....	58
 CONCLUSION		 61

Liste des sigles utilisés

ANFH	Association Nationale de la Formation permanente des personnels Hospitaliers
ANPA	Agence Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
APS	Association « Auvergne Prévention Santé »
ASEIPA	Association Socio-Educative - Inculpés, Prévenus, Accusés
CADIS-CRIPS	Centre d'Accueil pour la Documentation, l'Information / Formation sur le SIDA - Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CDPA	Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRDD	Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances
CODES 63	Comité Départemental d'Education pour la Santé du Puy de Dôme
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREAS	Comité Régional Exécutif des Actions de Santé
CRPA	Comité Régional de Prévention de l'Alcoolisme
CSP	Code de la Santé Publique
DETA	Questionnaire sur la consommation d'alcool « Diminuer, Entourage, Trop, Alcool »
DIM	Département d'Information Médicale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDJS	Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports
DRE	Direction Régionale de l'Équipement
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
EVACAPA	Evaluation d'une Action auprès des Conducteurs ayant un Problème d'Alcool
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé
IASS	Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale
ICM	Indice Comparatif de Mortalité
INPES	Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MISP	Médecins Inspecteurs de Santé Publique
OBRESA	Observatoire Régional de la Santé en Auvergne
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PRS	Programme Régional de Santé
PARAD	Réseau « Patients A Risques, Abuseurs, Dépendants »
PDASR	Programme Départemental des Actions de Sécurité Routière
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAM	Programme Régional de l'Assurance Maladie
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PSAS	Programmation Stratégique des Actions de Santé
SSIU	Service de Santé Inter-Universitaire
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UMLA	Union des Médecins Libéraux d'Auvergne
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

1 - INTRODUCTION

1.1 CHOIX DU THEME

Dès les premiers enseignements de la formation des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), nous avons étudié des données sur l'état de santé en France¹. Au regard des grands indicateurs synthétiques de la santé, la situation de la France apparaît particulièrement bonne par rapport à celle de pays au niveau de développement comparable. En revanche, la situation apparaît préoccupante si l'on s'intéresse aux conduites à risques. L'impact des conduites à risques explique la position très défavorable de la France en matière de mortalité prématurée évitable.

Dans son troisième rapport triennal, « La santé en France 2002² », le Haut Comité de la Santé Publique dresse le bilan de l'état de santé de la population, opère une analyse critique du système de santé et fait des propositions pour en améliorer la performance. Il ressort de ce bilan que les inégalités sociales et spatiales sont plus importantes en France que dans la plupart des pays européens, inégalités qui se sont aggravées depuis 20 ans. Le Haut Comité note la forte surmortalité prématurée de la population masculine de moins de 65 ans ainsi qu'un écart d'espérance de vie de plus de 6 ans entre le cadre et l'ouvrier de 35 ans. Les objectifs à moyen et court terme formulés par le Haut Comité visent notamment à réduire la mortalité prématurée et les inégalités de santé. Déjà, dans son rapport de 1995³, le Haut Comité proposait plusieurs objectifs visant à réduire cette mortalité ; ils avaient trait aux accidents, aux cancers, au Sida, aux maladies cardio-vasculaire, au suicide, aux affections périnatales et aux facteurs de risques essentiels que sont le tabagisme et la consommation excessive d'alcool.

En dépit de cette prise de conscience, la part relative aux ressources intellectuelles, humaines, matérielles et financières investies dans la prévention des comportements à

¹ FREUD J. *Introduction à la santé publique IASS – MISP – PHISP* Tome II- La santé en France, en Europe et dans le monde Département POLITISS ENSP, Mai 2002.

² HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE *La santé en France 2002*. La Documentation Française, 2002.

³ HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE *La Santé en France.*, La Documentation Française, 1995.

risques demeure très limitée (2,4% de la dépense courante de santé en 2001⁴). Or, seule la prévention peut avoir un impact fort sur la baisse de la mortalité évitable, puisque ce sont des comportements individuels qui sont souvent en cause.

Cette sensibilisation à la prévention en matière de santé publique m'a conduit à m'intéresser aux comportements à risques présents en Auvergne. Lors de mon stage d'observation à la DDASS du Puy de Dôme et à la DRASS Auvergne, j'ai été frappée de l'importance du problème posé par les consommations d'alcool, notamment chez les jeunes. Native du Puy de Dôme, j'avais constaté depuis longtemps l'importance des traditions locales (comme les conscris) dans les relations que la population peut entretenir avec l'alcool. J'ai alors retenu comme sujet d'étude la thématique « alcool ».

1.2 DEFINITION DU QUESTIONNEMENT INITIAL

Un Programme Régional de Santé (PRS), outil de programmation de l'action sanitaire régionale, existe en Auvergne sur la thématique alcool. J'ai rencontré la coordinatrice de ce PRS « *Alcool en Auvergne, pour une consommation maîtrisée et une prise en charge dynamique* », Madame Lonchambon, pour connaître les conditions de la mise en œuvre de ce programme. Certaines difficultés me sont alors apparues, comme :

- le recensement des actions existantes sur le territoire,
- la multitude des acteurs de prévention, dont certains peu accessibles,
- le manque de temps dégagé pour la coordination,
- le peu de documents de suivi existant.

J'ai également pris connaissance du document réalisé par la Direction Générale de la Santé « Stratégie d'action alcool : intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool » présenté le 28 septembre 2001 au ministre délégué à la santé. De nombreuses remarques effectuées au plan national sont également applicables à la situation auvergnate, notamment le constat qu'une réponse unique ne peut satisfaire l'objectif de prévention en matière de consommation excessive d'alcool. En effet, tenter de faire évoluer des comportements est particulièrement complexe compte tenu de l'imbrication des nombreux facteurs, conscients ou inconscients, qui créent un comportement. La multiplicité des acteurs de la prévention, la diversité des formes que peuvent prendre les

⁴ Source : Comptes nationaux de la santé, DREES – Données disponibles dans Eco-Santé France CREDES-DREES, 2002.

actions de prévention et la diversité des publics visés par chaque action sont des sources de richesse pour la lutte contre l'alcoolisation excessive, même si elles présentent parallèlement des risques de rendre plus complexe la structuration de l'offre de prévention.

Aussi m'a-t-il semblé intéressant de faire porter mon étude sur l'articulation entre le PRS et les actions locales, et les apports du PRS « Alcool en Auvergne » dans la coordination des actions de prévention de l'alcoolisme.

J'ai alors défini mon sujet de mémoire autour d'une interrogation : « **L'existence d'un programme régional de santé « Alcool en Auvergne » permet-elle une coordination adéquate des acteurs de prévention de l'alcoolisme en Auvergne ?** »

Mon étude se concentre sur les actions réalisées dans le département du Puy de Dôme car ce dernier, département du chef lieu de région, est celui qui entretient les relations les plus étroites avec l'échelon régional. Les acteurs sont plus impliqués dans la démarche du PRS, les acteurs régionaux étant souvent également des acteurs du Puy de Dôme. Aussi, dans une démarche en voie de construction, le département chef lieu de région est généralement plus en avance que les autres départements de la région qui suivent à terme la même évolution. J'ai donc jugé plus intéressant d'étudier dans l'immédiat la prévention dans le Puy de Dôme.

Si la coordination des PRS est souvent assurée par des Médecins inspecteurs de santé publique (en 1998, seuls 8% des PRS étaient coordonnés par un inspecteur⁵), il me semblait qu'un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale pouvait apporter une contribution intéressante dans le domaine de la prévention. La structuration du champ de la prévention, le développement de la coordination entre les acteurs de terrain, la répartition de crédits de prévention sont des domaines de compétence des IASS. Le choix de cette thématique pour un mémoire professionnel d'Inspecteur me paraît donc de nature à donner à ma formation professionnelle un ancrage plus concret dans le domaine de la prévention ainsi que sur les concepts de partenariat et de coordination.

⁵ Evaluation des PRS réalisée par l'Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) et la Société Française de Santé Publique (SFSP) à la demande de la Direction générale de la santé en 1999. Article « Les programmes régionaux de santé » de C.Nicolas, Actualité et dossiers en santé publique, mars 2000, la Documentation française.

1.3 METHODOLOGIE

1.3.1 Documentation

Avant mon arrivée en stage, j'ai consulté des ouvrages généralistes sur la question des dépendances et d'autres plus spécifiques sur la question de la consommation excessive d'alcool⁶. Le site Internet du ministère de la santé m'a permis d'accéder à de nombreuses études et enquêtes réalisées au niveau national sur le sujet. J'ai ainsi pu me documenter sur les méfaits de l'alcool sur la santé, l'importance des consommations d'alcool en France et les évolutions des campagnes de prévention.

Lors d'un module « planification » de la formation des IASS, j'ai étudié les programmes régionaux de santé : historique, exemple de la région Nord - Pas de Calais, évaluations, problématiques les plus fréquentes etc.

1.3.2 Entretiens réalisés

Pour mieux appréhender la coordination existante des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool, dans le Puy de Dôme et en Auvergne, je suis allée à la rencontre de différents acteurs. Ces rencontres se sont déroulées sous la forme d'entretiens semi directifs⁷ sur rendez-vous, dans les locaux de l'institution concernée. D'une durée d'une à deux heures, ces échanges ont été l'occasion d'aborder successivement la fonction de la personne et sa formation, la nature et les modalités de son action, son rôle (ou non) dans l'élaboration du PRS, ses remarques sur les conditions d'élaboration de ce PRS, ses apports et la situation actuelle de l'offre de prévention de l'alcoolisme dans le Puy de Dôme et en Auvergne. Après une phase assez descriptive durant laquelle la prise de note était rigoureuse, une seconde phase de discussion s'amorçait généralement, permettant d'aborder les différentes formes de lutte contre l'alcoolisme, et d'échanger nos visions de la situation auvergnate concernant la consommation d'alcool et la prévention. Enfin, j'ai pu soumettre à différents acteurs mes pistes de réflexion quant à l'amélioration de la coordination des actions pour en débattre et me permettre de mesurer leur faisabilité.

L'analyse des coordinations potentielles m'a permis de les classer en trois niveaux et a orienté le choix des personnes que je souhaitais rencontrer. Ne pouvant rencontrer les

⁶ Cf Bibliographie

⁷ Cf Annexe II: Trame d'entretien d'un acteur de prévention

acteurs de manière exhaustive, j'ai veillé à rencontrer au moins un acteur de chaque catégorie (une seule association d'anciens buveurs par exemple).

Tout d'abord, la coordination est envisageable au niveau des **acteurs de prévention**, aussi les ai-je rencontrés afin d'analyser le degré de coordination existant entre eux.

J'ai dans un premier temps rencontré le délégué régional de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA), qui est également président du Comité Régional de Prévention de l'Alcoolisme (CRPA), puis la présidente du Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA) – structure gestionnaire d'un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Ces déclinaisons territoriales de l'ANPA sont les acteurs privilégiés de la prévention de l'alcoolisme; la structure régionale en particulier a un rôle de coordination des actions de prévention et de formation des professionnels. Le CDPA réalise beaucoup d'interventions dans les écoles, dans les entreprises, sur des chantiers d'insertion... J'ai enfin participé à des réunions relatives à la création d'une fédération d'association entre les associations d'Auvergne et du Puy de Dôme visant à la promotion de la santé (Association Auvergne Promotion Santé).

J'ai également rencontré les membres d'une association d'anciens buveurs, ceux d'une association réalisant les enquêtes sociales rapides à la demande des magistrats pour les prévenus d'infractions routières avec alcool, le service de santé inter-universitaire, une mission locale et un centre de bilan de santé de l'assurance maladie.

Sur les thèmes de la répression et de la prévention dans les établissements scolaires j'ai rencontré un responsable de la Compagnie de Gendarmerie de Clermont-Ferrand; j'ai également pu participer avec le Commandant de l'escadron départemental de sécurité routière de la Gendarmerie à un contrôle coordonné de lutte contre l'alcoolémie réalisé par toutes les brigades motorisées et tous les pelotons d'autoroute du département. Je me suis aussi entretenue des actions réalisées par la Police nationale avec une élève commissaire de police. J'ai enfin rencontré les acteurs institutionnels de prévention: Direction régionale de l'équipement, service prévention de la CPAM.

Enfin, j'ai pu rencontrer le médecin coordinateur du réseau PARAD : patients à risques, abuseurs ou dépendants, réseau expérimental de soins pour une prise en charge ambulatoire par leur médecin traitant des patients en difficulté avec l'alcool.

Le second niveau de coordination qui peut être observé est celui **des financements** des actions de prévention.

Pendant mon stage d'exercice professionnel, j'ai pu suivre la procédure d'attribution des fonds au sein du Comité Régional Exécutif des Actions de Santé (CREAS) – comité des financeurs dans le champ de la prévention sanitaire. J'ai ensuite rencontré l'ensemble des participants à ce comité : DDASS, DRASS, URCAM, Rectorat, Mutualité française. M'interrogeant sur les crédits de prévention non gérés par ce comité des financeurs, j'ai rencontré le responsable des crédits MILDT, celui du programme départemental d'action de sécurité routière (PDASR), et celui des actions de prévention à la Direction départementale de la Jeunesse et des sports.

Le dernier échelon de coordination est celui **des institutions**.

Outre les institutions pré-citées, j'ai rencontré le directeur de la DRASS Auvergne et de la DDASS Puy de Dôme pour discuter de la vision qu'ont ces organismes de la coordination des actions de prévention et des pistes éventuelles d'évolution du PRS. J'ai participé à des réunions de travail autour du Plan Régional Santé, outil par excellence de la coordination des différents éléments de programmation et de planification en Auvergne.

Ces entretiens m'ont permis d'alimenter les différentes étapes de ma démarche : tout d'abord la réponse à la question : « L'existence d'un PRS « Alcool » en Auvergne permet-elle une coordination adéquate des acteurs de prévention de la lutte contre l'alcoolisme ? », qui a abouti au constat d'un déficit en coordination. Puis la recherche des causes de ce déficit et enfin, les pistes d'évolution envisageables pour réduire ces causes et renforcer la coordination des acteurs de prévention de l'alcoolisme en Auvergne.

2 - L'IMPORTANCE DU PROBLEME ALCOOL EN AUVERGNE ET LES DIFFICULTES DE LA PREVENTION

2.1 LA PROBLEMATIQUE « ALCOOL »

2.1.1 La consommation d'alcool en France et ses risques

En 1996, les français consommaient 16 litres d'alcool pur par an et par adulte de plus de 15 ans. Même si l'on note une diminution régulière depuis trente ans (22 litres en 1970), la France se situe toujours en première position des pays de l'Union Européenne⁸.

Durant les dix dernières années, certains changements de pratiques concernant la consommation d'alcool sont apparus, notamment chez les jeunes : abandon du vin au bénéfice de la bière et des alcools forts, interaction des comportements d'alcoolisation avec d'autres facteurs de société tels la toxicomanie et l'exclusion⁹. En 1995, 65% des jeunes de 12 à 18 ans contre 47% en 1991 déclaraient consommer de l'alcool, la part des alcools forts ayant doublé pendant cette période⁷.

Chaque année en France, 23 000 personnes décèdent d'une consommation excessive d'alcool, hors accidents de la circulation¹⁰. Ces décès se répartissent en cancers pour 11 706 personnes (cancers des lèvres, de la cavité buccale ou du pharynx, cancers de l'œsophage, cancers du larynx), 8 863 cirrhoses et 2 541 suites d'alcoolodépendance. Outre ces décès qui lui sont directement attribuables, l'alcool agit comme « facteur associé » impliqué dans de nombreux autres cas. Globalement, on estime à 45 000 le nombre de décès, directement ou indirectement imputables à l'alcool.

80% de ces décès touchent la population masculine.

⁸. REYNAUD M, PARQUET PJ. *Les personnes en difficulté avec l'alcool*. Rapport de mission établi à la demande de la Direction générale de la santé et de la Direction des hôpitaux. CFES, 1998. 293p

⁹ FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé). *La santé observée dans les régions de France*. Synthèse des tableaux de bord régionaux de santé. 1992

¹⁰ MICHEL E., JOUGLA E. La mortalité liée à l'imprégnation éthylique en France en 1998. DRESS, Etudes et résultats N°153, 2002.

Outre ces risques sanitaires à long terme (cancers, maladie du foie, troubles cardiovasculaires, maladies du système nerveux et troubles psychiques – anxiété, dépression, troubles du comportement), la consommation d'alcool présente des risques sociaux : diminution de la vigilance, souvent responsable d'accidents de la circulation ou du travail (présence d'une alcoolémie illégale dans un accident mortel sur trois); pertes de contrôle de soi qui peuvent conduire à des comportements de violence, à des passages à l'acte : agressions sexuelles, suicide, homicide; exposition à des agressions en raison d'une attitude parfois provocatrice ou du fait que la personne en état d'ébriété n'est plus en état de se défendre.

Le Comité Français d'Éducation à la Santé (CFES) estime à 5 millions le nombre de personnes ayant en France des problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux en relation avec une consommation excessive d'alcool¹¹.

