

## Pays de la Loire

# Un projet régional de santé sur la lutte contre les conduites d'alcoolisation

**Depuis 1994, une programmation stratégique des actions de santé est expérimentée dans trois régions. Engagés dans l'expérience, les Pays de la Loire ont fait de la lutte contre les conduites d'alcoolisation leur priorité. Genèse d'une démarche de planification d'un nouveau type...**

**L**e 3 juillet dernier, était signée à Nantes, en présence du ministre de la Santé publique et de l'Assurance maladie, du préfet de région et d'autres personnalités, la Charte pour le programme régional de santé « Pays de la Loire, pays du bien boire... un mélange à maîtriser ». Cette signature, tout en ayant un caractère hautement symbolique, ne constituait cependant qu'un temps fort dans une démarche engagée depuis plus d'un an et où l'essentiel des actions reste à construire.

### Une démarche expérimentale sur trois régions

L'histoire du programme de lutte contre les conduites d'alcoolisation en Pays de la Loire est avant tout l'histoire de la rencontre d'une volonté nationale et d'une volonté régionale.

À la direction générale de la Santé, et plus précisément au bureau « prospective et promotion de la santé », l'histoire s'en-

gage à partir d'une ambition, d'une idée et de beaucoup de pragmatisme. Une ambition : développer la programmation stratégique par objectifs. Une idée (qui n'est pas nouvelle mais pas si souvent appliquée) : la région constitue un territoire intéressant pour définir des priorités de santé et mettre en œuvre une politique. Du pragmatisme : mieux vaut commencer petit, expérimenter sur quelques régions, pour se tester, s'amender et mieux repartir pour de nouveaux développements.

Côté régions, certaines directions régionales des Affaires sanitaires et sociales avaient déjà cherché à impulser des démarches partant des « besoins de santé » de leur population et avaient introduit cette approche, voire défini des priorités, dans leur schéma régional d'organisation sanitaire (Sros).

C'était le cas en particulier dans les Pays de la Loire où la réduction de la surmortalité et de la surmorbidity liées à l'alcoolisme figure en deuxième priorité dans l'arrêté fixant le Sros.

### Les signataires de la charte s'engagent

- À soutenir le projet régional de santé dont l'ambition est d'influer sur les conduites d'alcoolisation en région des Pays de la Loire, à en faire la promotion auprès des institutions, organismes et associations dont ils sont les représentants
- À faciliter la démarche conduisant aux objectifs fixés dans le cadre de ce projet par la mise en œuvre des activités prévues
- À maîtriser les initiatives prises par d'autres partenaires potentiels en les associant dans le cadre du présent projet régional de santé
- À agir, en conséquence, avec les personnes, leurs familles, leurs entourages et leurs milieux de vie
- À coordonner leurs actions et à mobiliser en partenariat les ressources disponibles dans le respect des compétences de chacun

Mais la condition principale pour une région était d'être volontaire pour s'engager dans une démarche expérimentale dont les principes essentiels étaient déjà posés : un programme *finalisé par objectifs, global* (portant aussi bien sur la prévention que sur la prise en charge) et *intégré* (ou encore pluridisciplinaire et pluri-institutionnel).

Trois régions (ou plus exactement trois Drass) se sont ainsi engagées dans cette expérience : outre les Pays de la Loire, l'Auvergne sur la périnatalité et l'Alsace sur la lutte contre le cancer.

Un autre partenaire était indispensable dans cette démarche qui devait largement s'appuyer sur une formation-action : l'École nationale de la santé publique pour co-organiser avec la DGS des regroupements réguliers des cellules régionales.

L'acte de naissance de cette expérience pilote était signé en mars 1994 par le sous-directeur de la Santé des populations, par une lettre de confirmation à l'attention des trois régions (Drass et Ddass).

### La lutte contre les conduites d'alcoolisation : une priorité nationale et régionale

Il n'est pas facile d'évaluer les conséquences de l'alcoolisme tant celles-ci sont diverses et interférentes aussi bien au plan physique que psychologique et social.

