

La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme

PRÉSENTATION

L'alcoolisme est, en France, un problème majeur de santé publique. Même si la mesure exacte du phénomène soulève encore des difficultés, les données actuellement disponibles sont éloquentes.

- Globalement, cinq à six millions d'adultes s'exposent à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social, du fait de leur consommation d'alcool. Deux millions au moins sont en situation de dépendance.

- Un patient sur cinq hospitalisé ou consultant en médecine de ville présente de forts symptômes d'alcoolisme. Ce pourcentage est nettement plus élevé au sein des populations fragilisées, par le chômage notamment, ou en situation de précarité.

- Les décès par alcoolisme (au moins 45 000 par an) représentent 10 % de la mortalité générale. Entre 45 et 55 ans, la part de la mortalité masculine liée à l'alcool est de une sur cinq.

- Selon certaines études citées par l'INSERM, les dépenses de soins ambulatoires (hors dispositif spécialisé) et de soins hospitaliers concernant des patients ayant un problème avec l'alcool serait de l'ordre de 2,5 à 3 Md€. Ces chiffres qui sont à comparer aux 35 M€ accordés aux soins spécialisés et aux 19 M€ consacrés à la prévention, donnent une idée de l'ampleur du coût sanitaire global de l'alcoolisme.

La baisse de la consommation nationale d'alcool observée depuis 20 ans n'est pas forcément significative de la diversité des comportements individuels : des signes de reprise de la consommation sont ainsi observés chez les jeunes, particulièrement exposés aux offensives commerciales des producteurs et des distributeurs.

Au bout du compte, le coût social brut et non plus simplement sanitaire de l'alcoolisme se situerait, selon l'office français des drogues et toxicomanies (OFDT), autour de 15 Md€, soit plus de 1 % du PIB. Cette estimation, bien qu'elle repose sur de nombreuses hypothèses, tant sur les définitions que sur les chiffrages, donne néanmoins un ordre de grandeur des dépenses induites par l'alcoolisme (hors achat d'alcool).

La lutte contre l'alcoolisme est dès lors un véritable enjeu national tant en termes de santé et de bien être social que d'affectation optimale des moyens, notamment des fonds publics. Elle n'en est pas moins confrontée à des intérêts économiques majeurs - le chiffre d'affaires hors taxes des producteurs de boissons alcoolisées était de 17,3 Md€ en 2001 - et à des obstacles culturels importants,

Les analyses de la Cour ont porté principalement sur le rôle des autorités sanitaires et des autres acteurs de santé publique dans la définition et la mise en œuvre de la prévention et du traitement de l'alcoolisme. Elles concernent également les politiques et les dispositifs mis en place, les moyens engagés et les activités. Les enquêtes menées dans cinq régions ont permis par ailleurs d'apporter certains éclairages sur l'organisation de la lutte contre l'alcoolisme au niveau local et sur son articulation avec l'échelon national.

I – Les acteurs de la lutte contre l'alcoolisme et les financements

A la différence d'autres politiques de santé publique, la lutte contre l'alcoolisme n'est pas consensuelle dans ses objectifs. Elle nécessite de ce fait un engagement politique fort. Tel n'est pas le cas actuellement. L'Etat ne s'est pas donné les moyens de déployer une stratégie d'ensemble, la CNAMTS dispose d'une réelle autonomie et la coordination entre les différents acteurs est des plus limitée. Bien qu'en augmentation, les moyens financiers engagés restent modestes par rapport aux enjeux.

A – La répartition des rôles

La lutte contre l'alcoolisme est une compétence d'Etat : le code de la santé publique prévoit que ce dernier « organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme (...) les dépenses correspondantes sont à sa charge, sans préjudice de la participation de

l'assurance maladie ». Depuis le transfert du financement du dispositif spécialisé du ministère de la santé à la CNAMTS, la participation financière de cette dernière n'a cessé de croître. Parallèlement, les conditions de l'action interministérielle restent insuffisamment définies.

Enfin, une association reconnue d'utilité publique, l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)¹⁹, est l'opérateur essentiel des politiques ainsi élaborées.

Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme

L'organisation des soins aux personnes malades de l'alcool se répartit entre des structures à vocation générale – médecine ambulatoire, hôpitaux et cliniques y compris psychiatriques et soins de suite – et des dispositifs spécialisés – structures de prévention et centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

- les structures de prévention (dénommées comités départementaux de prévention de l'alcoolisme lorsqu'elles sont gérées par l'ANPAA) assurent quatre grands types de missions : l'information, la sensibilisation et l'éducation sur les risques liés à l'usage de l'alcool ; la formation des personnels en fonction dans des structures de prévention et des CCAA ou en contact avec le risque alcool ; la conception d'outils pédagogiques ; les interventions sociales en direction des personnes prises en charges ; le conseil.

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie sont chargés d'assurer le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi que l'accompagnement social de ces personnes et de leur familles.

La gestion des structures de prévention et des CCAA est assurée par des associations pour la majorité d'entre elles mais aussi par des hôpitaux et des collectivités territoriales. La plupart des structures assurent simultanément une mission de prévention et une mission de soins. Un certain nombre de CPDA gèrent des CCAA.

Les lieux d'activité sont plus nombreux que les structures gestionnaires dans la mesure où celles-ci s'efforcent par la multiplication de leurs implantations de se rapprocher des usagers.

19) Dénommée association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) avant 2002.

1 – L'Etat

Jusqu'en 1998, l'essentiel des crédits relatifs à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ont figuré au chapitre 47-17 du budget du ministère en charge de la santé. Ces moyens étaient, en priorité, affectés à la lutte contre l'alcoolisme. Depuis, deux changements importants sont intervenus :

- Fin 1998, les centres d'hygiène alimentaire en alcoologie (CHAA) qui assurent le traitement ambulatoire des malades alcooliques acquièrent, sous la nouvelle dénomination de centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA), le statut d'établissements médico-sociaux²⁰ : leur financement est confié à l'assurance maladie (enveloppe médico-sociale de la loi de financement de la sécurité sociale) et s'effectue sous forme de dotation globale. L'objectif est de doter les CCAA à la fois d'un statut conforme à leur vocation et de ressources stables.

- En juin 2001, l'avenant n° 1 à la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 conclue entre l'Etat et la CNAMTS entérine le transfert du versement des subventions aux opérateurs locaux de prévention de l'alcoolisme au fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS) de la CNAMTS, le but recherché étant d'éviter de scinder les sources de financement des soins et ceux de la prévention.

Le ministère de la santé considère que cette réduction drastique de ses moyens financiers ne remet pas en cause ses responsabilités en matière de lutte contre l'alcoolisme. Il a, ainsi, publié en 2001 une « stratégie d'action alcool 2002-2004 ». Ce document, très complet du point de vue de l'analyse de l'alcoolisme en France, présente quelques objectifs généraux et axes d'intervention sans toutefois revêtir un caractère directif ou s'imposer à l'ensemble des acteurs sanitaires. En particulier, il ne propose ni priorités, ni programmes concrets et ne prévoit aucun moyen. Pour leur part, certains services déconcentrés du ministère interrogés par la Cour estiment avoir perdu de leur influence auprès des organismes locaux de prévention, dès lors qu'ils ne contribuent pratiquement plus à leur financement.

Au moment où s'effectuait le transfert du financement du dispositif spécialisé vers l'assurance maladie, le gouvernement adoptait le 16 juin 1999 un plan triennal interministériel (1999-2001) de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Ce document préconise une stratégie nouvelle, fondée sur une approche globale de l'ensemble des

20) Loi 98-657 du 29/7/1998 relative à la lutte contre les exclusions (art 72).

conduites de consommation de produits psychoactifs (tabac et alcool compris) et la prise en compte des divers niveaux d'usage, de la consommation modérée à la dépendance.

Parallèlement, le champ de compétence du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie (CILDT) et de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) jusqu'ici spécialisés dans la lutte contre la drogue, a été étendu à l'alcool. Les conditions d'application de ces nouvelles dispositions sont pourtant restées assez floues. Certes, la mission, placée sous l'autorité du Premier ministre, est chargée de coordonner l'activité des administrations dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche, et les échanges internationaux en matière de drogues ; mais le décret du 15 septembre 1999 qui l'institue sous une forme nouvelle n'apporte aucune définition précise du contenu des responsabilités élargies confiées désormais à la MILDT.

Une telle définition apparaît pourtant d'autant plus opportune que cette instance a, dans le passé, déjà éprouvé des difficultés à jouer un véritable rôle de coordination interministérielle. Un rapport, adressé au premier ministre, le 15 octobre 1998, a d'ailleurs rappelé cette nécessité²¹.

A ces imprécisions, s'ajoute une incertitude sur l'avenir du nouveau dispositif puisque le plan triennal précité est arrivé à terme en juin 2001 et n'a pas été reconduit depuis. L'objectif recherché par la réforme, à savoir le renforcement de l'action interministérielle pour la prévention de l'alcoolisme et des autres dépendances, reste donc suspendu au maintien des orientations de ce plan.

2 – La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Dans le cadre de sa mission d'éducation pour la santé, confirmée par les deux conventions d'objectifs et de gestion conclues avec l'Etat, la CNAMTS organise depuis le début des années 80, des campagnes nationales d'information et de sensibilisation sur l'alcool et l'alcoolisme avec le concours du Comité français d'éducation pour la santé (CFES)²².

21) « Propositions d'orientation pour une politique interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Rapport d'étape dans le cadre de la préparation du plan triennal ».

22) Créé par la loi du 4 mars 2002, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a désormais remplacé le CFES.

Sa marge d'initiative en la matière est importante et confine à l'autonomie, la convention d'objectifs et de gestion 1997-2000 allant jusqu'à préciser « que la CNAMTS décide seule de la mise en œuvre de ses campagnes ». Ces dernières sont, par ailleurs, intégralement financées par le FNPEIS sans participation du budget de l'Etat.