Pour limiter les risques liés à une consommation excessive d'alcool, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande de respecter les repères de consommation suivants :

- Consommations régulières :
 - Pour les femmes : moins de 14 unités d'alcool¹² par semaine (soit 2-3 verres par jour).
 - Pour les hommes : moins de 21 unités d'alcool par semaine (soit 3-4 verres d'alcool par jour).
 - Au moins une journée par semaine sans aucune boisson alcoolisée.

- Consommations occasionnelles :
 - Pas plus de quatre unités d'alcool en une seule occasion.

- Pas de consommation d'alcool pendant la grossesse, pendant l'enfance, quand on conduit un véhicule ou une machine dangereuse, quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance, quand on prend certains médicaments, dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale active...).

¹¹ ETIEMBLE J. Expertise collective *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. INSERM, 2003.

¹² Une unité d'alcool contient 10g d'éthanol, c'est la quantité d'alcool contenu dans un verre standard (la taille et la forme traditionnelle des verres sont adaptés à la densité en alcool des différentes boissons alcoolisées).

Evidemment, il n'existe pas de frontière nette entre une consommation d'alcool sans risque et une consommation dangereuse. Il est seulement possible de dire que si l'on respecte ces conseils, le risque d'avoir un problème en raison de sa consommation d'alcool est faible et que plus on dépasse les limites indiquées, plus le risque est important. Selon chaque individu, les effets de la consommation d'alcool sont différents, aussi bien les effets immédiats que les effets à long terme. La consommation d'alcool présente un risque de dépendance. Il est possible d'identifier différentes situations des consommateurs : le consommateur à risques, abuseur ou bien dépendant. A chacun de ces degrés, le message de santé publique transmis et la prise en charge devront être adaptés.

2.1.2 Les représentations sociales liées à la consommation d'alcool

A la demande du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation à la santé), et de l'Assurance maladie, une étude qualitative exploratoire sur « Les hommes et l'alcool » a été menée par l'institut Sorgem. Elle avait pour but de comprendre les comportements, attitudes et représentations que les hommes entretiennent avec l'alcool et d'identifier les noyaux de résistance aux messages de prévention. De même que les autres publications sur le sujet¹³, cette enquête fait ressortir le fort enracinement de l'alcool dans la culture française et dans l'imagerie traditionnelle de l'homme. Cet enracinement est si fort que l'alcool participe à la construction de l'identité des hommes à trois titres :

- L'alcool, c'est la France, la région d'où l'on vient : il est indissociable de la culture française, de la gastronomie, de l'art de vivre à la française,
- L'alcool, c'est l'héritage du père : l'alcool est une valeur transmise de père en fils, avec une dimension généalogique et symbolique forte,
- L'alcool c'est le symbole de la virilité, l'alcool est également un lien entre les hommes (bande de copains, collègues), Toutefois, la virilité n'est pas présentée par les hommes interrogés comme la résistance physique à l'alcool, la virilité réside plutôt dans la maîtrise et la connaissance de soi. Chaque homme se fixe lui-même ses limites, que ce soit pour rester sobre ou pour boire jusqu'à l'ivresse.

¹³ GOT C. *La santé*. Flammarion, 1992. 450 p.

MIGNON P. *Les « toxicomanies » légales*. Problèmes politiques et sociaux, Dossiers d'actualité mondiale. N°704. La documentation française, 1993. 60 p.

Cet attachement affectif et culturel à l'alcool et aux plaisirs qu'il procure entraîne chez les consommateurs une véritable difficulté à évaluer de manière objective les effets et les risques liés à sa consommation. Par conséquent, les messages de prévention, fondés sur des données objectives et universelles sont souvent accueillis avec scepticisme et incrédulité. Les hommes ont tendance à sous-estimer systématiquement leur consommation, ce qui est une manière de ne pas se comptabiliser parmi les buveurs excessifs et de minimiser les conséquences de cette consommation sur la santé. Le vin, consommé régulièrement est assimilé à un aliment, cette sorte de légitimité renforce l'idée qu'il est sans risque, voire bénéfique pour la santé.

2.1.3 Les difficultés de la prévention

L'alcoolisme, à la fois phénomène social, économique, culturel, psychologique et sanitaire ne peut recevoir une réponse qui ne soit transversale et multiple. Une approche hygiéniste, se bornant à énoncer qu'il ne faut pas boire parce que cela nuit à la santé, et à délivrer un message de façon indifférenciée à toutes les couches de la population en faisant appel au sens moral des individus serait inopérante¹⁴.

Une expertise collective sur les effets sanitaires de la consommation d'alcool, « Alcool, effets sur la santé », réalisée par l'INSERM¹⁵ fait ressortir l'impossibilité d'établir une recommandation de consommation minimale (ou optimale) pour la population générale. En effet, les lacunes des connaissances du type de relation entre l'alcool et la santé ne permettent pas d'établir de doses-seuil (vraisemblablement parce qu'il existe un continuum dans l'apparition des différentes pathologies). De plus, la consommation à risques est différente chez les hommes et chez les femmes, et dépend de la corpulence, de l'âge et des facteurs associés. Il existe également des différences individuelles dans les effets tenant aux modes de consommation et aux prédispositions génétiques. De ce fait, les campagnes d'information et de prévention doivent intégrer ces différentes situations et les **messages** être **adaptés** en conséquence. Les messages de santé publique doivent être différents pour les hommes et pour les femmes (les femmes ont un risque de développer une cirrhose pour un niveau de consommation plus faible que chez les hommes), ainsi que pour les différentes tranches d'âge. *Entre 18 et 44 ans, l'alcool consommé de manière excessive provoque des*

¹⁴ GIRARD J.F. *Quand la santé se fait publique*. Hachette littérature, Septembre 1998. 258 p.

¹⁵ Expertise collective réalisée à la demande de la CNAMTS (Caisse nationale des travailleurs salariés), du CFES (Comité français d'éducation à la santé) et de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie). INSERM, 2002.

décès par intoxication, accidents. Le temps nécessaire pour le développement d'une cirrhose étant estimé à 20-25 ans, la consommation excessive dans cette période aura des conséquences à partir de 45-64 ans. Si la mortalité due à l'imprégnation chronique ne représente que 1% des décès avant 35 ans, elle en représente 20 à 25% chez les hommes de 45 à 64 ans. Le message doit également se modifier après 65 ans.

Les campagnes d'information et de prévention doivent également tenir compte des niveaux de consommation : effets potentiellement bénéfiques pour une consommation de 0 à 20 g d'éthanol par jour (10g/j maximum pour les femmes), augmentation modérée de l'hypertension et du risque de cancer entre 20 et 50g/j d'alcool, risque démontré de cirrhose et risque de cancer des voies aérodigestives supérieures doublé (voire multiplié par 10 à 20 lorsque la consommation d'alcool est associée au tabagisme chronique) à partir de 50g/j d'alcool.

Les campagnes doivent également tenir compte des situations particulières :

- pour les femmes enceintes, le risque d'un poids de naissance plus faible de l'enfant apparaît dès une consommation de 20g/j, ainsi que des effets sur le développement cognitif. Le syndrome d'alcoolisation fœtale apparaît pour des consommations très élevées. L'abstinence est donc à recommander dès qu'un projet de grossesse est en cours.
- Pour les populations consommant des médicaments, une information est nécessaire sur les conséquences de leur consommation d'alcool.
- Enfin, il faut prendre en compte les facteurs de vulnérabilité : susceptibilité génétique individuelle aux effets de l'alcool, surpoids, malnutrition...

2.2 LA LUTTE CONTRE LES CONSOMMATIONS EXCESSIVES D'ALCOOL : UNE PRIORITE REGIONALE DE SANTE EN AUVERGNE

2.2.1 Caractéristiques de l'Auvergne et du Puy de Dôme

La région Auvergne est composée de quatre départements : le Puy de Dôme (63) - Clermont-Ferrand, chef lieu du département du Puy de Dôme est également chef lieu de région - l'Allier (03), le Cantal (15) et la Haute-Loire (43).

- ✓ Le monde rural, la composante principale du paysage auvergnat

La région Auvergne s'étend sur une superficie de 26 013 km² et sa population est de 1 310 157 habitants (effectif en baisse depuis plusieurs décennies, à cause d'un déficit naturel fort). Il en résulte une densité moyenne de 50 hab/km².

Cette moyenne n'est toutefois pas réellement significative car la population n'est pas répartie de manière homogène. Ainsi, le Puy de Dôme regroupe presque la moitié de la population auvergnate pour moins d'un quart de la surface de l'Auvergne (605 606 habitants et 7 970 km²). La densité est de 76 hab/km² dans le Puy de Dôme, contre 26 hab/km² dans le Cantal, 42 en Haute-Loire et 47 dans l'Allier. D'après l'INSEE, 75% du territoire régional sont à dominante rurale.

De part son effectif, le Puy de Dôme domine les trois autres départements et l'influence de la métropole clermontoise lui confère son rôle économique, politique et administratif de poids. L'espace urbain clermontois constitue au sein du Massif central le seul système urbain autonome de dimension européenne.

- ✓ Un vieillissement de la population marqué, notamment dans les campagnes
Les personnes de plus de 60 ans représentent 25,6% de la population auvergne (contre une moyenne nationale de 21,3%). La carte communale de la part des plus de 75 ans montre que ce sont en général les campagnes qui regroupent en proportion le plus de personnes âgées.
Depuis 1982, les classes d'âge les plus représentées ont vu leur moyenne d'âge augmenter, tandis que l'effectif des classes plus jeunes est en diminution.

- ✓ L'organisation de l'administration sanitaire et sociale
L'installation de la DRASS Auvergne et de la DDASS du Puy de Dôme dans un bâtiment commun s'est accompagnée d'une mise en commun du secrétariat général. La tenue de comités de direction communs à la DRASS et à la DDASS Puy de Dôme facilite la circulation des informations entre les deux entités. Ainsi, le travail en commun des deux structures est-il facilité.
Les voies de communication de la région ne permettent pas de compenser son étendue et les distances sont des freins aux communications entre départements. Au sein du bâtiment commun à la DRASS Auvergne et à la DDASS du Puy de Dôme, un système de visioconférence a été installé, ainsi que dans les trois autres DDASS, facilitant la tenue de réunions communes.

2.2.2 La consommation d'alcool en Auvergne

L'Auvergne présente un des taux de mortalité liée à l'alcool les plus élevés¹⁶ et se situe en première position des régions françaises pour la consommation d'alcool chez les jeunes¹⁷. En 1992, le taux des décès en Auvergne liés à l'alcool s'élevait à 24 pour 100 000 habitants, plaçant la région en quatrième position après le Nord - Pas de Calais (taux de 32), la Haute-Normandie et la Bretagne (taux de 27). Les taux respectifs des quatre départements atteignaient 28 pour l'Allier, 24 pour la Haute-Loire, 22 pour le Puy de Dôme et 20 pour le Cantal¹⁶.

En 1993-1995, en terme d'indices comparatifs de mortalité (ICM)¹⁸, l'Auvergne occupait une place intermédiaire en ce qui concerne les causes imputables à une consommation excessive d'alcool. En effet, si les femmes sont peu concernées (l'Auvergne se situant parmi les 5 régions les moins touchées), les hommes, à l'opposé présentent une surmortalité, la région se situant dans le premier tiers, avec un ICM de 125 (le Nord-Pas-de-Calais a l'ICM le plus fort : 175). Cette différence avec la moyenne française (100) est significative pour la cirrhose du foie, la psychose alcoolique et l'alcoolisme mais ne l'est pas pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures¹⁹.

2.2.3 Le choix de la conférence régionale de santé : la consommation d'alcool comme déterminant de l'état de santé de la population

En 1996, la Conférence Régionale de Santé a désigné la consommation excessive d'alcool comme déterminant de l'état de santé de la population. Ce choix s'est fait à partir du ressenti des membres de la conférence, sans véritables informations et données régionales concernant l'ampleur de ce phénomène. Aussi, une étude épidémiologique de morbidité a-t-elle été lancée, première étape avant la rédaction d'un programme régional de santé.

¹⁶ FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé). *La santé observée dans les régions de France*. Synthèse des tableaux de bord régionaux de santé, 1992.

Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne. *L'alcool et ses conséquences sur la santé en Auvergne*. La santé observée, 1994. Fiche 8-1.

¹⁷ CHOQUET M. LEDOUX S. *Adolescents Enquête nationale*. INSERM, 1994.

¹⁸ L'indice comparatif de mortalité est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine=100).

¹⁹ ORS Auvergne. *L'alcool et ses conséquences sur la santé en Auvergne*. 1999. Sources ; INSERM SC8 INSEE estimation au 11/1/1994 et 1/1/1995

2.2.3.1 Réalisation de l'étude épidémiologique de morbidité en Auvergne

Un projet intitulé « alcoolisation excessive en Auvergne. Recherche Action, Mise en réseau » a été élaboré fin 1996 au CHU de Clermont-Ferrand, dans le service de psychiatrie d'adultes du Professeur REYNAUD. Ce projet, comportant un volet épidémiologique a été retenu lors d'un appel d'offre du Réseau National de Santé Publique (Fonds d'Intervention en Santé Publique).

Un groupe de travail associant la DRASS Auvergne, les DDASS de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy de Dôme, l'Ordre des médecins du Puy de Dôme, l'Union des médecins libéraux d'Auvergne (UMLA) ; le CHU de Clermont-Ferrand, l'Observatoire régional de la santé en Auvergne (OBRESA), le comité régional et les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CRPA, CDPA), les Centres de cure ambulatoire en alcoologie départementaux (CCAA), s'est réuni semestriellement afin de mettre en place le projet global, de superviser le déroulement de l'étude et d'envisager le déroulement des actions de santé publique devant en découler.

L'étude réalisée a été de type descriptif transversal « un jour donné » (le 28 mai 1998), dans trois populations en soins : patients hospitalisés, consultants de médecine généralistes d'exercice libéral et consultants psychiatres également libéraux, à partir de 16 ans. Pour interroger les patients, le questionnaire DETA Diminuer Entourage Trop Alcool²⁰ a été utilisé.

²⁰ Le sigle DETA est composé à partir du mot principal de chaque question. Il s'agit du questionnaire CAGE quand celui-ci est formulé en anglais.

QUESTIONNAIRE DETA :

AVEZ-VOUS DEJA RESSENTI LE BESOIN DE DIMINUER VOTRE CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISEES ?

VOTRE ENTOURAGE VOUS A-T-IL DEJA FAIT DES REMARQUES AU SUJET DE VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL ?

AVEZ-VOUS DEJA EU L'IMPRESSION QUE VOUS BUVIEZ TROP ?

AVEZ-VOUS DEJA EU BESOIN D'ALCOOL DES LE MATIN POUR VOUS SENTIR EN FORME ?

Deux réponses positives ou plus sont en faveur d'un problème lié à la consommation d'alcool.

Cet auto-questionnaire est considéré comme un outil performant de dépistage d'un « problème-alcool », même s'il ne permet pas de distinguer alcoolo-dépendance, abus d'alcool, consommation excessive, consommation à risques ou consommation à problème.

L'alcoolisation excessive regroupe trois types de patients :

- patients ayant un diagnostic d'abus quel que soit leur score DETA,
- patients ayant un diagnostic de dépendance quel que soit leur score DETA,
- patients n'ayant pas de diagnostic d'abus ou de dépendance et un score DETA supérieur ou égal à deux, qualifiés de non diagnostiqués.

2.2.3.2 Résultats de l'enquête

L'enquête hospitalière a concerné 9 552 lits de la région (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation). 7 826 personnes étaient hospitalisées le jour de l'étude et les résultats portent sur 6 902 patients (participation de 87%)

Il ressort de l'enquête hospitalière que la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive peut être estimée entre 17,5% et 20% parmi les patients hospitalisés. Elle est comprise entre 29 et 34% chez les hommes hospitalisés et elle est estimée à 8% chez les femmes hospitalisées.

Le type d'alcoolisation et son importance varient par **tranches d'âge** :

- Près de 20% des jeunes de 16 à 20 ans présentent une alcoolisation excessive (dominée par l'abus). La moitié d'entre eux ne sont pas diagnostiqués,
- Entre 34 et 37 ans, il existe une nette rupture avec une augmentation globale de l'alcoolisation, la dépendance devenant de plus en plus importante par rapport à l'abus,
- Le pic se situe entre 41 et 45 ans (plus de 40%), avec cependant une prévalence restant élevée (plus de 30%) entre 36 et 55 ans puis la diminution régulière après 55 ans.
- La proportion de patients non diagnostiqués est identique à tous les âges (20%), à l'exception notable de 50% pour les jeunes de 16 à 20 ans.

La prévalence de l'alcoolisation excessive en fonction de la **situation familiale** permet de mettre en évidence certains facteurs de risque (de protection ou de vulnérabilité) : les veufs, en moyenne plus âgés, n'ont pas de problèmes avec l'alcool à 94% ; les patients mariés présentent une alcoolisation excessive pour 20% d'entre eux (prévalence identique à celle de la population totale de l'étude; 31% des célibataires présentent une alcoolisation excessive (la moitié d'entre eux sont dépendants); enfin, plus de 45% des patients divorcés présentent une alcoolisation excessive, deux tiers d'entre eux étant dépendants.

