

Dire l'alcool

**Programme
régional
de santé alcool de
Basse-Normandie**

Programme régional de santé alcool : « dire l'alcool ».

Rappel du contexte

La consommation excessive ou dangereuse d'alcool est un problème de santé publique particulièrement marqué en France, même si une baisse notable en a été observée ces dix dernières années. La Basse Normandie souffre, elle aussi, de cette consommation excessive. En situation moyenne au niveau national, elle hérite d'un lourd passé alcoolique dont elle paye actuellement les conséquences en terme de morbidité et de mortalité.

Le constat a été fait d'un comportement dangereux des bas normands dans leur consommation d'alcool. Ainsi, un pourcentage considérable des hospitalisations est le fait d'une pathologie due ou associée à un problème d'alcool. Plus d'un consultant de médecine générale de ville sur dix présente un trouble dû ou associé à un problème d'alcool. Près de quatre bas normands sur 100 sont en difficulté par rapport à l'alcool. Aucune action à long terme n'a été envisagée d'une manière spécifique, en dehors de la création des centres départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA) et des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) et de la création de quelques équipes hospitalières spécialisées.

En 1992 un comité technique régional d'alcoologie, composé de professionnels, s'est mis au travail et a largement contribué à faire émerger l'alcool comme un problème régional de santé publique. A deux reprises, en 1996 et 1997, la conférence régionale de santé a souligné la consommation excessive ou dangereuse d'alcool chez les bas normands comme étant une priorité régionale de santé publique. Fin 1997, cette priorité établie par la conférence régionale de santé a fait l'objet d'un programme régional de santé (PRS) de cinq ans, élaboré durant l'année 1998, pour une mise en œuvre les quatre années suivantes, de 1999 à 2002.

Un objectif central du programme régional de santé " alcool " : lever le déni

Un des grands obstacles que l'on rencontre pour mettre en place une véritable politique contre les risques liés à l'alcool est le déni des populations et surtout des professionnels, notamment médicaux, face à ce fléau. Ce constat est général en France. La Basse-Normandie, habituée à vivre avec son alcoolisme, fière du passé de ses campagnes, de ses ancêtres bouilleurs de cru et riche de ses anecdotes liées aux trafics d'alcool... s'est, elle aussi, confortée dans ce déni.

L'objectif principal du programme régional de santé « alcool » sera donc de **dire les problèmes liés à l'alcool dans la région**. Il faudra le dire tranquillement, de telle manière qu'à l'échéance du programme régional, à la fin de l'année 2002, la population et les professionnels bas normands acceptent de mieux reconnaître la réalité d'une consommation excessive ou dangereuse d'alcool.

Toutes les actions destinées aux populations obéiront à cette priorité et se développeront dans deux directions :

- dire les problèmes liés à l'alcool dans les occasions de rencontre, que ce soit dans le cadre de la vie quotidienne et ménagère, du travail, ou des loisirs,
- dire les problèmes liés à l'alcool dans sa vie personnelle pour soi-même ou pour son environnement.

En ce qui concerne les professionnels, pour pouvoir dire, il leur faudra d'abord voir et interpréter ce qu'ils voient. La formation des professionnels, médicaux ou non, leur donnera donc les moyens de reconnaître le problème alcool, de reconnaître leur propre déni, et de passer à l'action de prévention ou de soin.

Les 3 axes stratégiques et les 32 actions

La mise en œuvre du programme régional de santé « alcool », en référence à son objectif central, se fera selon trois axes stratégiques regroupant 32 actions. Celles-ci ont été préalablement retenues pour leur valeur « pédagogique », pour l'engagement de leurs rédacteurs et pour leur faisabilité. Leur réalisation sera prioritaire mais non exclusive d'éventuelles opportunités allant dans le sens du travail sur le déni. Chacune des actions ci-dessous proposées fait l'objet d'une fiche descriptive que l'on trouvera en annexe I à la présente décision. Les 28 premières fiches sont rédigées à l'intention des promoteurs et visent à leur simplifier le travail d'élaboration d'un projet. S'y ajoutent quatre fiches (29 à 32) décrivant des actions nécessaires à la vie, à la faisabilité et à l'évaluation du programme régional de santé.

Premier axe stratégique : actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé et de prévention

Ces actions sont destinées d'abord aux jeunes mais pas exclusivement. Une volonté particulièrement forte concerne des actions communes entre justice et santé.

Dix actions en direction des jeunes :

A l'école :

- L'action numéro 1 assurera la formation des jeunes par les jeunes sur le risque alcool.
- L'action numéro 2 incitera à mettre en place une action santé sur l'alcool dans chaque établissement scolaire pendant les quatre années de mise en œuvre du programme régional de santé.
- L'action numéro 3 visera à aider les personnels de l'éducation nationale à prendre conscience du déni de l'alcool dans les établissements scolaires.
- L'action numéro 4 propose un travail sur une prévention primaire de l'alcoolisme pendant la grande section de maternelle et jusqu'au cours moyen (CM).

En milieu sportif :

- L'action numéro 5 abordera le problème des jeunes et de l'alcool sur les terrains de sport.

Dans les auto-écoles :

- L'action numéro 6 cherchera à sensibiliser les jeunes au risque alcool lors de l'apprentissage de la conduite.

Dans les boîtes de nuit :

- L'action numéro 7 visera à limiter l'alcoolisation des jeunes dans les boîtes de nuit et en limiter les effets.

Avec les commerces de boissons :

- L'action numéro 8 assurera la participation des grandes surfaces à la réduction de la consommation d'alcool des jeunes.

- L'action numéro 9 visera à responsabiliser le personnel des débits de boissons à l'alcoolisation des jeunes.

Et en général :

- L'action numéro 10 permettra d'aborder le problème spécifique de la défoncé à l'alcool et de l'overdose d'alcool.

Quatre actions pour tous les publics :

- L'action numéro 11 visera à former et à aider les médecins du travail afin qu'ils puissent développer la prise de conscience du risque alcool dans les entreprises.
- L'action numéro 12 travaillera sur la prévention du risque alcool à travers les actions de sécurité en entreprise.
- L'action numéro 13 visera à sensibiliser les médecins libéraux de la région à la problématique alcool en promouvant « 7 secondes pour parler de l'alcool » dans tous leurs actes.
- L'action numéro 14 sensibilisera les pharmaciens pour qu'ils contribuent à l'information du public.

Cinq actions communes santé et justice :

- Dans le cadre de l'obligation de soins, l'action numéro 15a permettra d'assurer la promotion de « parcours pédagogiques » courts et longs pour les travaux d'intérêt général (TIG), les sursis avec mise à l'épreuve (SME) et les libérations conditionnelles,
- l'action numéro 15b promouvra ces mêmes parcours pédagogiques pour les ajournements avec mise à l'épreuve
- et l'action numéro 15c pour les classements sous condition.
- L'action numéro 16 permettra de délivrer des informations sur l'alcool en préalable aux audiences de conduite en état alcoolique.
- L'action numéro 17 visera à rendre possible un travail sur le problème alcool à l'occasion de l'emprisonnement.
- L'action numéro 18 cherchera à assurer la formation des personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), des personnels pénitentiaires et des intervenants extérieurs en prison.

Un groupe transversal assurera la promotion des actions communes santé et justice. Ce sera l'action numéro 19.

Deuxième axe stratégique : actions de soins, de rééducation et de réinsertion

Dans le domaine des soins aux patients alcooliques, de nombreuses équipes sont déjà en place et forment un début de trame sur laquelle il est nécessaire de s'appuyer. Le dispositif général est à renforcer et à améliorer car il est loin d'être suffisant pour répondre à une demande de plus en plus reconnue.

L'amélioration portera sur l'accueil des patients à la porte de l'hôpital, sur la coordination de la prise en charge du problème « alcool » dans l'ensemble de l'établissement hospitalier, sur le développement du dispositif ambulatoire de soins et sur le travail en lien avec les acteurs extérieurs à l'hôpital.

- L'action numéro 20 se donnera donc pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients alcooliques dans les services d'urgences des centres hospitaliers généraux.
- L'action numéro 21 visera le développement de l'alcoologie de liaison dans tous les établissements de santé,
- l'action numéro 22 la création ou le développement de la prise en charge ambulatoire des patients,
- et l'action numéro 23 la création ou le développement du travail en réseau.

Troisième axe stratégique : actions de formation

La formation des professionnels ou non, médicaux ou non, de la santé ou non, leur donnera les moyens de reconnaître le problème alcool, de reconnaître leur propre déni, et de passer à l'action de prévention ou de soin. L'objectif principal de la formation est clairement de diminuer le déni. Quelques principes de formation et quelques propositions pédagogiques sont énoncés dans la fiche méthodologique numéro 1, en annexe II de la présente décision.

Quatre formations ont déjà été prévues dans certaines actions citées plus haut. Il s'agit de formations à l'intention :

- des moniteurs d'auto-écoles (action numéro 6),
- des caissières de grandes surfaces (action numéro 8),
- des médecins du travail (action numéro 11),

- des personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation, des personnels pénitentiaires et des intervenants extérieurs en prison (action numéro 18).

Cinq autres formations s'adresseront :

- aux professionnels en relation avec les jeunes, personnel des missions locales et personnel des organismes de formation (action numéro 24),
- aux médecins généralistes en formation continue (action numéro 25),
- aux médecins dans le cadre du deuxième cycle des études médicales, en formation initiale en alcoologie (action numéro 26),
- aux infirmiers de pratique libérale (action numéro 27)
- et aux élus (action numéro 28).

L'information, le suivi, l'évaluation

Quatre actions pour fournir l'information nécessaire à tous et dynamiser la mise en œuvre du programme régional de santé

Mener une politique de lutte contre l'alcoolisation excessive impose de disposer d'un minimum d'information, que cette information soit utilisable pour l'action, accessible par tous et qu'elle fasse l'objet d'une réflexion collective d'une manière transparente. Celle-ci est nécessaire en particulier pour bien évaluer l'action menée.

- L'action numéro 29 visera à réactualiser la brochure « Un problème avec l'alcool en Basse-Normandie, annuaire des adresses utiles », à la maintenir à jour et à proposer son contenu sur un serveur télématique.
- L'action numéro 30 propose de mettre en place une enquête annuelle « un jour donné » dans les établissements de santé, dans les consultations des services d'accueil et d'urgence et chez les médecins généralistes.
- L'action numéro 31 effectuera chaque année le bilan financier des moyens accordés dans le domaine de l'alcoologie pour chaque département.

Enfin il sera nécessaire de mobiliser le maximum d'acteurs de terrain et de les amener à échanger sur leurs expériences, sur leurs réussites, leurs difficultés, leurs savoir-faire.

- L'action numéro 32 consistera en l'organisation, à propos du déni de l'alcool, d'ateliers régionaux d'échanges sur les pratiques en alcoologie, à mi-chemin de la mise en œuvre du PRS.

Le suivi et l'évaluation

Un comité technique de suivi et d'évaluation du PRS alcool est installé pour toute la durée de mise en œuvre du programme régional de santé. Ce comité est composé de dix membres dont la liste figure en annexe III de la présente décision. Il est chargé du suivi en continu de la mise en œuvre du PRS alcool et de son évaluation.

En préalable à la sélection d'une action présentée par un promoteur, que ce soit une action prévue explicitement ci-dessus ou une éventuelle nouvelle action, il vérifiera la cohérence de l'action par rapport au PRS et notamment par rapport à son objectif central qui est de dire l'alcool en Basse Normandie. Il vérifiera également que chaque action est bien assortie de son protocole d'évaluation.

Tout au long de la mise en œuvre du programme régional de santé, le comité technique de suivi et d'évaluation mènera des évaluations répétées, action par action, pour s'assurer d'éventuelles difficultés d'application et du maintien des objectifs initiaux. Dans le respect de ces objectifs, il pourra proposer l'inscription de nouvelles actions dans le PRS.

Enfin il réalisera une évaluation action par action et globale du PRS au bout de ses 4 années de mise en œuvre en fonction des objectifs initiaux.

La mise en œuvre et le financement

La mise en œuvre du programme régional de santé " alcool "

En règle générale, c'est le niveau départemental des services de l'Etat (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) qui coordonnera la mise en œuvre sur le terrain du programme régional de santé « alcool » et qui lancera les appels d'offre pour solliciter les promoteurs.

Dans certaines actions une coordination régionale sera nécessaire. Elle sera assurée sous l'égide de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales notamment par le collège régional des médecins inspecteurs de santé publique. Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales rendra

compte tous les ans de l'état de réalisation du programme régional de santé.

Le financement du programme régional de santé " alcool "

Le financement des actions prévues dans le programme régional de santé « alcool » de Basse-Normandie repose sur le principe de réorientation des ressources existantes en vue d'une utilisation optimale. Cependant un minimum de ressources additionnelles affectées à la réalisation de ce programme est indispensable pour mobiliser les moyens existants. Ces ressources supplémentaires seront apportées par des crédits de l'Etat et par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion passée entre l'Etat et la CNAMTS.

Rien n'empêche la mobilisation de financements complémentaires notamment par intervention des collectivités locales (conseil régional, conseils généraux et municipalités) si celles-ci le désirent. De même des financements privés, dans le cadre du mécénat, pourront contribuer à la mise en œuvre d'une ou plusieurs actions.

La fiche méthodologique numéro 2 figurant dans l'annexe II de la présente décision précise comment monter un dossier budgétaire et à qui s'adresser pour élaborer et faire ses demandes de financement.

Annexe I : Les fiches descriptives des 32 actions

La mise en œuvre du programme régional de santé alcool, en référence à son objectif central, se fait selon trois axes stratégiques regroupant 32 actions. Celles-ci ont été préalablement retenues pour leur valeur « pédagogique », pour l'engagement de leurs rédacteurs et pour leur faisabilité. Leur réalisation est prioritaire mais non exclusive d'éventuelles opportunités allant dans le sens du travail sur le déni.

Chacune des actions ci-dessous proposées fait l'objet d'une ou plusieurs fiches descriptives. Les 30 premières fiches (de 1 à 28 plus les fiches 15 b et 15 c) sont rédigées à l'intention des promoteurs et visent à leur simplifier le travail d'élaboration d'un projet. S'y ajoutent quatre fiches (29 à 32) décrivant des actions nécessaires à la vie, à la faisabilité et à l'évaluation du programme régional de santé.

Ces fiches sont des canevas quelquefois très précis, d'autres fois très sommaires. Les noms de leurs rédacteurs sont indiqués en pied de page et leurs adresses sont précisées en annexe IV. Ils peuvent éventuellement servir de conseils à un éventuel promoteur d'une action.

Une des principales difficultés viendra du montage financier des actions. La fiche méthodologique n° 2 (annexe II) : « comment et avec qui monter un dossier financier ? » donne des réponses à la fois théoriques et concrètes.

Chaque action doit inclure les modalités de son évaluation. Le comité technique de suivi et d'évaluation, dont on trouvera la composition en annexe III, est là pour aider les promoteurs et pour veiller à la cohérence de la mise en œuvre du programme régional de santé alcool.

FICHE D'ACTION n° 1

Assurer la formation des jeunes par les jeunes sur le risque alcool

1. Justification de l'action

Exposé des motifs :

Une consommation précoce d'alcool par les jeunes est à la fois révélatrice d'un mal-être et génératrice de comportements à risques.

Argumentaire :

Entendant le jeune dans sa globalité, l'alcoolisation en tant que conduite est indissociable de la polytoxicomanie, des tentatives de suicide, des passages à l'acte (violences...), maux de ventre... Drogue licite et ancrée socio-culturellement, l'alcool est une porte d'entrée dans la "problématique jeunes" et permettant des projections dans le monde adulte : l'avenir, voire le devenir.

L'alcoolisation étant une fuite (de soi en particulier) la méthode consiste à créer de la relation, favoriser l'expression, valoriser les initiatives en rendant les jeunes acteurs de leur prévention, favoriser la prise en charge, la citoyenneté...

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

- Association "Child to Child" développant des actions de prévention dans les pays du tiers monde.
- Action "alcool, paroles de jeunes" sur l'agglomération cherbourgeoise dans le cadre du Conseil Intercommunal de Prévention de la Délinquance.
- Projet en cours du Comité d'Environnement Social de Vire.
- Projet en cours avec la Commission Santé de l'Office Municipal de la Jeunesse de Coutances.
- Action à la Ferté Macé.
- "Prévention, évaluation et recherches : trois expériences départementales", Alcool ou Santé, 1993, 1, pp 21-25.
- "Adolescents", Enquête Nationale, Ed. INSERM, 1994, 347 p.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général : **Lever le déni** tant au niveau du public visé que des structures encadrantes ou de l'entourage.

Méthode : Méthode développée sur l'agglomération cherbourgeoise inspirée de "Child to Child".

Pédagogie : Prise en compte des méthodes pédagogiques habituelles des structures accueillantes.

Axe stratégique :

Trois axes stratégiques :

- Formation des encadrants en alcoologie et en expression (éventuellement "théâtre de l'opprimé").
- Expression des jeunes en vue de l'élaboration de messages.

Communication et élaboration d'outils de communication.

Objectif opérationnel :

Trois objectifs opérationnels majeurs :

- Former des encadrants en expression - et ainsi dépasser le déni - et en alcoologie. Ceci est un investissement en termes de bénéfices qui dépasse dans le temps le cadre de l'action.
- Le *forum* : permettre aux jeunes de s'exprimer et d'élaborer des messages à transmettre aux autres jeunes. Objectifs de mobilisation, conscientisation, expression.
- Le *salon* : l'objectif est d'élaborer des outils de communication. Il s'agit de trouver d'autres financements, donc d'impliquer d'autres instances.

L'objectif secondaire est aussi de permettre aux jeunes de se rencontrer entre différentes actions et de confronter leur parole à l'écoute des adultes.

4. Bénéficiaires de l'action.

- Les jeunes qui participent à l'action ; les jeunes qui côtoient l'action ; les jeunes qui reçoivent les messages.
- Par effet "boule de neige", nous pouvons constater que ce sont également les familles ou les adultes de proximité.
- Au sens large c'est la communauté qui bénéficie de l'action, tant au niveau sanitaire, judiciaire, social, éducatif...

5. Modalités de l'action.

Historique :

L'utilisation d'une dynamique locale préexistante.

L'existence à l'échelon local d'organismes, d'institutions, d'associations et d'élus pouvant servir de support à l'action.

Niveau géographique d'intervention :

- La base est la structure accueillante correspondant à un quartier. Ce niveau accueille un groupe.
- A un second niveau, la commune peut accueillir plusieurs groupes.
- Au troisième niveau, l'agglomération peut avoir plusieurs communes participantes, comme l'agglomération cherbourgeoise.
- Nous pouvons imaginer un élargissement départemental mais avec des financements différents.