Le transfert, précédemment évoqué, du financement des organismes locaux de prévention de l'alcoolisme a permis à la CNAMTS de prendre en charge à travers le FNPEIS et de manière plus marginale, le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), la programmation et la mise en œuvre de la quasi totalité de la prévention de l'alcoolisme, soit en 2001, 89 % des crédits publics affectés à cette mission. Cette opération a renforcé le poids de la CNAMTS dans le dispositif. Elle va toutefois au-delà du simple réaménagement financier, la CNAMTS ayant mis à profit la réforme pour jeter les bases d'une nouvelle organisation et d'une nouvelle procédure de financement fondée sur l'appel à projets, plutôt que sur l'octroi de subventions annuelles.

3 – L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)

Créée il y a cent trente ans, reconnue d'utilité publique depuis 1880, l'ANPAA a pour objet statutaire « le développement d'une politique globale de prévention de l'alcoolisme » et la « surveillance de l'application de la législation et de son amélioration ». L'ANPAA dont les activités de prévention et de soins sont financées à 80 % par des subventions de l'Etat, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales contribue à la cohésion du dispositif national de lutte contre l'alcoolisme par sa taille et son organisation :

- le personnel salarié de l'ANPAA représente environ 60 % des effectifs recensés du dispositif national. L'association met en œuvre 61 % des crédits publics affectés aux soins au travers de la dotation aux CCAA et 70 % de ceux consacrés à la prévention ;
- l'ANPAA a une structure unitaire. Son siège national anime et coordonne un réseau local composé de 100 centres départementaux de prévention et de 217 points de consultation et de soins représentant la majorité d'entre eux.

Depuis 2000, l'Etat ne finance pratiquement plus que le fonctionnement du siège de l'ANPAA. Mais sa convention avec l'association définit désormais les grandes missions dévolues à l'organisme : soins et prise en charge, participation aux programmes

régionaux de santé publique, mise en œuvre du plan triennal gouvernemental...

4 – Les associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool

Financés principalement sur des fonds publics de prévention, ces associations ont une présence sur le terrain et une action de proximité importantes. Elles sont traditionnellement centrées sur la prévention des rechutes. Depuis quelques années, ces organismes ont toutefois tendance à étendre leur activité à d'autres formes de prévention, primaire notamment.

B – La coordination entre les acteurs

Jusqu'en 1999, les relations entre l'Etat et la CNAMTS dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme se sont pratiquement limitées à la participation du ministère de la santé aux comités de pilotage des campagnes nationales de communication organisées par la Caisse nationale et financées par le FNPEIS.

L'extension des compétences du CILDT et de la MILDT à l'alcool aurait dû normalement se traduire par l'établissement de liens plus étroits entre les principaux acteurs de la lutte contre l'alcoolisme. La réalité s'est révélée jusqu'ici quelque peu différente.

La MILDT n'a pas été associée à la préparation de la convention d'objectifs et de gestion Etat/CNAMTS 2001/2003, notamment pour ce qui concerne les orientations pluriannuelles du FNPEIS.

Au nom de l'approche globale des consommations à risques qu'elle a été chargée de promouvoir, la MILDT a décidé en 2000 d'étendre à l'alcool ses actions d'information et de communication en direction du grand public, notamment autour du thème « Drogue, savoir plus pour risquer moins ». Ces opérations se sont déroulées sans véritable coordination avec la CNAMTS, qui disposait jusqu'ici du monopole de l'information sur le risque alcool : la Caisse nationale n'a participé que de manière très marginale aux initiatives de la MILDT et ne s'est pas montrée favorable à la présence de cette dernière aux comités de pilotages de sa propre campagne « Et vous avec l'alcool, vous en êtes où ? », en dépit de plusieurs appels lancés par la Présidente de la mission. Enfin, la CNAMTS s'est opposée à l'ouverture à l'alcool et au tabac du site d'information géré par le GIP « Drogue info services » - dont elle refuse

de faire partie aux cotés de la MILDT - et a maintenu sa propre ligne téléphonique « Tabac Info service ».

Cette situation a certes permis d'équilibrer le nombre des appels reçus entre les 2 sites ; elle est cependant préjudiciable à la cohérence des campagnes d'éducation et de communication sur l'alcool et à une utilisation optimale des fonds publics et ne pourra vraisemblablement être dénouée que lorsque les missions de la MILDT en matière de coordination auront été précisées par voie réglementaire.

Les relations entre l'Etat et l'ANPAA ont parfois manqué de suivi : les services de l'Etat n'ont pas toujours assumé les missions d'orientation et d'information qui leur incombent. Ainsi l'ANPAA a arrêté sa stratégie 1999-2003 sans faire référence au plan triennal interministériel 1999-2001 et sans que la direction générale de la santé ait donné le moindre avis sur le projet qui lui a été soumis par l'association. Il a fallu attendre la première convention pluriannuelle 2001-2003 entre l'ANPA, le ministère de la santé et la MILDT pour que le plan triennal soit cité.

Ce nouveau type de convention doit, à l'avenir, servir à renforcer les liens entre l'Etat et l'ANPAA, renforcement d'autant plus nécessaire que l'action de cette association repose de moins en moins sur l'adhésion et la mobilisation des bénévoles.

C'est en définitive au niveau local que les efforts de coordination entre les services déconcentrés de l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités locales sont, en matière de lutte contre l'alcoolisme, les plus nombreux.

Durant les années 90, la mise en place successive de programmes régionaux de santé (PRS), de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et des plans départementaux de prévention de la MILDT a favorisé la définition locale de priorités et d'objectifs concertés et la création de guichets communs pour l'instruction et le financement de projets de prévention locaux. Mais ces dispositifs, échelonnés dans le temps et de portée territoriale différente, ne sont pas suffisamment articulés et ont remis en cause, à chaque création nouvelle, l'objectif de cohésion qu'ils étaient censés servir.

Ainsi, parmi les cinq régions enquêtées par la Cour, seul le Nord-Pas-de-Calais est parvenu à mettre au point, sur le thème des addictions, un système intégré contrat de plan Etat-région, PRS, PRAPS, coordonné par le Préfet de région.

Les programmes régionaux de santé (PRS)

Les programmes régionaux de santé « comportent des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion » (article R 767-6 du code de la santé publique).

Le thème de chaque PRS est déterminé par le Préfet de région, en fonction des priorités établies par la conférence régionale de santé.

En 2002, 8 PRS étaient consacrés à l'alcoolisme et 6 à l'ensemble des addictions. Les régions présentant un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale avaient, pour la plupart, un PRS « alcool » ou « addictions ».

C – Les financements

1 – Financements spécifiques et non spécifiques

La diversité de financeurs (ministère de la santé, MILDT, assurance maladie, collectivités locales, organismes privés...) et l'existence de financements non spécifiques ne concernant que partiellement l'alcool nuisent à la précision des analyses, qu'il s'agisse de prévention ou de soins.

Les crédits et dotations publics affectés de manière spécifique à la lutte contre l'alcoolisme ou aisément isolables ont une double origine : le budget du ministère en charge de la santé d'une part, le FNPEIS de la CNAMTS, d'autre part. En 2001, leur montant global s'élève à 55,25 M€ Sur la période 1997-2001 leur progression est de 60 %.

En raison du désengagement financier du ministère de la santé intervenu en 1998 et 2001, les financements de la CNAMTS sont devenus en fin de période très largement majoritaires (95 %) ce qui représente un renversement radical de situation par rapport à 1997 :

Financements spécifiques publics en matière de lutte contre l'alcoolisme

Financements	1997			2001		
	Etat ⁽¹⁾	CNAMTS ⁽²⁾	Total	Etat	CNAMTS	Total
Total	29,09	5,52	34,61	2,66	52,59	55,25
Dont						
Prévention	(non ventilé)	(4,45)	non ventilé	(1,98)	(16,62)	(18,60)
Soins	(non ventilé)	(0)	non ventilé	0	(34,83)	(34,83)
Autres ⁽³⁾	(0,55)	(1,07)	(1,62)	(0,68)	(1,14)	(1,82)
(1) Ministère de la santé - chapitres 47-17, 47-15-art. 40, depuis 2000, 47-11-art. 30 (PRS) (2) FNPEIS et FNASS (prévention) LFSS (soins) (3) subventions à des associations nationales						

En 2001, les deux tiers des crédits totaux sont affectés aux soins (CCAA et équipes hospitalières en alcoologie) et le solde à la prévention. Il n'est pas possible de connaître l'évolution de cette répartition sur moyenne période, soins et prévention étant confondus en 1997 dans une même ligne budgétaire du ministère de la santé.

Certaines dépenses relatives à la lutte contre l'alcoolisme ne peuvent en revanche être isolées. Il en est ainsi des dépenses de la MILDT, imputées sur le chapitre 47-16 article 10 du ministère de la santé et désormais affectables pour partie à l'alcoolisme. Il faut préciser toutefois que depuis l'ouverture de compétences de la MILDT aux drogues licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes), son budget a diminué en monnaie constante (45 M€ en 1997, 43 M€ en 2001).

2 – La répartition locale des crédits spécifiques déconcentrés

Qu'il s'agisse de l'enveloppe affectée aux CCAA ou de la dotation aux actions locales de prévention, la répartition des crédits de lutte contre l'alcoolisme s'effectue au niveau national au prorata de la population et du taux de mortalité par alcool. Bien qu'il ait été assoupli dans le domaine des soins, en fonction des demandes des régions, ce système, conçu pour réduire les inégalités locales, laisse subsister des distorsions - héritées de bases anciennes - entre répartition théorique et répartition réelle et n'a pas comblé tous les retards. Ainsi, la région Nord Pas-de-Calais, dispose d'une dotation réelle nettement inférieure à la dotation théorique : 5,8 % du total contre 8,6 % théoriques. Il en est de même d'autres grandes régions, notamment l'Aquitaine et Rhône Alpes.