De même, des différences peuvent être observées quant à la **situation professionnelle** des personnes hospitalisées : si 87% des retraités et 75% des actifs et des étudiants n'ont pas de problème d'alcool, 50% des chômeurs et 60% des bénéficiaires du RMI présentent une alcoolisation excessive.

La consommation de tabac apparaît nettement associée à la consommation d'alcool. Les résultats confirment cette co-morbidité connue : parmi les patients hospitalisés n'ayant pas de problème avec l'alcool, 14% des femmes et 25,5% des hommes fument. En revanche, lorsqu'il y a alcoolisation excessive, la consommation de tabac est nettement plus élevée : elle atteint près de 61% chez les femmes et 58% chez les hommes.

L'enquête auprès des consultants libéraux concernait un échantillon de 288 médecins représentatifs de la population des médecins généralistes en Auvergne. La participation de la moitié d'entre eux a permis de recueillir 2 010 questionnaires.

L'enquête auprès des psychiatres a permis de recueillir des données sur 327 personnes.

En définitive, cette étude a permis une étude épidémiologique de la morbidité liée à l'alcool en Auvergne. Les résultats paraissent fiables et peuvent être comparés à ceux recueillis au

niveau du département des Yvelines (selon une méthodologie très proche). Ils ne mettent en évidence qu'une seule spécificité nette de l'Auvergne : l'importance de l'alcoolisation excessive chez les jeunes, concernant 17% d'entre eux de 16 à 25 ans, et par ailleurs l'importance des cas non repérés.

2.2.4 Les atouts de l'Auvergne dans la lutte contre la consommation excessive d'alcool

Avant même la mise en place du programme régional de santé « Alcool en Auvergne », la région disposait d'atouts dans la lutte contre la consommation excessive d'alcool :

- Une mobilisation des acteurs locaux qui s'est traduite, entre autres, par le choix du jury de la première Conférence Régionale de Santé, de retenir la consommation excessive d'alcool comme un des déterminants majeurs de la santé des Auvergnats et par l'organisation à l'initiative du Rectorat, dans le cadre des Etats généraux de la santé, d'une conférence débats et d'ateliers destinés aux personnels de l'Education Nationale (mars 1999).
- Une offre de formation variée : Diplôme universitaire « conduites addictives », capacité « alcoologie et toxicomanies », actions proposées par la délégation régionale de l'ANPA aux personnels des unités de consultation ambulatoire en milieu pénitentiaire ou aux équipes des services hospitaliers assurant la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Ce thème est également inscrit par l'ANFH (Association de formation permanente des personnels hospitaliers) dans son programme régional.
- Une organisation des soins en constante évolution, marquée par la création d'équipes de liaison intra hospitalière et d'un réseau « ville-hôpital » sur le département du Puy de Dôme ayant reçu un avis favorable de la commission Soubie (mars 1999). Des projets d'équipe de liaison ont également été élaborés par certaines structures (trois centres de post-cure, des centres de cure ambulatoire en alcoologie, et des services psychiatriques).

Les obstacles rencontrés ne sont quant à eux pas spécifiques à la région : difficulté de la prévention primaire (ambivalence des représentations vis à vis de l'alcool, écart entre la compréhension intellectuelle des messages et les comportements réels, incompatibilité entre deux temporalités : celle des actions qui doivent nécessairement s'inscrire dans la durée et la répétition et celle des financeurs qui souhaitent obtenir rapidement des résultats) et difficultés quant à la pérennité des crédits.

2.3 L'ELABORATION D'UN PROGRAMME REGIONAL DE SANTE SUR LA THEMATIQUE « ALCOOL »

2.3.1 Les fondements juridiques des PRS

Le concept de programme régional de santé est né de **l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé**. Elle définit les missions des conférences régionales de santé en leur confiant le soin « d'établir les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programme dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le Préfet de région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population ».

Le **décret n°97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé**, repris dans le Code de la Santé Publique (CSP), précise les contours de ces PRS. En vertu de **l'article L710-24 du CSP**, la conférence régionale de santé réunie chaque année sous l'égide du préfet de région, détermine les priorités de santé publique. Selon **l'article R 767-6**, parmi ces priorités, le préfet de région décide de celles qui feront l'objet de programmes pluriannuels. Ces programmes comportent des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Ils sont élaborés et mis en œuvre en concertation avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions, et les établissements de santé, les professionnels et les associations. Ce même article prévoit l'élaboration d'indicateurs permettant de procéder à l'évaluation de ces programmes.

La **circulaire de la Direction Générale de la Santé n°97-731 du 20 novembre 1997**, relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé présente les objectifs et les caractéristiques des programmes régionaux de santé : « Centrés sur l'amélioration de la santé de la population, ancrés dans une réalité régionale, portés par la réflexion des acteurs, les programmes régionaux de santé sont des instruments privilégiés pour la mise en œuvre des priorités de santé publique identifiées par la conférence régionale de santé. Ils permettent en effet, avec l'ensemble des acteurs concernés, d'élaborer les objectifs et de mettre en œuvre les activités les plus à même de diminuer l'importance des problèmes de santé prioritaires pour chaque région ». Depuis leur mise en place à titre expérimentale en 1994 sous l'appellation de projets régionaux de santé, « ils ont montré leur capacité à mobiliser les acteurs, à créer de la cohérence entre les actions et les financements existants, à structurer par une approche globale les activités de promotion de

la santé, de prévention, de soins et d'insertion ».

Fin 1999, il y avait 73 PRS en France, répartis dans 26 régions.

2.3.2 L'élaboration du PRS « Alcool en Auvergne »

Après que la Conférence régionale de santé ait retenu la problématique de la consommation excessive d'alcool comme priorité régionale de santé et suite à l'enquête réalisée, la décision a été arrêtée d'élaborer un programme régional de santé sur cette thématique de l'alcool.

Le coordonnateur du PRS est Madame Lonchambon : médecin inspecteur de santé publique de la DRASS. Madame Lonchambon était toute désignée puisqu'elle avait l'expérience du PRS Cancer dont elle était la coordinatrice et qu'elle avait accompagné l'enquête épidémiologique.

Pour entrer dans le cadre du « label PRS », la **Programmation Stratégique des Actions de Santé (PSAS)** a été respectée, Madame Lonchambon ayant été formée à cette forme de programmation avec tout le groupe du PRS Cancer. La programmation stratégique des actions de santé vise à développer progressivement avec l'ensemble des acteurs concernés les actions les mieux adaptées au contexte régional, en vue d'apporter des solutions à moyen terme à un problème de santé identifié comme prioritaire. L'une des caractéristique de la PSAS est l'importance qu'elle accorde aux différents acteurs : décideurs, institutionnels, professionnels et associatifs. L'élaboration d'un projet de santé n'a de sens que s'il est réalisé, et il ne le sera que si les personnes qui le mettront en œuvre ont été associées à sa formulation. L'autre caractéristique est la formulation d'un document de projet comportant objectifs, méthodes, ressources, et nom d'un responsable. Ce document est une véritable charte entre les partenaires associés à la mise en œuvre du programme.

Un **groupe de programmation** d'une vingtaine de personnes a été réuni pour élaborer les objectifs du PRS. Le choix des membres de ce groupe a été réalisé par Madame Lonchambon, avec validation du Directeur de la DRASS, dans le but d'obtenir un groupe connaissant bien la problématique alcool et riche d'approches diverses. Ainsi, les membres du groupe venaient d'associations d'anciens buveurs : Vie Libre (63 et 03), des CDPA (03, 63 et 15), du CODES 15, de l'Association régionale des missions locales, de la CPAM 63, de l'URCAM, de la DRJS, de la Brigade motorisée de Clermont-Ferrand, d'un lycée professionnel (infirmière) ainsi que d'établissements hospitaliers des quatre départements : services de psychiatrie, Centre médico-psychologique, service des urgences. Les quatre Conseils généraux ont également reçu une invitation pour participer à ce groupe de

programmation.

Ce groupe de programmation s'est réuni pour définir les objectifs du programme régional de santé et les modalités de mise en œuvre. L'annonce du PRS a été officiellement réalisée à la Conférence Régionale de Santé de 1999 (qui s'est tenue début 2000).

2.3.3 Les objectifs du PRS

Le Programme Régional de Santé « Alcool en Auvergne : vers une consommation maîtrisée et une prise en charge dynamique » est composé de deux objectifs généraux, déclinés chacun en trois objectifs opérationnels.

2.3.3.1 Premier objectif général : « Obtenir une diminution régulière et sur la durée de l'ensemble des comportements d'alcoolisation de la population auvergnate, en particulier les jeunes 15-25 ans quel que soit leur mode d'insertion »

Trois objectifs opérationnels déclinent ce premier objectif général :

Le premier vise à « diminuer la prévalence des conduites de consommation de boissons alcoolisées chez les moins de 16 ans ».

Le second vise à « diminuer la prévalence des conduites d'usage nocif de l'alcool, en particulier chez les jeunes et chez toute personne en situation à risques (précarisation, exclusion, isolement, grossesse, conduite automobile) ».

Le troisième objectif vise à « suivre de manière directe ou indirecte l'évolution des comportements de consommation par un recueil de données régionales ».

Ce premier objectif est significatif de la volonté de prendre en compte l'ensemble des comportements d'alcoolisation de toute la population auvergnate, mais également de la limite de la démarche de prévention. Ainsi, les jeunes sont plus spécifiquement ciblés par les objectifs du PRS et cela pour trois raisons :

Tout d'abord, les enquêtes régionales font ressortir une surconsommation d'alcool chez les jeunes auvergnats par rapport aux jeunes français.

Ensuite, le message de santé publique est plus difficilement efficace auprès des adultes qui ne se sentent pas concernés par le problème, ne sont pas facilement atteignables par les actions de prévention. Au contraire, les jeunes sont plus

malléables et peuvent plus aisément intégrer dans leur construction les messages de santé publique, même si dans un premier temps ils ne l'intègrent pas nécessairement dans leur conduite.

Enfin, les jeunes peuvent être un vecteur efficace pour que les messages de prévention atteignent les adultes. Un jeune sensibilisé aux dangers de l'alcool pourra par ses questions ou ses remarques conduire son entourage à avoir une attitude qui serve de bon exemple.

Les personnes en situation de précarité ou d'insertion sont également spécifiquement visées. Ces populations sont en effet plus concernées par le problème de l'alcool. Elles sont également plus facilement touchables par les messages de prévention car en contact avec beaucoup d'institutions sociales (modules d'information dans les chantiers d'insertion par exemple).

Enfin, la grossesse et la conduite automobile sont deux situations où le message de santé publique est le plus clair puisque les dangers sont bien connus et le public très sensible au message de santé dans le cas des femmes enceintes et puisqu'il existe une restriction légale à la consommation d'alcool dans le cas de la conduite automobile. De plus, dans ces deux situations, les conséquences d'une consommation excessive d'alcool se constatent à très court terme ou moyen terme.

Pour la conduite automobile, des indicateurs de suivi peuvent être mis en place pour avoir un retour assez rapide d'efficacité des messages de prévention.

2.3.3.2 Second objectif général: « assurer à échéance de 5 ans à toute personne en difficulté avec l'alcool une prise en charge de qualité, quel que soit son point de contact avec le dispositif médico-social, que ce soit dans les domaines de la prévention ou du soin »

Trois objectifs opérationnels déclinent ce deuxième objectif général :

Le premier objectif opérationnel vise à « disposer, dans chaque département d'un vivier d'intervenants formés et coopérants entre eux, quelles que soient la nature de leur mission (prévention, répression, soins, accompagnement, réinsertion) et leur appartenance institutionnelle ».

Le second vise la **coordination des soins** : « doter en 5 ans chaque département d'un dispositif « soins » coordonné, associant secteurs ambulatoire et hospitalier, pouvant évoluer à terme vers un réseau « addictions » ».

Le dernier objectif opérationnel prévoit de « développer l'**aide méthodologique** à l'élaboration de projets à partir d'une meilleure connaissance des approches préventives existantes ».

Ce second objectif général concerne donc l'aspect prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Pour autant, cet aspect ne doit pas être totalement écarté d'une étude sur la prévention des consommations excessives d'alcool. En effet, la coordination réalisée entre les acteurs pour la prise en charge peut être bénéfique à la prévention, beaucoup d'acteurs pouvant intervenir sur les deux aspects. De plus, la prévention et le repérage des personnes en difficulté avec l'alcool sont très imbriqués. La formation des acteurs et l'aide méthodologique à l'élaboration de projets concernent quant à eux directement l'axe de prévention.

2.3.4 Les actions prévues

Pour chaque objectif opérationnel, le PRS prévoit différentes actions, les partenaires impliqués, le calendrier et les critères d'évaluation. La plupart des actions figurant dans le PRS « Alcool en Auvergne » sont de portée générale. Elles peuvent être regroupées selon différents grands axes :

- **promouvoir les actions de prévention** (à destination des jeunes et à destination des publics précarisés),
- **développer la coordination** (promouvoir les CESC, développer la connaissance réciproque des différents intervenants, inciter les acteurs à s'organiser en réseau),
- **développer une politique régionale d'éducation à la santé** pour développer chez le jeune la confiance dans ses capacités de choix et de jugement ou pour développer chez les 16-25 ans les comportements favorables à la santé,
- **sensibiliser l'entourage** ou les intervenants autour des personnes ciblées (personnel de l'Education Nationale, intervenants auprès des responsables d'actes de délinquance liés à la consommation d'alcool), **sensibiliser les professionnels** (médecins pour le remplissage des certificats de décès, médecins et DIM pour l'utilisation du CHM 631-éthylisme et dépendance), sensibiliser tous les intervenants à l'utilité des mouvements d'anciens buveurs,
- **développer la formation** : formation des professionnels et bénévoles au contact des publics les plus démunis, compétence des acteurs concernant le repérage, le diagnostic, et la conduite à tenir face aux comportements de consommation

dommageables, création d'un centre ressource sur les méthodes et outils de prévention,

- **Réalisation d'enquêtes** : Conduire une enquête épidémiologique sur les comportements de consommation des femmes enceintes, réaliser une exploitation en temps réel des certificats de décès, développer une étude des données PMSI « alcool-toxicomanie-tabac »,
- **Dynamiser le dispositif de prise en charge** : promouvoir une stratégie commune des CCAA, développer les performances du secteur hospitalier dans la prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool,
- **Evaluer les actions entreprises** : réaliser un état des lieux des actions déjà réalisées, conduire une enquête à visée évaluative d'une action réalisée par des lycéens de Moulins en 97/98 afin de mieux cerner les leviers qui pourraient conduire à une modification du comportement des jeunes vis à vis de l'alcool.

2.3.5 Les groupes de travail

Les objectifs du PRS sont en majorité axés autour des jeunes de 19 à 25 ans. De ce fait, une sorte de co-pilotage du PRS a été assuré par le Rectorat. Quatre groupes de travail ont été mis en place en fonction des tranches d'âges : groupe « 1^{er} degré, » groupe « 2nd degré », groupe « lycée/université » et groupe « hors temps scolaire »

Les groupes du 1^{er} et du 2nd degré sont arrivés à la conclusion qu'une forte coordination était nécessaire entre les interventions sur ces deux tranches d'âge, c'est pourquoi ces deux groupes ont fusionné en un groupe unique « primaire/ collège ». Ces groupes devaient référer de leur travail au médecin conseiller technique du Recteur qui devait lui-même en présenter le bilan au médecin de la DRASS coordonnateur du PRS.

Le groupe primaire et second degré, composé de représentants du Rectorat, du CDPA, du Conseil général, de l'Inspection académique, de la CPAM et d'une assistante sociale, a travaillé sur trois sites expérimentaux. Leur objectif était de réaliser un cadrage avec des objectifs communs et des objectifs opérationnels spécifiques afin de structurer les actions existantes, de leur donner plus de lisibilité. Ce travail a porté des fruits mais s'est arrêté du fait du changement des équipes sur les trois territoires et des modifications de priorités des nouvelles équipes : ce travail lourd et bénévole n'a plus été soutenu.

Le groupe lycée/université était composé de représentants du Service de Santé Inter universitaire (SSIU), de l'URCAM, du CDPA de l'Allier, de chefs d'établissements scolaires, de parents. Ce groupe existait avant l'élaboration du PRS. Le travail du groupe a abouti à l'élaboration d'un guide « Alcool et Jeunes » à destination de tous les personnes de l'Education nationale et de l'Enseignement privé sous contrat. Ce guide décrit les conduites à tenir face à un jeune en difficulté avec l'alcool. Ce travail a été repris par le SSIU pour l'adapter au public des étudiants.

Le groupe « jeunes hors temps scolaire » a travaillé sur l'élaboration d'un module de prévention : « le labyrinthe » qui est actuellement en cours de réalisation. Ce projet très important a impliqué beaucoup de jeunes dans sa conception et sa fabrication.

Il ressort de ces objectifs et de ces actions que le programme régional de santé vise à obtenir un développement des actions de prévention et une bonne coordination des acteurs de prévention et de soins et des actions proposées. Il est donc intéressant, dans la troisième année de mise en œuvre du PRS d'étudier la structuration de l'offre de prévention de la consommation excessive d'alcool en Auvergne et plus particulièrement dans le Puy de Dôme.

