



LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Le Dispositif spécialisé en 2002

F O C U S
Consommateurs et conséquences

Christophe PALLE (OFDT)
Dominique MARTIN (DGS/SD6b)

Octobre
2004

LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Le Dispositif spécialisé en 2002

**Christophe Palle (OFDT)
Dominique Martin (DGS/SD6b)**

Saisie des questionnaire et réalisation de la base de données : Statmicro

Sommaire

1 - Introduction.....	3
1-1 - Champ du recueil d'informations.....	3
1-2 - Objectifs du recueil d'informations.....	4
1-3 - Modalités et bilan du recueil d'informations	4
1-4 - Limites de l'enquête	4
2 - Les structures du dispositif spécialisé en alcoologie en 2002.....	5
2-1 - Nombre de répondants et forme juridique des structures gestionnaires	5
2-2 - Typologie des structures	5
2-3 - Les lieux d'activité.....	7
2-4 - Les intervenants.....	7
2-5 - Les moyens financiers	9
2-6 - L'activité	9
3 - Les consultants en 2002.....	11
3.1 - Nombre de consultants.....	11
3.2 - Caractéristiques des nouveaux consultants buveurs	12
Sexe.....	12
Age	12
Domicile.....	13
Activité.....	13
Alcoolisation	14
Autres produits consommés.....	14
Démarche induite	15
Partenariat	15
4 - Conclusion	16

1 - Introduction

1-1 - Champ du recueil d'informations

Les données présentées dans cette synthèse sont issues des rapports d'activité des structures spécialisées en alcoologie financées principalement, jusqu'en 1998, par le budget de l'Etat (chapitre 47-17 du budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

Depuis le 1^{er} janvier 1999, ces structures relèvent, pour la plupart, de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociale et font l'objet d'un financement par la sécurité sociale. Les activités de prévention sont susceptibles comme auparavant bénéficier de subventions de l'Etat ou d'autres collectivités publiques ou de financement par la sécurité sociale au titre de l'enveloppe du FNPEIS. Les structures du dispositif spécialisé peuvent appartenir au secteur privé (associations) ou au secteur public (hôpitaux publics dans la plupart des cas).

Les missions de ce dispositif comprennent l'intervention auprès de toute personne présentant une consommation à risque, au niveau de la prévention, du soin, de l'accompagnement social, en amont et en aval des autres intervenants sanitaires et sociaux, et en lien avec eux. Une autre mission, aussi essentielle, est de prévenir la consommation à risque en informant, en sensibilisant, en formant tous les publics concernés à titre professionnel ou privé.

Ce dispositif est principalement constitué des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA, dénommé CHAA avant 1999), centrés davantage sur le soin et l'accompagnement social, et des structures de prévention. Par ailleurs, des associations d'aide qui ont essentiellement une activité de prévention et d'accompagnement social, des consultations qui ont une activité de soins, des permanences d'aide sociale peuvent recevoir des subventions publiques. Les associations d'aide aux buveurs, dont le financement par l'Etat ou la sécurité sociale est peu important et dont l'activité est centrée sur l'accompagnement social fournissaient des rapports d'activité dans certains départements. En 2002, le dispositif décrit dans ce rapport est dans sa quasi-totalité composé de CCAA.

Ces structures ne sont cependant pas les seules à intervenir sur ce thème : outre les structures de prévention et d'aides aux anciens buveurs déjà mentionnées, on peut citer, au sein des hôpitaux, les unités d'alcoologie, les équipes de liaison et les centres de post cure qui prennent en charge ou interviennent auprès de patients en difficulté avec l'alcool. Un rapport d'activité standardisé des équipes de liaison devra permettre de mieux connaître ce dispositif. L'information est quasiment inexistante en ce qui concerne les unités d'alcoologie et les centres de postcure. Les prises en charge des problèmes d'alcool en médecine de ville peuvent difficilement être suivies régulièrement mais peuvent faire l'objet d'enquêtes menées sur une période donnée comme celle menée par la DREES (Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques) dans la clientèle des médecins généralistes en 2000/2001¹.

¹ Mouquet M-C., Villet H., *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné*, Etudes et Résultats N°192, septembre 2002, DREES

1-2 - Objectifs du recueil d'informations

Ce recueil a pour finalité de mieux connaître le dispositif spécialisé de prise en charge et de décrire l'activité des structures ainsi que les caractéristiques des personnes qui viennent pour consulter. La synthèse des données recueillies doit également fournir des éléments d'aide à la décision tant au niveau national que local. Elle doit également servir à nourrir la réflexion des professionnels de l'alcoologie en leur permettant notamment de mieux se situer par rapport aux évolutions nationales.