La mise en place d'une planification à moyen terme de l'offre de soins et de programmes de prévention réellement coordonnés permettrait d'améliorer le système de répartition actuel en favorisant une meilleure prise en compte des besoins régionaux, sous forme d'enveloppes indicatives pluriannuelles. Ce nouveau dispositif présenterait notamment l'avantage d'offrir une certaine garantie de continuité pour le financement de projets importants inscrits dans les programmes régionaux et dépassant le cadre annuel. La Cour a pu constater en effet que certains opérateurs, en l'absence d'une telle stabilité, avaient recours à des montages financiers éphémères, improvisés et parfois périlleux.

II – La mise en œuvre des politiques de lutte contre l'alcoolisme

Les politiques sanitaires mises en œuvre ne sont pas à la hauteur des enjeux. Elles ne se déclinent pas avec la même intensité de la prévention primaire aux soins et à la prise en charge, alors que les interventions devraient répondre à la gradation usage - abus - dépendance. L'évaluation des résultats se heurte à l'absence de données pertinentes.

A – Les politiques de prévention

1 – La prévention primaire

En matière d'alcoolisme, elle recouvre deux domaines :

- la législation et la réglementation sur les boissons alcoolisées et leur usage qui ne s'inspirent que partiellement de considérations de santé publique. Elles n'en présentent pas moins un caractère préventif et ont été récemment incluses dans le code de la santé publique.
- les actions d'éducation pour la santé (nationales et de proximité), qui font intervenir plus directement l'autorité sanitaire et les acteurs de santé.

a) L'application de la législation sur les boissons et son contrôle

La législation relative aux boissons alcooliques, leur fabrication, leur distribution et leur consommation fait partie du livre III du code de la

santé publique, au titre de la « lutte contre l'alcoolisme ». Les dispositions de ce livre proviennent, pour la plupart, du code des débits de boissons désormais abrogé. Elles reprennent également l'ensemble des mesures inscrites dans la loi 91-32 du 10 janvier 1991 (dite loi Evin) en matière de publicité, d'information, de consommation, d'encadrement de l'offre des produits, de veille juridique et de renforcement des peines.

En dépit de son intégration dans le code de la santé publique, cette législation ne s'inspire pas exclusivement de préoccupations sanitaires. Un certain nombre de ses dispositions - notamment en matière de zones protégées, d'exploitation des débits ou de répression de l'ivresse - relèvent également de la tranquillité et de la sécurité publique. Certains de ses volets en sont de surcroît désuets ou mal adaptés aux évolutions sociales et aux pratiques de consommation. C'est le cas, par exemple, de la réglementation des distances entre les édifices publics et les débits de boissons qui a perdu une grande partie de sa signification.

Quant aux dispositions de la loi Evin - en particulier celles concernant la publicité -, elles ont, selon le rapport de la commission d'évaluation de ce texte, largement été vidées de leur sens par des amendements ultérieurs. Les recommandations de cette commission en la matière n'ont pour leur part, pas été suivies d'effet²³.

Enfin, la présence obligatoire d'un message d'alerte sur le produit lui-même n'est pas, à la différence du tabac, prévue par la loi.

Par ailleurs, selon les statistiques publiées en la matière, le nombre des infractions à la réglementation sur l'alcool comme celui des condamnations est très faible (une dizaine par région examinée). En l'absence de données sur le nombre et la nature des contrôles, il est toutefois impossible d'interpréter ces résultats. Ces contrôles échappent en tout état de cause aux autorités sanitaires.

De plus, aucun bilan global et régulier n'existe sur l'orientation vers le système de soins des personnes condamnées pour un crime ou un délit commis sous l'emprise de l'alcool. Il n'est donc pas possible à l'heure actuelle d'évaluer les conséquences de l'extension des

23) Dans son « évaluation de la loi relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme » publiée en 1999, cette commission recommandait, en matière de publicité, « un nouveau et véritable débat où serait examinée la cohérence des règles de droit au regard des enjeux de santé publique et de protection de la jeunesse ».

conventions départementales d'objectif et des conventions de prestation à ce type de populations²⁴.

Enfin, la fiscalité n'est pas utilisée pour dissuader la consommation d'alcool à la différence de la politique de lutte contre le tabac. Hormis le cas particulier des « Premix », qui ont disparu du marché suite à leur forte imposition, les alcools ne sont que faiblement taxés. Les droits d'accises sur le vin n'ont pas été augmentés de 1982 à 2001. En 2002, ils sont passés de 3,35 à 3,40 €par hectolitre.

b) Les actions d'éducation pour la santé sur le thème de l'alcool

** Les actions nationales*

Elles reposent essentiellement sur la communication « grand public » et donnent lieu depuis vingt ans à des « campagnes » organisées par la CNAMTS et CFES/INPES. En 2000, ces dernières représentaient environ 10 % des crédits nationaux (tous financements confondus) et plus de 80 % de crédits du FNPEIS consacrés à l'alcoolisme.

Entre 1984 et 1996, huit campagnes annuelles ont été organisées autour de grands slogans tels que : « un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts » - « Tu t'es vu quand tu as bu ? » - « Et vous, avec l'alcool, vous en êtes où ? » Cette série a pourtant été longuement interrompue entre 1986 et 1991. A partir de 1997, un effort a été fait pour organiser des campagnes nationales pluriannuelles et les inscrire dans des plans triennaux d'éducation pour la santé comportant parallèlement d'autres types d'actions : communication de proximité, sensibilisation du monde du travail, des professionnels de santé, études...

Même si le bilan des ces campagnes se révèle, au vu des évaluations qui en ont été faites, largement positif, un certain nombre d'obstacles subsistent qui en restreignent la portée, notamment :

- la persistance d'une certaine ambiguïté du discours, dès lors qu'il s'agit d'évoquer des seuils de consommation à ne pas dépasser. Alors que l'OMS a clairement fixé des repères, le CFES utilisait encore en 2002 la notion de « consommation modérée » tandis que la stratégie de la direction générale de la santé prônait une consommation « faible et basse » ;

24) Ces conventions, créées en 1993 et initialement limitées à la drogue sont conclues entre les préfets, les procureurs de la République, et les organismes de soins, en vue de la prise en charge sanitaire des consommateurs abusifs sous main de justice.

Recommandations OMS pour une consommation à moindre risque

1 unité = un verre standard, 10g d'alcool par unité ou par verre

Consommations régulières

- Femmes : pas plus de 2-3 unités d'alcool en moyenne par jour (moins de 14/semaine)
- Hommes : pas plus de 3-4 unités d'alcool en moyenne par jour (moins de 21 /semaine)
- Au moins une fois par semaine sans boisson alcoolique

Consommations occasionnelles

Pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion

Pas d'alcool dans certaines circonstances :

grossesse, enfance, conduite de véhicule, conduite de machine dangereuse, exercice de responsabilités qui nécessitent de la vigilance, prise de certains médicaments, certaines maladies aiguës ou chroniques, ancien alcoolo-dépendant.

- depuis 1998, la réticence de la MILDT et de la CNAMTS à coopérer, cette dernière revendiquant vis-à-vis de l'instance interministérielle la même autonomie que celle qui lui est reconnue par la convention d'objectif et de gestion vis-à-vis du ministère.

Le plan triennal interministériel de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances propose, comme on l'a vu précédemment, une stratégie novatrice fondée sur une approche globale, et non plus cloisonnée par produit, de la prévention des risques liés aux pratiques addictives. Sur certains points importants, ses orientations auraient toutefois mérité d'être plus développées :

- la place de l'alcool dans la nouvelle démarche de prévention est mal définie, et la question du maintien éventuel d'actions spécifiques dans le domaine n'est pas clairement évoquée. Cette absence de précision semble avoir - au départ tout au moins - quelque peu déconcerté les opérateurs spécialisés en alcoologie : l'ANPAA notamment n'a pas caché sa frilosité face à la nouvelle stratégie ;
- le plan ne propose pas suffisamment d'objectifs quantifiés et dans des domaines clés comme la formation ses modalités de mise en œuvre ne sont pas précisées. L'évaluation du plan effectuée en

2002 recommande d'ailleurs, dans la perspective d'une poursuite de l'effort de planification, « de traduire sous forme de programmes et de mesures pertinentes les objectifs définis en décrivant les moyens réglementaires, administratif et financiers nécessaires ». Début 2003, un an après l'expiration du plan, cette poursuite n'était pas encore décidée.

La diffusion par les pouvoirs publics de messages publics fermes et clairs est d'autant plus nécessaire que les producteurs ou associations de producteurs d'alcool prennent appui sur le thème de la prévention de l'alcoolisme pour fonder une partie de leur promotion publicitaire, avec des moyens financiers non négligeables : en 2000 les seuls budgets cumulés de deux associations d'alcooliers (1 M€) représentent plus du tiers de celui des campagnes nationales financées par le FNPEIS.

** Les actions locales*

Ces actions de proximité sont, depuis le désengagement financier du ministère de la santé, à la charge de l'assurance maladie et, pour une part non isolable, de la MILDT.

La participation des collectivités locales est toutefois loin d'être négligeable : près de 30 % des financements publics totaux dans les cinq régions enquêtées par la Cour. Les opérateurs sont pour leur part nombreux – la région Rhône Alpes en a recensé plus de cinquante pour les seuls organismes spécialisés en prévention - mais le réseau de l'ANPAA – un centre au moins par département - constitue le noyau de cette nébuleuse.

A la multiplicité des intervenants, s'ajoute celle des types d'intervention qui peuvent prendre la forme de spectacles, éducation participative, animation de groupes, formation de relais... ainsi que celle des publics concernés : jeunes, milieux professionnels, population en difficulté, utilisateurs de véhicules ...