2.4 ETAT DES LIEUX DE LA COORDINATION DES ACTIONS DE PREVENTION DES CONSOMMATIONS EXCESSIVES D'ALCOOL EN AUVERGNE

Grâce aux entretiens réalisés avec les acteurs du champ de la prévention, j'ai pu dresser un état des lieux de la coordination des actions de la prévention des consommations excessives d'alcool en Auvergne, depuis la mise en œuvre du PRS.

2.4.1 Les coordinations existantes

Beaucoup d'actions de prévention sont réalisées en Auvergne et dans le Puy de Dôme : interventions dans des écoles (CDPA, gendarmerie, police, service prévention de la CPAM, sécurité routière, prévention routière, associations etc.), dans les entreprises, dans les centres de loisirs, dans les missions locales, sur les chantiers d'insertion, dans des colloques spécifiques, au cours de manifestations ... Il est intéressant pour l'efficacité du message de santé publique qu'il soit transmis de manière différentes, abordé sous différents axes et répété. Mais il faut que ces interventions soient un peu coordonnées. Ainsi, des interventions

successives auprès d'un même public (une classe par exemple) doivent être cohérentes et s'enrichir. Les acteurs de prévention doivent si possible s'inscrire dans un projet de prévention et non pas proposer une intervention ponctuelle. Pour une meilleure répartition de l'offre (géographiquement, thèmes abordés, outils pédagogiques utilisés etc.), il est souhaitable que les acteurs de prévention connaissent leur existence entre eux et leurs champs d'intervention.

La coordination des actions de prévention peut se réaliser à différents niveaux : au sein de l'établissement bénéficiaire des actions de prévention, entre les acteurs de prévention, entre les financeurs de ces actions.

2.4.1.1 La coordination au sein de l'établissement demandeur d'actions de prévention

De nombreuses structures interviennent auprès des même publics sur des thèmes proches. Ainsi, la question de la consommation d'alcool peut être abordée dans les établissements scolaires par différents intervenants extérieurs : CODES (actions pour la santé), CDPA (prévention ciblée sur l'alcool), Prévention routière (sécurité routière et donc alcool au volant), CPAM (actions de prévention sur l'hygiène, le sport...), ou bien en interne.

De même, dans les entreprises les interventions de plusieurs structures peuvent se croiser. Il apparaît donc intéressant qu'une coordination soit réalisée entre ces acteurs.

Au sein des établissements scolaires, les **Comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté** ont un rôle fondamental dans cette coordination. Ces groupes rassemblent les partenaires internes et externes de l'établissement dans le domaine de l'éducation pour la santé et pour la citoyenneté. Ils constituent le lieu idéal pour l'élaboration de véritables projets pédagogiques intégrant l'ensemble des partenaires concernés : gendarmerie, CPAM, CODES etc. Le CDPA proposent aux établissements une aide méthodologique pour l'élaboration de ces projets.

L'intervention des différents partenaires sera coordonnée, l'enchaînement sera construit. De plus, l'intervention sur la durée est beaucoup plus efficace que les actions ponctuelles qui ne sont pas reprises par la suite.

Au sein des entreprises, le CDPA privilégie également les interventions sur des projets de longue durée. Plutôt qu'un concours pour une action ponctuelle, le CDPA apporte une aide méthodologique pour l'élaboration d'un plan de prévention interne. Ce travail est basé sur des **groupes-relais** qui sont spécialement formés. Une fois que ces instances sont mises en place et bénéficient d'une formation, la prévention s'organise et se coordonne au sein de

l'entreprise. Les groupes-relais peuvent solliciter le CDPA pour une actualisation de leur formation et de leurs outils.

2.4.1.2 La coordination entre les acteurs de prévention

De nombreux organismes réalisent au quotidien des actions de prévention sur le thème de l'alcool. Si l'ensemble de ces interventions n'est pas coordonné globalement, il existe en revanche plusieurs lieux de coordination partielle.

2.4.1.2.1 *La coordination entre les associations de prévention*

Fin 2001, le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le Directeur de l'URCAM ont suggéré une modification du paysage associatif régional. En effet, plusieurs associations régionales ou départementales - Puy de Dôme - ont alerté la DDASS ou la DRASS sur leurs difficultés de fonctionnement : problèmes de locaux, de matériels, absence de personnel administratif. Ce constat était une opportunité pour réfléchir à des orientations mieux adaptées à la taille et aux moyens de la région, qui rendent difficile le fonctionnement complètement séparé de plusieurs associations ayant sensiblement la même vocation.

Depuis, quatre associations se sont lancées dans un projet de mutualisation de leurs moyens logistiques. Une nouvelle association : **Auvergne Promotion Santé (APS)** devrait être créée, réunissant quatre personnes morales : l'ANPA, le CIRDD (Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances), le CODES 63 et le CADIS-CRIPS (Centre d'Accueil pour la Documentation, l'Information / Formation sur le SIDA - Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA). APS n'a pas vocation à se substituer aux associations adhérentes mais de permettre de mutualiser leurs moyens dans différents domaines.

Le premier projet est la création d'un Centre d'information et de documentation dont les missions seraient l'animation d'un réseau d'acteurs de promotion de la santé, un soutien logistique pour les actions d'animation, l'accueil et l'orientation du public recherchant de l'information sur la promotion de la santé, l'élaboration et la mise à jour d'annuaires thématiques régionaux des acteurs.

Le second projet est la mise en place d'un Pôle Formation et Aide Méthodologique : une équipe pluridisciplinaire sera chargée d'aider les professionnels de santé, du social et de l'éducation dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de santé et également de développer la formation des acteurs relais de prévention, de rationaliser l'offre, de rechercher un effet multiplicateur. Ainsi, l'APS pourrait devenir un acteur important de la coordination des actions de prévention réalisées en Auvergne. Cette coordination pourrait

s'étendre au delà de la seule action des associations membres. La création d'APS modifiera sensiblement le paysage associatif auvergnat en matière de prévention.

2.4.1.2.2 La coordination entre les organismes de Sécurité sociale

✓ La coordination entre les organismes de Sécurité sociale

L'URCAM –structure légère de coordination de l'action des caisses d'assurance maladie - assure une coordination des actions de prévention réalisées par les caisses de Sécurité sociale grâce à une réunion trimestrielle des agents de prévention des caisses. Ces réunions sont l'occasion de transmettre des informations sur l'avancée de la coordination régionale, des nouvelles directives etc. Elles sont également l'occasion de faire le point sur les différentes actions entreprises par les caisses, de définir des axes d'actions communs. Les actions réalisées directement par les services de prévention des caisses sont financées par les crédits de fonctionnement des caisses. Parallèlement, le deuxième moyen d'intervention des caisses de Sécurité sociale est le financement de projets de prévention. La gestion de ces financements au niveau régional ne pose pas de question de coordination interne. La coordination externe de ce financement est réalisée au sein du CREAS.

✓ La mission de conseil méthodologique

Actuellement, les logiques nationales tendent à développer les missions de conseil méthodologique concernant des projets montés par les acteurs de prévention avec une réduction parallèle de la mission d'intervention directe sur le terrain. Cette orientation se retrouve aussi bien à la CPAM qu'à la Mutualité française par exemple. Ainsi, les services de prévention de ces structures deviennent de véritables relais entre les promoteurs d'action et les intervenants spécialisés dans tel ou tel domaine (le CDPA pour les actions sur l'alcool par exemple). Ces relais veillent à l'adéquation entre les projets envisagés et les besoins observés sur le terrain.

2.4.2 La coordination des financements : le CREAS

Un Comité Régional Exécutif des Actions de Santé (CREAS) a été institué en 2000. Le CREAS coordonne les procédures de financement d'actions de prévention et d'éducation sanitaire propres aux différents crédits concernés.

✓ Les institutions participantes et les crédits concernés

Initialement composé des financeurs régionaux, le CREAS a été élargi à des financeurs du Puy de Dôme en 2002. Actuellement, les membres du CREAS sont la
Caroline MICHEL-DAMBRUN - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2003

DRASS, l'URCAM et la CRAM, le Rectorat, la DDASS du Puy de Dôme, la mutualité du Puy de Dôme, le Conseil général du Puy de Dôme. Les crédits gérés par cette instance sont pour la DRASS et la DDASS 63 les fonds du chapitre 47-11-20 : Prévention et programmes de santé publique; pour la Sécurité sociale, il s'agit des crédits du Fonds National de Prévention et d'Information en Santé (FNPEIS). Le rectorat gère les crédits des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). En 2002, les crédits mobilisés dans le cadre du CREAS s'élevaient à 854 268 euros.

Les projets financés doivent entrer dans une priorité régionale ou nationale de santé : pathologies cardio-vasculaires, cancers, suicide, alcoolisation excessive, accidents de la circulation etc. De manière occasionnelle, un projet intéressant peut être financé même s'il n'entre pas dans une priorité régionale.

En 2002, 188 projets ont été examinés par le CREAS. 127 projets ont été financés, 30 projets ont été réorientés, 16 ont été rejetés. 15 projets n'ont pas été financés faute de crédits suffisants. Les crédits alloués représentent 49,2% des financements demandés dans les projets examinés.

Parmi ces projets, 31 projets examinés concernaient la **thématique « alcool »**, 13 ont été financés pour un montant total de **194 414 euros** (160 000 euros provenant des crédits FNPEIS et 35 000 euros provenant de crédits DRASS). 16 projets ont été réorientés et 2 ont été rejetés. Le financement des projets rentrant dans le thème du PRS Alcool représente 22,75% des financements répartis par le CREAS.

Les **CESC** ont présenté, tous thèmes confondus, 53 projets dont 51 ont été financés pour un montant total de 42 600 euros.

Sur l'ensemble des projets financés, la part du financement CREAS représente 48,35% du coût total des projets. Ce ratio n'est pas homogène entre les différents projets et les thèmes puisqu'il va de 29% pour la Prévention des conduites à risques à 82% pour les projets CESC. Les financements sur le thème du PRS Alcool couvrent 72% du coût total des projets financés.

✓ L'appel à projet

Avant la création de ce comité des financeurs, chacun avait sa procédure de financement, son dossier spécifique, ses critères de choix, son calendrier.

Actuellement, un **appel à projet** unique pour tous les financeurs et tous les thèmes est diffusé aux associations, organismes et institutions connues par les partenaires mais également via les sites Internet de la Préfecture et de l'URCAM et par voie de communiqué de presse. L'appel à projet explique la procédure à suivre pour déposer un dossier de demande de financement et présente le cahier des charges : calendrier de l'action, champ d'action, thèmes d'actions, niveau géographique d'intervention, dépenses subventionnables. Il est précisé que le projet doit mettre en application les principes retenus par le CREAS pour améliorer la qualité et la cohérence d'ensemble des actions :

- prendre en compte l'existant dans la conception des projets,
- privilégier autant que possible une approche globale de la santé,
- mettre en place des actions qui s'inscrivent dans la durée,
- rechercher l'implication des bénéficiaires dès la conception, la réalisation et l'évaluation des actions,
- ouvrir le partenariat,
- prévoir l'évaluation de l'action dès la conception du projet.

Les critères définis par le CREAS pour l'étude des dossiers sont mentionnés en annexe de l'appel à projet.

Les dossiers sont à déposer avant une date limitée, le 28 février pour l'année 2003.

✓ L'instruction des dossiers

Le **groupe technique** procède à l'**instruction** des dossiers selon un guide d'examen. Les membres du groupe technique du CREAS se répartissent les dossiers et chacun est rapporteur de quelques dossiers. Le rapporteur remplit une fiche d'examen des projets dans laquelle il porte une appréciation sur les différents critères définis par le CREAS :

- la cohérence interne de l'action (lien entre les objectifs, la problématique, le public),
- la pertinence ou le bien fondé du choix des composantes de l'action (intérêt en terme de promotion de la santé, demande du public...),
- la crédibilité : appréciation de la capacité de l'équipe (capacité technique, expérience et formation...),

- le partenariat de l'action,
- le financement (recherche de financements relais, mise à disposition de matériel...).

A partir de ces appréciations et compte-tenu des enveloppes budgétaires disponibles, le groupe technique réalise des propositions de financements. Il définit les projets à financer et chaque financeur représenté se positionne sur les projets l'intéressant.

Le groupe politique réunit les directeurs des institutions membres, il statue sur les propositions de financements.

L'institution prenant en charge le financement d'un dossier conclut une convention avec le porteur de projet et le versement de la subvention se fait selon la procédure propre à l'institution concernée.

A mi-parcours de l'action, le promoteur doit remplir une fiche « bilan d'étape », puis une fiche « Evaluation » à la fin de l'action. La fiche évaluation est divisée en quatre parties : évaluation des processus, évaluation des résultats, participation et satisfaction du public et une dernière partie « analyse générale de l'action ». Le promoteur de l'action est invité à indiquer les indicateurs utilisés, leur chiffrage et leur interprétation. D'autres items sont constitués de questions prédéfinies (participation du public, à quel moment de l'action ?).

- ✓ Le passage d'un financement du fonctionnement des structures à un financement de projets

Le mode de financement des associations oeuvrant dans le domaine sanitaire et social a évolué puisque ce sont aujourd'hui les projets que les structures présentent qui sont financés et non plus le fonctionnement de la structure en lui-même.

L'avenant n°1 de la convention d'objectif et de gestion 2000-2003 conclu entre l'état et la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) a formalisé le transfert d'une ligne de crédit de l'état à l'assurance maladie pour le financement des actions locales de prévention de la consommation excessive d'alcool. Ce financement peut concerner les CDPA, notamment celui du Puy de Dôme qui gère le CCAA. L'assurance maladie a souhaité en 2002 procéder à une « remise à plat » des différents financements accordés à ces structures. Désormais, les subventions sont allouées en lien avec la réalisation d'actions.

2.4.3 Les coordinations faisant défaut

2.4.3.1 Un déficit de connaissance des acteurs de prévention entre eux

A l'issue de mes rencontres avec les acteurs de prévention et les représentants des institutions concernées par la prévention, l'impression d'un manque de coordination a été très fort. Si j'ai pu recenser différentes modalités de coordination au sein de certaines institutions, très peu existent entre associations, entre institutions.

Tout d'abord, les acteurs de prévention connaissent mal les autres acteurs de prévention, à l'exception du CDPA et du CRPA qui sont connus par tous et qui ont une bonne connaissance du paysage associatif et institutionnel de la prévention. Au cours de réunions, il est fréquent que des participants découvrent que d'autres associations ou institutions interviennent sur le même champ qu'eux. Par exemple, un colloque « l'Alcool et la Route en Auvergne », organisé le 25 mars 2003 par l'ANPA a présenté différents outils et méthodologie de prévention en matière de sécurité routière, le fonctionnement du partenariat Justice (actions en pré-sententiel et post-sententiel) ainsi que divers interventions santé (action EVACAPA²¹, rôle des médecins dans les commissions du permis de conduire). De nombreux participants ont été surpris durant ce colloque par le nombre d'actions existantes qu'ils ignoraient et des pistes de partenariat ont pu être envisagées.

Un alcoolo-guide a été publié dans le cadre du PRS, il recensait tous les acteurs de la prévention et du soin sur le thème de l'alcool. Ce répertoire a eu un grand succès et une réédition a été réalisée. La réactualisation de ce guide est actuellement en cours. Il deviendra un annuaire des structures d'addictions (alcool, tabac, toxicomanie). C'est un outil d'information très utile à destination des professionnels et des promoteurs d'actions. Cet annuaire sera distribué sous la forme d'une brochure papier et sera également informatisé et disponible sur le site Internet du CIRDD afin de permettre une réactualisation permanente. L'objectif est de lutter par ce biais au déficit de connaissance des acteurs de prévention. Cependant, l'édition du premier alcoolo-guide n'a pas suffi à combler ce déficit.

2.4.3.2 Un déficit de lisibilité des actions de prévention existantes

Il n'existe pas en région Auvergne de recensement des actions de prévention en œuvre. Même la coordinatrice du PRS « Alcool en Auvergne » n'est pas en mesure de présenter la totalité des grandes actions de prévention se déroulant en Auvergne sur le thème de l'alcool.

²¹ Actions EVACAPA : Evaluation d'une action auprès des conducteurs ayant un problème d'alcool
Caroline MICHEL-DAMBRUN - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2003

Les actions de prévention de la consommation excessive d'alcool en Auvergne présentent **un déficit de lisibilité**, tant pour les particuliers que pour les promoteurs d'actions et les institutions chargées de coordonner la politique régionale en la matière.

Pourtant, une vue d'ensemble des actions de prévention permettrait de s'assurer que l'ensemble des thèmes de la prévention (les différentes classes d'âges, les femmes enceintes, les personnes en insertion) sont abordés, que l'offre de formation pour ces intervenants est suffisante. La répartition géographique de l'offre de prévention pourrait également être suivie afin de compenser d'éventuels déséquilibres territoriaux. La coordination d'ensemble des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool en Auvergne pourrait être assurée de manière beaucoup plus effective. Les outils dont dispose la DRASS – et notamment les financements – pourraient être destinés à corriger ces inégalités, en privilégiant les actions qui complètent l'offre de prévention.