1-3 - Modalités et bilan du recueil d'informations

Le rapport d'activité standardisé est adressé aux entités juridiques gérant une ou plusieurs activités de soins et/ou de prévention, par les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale. Celles-ci reçoivent en retour les rapports d'activité complétés et valident les données qui y figurent. Les documents sont ensuite centralisés à la DGS où ils subissent un contrôle manuel de cohérence avant d'être saisis.

Les données recueillies portent sur les lieux et permanences d'activité, la composition du personnel, les données budgétaires, l'activité et le nombre de consultants. Elles permettent également de décrire plus précisément les caractéristiques des nouveaux consultants buveurs (âge, sexe, caractéristiques socio-économiques, alcoolisation, orientation, etc.).

1-4 – Limites de l'enquête

Les chiffres qui figurent dans ce rapport ne peuvent préjuger de la qualité du travail fourni dans les structures. Ils constituent des indicateurs qui demandent à être affinés et confrontés à d'autres sources, tout particulièrement pour les analyses menées à un niveau local. Les comparaisons avec les années précédentes doivent également être faites avec prudence : le nombre de structures financées et les taux de réponses étant différents d'une année sur l'autre, les variations peuvent n'être que la conséquence des modifications du type et du nombre d'entités juridiques répondantes.

Pour tenir compte de ces problèmes, les données sont la plupart du temps exprimées « en moyenne par entité juridique », ce qui permet de tenir compte des fluctuations des taux de réponse. Les données sont également comparées « à champ constant », c'est à dire en sélectionnant les structures ayant répondu à l'enquête deux années consécutives². Au niveau national, les résultats « à champ constant » et « à champ variable » diffèrent très peu et les évolutions constatées vont globalement dans le même sens dans les deux cas de figures. Les résultats nationaux « à champ constant » ne sont donc pas fournis systématiquement même s'ils peuvent parfois être évoqués, lorsqu'il apparaît un écart important. Il faut en revanche être beaucoup plus prudent sur les évolutions au plan local : compte tenu du faible nombre de structures présentes, dans la plupart des cas, au niveau départemental et même régional, les variations de champ et de taux de réponse peuvent avoir un impact important sur les données rendant ainsi illisibles les évolutions. Ces problèmes ont conduit à ne pas mener d'analyse au niveau régional cette année.

² Ce qui restreint cependant fortement le nombre de structures prises en compte dans les calculs

2 – Les structures du dispositif spécialisé en alcoologie en 2002

2-1 – Nombre de répondants et forme juridique des structures gestionnaires

En 2002, 146 entités juridiques du dispositif spécialisé alcool ont renvoyé un rapport d'activité exploitable. Ce nombre est en net recul par rapport aux années précédentes. Il en résulte une absence de données dans 20 départements. Cette baisse du taux de réponse semble surtout concerner le secteur associatif, ce qui a pour effet de changer la répartition public/privé dans la base de données, et perturbe ainsi les résultats.

Il est à noter que dans de nombreux cas, une même entité juridique peut gérer plusieurs structures ou lieu de consultation. Pour tenter d'apprécier quantitativement l'offre de soins spécialisés en alcoologie il faut donc également se référer au nombre de lieux et d'heures d'ouvertures, indicateurs abordés plus bas.

Tableau 1 : répartition des structures du dispositif spécialisé alcool présents dans la base de données suivant leur statut juridique de 1995 à 2002

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Statut Privé	ANPAA	86	86	87	76	85	85	75	55
	Autre association	33	39	45	37	46	41	45	23
	Autres*	4	4	2	4	4	2	3	4
	Sous-total	123	129	134	117	135	128	123	82
Statut Public	Hôpital	51	43	51	49	50	47	45	49
	Commune	11	9	11	7	8	6	7	7
	DDASS	5	3	3	5	4	1	5	1
	Autre publique	-	-	-	-	-	2	8	7
	Sous-total	67	55	65	61	62	56	65	64
Total		190	184	201	178	197	185	188	146

Source : DGS/OFDI – Exploitation des rapports d'activité

* La catégorie « autres » comprend les structures associatives de droit local apparentées au statut associatif général (loi 1901).