Pour avoir mobilisé des idées beaucoup plus que des moyens, les programmes locaux mis en place - PRS, PRAPS, plans départementaux MILDT - ne sont pas totalement parvenus jusqu'ici à assurer la cohésion nécessaire. Dans les cinq régions étudiées par la Cour, le contraste est frappant entre les ambitions et les objectifs affichés des PRS « alcool » et

« addictions »²⁵ et la part relativement modeste des financements programmés dans le total des financements en région consacrés à la prévention de l'alcoolisme. Celle-ci est minoritaire : 36 % pour l'Aquitaine, 29 % pour la Bretagne, 22 à 24 % pour Rhône Alpes et Nord-Pas-de-Calais. Ainsi, plus des deux tiers des actions locales de prévention - dont celles financées par l'Etat avant leur reprise par la CNAMTS - s'effectuent encore « hors programmes ».

2 – La prévention secondaire

a) Le dépistage précoce de consommateurs à risques

Ce type de prévention vise à repérer les consommateurs abusifs et à réduire les risques d'usage nocif et de dépendance auxquels ils s'exposent. Il relève de la compétence des médecins dans le cadre de leur activité de consultation, en ville ou à l'hôpital.

Le dépistage médical représente le maillon faible du continuum d'interventions prévention/soins/prise en charge en matière de lutte contre l'alcoolisme.

Bien que certains médecins se soient engagés dans la création de réseaux de prévention et de soins contre l'alcoolisme, le corps médical français est majoritairement peu mobilisé dans ce domaine : selon le CFES/INPES, plus de la moitié des médecins estime que parmi les thèmes de santé publique l'alcool était de ceux sur lequel leur rôle était limité voire inexistant. Les raisons invoquées sont de nature diverse : manque de temps, de formation, difficultés d'orientation, faible valorisation de l'alcoologie à l'hôpital...).

Les actions d'encouragement engagées depuis la fin des années 90, notamment par l'assurance maladie, ne rencontrent qu'un succès très limité.

L'outil pédagogique et d'aide au diagnostic mis au point par la CNAMTS et intitulé « Alcool, ouvrons le dialogue » n'a suscité l'intérêt que de moins de 10 % de l'ensemble des médecins généralistes entre 1998 et 2000. Quant à la MSA, elle a suspendu une opération analogue en 2000.

25) Tous les aspects de la prévention sont en général concernés en fonction des spécificités locales (réglementation, connaissance des publics et des comportements, amélioration des pratiques et des modes d'intervention, formation...). La question des soins est également évoquée en termes qualitatifs (accessibilité, protocoles, qualité).

Enfin, même s'ils représentent un volet important du système de prévention français (100 M€ à la charge du FNPEIS en 2002), les 500 000 examens de santé gratuits organisés chaque année par l'assurance maladie ne peuvent être considérés dans leur ensemble comme des outils spécifiques de dépistage des consommateurs abusifs d'alcool.

Cette situation apparaît d'autant plus préoccupante qu'une enquête récente du ministère des affaires sociales et des ORS auprès de patients présents au jour donné dans un hôpital ou un cabinet de ville révèle que près de 20 % des patients (plus de 30 % pour les hommes) présentent de forts symptômes d'alcoolisme.

La stratégie d'action « alcool 2002/2004 » de la DGS a évoqué le problème et préconisé la mise en place d'un programme d'information du public et de formation des médecins aux outils de repérage. Dans ce dernier domaine, un programme d'action a été lancé qui reste pour l'instant au stade expérimental.

b) Les contrôles routiers préventifs dans le domaine de l'alcoolémie

Ces dépistages « hors accidents » sont prévus par le code de la route et sont en général effectués par les forces de l'ordre²⁶. Ils répondent à la fois à des préoccupations de sécurité routière et de santé publique.

Selon l'OFDT, près de 8 millions de dépistages de ce type auraient été effectués en 1999. Leur nombre aurait baissé entre 2000 et 2001 (10 %).

La mise en place par le ministère de l'intérieur de bilans départementaux mensuels de sécurité routière (mai 2000) pourra permettre un meilleur suivi et une évaluation de ces dépistages, si les efforts récemment entrepris par les pouvoirs publics dans le domaine de la sécurité routière se poursuivent avec la détermination actuellement affichée.

B – L'organisation des soins et des prises en charge

En France, les soins et le suivi des patients en difficulté avec l'alcool sont assurés à la fois par les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les établissements de santé.

26) Quelques actions de dépistage sur des conducteurs volontaires sont également effectuées par des associations de prévention.

Paradoxalement, ni les capacités actuelles des deux secteurs ni le niveau des besoins en soins ne sont connus avec précision. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que la planification de l'offre se révèle quasi inexistante. En revanche, un certain nombre de dispositions nouvelles ont été, ces dernières années, mises en œuvre dans le domaine de l'organisation des soins.

1 – Les structures actuelles et leurs capacités

Même si les estimations ne sont pas toujours concordantes, on peut considérer qu'il existait en 2002, 185 CCAA de plein exercice pour un total d'environ 350 points de consultation (CCAA de plein exercice et annexes). Ces capacités seraient des plus insuffisantes, le déficit national théorique s'élevant, au regard des normes figurant dans le rapport de MM. Parquet et Reynaud²⁷, à quelque 400 centres. Les investigations locales conduites par la Cour ont permis par ailleurs de constater qu'il n'existe pas de relation systématique entre les capacités des régions enquêtées et le niveau de leurs besoins, exprimé en termes de mortalité alcoolique (le même phénomène s'observant à l'échelon infra régional) : les capacités de soins de la région Nord-Pas-de-Calais, de loin la plus touchée par l'alcoolisme se révèlent, par exemple, inférieures à celles de Rhône Alpes, qui se trouve dans la situation inverse.

S'agissant des capacités hospitalières, l'imprécision des données est encore plus grande, les lits « dédiés à l'alcoologie » appartenant soit à des unités spécialisées, soit à des services de médecine où leur recensement devient plus aléatoire. Quant aux hospitalisations liées à la consommation abusive d'alcool dans les hôpitaux psychiatriques et aux capacités d'accueil correspondantes, elles restent pratiquement méconnues.

Au niveau national, l'enquête annuelle du ministère de la santé sur les établissements hospitaliers (SAE) a recensé en 1999, 1 800 lits dans les hôpitaux non psychiatriques « ayant déclaré une activité alcoologique ». Les recoupements effectués avec les recensements locaux communiqués par certaines agences régionales de l'hospitalisation (ARH) laissent penser que ces chiffres sont sous estimés. Dans le Nord-Pas-de-Calais, par exemple, les résultats de l'enquête nationale et les données des ARH varient du simple au double.

Si, au niveau régional, les ARH se sont efforcées de mieux mesurer les capacités hospitalières en soins alcoologiques, une seule

27) « Evaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool » - Editions CFES – 1999.

d'entre elles (le Nord-Pas-de-Calais) a, en revanche, cherché à comparer ses capacités aux besoins.

A la différence du secteur ambulatoire, il semble toutefois que les régions les plus touchées par l'alcoolisme disposent de capacités d'accueil hospitalières nettement plus élevées que les autres. Mais cette situation s'explique davantage par des raisons historiques que par une volonté récente d'adaptation de l'offre aux besoins.

2 – La programmation de l'offre et l'organisation des soins

L'insuffisante évaluation des besoins précédemment relevée montre à l'évidence que la planification de l'offre de soins aux personnes ayant une consommation abusive d'alcool n'a pas été jusqu'ici une préoccupation prioritaire des autorités sanitaires. Si l'on excepte les quelques objectifs très globaux fixés par le plan triennal en matière d'installation de nouveaux CCAA, aucun programme digne de ce nom n'a été mis en place à l'échelon national, qu'il s'agisse du secteur ambulatoire ou des hôpitaux. Au niveau régional, les PRS examinés par la Cour proposent des objectifs en matière de qualité et d'accessibilité des soins, de formation des médecins et d'amélioration des protocoles, mais pas en matière d'équipements (CCAA nouveaux, lits supplémentaires).

Les mêmes lacunes ont été constatées dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), qui ne comportent aucun calendrier d'installation d'équipements nouveaux, le problème des soins alcoologiques, qui ne fait nulle part partie des priorités premières, étant plutôt abordé sous l'angle du rééquilibrage des capacités (Bretagne) de la répartition géographique des pôles de référence (Rhône-Alpes) ou du renforcement des soins de ville (Nord-Pas-de-Calais).

Ni les PRS, ni les SROS les plus récents ne font d'ailleurs référence aux objectifs nationaux du plan triennal en matière de CCAA.

En revanche, des dispositions nouvelles ont été récemment prises en matière d'organisation des soins. Précisées par une circulaire du ministère de la santé du 8 septembre 2000, elles concernent le développement d'équipes de liaison et de soins en addictologie au sein des établissements de santé d'une part, et celui des partenariats ville/hôpital d'autre part.

La mise en place des équipes hospitalières de liaison s'effectue de manière progressive : 307 équipes en addictologie dont 120 compétentes en alcoolo-addictologie fonctionnaient selon le ministère de la santé, en 2002 dans 262 établissements. Les objectifs proposés par le rapport

Parquet Reynaud précité (une équipe hospitalière dans tous les hôpitaux) sont donc loin d'être atteints.

Au regard des moyens totaux consacrés à la lutte contre l'alcoolisme, les crédits accordés par l'Etat aux ARH pour le développement des équipes de liaison représentent un effort considérable (17 M€ entre 1999 et 2000) pour se ralentir ensuite (13,6 M€ entre 2000 et 2002 dont une fraction est consacrée à l'alcoologie). Il s'est malheureusement révélé impossible de vérifier si l'intégralité des montants ainsi attribués sont effectivement alloués à cet objectif.

Quant aux réseaux de soins, leur développement semble avoir été jusqu'ici freiné par l'imprécision de leur statut juridique et les difficultés de leur mode de financement, autant que par des rivalités entre organismes locaux. La réorganisation intervenue en 2002 pourrait à l'avenir leur donner un nouvel élan.