2.4.3.3 Une coordination des financements incomplète

La coordination des financements réalisée au sein du CREAS est une avancée notable pour la politique régionale de prévention et d'éducation à la santé. En cours de construction, il n'intègre pas encore l'ensemble des financeurs de ce champ. Aussi demeure-t-il actuellement des fonds qui financent des projets similaires à ceux financés par le CREAS, avec des objectifs proches, sans aucune coordination avec les autres financeurs. La cohérence d'ensemble n'est pas assurée et un projet peut ainsi trouver plusieurs financements différents. L'objectif de simplification des procédures avec un dossier unique à remplir par le promoteur d'action trouve ici sa limite puisque ce dossier n'est pas examiné par l'ensemble des financeurs du secteur.

En définitive, même s'il existe en Auvergne des éléments de coordination des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool, on constate un déficit de coordination. Ce déficit est préjudiciable pour l'offre de prévention : en quantité (manque d'incitation, parcours difficile et peu expliqué), en qualité (formation des acteurs, mutualisation des moyens), en équité sur les thématiques et sur le territoire.

Avant de s'interroger sur les pistes à emprunter pour combler ce déficit de coordination, il convient de s'interroger sur les causes de ce déficit : « **Pourquoi existe-t-il un déficit de coordination des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool en Auvergne et dans le Puy de Dôme malgré l'existence d'un Programme Régional de Santé « Alcool en Auvergne » ?** »

3 - LES CAUSES DU DEFICIT DE COORDINATION

Il ressort des entretiens que j'ai pu réaliser que les acteurs de terrain connaissent généralement le PRS sous deux angles : son élaboration (pour ceux qui y ont participé) et les financements disponibles. Il n'est que très rarement présenté comme un outil actif de coordination. Certaines personnes rencontrées ne connaissent pas l'existence du PRS.

L'élaboration du PRS n'appelle quasiment aucune remarque de la part des personnes rencontrées, que ce soit pour la composition du groupe d'élaboration ou pour les modalités d'élaboration du programme ou les objectifs et actions retenues. Cependant, peu de personnes actuellement en poste ont participé à cette élaboration et la traçabilité des réunions est très faible. Les apports de la participation au groupe de programmation ont souvent été uniquement individuels pour les personnes participantes.

Ç'est dans la phase de mise en œuvre du PRS que des difficultés ont été rencontrées.

En m'entretenant avec les acteurs de prévention et en participant à des réunions régionales, j'ai pu analyser différents facteurs qui sont des freins à la coordination des actions de prévention.

3.1 LES DIFFICULTES INHERENTES A LA COORDINATION D'ACTIONS DE PREVENTION EN MATIERE D'ALCOOL

3.1.1 La nécessaire multiplicité des acteurs de prévention

La direction générale de la santé a réalisé en 2001 un document « Stratégie d'action alcool : Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool » dans la perspective d'évaluer et d'intensifier les mesures de santé publique en matière de lutte contre la consommation excessive d'alcool. La direction générale de la santé s'est basée sur une expertise des démarches et méthodes en éducation à la santé des jeunes. Cette expertise réalisée par l'INSERM en 2001 passe en revue les données scientifiques récentes sur leur qualité, leur cohérence et leur efficacité. L'action préventive auprès des jeunes en France sur les actions d'éducation à la santé concernant les substances psychoactives est qualifiée d'impressionniste : les actions sont souvent isolées,

beaucoup d'acteurs expriment une aversion pour la notion même de programme. Ce constat national se retrouve dans le cas de l'Auvergne, même si les acteurs sont à priori intéressés par une plus grande coordination. Cet aspect impressionniste de la prévention concernant la consommation excessive d'alcool est indissociable de la nécessité d'intervenir au plus proche des individus. Les actions doivent être ciblées sur une population spécifique et entrer si possible dans un véritable projet de prévention. Les actions doivent donc nécessairement être multiples et de faible ampleur. La diversité des intervenants et la diversité des modes d'intervention sont une richesse pour la prévention, notamment pour permettre un renouvellement des actions de prévention destinées à un même public. La coordination de telles actions est par nature compliquée.

3.1.2 Les multiples formes de coordination

L'autre difficulté inhérente à la coordination des actions de prévention est la multiplicité des éléments à coordonner.

Tout un aspect de la coordination doit concerner la **formation des intervenants**. La direction nationale de la santé relève un profond clivage entre les connaissances scientifiques et les actions de prévention qui les ignorent la plupart du temps. En Auvergne, le CRPA organise différentes formations, à destination de professionnels de santé ou professionnels du travail social, de plus, un Diplôme universitaire en alcoologie est enseigné à la faculté de médecine. Ces formations ne sont pas destinées au grand public ou aux animateurs de prévention : tous les promoteurs d'actions ne sont pas nécessairement formés. Il est donc indispensable de permettre à chacun d'acquérir une connaissance de base sur les méfaits de l'alcool. La publication de brochures au niveau régional a permis d'uniformiser la base pédagogique des intervenants.

Il est également nécessaire de coordonner le **message dispensé** par les acteurs de prévention. Est-ce l'abstinence qui est préconisée ? La faible consommation ? La consommation modérée ? Que recouvrent ces notions ? Cette approche de la problématique alcool doit être la plus homogène possible pour que le public ne soit pas perdu entre des messages divergents. La coordination du contenu des messages de santé publique doit être nationale. La Direction Générale de la Santé préconise de se reporter aux recommandations de l'OMS. Ces repères quantitatifs ont l'avantage de situer les objectifs de consommation de la politique de santé entre l'objectif irréaliste de l'abstinence et un accent mis de façon exclusive sur la dépendance à l'alcool.

La multiplicité des formes qu'elle doit recouvrir, en plus de la stricte coordination des actions réalisées via la coordination des financements, explique en partie les difficultés que rencontre la coordination en région Auvergne. Pour autant d'autres facteurs peuvent en expliquer le déficit.

3.2 LES DIFFICULTES POUR MOBILISER LES ACTEURS

La circulaire DGS n°97/731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé précise qu'une des caractéristiques des programmes régionaux de santé est l'importance qu'ils accordent aux différents acteurs, en particuliers aux acteurs locaux. La naissance de partenariats entre les acteurs peut aboutir à des mutualisations de compétences, de moyens, d'outils. Une meilleure efficacité du PRS suppose une bonne mobilisation des acteurs. Or, certains partenaires sont difficiles à mobiliser.

3.2.1 Le périmètre de la coordination

Pour analyser les difficultés que peut rencontrer le partenariat créé par le PRS, il est nécessaire d'envisager son périmètre. Selon le Directeur de la DRASS, le PRS ne doit pas nécessairement viser l'exhaustivité et l'on peut considérer que le PRS n'a pas vocation à absorber toutes les initiatives politiques existant sur le thème de l'alcool, et son périmètre doit être circonscrit.

Toutefois, la coordination des actions de prévention présente beaucoup d'avantages. Elle permet de créer une synergie propice au développement de nouvelles actions : sensibilisation des acteurs, soutien pédagogique, soutien financier. La sensibilisation de toutes les administrations permet également aux acteurs d'être soutenus dans leurs actions. Une mutualisation des moyens est possible aussi bien dans le monde associatif qu'au sein de la sphère publique. Ainsi, la mise en commun des possibilités de financements des différents services de l'Etat, des caisses de sécurité sociales et des collectivités territoriales permet de soutenir plus de projets à partir d'un classement collectif de ces projets, de manière homogène. Ce mode de répartition des crédits crée indéniablement une meilleure efficacité qu'une répartition cloisonnée où chacun ignore quels sont les projets déjà financés par d'autres fonds.

Dresser une liste des actions existantes en matière de prévention des consommations excessives d'alcool en Auvergne peut contribuer à une meilleure prise de conscience quant à l'importance de ce problème en Auvergne.

Ainsi, apparaît-il que cantonner la coordination aux seules actions réellement réalisées dans le cadre du PRS n'est pas l'option la plus efficace en matière de prévention. Créer une synergie entre le maximum d'acteur, le maximum d'actions et le maximum de promoteurs est de nature à accentuer les effets du PRS. Si du temps est nécessaire pour que le PRS prenne de l'ampleur, et s'il est indispensable de débiter avec les acteurs mobilisés, l'objectif d'une extension du périmètre du PRS doit demeurer.

3.2.2 Les difficultés d'intégration de l'échelon départemental

La déconcentration des politiques nationales de santé, la définition des priorités locales de santé, et l'orientation stratégique des ressources se font à l'échelon régional. Mais cela présente des limites.

L'élaboration du PRS alcool s'est fait sous la forme d'un comité de programmation, puis de groupes de travail. Un fonctionnement efficace nécessite un nombre d'acteurs relativement réduit et spécialisés sur la question de l'alcoolisme. Ce nombre limité d'acteurs ne permettait pas de faire participer l'ensemble des acteurs de prévention et l'ensemble des institutions. Cela a eu pour conséquence une faible implication des partenaires non membres du groupe de programmation. Les institutions ont ainsi été représentées par une seule structure, généralement l'échelon départemental. Les structures départementales n'ont pas été directement partie prenante à l'élaboration du PRS. Ainsi en est-il pour les DDASS qui ont pu se sentir dessaisies du thème alcool, même quand leur action antérieure était importante (cas de la DDASS de l'Allier dont le plan triennal comportait un objectif « alcool »). Or, ce sont les DDASS qui sont le plus proche du terrain et des associations. Les DDASS sont membres de la Conférence régionale de santé, du Comité régional des politiques de santé et par conséquent sont destinataires des comptes-rendu sur l'évolution du PRS qui sont adressés à ces instances.

L'échelon régional est l'échelon de la programmation, de l'élaboration des politiques de santé, l'échelon départemental doit être l'échelon de mise en œuvre de la politique définie.

De même, les Conseils généraux se sont très peu associés au PRS, alors même que les quatre Conseils généraux étaient membres du groupe de programmation. Si le Conseil général du Puy de Dôme est membre du CREAS, sa participation à la démarche de coordination est faible pour l'instant (peu d'assiduité aux réunions et pas de financement de

dossiers CREAS). Le positionnement d'un Conseil général, exclusivement départemental, dans une démarche régionale n'est pas évident.

Les autres institutions du Puy de Dôme participant au CREAS (DDASS et Mutualité Puy de Dôme) participent à l'instruction et au financement de dossiers.

3.2.3 L'autonomie des chefs d'établissements scolaires

La difficulté liée à l'autonomie des acteurs de terrain se rencontre principalement au sein de l'Education nationale. Nous avons vu que les jeunes de moins de 16 ans sont la population privilégiée par le PRS. L'Education nationale est donc un partenaire de premier plan dans la mise en œuvre de ce programme, d'autant plus que l'éducation à la santé est une de ses missions. Pour autant le travail avec l'Education nationale se heurte à l'autonomie des chefs d'établissements. En effet, si le Rectorat fait partie des groupes de travail du PRS « Alcool en Auvergne » et que ces derniers préconisent diverses pistes d'actions au sein des établissements, la mise en œuvre d'actions de prévention suppose l'aval du directeur d'établissement.

La mission de promotion de la santé de l'Education Nationale a été affirmée en 1991 puis en janvier 2001 par la redéfinition des missions des infirmières, des médecins et des assistantes sociales. Les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, du 12 janvier 2001²² disposent que « la mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. La responsabilité de l'Ecole en cette matière sont affirmées notamment dans les dispositions générales du Code de l'éducation Livre I, Titres I et II. » C'est le travail en équipe pluriprofessionnelle qui est promu, associant les directeurs d'école, les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmier(ère)s, les conseillers d'orientations psychologiques, les médecins, les assistant(e)s de service social, les psychologues scolaires ... Mais il est indéniable que parmi ces professionnels, certains sont plus sensibilisés à la mission de promotion de la santé que d'autres. Ainsi, les chefs d'établissements et les enseignants considèrent dans leur ensemble que cette mission est en quelque sorte un « bonus », si l'on arrive déjà à mener à bien la mission d'enseignement.

²² Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie, aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale. Circulaire de l'Education Nationale du n°2001-012 du 12 janvier 2001

Le PRS « Alcool en Auvergne », dans le thème « *sensibiliser les moins de 16 ans aux risques, tant sanitaires que sociaux, liés à la consommation d'alcool, en intégrant ce thème dans un programme global de promotion des comportements d'autonomie* », prévoyait une action qui visait à « promouvoir la création des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté de façon à obtenir que dans cinq ans, la totalité des établissements ou des bassins de formation des quatre départements en soit effectivement dotés ». Le bilan de cette action est très difficile à réaliser car le retour d'information s'effectue très mal, ce sont généralement les infirmiers des établissements qui font état de l'existence de ces comités lors de réunions organisées par l'infirmier conseiller technique auprès du Recteur. De plus, l'activité de ces comités est très aléatoire, un même comité pouvant par exemple parfaitement fonctionner une année sur un projet et être quasiment inexistant l'année suivante. En effet, la constitution d'un CESC actif dépend d'une synergie créée entre plusieurs professionnels : une seule personne, l'infirmière par exemple ne pouvant porter seule un programme de promotion de la santé. Or, la création d'une synergie ne peut être planifiée, elle nécessite la réunion de personnes motivées, autour d'un projet qu'elles ont envie de faire vivre. L'élaboration d'un véritable projet d'éducation à la santé demande alors plusieurs réunions et une mobilisation dans le temps. Le rôle d'un chef d'établissement doit être de provoquer la réunion de tels groupes. Si le chef d'établissement ne joue pas ce rôle d'impulsion, il doit au moins soutenir les groupes qui se forment dans son établissement, souvent à l'initiative des infirmières et valider la création des CESC. Pourtant, certains chefs d'établissements ne se mobilisent absolument pas pour cette mission d'éducation à la santé des élèves.

La difficulté pour le Rectorat est de convaincre les chefs d'établissements d'intégrer la promotion de la santé en bonne place parmi leurs priorités.

3.3 LE DEFICIT D'INFORMATION

Les personnes rencontrées dans le cadre de mon mémoire m'ont toutes très bien reçues et beaucoup étaient même intéressées par ma présence comme source d'information. Toutes les suggestions formulées qui allaient dans le sens d'une amélioration de l'information (réédition de l'annuaire des acteurs de la prévention, publication d'un bilan annuel des actions mises en œuvre en Auvergne pour lutter contre la consommation excessive d'alcool...) étaient plébiscitées.

3.3.1 Le déficit d'information des acteurs de terrain

A l'origine du manque de coordination, il existe un déficit d'information des acteurs de terrain: information sur l'existence de partenaires potentiels, information sur l'existence du PRS et son contenu, information sur les modalités que pourrait prendre leur participation à la démarche régionale. Ainsi, très peu d'intervenants font remonter à la coordinatrice du PRS les actions qu'ils mettent en œuvre car beaucoup ne savent pas que cette information pourrait être utile, ne connaissent pas la coordinatrice, ne savent pas qu'un bilan annuel des actions de prévention en matière d'alcool est réalisé. Le CRPA, qui a une attitude (beaucoup plus) dynamique en matière de communication (animation de colloque ou forum pour lesquelles les invitations sont largement diffusées, organisation de formations de professionnels, qui sont des occasions de faire connaître leur structure aux futurs professionnels, publication de brochures etc.), est très bien repéré par les autres acteurs de la prévention. C'est généralement avec cette structure (ou bien les structures départementales de l'ANPA) que les partenariats sont les plus nombreux.

3.3.2 Le déficit d'information des institutions partenaires

La mobilité des agents de l'Etat accentue ce déficit d'information. Si dans les structures associatives, la stabilité des équipes est assez forte, dans les services de l'Etat en revanche, la mobilité est plus importante. Ce roulement des responsables des services est préjudiciable pour la circulation de l'information. La personne arrivant en poste doit s'investir sur de nombreux dossiers en reprenant l'historique lorsqu'il existe. Toutes les compétences et les connaissances acquises par l'ancien responsable risquent de se perdre, mais c'est surtout son investissement dans la logique partenariale qui risque de ne pas être reprise par son successeur. A ce moment, il est important qu'une bonne circulation d'information permette au nouvel arrivant de se mettre à flot rapidement.

Dans le cas du PRS « Alcool en Auvergne », la coordination des quatre groupes de travail était réalisée par le médecin conseiller technique auprès du Recteur. Lors de son départ, son successeur a dû se réappropriier le dossier ce qui a inévitablement entraîné un retard et une baisse dans la dynamique en place. Par contre, l'arrivée dans la même période d'un nouvel infirmier conseiller technique auprès du Recteur et d'une nouvelle assistante sociale conseillère technique auprès du Recteur ont permis à ces trois professionnels de créer une dynamique commune aux différents corps qu'ils représentent.

C'est également la remontée d'information jusqu'à la coordinatrice du PRS qui a été affectée par le remplacement du médecin conseiller technique auprès du Recteur. En effet, pendant

quelques temps, la coordinatrice n'a plus eu de contact avec les groupes de travail La coordinatrice du PRS n'a pas relancé le contact de son côté, faute de disponibilité. Ce concours de circonstance a affecté la mise en œuvre du PRS puisque les travaux des groupes de travail ont été très peu exploités et pas du tout médiatisés. Ces éléments ont concouru à l'impression que le PRS n'a véritablement existé qu'à sa création.