2-2 – Typologie des structures

2 types d'entités juridiques sont distingués : celles déclarant des actes de soins et celles ne déclarant pas d'actes de soins mais des actes dans le domaine de l'accompagnement social et/ou de la prévention. La plupart des structures du premier type déclarent également des activités dans l'accompagnement social et dans la prévention.

Une même entité juridique peut souvent gérer des structures au sein desquelles est distinguée la partie soin/social de la partie prévention. L'exemple classique est celui des CDPA (Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme), établissements de l'ANPA qui gèrent un ou plusieurs CCAA et des activités de prévention.

Les structures centrées sur la prévention et l'aide non médicalisée diffèrent des structures de prise en charge médicosociale en ce qu'elles ne comptent la plupart du temps pas de médecins ou d'infirmiers parmi leurs salariés, s'appuient souvent sur des bénévoles, et sont en général financés pour une part importante par le FNPEIS³.

Comme on peut le voir sur le tableau 2, la baisse du nombre de rapports exploitables en 2002 est en partie liée à la diminution dans la base 2002 du nombre de structures ne faisant pas d'actes de soins ou n'ayant pas fourni de réponses sur les actes pratiqués dans la structure. En 2002, sur les 146 structures incluses dans la base, la quasi-totalité sont des structures médicalisées (141 déclarent des actes de soins et 138 déclarent des ETP de médecins).

Tableau 2 : répartition du nombre de structures suivant leurs domaines d'activité de 1998 à 2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Avec actes de soins	149	154	140	147	141
<i>Dont soins social prévention</i>	113	106	101	103	89
Sans actes de soins	25	37	34	24	2
<i>Dont prévention uniquement</i>	6	10	15	9	1
Non réponses	5	6	11	17	3
Total	179	197	185	188	146

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

D'après les données du tableau ci-dessus, il a été recensé en 2002 environ 140 entités juridiques ayant une activité à caractère médicosocial. Un pointage des rapports reçus au cours des derniers exercices permet d'évaluer à 192⁴ le nombre total d'entités juridiques identifiées comprenant des structures à caractère médicosocial de type CCAA. Le taux de réponse est donc d'environ 73 %. Il faut cependant noter que sur l'ensemble des 192 structures, moins de la moitié ont fourni des données chaque année entre 2000 et 2002.

³ Fonds National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires : il s'agit d'un fond géré par la CNAMTS pour le financement d'actions de prévention.

⁴ Nombre d'entités juridiques de type médico social (activité de soins, financement ONDAM, avec personnel médical) ayant envoyé au moins un rapport d'activité au cours de la période 2000-2002

2-3 - Les lieux d'activité

Pour être plus facilement accessible aux personnes en demande d'aide, une même structure exerce souvent son activité dans plusieurs localisations. Certains lieux sont ouverts toute la semaine. A l'autre extrême, la plage horaire se limite à deux à trois heures de permanence par semaine.

Afin d'appréhender l'importance de l'activité d'alcoologie, le recensement de ces lieux s'est donc réalisé sur la base du volume d'**heures d'ouverture hebdomadaire**.

Le nombre de lieux ouverts et le nombre d'heures d'ouverture sont bien entendu liés au nombre de rapports exploitables présents dans la base. En 2002, le nombre de lieux recensés a diminué en raison du plus faible nombre de rapports exploitables. Rapporté au nombre d'entités juridiques présentes dans la base, le nombre moyen de lieu est resté constant depuis 2001. Ce nombre a d'ailleurs peu varié depuis le milieu des années 1990. Le nombre moyen d'heures d'ouverture par entité a en revanche un peu augmenté en 2002 (64 heures en 2002, contre 60 heures en 2001).

Tableau 3 : nombre de lieux d'ouverture et nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire dans les structures spécialisées en alcoologie, 1995-2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre d'entités juridiques présentes dans la base de données	190	184	201	178	197	185	188	146
Nombre total de lieux ouverts recensés	572	598	677	570	793	659	626	488
Nombre de lieux ouverts plus de 20 h par semaine	240	242	262	244	255	245	233	203
Nombre moyen de lieu par entité juridique	3,01	3,25	3,37	3,20	4,03	3,56	3,33	3,34
Nombre moyen de lieu ouvert plus de 20 h par entité juridique	1,26	1,32	1,30	1,37	1,29	1,32	1,24	1,39
Nombre total d'heures d'ouvertures	10975	10743	1223	10727	11743	11378	11 321	9356
Nombre moyen d'heures d'ouverture par entité	57,8	58,4	60,9	60,3	59,6	61,5	60,2	64,0
Part des lieux ouverts plus de 20h/semaine dans le total des heures d'ouverture (en %)	87	89	89	89	85	85	81	85

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

Par extrapolation, le nombre total de lieux ouverts peut être estimé à 640, dont 260 à 270 ouverts plus de 20 heures par semaine.