C – La connaissance des résultats

1 – La mesure des activités

Quelques outils de mesure quantitative des activités existent, tant du côté des pouvoirs publics que de celui des opérateurs.

Le ministère de la santé a mis en place depuis 1994 une enquête annuelle sur le dispositif national de lutte contre l'alcoolisme. Cette dernière a un champ très large : elle couvre l'ensemble du territoire national et concerne plus de deux cents structures (mixtes ou non) de soins et prévention, dont l'ensemble des CCAA ; les établissements de santé en sont exclus.

Cet outil est destiné à mesurer à partir de paramètres précis (nombre de consultants, nombre d'actes médicaux en CCAA, nombre d'actions de prévention, nombre de personnes concernées...) le volume des activités de lutte contre l'alcoolisme, mais aussi les moyens humains qui leur sont consacrés.

Cependant la collecte des données de l'enquête est mal contrôlée et les résultats peu exploités. Le ministère de la santé n'a en effet jamais utilisé ces résultats à des fins d'évaluation globale du dispositif national de lutte contre l'alcoolisme, et se contente d'en extraire certaines informations ponctuelles.

Du côté des opérateurs spécialisés, l'ANPAA ne semble, en revanche, s'être préoccupée de la mise en place d'un système interne de

suivi quantitatif de ses activités locales qu'à des fins épidémiologiques et non de gestion.

De simples accords entre le ministère, les DDASS et l'ANPAA permettraient à la fois d'améliorer le contrôle d'une bonne partie des données de l'enquête nationale et de fournir en contrepartie, aux comités locaux et au siège de l'Association des tableaux de bord extraits de cette dernière.

Le tableau ci-après fournit pour l'année 2000, quelques résultats extraits de l'enquête du ministère de la santé. Il portent sur l'activité nationale de soins et de prévention dans le domaine de l'alcoolisme.

Activité de soins et de prévention en matière d'alcoolisme

	2001	(rappel 1997)
<u>Soins (CCAA)</u>		
Nombre de consultants	86 600	93 900
Nombre d'actes médicaux	341 400	391 000
Nombre d'interventions sociales	246 200	231 700
Nombre de médecins (en ETP)	n.d.	102,3
<u>Prévention</u>		
Information sensibilisation bénéficiaires	521 800	423 000
Formation /conseil bénéficiaires	43 900	45 000

Source : Direction générale de la santé – Cour des comptes

Ces chiffres font apparaître - notamment pour les soins - une certaine faiblesse de l'activité globale (550 consultations par CCAA en 2000) ; mais force est de reconnaître qu'en raison d'une mauvaise maîtrise de la collecte des informations, et de la variabilité d'une année sur l'autre du champ de l'enquête, ces données manquent de fiabilité et que leur évolution sur le moyen terme est largement dépourvue de sens. Les exploitations régionales demandées par la Cour se sont avérées tout aussi difficilement utilisables et confirment ces remarques.

Ces défauts persistants et bien connus pourraient vraisemblablement être corrigés sans difficultés majeures.

2 – L'évaluation des activités

a) L'évaluation globale des dispositifs de lutte contre l'alcoolisme

La faible visibilité des moyens financiers affectés à l'alcoolisme et l'insuffisance patente des informations quantitatives font obstacle à une analyse des dépenses, en relation avec les activités, et à une évaluation globale des dispositifs nationaux ou locaux de lutte contre l'alcoolisme.

Dans le secteur des soins ambulatoires, il est par exemple impossible de comparer l'évolution des financements de l'ensemble des CCAA et celle du volume des consultations et des activités d'accompagnement des malades.

En matière de prévention, les conditions d'une évaluation globale des dispositifs ne sont pas davantage réunies. Les données épidémiologiques permettant de suivre l'incidence et la prévalence ne sont pas disponibles. Dans l'état actuel du système d'information, il ne semble même pas possible de confronter, sur longue période, l'évolution des activités de prévention primaire et de leur financement d'une part et celle de la consommation abusive d'alcool d'autre part.

b) L'évaluation des actions et de programmes

L'évaluation des actions par les opérateurs eux mêmes est une pratique courante dans le cas des campagnes nationales d'éducation sur l'alcoolisme. Depuis 1990, le CFES a régulièrement évalué l'impact de celles qu'il a mises en place pour le compte de la CNAMTS et leur utilité a été plusieurs fois démontrée.

L'évaluation des actions de proximité par les opérateurs locaux semble moins systématique : l'examen des rapports d'activité 1999 et 2000 des huit centres départementaux de prévention de l'alcoolisme de l'ANPA implantés dans la région Rhône-Alpes n'a permis de relever que quelques expériences, concernant des actions de formation en milieu scolaire, en école de conduite, en entreprise et en milieu judiciaire. En matière de soins, en revanche, aucune opération d'évaluation n'est citée.

L'évaluation par les financeurs peut se fonder pour sa part sur celle des opérateurs ou adopter un cadre et une approche plus large, notamment dans le cas de programmes locaux. Ainsi, la conférence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais a créé, en juin 2002, une instance d'évaluation du PRS « addictions », compétente à tous les niveaux (actions, objectifs, orientations). Le PRS « alcool » de la région

Rhône- Alpes a de son côté défini les moyens et les méthodes de suivi de chacun de ses trente cinq thèmes d'actions.

Fin 2002, aucune expérience concrète d'évaluation, même partielle, des programmes n'avait pourtant été encore engagée dans ces deux régions. Les autres programmes régionaux examinés par la Cour (Aquitaine et Bretagne pour l'alcool, Pays de Loire pour les addictions) n'avaient à la même époque même pas prévu de dispositif d'évaluation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au cours de la dernière décennie, la lutte contre l'alcoolisme qui représente un enjeu sanitaire majeur n'a connu en France aucune avancée, bien au contraire.

Les dispositions de la loi Evin, notamment celles concernant la publicité des boissons alcoolisées, ont été atténuées, voire vidées de leur sens par des amendements ultérieurs et les recommandations de la commission d'évaluation de ce texte en faveur de leur réhabilitation, n'ont pas été suivies d'effet.

Les actions de prévention demeurent ponctuelles - une dizaine de campagnes nationales d'information en plus de 20 ans - et insuffisamment coordonnées au niveau local, tandis que certains domaines charnières comme le dépistage de la consommation à risques étaient délaissés. En matière de soins spécialisés, les capacités hospitalières et ambulatoires sont mal connues, les besoins non évalués et les efforts de planification inexistantes.

Cette situation tient pour une part aux hésitations et aux incertitudes entourant les choix stratégiques de base en matière de lutte contre l'alcoolisme. Le plan triennal gouvernemental de 1999-2001 contre les dépendances qui préconisait une approche novatrice de l'ensemble des pratiques addictives, alcool inclus, et un renforcement de l'action interministérielle n'a pas été jusqu'ici reconduit. La place de la prévention et du traitement de l'alcoolisme n'y était d'ailleurs pas clairement précisée.

Par ailleurs, l'intervention financière du ministère de la santé dans la lutte contre l'alcoolisme s'est considérablement réduite depuis 1998 sans pour autant que celui-ci ait affirmé et renforcé son pouvoir d'orientation et d'impulsion des actions de santé publique, ni vraiment assuré la mission de pilotage qui lui incombait dans ce domaine.

Dans ces conditions, la Cour ne peut que souhaiter une réhabilitation du rôle et de l'influence de l'Etat dans la définition de la politique de prévention et le traitement de l'alcoolisme conformément d'ailleurs aux dispositions du code de la santé publique. Ceci suppose :

- la définition d'orientations stratégiques claires et volontaristes sur l'alcool, au sein de l'ensemble de la lutte contre les dépendances, ainsi que le choix d'objectifs prioritaires dont les conditions de financement auront été fixées ;

- le renforcement de la cohésion du dispositif national - notamment de la législation - et des différentes initiatives locales dans le respect des orientations de santé publique ainsi retenues ;

- le réaménagement et la valorisation du système d'information sur l'alcoolisme dont les faiblesses actuelles rendent les tentatives d'évaluation illusoire.

*RÉPONSE DU MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES
PERSONNES HANDICAPEES*

« Les acteurs de la lutte contre l'alcoolisme et les financements »

La Cour indique que « L'Etat, ne s'est pas donné les moyens de déployer une stratégie d'ensemble ; la CNAMTS dispose d'une réelle autonomie et la coordination entre les différents acteurs est des plus limitée. Bien qu'en augmentation, les moyens financiers engagés restent modestes par rapport aux enjeux ».

Cette affirmation appelle les observations suivantes tant sur la stratégie que sur les moyens financiers.

- *Pour ce qui concerne la stratégie de l'Etat :*

Le ministère de la santé, et plus particulièrement la direction générale de la santé (DGS), a défini une stratégie d'action alcool 2002-2004 qui vise à intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. Cette stratégie se décompose en cinq objectifs :

- réduire la consommation d'alcool pour réduire les risques de long terme liés à l'usage de l'alcool ;*
- réduire la mortalité, la morbidité et les handicaps résultant des accidents de circulation liés à la consommation d'alcool ;*
- prévenir le développement de l'usage nocif et l'installation de la dépendance liée à l'alcool ;*
- développer l'accessibilité des modes de prise en charge efficaces pour les personnes en difficulté avec l'alcool sur le plan social et médical ;*
- améliorer la qualité et la précision du dispositif de suivi des usages et consommations et de leur retentissement épidémiologique.*

Ces objectifs se traduisent par une centaine d'actions dans les domaines législatif, de la prévention, de la prise en charge et du soin.

Il existe donc bien une volonté politique de lutte contre l'alcoolisme et un soutien à la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool.