3.3.3 Le déficit d'information de la coordinatrice sur les actions réalisées

Le manque de liens entre la coordinatrice et les acteurs de terrain limite la remontée d'information sur les actions se réalisant en Auvergne dans la prévention des consommations excessives d'alcool. Elle ne dispose comme source d'information que de la liste des actions financées au sein du CREAS et n'a quasiment pas d'informations sur l'avancement des projets financés (hormis la fiche d'étape et la fiche d'évaluation à remplir par le porteur de projet).

En définitive, le déficit d'information sur les acteurs et les actions menées au niveau régional, sur l'existence du PRS, ses objectifs et ses moyens limitent la coordination qui pourrait naître du côtoiement des acteurs et leur véritable intégration dans une démarche de santé régionale. De même, la faible remontée d'information du terrain jusqu'à la coordinatrice du PRS restreint les possibilités de mise en place d'une coordination de ces actions au niveau régional.

3.3.4 Le manque de médiatisation du PRS

Si le déficit d'information touche les acteurs de prévention, c'est à un degré plus large que se font ressentir les effets du manque de médiatisation du PRS. L'existence d'un programme régional de santé spécifique au thème alcool est ignorée de la plupart des professionnels du champ social, à l'exception de ceux plus impliqués sur cette problématique. L'appel à projet que le CREAS diffuse largement, reprend les thèmes des différents programmes régionaux de santé. C'est souvent à cette occasion que les professionnels intéressés par un financement découvrent que la problématique alcool est spécifiquement traitée en Auvergne. La publication de l'appel à projet du CREAS et son envoi à tous les promoteurs d'actions tend à stimuler l'offre d'actions de prévention puisqu'il propose un financement pour les actions rentrant dans les objectifs du PRS. Ainsi, les réponses à la problématique alcool se multiplient-elles.

Une médiatisation du PRS alcool pourrait faire progresser de manière nettement plus importante la prise en compte de la problématique alcool et constituerait un véritable acte de prévention. Comme la consommation d'alcool est une affaire de comportement individuel. Les comportements n'évoluent que très lentement, accompagnant l'évolution des modes de pensée, il faut sans cesse parler de l'alcool de manière collective pour aboutir si possible à une prise de conscience collective.

Or, depuis le choix de la Conférence régionale de santé de retenir l'alcool comme un des déterminants de l'état de santé des auvergnats, il y a eu peu d'interventions médiatiques. La population auvergnate ne sait pas, excepté par le ressenti individuel que les consommations d'alcool sont plus problématiques en Auvergne que dans d'autres régions. La population n'est pas sensibilisée à cette problématique de manière collective.

Il est à noter que ce manque de médiatisation a pour conséquence une difficulté de chacun à entrer dans une démarche collective, à sentir que la prévention des consommations excessives d'alcool est réellement une priorité régionale et que chacun peut inscrire son action dans ce cadre. Ce manque de médiatisation ne permet pas de stimuler au mieux les acteurs potentiels de prévention et il est indéniable qu'une plus grande sensibilisation régionale à ce sujet pourrait faire naître une multitude d'actions supplémentaires.

Enfin, la non médiatisation des actions de prévention réalisées n'incite pas les promoteurs d'actions à faire remonter l'information sur leur activité au niveau régional. Si le bilan annuel des actions de prévention était exploité, les promoteurs seraient incités à s'inscrire dans cette démarche, les actions de prévention prendraient plus d'ampleur, leur médiatisation pourrait être accentuée et l'effet d'information et de prévention en serait multiplié.

3.4 LE DEFICIT DANS LE SUIVI DU PRS

3.4.1 Le manque de temps de coordination

Une coordination efficace nécessite un coordinateur compétent, intéressé et disposant d'un temps de travail suffisant sur le domaine. Si les compétences du médecin coordinateur en matière de planification et de conduite de projet ne sont pas à mettre en doute (participation à la formation à la procédure Programmation stratégique des actions de santé, coordination du PRS Cancer), ni son intérêt pour le champ de la prévention et de l'alcoolisme, on peut en revanche s'interroger sur le peu de temps dont elle dispose pour cette coordination. En effet, la coordination du PRS « Alcool en Auvergne » ne constitue que l'une des missions de son

poste, elle est notamment chargée de l'élaboration et du suivi du PRS Cancer, du SROS, du PRAPS.

Du fait de son manque de disponibilité pour le PRS, la coordinatrice ne peut pas réaliser de véritable recensement des actions de prévention existantes. Son lien avec les associations promoteurs de projet s'est distendu si bien qu'elle n'a plus d'autre remontée d'information sur les actions existantes que la liste des projets financés au sein du CREAS. Donnant son avis sur l'ensemble des dossiers soumis au CREAS et concernant le PRS Alcool, elle est toutefois au courant des projets existants (du moins ceux sollicitant un financement). Par contre, elle ne peut suivre ces projets (conseils, réorientation, suivi de la mise en œuvre). Par conséquent, elle ne peut connaître l'état d'avancement de ces projets.

Pour réaliser le bilan annuel des actions de prévention entrant dans le cadre du PRS Alcool (bilan réalisé uniquement pour l'année 2001), la coordinatrice utilise la liste des dossiers financés via le CREAS et éventuellement les fiches d'évaluation des projets.

Cette faible connaissance des actions réalisées sur le terrain réduit l'opportunité de l'avis de la coordinatrice sur les dossiers à financer au sein du CREAS. En effet, il est nécessaire de connaître les actions existantes dans la région pour appréhender la plus-value d'une action sur un territoire. Les actions rentrant dans certaines thématiques déficitaires en actions ou sur certains territoires pourraient être soutenues et développées.

En pratique, c'est au sein du comité des financeurs que cette vue d'ensemble se réalise. En fonction des projets financés par chacun, le CREAS peut avoir une vision des actions de prévention et apprécier les projets soumis au regard des actions existantes. Mais cette vision n'est pas globale puisque beaucoup d'actions existent en dehors des projets demandant des financements au CREAS : actions financées dans le cadre du PDASR, des crédits MILDT etc. mais également actions auto-financées par les associations, les entreprises ou bien actions de prévention gratuites.

Le manque de temps de coordination a également pour conséquence la réduction du nombre de réunions de coordination (bilan des groupes de travail, relance des actions prévues dans le PRS etc.) Les partenaires rencontrés ont beaucoup de mal à se sentir membres du PRS. L'existence du PRS est généralement connue mais parfois de manière vague ou uniquement rattachée à une action spécifique. Ils n'ont pas conscience en majorité qu'une coordination est réalisée au niveau régional. L'impression qui prédomine est plutôt celle d'interventions impressionnistes : chaque action a son promoteur, sa population cible et ses objectifs. Les promoteurs d'actions créent généralement un partenariat avec un autre promoteur, souvent le CDPA. Ainsi, le CDPA est beaucoup plus proche du terrain et a

une assez bonne connaissance des actions réalisées dans le département. Mais là encore, le sentiment d'être acteur du PRS n'est pas très fort.

Le PRS apparaît plus comme une action ponctuelle qui a visé à faire à un moment particulier le point sur les besoins de prévention, à définir des objectifs pour orienter les actions de prévention, que comme un outil permanent de coordination de la prévention en matière de lutte contre les consommations excessives d'alcool en Auvergne. Pour faire réellement vivre le PRS, l'existence d'un comité de suivi aurait pu se révéler utile.

3.4.2 L'absence de comité de suivi spécifique

Il n'a pas été créé de comité de suivi pour le PRS « Alcool en Auvergne, pour une consommation maîtrisée et une prise en charge dynamique ». En effet, la multiplication des comités de suivi a été jugée trop lourde et peu bénéfique. Convier les même personnes à de nombreuses réunions sur des thèmes spécifiques risque de conduire à la désaffection de ces réunions et à une perte d'efficacité. Aussi a-t-il été décidé que le Comité des politiques de santé serait l'instance de suivi du PRS.

Si cette mission s'est ajoutée aux autres de manière formelle, en pratique peu de choses ont été réalisées en matière de suivi de ce PRS. Seul un bilan des actions a été soumis au Comité (pour l'année 2001).

L'absence de comité de suivi actif pour le PRS « Alcool en Auvergne » a été un frein au maintien d'une action dynamique autour de la lutte contre les consommations excessives d'alcool et d'une mobilisation des acteurs concernés.

3.4.3 L'absence d'évaluation

Le document présentant le PRS « Alcool en Auvergne, vers une consommation maîtrisée et une prise en charge dynamique » se termine par une partie « Evaluation » qui distingue les trois niveaux d'évaluation :

- L'évaluation de la mise en œuvre du programme

Ce paragraphe ne comporte qu'une phrase : « Un suivi sera organisé ». L'absence de tout indicateur limite aujourd'hui les possibilités d'évaluation. Pour chaque action mentionnée dans le programme, l'évaluation de l'action était soit définie, soit simplement envisagée (la seule annotation est alors « A préciser »). Pour l'action

visant à développer les compétences des acteurs du dispositif sanitaire et social au repérage, au diagnostic, à la conduite à tenir face aux comportements de consommation dommageable, les indicateurs permettant l'évaluation ont été définis, il s'agissait du nombre de personnes formées en totalité, par institution, par catégorie, nombre de titulaires du DU « Alcool » ou de la capacité « Conduites addictives ».

Il appartenait à chaque groupe de préciser les modalités d'évaluation de l'action qu'il mettait en place. Mais, le manque de suivi des groupes une fois les actions lancées n'a pas permis de pousser le travail jusqu'à l'évaluation des actions, beaucoup de groupes n'étant plus réunis. Il n'a pas été réalisé de bilan des évaluations qui ont pu être faites.

➤ L'évaluation des moyens utilisés

Le Programme mentionne que « un tableau de bord sera tenu régulièrement à jour ». Effectivement, chaque année, un tableau récapitule les financements accordés au sein du CREAS en fonction du thème dominant de chaque projet.

➤ L'évaluation des résultats

Le document initial du PRS précise que **l'évaluation de l'impact du programme sur les comportements de consommation** est un exercice quasi impossible à conduire dans le cadre d'un programme d'une durée de vie de cinq ans maximum. L'évolution des comportements collectifs, dont les déterminants sont multiples, réclame en effet beaucoup de temps. Une étude devait quand même être menée sur les adolescents qui ont bénéficié d'actions coordonnées de prévention primaire. De plus, il était prévu un suivi des indicateurs classiques de mortalité, de morbidité et de consommation.

Le médecin coordonnateur du PRS a sollicité au début de l'année 2003 l'OBRESA pour étudier quelques indicateurs, notamment la consommation d'un médicament utilisé dans le sevrage alcoolique.

Concernant **l'évaluation des améliorations apportées dans la réponse donnée par le dispositif médico-social aux personnes en difficulté avec l'alcool**, le programme mentionne les éléments à analyser : les modalités de coopération créées par les différentes structures de prise en charge, la circulation des personnes entre les divers intervenants et la satisfaction ou l'absence de satisfaction des « utilisateurs », quel que soit leur positionnement à l'intérieur ou à l'extérieur du dispositif.

A mi-parcours, l'évaluation de l'impact du PRS serait sans doute prématurée. Par contre, la définition d'indicateurs précis de suivi du programme aurait permis de suivre régulièrement la mise en œuvre du PRS et aurait permis de le réorienter régulièrement pour une meilleure efficacité. On ressent encore ici l'absence d'un comité de suivi actif autour du PRS « Alcool en Auvergne » .

En définitive, il apparaît que le manque de coordination des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool en Auvergne a pour origine des causes inhérentes au domaine de la prévention et à l'organisation du secteur. Le PRS « Alcool en Auvergne, vers une consommation maîtrisée et une prise en charge dynamique » aurait dû combler ce déficit de coordination, mais après trois années de mise en œuvre, un déficit de coordination demeure. Ce n'est pas dans la mise en œuvre du PRS mais plutôt dans son suivi que l'on trouve les causes de ses difficultés à mettre en œuvre les coordinations nécessaires. C'est sur les causes relatives à la mise en œuvre du PRS qu'il est encore possible d'agir pour créer une coordination plus efficace des actions de prévention en Auvergne.

4 - LES EVOLUTIONS ENVISAGEABLES DU PRS POUR UNE MEILLEURE EFFICACITE DE LA REPONSE AU PROBLEME DE CONSOMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN AUVERGNE

Un programme régional de santé doit permettre de développer une approche multidisciplinaire des politiques de santé et permettre de structurer la réponse à un problème de santé. Si le PRS « Alcool en Auvergne » présente aujourd'hui des défaut dans la coordination des actions de prévention, il est possible de le faire évoluer pour une meilleure efficacité.

4.1 LE RENFORCEMENT DU SUIVI DU PRS

Plusieurs pistes sont envisageables pour lutter contre la faiblesse dans la circulation de l'information.

4.1.1 La remobilisation des acteurs

Il est indispensable de créer des liens permanents entre la coordinatrice du PRS et les acteurs de terrain. Les promoteurs d'actions doivent connaître l'existence d'une priorité régionale de santé autour de la consommation excessive d'alcool. Ils doivent disposer facilement des informations nécessaires pour faciliter le montage d'une action de prévention. La coordinatrice du PRS doit être clairement identifiée par tous, institutions ou acteurs de terrain.

Pour créer ce contact, une première réunion médiatique peut être organisée, telles des Assises régionales de la lutte contre l'alcoolisme. Une telle journée ne sera pas productive sur le fond mais permettra de communiquer autour du PRS et ses objectifs, de relancer la dynamique régionale en remobilisant les acteurs. L'organisation de cette journée ne devra pas être trop théorique et laissera plutôt la place à des témoignages, des présentations d'actions de prévention et de prise en charge. Cette journée sera l'occasion pour les professionnels de mieux appréhender le rôle et les limites de chacun d'eux afin d'obtenir une meilleure articulation entre leurs interventions.

Des outils à destination des acteurs de prévention seront également présentés et largement distribués. Cette journée sera largement médiatisée et un compte-rendu sera adressé à l'ensemble des promoteurs potentiels d'actions.

Le financement de cette journée pourrait être réalisé sur des fonds CREAS puisqu'il s'agit de faire progresser la démarche du PRS.

Après cette première prise de contact, il sera nécessaire de maintenir les liens avec les acteurs.

4.1.2 L'amélioration de l'accompagnement des porteurs de projets

Pour stimuler les actions de prévention rentrant dans les objectifs du PRS « Alcool en Auvergne » il pourrait être intéressant d'accompagner les porteurs de projets dans le montage de leur projet. Cet accompagnement méthodologique actuellement proposé par certaines structures (Mutualité française, CDPA...) pourrait être plus structuré et faire l'objet d'une véritable publicité.

Cet accompagnement pourrait être organisé avant la période de dépôt des dossiers CREAS. **L'appel à projet pour le CREAS pourrait être diffusé plus tôt**, en septembre par exemple –même si à cette période les financeurs ne connaissent pas encore précisément l'enveloppe dont ils disposeront. Ainsi, les promoteurs d'actions disposeraient de plus de temps pour élaborer de véritables projets d'actions de prévention. Actuellement à peine deux mois séparent l'appel à projet de la date de dépôt des dossiers (appel à projet diffusé le 3 janvier 2003 pour un dépôt des dossiers avant le 28 février). Un tel calendrier aurait également l'avantage de permettre la naissance de projets venant des jeunes eux-même (information faite dès le début de l'année scolaire). Concernant les jeunes, il faudra toutefois être vigilant à ce qu'un refus de subvention ne conduise pas à réduire à néant leur travail de plusieurs mois.

L'appel à projet pourrait proposer un accompagnement méthodologique pour l'élaboration des projets. Cet accompagnement serait assuré par différentes structures compétentes telles les structures le proposant actuellement. Une journée d'aide au remplissage du dossier CREAS pourrait également être proposé par la DRASS, du même type que ce qui existe déjà en région Nord-Pas de Calais. Le message de santé publique que la DRASS souhaite voir diffusé serait présenté : message d'une consommation maîtrisée (et non nécessaire abstinence), ainsi que des données statistiques sur les consommations d'alcool en France et en Auvergne. Cette journée serait l'occasion d'aider les promoteurs à mieux concevoir leur

projet. Elle permettra aussi de les renseigner sur les aides qu'ils peuvent solliciter : outils méthodologiques, supports vidéo, affiches, éthylo-test etc. Les coordonnées de toutes les associations et les institutions pouvant les soutenir leur seraient communiquées.

Le même genre de journée pourrait être organisée par la suite pour réaliser le bilan des actions qui ont été conduites. Les évaluations seraient ainsi plus homogènes, mieux réalisées, et les difficultés rencontrées par les promoteurs mieux connues des institutions. Ces informations seront utiles au fur et à mesure des années pour améliorer les dispositifs.

Renforcer l'accompagnement des porteurs de projets devrait permettre d'élargir le montage de projet à de nouveaux acteurs, professionnels ou non. Par ce biais, les usagers pourront plus facilement se saisir de la problématique « Alcool » pour devenir eux même acteurs de prévention.