On dispose cependant des quelques indicateurs en terme de mortalité que sont les décès dus à trois groupes d'affections : la cirrhose du foie, la psychose alcoolique et l'alcoolisme, et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Dans les Pays de la Loire, la situation des hommes au regard de ces indicateurs est très préoccupante : dans la région on observe une surmortalité masculine importante pour chacune de ces trois causes de décès : + 9 % pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, + 16 % pour les psychoses alcooliques et l'alcoolisme, et + 17 % pour les cirrhoses du foie. Pour les femmes en revanche, la situation régionale est comparable à la moyenne nationale.

## La mortalité directement liée à l'alcoolisme dans les départements de la région

	Cirrhose du foie		Psychose alcoolique et alcoolisme		Cancers des VADS	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Loire-Atlantique	133,8	120,2	124,0	164,9	128,5	93,4
Maine-et-Loire	119,5	84,7	101,5	112,4	91,7	92,6
Mayenne	77,7	108,8	122,2	127,6	107,6	120,4
Sarthe	98,2	110,0	116,2	93,6	108,4	88,8
Vendée	120,7	72,3	115,3	55,9	95,5	62,4
<b>Pays de la Loire</b>	<b>116,6</b>	<b>101,2</b>	<b>115,9</b>	<b>118,6</b>	<b>108,7</b>	<b>89,5</b>

Indice comparatif de mortalité 1988-1990, France = base 100

Source : Inserm-ORS

Cette situation régionale recouvre cependant de fortes disparités entre les départements (cf. tableau ci-dessus).

Par contre, tous les départements sont touchés par la mortalité prématurée directement liée à la consommation excessive d'alcool : près d'un décès sur 6 avant 65 ans.

Enfin, chaque année on dénombre dans la région environ 600 tués et 3 000 blessés graves par accidents de circulation. En 1990, sur 315 responsables présumés d'accidents mortels survenus sur les routes des Pays de la Loire ayant fait l'objet d'une recherche d'alcoolémie 26 % présentaient une alcoolémie illégale. Cet indicateur est cependant légèrement plus favorable que la moyenne nationale (29,5 %).

La région n'est donc pas la plus mal placée au niveau national, et la mortalité par les trois grandes pathologies liées à la consommation excessive d'alcool y a diminué, comme sur le reste de la France, depuis une dizaine d'années.

Cependant la situation y est suffisamment grave pour que la lutte contre la consommation excessive d'alcool ait été retenue comme une priorité dans le schéma régional d'organisation sanitaire arrêté en septembre 1994.

Au plan national, le rapport du Haut Comité de la santé publique, dans sa deuxième partie « propositions d'objectifs et indicateurs », a placé en premier

déterminant prioritaire « les consommations d'alcool ». Objectif : « d'ici l'an 2 000, diminuer de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans ; réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales ; réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices ». Parmi les mesures essentielles à mettre en œuvre, on trouve « élaborer et mettre en œuvre des programmes régionaux ».

### Un groupe de programmation du projet régional

Première originalité de la démarche : elle ne privilégie pas, pour démarrer, la mobilisation des institutions. Dans sa phase de définition, elle s'appuie sur un « groupe de programmation », noyau dur pour l'impulsion locale. La DGS et l'ENSP imposent un nombre limité – une dizaine de personnes – et des critères précis : être particulièrement concerné, être légitimé par son institution, être motivé et disponible. Enfin le groupe devait être représentatif des différents départements, des différentes institutions et des différentes professions...