2-4 - Les intervenants

En 2002, le nombre d'ETP recensés dans les 142 entités juridiques ayant renseigné cette question s'élève à **835**, dont 93 % sont des ETP salariés de la structure et 7 % des mises à disposition par un autre organisme.

Tableau 3bis : nombre d'ETP et nombre d'ETP par structure, 1999-2002

	1999	2000	2001	2002
	%	%	%	%
Nombre de structures ayant fourni des ETP	187	172	176	142
Nombre d'ETP	890	825	917	835
Dont ETP mis à disposition	77	56	39	62
Nombre moyen d'ETP par structure	4,8	4,8	5,2	5,9

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

Entre 2001 et 2002, le nombre moyen d'ETP par structure ayant répondu à l'enquête (et à la question sur les ETP) a légèrement augmenté, passant de 5,2 ETP par structure à 5,9. On peut noter une tendance à l'augmentation du nombre moyen d'ETP par structure depuis 1996 (4,3 ETP à cette date). Si on extrapole le nombre moyen d'ETP aux 192 entités avec CCAA recensées, on obtient un nombre total d'ETP d'environ 1 130 ETP en 2002.

Une quinzaine de professions, médicales et sociales essentiellement, interviennent dans le fonctionnement des structures.

Tableau 4 : répartition des personnes travaillant dans les structures du dispositif spécialisé en alcoologie en équivalent temps plein (ETP), 1999, 2000 et 2001 (en %)

	1999	2000	2001	2002
	%	%	%	%
Médecin généraliste	8,1	9,3	9,8	11,6
Psychiatre	1,4	0,8	1,7	1,6
Autre médecin spécialiste	3,1	2,3	2,4	2,7
Infirmiers	12,2	11,2	10,1	11,4
Psychologue	10,6	8,1	10,6	15,0
Diététicien	2,1	1,1	1,0	1,9
Autres sanitaires	0,7	1,4	0,8	0,4
Total sanitaire	38,2	34,3	36,4	44,6
Assistant de service social	5,3	5,4	5,9	6,6
Educateur spécialisé	1,8	1,5	1,5	2,4
Visiteur social	7,9	8,3	8,5	7,0
Total social	15,0	15,1	15,9	16,0
Délégué ou directeur	10,1	9,7	8,2	6,3
Animateur	10,7	13,4	11,2	8,1
Total animation et prévention	20,8	23,1	19,4	14,4
Secrétaire	20,4	22,0	22,3	21,2
Documentaliste	0,7	0,5	0,8	0,3

Agent d'entretien	3,1	2,0	1,9	1,9
Total fonctions communes	24,2	24,4	25,0	23,4
Autres	1,8	3,1	3,3	1,8
Total général	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DGS/OFDI – Exploitation des rapports d'activité

Médecins et infirmiers représentent chacun 11 % des emplois ETP. Les psychologues ont vu leur part s'accroître sensiblement entre 2001 et 2002. Au total près de 45 % des intervenants dans le dispositif spécialisé relève du domaine sanitaire. La quasi disparition des structures non médicalisées dans la base de données en 2002 explique l'augmentation importante de la part du sanitaire dans le total des ETP, alors que symétriquement diminue la part des emplois orientés vers l'animation et la prévention.

Il faut cependant noter que cette répartition n'est en réalité pas aussi tranchée : le personnel sanitaire et social peut participer aux actions de prévention, les animateurs et les secrétaires avoir en partie une fonction sociale. Les directeurs partagent également leur temps entre les tâches de représentation, de gestion, voire d'activités sociales. Il faut aussi souligner l'action des bénévoles qui ne sont pas comptabilisés ici.

2-5 - Les moyens financiers

Les données sur les charges et surtout sur les produits semblent poser des problèmes de remplissage. Dans un nombre non négligeable de cas il apparaît soit l'absence totale de données sur le financement, soit un seul montant pour le total des produits, soit des erreurs d'imputation. Le passage d'un financement par l'Etat au financement par l'assurance maladie depuis 1999 (ONDAM médicosocial, enveloppe handicap, et enveloppe FNPEIS) a conduit à modifier la nomenclature et a ainsi posé des problèmes d'adaptation aux équipes des CCAA.