4.1.3 Pour une meilleure circulation de l'information

Pour permettre aux promoteurs d'actions de mieux se repérer dans le paysage institutionnel et associatif et pour les aider à prendre des contacts, il sera utile de diffuser largement l'alcool-guide qui répertorie toutes les coordonnées utiles sur le thème de la lutte contre l'alcool, le tabac et les dépendances (en cours de réactualisation). Il pourrait s'accompagner d'une information sur les intérêts des PRS et du PRAPS pour l'amélioration de l'état de santé de la population, l'intérêt que chacun peut trouver à la coordination de l'action régionale et les modalités de sa mise en œuvre.

Les Assises de la prévention de l'alcoolisme, les journées d'aide à l'élaboration de projet et l'annuaire permettrait aux acteurs d'élaborer des partenariats entre eux et ainsi de créer des synergies et des mutualisations de moyens. L'accès aux outils de prévention, à de la documentation devrait être facilité. Il pourrait l'être par le biais de l'association régionale APS.

La coordinatrice sera attentive à prendre rapidement contact avec les **personnes nouvellement arrivées** que ce soit au sein des institutions ou dans le milieu associatif, pour que les liens créés avec les prédécesseurs ne se coupent pas. Seule une attitude dynamique du coordinateur permettra de lutter contre les inconvénients du renouvellement des acteurs. Il devrait lui-même préparer sa propre succession le cas échéant.

Grâce à cette meilleure structuration des acteurs de prévention, c'est également la **remontée d'information vers la coordinatrice** qui serait facilitée. Mieux repérée par les

acteurs, elle pourra réaliser une meilleure collecte d'informations sur les actions mises en œuvre dans la région. Elle pourra ensuite réaliser un bilan annuel de ces actions. La diffusion de ce bilan sera une nouvelle occasion de médiatiser l'action régionale contre l'alcoolisme, tant auprès du grand public qu'auprès des acteurs de terrain qu'auprès des institutions. La dynamique créée s'enrichira ainsi.

L'existence d'articles de journaux relatant le lancement d'un programme régional de santé sur l'alcool, le bilan annuel de ce programme ou bien des actions phares de prévention sont des occasions de diffuser le message de prévention sur les risques d'une consommation excessive d'alcool. La notion de consommation excessive peut être présentée à tous, en invitant chacun à faire le point avec sa propre consommation. Le fait d'expliquer que l'Auvergne est une région touchée par le problème de l'alcool peut contribuer à faire évoluer les esprits et peut-être même les traditions. Si la **médiatisation** du phénomène devient un objectif du PRS, des indicateurs tels que le nombre d'articles de presse ou de passage télévisés pourraient être retenus, permettant une évaluation régulière de l'objectif.

Tout cela nécessite un réel travail de coordination et par conséquent nécessite qu'un temps de coordination soit dégagée pour la coordinatrice. S'il n'est pas possible de dégager du temps pour la médecin coordonnateur, d'autres pistes peuvent être envisagées pour permettre cette coordination.

4.1.4 L'éventualité d'une externalisation de la conduite de projet

Il apparaît nettement que le manque de temps de la coordinatrice n'a pas permis de conduire le PRS « Alcool en Auvergne, vers une consommation maîtrisée et une prise en charge dynamique » jusqu'au bout de ses ambitions. Un suivi plus régulier et dynamique aurait davantage motivé les groupes de travail en les invitant à faire des points réguliers de l'avancement de leurs travaux, en permettant aux groupes de partager leurs travaux. Ce suivi des groupes a été tout de même assez satisfaisant dans un premier temps grâce au rôle de coordination donné aux responsables de ces groupes. De cette manière, la coordination a en quelque sorte été déléguée à d'autres acteurs disposant chacun de missions plus réduites. En revanche, aucun coordinateur n'a pris le relais pour recenser annuellement les actions de prévention réellement mises en œuvre, pour garder le lien avec les acteurs de terrain et favoriser la circulation de l'information, pour dynamiser le PRS et communiquer autour de cette priorité régionale. Si le pilotage du PRS alcool doit rester à la

DRASS, il pourrait être envisageable de mettre en place un mode de coordination décentralisé. Certaines missions de coordination pourraient être confiées à d'autres acteurs. La circulaire DGS n° 97/731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé précise qu'une personnalité n'appartenant pas aux services de l'Etat peut se voir confier la coordination d'un PRS. Elle précise que dans ce cas il est indispensable que la coordinateur ait un correspondant clairement désigné à la DRASS.

Pour la mise en place du dispositif pour la vie autonome en Auvergne, instance de coordination des financeurs d'aides techniques pour les personnes handicapées, un chargé de mission et une secrétaire ont été recrutés avec les crédits de fonctionnement du dispositif. Cette externalisation de la conduite de projet a permis au projet d'obtenir une avancée rapide malgré le peu de temps dont disposait l'inspecteur en charge du service « Handicap ». De plus, la qualité de la concertation entre les acteurs a été accrue grâce à un système d'aller-retour de courrier pour établir les chartes de fonctionnement, aller-retour qui permettait à chaque institution de consulter ses instances décisionnelles sur les différents points soulevés. La présence d'un chargé de mission à temps plein permettait de relancer régulièrement les institutions en cas de dépassement des délais. Si besoin, le chargé de mission pouvait se déplacer pour discuter du dispositif mis en place et s'assurer ainsi de la bonne compréhension des enjeux par chacun. L'inspecteur reste toujours maître du projet et le chargé de mission n'est qu'un relais dans la mise en place du projet. Une telle externalisation du suivi du PRS « Alcool en Auvergne » permettrait à la personne en charge de ce suivi d'avoir une action dynamique auprès des acteurs de prévention, en prenant contact avec eux, créant une véritable dynamique autour du PRS : partage des actions mises en place, suivi des groupes de travail, circulation de l'information. Cette mission pourrait être également confiée à un partenaire, l'URCAM par exemple pour son expérience dans le pilotage et la coordination, ou bien Rectorat qui a déjà eu le co-pilotage du PRS via les groupes de travail. En revanche, cette mission de structuration des actions de prévention ne pourrait être confiée à une association œuvrant dans le domaine de l'alcool (CDPA...) malgré leur compétence dans le domaine car il est important que la coordination soit extérieure aux acteurs de terrain et qu'aucune interférence ne soit créée avec le financement des projets.

4.1.5 La place du IASS aux côtés du MISP

Si une part de la mission de coordination du PRS pourrait être confiée à un partenaire faute de moyens humains disponibles en DRASS, ce n'est pas la solution la plus satisfaisante puisque la conduite de programme de santé fait partie des missions des DRASS. La réelle solution aux difficultés de coordination des actions de prévention réside dans le recentrage des missions des DRASS et DDASS et la création d'un nouveau poste d'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale sur la mise en œuvre des programmes de santé.

Cet inspecteur disposerait d'un réel temps de travail sur la mise en place des PRS et du PRAPS. Il pourrait prendre contact avec l'ensemble des partenaires de manière individuelle pour se présenter et présenter son champ de compétence et ses projets afin d'être identifié par les partenaires comme leur interlocuteur privilégié sur ces questions. Il veillerait à maintenir par la suite un contact étroit avec le terrain.

Ce poste d'inspecteur pourrait parfaitement être couplé avec celui de l'inspecteur actuellement en charge du CREAS. La circulaire DGS du n°97/137 indique que le coordonnateur doit bénéficier d'un mandat clair et disposer du temps indispensable pour mener à bien ses missions.

Si le médecin inspecteur a un rôle irremplaçable dans l'élaboration d'un programme régional de santé pour toute la partie état des lieux de l'état de santé de la population, définition des besoins de santé, choix des axes prioritaires d'intervention, en revanche, dans la mise en œuvre du PRS, un inspecteur pourrait davantage se consacrer à la partie coordination, communication, stimulation des initiatives, étude des projets (conjointement avec le médecin inspecteur pour l'impact sanitaire des actions), bilan des actions, organisation du comité de suivi... La circulaire de la DGS indique que l'expérience montre l'intérêt d'un travail de coordination en binôme pour assurer la continuité du programme.

Le médecin inspecteur aura toujours sa place dans le PRS, notamment pour la définition des priorités d'actions. Ces modalités pourraient être réactualisées chaque année lors d'une réunion de suivi du PRS.

4.2 L'UTILISATION DU LEVIER DES FINANCEMENTS

4.2.1 L'extension du CREAS à d'autres financements

Il apparaît que le CREAS stimule l'offre d'action grâce au financement qu'il propose et à la publicité qu'il réalise autour de l'appel à projet commun. Ainsi, 188 projets ont été présentés

au CREAS en 2002, 212 dossiers ont été déposés en 2003. En revanche, le montant total des demandes représente 1,5 millions d'euros pour 2003 contre 1,7 millions en 2002.

De plus, le CREAS permet de s'assurer de la qualité des projets reçus et financés.

✓ Extension à de nouveaux crédits

Le CREAS est un lieu innovant de coordination des financements. Il permet de créer une logique entre les financements découlant de différents programmes ayant des objectifs similaires. C'est un outil de rationalisation de l'utilisation des crédits grâce à un travail partenarial fort. D'autres crédits pourraient être intégrés à cette démarche.

Ainsi, le **Plan Départemental des Actions de Sécurité Routière (PDASR)**, géré au niveau de la Préfecture comporte des actions sur le thème de l'alcool et plus généralement de la réduction des causes de surmortalité. Parmi les quatre priorités fixées par le gouvernement pour les PDASR figurent la meilleure prise en compte du continuum éducatif et la formation des conducteurs dans la politique locale, et la meilleure coordination avec les autres politiques publiques partenariales. Le PDASR pourrait être intégré aux actions du Plan Santé Régional et l'étude des dossiers financés par le PDASR pourrait être effectuée en commun au sein du CREAS. La coordinatrice du PDASR est parfaitement ouverte à cette proposition, constatant de son côté les incohérences générées par une étude cloisonnée des dossiers.

Pratiquement, les calendriers d'appel à projet, de dépôt de dossier et d'étude des dossiers coïncident. Le dossier unique pourrait recevoir quelques aménagements pour prendre en compte quelques renseignements spécifiques nécessaires au financement par des crédits du PDASR. La coordination réalisée au sein du CREAS étant légère (étude commune des dossiers mais maintien des modalités de financements spécifiques à l'instance qui finance), l'intégration des crédits du PDASR au sein du CREAS pourrait se faire pour la prochaine campagne. Les modalités de cette intégration pourraient être définies entre septembre et octobre 2003 pour une diffusion de l'appel à projet en fin d'année 2003 (financement fin février 2004).

De même une intégration des crédits MILDT, des crédits « politique de la ville » et des fonds européens pour les jeunes en insertion au sein du CREAS est envisageable. Pour ces crédits, la réalisation de la coordination serait plus longue car l'idée même de la coordination doit encore progresser chez tous les partenaires.

✓ L'extension aux financeurs départementaux

Dès 2004, ce sont les financeurs des autres départements qui pourraient être intégrés au CREAS: DDASS, Mutualité Française, Conseils généraux... Cette intégration aux décisions de financements régionales faciliterait l'intégration des échelons départementaux dans la démarche de programmation régionale.

La gestion de ces lignes de crédits de prévention des DDASS pourrait être centralisée par la DRASS pour éviter d'alourdir les réunions du CREAS (l'enveloppe resterait à la DRASS et ne serait pas répartie entre les départements). Mais cette hypothèse serait un nouveau frein à l'implication des DDASS dans la mise en œuvre des programmes régionaux de santé. Il est donc préférable que chaque DDASS participe aux réunions du CREAS. Par ce biais, chacun aura une meilleure connaissance des actions de prévention réalisées en Auvergne. L'engagement fort de l'échelon départemental dans la coordination des actions de prévention est un préalable indispensable à tout projet de territorialisation de cette coordination au niveau de pays ou de bassins de vie.

4.2.2 Le passage du financement de la structure au financement d'actions

Les modalités de financement des structures associatives ont évolué récemment pour aboutir à un financement de projets d'actions et non plus un financement du fonctionnement de la structure. Ce système permet aux financeurs d'avoir une meilleure connaissance des actions qu'ils financent. Cette évolution conduit les associations à présenter davantage de projets finalisés pour la mise en place d'actions de prévention, les frais de fonctionnement de la structure étant pris en charge pour une part dans chaque projet. La traduction du travail quotidien de l'association en projets n'est pas chose facile pour beaucoup de responsables d'associations et demande davantage de conceptualisation de l'action. Si cela représente une charge de travail supplémentaire dans un premier temps, cette évolution des modes de fonctionnement aboutira sans doute à une meilleure adéquation entre les objectifs de santé régionaux et les actions mises en place et financées. De plus, l'évaluation des actions est prévue dans la conception des projets et les fiches d'évaluation des projets financés au sein du CREAS doivent être impérativement remplies pour espérer un renouvellement des financements. Or, lors du financement des charges de fonctionnement des structures, l'évaluation ne pouvait être que générale sur le bilan annuel de la structure.

Mais cette situation risque de fragiliser les associations dont la survie dépend parfois de subventions publiques. La conclusion de conventions pluriannuelles de financement peut être une manière de donner plus de sérénité aux associations. Toutefois, le principe

d'annualité budgétaire demeure et ces conventions pluriannuelles, si elles ont une forte valeur morale n'ont qu'une faible valeur juridique.

4.2.3 La vérification de l'utilisation des crédits accordés

Au sein du CREAS, l'appel à projet est unique pour tous les financeurs, peut être déposé auprès de n'importe lequel des partenaires, la procédure d'étude des dossiers a été également normée et la proposition de prise en charge des projets est commune. Ensuite, la décision finale de financement est prise par les instances décisionnelles de chaque structure et validée par le comité politique. A partir de là, la structure porteuse du projet n'est plus en relation qu'avec l'institution qui va financer son projet et la procédure de financement de chacun s'applique. Ainsi, les crédits d'Etat sont versés en une seule fois après signature de la convention de financement, alors que les crédits de l'Assurance maladie sont versés sur facture attestant d'une dépense finançable (ce qui exclut les dépenses de personnel ou de fonctionnement). Si cette seconde méthode a l'inconvénient de placer les structures porteuses de projet dans une situation de fragilité de trésorerie (la structure doit faire l'avance des frais), elle présente l'avantage de ne financer que des projets qui sont effectifs et pour des montants réellement nécessaires.

Il est inenvisageable de modifier ces procédures de versement des crédits qui répondent souvent à des normes réglementaires. Par contre, l'assurance maladie peut dans certains cas faire partager les anomalies constatées dans le versement des crédits. Ainsi en a-t-il été le cas dans une campagne 2003 pour une association qui ne réclamait pas les subventions allouées alors même que les actions avaient été menées. L'importance des sommes en jeu a conduit l'assurance maladie à alerter ses partenaires sur cette association dont la situation sera étudiée avec plus d'attention par la suite.

Il est important pour l'efficacité des politiques publiques de santé de s'assurer de l'effectivité des actions menées ainsi que de leur qualité. La distribution de financements doit impérativement s'accompagner d'un examen attentif des fiches d'évaluation fournies après la réalisation des actions ainsi que du budget justificatif de l'emploi des subventions. Cette mission ne doit pas être considérée comme annexe et une personne doit avoir de manière explicite cette mission à sa charge. La circulaire du Premier Ministre du 24 décembre 2002 relative aux subventions de l'Etat aux associations rappelle d'ailleurs la nécessité de mettre en place une politique de suivi, notamment budgétaire, des subventions et d'organiser les contrôles de leur utilisation par les associations.

4.3 LA REACTUALISATION DES OBJECTIFS ET DES MODALITES D'INTERVENTION VIA LE PLAN REGIONAL SANTE AUVERGNE 2003 - 2007

4.3.1 Présentation du Plan Régional Santé Auvergne 2003 - 2007

Pour une meilleure lisibilité de l'action médico-sociale et une meilleure efficacité des interventions, il est indispensable que les différentes actions de l'Etat et de ses partenaires trouvent une cohérence dans un plan d'ensemble assurant la bonne imbrication des différentes priorités. Le Plan Régional Santé en cours d'élaboration à la DRASS Auvergne a pour objectif de réduire en quatre ans la surmortalité auvergnate. Ce plan pluriannuel reprend les thèmes des quatre PRS existants en région Auvergne : maladies cardio-vasculaires et problèmes de nutrition, suicide, cancers et alcoolisation excessive. Le thème des accidents de la circulation, autre cause de surmortalité est également retenu. Pour chaque thème, les cinq axes stratégiques sont : Mieux connaître les facteurs de risques; Réduire le niveau de certains facteurs de risque en agissant notamment sur les comportements; Améliorer l'accès aux soins les mieux adaptés; Améliorer la qualité des soins et des prises en charge; Dépister les risques et orienter la personne à risques (approches multirisque si possible).

Pour chaque thème, les axes stratégiques sont déclinés en axes opérationnels spécifiques. Les actions nécessaires à la réalisation de ces objectifs sont réalisées dans différents cadres : le Plan Régional de l'Assurance Maladie (PRAM), les PRS, la déclinaison des Plans Nationaux, le SROS, le PRAPS ou bien dans le cadre d'autres administrations (Equipement, Jeunesse et Sports...)