Type d'action :

L'action, liée à la méthode, est dite "*active*" : capacité de production, de décision, d'expression, de prise en charge, de mobilisation... La pédagogie doit rester en adéquation.

Moyens d'action :

- Mise en place d'un comité de pilotage.
- S'assurer, évidemment, des moyens financiers.
- S'assurer le concours de "relais" dans les structures (indispensable).
- S'assurer le concours de formateurs en alcoologie (avec un suivi tout au long de l'action) et en expression.

- S'assurer le concours de techniciens (arts plastiques, vidéo...) pour la phase d'expression des jeunes
- S'assurer de l'existence de moyens matériels (grilles...), services techniques, salles ou amphithéâtres (Institut Universitaire de Technologie...) pour les salons et forums.

Calendrier :

ANNEE 1 :

- Août à octobre : Mobilisation des structures (premiers contacts antérieurs). Mise en place du calendrier.
- Octobre à décembre : Début de formations.
- Janvier à mars : Constitution des groupes de jeunes et phase d'expression aboutissant à l'élaboration des messages.
- Avril à juin : Constitution d'outils de communication.

ANNEE 2 : Communication des messages.

- Au cours de l'ANNEE 2 débutent de nouveaux groupes de jeunes en ANNEE1.

N.B. : Ce calendrier peut être modulé selon les groupes de jeunes, l'âge, le contenu, la dynamique, les impératifs de la structure accueillante. Toutefois l'articulation doit se faire autour du FORUM et du SALON.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

Les moyens de suivi sont classiquement sous forme de questionnaires mais aussi par la prise en notes de l'expression de tout un chacun tout au long de l'action.

Pour ce faire la désignation des évaluateurs devrait se faire selon § 6.3

Méthodes d'évaluation :

La méthode d'évaluation doit s'inscrire dans le suivi lui-même de l'action. Elle consiste, derrière une grille d'évaluation, à constituer des recueils de données à des « moments instants », puis de les confronter. La méthode s'apparente à des « REFLEXIONS EVALUATIVES » qui permettent de projeter l'action dans le temps et de la réorienter.

Le recueil de données peut ainsi être quantitatif (nombre de jeunes, d'actions...) ou qualitatif (teneur des messages, ressenti des encadrants...).

Evaluateurs :

Il est préférable, pour des questions de coût et de suivi, que les évaluateurs assurent déjà la coordination de l'action.

Indicateurs d'évaluation :

Les indicateurs d'évaluation peuvent être :

- En premier chef la capacité des jeunes de dépasser le déni : l'expression, les messages...
- La capacité de prise en charge des jeunes (transmission des messages, actions)...
- La transmission communautaire : réactions de l'entourage, des autres jeunes, des élus, l'évolution des articles de journaux...

La capacité à dépasser le "problème alcool" pour aller vers la "problématique jeunes" : Capacité des jeunes à la remise en question de conduites à risques dans leur globalité (contenu des échanges).

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- C.P.A.M., C.D.P.A., C.O.R.E.S., C.O.D.E.S.
- Secteur scolaire : Inspection d'Académie, infirmières, C.P.E., enseignants, médecins scolaires, organismes de formation.....
- Secteur non scolaire : Mairies, F.J.T., missions locales pour l'emploi, P.A.I.O., centres sociaux, centres d'animations, maisons de quartier, C.C.A.S., M.J.C., animateurs de mairies...

Moyens matériels :

Utilisation des différentes ressources (locaux, matériels...) existantes localement : structures participantes, mairies (services techniques)...

Coût :

Le coût dépend d'un certain nombre de facteurs tels que : le nombre de groupes impliqués, le nombre d'intervenants en expression, la forme des forums et salons, les outils de communication envisagés et la capacité de prise en charge des mairies, la prise en charge humaine et matérielle des différentes structures...

L'envergure de l'action et donc son coût s'établiront selon la volonté politique et financière de développer une action de ce type. Estimons provisoirement et de façon moyenne que le coût soit de 8000 francs par groupe de jeunes impliqués.

Financements :

- Cofinancement en provenance du programme régional de santé alcool.
- Cofinancement en provenance des mairies, comités locaux (ou intercommunaux) de prévention de la délinquance.

8. Outils de communication et de valorisation.

- L'action en elle-même contient ses propres outils de communication gérés par les jeunes eux-mêmes.
- Toutefois l'action, donc les jeunes eux-mêmes, doit être soutenue par la presse écrite, les radios locales et FR3 à l'occasion des temps forts.
- Une plaquette annuelle, sous forme de rapport d'activité évaluatif, sera élaborée.

FICHE D'ACTION n° 2

Inciter à la mise en place d'une action santé sur l'alcool dans chaque établissement scolaire

1. Justification de l'action

Faire parler l'ensemble de la communauté éducative : jeunes et adultes sur le sujet alcool (sur la reconnaissance de son utilisation, sur les états que son utilisation engendre).

La consommation augmentant avec l'âge, la prévention doit être la plus précoce possible : nécessité d'une prévention primaire.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Enquête INSERM 1994 Marie CHOQUET et Sylvie LEDOUX.

- 87,8 % des enfants s'estiment bien portants
- Seulement 15,3 % des jeunes demandent une information sur l'alcool.
- 39,8 % des jeunes consomment occasionnellement de l'alcool
- 12,4 % des jeunes en consomment régulièrement (au moins deux fois par semaine ou ont eu au moins trois états d'ivresse dans l'année)
- L'alcoolisation est plus élevée en milieu rural.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Diminuer l'alcoolisation chez les jeunes et prévenir l'apparition d'un alcoolisme durable.

Axe stratégique :

Par l'éducation à la citoyenneté, favoriser "un bien être physique, affectif et relationnel auquel chaque homme à droit."

Objectif opérationnel :

Faire prendre conscience au jeune, à l'adulte, de sa consommation d'alcool.

Analyser les différents facteurs favorisant la consommation d'alcool et les mécanismes aboutissants à l'alcoolisation.

4. Bénéficiaires de l'action.

Les élèves, les adultes au sein de l'établissement scolaire.

5. Modalités de l'action.

Niveau géographique d'intervention :

L'établissement scolaire.

Type d'action :

Action intégrée au projet d'établissement.

Programme variable, adapté à la tranche d'âge concernée.

Travail en liaison avec une cellule informatique pour l'élaboration de l'enquête et son évaluation.

Moyens d'action :

Favoriser les actions interactives - théâtre forum.

Travailler sur l'image du corps, sur l'estime de soi, sur le plaisir que peut procurer l'alcool.

Calendrier :

Programme suivi par une même classe, plusieurs années de la 6ème à la 3ème par exemple.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

Grilles d'évaluation établies en fonction des différentes étapes du programme défini en début d'année scolaire. Suivi régulier au cours de l'année (fin de chaque trimestre, afin de réajuster si besoin).

Evaluateurs :

Interne à l'établissement (le responsable du programme) et une personne extérieure.

Indicateur d'évaluation :

A déterminer (dans l'élaboration du projet) avec un professionnel.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

Le chef d'établissement et son équipe éducative, (y compris les services médico-sociaux en faveurs des élèves).

Les élèves et leurs familles.

Une personne extérieure pour l'évaluation.

Moyens matériels :

Variables en fonction du programme.

Mallettes pédagogiques

Documents audiovisuels

Expositions

Affiches

Logiciels, etc....

Financements :

D.R.A.S.S, D.D.A.S.S, E.N (Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté).

Jeunesse et Sports, municipalités, M.I.L.D.T.

8. Outils de communication et de valorisation.

Médias

Elaboration de plaquettes, de documents pédagogiques.

FICHE D'ACTION n° 3

Aider les personnels de l'éducation nationale à prendre conscience du déni de l'alcool dans les établissements scolaires

1. Justification de l'action

Le problème de l'alcoolisme est souvent passé sous silence et ne se révèle au grand jour que longtemps après le début de l'alcoolisation, lorsque la situation est devenue insupportable pour la communauté scolaire. Il est alors trop tard pour avoir une action efficace pour l'intéressé et l'exemple de cette tolérance de la communauté éducative au problème de l'alcool nuit aux actions de prévention que l'on pourrait faire auprès des élèves.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Des actions de sensibilisations ont été faites antérieurement auprès des chefs d'établissement en formation initiale.

Une formation de deux jours a été faite par le CDPA Calvados pour les médecins et infirmières scolaires en 1996.

3. Cadres de référence du PRS.

Objectif général :

Réduire le déni alcool en sachant aborder l'ensemble des problèmes posés par la consommation d'alcool dans un établissement scolaire.

Axe stratégique :

Apprendre, au plan pratique comment repérer et aborder un collaborateur ayant un problème personnel avec l'alcool, entraînant des répercussions sur sa vie professionnelle et la vie de l'établissement.

Objectif opérationnel :

Sensibiliser en priorité les responsables (chefs d'établissements, chefs de travaux, gestionnaires). Leur donner les moyens d'identifier les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool, de clarifier les motivations à aider quelqu'un pour qu'il quitte l'alcool et de connaître les attitudes et les ressources qui peuvent aider, de même que les interventions inopportunes.

4. Bénéficiaires de l'action.

Directs : Les personnels de l'éducation nationale et en priorité les responsables des établissements scolaires.

Indirects : Les personnels touchés par le problème alcool (à plus long terme).

5. Modalités de l'action.

Formation académique (régionale) dans le cadre du plan académique de formation, sur la base du volontariat. Echanges, questions, bref exposé, discussion des cas concrets, mise en situation.

6. Suivi et évaluation de l'action.

- Recenser les établissements qui demandent à participer à cette formation.
- Suivre et analyser les retombées de la formation dans la vie de l'établissement : prise en charge de cas éventuels
- Actions de prévention auprès des élèves.

7. Ressources à mobiliser.

Humaines :

Les responsables institutionnels de la formation.

Les spécialistes en alcoologie.

Matérielles :

Salles nécessaires aux formations.

Financières :

Une journée pour 12 à 20 stagiaires (coût environ 15 000 F) à renouveler en fonction du nombre de candidats.

Prise en charge :

Académie et PRSA.

FICHE D'ACTION n° 4

Proposer une prévention primaire de l'alcoolisme pendant la grande section de maternelle et jusqu'au cours moyen (CM.)

1. Justification de l'action

Exposé des motifs :

Les problèmes survenant au cours de l'enfance peuvent entraîner des désordres graves à l'adolescence et la consommation telle que l'alcool défonce n'est qu'un révélateur.

Le déni est ne pas intégrer la prévention dans le champ de l'éducation.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

J.Bergeret - PR. Parquet.- Deschamps (Santé Publique à Nancy).

3. Cadres de référence du PRS.

Objectif général :

Lever le déni par rapport au rôle prépondérant que peut jouer l'Education Nationale dans le champ de la prévention.

Axe stratégique :

Promouvoir la santé par l'éducation pour la santé et la prévention.

Objectifs opérationnels :

- Privilégier la communication comme moyen de résolution des difficultés repérées.
- Augmenter les capacités de l'enfant à verbaliser ses ressentis.
- Développer les facultés de l'enfant à se situer et à être acteur dans son environnement.

4. Bénéficiaires de l'action.

Public visé :

Enfants de grande section et classes élémentaires.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

Mise en place d'un programme avec un suivi d'un groupe classe de la grande section CM2.

Moyens d'action :

Développement de séquences animées conjointement par l'enseignant et un animateur de prévention.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyen de suivi :

Bilan bi-annuel, en janvier et juin, avec une évaluation continue.

Méthodes d'évaluation :

Les critères d'évaluation individuels, collectifs et/ou familiaux seront déterminés avec l'enseignant et les parents d'élèves en début d'année

scolaire en fonction des séquences développées dans l'année.

Evaluateurs :

Au minimum 3 personnes enseignant - animateur - une personne extérieure.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- La communauté éducative
- Inspecteur 1er degré
- projet d'école
- Directeur de l'école
- Enseignants.
- SPSFE Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves
- Enfants
- Parents
- Les personnes participant à la vie de l'école
- Des collectivités locales
- Les C.D.P.A.

Moyens matériels :

- Matériel pédagogique lié au programme.

Financement :

Etat. FNPEIS

Coût :

- Recrutement d'un animateur chargé du suivi et de l'animation du programme en binôme avec l'enseignant. Pour 4 ans : 627 400 F
- Si emploi jeune : 259 400 F soit environ 65 000 F par an.

8. Outils de communication et de valorisation.

- Publication dans des revues de l'Education Nationale.
- Tables rondes en cours de programme.

FICHE D'ACTION n° 5

Aborder le problème des jeunes et de l'alcool sur les terrains de sport

1. Justification de l'action

La "3ème mi temps" est souvent consacrée à la consommation de boissons alcoolisées.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Réalisation de cocktails sans alcool et message d'information (expérience Orne).

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Parler tranquillement du problème alcool. Travailler sur le déni.

Axe stratégique :

La prévention.

Objectif opérationnel :

Permettre aux éducateurs de sensibiliser les jeunes qu'ils encadrent au risque alcool. Travailler sur le déni des éducateurs par rapport au problème alcool.

4. Bénéficiaires de l'action.

Directs : Tous les éducateurs en contact avec les jeunes.

Indirects : Tous les jeunes pratiquant une activité sportive.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

- Sensibilisation des éducateurs.
- Sensibilisation du public cible (sous quelle forme? quel message?).

Moyens d'action :

- Réunions avec les éducateurs, en exercice ou en formation, pour une réflexion sur leur rôle et leur responsabilité dans ce domaine.
- Faire respecter la loi Evin (interdiction de la vente d'alcool sur les stades, y compris pour les spectateurs).

Calendrier :

- A partir de 1999.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

Nombre d'éducateurs sensibilisés.

Méthodes d'évaluation :

Questionnaire auprès des éducateurs et des organisateurs de manifestations sportives sur les modifications de comportement des jeunes sportifs.

Evaluateur :

Le groupe de pilotage de l'action.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Le groupe de pilotage : la C.P.A.M, la D.D.J.S, le C.D.P.A, la Préfecture, les Organismes de formation des éducateurs (C.R.E.P.S). Eventuellement des collectivités locales organisatrices de manifestations sportives ?
- Les animateurs volontaires.

Moyens matériels :

Tracts - Brochures.

Financements :

D.D.J.S. - F.N.P.E.I.S

FICHE D'ACTION n° 6

Sensibiliser les jeunes au risque alcool lors de l'apprentissage de la conduite

1. Justification de l'action.

Importance du nombre d'accidents de la route et de victimes jeunes, dû à la conduite sous l'emprise de l'alcool.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Action à Cherbourg auprès des jeunes envoyés par le comité de probation. Une expérience est actuellement en cours dans le Calvados. Expériences antérieures dans le Pas-de-Calais.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Parler tranquillement du problème alcool. Travailler sur le déni.

Axe stratégique :

La prévention.

Objectif opérationnel :

Permettre aux moniteurs d'aborder plus facilement le thème alcool avec leurs élèves.

4. Bénéficiaires de l'action.

Directs :

Tous les moniteurs d'auto école du département.

Indirects :

Tous les jeunes en cours d'apprentissage de la conduite.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

- Sensibilisation, création et mise à disposition d'outils pédagogiques.
- Mises en situation où les jeunes seraient transformés en "agent de civilité" pour constater et faire constater aux autres leur incivilité.

Moyens d'action :

- Réunions des moniteurs.
- Création d'un outil pédagogique pour les moniteurs : ensemble de fiches comprenant les aspects réglementaires, la connaissance du produit alcool et ses effets, un argumentaire (questions réponses...).
- Création - ou adaptation de l'existant - d'un outil pédagogique ludique pour les jeunes, style réglette corrélant les doses d'alcool, le sexe, le poids... et le taux d'alcoolémie.

Calendrier :

- Groupe de pilotage de Cherbourg constitué en 1997 (cf. 7).
- 1ère réunion de sensibilisation des moniteurs le 9 Mars 1998.

- Groupe de travail sur la réalisation des outils pédagogiques avec des moniteurs volontaires : 1ère réunion le 8/9/98.
- Réalisation et diffusion : 1999 ?

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

- Nombre de moniteurs sensibilisés.
- Nombre d'outils pédagogiques distribués aux jeunes.

Méthodes d'évaluation :

- Questionnaire annuel aux moniteurs sur le nombre de jeunes sensibilisés, sur la pertinence des outils pédagogiques.....

Evaluateur :

- Le groupe de pilotage de l'action.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Le groupe de pilotage : la C.P.A.M, le C.D.P.A, la Préfecture, le syndicat national des moniteurs d'auto école, les organismes de formation des moniteurs.
- Les moniteurs volontaires.

Moyens matériels :

- Réalisation des outils.

Financements :

- Etat, FNPEIS.

8. Outils de communication et de valorisation.

Service minitel entre la Préfecture et les moniteurs.

FICHE D'ACTION n° 7

Limiter l'alcoolisation des jeunes dans les boîtes de nuit et en limiter les effets

1. Justification de l'action.

Importance du nombre des accidents de la route et des victimes jeunes à la sortie des boîtes de nuit, provoqués par une consommation excessive de boissons alcoolisées.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Opération "Discotestez-vous" organisée par la DDASS, en multi partenariat.

En Gironde "casse pas ta vie », A.LESSAY « Gipsy »

Campagne de prévention de la consommation excessive d'alcool (CPAM de l'Orne en 1993).

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

- Parler tranquillement du problème alcool.
- Travailler sur le déni.

Axe stratégique : La prévention.

Objectif opérationnel :

- Promouvoir les boissons sans alcool, mais énergiques (avec caféine ou vitamine C...).
- Diminuer le coût des boissons et des cocktails sans alcool.
- Obtenir la mise en pratique par les jeunes du système "celui qui conduit ne boit pas d'alcool" (y compris avec remise des clés à l'entrée et non-restitution si alcooltest positif).
- Faire interdire par les boîtes les "sorties libres" qui permettent aux jeunes de s'alcooliser en dehors de la boîte de nuit en consommant sur le parking de l'alcool stocké dans les voitures.
- Mettre en place les samedis soirs un n° d'appel vert avec une permanence permettant la mise à disposition d'un véhicule avec chauffeur pour le cas où le jeune conducteur aurait consommé de l'alcool et ne peut conduire son véhicule.

4. Bénéficiaires de l'action.

Les jeunes qui sortent en boîte de nuit.

Les responsables de boîtes de nuit.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

- Sensibilisation.
- Communication.
- Rappel à la loi.

Moyens d'action :

- Campagne de communication dans les boîtes de nuit et à l'extérieur (radios...).
- Sensibilisation des responsables de boîtes de nuit (reprise de la charte réalisée il y a quelques années par le syndicat national).
- Négociation avec les producteurs et fournisseurs de boissons non alcoolisées.
- Négociation avec les syndicats de taxis et les associations d'anciens buveurs pour le transport des jeunes hors d'état de conduire.