- *Pour ce qui concerne les moyens :*

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a accordé aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) 17 M€ entre 1999 et 2000 pour le développement des équipes de liaison en alcoologie. Des crédits spécifiques d'un montant de 13,6 M€ ont été attribués entre 2000 et 2002 pour la création d'équipes hospitalières de liaison en addictologie dont

le tiers est consacré à l'alcoologie et 40 % à l'alcoologie associée à la toxicomanie et la tabacologie. Pour ce qui concerne les moyens engagés en faveur des dispositifs de lutte spécialisés, notamment les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), des mesures nouvelles ont été régulièrement demandées et obtenues par les services de l'Etat (DGS) dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et ce, depuis 2000 (au total, entre 2000 et 2003, 27 M€).

« La répartition des rôles »

- *La Cour fait part d'un « transfert du financement du dispositif spécialisé du ministère de la santé à la CNAMTS » :*

Le transfert de financement du dispositif spécialisé, constitué notamment des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) de l'Etat vers l'assurance maladie vise à leur conférer un statut financier et juridique plus favorable puisque ces établissements sont devenus par la loi de lutte contre les exclusions de juin 1998 des établissements médico-sociaux. Ce sont des structures de soins, elles ont donc vocation à être financées par l'assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM.

- *Par ailleurs, la Cour considère que « les conditions de l'action interministérielle restent insuffisamment définies » :*

L'action de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est toutefois à prendre en considération, notamment l'élaboration du plan triennal qui reprend les constatations du rapport des Professeurs Parquet et Reynaud, pour apporter des réponses en particulier en termes de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Enfin, les actions en faveur du développement de la veille judiciaire notamment pour toutes les questions relatives à la sécurité routière, ont été impulsées par la MILDT.

« L'Etat »

- *La Cour indique que « La stratégie alcool ne propose ni priorité, ni programmes concrets et ne prévoit aucun moyen » :*

La stratégie d'action alcool 2002-2004 est déclinée en cinq objectifs (précités dans l'observation ci-dessus).

Pour ce qui concerne les moyens, des éléments de la stratégie action alcool 2002-2004 ont été repris dans le plan national de mobilisation contre le cancer. Ce plan prévoit en effet de renforcer les actions de promotion de l'hygiène alimentaire et d'information sur les dangers de l'excès d'alcool et ainsi de diminuer de 20 % le nombre d'adultes dépendants de l'alcool. Cette mesure se concrétisera par la mise en place d'un avertissement sanitaire plus lisible et plus utile aux consommateurs sur les emballages, également par

l'aide à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool (formation des médecins et infirmières au cours de leur cursus, inclusion d'une démarche de conseil dans la consultation de prévention prévue par la loi relative à la santé publique, renforcement de la prise en charge par des équipes de liaison hospitalière). Enfin il est prévu de relancer une campagne d'information grand public sur les risques sanitaires liés à l'excès d'alcool.

« Les associations d'aides aux personnes en difficulté avec l'alcool »

Les associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool sont financées sur des fonds publics de prévention mais aussi sur des fonds provenant du chapitre 47-11/30 du budget de l'Etat intitulé « Lutte contre les pratiques addictives, dépenses non déconcentrées ».

Ainsi en 2002, 840 758 € ont été consacrés à 8 des associations nationales de lutte contre l'alcoolisme, dont 4 associations d'anciens buveurs (Amis de la santé, Croix bleue, Croix d'or, Vie Libre).

« La coordination entre les acteurs »

- *Concernant l'appréciation de la Cour sur la position de la CNAMTS et du CFES à propos de la téléphonie sociale :*

Il est souhaitable de mentionner certaines données que tempèrent cette appréciation : aujourd'hui, le GIP DATIS précise qu'il reçoit quotidiennement plus de 10 000 appels et peut en traiter à peine 300. Les filtres technique et humain des erreurs et des appels périphériques coûte 0,5 M€. Après filtrage la saturation des lignes d'écoute ne permet pas de traiter plus de la moitié des demandes réelles d'information, pour un budget annuel d'environ 4,5 M€. C'est précisément dans un souci de bonne utilisation de l'argent public mais aussi de qualité du service public (95 % d'appels traités avec TIS) que le gouvernement a décidé de faire figurer le numéro payant de TIS sur les paquets de cigarettes et non celui de DATIS initialement retenu. La multiplication par 8 du nombre des appels à TIS en 2003 avec l'apparition sur les paquets conforte la pertinence de ce choix.

Par ailleurs, le ministère de la santé souhaite améliorer et renforcer la coordination des politiques au niveau local, puisque le projet de loi de santé publique prévoit l'instauration des groupements régionaux de santé publique (GRSP).

- *La Cour indique que « Les relations entre l'Etat et l'ANPAA ont parfois manqué de suivi » :*

Dans le cadre de la demande de modification de ses statuts de l'ANPAA, le ministère de la santé a demandé de ne plus faire partie du conseil d'administration mais de pouvoir, le cas échéant, être invité à titre consultatif si un point à l'ordre du jour le nécessite (modification des statuts

de l'ANPAA, saisine du ministère de l'intérieur en juin 2003). Ceci dans le but de clarifier sa position par rapport à cette association qu'il finance et suite à une recommandation de l'IGAS en ce sens. Toutefois cette absence de siège au conseil d'administration ne représente pas une volonté politique de se désengager des travaux de l'ANPAA qui reste l'un des principaux opérateurs pour l'Etat en matière de lutte contre l'alcoolisme.

Par ailleurs, les relations entre l'Etat et l'ANPAA restent très suivies dans la mesure où depuis plusieurs années déjà, l'ANPAA est consultée et/ou associée aux différents travaux du ministère de la santé pour ce qui concerne son champ de compétence (groupe de travail sur le rapport d'activité des CCAA par exemple, élaboration de textes réglementaires, travail en commun sur les incidences financières de l'adhésion de l'ANPAA à la convention collective du 15 mars 1966...).

« La mise en œuvre des politiques de lutte contre l'alcoolisme »

- S'agissant de « l'évaluation des résultats se heurtant à l'absence de données pertinentes » :

Face à la pénurie des données en alcoologie, la DGS a fait de la définition des indicateurs de santé une des priorités de sa « stratégie alcool ». En 2002, elle a saisi le groupe IDA (indicateurs en alcoologie) de l'OFDT de cette question. Ce groupe travaille actuellement au recensement des données existantes, à la pertinence des indicateurs existants et à la nécessité d'en proposer d'autres plus adaptés à l'évaluation des résultats des politiques publiques.

« L'application de la législation sur les boissons et son contrôle »

La direction générale de la santé, en concertation avec d'autres ministères (tourisme notamment), procède à une réflexion sur la nécessité d'un « toilettage » de certains articles du code de la santé publique (CSP) relatifs aux débits de boisson, devenus obsolètes.

Par ailleurs, lors de la discussion en première lecture de la Loi relative à la politique de santé publique à l'Assemblée nationale, des mesures ont été proposées par le gouvernement et les députés. Les dispositions nouvelles concernent d'une part, la possibilité d'ester en justice pour un plus grand nombre d'associations dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme (modification de l'article L 3355-1 du CSP) et, d'autre part, le remplacement de l'avertissement sanitaire apposé sur les publicités en faveur de l'alcool, « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé » par de nouveaux messages, dans la perspective d'améliorer la prévention, d'adapter les messages aux évolutions scientifiques (modification de l'article L 3323-4 du CSP).

Par ailleurs, en 2003 l'ANPAA a relancé sa vigilance judiciaire avec des procès contre des campagnes de publicité litigieuses grâce à un

financement spécial octroyé par la DGS fin 2002. Une meilleure application de la législation impliquerait aussi que ce soit une priorité pénale des services régaliens, ce qui a largement fait défaut (l'ANPAA regrettant le peu d'intérêt du parquet de Paris, par exemple).

En outre, dans le projet de loi relatif à la loi de santé publique, une mesure vise à donner une compétence aux agents de la DGCCRF pour contrôler les publicités pour les boissons alcooliques (article 16bis de la petite loi).

S'agissant de la fiscalité, le Gouvernement a décidé, conformément à ses orientations en matière de politique de santé publique, de constituer un groupe de travail interministériel, chargé d'examiner l'évolution de la fiscalité des boissons alcooliques en France pour lutter efficacement contre l'alcoolisme. Ce groupe constitué en 2003 poursuivra ses travaux en 2004.

« Les actions d'éducation pour la santé sur le thème de l'alcool »

« Les actions nationales »

- *La Cour indique que « Alors que l'OMS a clairement fixé des repères, le CFES utilisait encore en 2002 la notion de "consommation modérée" tandis que la stratégie de la direction générale de la santé prônait une consommation "faible et basse" » :*

Les standards fixés par l'OMS sont intégrés dans les références françaises et dans les campagnes de communication de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), anciennement Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Par ailleurs, il existe un groupe de travail santé, alcool, au sein de la région Europe de l'OMS aux travaux duquel la DGS est associée.

- *Concernant « La diffusion par les pouvoirs publics de messages publics fermes et clairs » :*

Le plan de lutte contre le cancer prévoit des avertissements sanitaires sur les emballages, et le projet de loi relatif à la loi de santé publique prévoit également un renforcement des messages sur les publicités.

« La prévention secondaire »

« Le dépistage précoce des consommateurs à risque »

L'alcoologie occupe déjà une place importante en terme de soins hospitaliers, que ce soit en médecine interne ou dans les services spécialisés. Depuis les circulaires du 19 novembre 1996, créant les équipes hospitalières de liaison en alcoologie, et celle du 8 septembre 2000, créant les équipes de

liaison en addictologie, l'accent est mis dans le secteur hospitalier sur le repérage précoce, la formation du personnel soignant, le soutien dans la prise en charge et la préparation à la sortie afin d'assurer une continuité à la sortie de l'hôpital.

- A propos d'un programme d'information du public :

La DGS travaille en collaboration avec l'INPES sur les campagnes de communication, sur la base des priorités fixées par la « stratégie alcool ». Les campagnes menées jusqu'à présent visent à informer le public, en particulier les jeunes, sur les risques non seulement d'une consommation aiguë abusive mais également d'une consommation régulière, même « modérée » qui peut mener à la dépendance, aux complications somatiques et psychiques. Les grands axes des campagnes à venir portent sur les repères de consommation donnés par l'OMS et sur les groupes vulnérables (femmes enceintes, populations précaires).