Dès lors, il devient difficile d'interpréter la répartition par poste et les évolutions des pourcentages. Aussi le tableau sur les produits et les charges ne sera pas fourni dans ce rapport. Une vigilance accrue des DDASS serait nécessaire pour accroître la qualité de ces données.

On peut néanmoins fournir ici le montant total des financements rapporté au nombre de structure ayant fourni des données sur cette question. En 2002, ce montant s'élève à un peu plus de 321 000 euros par structure. Ce montant est cohérent avec celui calculé en 2001 (309 000 euros par structure) mais compte tenu des problèmes mentionnés plus haut, il ne s'agit que d'ordres de grandeur et il n'est pas possible de garantir l'exactitude du pourcentage de progression de ce chiffre d'une année sur l'autre.

2-6 - L'activité

L'activité des structures du dispositif spécialisé est répartie en trois grandes catégories : les actes médicaux et/ou thérapeutiques, les interventions sociales et les actions de

prévention. Dans chacun de ces domaines les actions ou les actes peuvent être menés individuellement ou collectivement. Cependant, les actions de prévention prennent dans la plupart des cas une forme collective, alors que pour les deux autres domaines il s'agit essentiellement de prises en charge individuelles.

Tableau 5 : répartition de l'activité des structures du dispositif spécialisé en alcoologie suivant le type d'actes entre 1998 et 2002

Année	Nombre d'actes de soins par entité juridique (1)	Nombre d'interventions sociales par entité juridique (1)	Nombre d'actions de prévention par entité juridique (1)
1998	2519	1663	103
1999	2510	1539	155
2000	2460	1479	112
2001	2343	1384	138
2002	2598	1224	109

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

(1) pour chaque catégorie, seule sont prises en compte les entités ayant fourni des nombres (d'actes, d'interventions, d'actions) supérieur à 0.

Les évolutions du nombre d'actes de soins, d'interventions sociales ou d'actes de prévention sont en partie liés à la variation du taux de réponse d'une année sur l'autre et il est donc nécessaire d'observer les évolutions en tenant compte du nombre de structures présentes dans la base et ayant répondu à ces questions. On peut observer que le nombre d'actes de soins par structure a nettement augmenté en 2002, et se retrouve à peu près au même niveau qu'en 1998. En revanche le nombre d'interventions sociales par structures a diminué de plus d'un quart entre 1998 et 2002. Le nombre d'actions de prévention s'avère très fluctuant et il n'est pas possible de discerner une tendance à la hausse ou à la baisse.

En ce qui concerne les actions collectives de prévention, il peut être observé que le nombre moyen de personnes concernées par entité juridique est à peu près le même en 1999 et en 2002, alors que pour les actions de formation, ce nombre est en nette augmentation.

Tableau 6 : nombre de personnes concernées par les actions de prévention collective par entité ayant fourni une réponse à ces questions (1999-2002)

	1999	2000	2001	2002
Info/Sensibilis.	2307	3221	2548	2384
Formation	114	194	208	202
Conseil	91	77	64	84

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

3 - Les consultants en 2002

3.1 – Nombre de consultants

En 2002, les 143 entités juridiques présentes dans la base et ayant fourni des réponses sur la file active ont recensé près de 85 700 consultants. La fluctuation des effectifs ne peut être interprétée qu'en tenant compte des variations des taux de réponses. On peut observer que le nombre moyen de consultants par structure, qui fluctuait entre 500 et 560 depuis 1995, est en sensible augmentation en 2002 avec près de 600 consultants par structure. Cependant, si on exclue du calcul 7 entités juridiques qui malgré des files actives élevées connaissent des progressions particulièrement importantes du nombre de consultant entre 2001 et 2002 (de +50 % à + 300 %), on obtient un nombre moyen de consultant à peu près identique à celui de 2000 et 1999. Il y a lieu de s'interroger lorsque par exemple la file active d'une structure passe de 2500 à 4000 en un an (erreur, enregistrement partiel auparavant, ouverture de nouveaux lieux d'accueil).