Calendrier : A partir de 1999.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

- Nombre de boîtes de nuit adhérentes à cette action.
- Nombre de supports de communication diffusés (affichettes, sous-verres, dépliants ou cartes de cocktails sans alcool, etc...).
- Suivi de l'évolution respective des ventes de boissons alcoolisées et non alcoolisées dans les boîtes de nuit.

Méthodes d'évaluation :

- Questionnaire auprès des jeunes et des responsables de boîtes de nuit, avant et après l'action.
- Contrôles d'alcoolémie à la sortie des boîtes, avant reprise du véhicule.

Evaluateur : Le groupe de pilotage.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués : La C.P.A.M, la Préfecture, le syndicat des boîtes de nuit, des producteurs et des fournisseurs de boissons non alcoolisées, les Syndicats de taxis, les Associations d'anciens buveurs, gendarmerie, police, sécurité routière, les bus verts...

Moyens matériels : A réaliser à partir des besoins exprimés par le groupe de pilotage.

Financements :

FNPEIS. Mutuelles...

FICHE D'ACTION n° 8

Assurer la participation des grandes surfaces à la réduction de la consommation d'alcool des jeunes

1. Justification de l'action

Il a été constaté dans les grandes surfaces que, malgré l'interdiction réglementaire, de l'alcool était vendu aux mineurs.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Aucune.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Parler tranquillement du problème alcool. Travailler sur le déni.

Axe stratégique :

La prévention.

Objectif opérationnel :

Donner les moyens aux caissières d'appliquer la loi, et donc de refuser la vente d'alcool à des mineurs.

4. Bénéficiaires de l'action.

Directs :

Les responsables et les caissières des grandes surfaces.

Indirects :

Les mineurs acheteurs de boissons alcoolisées.

5. Modalités de l'action.

Type de l'action :

- Sensibilisation.
- Respect de la réglementation.

Moyens d'actions :

- Faire avec les responsables et les caissières un constat :
*sur ce qu'ils savent de la loi,
*sur les problèmes qu'ils rencontrent pour le faire appliquer,
- Réfléchir avec eux sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'ils puissent appliquer la loi.
- Monter un programme d'actions à partir de cette réflexion (argumentaire, affichettes attractives en "langage jeune"...).

Calendrier :

- à partir de 1999.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

- Evaluer les connaissances avant et après l'action.
- Evaluer les difficultés rencontrées pour l'application de la loi, avant et après l'action.

Méthodes d'évaluation :

- Questionnaire auprès des responsables et des caissières.

Evaluateur :

- Le groupe de pilotage de l'action.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Le groupe de pilotage : la CPAM, la Préfecture, des responsables et des caissières volontaires.

Moyens matériels :

- A réaliser à partir des besoins exprimés par les responsables et les caissières.

Financements :

FNPEIS, sponsoring...

FICHE D'ACTION n° 9

Responsabiliser le personnel des débits de boisson à l'alcoolisation des jeunes

1. Justification de l'action.

Des études récentes ont montré des mécanismes en matière d'alcoolisation des jeunes et des adolescents qui appellent à la plus grande vigilance. Par ailleurs, depuis quelques années, de nouvelles boissons de plus en plus alcoolisées, tout spécialement destinées aux jeunes, sont apparues sur le marché.

Tout politique qui se veut efficace doit agir avant tout sur les personnes et non sur les produits bien que cette dernière solution ait été de tout temps privilégiée par les pouvoirs publics.

La loi Evin, et en particulier l'article L.80 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, peut toutefois nous servir de support.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

« Art. L.80 - Dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter. »

Le rapport d'évaluation de la loi Evin est attendu. Initialement prévu pour 1993, il devrait paraître à l'automne 1998. Une dizaine d'études sont menées dans ce cadre.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Dire l'alcool

Axe stratégique :

Prévention.

Objectif opérationnel :

Responsabiliser :

- Le personnel des débits de boissons à propos de l'alcoolisation des jeunes
- Les jeunes vis à vis de leur consommation d'alcool.

4. Bénéficiaires de l'action.

Les jeunes et en particulier les mineurs de moins de 16 ans.

5. Modalités de l'action.

Niveau géographique d'intervention :

Il est préférable de sensibiliser tous les débits de boissons d'une petite zone géographique plutôt que quelques débits répartis dans une zone géographique étendue.

Type d'action :

Elaboration d'une charte avec les responsables des débits de boissons.

Moyens d'action :

- Affichage de la réglementation dans les débits de boissons, dans un langage accessible à tous et en particulier aux moins de 16 ans, avec une présentation attrayante.
- Valorisation des boissons sans alcool, cocktails entre autres, opérations promotionnelles sur ces produits ("boisson de la semaine").
- Signalisation systématique du degré alcoolique des boissons consommées (système de notation sur le ticket par exemple).
- Distribution systématique d'une « carte » permettant à chaque jeune de calculer simplement son taux d'alcoolémie. Au verso pourrait figurer sur chacune de ces cartes des informations diverses et brèves sur la consommation d'alcool et ses conséquences.

Calendrier :

A partir de 1999.

6. Suivi et évaluation de l'action.

- Nombre de chartes signées.
- Evolution des ventes par type de produits pour chaque débit de boissons signataires.

Evaluateur : Comité technique de suivi et d'évaluation ou promoteur du projet.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Responsables et employés des débits de boissons ;

Moyens matériels :

- Conception d'affiches rappelant la loi
- Conception de « cartes » à distribuer.

Financements :

Etat, FNPEIS...

8. Outils de communication et de valorisation.

La presse locale.

FICHE D'ACTION n° 10

Aborder le problème spécifique de la défonce à l'alcool et de l'overdose d'alcool

1. Justification de l'action.

Il existe un déni socioculturel de l'assimilation de la consommation d'alcool aux autres substances toxicomaniaques. Déni implicite qui contamine tous les discours tenus autour de l'alcool y compris dans le champ de l'éducation.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Expériences diverses en France :

- Le bilan du Colloque "L'Alcool Défonce : Sens et Prévention".
- L'implication du C.D.P.A. du Calvados dans des formations en toxicomanie.

Références :

- Rapport de l'INSERM classant l'alcool parmi les "drogues dures".
- Travaux du professeur Parquet et de ses collaborateurs.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Réduire le déni culturel.

Axe stratégique :

A partir d'une démarche de communication, restituer dans toutes les actions déclinées dans le PRSA, les propriétés psychotropes de l'alcool.

Objectif opérationnel :

Sensibiliser les acteurs à la dimension psychoactive de l'alcool.

4. Bénéficiaires de l'action.

Public visé :

- Les communautés éducatives.
- Les animateurs.
- Les éducateurs culturels et sportifs.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

- Actions de communication sous forme de soirées - débats.

Moyens d'action, calendrier :

- Trois réunions par an sur sites délocalisés.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Méthodes d'évaluation :

- Taux de fréquentation.
- Représentativité culturelle et professionnelle.
- Questionnaire d'évaluation.

Indicateurs d'évaluation :

- Naissance d'un groupe de réflexion régional.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Les C.D.P.A.
- Des experts.

Moyens matériels :

- Grandes salles

Financements :

- Dédommagement des experts.
- Location de salles.
- Déplacements des intervenants.

(Soit environ un montant de 5 000 F. par soirée).

8. Outils de communication.

- Articles de presse.
- Publications

FICHE D'ACTION n° 11

Former et aider le médecin du travail afin qu'il puisse développer la prise de conscience du risque d'alcool dans l'entreprise

1. Justification de l'action.

Si l'alcoolisation forte est de moins en moins fréquente dans le monde du travail, la prise d'alcool pour gérer le stress professionnel se développe.

Par ailleurs, les alcoolisations, même faibles ou intermittentes, entraînent des risques au niveau des comportements et des prises de décisions.

Certaines entreprises sont prêtes pour que des actions de prévention alcool se développent en leur sein.

D'autres, au contraire, sont encore loin de cette prise de conscience. Il est nécessaire de faire évoluer la représentation du risque alcool chez les partenaires sociaux car ceux-ci sont souvent peu sensibilisés et extrêmement tolérants vis à vis des problèmes liés aux consommations nocives qui apparaissent bien en amont de l'alcoolodépendance.

Le médecin du travail est le mieux placé pour initier la réflexion, conseiller et aider à l'implication de l'ensemble des acteurs de l'entreprise.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

- Actions de prévention menées en entreprises.
- Intervention en entreprise ANPA 1984.
- Poste de travail et alcool HCEIA 1989.
- Alcool, entreprise, médecine du travail EDF-GDF 1995.
- Enquête "alcool et travail en Basse-Normandie" 1997.

3. Cadre de référence du PRS.

Lutte contre le déni de l'alcool en entreprise.

Amener à parler de prise d'alcool et non d'alcoolisme.

4. Bénéficiaires de l'action.

Médecins du travail et de prévention de Basse-Normandie.

5. Modalités de l'action.

Niveau géographique d'intervention :

La Basse-Normandie, par regroupements de secteurs (autour des services inter-entreprises du régime général).

Type d'action :

Formation spécifique des médecins du travail et de prévention en psychopathologie et aux méthodes d'intervention en entreprise.

Constitution d'un argumentaire permettant de sensibiliser nos partenaires à l'alcoologie et notamment à la nécessité d'une action préventive.

Mise à disposition des médecins du travail et de prévention d'outils leur permettant d'animer les groupes de prévention alcool - entreprise.

Moyens d'action :

Formation dispensée par les CDPA sur un cahier des charges élaboré par un groupe de médecins du travail déjà fortement impliqués dans cette action.

Calendrier :

Formation des médecins sur 2 ans afin que les groupes de prévention alcool en entreprise soient mis en place dans la foulée.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Méthodes d'évaluation :

- Nombre de médecins du travail et de prévention formés.
- Analyse des fiches d'évaluation de stage des médecins.
- Retour d'expériences en entreprises permettant d'optimiser les stages.

Evaluateur :

Groupe de médecins du travail ayant établi le cahier des charges.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Services de médecine du travail et de prévention.
- Inspection médicale du travail.
- Organismes de prévention et de formation à l'alcoologie.
- Syndicats patronaux : Union patronale, CGPME.

Moyens matériels :

Documents existants.

Financement :

Cofinancement des entreprises, directement ou par l'intermédiaire des services médicaux du travail.

8. Outils de communication et de valorisation.

- Publications dans les journaux spécialisés.
 - Communications en congrès.
- Médiatisation dans les journaux régionaux et journaux d'entreprises.

FICHE D'ACTION n° 12

Prévenir le risque alcool à travers les actions de sécurité en entreprise

1. Justification de l'action.

Les évolutions dans l'entreprise nécessitent des salariés de plus en plus performants. L'alcoolisation est une entrave, un frein aux capacités d'adaptation à déployer.

Le facteur alcoolisation ne figure pas dans la nomenclature des causes possibles d'accidents du travail.

L'alcool est un facteur d'accident et n'est paradoxalement pas abordé lors des campagnes de sécurité. Cet aspect est d'autant plus dommageable que la prévention du risque alcool en entreprise permet la sensibilisation d'un très large public. Force est de constater la présence et la puissance du déni.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Expériences :

Accompagnement de groupes de prévention initialement formés à la démarche prévention du risque alcool dans les entreprises (> 500 salariés) publiques et privées. L'expérience de cet accompagnement montre que le déni, comme tout changement culturel, se lève progressivement. La précipitation, au contraire, concourt à renforcer le déni.

Bibliographie :

Psychologie des minorités actives de Serge Moscovici - PUF.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Réduire le déni de l'existence du risque alcool pour le fonctionnement optimal de l'entreprise.

Axe stratégique :

Intégrer le facteur alcool dans les déterminants de sécurité.

Objectifs opérationnels :

Former les acteurs qui assument une fonction de sécurité.

Sensibiliser l'ensemble des salariés au risque alcool à travers les actions de sécurité.

4. Bénéficiaires de l'action.

Bénéficiaires directs :

Ingénieurs sécurité et toute autre personne ayant mission de sécurité.

Bénéficiaires indirects :

L'ensemble des salariés des entreprises de Basse-Normandie.

5. Modalités de l'action.

- Organisation d'une formation régionale à l'intention des personnels de sécurité.
- Mise en place de plans de prévention dans les entreprises de Basse-Normandie
- Appui technique des CDPA, d'un responsable sécurité ainsi que des entreprises déjà investies dans ce champ : recueil d'expériences et d'échanges.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens d'action :

- Recenser les entreprises disposant ou non d'un service sécurité (listing).
- Sensibiliser les chefs d'entreprises (courriers et rencontres).
- Organiser une formation au plan régional chaque année pendant 4 ans.

Suivi :

Les CDPA assureront le suivi de l'action en :

- Identifiant et contactant les entreprises.
- Proposant un calendrier de formation.
- Assurant la formation.

L'évaluation :

L'évaluation s'effectue

selon les critères suivants :

- Nombre de chefs d'entreprises rencontrés
- Nombre de personnes formées.
- Nombre d'actions de sécurité, intégrant le facteur alcool, initiées dans les 4 années.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

Les CDPA, groupes de prévention en entreprise, un référent sécurité départemental ou régional garant de l'évaluation.

Moyens matériels :

Aide aux campagnes organisées dans les entreprises.

Financement formation : coût total : **160 000 F. pour 4 ans.**

- Financement du travail de sensibilisation des acteurs impliqués : 5 000 F. (frais de déplacement) par année, soit multiplié par 4 : 20 000 F. au total.
- 4 formations de 5 jours : 140 000 F.

8. Outils de communication et de valorisation.

Rédaction d'un document d'analyse de l'expérience développée au cours des 4 années et présentation aux chefs d'entreprises sensibilisés ainsi qu'aux responsables sécurité départementaux et régionaux.

FICHE D'ACTION n° 13

Sensibiliser les médecins libéraux de la région à la problématique alcool = 7 secondes pour en parler

1. Justification de l'action.

Un des grands obstacles que l'on rencontre pour mettre en place une véritable politique contre les risques liés à l'alcool est le déni des populations et surtout des professionnels, notamment médicaux, face à ce fléau. Ce constat est général en France. La Basse-Normandie, habituée à vivre avec son alcoolisme s'est, elle aussi, confortée dans ce déni.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Deux axes :

- Adapter à l'alcool la méthode des "trois A", utilisée pour aider les fumeurs à prendre la décision d'arrêter de fumer.
- Bibliographie anglaise ("*Journal of Medical Education* vol. 63 june 1988 - *Evaluation of a Continuing Medical Education Program For Primary Care Physicians on the Management of Alcoholisme*" Richard L. Brown M.D.)
- "*British Journal of Addiction* (1987) 82,753-759 - *The AAPPQ Revisited : the measurement of general practitioners attitudes to alcohol problems*" Peter ANDERSON, M.Sc, M.R.C.G.P., SUE CLEMENT, M.Sc, Dip. Psych.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Lever le déni face à l'alcool.

Axe stratégique :

Action d'éducation de prévention et promotion de la santé.

Objectifs opérationnels :

Mettre en oeuvre de façon systématique, dans la pratique quotidienne, un temps très bref (7 secondes) consacré à l'alcool. A chaque consultant poser deux questions (sans insister pour avoir une réponse) :

a. Consommez-vous de l'alcool ? vin, cidre, bière, apéritif, digestif ? Si oui : **b.** Pensez-vous que ce serait mieux pour vous d'en prendre moins ?

- Organiser une formation courte (7 heures) éventuellement complétée par une formation plus longue.

4. Bénéficiaires de l'action.

- Médecins généralistes et spécialistes (cardiologie, gynécologie, gastro-entérologie, dermatologie, pneumologie, rhumatologie, anesthésiologie, ORL, stomatologie).

Sur trois secteurs géographiques : secteurs sanitaires n° 2 (Lisieux), n° 4 (Saint-Lo), n° 6 (Flers).

	Lisieux	Saint-Lo	Flers	TOTAL
Méd. Gén.	130	142	140	412
Méd. Spéc.	40	38	28	106
Total	170	180	168	518

5. Modalités de l'action.

Courrier à envoyer à chaque médecin cosigné par l'URML et l'URCAM.

Constituer un groupe pour élaborer le programme court des formations (personne référente : Docteur Lebocey du CHAA de Caen).

Constituer un POOL de formateurs.

Calendrier :	
1 mois	Temps 0 : préparation de l'action Temps 1 : courrier aux médecins : - questionnaire d'évaluation sur relation personnelle avec l'alcool (10 ques.) - mise en oeuvre du questionnaire court dans la clientèle Temps 2 : Formation courte avec évaluation Temps 3 : Poursuite de l'action. Evaluation finale (questionnaire qualitatif). Durée totale : 15 mois.
4 mois	
8 mois	
2 mois	

6. Budget.

- Rénumération des médecins

On estime à 20 % le taux de participation soit $518 \times 20 / 100 = 100$ médecins environ.

Sur la base d'une journée de formation :

15 consultations x 115 F. = 1725 F./médecin

Pour 100 médecins x 1725 F. = 172 500 F.

- Rémunération des formateurs

3 groupes de 33 médecins à former.

3 formateurs par groupe.

Soit $3 \times 3 = 9$ équivalences séances formateur à raison de 3000 F./séances/formateur : $3000 \times 9 = 27\ 000$ F.

- Total budget : $172\ 500 + 27\ 000 = 199\ 500$ F.

- Plan de financement

75 000 F. URML

75 000 F. FMC

49 500 F. CCMMBN (caisse chirurgicale et médicale mutuelle de Basse-Normandie).

FICHE D'ACTION n° 14

Sensibiliser les pharmaciens pour qu'ils contribuent à l'information du public

1. Justification de l'action.

Argumentaire :

Lorsqu'ils sont motivés, les pharmaciens mettent en évidence et proposent au public des documents d'information sur la santé.

Les personnes qui viennent à la pharmacie évoquent souvent leurs problèmes : une bonne écoute du pharmacien et/ou de son personnel peut favoriser des changements d'attitudes et la modification de comportements.

Exposé des motifs :

Informier - sensibiliser les pharmaciens pour qu'ils contribuent à la prévention et facilitent l'orientation vers les structures spécialisées en alcoologie.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

L'appel téléphonique de pharmaciens demandant des informations près des CDPA pour informer des clients sur des structures alcoologiques.

La diffusion de documents d'information et la mise en évidence d'affiches par les pharmaciens.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Lever le déni des pharmaciens et de leur personnel pour qu'ils contribuent à la prévention du public et à l'orientation de personnes ayant un problème d'alcool.

Axes stratégiques :

Intégrer la sensibilisation du public, l'écoute et le conseil relatif aux problèmes d'alcool dans le cadre du travail habituel dans les pharmacies.

Objectif opérationnel :

Rencontrer les pharmaciens pour les sensibiliser et leur proposer des documents d'information à diffuser.

4. Bénéficiaires de l'action.

Type d'action :

- Rencontres individuelles sur rendez-vous par téléphone.
- Elaboration de documents d'information.
- Réunions d'information après un certain nombre d'entretiens avec les pharmaciens motivés et leur personnel.