À l'échelle d'une région comme les Pays de la Loire regroupant cinq départements, ces critères étaient difficiles à

réunir, tout en respectant le quota de dix... , d'autant que les services déconcentrés du ministère ont choisi d'emblée de se positionner dans ce groupe de programmation. Finalement treize personnes vont constituer ce groupe : 6 cadres des services déconcentrés (5 médecins et un assistant social), un médecin généraliste et un médecin praticien en service d'alcoologie, une infirmière animatrice en promotion de la santé, et quatre autres professionnels représentant des structures de prévention ou de soins en alcoologie. Par rapport aux départements, on compte deux représentants de la Sarthe, de la

Mayenne et de la Loire-Atlantique, trois représentants de la Vendée et du Maine et Loire, sans compter un médecin inspecteur de la région.

### Un soutien régulier par une formation-action

Cette formation-action constitue la seconde originalité du programme et surtout son point fort. Les objectifs pédagogiques définis par l'ENSP sont très opérationnels : il s'agit de savoir « mettre en œuvre », « identifier », « rédiger »...

Le schéma ci-dessous permet de bien visualiser l'alternance dans cette démarche entre des temps de regroupement à l'ENSP qui tout à la fois devaient permettre d'acquérir le minimum d'outils d'analyse tout en les appliquant à la démarche régionale, et des temps de travail avec les acteurs locaux.

### Des objectifs à cinq ans

Le travail accompli par le groupe de programmation s'est concrétisé dans un document de huit pages « Pays de la

#### Formation-action ENSP-DGS à

#### la programmation stratégique des actions de santé

Séquence	Objectifs	Rencontre des acteurs départementaux
1/2 journée dans chaque région	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation du projet</li> <li>Attentes respectives par rapport à la formation</li> <li>Discussion des objectifs et de la démarche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Constitution d'un groupe de pilotage</li> </ul>
1 <sup>re</sup> 2 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les problèmes dans leurs dimensions historique, sociale, culturelle, économique, épidémiologique, sanitaire...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Constat, état des lieux</li> <li>Caractéristiques régionales et conséquences sur la santé</li> <li>Perception des problèmes selon les acteurs</li> <li>Niveaux d'intervention, place de la population</li> </ul>
2 <sup>e</sup> 2 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les approches des problèmes et de leur traitement</li> <li>Stratégies des acteurs</li> <li>Les enjeux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeux des approches identifiées dans la région</li> <li>Intérêts, limites, insuffisances</li> </ul>
3 <sup>e</sup> 2 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les grandes orientations d'un projet régional et/ou départemental</li> <li>Les objectifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Principes de la programmation stratégique appliquée à la thématique régionale</li> <li>Conditions d'élaboration du programme</li> <li>Faisabilité</li> <li>Élaboration des objectifs du programme</li> <li>Validation des objectifs sur le terrain</li> <li>Intégration des projets d'action dans la programmation</li> </ul>
4 <sup>e</sup> 1 jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation du projet régional de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finalisation de la démarche</li> <li>Vers la mise en œuvre d'actions de santé</li> </ul>

Loire, projet régional de santé, conduite d'alcoolisation à risque », document référent pour toute la mise en œuvre.

Son objectif général « diminuer dans les cinq années à venir, sur la région des Pays de la Loire les conduites d'alcoolisation à risque et leurs conséquences sanitaires et sociales » se décline en un objectif général prévention, un objectif général soins, suivi, réinsertion et un objectif organisationnel, lesquels se déclinent en objectifs plus précis, accompagnés de propositions de stratégies.

Ce document a été diffusé en janvier 1995, par la Drass et les Ddass afin de recueillir des remarques et de faire émerger des projets.

### Quelle concertation dans les départements ?

La phase d'élaboration devait également s'appuyer sur une concertation des acteurs locaux. L'animation de cette concertation a été laissée à l'initiative des responsables départementaux : le plus souvent, grandes réunions comme en Mayenne, en Sarthe et en Maine et Loire, ou contacts personnels en Loire-Atlantique ; en Vendée, la Ddass a pu remobiliser les partenaires qu'elle avait déjà impliqués dans une réflexion initiée en 1992 sur le dispositif vendéen de lutte contre l'alcoolisme.