- A propos d'un programme de formation des médecins aux outils de repérage :

La stratégie alcool 2002/2004 a fait de la mise en œuvre du programme OMS « Boire moins c'est mieux » une de ses priorités. Avec l'appui de l'ANPAA et d'une équipe dédiée, ce programme de diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève a franchi plusieurs étapes : un premier cercle de médecins généralistes a été formé en région parisienne et a expérimenté plusieurs outils de repérage afin de définir celui qui est le plus adapté à la pratique médicale française. Puis, le programme a été étendu à quatre régions pilotes (Aquitaine, Bretagne, Nord et Bourgogne) où des formations de formateurs sont déjà bien avancées. A terme, et au vu de l'évaluation de la mise en œuvre du programme dans ces régions, celui-ci sera étendu à l'ensemble du territoire.

Le financement de ce programme est assuré conjointement par la DGS et la MILDT, à hauteur de 60 980 € chacune, chaque année depuis 2001. Ces financements sont reconduits en 2003.

« L'organisation des soins et des prise en charge »

« Les structures actuelles et leurs capacités »

La Cour fait état de l'imprécision des données relatives aux capacités hospitalières et à l'absence de données sur les besoins en soins :

- A propos de l'imprécision des capacités d'accueil en terme de lits, des malades hospitalisés pour un problème d'alcool :

L'imprécision de la capacité en lits dédiés à l'alcoologie relève du système de fonctionnement interne des établissements de santé. En effet, à l'exception des unités spécialisées qui disposent d'un nombre de lits défini et

connu, les autres services (médecine interne, hépatogastroentérologie, nutrition...) dépendent entièrement de l'intérêt que porte le chef de service à l'alcool. C'est le système des « lits non fléchés ». A titre d'exemple, un chef de service de médecine interne peut décider que trois ou quatre lits seront consacrés au sevrage sans qu'ils ne soient déclarés et comptabilisés comme des lits d'alcoologie au sein de l'établissement. Le résultat est une fluctuation dans la capacité d'hospitalisation des personnes ayant un problème avec l'alcool. La comptabilisation des lits d'alcoologie relève donc plus d'un affichage que d'un reflet de la réalité.

- *A propos de l'absence des données concernant les besoins en soins :*

L'enquête de la DREES de septembre 2002 sur les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné, menée auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé, donne un état des lieux du poids de l'alcool dans la demande soins, avec des disparités régionales. En particulier, cette enquête montre que 20 % des personnes hospitalisées ont un problème avec l'alcool.

- *S'agissant du nombre d'équipes hospitalières :*

Il faut noter que le nombre d'équipes hospitalières de liaison en addictologie (circulaire du 8 septembre 2000) est, en septembre 2002, de 307 implantées dans 262 établissements de santé : 29 % de ces équipes se consacrent exclusivement à l'alcoologie, et 39 % à l'alcool et d'autres produits psychotropes. A l'exception de deux départements, tous disposent d'au moins une équipe de liaison.

« La connaissance des résultats »

« La mesure des activités »

- *S'agissant de l'enquête annuelle menée par la DGS sur le dispositif national de lutte contre l'alcoolisme :*

Le rapport élaboré par la DGS, son exploitation et la synthèse nationale qui en résulte sont certes perfectibles. Ils permettent, toutefois, de comparer les données d'activités des structures ambulatoires d'une année sur l'autre et certaines données permettent néanmoins « d'observer » le dispositif. L'enquête ne concerne que les CCAA.

- *Concernant « La mauvaise maîtrise de la collecte des informations relatives à l'activité des CCAA » :*

Le décret n°98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux CCAA fixe l'obligation de rédiger un rapport annuel d'activité. Cependant, malgré cette obligation, tous les centres ne fournissent pas ce document, ou le transmettent mal complété, voire hors délais d'exploitation.

Aucune solution acceptable afin de fiabiliser les informations n'a, pour l'instant, été trouvée.

« Conclusion et recommandations »

- *La Cour indique qu'en matière de soins spécialisés, les efforts de planification sont inexistant :*

S'il n'existe pas de schémas en alcoologie ou en addictologie, des efforts ont été faits par les services de l'Etat pour tenter de réduire les inégalités d'offre de soins entre les régions et départements et ce, notamment pour ce qui concerne le dispositif médico-social. Ainsi, la mise en place d'indicateurs pour optimiser l'allocation de ressources a permis de réduire pour partie les inégalités en terme de couverture par les CCAA. Tous les départements en sont désormais pourvus.

Par ailleurs, une réflexion est actuellement en cours au niveau de l'administration centrale du Ministère de la Santé pour mettre en place ces schémas.

Enfin, 12 régions ont mis en place des programmes régionaux de santé (PRS) « alcool ». Ces programmes permettent de mobiliser les partenaires régionaux autour des besoins et des priorités définies par les conférences régionales de santé. Ce travail partenarial a permis de mettre en œuvre des actions innovantes, en particulier dans le domaine de la prévention, et de renforcer le travail en réseau pour améliorer les prises en charge.

- *La Cour indique que « l'intervention financière du ministère de la santé dans la lutte contre l'alcoolisme s'est considérablement réduite depuis 1998 sans pour autant que celui-ci ait affirmé et renforcé son pouvoir d'orientation et d'impulsion des actions de santé publique, ni vraiment assuré la mission de pilotage qui lui incombait dans ce domaine ».*

Le transfert de financement du dispositif médico-social de prise en charge (CCAA), de l'Etat vers l'assurance maladie à hauteur de 18,5 M€, en 1999, vise, en réalité, à stabiliser le financement de ce secteur de soins. Ainsi, les moyens des CCAA ont été en constante évolution depuis 2000, des mesures nouvelles ont été demandées le ministère de la santé (DGS) en faveur des CCAA et octroyées par l'assurance maladie entre 2000 et 2003. Le dispositif a ainsi bénéficié pour cette période de 27 M€ de mesures nouvelles, soit une augmentation de près de 60 % de ses moyens.

Par ailleurs, entre 1999 et 2000, 17 M€ ont été consacrés à la création d'équipes de liaison hospitalière en alcoologie.

En 2000, une circulaire du 8 septembre met en place les équipes de liaison en addictologie, ainsi, en 2000, 2001 et 2002, 13 M€ ont été consacrés à la création de ces équipes, dont 70 % proposent une prise en

charge en alcoologie (certaines exclusivement, d'autres alcool et tabac et toxicomanie).

De plus, la Stratégie Alcool a contribué à encadrer la politique en la matière.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Les acteurs de la lutte contre l'alcoolisme et les financements

La répartition des rôles

Globalement et sur la partie financière qui nous intéresse, le rapport de la Cour des comptes insiste, notamment, sur les errements de la lutte contre l'alcoolisme.

La Cour constate que la lutte contre l'alcoolisme "nécessite un engagement politique fort. Tel n'est pas le cas actuellement. L'Etat dépourvu de moyens financiers, n'a pas défini de stratégie claire ; la CNAMTS dispose d'une réelle autonomie et la coordination entre les différents acteurs est des plus limitée. Les moyens financiers engagés sont en tout état de cause modestes.

Dans les développements suivants la Cour des comptes précise que "la lutte contre l'alcoolisme est une compétence d'Etat.

En effet, l'article L. 3311-1 du code de la santé publique dispose que "L'Etat organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme, sans préjudice du dispositif prévu à l'article L. 3221-1 (sectorisation psychiatrique).

Les dépenses entraînées par l'application du présent article sont à la charge de l'Etat, sans préjudice de la participation des régimes d'assurance maladie aux dépenses de soins de ville et d'hospitalisation, et aux dépenses médico-sociales des centres mentionnés à l'article L. 3311-2 (les centres de cure ambulatoire en alcoologie - CCAA)".

Or, la Cour des comptes constate le désengagement financier de l'Etat et le transfert de la charge financière sur l'assurance maladie.

En effet, l'assurance maladie assume une grande part de ces dépenses, que ce soit dans le cadre de la prévention, de la prise en charge sociale et des soins y afférents.

L'Etat a, de plus, enclenché un double mouvement au détriment de l'assurance maladie :

- *il s'est désengagé financièrement de tous les aspects de la lutte contre l'alcoolisme au moment de l'accroissement des besoins, donc de l'augmentation des dépenses,*
- *en parallèle et de manière paradoxale, il a retiré à l'assurance maladie les recettes destinées à compenser le coût social et sanitaire dû à la consommation d'alcool.*

Ainsi, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, l'assurance maladie assume intégralement les dépenses médico-sociales des centres de cure ambulatoire en alcoologie. Ce transfert de charges s'élève à 18,74 Md€.

Les dépenses en la matière n'ont pas cessé d'augmenter sans devoir se stabiliser.

Les opérations de débudgétisation constituent une pratique récurrente.

Les transferts de 2001, vers l'assurance maladie (FOREC), viennent s'ajouter aux 15,25 Md€ que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a déjà transférés de l'Etat à l'assurance maladie pour financer l'intégralité des dépenses des centres de dépistage anonyme et gratuit, des centres de planification ou d'éducation familiale ainsi que les dépenses de désintoxication des toxicomanes réalisées avec hébergement dans les établissements de santé.

L'évolution des coûts des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) pour l'assurance maladie se traduit de la façon suivante :

- *En 1999, le transfert des CCAA à la charge de l'assurance maladie s'élevait à 18,74 Md€.*
- *Au titre de l'exercice 2001, le montant total des dotations versées aux CCAA s'élève à 33 797 191,40 € pour 175 structures.*
- *Pour l'exercice 2002, le montant total de ces dotations versées aux CCAA s'élève à 38 326 200,07 € pour 185 établissements, soit une augmentation de 13,4 % par rapport 2001*
- *Fin août 2003, ce montant s'élève à 28 997 527,57 € pour 192 établissements, soit 43 496 291,35 € sur l'année 2003 si on extrapole en année pleine, cela équivaldrait à une hausse de 13,5 % par rapport à 2002.*

Ainsi, la charge des CCAA a augmenté de 104,5 % de 1999 à 2002.