Moyens d'action :

- Prise de rendez-vous par téléphone.
- Envoi d'un courrier de confirmation.

- Entretiens individuels à l'officine avec remise de documentation, d'affiches, de dépliants.
- Réunions avec des pharmaciens et des personnels des pharmacies.

Contenu :

- Information en alcoologie.
- Information sur les structures d'aide et de soins en alcoologie.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

- Repérage des pharmaciens ayant fait l'objet d'entretiens individuels.
- Aspects qualitatifs situant l'implication dans l'information du public et la diffusion d'une information concernant le réseau alcoologique.

Méthodes d'évaluation :

- Réalisation d'une banque de données.
- Questionnaire pour connaître les aspects qualitatifs.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Les CDPA.
- Les centres de soins spécialisés en alcoologie.
- Les associations d'anciens buveurs.
- Les centres hospitaliers généraux et spécialisés.

Moyens matériels :

- Moyens matériels des CDPA pour la prise de rendez-vous, les rencontres individuelles, l'élaboration de documents d'information.

Financements :

Temps passé par les personnels des CDPA pour les prises de rendez-vous, l'élaboration d'un argumentaire, l'élaboration de documents d'information, les déplacements, le temps d'entretien, les réunions d'information, l'évaluation :

- Coût annuel estimé par action conduite : 31 000 F.
- Financement assuré dans le cadre du PRS/Alcool.

8. Outils de communication et de valorisation.

- Publications.
- Communication du bilan.

FICHE D'ACTION n° 15 a

Promouvoir les « parcours pédagogiques » pour les travaux d'intérêt général, pour les sursis avec mise à l'épreuve et pour les libérations conditionnelles

1. Justification de l'action

- Méconnaissance des propriétés spécifiques de l'alcool, ses conséquences somatiques, sociales et juridiques.
- Manque de prise de conscience du lien entre alcoolisation et passage délictueux.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques

Expériences diverses en France dont :

- Visionnage de cassettes d'information avant audience, distribution de plaquettes d'information à l'audience notamment dans les trois CPAL de la Manche et la CPAL de Caen.
- Modules d'information de 8 heures réalisés à Cherbourg.

3. Cadre de référence du PRS

Objectif général :

Lever le déni des personnes ayant commis un délit lié à la consommation d'alcool.

Axe stratégique :

Intégrer une démarche de conscientisation des condamnés dans le cadre d'une mesure judiciaire.

Objectif opérationnel :

- Enclencher la prise de conscience.
- Construire des conduites alternatives.

4. Bénéficiaires de l'action

- Personnes condamnées à un TIG ou à une peine d'emprisonnement avec sursis et obligation d'accomplir un travail d'intérêt général.
- Personnes condamnées à un sursis avec mise à l'épreuve.
- Personnes en libération conditionnelle.
- Personnes condamnées à une peine d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve avec obligation de soin quelle que soit la nature de l'infraction commise.
- Personnes placées en libération conditionnelle avec obligation de soin.

5. Modalités de l'action

Type d'action au choix :

- Trois séquences de trois heures à un mois d'intervalle, plus possibilité d'entretiens individuels d'accompagnement.

- Parcours pédagogiques longs :
- Entretien alcoologique individuel.
- Six séquences de groupes de trois heures chacune.
- Bilan alcoologique individuel.

Moyens d'action :

- La dynamique de groupe qui est le moteur de la prise de conscience, ne peut se concevoir que dans la durée.
- Temps d'échanges avec des intervenants pluridisciplinaires.

Contenu :

- Le métabolisme de l'alcool.
- Les effets psychotropes de l'alcool.
- La législation.
- Les contrats d'assurance.
- La courbe d'alcoolémie.
- Les appareils de mesure et leurs spécificités.
- Les concepts d'alcoolisation et de dépendance.
- La rencontre des structures alcoologiques.

6. Suivi et évaluation de l'action

Méthodes d'évaluation :

- Participation effective.
- Questionnaire d'évaluation renseigné pour les participants.
- Evaluation du parcours par les intervenants : Implication - Evolution de la prise de conscience.
- Retour de l'information au juge d'application des peines, aux avocats et au service d'insertion et de probation.

Evaluateurs : Intervenants en alcoologie.

Indicateur d'évaluation : Taux de récidive à deux ans.

7. Ressources à mobiliser

Acteurs impliqués :

- Le juge d'application des peines.
- Le service d'insertion et de probation.
- Médecins alcoologues et intervenants en alcoologie.
- Auto-écoles.
- Compagnie d'assurance.
- Police et gendarmerie.

Moyens matériels :

Temps d'intervenants, matériel pédagogique, locaux.

Coût :

- Parcours court : 9 000 F par un groupe de 12 personnes.
- Parcours long : 18 000 F pour un groupe de 12 personnes.

8. Outils de communication

- Information du suivi au juge d'application des peines et aux avocats.
- Réunions de concertation et d'évaluation Ministère de la Justice - Intervenants en alcoologie.

FICHE D'ACTION n° 15 b

Promouvoir les "parcours pédagogiques" pour les ajournements avec mise à l'épreuve.

1. Justification de l'action.

- Méconnaissance des propriétés spécifiques de l'alcool, ses conséquences somatiques, sociales, et juridiques.
- Manque de prise de conscience du lien entre alcoolisation et passage délictueux.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Objectif général :

Lever le déni des personnes ayant commis un délit routier lié à la consommation d'alcool.

Axe stratégique :

Individualiser la sensibilisation au risque alcool dans le cadre d'une mesure juridique.

Objectif opérationnel :

- Sensibiliser les délinquants routiers au risque alcool.
- Intégrer la composante alcool dans l'accompagnement individuel développé par le C.P.A.L. et le C.D.P.A...

4. Bénéficiaires de l'action

Public visé, cadre juridique d'intervention :

Ajournement avec mise à l'épreuve = personnes déclarées coupables de conduite sous emprise alcoolique, par le Tribunal Correctionnel mais dont le prononcé de la peine est ajourné durant un an maximum.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

- Parcours pédagogiques : trois séquences de trois heures à un mois d'intervalle, plus possibilité d'entretiens individuels.

Moyens d'action :

- Notification par le juge d'application des peines de l'obligation de participer au parcours pédagogique et suivi de la mesure par le C.P.A.L...

Contenu :

- Information en alcoologie.
- Sensibilisation à la Sécurité routière.
- Information sur les contrats d'assurance.
- Les entretiens ont comme objectif l'individualisation de la sensibilisation de la personne à l'égard de leur relation à l'alcool.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Méthodes d'évaluation :

- Participation effective.
- Questionnaire d'évaluation renseigné par les participants.
- Evaluation du parcours par les intervenants : Implication - Evolution de la prise de conscience.
- Retour de l'information au juge d'application des peines qui établit un rapport adressé au Tribunal et au Ministère Public à l'occasion du second passage à l'audience au cours duquel sera prononcé la peine.

Evaluateurs : Intervenants en alcoologie.

Indicateurs d'évaluation : Taux de récidive à deux ans.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Le juge d'application des peines.
- Le service d'insertion et de probation.
- Intervenants en alcoologie.
- Auto-écoles.
- Compagnie d'assurance.
- Police
- Gendarmerie.

Moyens matériels :

- Temps d'intervention.
- Matériel pédagogique.
- Locaux.

Financements :

- Moyens pédagogiques.
- Temps d'intervention, de coordination et d'évaluation.

Coût :

- 9 000 F. par parcours.

8. Outils de communication.

- Information du suivi au juge d'application des peines.

Réunions de concertation et d'évaluation Ministère de la Justice - Intervenants en alcoologie.

FICHE D'ACTION n° 15 c

Promouvoir les "parcours pédagogiques" pour les classements sous condition

1. Justification de l'action.

- Méconnaissance des propriétés spécifiques de l'alcool, ses conséquences somatiques, sociales et juridiques.
- Manque de prise de conscience du lien entre alcoolisation et passage délictueux.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Expériences diverses en France dont :

- Visionnage de cassettes d'informations avant audience.
- Distribution de plaquettes d'informations à l'audience.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Lever le déni des personnes ayant commis un délit routier lié à la consommation d'alcool.

Axe stratégique :

Intégrer la sensibilisation au risque alcool dans le cadre des mesures judiciaires.

Objectif opérationnel :

Sensibiliser les délinquants routiers au risque alcool lors de la conduite.

4. Bénéficiaires de l'action.

Public visé et cadre juridique d'intervention :

Classement sous condition par le Ministère Public :

- Primo-condamnés.
- Personnes dont l'alcoolémie est considérée comme légère.
- A définir par le service judiciaire.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

- Parcours pédagogique : trois séquences de trois heures à un mois d'intervalle, par groupe de 15 personnes.

Moyens d'action :

- Courrier adressé par le Procureur de la République aux auteurs d'infractions de conduite en état d'alcoolémie les informant d'une possibilité de classement sans suite de l'infraction sous la condition de participer à un parcours pédagogique.

Contenu :

- Information en alcoologie.
- Sensibilisation à la sécurité routière.
- Information sur les contrats d'assurance.

6. Suivi et évaluation de l'action.

- Participation effective.
- Taux de réitération à 2.3 ou 4 ans (à définir avec le service utilisateur).
- Questionnaire de connaissances en début et en fin de parcours.
- Retour de l'information au Procureur de la République pour classement sans suite si participation effective ; à défaut, la personne sera convoquée devant le Tribunal.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Le Ministère Public.
- Les professionnels en alcoologie.
- Auto-écoles.
- Sécurité Routière.
- Compagnies d'assurance.
- Police et gendarmerie.

Moyens matériels :

- Matériel pédagogique.
- Locaux.

Financements :

- Temps d'intervention, de coordination et d'évaluation.

Coût :

9 000 F. par parcours pour un groupe de 12 personnes.

8. Outils de communication.

- Information du suivi au Procureur de la République.
- Réunions de concertation et d'évaluation Ministère Public - Intervenants.

FICHE D'ACTION n° 16

Délivrer des informations sur l'alcool en préalable aux audiences de conduite en état alcoolique

1. Justification de l'action.

- Méconnaissance des propriétés spécifiques de l'alcool, ses conséquences somatiques, sociales et juridiques.
- Manque de prise de conscience du lien entre alcoolisation et passage délictueux.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Expériences diverses en France dont :

- Visionnage de cassettes d'informations avant audience (Avranches, Cherbourg...).
- Distribution de plaquettes d'informations à l'audience (Cherbourg, Caen, Lisieux ...).

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

- Lever le déni des personnes ayant commis un délit routier lié à la consommation d'alcool.

Axe stratégique :

- Intégrer la sensibilisation au risque alcool dans le cadre des mesures judiciaires.

Objectif opérationnel :

- Sensibiliser les délinquants routiers au risque alcool lors de la conduite.

4. Bénéficiaires de l'action.

Public visé :

Tous les prévenus pour conduite en état d'alcoolémie.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

- Distributions de plaquettes d'information aux audiences.
- Séquence d'information de deux heures, préalable à l'audience, en groupes n'excédant pas 15 personnes.

Moyens d'action :

- Les convocations seront adressées par les autorités judiciaires en même temps que la citation devant le tribunal.
- Les lieux d'intervention pourront être les tribunaux, des salles de réunion neutres.

Contenu :

- Notions de base en alcoologie.
- Lien entre alcoolisation et délit.

6. Suivi et évaluation de l'action.

- Evaluation quantitative.
- Evaluation qualitative à envisager.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Le Ministère Public.
- Les professionnels en alcoologie.

Moyens matériels :

- Plaquettes d'information
- Matériel pédagogique.
- Locaux.

Coût :

- 650 F. de l'heure, soit 1300 F. par séquence.

8. Outils de communication.

- Bilan bi-annuel de suivi et d'évaluation.

FICHE D'ACTION n° 17

Rendre possible un travail sur le problème alcool en maison d'arrêt ou en centre de détention

1. Justification de l'action.

Argumentaire :

Forte proportion de délits liés à l'alcool ou commis sous l'emprise de l'alcool (CEA - Violences - abus sexuels - crimes).

Exposé des motifs :

Connaissance du produit alcool et de ses effets modificateurs de l'état de conscience.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Depuis 3 ans, expérience de groupes d'information à la maison d'arrêt de Coutances avec les détenus.

Expérience aux maisons d'arrêt de Caen et d'Alençon, aux centres de détention de Caen et d'Argentan.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Visualiser l'alcoolisation et ses conséquences positives et négatives.

Axe stratégique :

Prévention de la récidive et enclenchement d'un processus de soins.

Objectif opérationnel :

Responsabilisation des personnes par rapport au délit et prise en compte de la part de l'alcool dans leurs problèmes.

4. Bénéficiaires de l'action.

Détenus condamnés ou prévenus pour des délits liés à l'alcool.

5. Modalités de l'action.

Niveau géographique d'intervention :

- Maisons d'arrêt : secteurs hommes et secteurs femmes,
- Centres de détention.

Type d'action :

Travail de groupe

- avec intervenants spécifiques en alcoologie
- plus intervenants extérieurs selon les thèmes abordés.

Moyens d'actions :

- Infirmiers ou animateurs formés à l'approche des groupes.
- Salles de réunion insonorisées.
- Matériel de vidéo - padex - plaquettes d'informations,

Calendrier :

- Une fois par semaine (deux heures).

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

- Nombre de participants,
- Evolution du groupe
- Evaluation des intervenants sur l'implication des personnes,
- Participation à des soins alcoologiques ou non à la sortie,
- Taux de récidive.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs à impliquer :

Deux animateurs : une matinée par semaine plus des intervenants extérieurs.

Moyens matériels :

- Salle insonorisée,
- Padex - vidéo - plaquettes d'information.

Financements :

Celui du temps des animateurs.

8. Outils de communication à valoriser.

Réunions de bilan :

- Vers la commission d'application de peines,
- Vers les structures de soins alcoologiques.

FICHE D'ACTION n° 18

Assurer la formation du personnel des services d'insertion et de probation, des personnels pénitentiaires et des intervenants extérieurs en prison.

1. Justification de l'action.

Argumentaire :

La dimension alcool est assez bien intégrée dans l'accompagnement individuel comme donnée essentielle pour débloquer des situations, éviter la récidive et favoriser l'insertion, mais les personnels souhaitent un supplément de formation.

Exposés des motifs :

Amener les personnels de services d'insertion et de probation à rechercher comment utiliser positivement le cadre contraint comme ressource dans la mise en œuvre de l'obligation de soin et d'un travail en réseau.

2. Expériences antérieures et référence bibliographique :

Stages de formation réalisés par les CDPA à Cherbourg et à Caen.

Les actes du colloque "Alcool et justice" du 1er décembre 1990 à Rouen.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Aider les professionnels à lever le déni des probationnaires et détenus sur la place de l'alcoolisation dans les délits.

Axes stratégiques :

Susciter les motivations et favoriser l'implication des personnels dans l'accompagnement des condamnés.

Objectif opérationnel :

Favoriser un temps de réflexion sur la mission du service et le cadre d'intervention.

S'approprier un modèle d'intervention alcoologique dans la perspective du suivi du condamné.

Développer un travail de coordination avec le réseau alcoologique.

4. Bénéficiaires de l'action.

Conseillers d'insertion et de probation, assistants sociaux, personnel d'accueil des milieux ouverts et fermés.

Surveillants, instituteurs, animateurs, infirmiers des UCSA, encadrants, visiteurs de prison, aumôniers, greffiers.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

Action de formation.

Niveau géographique :

Dans les 3 départements bas-normands.

Modalités pédagogiques :

Groupe de 15 personnes (maximum).

Travail sur les 15 représentations des participants.

Apport sur les notions de base en alcoologie.

Réflexion sur le contexte de travail.

Interaction entre le cadre de travail en réseau avec les structures spécialisées en alcoologie.

Durée et rythme :

6 Journées : 3 + 3 réparties à un mois d'intervalle.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Questionnaire d'évaluation lors de la 6ème journée portant sur l'organisation, l'animation, le contenu, les attentes, la suite envisagée.

Questionnaire d'évaluation, un mois après la formation pour recenser les actions mise en œuvre ou envisagées.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- CDPA
- Direction régionale pénitentiaire de Rennes
- Services d'insertion et de probation
- Secteur justice
- Intervenants en alcoologie

Financement :

Dans le cadre du PRS/Alcool.

Cofinancement en provenance de la direction régionale pénitentiaire.

Coût par stage de 6 jours : 39 000 F. TTC.

8. Outils de communication.

- Publications.
- Communication du bilan à la direction régionale pénitentiaire.

FICHE D'ACTION n° 19

Constituer un groupe transversal pour assurer la promotion et le suivi des actions communes santé et justice

1. Justification de l'action.

Les actions communes entre les professionnels de la justice et les professionnels de la santé sont susceptibles d'être très nombreuses par rapport au problème de l'alcool. Elles amènent à faire se rencontrer deux mondes aux cultures, aux références éthiques et aux moyens différents. Il semble nécessaire qu'un groupe associant les partenaires potentiels puisse faire l'interface, mettre en évidence les difficultés, proposer des solutions. Ce groupe aurait de plus la mission de promouvoir les actions du programme régional de santé alcool.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Il n'y a pas d'expériences connues par rapport à ce rôle d'interface et de suivi. Mais de nombreux tribunaux se sont déjà lancés dans des actions communes avec la santé (Caen, Besançon...).

3. Cadre de référence du PRS.

Par rapport à l'objectif général, il s'agit bien de travailler sur le déni de l'alcool chez les justiciables et les professionnels de la justice. Les actions suivies sont d'abord des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention. Mais elles peuvent déboucher sur une prise en charge thérapeutique.

4. Bénéficiaires de l'action.

Ils sont nombreux : Employeurs de travaux d'intérêt général, magistrats du siège et du parquet, magistrats d'instruction et d'application des peines, justice des mineurs, personnel éducatif et social, administration des établissements pénitentiaires, services d'alcoologie hospitaliers, centres médico-psychologiques, centres départementaux de prévention de l'alcoolisme, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, service médico-psychologique régional, unités de consultation et de soins ambulatoires...

5. Modalités de l'action :

Le niveau géographique d'intervention est celui de la région. Les actions du groupe sont des actions d'incitation, d'aide et de suivi par rapport aux actions numéros 15, 16, 17 et 18 du PRS alcool. Les moyens d'action consistent en l'élaboration d'un bilan annuel des actions menées en commun par la justice et la santé par rapport aux problèmes d'alcool. Ce bilan est mis à la disposition des partenaires cités plus haut. Pour atteindre ce but, le groupe se réunira semestriellement. Il définira au préalable ses modalités de fonctionnement et ses besoins, notamment en secrétariat.

6. Suivi et évaluation de l'action :

Le travail du groupe est suivi par son bilan annuel. Le comité technique de suivi et d'évaluation du PRS alcool évalue la mise en œuvre des actions communes santé-justice et l'intensité des liens entre les deux mondes.