Ce Plan Régional Santé est un outil innovant de coordination des différents outils de programmation et de planification, PRS notamment. Les finalités de chaque dispositifs sont clairement établies²³ : le Schéma régional d'Education pour la Santé structure le champ de la prévention et de l'Education pour la santé, le SROS structure le champ des soins hospitaliers alors que les PRS réalisent une coordination transversale à ces différents champs, sur une problématique donnée.

²³ Cf Annexe III : le Plan Régional Santé 2003 - 2007

Cet outil est commun à plusieurs administrations ainsi qu'à l'Assurance Maladie, il permet par conséquent d'asseoir un partenariat fort entre les différentes institutions parties prenantes à ce plan.

Le Plan Régional Santé s'appuie sur une organisation régionale déjà fortement structurée : Comité régional des politiques de santé, plate-forme de l'observation sanitaire et sociale et CREAS. Cette organisation devrait se compléter prochainement par deux nouvelles structures : une plate-forme en éducation pour la santé et une fédération des associations à vocation régionale intervenant dans ce champ de l'éducation pour la santé.

4.3.2 Apports du Plan Régional Santé Auvergne 2003 - 2007 dans le suivi du PRS « Alcool en Auvergne »

Nous avons vu que l'existence d'un comité de suivi actif permettrait une meilleure efficacité du PRS. Mais les inconvénients liés à la multiplication des groupes de suivi demeurent. Aussi, un comité de suivi du Plan Régional Santé pourrait-il être une réponse intéressante au besoin du PRS « Alcool en Auvergne ». Comme le PRS est une composante du Plan Régional Santé, un comité de suivi créé pour le Plan Régional Santé serait le plus à même de suivre le PRS d'autant que sa mission sera beaucoup moins large que celle du Comité Régional des Politiques de Santé, il sera donc plus à même de la remplir.

Composé d'institutionnels et d'acteurs de terrain dans les différents champs du Plan Régional Santé, le comité de suivi pourra maintenir la mobilisation de tous autour de la thématique alcool. A partir du bilan annuel des actions qui sera réalisé par la coordinatrice du PRS, le comité de suivi pourra éventuellement réactualiser les objectifs du PRS « Alcool en Auvergne », en fonction de l'évolution des besoins et des actions de prévention. Ce pourra être l'occasion de reformuler les objectifs trop généraux. Une formulation opératoire des objectifs accompagnée de la détermination de seuils de satisfaction permettra d'envisager une véritable évaluation du PRS à son terme.

De nouvelles actions phares pourront être envisagées et des groupes de travail pourront être réunis pour les mettre en place.

Les membres du comité de suivi seront eux-même des vecteurs d'information en faisant remonter par exemple les difficultés rencontrées par les promoteurs d'actions, l'apparition de blocage que seule une action régionale peut résoudre (relation entre les cafetiers et les jeunes par exemple, publicité des marques d'alcool dans les boîtes de nuit ...).

Ainsi, aux côtés des autres priorités régionales, le comité de suivi pourra maintenir le PRS dynamique. La compétence multiple du comité de suivi favorisera les actions transversales à plusieurs champs : des actions pourront être dirigées vers les consommations multiples, notamment le couple alcool / tabac.

Plus globalement, c'est toute une démarche d'éducation à la santé qui serait la plus à même de réduire les causes de la surmortalité auvergnate.

4.4 LE RENFORCEMENT DU PRS « ALCOOL EN AUVERGNE » AU TRAVERS DU SCHEMA REGIONAL D'EDUCATION EN SANTE

Le PRS « Alcool en Auvergne » n'est pas fermé sur la problématique alcool mais comporte au contraire différentes actions ouvertes sur l'angle de l'éducation à la santé. Ainsi en est-il des actions visant à promouvoir la création des CESC, développer une politique régionale d'éducation « santé » destinée aux jeunes, renforcer les actions d'information « santé » dans tous les lieux fréquentés par les populations précarisées, intégrer la sensibilisation des jeunes de 16-25 ans dans un programme global de promotion des comportements favorables à la santé, développer sur la région une étude PMSI « alcool – toxicomanie – tabac » etc. En effet, le message de santé publique à destination des jeunes doit être souvent renouvelé, être abordé sous des angles différents, avec des outils différents. Plus globalement, le message à faire passer concerne le développement des comportements favorables à la santé, il ne s'agit pas d'un message cloisonné à une problématique mais d'un message d'éducation à la santé.

L'éducation pour la santé a pour but de donner aux individus et groupes les compétences nécessaires pour réaliser les choix de vie favorables à la santé, à la qualité de vie et au bien-être. L'éducation pour la santé ainsi définie représente un idéal, une ligne d'horizon vers laquelle tendre; toutes les actions en cours ou à mettre en œuvre devraient permettre de s'en rapprocher progressivement. Cette définition de l'éducation pour la santé est celle retenue dans le **schéma régional en éducation en santé**, actuellement en cours d'élaboration.

S'il est indispensable de garder un axe fort d'intervention sur le thème de la consommation excessive d'alcool qui est une problématique particulièrement présente en Auvergne, la structuration du paysage de la prévention peut en revanche être structurée par une approche transversale de la prévention : l'Education pour la santé. Certaines réponses au besoin de coordination ressenti dans le cadre du PRS « Alcool en Auvergne » peuvent être trouvées dans ce schéma régional en éducation en santé. Un schéma global permet une meilleure

mobilisation des partenaires et une plus grande synergie des moyens, ainsi l'efficacité d'un tel programme est accentuée. Chaque schéma sur les problématiques spécifique peut ensuite prendre appui sur le schéma régional en éducation en santé puisque les structures mises en œuvre par ce schéma sont transversales.

Par exemple, la structuration de l'offre de formation au niveau régional de manière transversale à l'éducation en santé (plate-forme des formations en éducation pour la santé) permettra d'obtenir une amélioration de la prévention des consommations excessives d'alcool, alors que l'organisation de telles formations uniquement dans le cadre du PRS « Alcool en Auvergne » aurait été impossible.

Le schéma régional en éducation en santé comporte 5 objectifs qui peuvent tous être des atouts pour la lutte contre la consommation excessive d'alcool en Auvergne. Pour chaque objectif, les moyens de sa mise en œuvre sont prévus, certains outils fonctionnent actuellement.

Les objectifs	Les structures ou actions à mettre en œuvre
Se doter des moyens de mieux connaître les états de santé de la population auvergnate et d'évaluer les politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> • La plate-forme de l'observation sanitaire et sociale • Un club « agitateurs d'idées »
Organiser la cohérence générale de l'action publique en matière d'éducation pour la santé	Le CREAS
Développer les moyens d'intervention en éducation pour la santé	La fédération d'associations à vocation régionale La mobilisation des services de l'Education Nationale Le développement de l'éducation thérapeutique
Améliorer la qualité des interventions en éducation pour la santé	La plate-forme des formations La création d'un DESS en éducation pour la santé La création d'un centre ressource La stratégie de communication
Organiser la territorialisation de l'éducation pour la santé en Auvergne	La coordination des intervenants départementaux La promotion des réseaux « prise en charge des pathologies chroniques.

Ces cinq objectifs sont de nature à améliorer l'action régionale en matière d'éducation en santé, en particulier sur la problématique alcool. L'existence de ce schéma montre que la réflexion régionale en matière de prévention est importante et que la structuration du secteur est en cours de réalisation.

Le PRS « Alcool en Auvergne » doit s'inscrire dans ce contexte et profiter des avancées proposées par la schéma régional d'éducation en santé. Il n'y perdra pas sa spécificité puisque des actions uniquement axées sur la problématique alcool seront toujours soutenues en Auvergne. D'autres actions pourront aborder plusieurs thèmes, notamment le thème de l'alcool et du tabac qui sont des consommations souvent couplées et dont les effets se multiplient. Le thème de l'alcool pourra également être abordé sous d'autres angles : la nutrition, les dépendances, la sécurité routière etc.

CONCLUSION

En définitive, dans le champ sanitaire et social en région Auvergne, les différents éléments de programmation ainsi que les modalités d'intervention se structurent.

La coordination se développe au niveau des institutions : Comité régional des politiques de santé, plate-forme de l'observation sanitaire et sociale, CREAS, plate-forme des formation en éducation pour la santé, schéma régional d'éducation en santé.

Cette structuration du paysage, profitable au PRS, est une opportunité pour lui donner une nouvelle impulsion et renforcer la coordination qu'il crée. Il est généralement admis que le déroulement d'un programme régional de santé comporte trois étapes : la phase d'élaboration, la première phase de mise en œuvre (pour laquelle il faut compter deux ans, et terminée par une évaluation intermédiaire) et enfin la phase de programmation confirmée (de trois à cinq ans). Le PRS « Alcool en Auvergne » se situe dans sa troisième année de mise en œuvre mais ne fera pas l'objet d'une évaluation intermédiaire. Aussi, la réalisation du Plan Santé Régional est-elle l'occasion idéale de réajuster les objectifs et les actions du PRS et de redéfinir ses modalités de coordination (binôme de coordination, comité de suivi). Avec ces ajustements, le PRS « Alcool en Auvergne » pourra entrer dans la phase de programmation confirmée de manière plus efficace. Sa réelle efficacité se mesurera à long terme, en fonction de son impact sur la consommation d'alcool des auvergnats.

Sources et bibliographie

Ouvrages et articles:

- GIRARD J.F. *Quand la Santé devient publique*. Hachette Littérature, Septembre 1998. 258 p.
- GOT C. *La santé* Flammarion, 1992. 450 p.
- JOURDAIN A BLUM C. *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?* Février 2003.
- KOPP P. FENOGLIO P. *Le coût social des drogues illicites*. OFDT, 2000. 270 p.
- MALESTRACCI *Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances 2002*. OFDT, 2002. 368 p.
- MIGNON P. *Les « toxicomanies » légales* Problèmes politiques et sociaux, dossiers d'actualité mondiale. N°704. La documentation française, 1993. 60 p.
- MILDT *Drogues Savoir plus risquer moins*. CFES, Juillet 2000. 117 p.
- NICOLAS C. *Les programmes régionaux de santé. Actualité et dossiers en santé publique*. La Documentation française, Mars 2000.

Rapports, enquêtes et études :

- CHOQUET M, LEDOUX S. *Adolescents Enquête nationale*. Paris : INSERM 1994
- DGS *Stratégie d'action alcool : intensifier la prévention et du traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool*. Novembre 2001
- ETIEMBLE J. *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Expertise collective INSERM, 2003.
- ETIEMBLE J. *Alcool. Effets sur la santé*. Expertise collective INSERM, 2001.
- FNORS *La santé observée dans les régions de France*. Synthèse des tableaux de bord régionaux de santé, 1992.
- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE *La Santé en France.*, La Documentation Française, 1995.
- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE *La santé en France 2002*. La Documentation Française, 2002.
- INPES *Les hommes et l'alcool Résultat d'une étude qualitative sur les représentations et attitudes des hommes face à l'alcool*. 2003.

- INSTITUT DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE SUR LES BOISSONS *L'alcool et les jeunes*. FOCUS, n°1 Premier trimestre 2001.
- MICHEL E., JOUGLA E. « La mortalité liée à l'imprégnation éthylique en France en 1998 ». DRESS, Etudes et résultats, N°153. 2002.
- ORS Auvergne *L'alcool et ses conséquences sur la santé en Auvergne*. La santé observée, 1994.
- ORS Auvergne *L'alcool et ses conséquences sur la santé en Auvergne* . 1999.
- REYNAUD M, PARQUET PJ. *Les personnes en difficulté avec l'alcool*. CFES, 1998.

Textes juridiques :

- Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé
- Code de la Santé Publique : articles L710-24 et R 767-6
- Décret n°97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé
- Circulaire de la Direction Générale de la Santé n°97/731 du 20 novembre 1997, relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé
- Circulaire du Premier Ministre du 24 décembre 2002 relative aux subventions de l'Etat aux associations
- Circulaire de la CNAMTS 20/2003 du 30 janvier 2003 relative au FNPEIS 2003 – Alcool
- Circulaire de l'Education nationale n°2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves

Dossiers documentaires :

- FREUD J. *Introduction à la santé publique IASS – MISP – PHISP* Tome II- La santé en France, en Europe et dans le monde Tome III -Perspectives et enjeux Département POLITISS ENSP Mai 2002
- BRECHAT P.H JABOT F Programmes régionaux de santé Pôle 2 Régulation, aide à la décision, planification 2002-2003

Sites Internet :

www.intranet.sante.gouv.fr

www.education.gouv.fr

www.drogues.gouv.fr

www.anpa.asso.fr

Liste des annexes

ANNEXE I : Liste des personnes rencontrées dans le cadre du mémoire

ANNEXE II : Trame d'entretien d'un promoteur d'action

ANNEXE III : Le Plan Régional Santé Auvergne 2003 - 2007

Annexe I : Liste des personnes rencontrées

Personnes rencontrées dans le cadre du mémoire	
Mme Lonchambon	DRASS - MISP <i>Coordinatrice du PRS</i>
Mme Besset	DRASS - IASS <i>Chargée du CREAS</i>
M. Lopez	DRASS - Directeur
M. Vallier	DDASS - Directeur
Mme Morat	DDASS 63 - MISP
Mme Lecadet	DDASS 63 - MISP
M. Negrier	DDASS 63 - Directeur adjoint -Crédit MILDT
	ORS
Mme Gagnepain	Rectorat <i>Assistante sociale conseiller technique</i>
Mme Amblard	Rectorat <i>Médecin conseiller technique</i>
M. Stirling	Rectorat <i>Infirmier conseiller technique</i>
Mme Robert	URCAM <i>Sous-Directeur</i>
Mme Gombert	URCAM <i>Chargée de mission Prévention</i>
Mme Roger	Préfecture - <i>Chargée de prévention routière</i>
Capitaine Bourge	<i>Groupement de gendarmerie Puy de Dôme</i>
Lieutenant Marboutin	<i>Compagnie de gendarmerie de Clermont</i>
Mlle Mermet	Commissariat Central
Mme Dupéchaud	DRDJS
Mme Equalle	DRDJS
Mme Toyre	Mutualité française du Puy de Dôme

Mlle Guillaumin	Mutualité française Allier
M. CHABAUD	DRE Chargé de mission Sécurité Routière
Mlle Marjani	Agent de prévention au SSIU
M. Linas	ANPA CRPA d'Auvergne-Limousin
M. Trioullier	CDPA
Mme Fouquet - Maillet	Présidente CDPA
Mme Lapan-Lenat	CDPA
M. Cognet	CODES
	Croix Bleue SOS Alcool
Dr Maradeix	Médecin coordinateur Réseau PARAD
M. Beyler	ASEIPA
Mme DISSARD	Mission locale de Clermont
	ISBA Bilan de santé
M. Chaf	Correspondant CEADER
M. Pourtier	CPAM 63 Responsable prévention

Annexe II : Trame d'entretien d'un promoteur d'action

Présentation du cadre de ma recherche

Présentation de l'acteur :

Quelles sont vos fonctions ?

Quelle est votre formation ? (avez-vous bénéficié d'une formation spécifique à la problématique alcool ?)

Les actions que vous menez :

Type d'actions - Public visé

Partenaires avec lesquels vous êtes en contact (relation avec le SSIU, la sécurité routière, les gendarmes, le rectorat, la DRASS, la DDASS ...?)

Si interventions dans des écoles : Quelle coordination avec les autres structures intervenant dans les écoles ?

Quelles sont vos sources de financement ?

Quelle formation des personnes qui interviennent sur le terrain ?

Le PRS « Alcool en Auvergne ? » :

Connaissez-vous le PRS « Alcool en Auvergne » ? Son existence, ses finalités, son contenu : objectifs et actions, ses conséquences sur le terrain.

Quelle a été votre participation lors l'élaboration du PRS ? (*le cas échéant*)

La procédure d'élaboration du PRS vous a-t-elle paru satisfaisante ? Partenaires, délais, thèmes etc. Propositions d'amélioration ?

Qu'a apporté le PRS dans votre pratique ?

Le PRS a-t-il stimulé vos actions ? A-t-il permis une meilleure reconnaissance de la part des différentes institutions , a-t-il été source de financements etc.?

Selon vous, le PRS apporte-t-il une coordination dans les actions de prévention en matière d'alcool dans le Puy de Dôme ?

La **coordination** de la lutte contre l'alcoolisme via un programme régional de santé aurait elle pour vous un **intérêt** ?

Sur quel registre ?

- Financements facilités
- Sensibilisation des acteurs, des partenaires
- Plus d'initiatives
- Meilleure coordination entre les actions : relier les actions visant le même public, s'assurer que certains publics ne sont pas oubliés...
- Meilleure publicité sur les actions qui sont mises en place (pour avoir plus d'impact, pour connaître les actions entreprises par d'autres etc.)

Quels sont les manques en matière de prévention aujourd'hui en Auvergne ?

Connaissez-vous les actions existantes dans la prévention de l'alcoolisme en Auvergne ? Disposer **d'un bilan de ces actions** vous serait-il utile ?

Un comité de suivi, groupes réunissant les acteurs de la prévention aurait-il une utilité ? (chacun pourrait par exemple y faire remonter ses difficultés et des solutions pourraient être envisagées au niveau régional...)

Annexe III: Le Plan Régional Santé

Plan régional santé Auvergne 2003 - 2007