Pour l'avenir et prenant en compte les différentes orientations de la politique gouvernementale actuelle, la CNAMTS estime que les charges des CCAA pour l'assurance maladie vont encore s'accroître.

En effet, il est probable que ces structures soient de plus en plus sollicitées dans l'avenir, du fait de la réalisation de deux des trois grands chantiers définis par le Président de la République.

La lutte contre l'insécurité routière et la lutte contre le cancer visent conjointement la consommation excessive d'alcool et de tabac, avec sur ce dernier point la récente mise en place des consultations de tabacologie dans les CCAA (circulaire ministérielle du 04.03.03).

Enfin, un volume important de personnes est orienté par le système judiciaire (19 % de toutes les infractions seraient en lien avec l'alcoolisation chronique ou aiguë de leurs auteurs ou victimes).

Ainsi, les centres de cure ambulatoire en alcoologie sont un outil en développement intervenant dans la réalisation de plusieurs politiques nationales.

De plus la Cour des comptes indique dans son rapport que "les capacités seraient des plus insuffisantes, le déficit national théorique s'élevant, au regard des normes figurant dans le rapport Parquet/Reynaud à quelque 400 centres".

Cet objectif est partagé par le plan triennal gouvernemental afin "de disposer d'environ 600 structures capables de répondre, en fonction des spécificités locales, aux besoins des usagers de drogues, d'alcool et de tabac".

Soit, un coût d'environ 124 M€, si l'on extrapole à 600 structures sur la base des chiffres actuels.

Enfin il apparaît nécessaire de rappeler qu'au moment où les dépenses concernant la lutte contre l'alcoolisme augmentent fortement, l'Etat a affecté au profit du fond de financement de la réforme des cotisations de sécurité sociale (FOREC prévu par la LFSS pour 2000), les ressources financières originellement dédiées à l'assurance maladie.

Reprenant le rapport du Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, "la mise en place du FOREC a, ainsi, permis à l'Etat de mettre à contribution la "manne financière" de la sécurité sociale pour se défaire d'une charge qu'il avait lui-même, par une politique coûteuse d'aide à l'emploi, contribué à rendre difficilement supportable par les finances publiques".

Ainsi, en 2002, le FOREC sera attributaire de 100 % du produit des droits sur les alcools (2 647 M€), de 100 % du produit de la taxe sur les véhicules à moteur (899 M€) et de 90,77 % du produit des droits sur le tabac (8 115 M€).

C'est à juste titre que le rapport sénatorial critique cette utilisation : "la création de ces divers droits ou taxes avait été justifiée, à l'origine, par la contribution nécessaire des Français au coût, pour l'assurance maladie, de l'alcoolisme, du tabagisme et des accidents de la circulation. Le fait de les affecter à un fonds dont la vocation est totalement différente remet en cause, du même coup, leur légitimité".

En conséquence et au vu de l'ensemble des éléments évoqués, il apparaît que, non seulement l'Etat s'est déchargé financièrement de la lutte contre l'alcoolisme au détriment de l'assurance maladie, mais a utilisé à d'autres fins les ressources dédiées à ce champ d'intervention. alors que les dépenses ne cessent d'augmenter

La coordination entre les acteurs

A la lecture du rapport de la Cour, mon attention a été appelée par le paragraphe relatif à la coordination des acteurs. Il y est fait état de l'opposition de la CNAMTS à l'ouverture du site d'information "Drogues Info Services" aux problématiques liées à l'alcool et au tabac.

Il convient de rappeler que la MILDT participait, avec le comité français d'éducation pour la santé (CFES), au comité de pilotage de la campagne nationale de prévention du tabagisme (au moment où cette campagne relevait de la gestion de la CNAMTS) lorsque la décision dont il est question a été prise.

Cette décision qui a été prise d'un commun accord n'avait pas pour objet de garder un quelconque monopole sur la thématique concernée mais répondait à une constatation relevée lors de diverses études effectuées auprès des populations ciblées qui souhaitaient voir dissociés tabac, alcool et drogues.

Si les populations interrogées acceptaient le terme "dépendances" à l'alcool ou au tabac, il semblait très clairement avéré qu'elles rejetaient en effet l'association tabac/alcool avec le terme "drogues".

C'est pourquoi dans le souci de ne pas heurter les intéressés, il a été, en l'occurrence, décidé de garder une ligne dédiée au tabac, d'autant qu'une refonte de cette ligne Tabac Info Service avait été arrêtée, permettant à des tabacologues de prendre les coordonnées des appelants afin de les suivre dans leurs démarches de sevrage.

La MILDT avait indiqué à la CNAMTS que cette procédure ne pouvait de toute façon pas être assurée par Drogues Info Services.

Telles sont les raisons pour lesquelles cette ligne Tabac Info Service a perduré dans sa spécificité et il semblait nécessaire de rappeler le contexte de cette décision.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE DE L'ASSOCIATION NATIONALE DE
PRÉVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE (ANPAA)

L'ANPAA souhaite apporter les précisions suivantes aux constats de la Cour :

1*) A propos de la description du dispositif spécialisé et de la présentation de l'ANPAA

Constat de la Cour : « L'organisation des soins aux personnes malades de l'alcool se répartit entre des structures à vocation générale – médecine ambulatoire, hôpitaux et cliniques y compris psychiatriques et soins de suite – et des dispositifs spécialisés – structures de prévention et centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). » « La gestion des structures de prévention et des CCAA est assurée par des associations pour la majorité d'entre elles mais aussi par des hôpitaux et des collectivités territoriales. »

Les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme, gestionnaire ou non de CCAA, sont des établissements de l'ANPAA sans personnalité juridique autonome. Il découle ainsi des statuts mêmes de l'ANPAA que les CDPA sont partie intégrante de l'ANPAA, association à la fois unitaire et décentralisée.

De 2000 à 2002 (au 31 décembre), l'effectif de l'ANPAA est passé de 569 à 817 ETP, correspondant à 1 215 salariés. Cette progression de l'effectif traduit l'extension des activités de l'ANPAA (ouverture de consultations tabacologiques ou accompagnement de personnes sous main de justice par exemple) qui a participé activement à la mise en œuvre du plan triennal 1999-2001 adopté par le gouvernement.

2*) La coordination entre les acteurs

Constat de la Cour : « Les relations entre l'Etat et l'ANPAA manquent de suivi »

L'ANPAA tient à souligner, de manière générale, les bonnes relations et les échanges qui ont eu lieu régulièrement au cours de ces années entre la direction générale de la santé et elle-même et, notamment, avec le bureau des pratiques addictives de la sous-direction Santé et société. A titre d'exemple, nous pouvons évoquer la collaboration qui s'est instaurée entre la DGS et l'ANPA à l'occasion de la transformation des Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) en Centre de cure ambulatoire en alcoologie (1998 et 1999). Nous pouvons également citer la concertation qu'a souhaitée instaurer la DGS lors de l'élaboration de la « Stratégie d'action alcool 2002-2004 » et du projet de loi relative à la santé publique (pour les plans de lutte contre le cancer et contre la violence et les conduites addictives). Il en a été de même pour l'élaboration du projet de décret pour les CSAPA ajourné en automne 2002, pour le projet en voie de finalisation d'un rapport annuel

d'activité commun aux CCAA et CSST, et pour la mise au point du logiciel GISPAC (voir ci-dessous) en 2002 et 2003.

3°) A propos de la mesure des activités

Constat de la Cour : « Du côté des opérateurs spécialisés, l'ANPAA ne semble, en revanche, s'être préoccupée de la mise en place d'un système interne de suivi quantitatif de ses activités locales qu'à des fins épidémiologiques et non de gestion ».

Depuis 1989, l'ANPAA publie des informations à caractère épidémiologiques sur les nouveaux consultants des CCAA. A partir de 1993, le traitement a été facilité par la mise en œuvre du logiciel GISPAC (Gestion informatisée du suivi des patients et des activités des centres d'alcoologie), créé par l'ANPAA et diffusé progressivement à toutes ses équipes. Depuis 1995 cette étude est réalisée avec le concours de l'INSERM.

Une nouvelle version du logiciel GISPAC, dont installation dans tous les CCAA est actuellement en cours et sera terminée fin décembre 2003, permettra dès 2004 de centraliser par internet au siège national tous les trois mois des données quantitatives sur l'ensemble des consultants et les actes médico-sociaux. Ce logiciel permettra également de suivre les activités de prévention.

Bien entendu, dans un souci d'harmonisation du recueil des données des structures d'addictologie, et afin d'obtenir, à la demande des pouvoirs publics, des données nationales consolidées, les items de ce logiciel ont fait l'objet de discussions tant avec la direction générale de la santé qu'avec l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

4°) A propos de l'évaluation des actions et de programmes

Constat de la Cour : « En matière de soins, en revanche, aucune opération d'évaluation n'est citée »

Des recommandations pour la pratique clinique (RPC) en alcoologie ont été publiées par la société française d'alcoologie (SFA) en mars 2001. Ces recommandations élaborées selon la méthodologie de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) ont notamment pour finalité de promouvoir une culture alcoologique commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de l'insertion pour favoriser la coordination des outils et méthodes d'intervention aujourd'hui disponibles et validés. Elles proposent pour la première fois des bases méthodologiques pour l'évaluation de l'efficacité des prises en charge, au moyen d'études de suivi individuel ou de cohorte. Ces recommandations représentent une étape importante dans la mise en œuvre d'une démarche évaluative dont les outils restent à définir avant qu'elle puisse être assurée en routine dans les différents points du dispositif de soins aux personnes malades de l'alcool.