7. Ressources à mobiliser :

Elles sont faibles et, pour cette seule action de promotion et de suivi, devrait se trouver dans les ressources propres à chaque administration et structures en place. Le groupe sera composé de 8 personnes au maximum : Par exemple un responsable de CDPA, un médecin alcoologue, un président de tribunal, un procureur, un juge d'application des peines, un responsable de service pénitentiaire d'insertion et de probation, un médecin inspecteur de santé publique...

8. Outils de communication et de valorisation

Ce sont d'une part le bilan annuel évoqué plus haut et d'autre part l'information sur la composition et les objectifs du groupe.

FICHE D'ACTION n° 20

Améliorer l'accueil aux urgences des patients alcooliques

1. Justification de l'action.

30 % des patients qui consultent aux urgences y viennent pour une pathologie directement liée à l'alcool. Dans 85 % des cas, ils sont en état d'ivresse.

L'attente aux urgences est mal vécue par le patient alcoolisé. Bien souvent, en raison du déni soignants – soignés, de mauvaises conditions matérielles, du rejet de ces patients par les soignants, l'alcool n'est pas « parlé », le soin physique n'est pas débuté, ce qui génère l'apparition au bout de quelques heures de signes de sevrage très inconfortables pour les patients.

Lorsque le problème d'alcool est nommé aux urgences, 10 % des patients viennent secondairement aux soins contre 1 % seulement lorsque ce problème n'est pas abordé.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Expériences :

- Rennes : groupe de travail de la COSRA (coordination des soins et de la recherche en alcoologie). Distribution d'un livret d'information aux urgences. Journées hospitalières du 9-6-98 : Accueil – urgences hospitalières et alcool.
- CHU de Beaujon : Envoi d'une lettre signalant l'alcoolisation.
- Finlande : Utilisation d'un questionnaire MAST.

Bibliographie :

- Comment répondre à une demande d'hospitalisation en urgence pour sevrage d'alcool ? B. Hueber, D. Lecallier, M. Lienhardt. *Alcoologie*, 1998 20 (1) : 61.64.
- L'urgentiste et le sujet alcoolisé. C. Roy, A. Creste, A. Anys, P. Mardon, J.M. Beaufils. *Alcoologie*, 1998 20 (2) 185.188.

3. Cadre de référence du PRS.

L'objectif général est bien de lever le déni. L'axe stratégique consiste à donner aux soignants les moyens de bien utiliser le passage aux urgences pour aider le patient à prendre conscience de son problème d'alcool. L'objectif opérationnel vise à former le personnel soignant à l'écoute des alcooliques et leur apprendre à « parler l'alcool ».

4. Bénéficiaires de l'action.

Ce sont les consultants et le personnel soignant des urgences.

5. Modalités de l'action :

Le niveau géographique d'intervention est celui de tous les services d'urgences des hôpitaux de la région.

Seront organisées des sessions de formation en alcoologie à l'intention des équipes soignantes des urgences. Des plaquettes informatives mentionnant les lieux de soins spécifiques seront distribuées par les soignants aux patients alcooliques. On utilisera des questionnaires (CAGE, MAST) pour améliorer le diagnostic de dépendance. Un protocole thérapeutique de sevrage alcoolique sera mis en route dès les urgences (hydratation et sédation). Enfin on améliorera l'accueil des accompagnants.

Ces actions sont à mettre en œuvre dès 1999.

6. Suivi et évaluation de l'action :

Le suivi sera assuré sur les statistiques du service, sur le nombre de plaquettes distribuées par an, sur le nombre de soignants formés par an, sur le temps de présence de l'équipe d'alcoologie et sur les statistiques d'orientation.

L'évaluateur sera le responsable de l'alcoologie de liaison par le biais d'un staff régulier, au moins mensuel.

7. Ressources à mobiliser :

Les acteurs impliqués sont le personnel des urgences et l'équipe d'alcoologie de liaison.

Le financement sera fait pour l'essentiel sur les moyens internes à l'établissement, notamment en ce qui concerne la formation continue.

8. Outils de communication et de valorisation

On utilisera les journaux internes à l'établissement, la commission médicale d'établissement et le projet d'établissement par exemple.

FICHE D'ACTION n° 21

Créer ou développer l'alcoologie de liaison dans les établissements de santé.

1. Justification de l'action.

Argumentaire :

La morbidité alcoolique à l'hôpital a fait l'objet de nombreuses études permettant de l'apprécier à 20 % des hospitalités en moyenne (extrême 15 à 30 %).

30 % des patients consultant aux urgences ont un problème d'alcool en liaison directe avec la pathologie qui les y amène.

Une étude locale en 1995 a mis en évidence que dans 60 % des cas la pathologie alcoolique n'était pas abordée avec le patient pendant l'hospitalisation.

Exposé :

Apprendre à parler d'alcool c'est déjà un soin.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Expériences antérieures :

- Equipe de liaison de COUTANCES - ST LO - 1993-1998.
- Equipe mobile d'alcoologie de liaison au CH de FLERS.
- Expérience du CHR d'ALENCON.
- P.A.Q. Alcool avec le CHU de CAEN 1996-1998.

Références bibliographiques :

- BALMES J.L., DAURES J.P., PERAY FABBRO P., POSSOZ P., TRETARRE B. - Prévalence de l'alcoolisation excessive dans la population hospitalisée au CHU de NIMES sur une période de 3 mois. *Alcoologie*, PARIS, SFA, 1995,17, n°4, 307-313.
- COM. RUELLE L., DUMESNIL S. - L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés. Paris CreDES, 1997, 173p.
- RAMIREZ D., DARNE B., LOMBRAIL P., ATHUIL L., CERNAC J., LEVY S. - Prévalence des maladies alcooliques dans un hôpital universitaire de la banlieue parisienne. *La Presse Médicale*, 1990, 19, n°34, 1571-1575.
- RUEFF B., CERNAC J., DARNE B. - Dépistage de malades alcooliques par l'auto-questionnaire systématique DETA, parmi les consultants hospitaliers. *La Presse Médicale*, 1989, 18, n°33, 1654-1656.
- VABRET F., MORELLO R., JEAN H., DESSON J.F., DAVY A. - L'alcoolisation pathologique des hospitalisés au CHU de CAEN. Estimation de la prévalence. *Alcoologie*, PARIS, 1998, 18n°1.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Lever le déni des soignants.

Axe stratégique :

Améliorer la qualité de soin.

Objectif opérationnel :

Donner aux soignants les moyens de parler d'alcool avec leurs patients.

4. Bénéficiaires de l'action.

Directs :

Les patients hospitalisés.

Indirects :

Les équipes soignantes.

5. Modalités d'action.

Types d'actions :

- Remise de plaquettes informatives sur les dangers de l'alcool et les adresses utiles.
- Mise au point d'un consensus sur le traitement du sevrage.
- Formation alcoologique du personnel soignant.

Moyens d'action :

- Réunion avec les soignants.
- Consultations sur place.

Moyens de suivi - Evaluation :

- Nombre d'appels dans les services.
- Nombre d'incidents de sevrage.
- PMSI.
- Nombre de plaquettes informatives distribuées.
- Evolution de la demande de formation du personnel (nombre de personnes formées).

Ressources à mobiliser :

Action à intégrer dans le projet d'établissement (CME).

Acteurs impliqués : tout le personnel soignant hospitalier.

Prévoir un retour d'information régulier sur l'évolution des demandes de soins.

Outils de communication et de valorisation :

- Le journal TRANSVERSAL.
- Les CME.
- Le bulletin de l'ordre des médecins.

Financement :

- Prix de la formation 30 000 F par groupe.
- Plaquette.
- Formation permanente des hôpitaux.

FICHE D'ACTION n° 22

Créer ou développer la prise en charge ambulatoire des patients en alcoologie.

1. Justification de l'action.

Argumentaire :

Faire exister un espace alcoologique qui accueille tous les types de demande d'aide du patient alcoolique ou de son entourage que ce soit en amont ou en aval l'engagement dans les soins.

Exposé des motifs :

Pour dire l'alcool et ses souffrances.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

- Rapport TEN d'évaluation de l'ANPA.
- Rapport ANPA "Consultants des CHAA, qui êtes-vous ?"
- Rapport d'évaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool - M. REYNAUD, Ph. PARQUET,
- Enquête sur les structures de soins en Basse-Normandie par le C.T.R.A.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Espace spécifique pour dire l'alcool.

Axe stratégique :

Relation d'aide et de soins en alcoologie.

Objectif opérationnel :

Matérialiser la possibilité du dire quel que soit le niveau de la souffrance liée à l'alcoolisation.

4. Bénéficiaires de l'action.

Toute personne concernée par l'alcoolisation soit personnellement, soit en tant qu'entourage, soit en tant que professionnel médico-social, culturel ou du monde du travail.

5. Modalités de l'action.

Historique :

Création de consultation d'alcoologie puis de CHA en 1971, puis des CHAA en 1983 et des divers lieux de consultations alcoologiques hospitaliers.

Types d'actions :

- Accueil.
- Ecoute quel que soit le niveau de la demande ou de la non-demande avec le secrétariat formé à la complexité de la demande et à la relation.
- Engagement de soins avec des propositions thérapeutiques variées telles que :
 - entretiens individuels infirmiers, médicaux ou sociaux,

- groupe de parole ouvert,
- groupe thérapeutique semi-ouvert,
- techniques d'approche corporelle,
- psychothérapies (individuelles, de groupe ou familiale),
- coordination avec le réseau spécifique et non spécifique, primaire et secondaire.

Moyens d'actions :

- Ouverture du lieu de soins ambulatoire au moins deux demi-journées par semaine avec plusieurs intervenants :
 - Secrétariat - Accueil - Ecoute,
 - Infirmier ou animateur ou autre travailleur social,
 - Psychothérapeute ou intervenant ayant des compétences psychothérapeutiques,
 - Médecin alcoologue.
- Accessibilité géographique : moins de 25 km.
- Mettre en adéquation l'importance des équipes avec l'importance de la population du secteur sanitaire concerné.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi :

Eléments statistiques à partir de la fiche évaluation déjà utilisée par les CHAA et celles des centres de consultations. Prévoir leur harmonisation en définissant les typologies de patients alcooliques en Basse-Normandie.

Un groupe de travail sur l'évaluation ou l'accréditation.

Méthodes d'évaluation :

- Eléments statistiques à partir de la fiche patient déjà utilisés par les CHAA et ceux des centres de consultations. Prévoir l'harmonisation de ces fiches et créer un groupe de travail qui se pérennise dans le temps sur ce sujet.
- Créer avec l'aide du groupe Normandie-Bretagne de la S.F.A. un groupe de réflexion sur l'accréditation et l'évaluation de la qualité des soins.

7. Ressources à mobiliser.

Moyens en personnel :

Veiller à ce que chaque unité ambulatoire dispose d'une équipe pluridisciplinaire (secrétaire, médecin, psychothérapeute, assistante sociale, infirmière).

Financements :

Par l'A.R.H., la DRASS, la DDASS, l'assurance maladie...

8. Outils de communication et de valorisation.

- Publier des statistiques régionales harmonisées,
- Développer des rencontres et échanges régionaux.

FICHE D'ACTION n° 23

Créer ou développer le travail en réseau

1. Justification de l'action.

Argumentaire : Promouvoir le travail en commun des acteurs sanitaires et sociaux, sur un secteur géographique, avec un réseau local de soins spécialisés en alcoologie.

Exposé des motifs : Développer le travail en réseau facilite une démarche précoce, motivée et adaptée de l'alcoolique vers une structure de soins.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Diffusion d'un questionnaire à Cherbourg en 1995 pour amorcer la mise en place d'une dynamique locale autour des problèmes d'alcool.

Groupes "alcool" et groupes d'études de situations problématiques dans le Calvados.

Etude effectuée par le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie de Cherbourg en 1996 pour le centre communal d'action sociale d'Octeville.

Evaluation du dispositif de soins pour personnes en difficulté avec l'alcool, rapport de la mission M. REYNAUD et Ph. J. PARQUET pour la direction générale de la santé.

Travaux préparatoires du SROS de psychiatrie de Basse-Normandie en 1997 : « développer la pratique ambulatoire par des équipes qualifiées et mobiles, développer rapidement l'alcoologie de liaison, renforcer les réseaux, organiser la prévention, promouvoir la formation pour répondre aux objectifs précédents ».

3. Cadre de référence du programme régional de la santé.

Objectif général : Lever le déni des professionnels.

Axe stratégique : Amener les professionnels à prendre en compte les problèmes d'alcool, à se concerter sur les situations rencontrées et à travailler avec le réseau local de soins spécialisé en alcoologie.

Objectif opérationnel : Développer les aptitudes à voir et parler clairement des problèmes d'alcool entre professionnels, à établir une relation d'aide, formuler une orientation adaptée et assurer un co-accompagnement avec le réseau local spécialisé en alcoologie.

4. Bénéficiaires de l'action.

Les acteurs du champ social, de la santé, de la justice, de la police, du milieu de travail...

5. Modalités de l'action.

Niveau géographique d'intervention : Secteurs sanitaires, circonscriptions d'action sociale, agglomérations, pays, communautés de communes.

Type d'action : Questionnaire diffusé à l'ensemble des acteurs de la vie sociale, rencontres individuelles, informations sensibilisations courtes par demi-journées, formations, conseils et assistance, supervision pour favoriser un travail collectif.

Moyens d'action : Intervention d'un animateur-formateur compétent en alcoologie, disposant d'un secrétariat pour assurer la mise en oeuvre des actions.

Calendrier : Sur la durée du programme régional de santé alcool.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Moyens de suivi : Repérage, au départ, des personnes déjà impliquées dans un travail en réseau. Repérage en continu et à la fin de l'action des personnes impliquées dans un travail en réseau. Mesure des changements intervenus. Aspects qualitatifs situant le degré d'implication.

Méthodes d'évaluation : Réalisation d'une banque de données sur les membres du réseau. Questionnaire pour connaître les aspects qualitatifs.

Evaluateur : La structure dont dépend l'animateur-formateur qui peut être : un comité départemental de prévention de l'alcoolisme, un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, un centre ambulatoire de soins spécialisés en alcoologie, un conseil général dans le cadre du service social polyvalent...

Indicateurs d'évaluation : Identification des membres et appartenance, augmentation ou non des situations rencontrées, facilité ou non pour parler du problème d'alcool, évolution des sources de recrutement des patients par les structures de soins spécialisés en alcoologie du réseau local.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués : Les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, les centres de soins spécialisés en alcoologie du réseau local, les associations d'anciens buveurs, les centres hospitaliers généraux et spécialisés, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les services sociaux des conseils généraux, les organismes de sécurité sociale, les municipalités.

Moyens matériels : Bureau pour animateur, bureau pour secrétariat, salle de réunion, matériel de bureautique, informatique, téléphone, fax, matériel pédagogique pour mener les actions.

Financements : Cofinancements en provenance du programme régional de la santé alcool. Les charges de personnel et le fonctionnement nécessitent de disposer d'un minimum par an et par secteur sanitaire d'environ 175 000 F.

8. Outils de communication et de valorisation.

Rencontres par l'animateur des acteurs impliqués, rapports intermédiaires évaluant l'action, plaquette annuelle d'évaluation et plaquette évaluant l'action à la fin du programme régional de la santé alcool, dossier de presse pour la presse écrite, les radios locales....

FICHE D'ACTION n° 24

Former les professionnels en relation avec les jeunes.

1. Justification de l'action.

- Lien entre alcool, actes violents et actes suicidaires.
- Intérêt de toucher les jeunes en prévention.
- Rôle clef des adultes en responsabilité éducative vis-à-vis des jeunes.
- Intérêt de toucher les jeunes en difficulté d'insertion sociale.

2. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Diminuer le déni pour permettre la mise en place d'actions de prévention.

Explorer les pistes d'actions de prévention de la dépendance dans une approche de santé globale.

Objectifs opérationnels :

Caractériser le phénomène de la dépendance : causes, enjeux et prévention.

Situer son rapport personnel à la dépendance.

Identifier les caractéristiques du produit alcool et de ses effets.

Identifier les différents types de conduite d'alcoolisation des jeunes et les pratiques de consommation d'alcool : usage, abus, dépendance.

Communiquer avec les jeunes sur leur pratique de consommation.

Caractériser les étapes d'une action de prévention.

Choisir le type d'action, les méthodes et les outils adaptés.

Identifier les actions et les lieux-ressources en prévention :

- CHAA,
- CDPA,
- ORS,
- Comités d'éducation pour la santé,
- Services d'alcoologie, etc.

3. Bénéficiaires de l'action.

Professionnels en relation avec les jeunes, personnels des missions locales, personnels des centres de formation....

4. Modalités de l'action.

Type d'action :

Action de formation.

Niveau géographique possible:

Bassin d'emploi,
ville ou communauté urbaine,
canton, département, voire région.

Modalités pédagogiques :

Travail sur les représentations des participants.

Apports épidémiologiques, étude de cas.

Travail sur l'approche tridimensionnelle des conduites de dépendance :

- Physique,
- psychologique,
- sociale.

Construction d'actions éducatives.

Durée et rythme :

6 Journées : 2 + 2 + 1 + 1 (à distance les unes des autres pour évaluation)
réparties sur un semestre.

5. Suivi et évaluation de l'action.

Méthodes d'évaluation :

Lors de la sixième journée.

Indicateurs d'évaluation :

Actions mises en place par les participants.

6. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Médecin alcoologue de CHAA.
- Psychologue - Psychanalyste.
- Sociologue.
- Formateur en alcoologie.
- Formateur en éducation pour la santé.

Financement :

33 000 F.

FICHE D'ACTION n° 25

Former les médecins généralistes face aux problèmes d'alcools.

1. Justification de l'action.

Avec 50 000 décès par an, l'alcoolisme est la troisième cause de mortalité en France lorsque nous prenons en compte les pathologies directes et indirectes de la consommation d'alcool.

En France, en un mois, un quart de la population a recours au moins une fois à son médecin généraliste et parmi les consultants adultes, un sur cinq a un problème avec l'alcool.

Par ailleurs les alcoolo-dépendants consultent fréquemment leur médecin et sont moins souvent perdus de vue par les médecins généralistes que par les spécialistes.

En terme de prévention, l'intervention du médecin généraliste est efficace: réduction de 25 à 40 % des consommations d'alcool chez les patients non dépendants (OMS Genève). Enfin l'insuffisance de formation médicale initiale en alcoologie est reconnue de tous alors que l'évolution du savoir alcoologique a évolué ces dernières années.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Un groupe de médecins généralistes de la région caennaise (AORC) a organisé en 1991 et 1992 deux séminaires conventionnels consacrés à l'alcoologie (respectivement 30 et 50 participants généralistes) ; cette expérience a été renouvelée en 1998 sous forme de 6 soirées organisées par MG Form en partenariat avec le CDPA du Calvados d'une part, et avec le Centre Hospitalier de Flers d'autre part.