### La signature de la Charte, un temps symbolique et mobilisateur

La Charte est un document de déclaration d'intention, d'engagement sur le principe.

Elle a été signée le 3 juillet par une quinzaine de personnalités représentants des collectivités locales, de l'État, des organismes de protection sociale, des associations, mais elle devait au cours de l'été recueillir beaucoup d'autres signatures. Outre son caractère hautement symbolique, elle peut surtout permettre, à ce stade d'avancée du programme, l'engagement nécessaire des institutions.

Parallèlement une plaquette « Pays de

la Loire, pays du bien boire ... un mélange à maîtriser » était diffusée pour faire connaître largement la démarche et les objectifs.

### La majorité des activités restent à définir

La définition et la mise en œuvre d'actions de santé ou activités, permettant d'atteindre les objectifs définis, doit constituer la deuxième grande étape de ce programme.

Les fiches d'activités devaient constituer « le complément opérationnel et modulable de la programmation »\*.

Mais en juillet 1995, seules une dizaine d'activités étaient déjà définies (sans compter les projets de prise en charge intrahospitaliers) : un guide pour les organisateurs de manifestations publiques, ou un répertoire analytique des structures, ou... des micro-projets avec des restaurateurs ou gérants de boîtes de nuit, ou encore... la création d'un service de lits de sevrage.

Mais ces projets n'étaient pas assez précis pour être portés à la connaissance du public, ou des partenaires. Ils n'étaient pas assez nombreux, assez diversifiés ni assez répartis sur le territoire pour constituer véritablement la partie opérationnelle du programme.

De ce point de vue, tout ou presque tout, reste à faire.

### En guise de première analyse...

Onze nouveaux programmes régionaux devraient être définis et mis en œuvre dans l'année à venir.

En Pays de Loire, le projet régional ne fait que s'engager. Il est beaucoup trop tôt pour en faire un bilan, une analyse, encore moins une évaluation.

L'observateur extérieur peut cependant se permettre quelques remarques ou impressions.

*Une difficulté à communiquer*, ou à faire comprendre, à associer, à diffuser : beaucoup (trop ?) d'acteurs locaux disaient découvrir le projet, au moment

où il a été annoncé très officiellement par la signature de la Charte, en présence du ministre de la Santé (avec la couverture par les médias locaux qui en a découlé). D'autres en avaient entendu parler, mais n'avaient aucune idée précise de la démarche et de son contenu, et ne voyaient pas comment ils pourraient se positionner ou s'associer.

*Un projet de professionnels* : dans sa phase d'élaboration, le projet n'a pas cherché à mobiliser les institutions. Ce contournement des institutions était pratiquement un choix stratégique, mais il s'agit maintenant de trouver le moyen qu'elles s'approprient la démarche (en particulier, les CPAM, la MSA et les collectivités locales). Le projet fait également peu de place à la population : consultations, émergence des besoins... approche communautaire, ne sont pas pour le moment des approches retenues.

*Une difficulté à donner un contenu concret au projet*, à passer à une phase opérationnelle, cette difficulté est probablement à relier :

- aux incertitudes quant aux financements qui semblent paralyser aussi bien les responsables dans les Ddass et la Drass que les éventuels promoteurs d'actions ;
- à la difficulté de mobiliser plus largement déjà évoquée ;
- et plus généralement à la difficulté de raccrocher une démarche relativement théorique à des pratiques professionnelles plus souvent engagées à partir du « faire ».

\* Lucie Brunet, *De la programmation stratégique des actions de santé au projet régional de santé, l'alcool dans les Pays de la Loire*, mémoire de fin d'études, ENSP, mai 1995.

Merci au Dr Lucie Brunet dont le mémoire m'a beaucoup facilité la reconstitution de l'histoire, et au Dr Raimondeau pour les précisions qu'il a bien voulu m'apporter.

### Ségolène Chappellon

Chargée d'études à l'Observatoire régional de la santé Pays de la Loire