Tableau 7 : nombre de personnes venues consulter dans le dispositif spécialisé en alcoologie de 1995 à 2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre de consultants	86 948	87 000	93 868	89 700	93 600	86 602	87 040	85 692
Nombre d'entités juridiques répondantes*	174	158	180	160	169	155	159	143
Nombre moyen de consultants par entités juridiques	499	550	521	560	553	559	547	599

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

* ne comprend que les structures qui assurent des prises en charge individuelles, ce qui exclut les structures dont le domaine d'activité porte uniquement sur la prévention.

Un peu plus de **48 % de ces consultants ne sont jamais venus auparavant dans la structure**, soit une proportion peu différente de celle observée en 2001 (47 %). Depuis 1995, la part des nouveaux consultants fluctue autour de 50 %.

Un nouveau consultant sur quatre n'est venu qu'une seule fois en 2002, chiffre en augmentation par rapport aux années précédentes (1 sur 5 en 2001). Cette question n'a pas toujours été très bien renseignée dans le passé, et il est possible que cette augmentation soit due à un meilleur enregistrement.

Les proches des buveurs représentent **15 % des nouveaux consultants en 2002**, ratio qui a diminué par rapport à 2001 (18 %). Nombre de structures ne différenciant pas ce type de consultant il est aussi probable que le pourcentage réel soit supérieur.

Les **“nouveaux consultants buveurs”** représentent un peu moins de **40 % du total des consultants en 2002**, contre environ 41 % en 2001 et 43 % en 2000 et en 1999. Les chiffres 2002 viennent confirmer une tendance à la baisse de la part des nouveaux consultants buveurs.

En partant de l'hypothèse qu'il existe environ 192 entités juridiques comprenant au moins un CCAA, une proportion de proches des buveurs dans la file active de 15 % et un nombre moyen de consultants de 560, on obtient un nombre de consultants buveurs dans les CCAA se situant autour de 90 000 personnes en 2002. Le système d'information actuel ne permet cependant pas d'éliminer les doubles comptes. Ce chiffre doit être considéré comme un ordre de grandeur.

3.2 – Caractéristiques des nouveaux consultants buveurs

Les chiffres suivants portent sur les "nouveaux consultants buveurs" recensés en 2002, soit environ 34 200 personnes.

Sexe

Un peu plus de trois consultants sur quatre est un homme. Cette proportion est restée sensiblement identique depuis 1996.

Tableau 8 : répartition des nouveaux consultants buveurs par sexe de 1995 à 2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
% d'hommes	78,6	77,1	77,2	76,2	77,2	77,9	77,4	77,0
% de femmes	21,4	22,9	22,8	23,8	22,8	22,1	22,6	23,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

Age

Parmi les nouveaux consultants buveurs, les personnes âgées de 40 ans et plus sont majoritaires (plus de 58 % en 2002) et leur part tend à augmenter depuis 1995 (52 % à cette date). Les moins de 30 ans représentent 14,5 % des nouveaux consultants buveurs, proportion orientée à la baisse depuis 1995. L'augmentation constatée en 2000 ne semble pas indiquer une inversion de tendance. Alors que la proportion de 30-50 ans reste à peu près stable, le pourcentage de 50 ans et plus se repositionne sur la tendance à l'augmentation constatée depuis 1995. En 2002, près de 26% des consultants ont cinquante ou plus contre 19% en 1995.

Tableau 9 : répartition des nouveaux consultants buveurs par tranche d'âge de 1995 à 2002 (en %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Moins de 20 ans	1,8	1,5	1,6	1,9	1,9	1,9	1,9	1,6
20 à 29 ans	17,2	15,4	14,6	12,8	12,2	14,6	13,3	12,9
30 à 39 ans	30,3	30,3	30,8	30,2	29,6	27,4	27,2	27,1
40 à 49 ans	31,7	33,7	32,5	33,4	32,1	32,1	32,2	32,5
50 à 59 ans	13,5	13,7	14,7	15,6	17,6	17,1	17,9	18,3
60 ans et plus	5,5	5,6	5,8	6,1	6,7	6,6	7,5	7,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

Domicile

Un peu moins de 11 % des nouveaux consultants n'ont **pas de domicile stable**. Depuis 1997, ce pourcentage est orienté à la baisse malgré l'augmentation constatée en 2001.

Tableau 10 : répartition des nouveaux consultants buveurs suivant leur conditions de logement de 1995 à 2002 (en %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ont un domicile stable	86,7	88,3	87,5	87,7	89,0	90,3	89,4	89,7
N'ont pas de domicile stable (précaire ou sans)	13,3	11,7	12,5	12,3	11,0	9,7	10,6	10,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

Activité

Un peu plus d'un consultant sur deux a une activité professionnelle stable, un peu moins d'un sur trois est demandeur d'emploi ou exerce une activité précaire, un sur six n'est pas en situation d'exercer une activité (retraités, handicapés).