Le point commun entre ces initiatives, c'est sans aucun doute l'engouement de certains médecins généralistes à se former à l'alcoologie. Ce constat rassurant en apparence ne doit pas faire oublier la tendance globale au déni des médecins quant à la fréquence des situations et leur faible motivation à se former dans ce domaine.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Faire tomber le déni des professionnels qui, à l'image de la population qu'ils soignent, ne reconnaissent pas suffisamment les dangers et conséquences de la consommation d'alcool ; l'objectif étant de "dire" l'alcool au cours des consultations tant dans son versant prévention que dans son versant soins.

Axe stratégique :

Formation des professionnels à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé, la prévention, et à l'action de soins (développer le travail en réseau, accompagnement ambulatoire).

4. Bénéficiaires de l'action.

Les médecins généralistes des trois départements de Basse-Normandie.

5. Modalités de l'action.

Type d'action :

Soirées ou après-midi de formation espacés dans le temps, 6 mois par exemple, ce qui permet aux professionnels d'alterner acquisition, réflexion et expérimentation.

Moyens d'action :

Exposés d'experts en alternance avec un travail en groupes permettant d'aborder les représentations et les contre-attitudes des praticiens.

Calendrier :

Une séance mensuelle de Janvier et Juin 1999 pour le premier groupe.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Méthodes d'évaluation :

Sur le savoir des participants : Pré-test avant la première séance et post-test à l'issue de la formation.

Sur l'évolution des pensées : Questionnaire d'opinion soumis à un groupe de médecins généralistes "formés" versus un groupe de médecins généralistes non formés.

Sur les résultats : C'est le plus difficile, car cela nécessite un travail élaboré sur un temps plus long : quel changement au sein de la population de patients à qui le médecin généraliste énonce le problème d'alcool ? A distance, quel changement dans le bassin où des médecins généralistes se sont formés à l'alcoologie et ont modifié leurs attitudes ?

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

Structures de formation, c'est-à-dire CDPA et associations de formation médicale continue existantes, et structures habilitées à mener ce type d'action à savoir les unions régionales de médecins libéraux.

Moyens matériels :

Salles de formation.

Financements :

Environ 30 000 F par parcours de formation.

FICHE D'ACTION n° 26

Mettre en place la formation initiale en alcoologie des étudiants en médecine.

1. Justification de l'action .

Argumentaire :

- a) La place de l'alcool dans les diverses pathologies rencontrées met ce problème de santé au centre des préoccupations des médecins : les conférences régionales de santé en 1996, 1997 et 1998 ont classé l'alcoolisme dans les problèmes de santé prioritaires en Basse-Normandie;
- b) Au CHU de Caen, 30% des patients consultant aux urgences viennent pour une pathologie directement liée à l'alcool. Le nombre d'alcoololo-dépendants est estimé à plus de 500 000 personnes en France, 3 millions ont un usage nocif de l'alcool.
- c) Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes s'intéressent aux problèmes d'alcool mais sont freinés par un manque de connaissances engendrant des difficultés de communication.

Exposé :

L'alcoologie ne fait pas partie des matières enseignées à la faculté de médecine de Caen dans le cursus d'études obligatoires. Les notions de dépendance et de maladies addictives ne sont pas connues ce qui entraîne un déni des soignants autour des problèmes d'alcool. Diminuer le déni des soignants passe par une connaissance de l'alcoololo-dépendance.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Expériences antérieures dans l'inter région universitaire :

Amiens : aucun module d'alcoologie dans le cursus des études médicales.

Lille : module inclus dans le certificat de psychiatrie.

Rouen : rien avant le DCEM 4.

Références bibliographiques :

- L'alcoolisation pathologique des hospitalisés au CHU de Caen : F. VABRET, R. MORELLO, H. JEAN, J.F. DESSON, A. DAVY. Alcoologie 1997, Tome 19 (4), 385-390.
- Hospitalisation et alcoolisme. Différences de morbidité et de consommation médicale selon le motif de l'hospitalisation. L. COM-RUELLE. Alcoologie 1998, Tome 20 (1) 5-16.
- L'alcool à chiffres ouverts. Consommation et conséquences : indicateurs en France. C. GOT et J. WEIL. SELI-ARSALAN, Paris, 1997, 151p.
- Le désarroi du médecin généraliste face aux situations d'alcoolisation. I. TAMALET, P. KIRITZE-TOPOR. Alcoologie, 1998, Tome 20 (2), 179-183.
- L'enseignement de la capacité de toxicomanie et alcoologie en France : résultat de deux enquêtes successives. A. GISSELMANN. Alcoologie 1995, Tome 17 (2), 114-121.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Intégrer l'alcoologie dans l'enseignement de la médecine générale à la faculté de médecine.

4. Bénéficiaires de l'action.

Les étudiants en médecine du deuxième cycle des études médicales, de préférence en 5^{ème} année (DCEM 3).

5. Modalités d'action.

- Séminaires de 2 ou 3 jours inspirés du diplôme universitaire d'alcoologie existant déjà à l'UER de médecine de Caen. Les enseignants seront donc issus des champs sanitaire et social.
- Stages chez le généraliste ou au CHAA.

Calendrier : Intégration au deuxième cycle des études médicales lors de l'année universitaire 1999-2000.

6. Suivi et évaluation.

- Suivi par la commission pédagogique du 2^{ème} cycle associant enseignants et étudiants.
- Evaluation par un examen de contrôle des connaissances en fin de séminaire ou en fin d'année universitaire.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués : sociologues, assistantes sociales, médecins, psychologues, magistrats, infirmières, CPAM, CDPA...

Moyens matériels :

- Salle de séminaire si séminaire extérieur à la faculté = 2500 F par jour, soit 7500 F.
- Rémunération des intervenants extérieurs à la faculté sur la base de 500 F par heure = 10000 F.
- Edition d'un fascicule de résumés remis à chaque étudiant, soit 50x 80 = 4000 F.

8. Outils de communication et de valorisation.

- Edition d'un fascicule de résumés pouvant être diffusé.
- Information sur le site internet de la faculté de médecine.

FICHE D'ACTION n° 27

Former l'infirmier de pratique libérale à l'écoute du patient alcoolique.

1. Justification de l'action.

Postulat :

Le développement des soins ambulatoires favorise l'émergence de besoins de santé nouveaux auxquels sont confrontés les infirmiers libéraux :

- De par leur exercice, ils côtoient les personnes dans leur milieu de vie et sont amenés à travailler en multipartenariat (médecins, travailleurs sociaux...).
- Ils exercent leur fonction en référence à des textes législatifs, qui précisent (entre autres) que l'infirmier libéral participe à des actions de prévention et d'éducation en matière d'hygiène et de santé individuelle et collective.
- Il apporte aide et soutien psychologique.

Afin de répondre à ces différentes exigences, le développement de la « démarche en soins infirmiers » en ambulatoire devient une nécessité.

Un travail de réflexion relatif au déni d'alcool constitue un maillon de cette démarche en soins infirmiers.

Evolution des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier :

Le programme de 1992, contrairement au précédent, impose l'enseignement d'un module d'alcoologie (module 3 de psychiatrie – environ 35 heures).

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

- *Enseignement réalisé dans les IFSI :*
 - Programme 1992 = Arrêté du 23 mars 92).
 - A notre connaissance, pas d'expérience régionale pour les infirmiers libéraux
- *Textes législatifs :*
 - Décrets du 16 février 93, relatif aux règles professionnelles de l'IDE.
 - Décret du 15 mars 93, relatif aux actes professionnels.
 - Arrêté du 28 janvier 94 portant approbation de la convention nationale entre les infirmiers et les caisses d'assurance maladie.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Permettre aux infirmiers libéraux de reconnaître le problème alcool, leur propre déni.

Axe stratégique :

Permettre aux personnes alcooliques d'obtenir écoute, conseil et orientation par les infirmiers libéraux.

Favoriser la coopération entre médecins généralistes et infirmiers libéraux.

Objectifs opérationnels :

Permettre aux infirmiers libéraux d'exprimer leur rapport au produit alcool et leur représentation des personnes alcooliques.

Permettre aux infirmiers libéraux de répondre de façon adaptée aux besoins de santé d'une personne alcoolique.

4. Bénéficiaires de l'action.

Infirmiers libéraux, quelle que soit leur forme d'exercice :

- Individuel,
- situation contractuelle,
- structure de moyens,
- société d'exercice.

5. Modalités de l'action.

Niveau géographique d'intervention :

Les infirmiers libéraux des agglomérations bénéficiant de structure d'alcoologie, afin de faciliter la mise en place d'un réseau localisé.

Extension possible en fonction de la demande et de la participation d'autres IFSI de la région.

Type d'action :

- Groupe de 10 personnes par IFSI par an.
 - Il y a 973 infirmiers libéraux de Basse-Normandie (Source DRASS - Répertoire ADELI).
- 5 jours répartis de la façon suivante :
 - 2 jours,
 - puis 3 jours 1 à 2 mois plus tard
 - à raison de 7 h. par jour.

Moyens d'action :

- Privilégier une pédagogie active à partir des expériences de terrain des stagiaires (jeu de rôle, brainstorming).
- Rencontre avec les différents professionnels d'alcoologie afin de faciliter la mise en place d'un réseau, et l'orientation des personnes alcooliques.
- Apport théorique.

Calendrier :

- 1ère formation
 - ⇒ 1ère session ⇒ Septembre 99 = 2 jours
 - ⇒ 2ème session ⇒ Novembre 99 = 3 jours
- Evaluation après 1ère formation
- 2ème formation
 - ⇒ 1ère session ⇒ Septembre 2000
 - ⇒ 2ème session ⇒ Novembre 2000
- etc... jusqu'en 2003.

Réunion d'évaluation après session :

- Janvier 2000 : transmission des résultats du bilan réalisé par les stagiaires eux-mêmes
- Juin 2000 : évaluation de la portée de l'action sur le terrain

Au terme de ces 2 évaluations : décision de la poursuite de l'action pour les 3 années à venir.

6. Suivi et évaluation de l'action.

Méthodes d'évaluation :

Chaque participant recevra un questionnaire en Juin 2000 portant sur des indicateurs d'évaluation tels que :

- amélioration de l'écoute vis à vis de la clientèle alcoolique
- les contacts établis avec d'autres professionnels pour accélérer la prise en charge (médecin généraliste, assistants sociaux...)
- les orientations directes vers des structures de soins d'alcoologie.

Evaluateurs :

L'IFSI, organisateur, en collaboration avec le comité technique de suivi et d'évaluation du PRS Alcool.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs :

L'IFSI, promoteur du projet, en dehors de ses compétences propres, fera appel à des intervenants extérieurs pour faciliter la prise de conscience des infirmiers de l'existence et de la nécessité d'un réseau départemental d'alcoologie :

- médecins,
- assistants sociaux,
- infirmiers spécialisés en alcoologie,
- CHAA,
- CDPA...

Méthodes pédagogiques :

- Une large place doit être laissée à la mise en commun d'expériences et à l'analyse de situations présentées par les participants.
- Les apports théoriques viennent éclairer la compréhension des situations.
- Une table ronde avec les différents acteurs.

Moyens matériels :

- Remise de plaquettes d'informations
- Lieu : locaux du CHU.

Financement :

- Soit par un Fonds de formation, par l'intermédiaire du FIFPL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales), agréé par le Ministère.
- Soit prise en charge régionale par convention entre autorité de tutelle et IFSI.

Rémunération :

Les infirmiers peuvent bénéficier d'une rémunération maximum de 5 journées par an par la CPAM (43 AMI x 16,50 F = 709,50 F par jour).

8. Outils de communication et de valorisation.

Publicité : Courrier individuel par la DDASS à tous les infirmiers libéraux des départements.

Parution d'articles dans la presse professionnelle.

FICHE D'ACTION n° 28

Former les élus.

1. Justification de l'action.

Argumentaire :

Promouvoir une volonté politique est nécessaire pour que les élus encouragent et agissent pour contribuer au développement d'une dynamique locale autour des problèmes d'alcool.

Exposé des motifs :

Développer une prise de conscience chez les élus ne peut que faciliter la prévention et la prise en compte des situations problématiques par les acteurs médico-sociaux et les structures spécialisées.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

L'étude réalisée par le CHAA de Cherbourg, pour le centre communal d'action sociale, à la demande des élus d' OCTEVILLE.

La brochure éditée par l'ANPA "le risque alcool dans la cité, le Maire peut agir".

3. Cadre de référence du programme régional de la santé.

Objectif général :

Lever le déni des élus face aux problèmes d'alcool.

Axes stratégiques :

Changer le regard porté sur les problèmes d'alcool et créer les conditions pour en parler, décider et agir.

Objectif opérationnel :

Modifier les représentations, développer une capacité à voir et formuler les problèmes d'alcool et à faire appel aux dispositifs spécialisés.

4. Bénéficiaires de l'action.

Les élus locaux (municipaux, conseils généraux, conseil régional....), les élus d'organismes et associations (membres des CA, des organismes de sécurité sociale, d'associations...), les parlementaires.

5. Modalités de l'action.

Historique :

- 1954, Pierre MENDES FRANCE manifeste une volonté politique qui se traduit par des lois.
- La circulaire de 1975 sur les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie de Simone VEIL se traduit par des moyens accrus.

Niveau géographique d'intervention :

- Communauté urbaine, agglomération ou pays.
- Communautés de communes.

Types d'actions :

Formation CDPA 1 à 2 jours par an.

Rencontres individuelles, information, sensibilisation, recherche, action.

Moyens d'action :

- Animateur des CDPA et intervenants locaux ;
- Argumentaire pour les rencontres individuelles,
- Bulletins d'informations, dépliants ;
- Séquences courtes de formation ;
- Questionnaire - études.

Calendrier :

Sur la durée du programme régional de santé alcool.

6. Suivi et évaluation de l'action :

Moyens de suivi :

- Repérage, au départ, en cours et à la fin de l'action ;
- Aspects qualitatifs situant le degré d'implication.

Méthode d'évaluation :

- Banque de données sur les élus ;
- Tableau de bord utilisant l'échelle de valeur pour mesurer le degré d'implication ;
- Bilan - évaluation par questionnaire des séquences de sensibilisation.

Evaluateurs :

CDPA de Basse-Normandie.

Indicateurs d'évaluation :

- Identification des élus : rôle, fonction ;
- Augmentation ou non des actions de prévention ou de prise en compte des situations ;
- Fréquence des appels pour des interventions.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

- Les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme ;
- Les élus locaux ;
- Les centres de soins spécialisés en alcoologie et les associations.

Moyens matériels :

- Matériel de bureautique, informatique, téléphone, fax, matériel pédagogique.

Financements :

- Cofinancements en provenance du PRS alcool ;
- Le temps passé pour préparer, mener les actions et évaluer par les animateurs et les secrétariats ;
- La rémunération des intervenants ;
- La confection des documents et outils pédagogiques.

8. Outils de communication et de valorisation.

- Invitation des élus lors de l'évaluation d'actions locales ;

Invitation lors de portes ouvertes, forums, colloques et divers temps forts.

FICHE D'ACTION n° 29

Réactualiser « Un problème avec l'alcool en Basse-Normandie - Annuaire des adresses utiles ». Le maintenir à jour et le proposer sur un support télématique.

1. Justification de l'action.

L'édition en 1997, par le comité technique régional d'alcoologie, d'un annuaire des adresses utiles pour qui a un problème avec l'alcool en Basse-Normandie a eu un succès réel et les 800 exemplaires sont déjà épuisés. Ce petit opuscule correspondait à un besoin des professionnels mais aussi de la population en général et il est toujours très demandé.

Il est nécessaire de le rééditer et de le remettre à jour car les informations qu'il donne évoluent vite. A la place du support papier, un support télématique s'impose, immédiatement disponible pour tous et en permanence actualisé.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Edition en 1997 de l'opuscule « Un problème avec l'alcool en Basse-Normandie – Annuaire des adresses utiles ».

Nombreuses réalisations identiques dans d'autres régions.

3. Cadre de référence du PRS.

L'objectif général du PRS est de lever le déni de l'alcool dans la région.

L'axe stratégique est celui de l'information et de l'évaluation. Il importe de livrer une information juste, précise et facilement accessible. C'est une des conditions préalables à un travail sur le déni et aussi à un travail d'évaluation correct.

4. Bénéficiaires de l'action.

Ce sont tout d'abord les intervenants en alcoologie qui cherchent d'une part des informations sur leurs pairs et sur les outils de prise en charge des malades de l'alcool, et d'autre part à tisser des liens entre eux pour constituer un véritable réseau. L'information ainsi proposée doit pouvoir être accessible à la population de la région et notamment aux personnes en souffrance avec l'alcool et désireuses de trouver les moyens de se sortir de leur problème.

5. Modalités de l'action :

Tout d'abord, il s'agit de réactualiser immédiatement l'annuaire de 1997, puis de l'installer le plus rapidement possible, au cours de l'année 1999, sur un support télématique qui pourra être consulté par tous les bas normands mais aussi par les autres régions.

6. Suivi et évaluation de l'action :

L'action est suivie dans ses productions mêmes.

Elle pourra être évaluée sur le respect des délais de réalisation, sur la qualité des informations données (exhaustivité et exactitude), sur le nombre, la qualité et la satisfaction des personnes ayant accédé à l'information, enfin sur la réalité de la contribution de cette action à la réalisation et à la vie d'un réseau régional. L'évaluateur pourrait être le comité de suivi du PRS alcool de Basse-Normandie.

7. Ressources à mobiliser :

Une DDASS de la région ou la DRASS serait responsable de la mise en œuvre de l'action. Elle serait épaulée par le comité de suivi du PRS. L'ensemble des acteurs bas-normands seraient impliqués par définition.

Le coût du serveur télématique peut être considéré comme étant nul. Ce qui a un coût c'est le personnel qui en assure la « maintenance ».

8. Outils de communication et de valorisation

L'action est en elle-même un outil de valorisation et de communication.

FICHE D'ACTION n° 30

Mettre en place une enquête annuelle "un jour donné" dans les établissements de santé, dans les consultations des services d'accueil et d'urgence et chez les médecins généralistes.

1. Justification de l'action.

La morbidité est un indicateur important de l'état de santé d'une population. La morbidité alcoolique reflète, en quelque sorte, le niveau d'alcoolisation de la population. Cependant, elle n'est pas facile à observer car en proie au déni.

Actuellement, il existe un recueil de données des pathologies en milieu hospitalier. Il s'agit du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI). Toutefois, pour diverses raisons, cet instrument ne permet pas d'observer de manière suffisamment fiable la prévalence de la pathologie alcoolique parmi les hospitalisés. Par ailleurs, tous les services ne sont pas pris en compte par ce programme.

Nous proposons donc de mettre en place un outil d'observation de la pathologie alcoolique qui s'appliquerait non seulement aux patients hospitalisés (tous les services de tous les C.H. de la région) mais également à la clientèle des médecins généralistes.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

B.PIERRE, A.MIALON, F.DUMAY, *Enquête sur la morbidité par alcoolisme dans le Centre Manche*, Groupe de Recherche sur l'Alcoolisation dans la Manche, DRASS, 1993, 64 p.

F.VABRET, R.MORELLO, H.JEAN, J.F.DESSON, A.DAVY, "l'alcoolisation pathologique des hospitalisés du CHU de Caen. Estimation de la prévalence. Analyse de la prise en charge. *Alcoologie*, Paris, SFA, 1998, Tome 18, n°1.

J.L. MALMES, J.P. DAURES, P.PERAY-FABBRO, P.POSSOZ, B.TRETARRE; "Prévalence de l'alcoolisation excessive dans la population hospitalisée au CHU de Nîmes, sur une période de trois mois", *Alcoologie*, Paris, SFA, 1995, Tome 17, n°4, pp. 307.313.

L.COM-RUELLE, S.DUMESNIL, *L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés*, Paris, CREDES, 1997, 173 p.

D.RAMIREZ, B.DARNE, P.LOMBRIL, L.ATHUIL, J.CERNAC, S.LEVY, "Prévalence des maladies alcooliques dans un hôpital universitaire de la banlieue parisienne", *La Presse Médicale*, Paris, 1990, Tome 19, n°34, pp. 1571.1575.

B.RUEFF, J.CERNAC, B.DARNE, "Dépistage de malades "alcooliques" par l'autoquestionnaire systématique DETA - Parmi les consultants hospitaliers", *La Presse Médicale*, Paris, 1989, Tome 18, n°33, pp. 1654.1656.

HUAS, B.BARNE, B.RUEFF, P.LOMBRIL, LEBLANC, "Malades alcooliques et consultations de médecine générale : prévalence et détection", *La Revue du Praticien - Médecin générale*, n°81, pp. 45.49.

3. Cadre de référence du PRS.

Objectif général :

Lever le déni - dire alcool.

Axe stratégique :

Actions de soins, de rééducation et de réinsertion.

Objectifs opérationnels :

- Etudier la prévalence de la maladie alcoolique à l'échelle de la région.
- Mesurer la prévalence de la pathologie alcoolique parmi les hospitalisés et la clientèle des médecins généralistes dans la région, chaque année durant la durée de vie du PRS.
- Mieux connaître la population en proie à un problème d'alcool (caractéristiques socio-démographiques).
- Mieux apprécier le "parcours alcoolique" des malades alcooliques (origine de la demande, dialogue autour du problème, sevrage, demande de soins, suivi...).

Par ailleurs, ce programme reconduit chaque année devrait nous permettre de constater une régression du déni avec :

- d'une part, une augmentation du taux de participation à l'enquête,
- d'autre part, une augmentation du taux de prévalence au fil des ans.

4. Bénéficiaires de l'action.

L'action s'adresse directement aux médecins de la région en vue d'une prise de conscience collective de l'importance du problème. A long terme, ce sont les patients alcooliques qui devraient bénéficier des retombées de cette action (dialogue autour de l'alcool, prise en charge...).

5. Modalités de l'action.

Un questionnaire sera adressé aux médecins chefs de service des centres hospitaliers de la région, ainsi qu'aux médecins généralistes. Chacune de ces personnes devra remplir un questionnaire pour chacun de ses patients, un jour donné. Les questions porteront sur les caractéristiques socio-démographiques des patients, leur situation par rapport à l'alcool, et éventuellement leur "parcours alcoolique". Les définitions de l'usage nocif et de l'alcoolodépendance seront rappelées afin d'éviter tous malentendus. De même, pourra être joint un questionnaire (CAGE) afin d'aider les médecins à poser un diagnostic en cas de doute. Chaque année, les résultats de l'étude devront être diffusés dans un délai de trois mois après le recueil des données.

Calendrier :

Cette enquête serait conduite pour la première fois en 1999, puis chaque année du PRS, soit au total 4 fois. Cela devrait nous permettre d'apprécier une certaine évolution de résultats. Par la suite, on peut espérer que le PMSI prendra le relais (pour le recensement de la pathologie alcoolique), grâce aux effets bénéfiques escomptés du PRS.

7. Ressources à mobiliser.

Acteurs impliqués :

Chefs de service, médecins généralistes, éventuellement des enquêteurs formés à l'alcoolologie. Personnel pour traiter, analyser et mettre en forme les résultats.

Moyens matériels :

Matériel et logiciels informatiques.

FICHE D'ACTION n° 31

Faire chaque année le bilan financier des moyens accordés dans chaque département à la lutte contre la consommation excessive d'alcool

1. Justification de l'action.

La consommation excessive d'alcool est un problème majeur de santé publique dans une région comme la Basse-Normandie. Il est nécessaire d'évaluer régulièrement, notamment pendant les quatre années de mise en œuvre du programme régional de santé alcool, l'importance des moyens financiers mobilisés et de porter ce bilan à la connaissance de l'ensemble des acteurs.

2. Cadre de référence du PRS.

Cette action s'inscrit dans le cadre de l'objectif général du PRS qui est de dire les problèmes liés à l'alcool en Basse-Normandie. Il s'agit de vérifier que les moyens utilisés correspondent bien à l'importance de l'enjeu et que leur répartition sur le territoire permet un accès équitable tant à la prévention qu'aux soins et qu'à la formation.

L'objectif opérationnel s'inscrit dans la logique de transparence et dans la nécessité d'un suivi de la mise en œuvre du PRS.

3. Bénéficiaires de l'action.

Cette action est destinée à tous les acteurs de prévention et de soins dans la lutte contre l'alcool et aux financeurs quelle que soit leur origine :

- assurance maladie et organismes de protection sociale,
- agence régionale de l'hospitalisation,
- collectivités locales (conseils régionaux, conseils généraux, municipalités),
- Etat (DDASS, jeunesse et sports, justice, équipement...)

4. Modalités de l'action :

Il s'agit d'une action nouvelle qui se déroulera sur les trois départements bas-normands. Le travail de collecte des informations sera mené par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, avec l'appui de la direction régionale, et s'effectuera donc auprès de l'ensemble des financeurs potentiels.

Le bilan sera annuel et ses modalités techniques seront élaborées dès le début de l'année 1999 par un groupe de travail sous la responsabilité de la DRASS qui remettra ses conclusions avant la fin de mars 1999. Le bilan sera réalisé chaque année au printemps.

5. Suivi et évaluation de l'action :

L'action sera suivie par la DRASS en relation avec le comité technique de suivi et d'évaluation du PRS alcool. Les indicateurs d'évaluation porteront sur la production de l'état des lieux des financements destinés à des actions de prévention, de soins ou de formation dans le domaine de la lutte contre la consommation excessive d'alcool.

6. Ressources à mobiliser :

Les acteurs impliqués sont les DDASS et la DRASS, sur leurs moyens propres, et l'ensemble des partenaires sont les administrations et les professionnels de terrain.

7. L'outil de communication et de valorisation

sera l'état des lieux des financements destinés à des actions de prévention, de soins ou de formation dans le domaine de la lutte contre la consommation excessive d'alcool.

FICHE D'ACTION n° 32

Organiser des ateliers régionaux d'échanges sur les pratiques en alcoologie, notamment par rapport au problème du déni.

1. Justification de l'action.

Les professionnels et les militants associatifs intervenant dans les problèmes liés à l'alcool le font sur la base d'un savoir théorique partagé mais aussi en référence à leur expérience personnelle et à des habitudes de pratiques dûment expérimentées. Il serait utile et enrichissant pour tous que des échanges entre eux puissent avoir lieu pour confronter savoirs et pratiques.

L'effort régional de réflexion et de prise de conscience du déni de tous par rapport à l'alcool se traduit par un travail de chaque individu concerné mais aussi par une prise de conscience, voire une évaluation collective. Il convient de rendre possible et d'explicitier ce travail collectif à un moment donné dans la phase d'application du PRS alcool.

2. Expériences antérieures et références bibliographiques.

Notamment dans le monde de la santé mentale, les professionnels ont l'habitude et les outils de mise en commun et d'échanges sur leurs pratiques. Leur fonctionnement en réseau, entre eux ou avec d'autres professionnels, dans la région de Basse-Normandie fait partie d'un certain patrimoine transposable et utilisable à la problématique de l'alcool.

3. Cadre de référence du PRS.

- Objectif général : Travailler sur le déni de l'alcool à tous les niveaux.
- Axe stratégique : Promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention, en direction de tous les publics.
- Objectif opérationnel : Faire le point à mi-parcours de la mise en œuvre du PRS alcool, en référence à son objectif central et à ses trois axes stratégiques.

4. Bénéficiaires de l'action.

L'ensemble des professionnels et militants associatifs intervenants dans le champ de la lutte contre la consommation excessive ou dangereuse d'alcool.

5. Modalités de l'action :

Il s'agit d'ateliers bas-normands d'échanges sur les pratiques de terrain, professionnelles ou associatives, sur les thèmes émergents de la réalité de la mise en œuvre du PRS. Ces ateliers sont introduits et conclus par un travail conceptuel en relation avec les milieux universitaires et de la recherche.

Seront donc organisées des rencontres entre les acteurs de terrain, aboutissant à un congrès régional sur deux jours. Des actes seront rédigés et mis à la disposition de l'ensemble des personnes concernées.

Le début du travail en ateliers se produira un an après le début de la mise en œuvre officielle du PRS alcool (janvier 2000). Le congrès régional pourra se tenir entre novembre 2000 et mars 2001.

6. Suivi et évaluation de l'action :

Les ateliers régionaux d'échanges sur les pratiques régionales en alcoologie sont, en soi, une démarche d'évaluation de la mise en œuvre du PRS en référence à ses préconisations, par rapport à la mobilisation réelle des partenaires. L'évaluation de l'action ateliers portera sur le respect du calendrier annoncé, le déroulement transparent et démocratique des ateliers, la restitution fidèle des travaux.

L'évaluateur sera le comité technique de suivi du PRS.

7. Ressources à mobiliser :

Les ateliers seront organisés par un chef de projet (le responsable de l'organisation du PRS) avec l'aide d'un comité de pilotage ad hoc. Sa préparation sera ascendante, en boule de neige et inclura l'ensemble des acteurs en alcoologie de la région. Le congrès de deux jours se tiendra à Caen, au centre des congrès ou dans tout local adéquat.

On peut prévoir un budget de 300.000 F, financé pour moitié par des droits d'inscription de chaque participant et pour moitié par des subventions de l'Etat et du Conseil Régional notamment.

8. Outils de communication et de valorisation :

Cette action bénéficiera de la même promotion que l'ensemble des actions du PRS, au moment de son annonce par le Préfet de Région. L'organisation des ateliers est en elle-même un instrument de mobilisation des acteurs de terrain et de mise en valeur de leur pratique.

Annexe II : Fiches méthodologiques de mise en œuvre

Deux fiches d'aide aux promoteurs d'actions sont présentées ici :
La première propose quelques principes de formation et quelques suggestions pédagogiques.
La fiche méthodologique numéro 2 précise comment monter un dossier budgétaire et à qui s'adresser pour élaborer et faire ses demandes de financement.

FICHE METHODOLOGIQUE n° 1 :

Quelques principes de formation et quelques propositions pédagogiques

La formation des professionnels ou non, médicaux ou non, de la santé ou non, leur donnera les moyens de reconnaître le problème alcool, de reconnaître leur propre déni, et de passer à l'action de prévention ou de soin. L'objectif principal de la formation est clairement de diminuer le déni.

Quelques principes de formation :

La formation se fera de préférence, et quand c'est possible, par bassins de recrutement et concernera plusieurs catégories professionnelles ou d'acteurs pour qu'il y ait une unité dans la réponse des intervenants.

On préférera des formations plutôt ramassées, en préservant une certaine unité de temps. Mais ces formations seront organisées plus au goutte à goutte qu'en administration massive. Un bon rythme est donné par exemple par des séances toutes les 3 semaines pendant 6 mois. Ceci permet aux participants de digérer et d'expérimenter ce qui a été appris.

Pour les salariés ces formations sont incluses dans les congés de formation ou dans les heures salariées. Pour les professionnels libéraux il faut utiliser les procédures prévues, par exemple la formation médicale continue des médecins, notamment dans le cadre des conventions entre les régimes d'assurance maladie et les professionnels.

La formation des professionnels par leurs pairs est souvent plus efficace et sera donc privilégiée.

Quelques propositions pédagogiques :

Il s'avère souvent très utile de travailler sur la représentation que l'on a de l'alcoolique :

- "A quoi cela vous fait penser ?"
- "Qu'est-ce qui vous fait penser que cette personne a un problème avec l'alcool ?"

Il est presque toujours nécessaire de travailler sur les contre attitudes et les rejets.

FICHE METHODOLOGIQUE n° 2 :

Comment et avec qui monter un dossier financier ?

1. Règle générale

Pour prétendre à un financement, il suffit dans la plupart des cas d'être une association loi 1901, d'avoir un projet d'action conforme au programme régional de santé et de le déposer dans les délais sous forme d'un dossier type. Le plus souvent les crédits alloués le sont pour une année donnée. Ils ne sont pas pérennes.

Mais des financements sont possibles en dehors des associations, notamment pour les établissements de santé. Les crédits alloués peuvent alors être pérennes.

2. Les financeurs

Les procédures et délais de dépôt et de réponse sont variables suivant le financeur en cause. Ils sont de plus susceptibles de varier dans le temps pour un même financeur. Voici ce qu'il en est à la fin de l'année 1998.

► *L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) :*

Placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, « elle a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. »

Elle est tenue de transmettre « chaque année un rapport d'activité à la conférence régionale de santé dans lequel elle présente notamment les actions des établissements de santé correspondant aux priorités de santé publique établies par la dite conférence. »

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qu'elle passe avec les établissements de santé publics et privés le sont en référence aux orientations adoptées par la conférence régionale de santé.

Les crédits déterminés par l'ARH sont en général pérennes mais ce n'est pas systématique, l'ARH pouvant financer une action donnée sur un temps limité.

Les demandes de financement doivent être faites auprès des DDASS, qui dans ce cadre travaillent et instruisent le dossier pour le compte de l'ARH, au 2^{ème} trimestre. Réponse en octobre.

► *Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) :*

Dans le cadre d'une convention entre la caisse nationale d'assurance maladie et le ministère de la santé, les actions des programmes régionaux de santé peuvent être financées par ce fonds. Elles doivent bien entendu répondre aux objectifs définis par le PRS.

La procédure est un peu complexe et susceptible de changer d'une année à l'autre. Actuellement :

- Des dossiers types sont à déposer auprès de la DRASS.
- Ils sont ensuite instruits et sélectionnés par la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM).
- Un avis est également demandé à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) dont l'une des missions consiste à « contribuer à la mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional. »

Les dossiers doivent être déposés au 2^{ème} trimestre pour une réponse en octobre.

➡ *L'Etat :*

Des financements sont possibles sur les crédits de l'Etat. Ces crédits sont annuels et correspondent à des lignes budgétaires précises.

- Les DDASS peuvent financer des actions de formation, d'information ou du fonctionnement. C'est notamment le cas pour les CDPA et ça l'était pour les CHAA.
- La DRASS peut allouer des crédits sur les chapitres suivants :
 - Promotion de la santé et prospective en santé publique.
 - Alcoologie de réseau.
 - Loi contre l'exclusion.
 - Accès aux soins des plus défavorisés.
 - Précarité.

Les dossiers sont à déposer au 1^{er} trimestre auprès des DDASS de chaque département et auprès de la DRASS. Réponse à l'été.

➡ *Les organismes de protection sociale :*

Ils peuvent participer au financement des actions d'un PRS et l'URCAM les y incite. La décision appartient au conseil d'administration de l'organisme et les crédits alloués sont en général destinés au fonctionnement ou à l'équipement.

- Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) :
 - Calvados : Dossiers à déposer en mars avril. Réponse au 3^{ème} trimestre.
 - Manche : Dépôt des dossiers avant fin mars ou fin septembre.
 - Orne : En principe n'accorde pas de financement pour des actions d'éducation pour la santé sur ses crédits d'action sanitaire et sociale.
- Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM):

Des crédits peuvent être alloués sur un fonds d'action sanitaire et sociale. Dépôt des dossiers en janvier, réponse en mars avril.
Ne pas oublier que c'est la CRAM qui instruit et sélectionne les dossiers pour le FNPEIS (voir plus haut).

- Caisses de mutualité sociale agricole (MSA) :
 - Calvados : Dépôt des dossiers en septembre octobre d'une année pour réponse après vote du budget de l'année suivante, soit vers juillet août. Les délais peuvent légèrement varier d'une année sur l'autre.
 - Manche : Dépôt des dossiers avant septembre. Réponse en janvier de l'année suivante.
 - Orne : Dossiers à déposer en fin d'année pour une réponse après vote du budget de l'année suivante, soit vers juin.
- Caisse mutuelle régionale pour les non-salariés non-agricoles (CMR):
Dossiers à déposer début juin. Réponse sous 2 à 4 semaines.
- Caisses d'allocations familiales (CAF) :
 - Calvados : Dépôt fin janvier ou en février puis passage au conseil d'administration qui suit. Réponse un mois et demi après. Mais en principe il n'y a pas de crédits santé.
 - Manche : Pas de crédits pour ce domaine d'action.
 - Orne : Idem.
 -

➡ *Les collectivités locales :*

- Le conseil régional intervient principalement pour des actions de formation. Il n'y a pas de budget santé.
- Les conseils généraux subventionnent plutôt le fonctionnement et l'investissement mais sont engagés dans l'action sociale depuis les lois de décentralisation du début des années 80 :
 - Calvados : Demandes avant le 1^{er} octobre pour réponse fin février de l'année suivante.
 - Manche : Demandes avant le 31 octobre pour une réponse fin janvier ou début février.
 - Orne : Demandes à faire avant le 1^{er} octobre d'une année pour une réponse en janvier février de l'année suivante.
- Les municipalité :
 - Caen : Dossier à retirer début octobre et à remplir pour la mi novembre. Présentation au conseil municipal en mars.
 - Autres municipalités : se renseigner.

➡ *Les mécènes :*

Pour la recherche de mécènes, il est possible de se référer à la loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat. Elle donne des précisions sur les déductions d'impôt possibles pour les entreprises intéressées.