La part des personnes qui ne sont pas en activité professionnelle régulière a considérablement diminué depuis 1995 passant de 37% à environ 30 %. Cette baisse s'est réalisée au profit des personnes en activité, essentiellement entre 1999 et 2001, et, dans une moindre mesure, au profit de ceux qui ne peuvent pas exercer une activité, dont la part passe de 14 % en 1994 à plus de 17 % en 2002.

Tableau 11 : répartition des nouveaux consultants buveurs selon leur activité de 1995 à 2002 (en %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Sont en activité professionnelle régulière	48,6	50,7	49,1	48,7	49,1	51,7	53,4	52,3
Ne le sont pas (activité précaire ou demandeurs d'emploi)	37,5	35,7	36,1	35,9	35,4	33,0	30,9	30,5
Autres (retraités, plus de 65 ans, handicapés, etc.)	13,9	13,5	14,8	15,4	15,5	15,3	15,7	17,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

Alcoolisation

Près de 63 % des nouveaux consultants buveurs sont perçus comme alcoolodépendants, près de 23 % comme buveurs excessifs et un peu plus de 14 % comme buveurs occasionnels.

Après avoir augmenté entre 1995 et 1997, la part des alcoolodépendants s'est ensuite orientée à la baisse. La répartition entre type de buveurs en 2002 est sensiblement identique à celle des années 1995.

Tableau 12 : répartition des nouveaux consultants buveurs par type d'alcoolisation de 1995 à 2002 (en %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alcoolodépendants	61,3	66,1	66,3	63,8	61,3	59,3	60,2	62,8
Buveurs excessifs	23,4	21,3	20,5	20,5	21,5	21,7	23,3	22,8
Buveurs occasionnels	15,0	12,6	13,2	15,7	17,2	19,0	16,5	14,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

Autres produits consommés

Parmi les nouveaux consultants buveurs en 2002, il a été recensé 60 % de fumeurs, 8,4 de consommateurs de drogues illicites (6 % en 2001), et 5,3 % de consommateurs de médicaments psychoactifs hors prescription médicale (4 % en 2001). Ces questions ont été introduites pour la première fois dans le questionnaire en 2000 et nombre de structures ne fournissent pas de réponses à cette question. Bien qu'en augmentation par rapport à 2000 et 2001, ces chiffres restent vraisemblablement sous estimés.

Démarche induite

Environ 37 % des consultants sont adressés aux CCAA par le milieu médical (20 % par un hôpital), près de 29 % par les services administratifs et près de 8 % par les services sociaux. Près de 23 % des consultants entrent en contact avec un centre sans être adressés par un tiers.

La répartition des consultants par type d'orientation a peu varié entre 1995 et 2002. Il faut noter cependant que pour la première fois depuis 1995, la part des nouveaux consultants orientés par les services administratifs est en diminution. Le recrutement au travers des services sociaux continue en revanche à régresser.

Tableau 13 : répartition des nouveaux consultants buveurs par type d'orientation de 1995 à 2002 (en %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Milieu médical	39,0	39,2	37,7	39,6	39,0	38,5	35,5	37,1
<i>dont hôpital</i>	20,3	22,3	21,0	20,5	19,7	21,7	20,5	20,0
Services administratifs (Justice, DDASS, ...)	25,6	25,1	25,5	26,1	28,5	30	30,4	28,7
Services sociaux	12,5	12,5	12,1	11,0	10,1	9,5	8,9	7,9
Le consultant lui même	19,0	18,6	20,6	19,8	19,7	19,2	21,2	22,8
Associations	3,8	4,6	4,1	3,5	3,9	2,8	4,0	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DGS/OFDT – Exploitation des rapports d'activité

Partenariat

25 % des nouveaux consultants sont déclarés être suivis en partenariat effectif (collaboration avec d'autres organismes des secteurs de la santé et/ou du social). Parmi eux, environ une personne sur six est suivie dans le cadre du RMI.

4 - Conclusion

Depuis le premier janvier 1999, les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) bénéficient d'une reconnaissance juridique en tant que structures sociales et médico-sociales et d'un financement pérenne par l'assurance maladie.