3. Personnes à contacter pour vous conseiller ou vous aider

- Le médecin inspecteur de la santé publique de votre département doit être contacté en première intention.
 - Calvados : 02 31 45 82 90 et 92

- Manche : 02 33 06 56 05 et 70
- Orne : 02 33 80 83 31 et 43

- Nicole LEPOISSONNIER-LESAGE s'occupe des problèmes spécifiques de financement. On peut la joindre à l'inspection régionale de la santé à la DRASS de Basse-Normandie au 02 31 46 54 70.
- François PIEDNOIR assurera le secrétariat du comité technique de suivi et d'évaluation. On peut le joindre à la DDASS du Calvados au 02 31 45 82 26.

Annexe III : Le comité technique de suivi et d'évaluation

Le comité technique de suivi et d'évaluation se réunit tous les trimestres. Son secrétariat est assuré par les services de l'Etat et ses travaux font l'objet d'un compte rendu largement diffusé à tous les acteurs de la mise en œuvre du programme régional de santé. Le comité technique rendra compte de ses travaux tous les ans au groupe qui a piloté l'élaboration du PRS.

Il peut s'adjoindre pour ses travaux toute personne compétente de son choix et décide lui-même de ses modalités de fonctionnement

Les membres du comité technique sont nommés " *intuitu personnae* " pour une durée de quatre ans. Sur leur demande ils peuvent être remplacés par décision du Préfet de Région. La composition du comité technique de suivi et d'évaluation du programme régional de santé « alcool » est ainsi fixée :

Président :

Monsieur le professeur Thôn Dao, professeur de médecine au centre hospitalier et universitaire de Caen.

Membres :

Madame Mireille CARPENTIER déléguée départementale du centre départemental de prévention de l'alcoolisme du Calvados,

Madame le docteur Yvonne DOLLEY, médecin conseiller technique du Recteur de l'académie de Caen,

Monsieur le docteur Patrick GARDEUR, chef du bureau de l'évaluation à la Direction Générale de la Santé,

Madame le docteur Maryvonne GOURNAY, médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre de Basse-Normandie,

Monsieur le professeur Xavier LE COUTOUR, professeur de santé publique au centre hospitalier et universitaire de Caen.

Madame Anne-Marie MORICE, juge d'application des peines au Tribunal de Grande Instance de Caen,

Mademoiselle Valérie OLLIVIER, sous-directrice à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Calvados,

Madame le docteur Elisabeth OURY, psychiatre au centre hospitalier de Flers de l'Orne,

Monsieur le docteur François PIEDNOIR, médecin inspecteur de santé publique à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Calvados, secrétaire - rapporteur du comité technique.

Annexe IV : Liste des membres du groupe d'élaboration du programme régional de santé alcool

NOM Prénom	Fonction Adresse	Téléphone	Fax
AMICHAUD Françoise	Infirmière Cons. Technique Rectorat 168, rue Caponière 14000 CAEN	02.31.30.15.88	02.31.30.15.92
BELVISO Didier	Responsable "action - alcool" Centre de Post Cure de Beauregard 50470 LA GLACERIE	02.33.44.16.25	
BLOUET Jean-Pierre	Conseiller Général de l'Orne Directeur du C.R.F. 17, ave. du Docteur J. Aimez 61140 TESSE-LA-MADELEINE	02.33.30.20.10 ou 02.31.46.36.36	02.33.30.20.11
BOURON Michel	Centre de Post-Cure Bocquet 38, rue du Bas-de-Monsort 61000 ALENCON	02.33.26.25.01	02.33.32.87.74
BREVET Jean-Paul	Visiteur social en alcool C.H. de Bayeux Rue d'Argouges 14400 BAYEUX	02.31.51.51.51 Poste 48.04	02.31.51.57.03

BUZIN Jean-Pierre	Médecin du travail E.D.F. - G.D.F. 8-10, promenade du Fort 14010 CAEN	02.31.30.30.23	
CAILLET Didier	Président du C.D.P.A. 14, rue Etoupée 61000 ALENCON	02.33.26.32.01	
CARPENTIER Mireille	Déléguée Départementale C.D.P.A. 15, rue de l'Engannerie 14000 CAEN	02.31.85.35.21	
COULOMBIER Yves	Assistant Social Conseil Général du Calvados D.S.S. 5, place Félix Eboué 14035 CAEN Cédex	Secrétariat 02.31.57.17.85 02.31.15.23.03 (répondeur)	02.31.15.23.05
COTTIN Pascal	43, rue Montebello 50100 CHERBOURG	02.33.93.81.38	
CUDELOUP Martine	Responsable du service d'accompagnement social S.D.A.S. 586, rue de l'Exode - B.P. 374 50004 SAINT-LÔ Cédex	02.33.77.79.37	
DAO Thông	Professeur de Médecine Gastro-Entérologue C.H.U. Avenue de la Côte de Nacre 14033 CAEN Cédex	02.31.06.45.44	02.31.06.45.45
DAVY Annie	Médecin Interniste C.H.R. Avenue Clémenceau 14033 CAEN Cédex	02.31.27.25.61	02.31.27.23.12
DESLANDES Thierry	Moniteur I.F.S.I. du C.H.U. Avenue de la Côte de Nacre 14033 CAEN Cédex	02.31.06.45.24	
DESNOS Elvar	Formateur C.D.P.A. 15, rue de l'Engannerie 14000 CAEN	02.31.85.35.21	
DOLLEY Yvonne	Médecin conseiller technique du Recteur - Rectorat 168, rue Caponière 14000 CAEN	02.31.30.15.00	02.31.30.15.92
DUDOGNON Maryse	Animatrice C.D.P.A. 14, rue Etoupée 61000 ALENCON	02.33.26.32.01	

FERRAGU Odile	Médecin Général de Santé Publique D.D.A.S.S. du Calvados 14, rue du Clos-Herbert 14036 CAEN Cédex	02.31.46.54.71	02.31.44.18.99
GARDEUR Patrick	Chef du bureau Evaluation et Economie de la Santé - <u>S.Q1</u> - D.G.S. 8, avenue de Ségur 75350 PARIS 07 SP	01.40.56.58.55	
GASTEBOIS Louis	Délégué départemental C.D.P.A. 30-32 rue Gambetta 50200 COUTANCES	02.33.45.05.78	02.33.45.12.36
GODIN Annick	Cadre C.P.A.M. du Calvados Bd du Général Weygand 14031 CAEN	02.31.45.79.53	02.31.45.79.80
GOUPIL Jean-Marie	Médecin Mutualité Sociale Agricole 37, rue de Maltot 14026 CAEN Cédex	02.31.25.39.51	
GOURNAY Maryvonne	Médecin Inspecteur Régional du Travail - D.R.T.E. 95/97, rue de Geôle 14000 CAEN	02.31.30.75.00	
GRIGNON Patrick	Médecin Conseil E.R.S.M. – C.R.A.M. Avenue du Grand Cours 76108 ROUEN Cédex	02.32.18.37.62	
HUVÉ Georges	Surveillant Alcoologie C.P.O. Pavillon Rochebrune 31, R. Anne-Marie Javouhey 61000 ALENCON	02.33.26.25.11 Poste 509	
JACKSON Lorraine	Secrétaire Administratif D.D.A.S.S. du CALVADOS 14, rue du Clos Herbert 14036 CAEN Cédex	02.31.45.82.11	02.31.45.82.52
JEANNE Laurence	Infirmière C.H.S. Bon Sauveur de CAEN 5, rue des Jardins 14320 SAINT-MARTIN de FONTENAY	2.31.30.50.50 Poste 54.28	
JUMEL Nadine	Médecin Rectorat 168, rue Caponière 14000 CAEN	02.31.30.15.00 poste 14.44	02.31.30.15.92

LEBOCEY Louis	Médecin C.H.A.A. 9, rue du Docteur Vincent 14000 CAEN	02.31.93.61.32	02.31.93.82.47
LE COUTOUR Xavier	Professeur de Santé Publique C.H.U. Avenue de la Côte de Nacre 14033 CAEN Cédex	02.31.06.45.94	02.31.06.49.14
LEGOUX Yvette	Infirmière départementale Inspection Académique 2, place de l'Europe 14200 HEROUVILLE-SAINT- CLAIR	02.31.45.95.70	
LELONG Françoise	Monitrice I.F.S.I. du C.H.U. Avenue de la Côte de Nacre 14033 CAEN Cédex	02.31.06.45.24	
LOUIS André-Xavier	Médecin généraliste CH de LISIEUX 4, Rue Roger Aini 14107 LISIEUX Cédex	02.31.61.31.44	
MARIE Françoise	Responsable Formation C.O.R.E.S. 1, place de l'Europe 14200 HEROUVILLE SAINT-CL.	02.31.43.83.61	
MIALON Antoinette	Psychiatre Fondation Bon Sauveur Centre d'Alcoologie Rue du Buot 50008 SAINT-LO Cédex	02.33.77.77.70	02.33.77.77.31
MORICE Anne-Marie	Juge d'application des peines Tribunal de Grande Instance Place Fontette 14000 CAEN	02.31.30.55.59	
OLLIVIER Valérie	Sous-Directeur C.P.A.M. du Calvados Bd du Général Weygand 14031 CAEN	02.31.45.79.53	02.31.45.79.80
OURY Elisabeth	Psychiatre C. H. de FLERS Rue Eugène Garnier 61104 FLERS Cédex	02.33.64.44.61	02.33.62.62.85
PIEDNOIR François	Médecin Général de Santé Publique D.D.A.S.S. du Calvados 14, rue du Clos Herbert 14036 CAEN Cédex	02.31.45.82.26	02.31.45.82.52

PIEN Catherine	Praticien hospitalier CH de VIRE 4, rue Emile Desvaux 14504 VIRE Cédex	02.31.67.47.47	02.31.67.47.34
PILLON Marie-France	Formatrice en Sécurité Routière 50, Grande Rue 14150 OUISTREHAM	02.31.97.48.80	02.31.78.87.40
PLOMMEE Françoise	Déléguée Départementale C.D.P.A. 14, rue Etoupée 61000 ALENCON	02.33.26.32.01	
ROSE Isabelle	Doctorante en Socio- Démographie Résidence Montaigu Avenue de Bavent 14390 CABOURG	02.31.91.92.29	
SIBIREFF Jean- Jacques	Médecin Généraliste C.H.A.A. 9, rue du Docteur Vincent 14000 CAEN	02.31.93.61.32	02.31.93.82.47
SORIN Isabelle	Assistante Sociale C.P.A.L. Tribunal de Grande Instance Cour Matignon 14100 LISIEUX	02.31.48.53.74	
SZTUR Monique	Assistante Sociale Médecine du Travail E.D.F. - G.D.F. 8-10, Promenade du Fort 14000 CAEN	02.31.30.30.30	
VERET Jean-Luc	Directeur C.O.R.E.S. 1, place de l'Europe 14200 HEROUVILLE SAINT- CLAIR	02.31.43.83.61	

Le groupe d'élaboration du programme régional de santé alcool a commencé ses travaux par un travail de créativité utilisant la méthode du « brain-storming » et celle des votes pondérés. L'animation en a été réalisée par Françoise LELONG, monitrice à l'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier et universitaire de Caen, et par Rémy DOBENESQUE, psychologue au centre hospitalier spécialisé de Caen.

Annexe V : Rappels de la loi Evin

La loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin,

est parue au Journal Officiel du 12 janvier 1991. Un article à visée générale est inséré dans le code de la santé publique dans sa partie concernant la santé scolaire et universitaire. Ses articles concernant la lutte contre l'alcoolisme ont été insérés dans le code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme.

Article L 192 du code de la santé publique :

" Tous les membres du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation, publics ou privés et toutes les personnes se trouvant en contact habituel avec les élèves dans l'enceinte desdits établissements, sont obligatoirement soumis, périodiquement, et au moins tous les deux ans, à un examen médical de dépistage des maladies contagieuses. »

" Ils reçoivent à cette occasion par le médecin scolaire une information concernant les causes, les conséquences et les moyens de traitement et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie. "

**Code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme :
Articles concernant les jeunes :**

" Article L. 17. – La propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques dont la fabrication et la vente ne sont pas interdites sont autorisées exclusivement :

« 1° Dans la presse écrite à l'exclusion des publications destinées à la jeunesse [...] ;

" 2° Par voie de radiodiffusion sonore pour les catégories de radios et dans les tranches horaires déterminées par décret en Conseil d'Etat¹ ;

¹ Décret n° 92-1047 du 23 septembre 1992 relatif à la propagande et la publicité pour les boissons alcooliques par voie de radiodiffusion sonore :

« [...] »

" Article L. 80. – Dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, il est interdit de vendre ou d’offrir gratuitement à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter. "

" Article L. 85. – Il est interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de seize ans qui ne sont pas accompagnés de leur père, mère, tuteur ou de toute personne de plus de dix-huit ans en ayant la charge ou la surveillance.

" Toutefois, les mineurs de plus de treize ans, même non accompagnés peuvent être reçus dans les débits de boissons assortis d’une licence de première catégorie. "

**Code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l’alcoolisme :
Article concernant le domaine du sport :**

" Article L. 49 – 1 – 2. – La vente et la distribution de boissons des groupes 2 à 5 définis à l’article L. 1^{er} est interdite dans les stades, dans les salles d’éducation physique, les gymnases et, d’une manière générale, dans tous les établissements d’activités physiques et sportives².

" Des dérogations peuvent être accordées par arrêté conjoint du ministre chargé du tourisme et du ministre chargé de la santé pour des installations qui sont situées dans des établissements classés hôtels ou restaurants de tourisme³.

" Le préfet peut, dans des conditions fixées par décret, accorder des dérogations temporaires aux dispositions du premier alinéa pour des raisons liées à des événements de caractère sportif, agricole ou touristique. »⁴

« Article 1^{er} – A compter du 1^{er} janvier 1993, la propagande et la publicité directe ou indirecte, par voie de radiodiffusion sonore en faveur des boissons dont le degré volumétrique d’alcool est supérieur à 1,2 p. 100 ne sont autorisées que :

Le mercredi entre 0 heure et 7 heures ;
Les autres jours, entre 0 heure et 17 heures. »

² L’article L. 1, du code des débits de boissons et des mesures contre l’alcoolisme, répartit les boissons en deux catégories : les boissons non alcooliques (groupe 1) et les boissons alcooliques (groupes 2 à 5). Le groupe 2 concerne les boissons fermentées non distillées, le groupe 3 les vins doux naturels, le groupe 4 les boissons distillées et le groupe 5 toutes les autres boissons alcoolisées.

³ L’arrêté du 22 août 1991 (Journal officiel du 25 août 1991) fixe les modalités d’octroi de ces dérogations.

⁴ Décret n° 92-880 du 26 août 1992, relatif aux dérogations temporaires d’ouverture des débits de boissons dans les installations sportives (Journal officiel du 1^{er} septembre 1992).

Annexe VI : Signification des sigles utilisés

A.N.P.A.	Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
A.O.R.C.	Association des Omnipraticien de la Région Caennaise
A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
C.A.	Conseil d'Administration
C.A.G.E.	Cut Annoyed Guilty Eyes-opener
C.C.A.S.	Centre Communal d'Action Sociale
C.C.M.M.B.N.	Caisse Chirurgicale et Médicale Mutuelle de Basse-Normandie
C.D.P.A.	Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
C.E.A.	Conduite en Etat Alcoolique
C.G.P.M.E.	Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises
C.H.	Centre Hospitalier
C.H.A.	Centre d'Hygiène Alimentaire
C.H.A.A.	Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.M.	Cours Moyen
C.M.E.	Commission Médicale d'Etablissement
C.N.A.M.T.S.	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
C.O.D.E.S.	Comité Départemental d'Education pour la Santé
C.O.R.E.S.	Comité Régional d'Education pour la Santé
C.O.S.R.A.	Coordination des Soins et de la Recherche en Alcoologie
C.P.A.L.	Comité de Probation et d'Assistance aux Libérés
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.P.E.	Conseiller Pédagogique et Educatif
C.R.E.P.S.	Centre Régional d'Education Physique et Sportive
C.T.R.A.	Comité Technique Régional d'Alcoologie

D.C.E.M.4	Deuxième Cycle des Etudes Médicales - 4ème année
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.D.J.S.	Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.N.	Education Nationale
F.I.F.P.L.	Fonds Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales
F.J.T.	Foyer de Jeunes Travailleurs
F.M.C.	Formation médicale continue
F.N.P.E.I.S.	Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire
I.F.S.I.	Institut de Formation en Soins Infirmiers
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
M.A.S.T.	Michigan Alcoholisme Screening Test
M.I.L.D.T.	Mission Interministériel de Lutte contre les Dépendances et la Toxicomanie
M.J.C.	Maison des Jeunes et de la Culture
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.R.S.	Observatoire Régional de la Santé
P.A.I.O.	Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
P.M.S.I.	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
P.R.S.	Programme Régional de Santé
P.U.F.	Presse Universitaire de France
S.F.A.	Société Française d'Alcoologie
S.M.E.	Sursis avec Mise à l'Epreuve
S.P.I.P.	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
S.P.S.F.E.	Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T.E.N.	Nom d'un rapport au ministre de la santé
T.I.G.	Travail d'Intérêt Général
U.R.C.A.M.	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
U.C.S.A.	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
U.E.R.	Unité d'Enseignement et de Recherche
U.R.M.L.	Union Régionale des Médecins Libéraux

Ce document contient la **décision du préfet de la région Basse Normandie**, en date du 4 janvier 1999, relative au programme régional de santé « alcool ».

Les raisons d'un tel programme prioritaire de santé publique sont rappelées. Un objectif central est fixé qui sera de lever le déni des populations et surtout des professionnels face à l'alcool. Sont ensuite énoncés les 3 axes stratégiques de mise en œuvre et les 32 actions qui y concourent. Sont enfin précisées les modalités de suivi, d'évaluation et de financement du programme régional de santé.

- En annexe I sont présentées **les fiches descriptives des 32 actions de mise en œuvre** du programme. Ces fiches, sauf pour l'action n°1 et l'action n°27, tiennent sur une seule page en un recto et un verso. L'action n°15 est décrite sur 3 fiches d'action 15a, 15b et 15c. Les fiches d'action sont rédigées à l'intention des promoteurs et visent à leur simplifier le travail d'élaboration d'un projet. Les coordonnées de leurs rédacteurs sont précisées en annexe IV.
- L'annexe II définit, en deux fiches méthodologiques, la **pédagogie souhaitée pour les actions de formation** et donne **quelques pistes pratiques par rapport au financement** des actions du programme régional de santé.
- L'annexe III précise les **modalités de fonctionnement et la composition du comité de suivi et d'évaluation** du P.R.S.
- L'annexe IV **liste les membres du groupe d'élaboration** du programme régional de santé alcool et donne leurs coordonnées.
- L'annexe V rappelle les **textes législatifs et réglementaires** relatifs à la lutte contre l'alcoolisme, et notamment les articles principaux de la loi « Evin ».
- Enfin, l'annexe VI donne la **signification des sigles** utilisés.