Les rapports d'activité de ces structures, validés par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS), constituent la base de cette synthèse réalisée conjointement par la Direction Générale de la Santé et l'OFDT. Cette transmission d'information, qui demande une réelle mobilisation de chacun, a fait la preuve de sa fiabilité et de son intérêt à travers les années.

En 2002, les rapports d'activité exploitables recueillis par la DGS émanent presque tous de structures déclarant des activités de soins. Auparavant, 30 à 40 structures développant des activités uniquement dans la prévention ou dans l'accompagnement social et la prévention figuraient dans la base. Certaines évolutions constatées entre 2001 et 2002 sont en grande partie le reflet de changement de répartition entre type de structure : baisse de la part du secteur associatif, augmentation de la part des ETP sanitaires et, jusqu'à un certain point, augmentation du volume moyen d'heure d'ouverture par structure.

On peut également noter que le nombre d'ETP par entités juridiques ayant fourni un rapport semble s'inscrire dans une légère tendance à la hausse encore observée en 2002. Par rapport à 2001, le nombre d'ETP moyen par entité est passé de 5,2 à 5,9. Ce ratio était de 4,3 en 1996.

Depuis 1995, le profil des nouveaux consultants buveurs s'est modifié sur trois aspects. On constate en effet :

- un vieillissement des nouveaux consultants. Au cours de cette période, la part des 50 ans et plus est passée de 19 % à presque 26 %.
- une baisse continue de la proportion des demandeurs d'emploi ou exerçant une activité précaire (30 % en 2002 contre 36 % en 1995), baisse compensée par l'augmentation du pourcentage des personnes exerçant une activité stable et de celles n'étant pas en situation d'exercer un emploi.
- une tendance régulière depuis 1996 à l'augmentation de la proportion de personnes adressées par la Justice et les services administratifs. En 2002 cependant ce pourcentage a diminué.

Un nouveau rapport d'activité entrera en vigueur en 2005. Sa mise en place exigera un effort important pour les structures du dispositif spécialisé en alcoologie. Cette mobilisation doit avoir pour contrepartie une réduction significative du temps de mise à disposition des données qui doit intervenir avant la fin de l'année suivant l'année de recueil. Dans cet esprit, des procédures de collectes électroniques permettant d'éviter les longs délais de transmission et de saisie des documents papiers devront à l'avenir être envisagés.

Liste des tableaux :

Tableau 1 : répartition des structures du dispositif spécialisé alcool présents dans la base de données suivant leur statut juridique de 1995 à 2002	5
Tableau 2 : répartition du nombre de structures suivant leurs domaines d'activité de 1998 à 2002	6
Tableau 3 : nombre de lieux d'ouverture et nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire dans les structures spécialisées en alcoologie.....	7
Tableau 4 : répartition des personnes travaillant dans les structures du dispositif spécialisé en alcoologie en équivalent temps plein (ETP), 1999, 2000 et 2001 (en %) 8	
Tableau 7 : répartition de l'activité des structures du dispositif spécialisé en alcoologie suivant le type d'actes entre 1994 et 2001	10
Tableau 8 : nombre de personnes concernées par les actions de prévention collective par entité ayant fourni une réponse à ces questions (1999-2002)	10
Tableau 9 : nombre de personnes venues consulter dans le dispositif spécialisé en alcoologie de 1994 à 2002	11
Tableau 10 : répartition des nouveaux consultants buveurs par sexe de 1994 à 2002 ...	12
Tableau 11 : répartition des nouveaux consultants buveurs par tranche d'âge de 1994 à 2002 (en %)	13
Tableau 12 : répartition des nouveaux consultants buveurs suivant leur conditions de logement de 1994 à 2002 (en %)	13
Tableau 13 : répartition des nouveaux consultants buveurs selon leur activité de 1994 à 2002 (en %).....	14
Tableau 14 : répartition des nouveaux consultants buveurs par type d'alcoolisation de 1994 à 2002 (en %).....	14
Tableau 15 : répartition des nouveaux consultants buveurs par type d'orientation de 1994 à 2002 (en %).....	15

Les données présentées dans cette synthèse sont issues des rapports d'activité des structures spécialisées en alcoologie.

Ce dispositif est principalement constitué des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

La synthèse des données recueillies doit fournir des éléments d'aide à la décision tant au niveau national que local. Elle doit également servir à nourrir la réflexion des professionnels de l'alcoologie en leur permettant notamment de mieux se situer par rapport aux évolutions nationales.