

Groupe de travail Evaluation globale du programme alcool 1999 – 2002

**IPSO.**

**R E C H E R C H E S O C I A L E**  
un centre de compétence de IHA-GfK



Institut d'études politiques **I N T E R F A C E**

**AGF** *INSTITUT DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE*  
*DE L'UNIVERSITE DE BERNE* **ISPM**

# Programme alcool 1999-2002 "ça débouche sur quoi?"

**Compte rendu de l'évaluation**

Matthias Peters

Equipe de projet:  
Matthias Peters, IPSO  
Cornelia Furrer, Interface  
Heinz Bolliger-Salzmann, ISPM Berne

Sur mandat de  
l'Office fédéral de la santé publique  
Centre de compétences en évaluation

Hergiswil, octobre 2002

## **Table des matières**

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1</b>   | <b>Le programme alcool 1999-2002</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>Situation initiale</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1.2</b> | <b>Contexte</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1.3</b> | <b>Description du programme alcool</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2</b>   | <b>L'évaluation globale</b>   | <b>10</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Mandat et objectifs de l'évaluation globale</b>  | <b>10</b> |
| <b>2.2</b> | <b>Base de l'évaluation</b>   | <b>11</b> |
| <b>2.3</b> | <b>Modèle d'analyse des effets</b>  | <b>12</b> |
| <b>2.4</b> | <b>Déroulement de l'évaluation globale</b>  | <b>13</b> |
| <b>3</b>   | <b>Méthodologie</b>   | <b>14</b> |
| <b>4</b>   | <b>Les principaux résultats de l'évaluation</b>   | <b>17</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Question d'évaluation 1: la conceptualisation du programme alcool et les décisions stratégiques qui ont été prises sont-elles pertinentes?</b>   | <b>17</b> |
| 4.1.1      | Conceptualisation   | 17        |
| 4.1.2      | Stratégie   | 23        |
| <b>4.2</b> | <b>Question d'évaluation 2: quels sont les points forts et les points faibles de la mise en oeuvre du programme , et est-il adéquat pour atteindre les objectifs et les groupes-cibles définis?</b> | <b>27</b> |
| 4.2.1      | Mise en oeuvre à l'échelle du programme   | 27        |
| 4.2.2      | Mise en oeuvre à l'échelle des projets  | 32        |
| <b>4.3</b> | <b>Question d'évaluation 3: quelles sont les mesures qui permettent d'atteindre les objectifs et les groupes-cibles définis, et quels sont leurs effets?</b>  | <b>35</b> |
| 4.3.1      | Les réalisations du programme (output)  | 35        |
| 4.3.2      | Les résultats du programme (outcome)  | 39        |
| 4.3.3      | Les impacts du programme  | 44        |
| <b>4.4</b> | <b>Question d'évaluation 4: quelle est l'influence du contexte sur les objectifs du programme alcool?</b>   | <b>47</b> |
| <b>5</b>   | <b>Conclusion</b>   | <b>49</b> |
| <b>6</b>   | <b>Références</b>   | <b>50</b> |

# **1 Le programme alcool 1999-2002**

## **1.1 Situation initiale**

Au début des années 90, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a annoncé pour la première fois son intention de mettre sur pied un programme global Alcool et Tabac. Ce projet devait poursuivre dans le domaine des drogues légales la politique qui fut lancée en 1991 pour réduire les problèmes de toxicomanie dans le domaine des drogues illégales (ProMeDro). Afin de limiter le cercle des opposants potentiels, l'OFSP décida en 1995 de scinder le programme global en deux axes et de traiter dans un premier temps la question du tabagisme. C'est ainsi que fut lancé le Programme Global Tabac 1996-1999.<sup>1</sup>

Dans le même temps, l'OFSP poursuivait les travaux préparatoires pour l'instauration d'un Programme Global Alcool. Il fut décidé de renoncer à proposer au Conseil fédéral une politique de lutte contre l'alcoolisme incluant des mesures législatives. L'OFSP a en outre obtenu le soutien de la Régie fédérale des alcools (RFA) pour la réalisation et le cofinancement du projet.

Le Conseil fédéral entérina la proposition de projet de l'OFSP le 14 mai 1997, point de départ de l'élaboration concrète du premier programme national sur la consommation d'alcool. La Confédération devint ainsi pour la première fois active dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme. C'est à partir de ce moment-là que démarra également la collaboration avec l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), qui plaidait depuis de nombreuses années déjà en faveur de l'adoption de mesures dans ce sens.

Le programme alcool a été lancé publiquement en mars 1999 par le biais d'une campagne médiatique sous forme d'annonces, d'affiches et de spots télévisés.

---

<sup>1</sup> Bolliger-Salzmann H., Cloetta B., Bähler G., Müller F., Hofmann C.(2000): Programme Global Tabac 1996-1999 de l'Office fédéral de la santé publique – Résumé du rapport final concernant les résultats de l'évaluation, AGF/ISPM Berne

## 1.2 Contexte

Le programme alcool se situe dans un contexte qui se résume en huit points essentiels.

Premièrement, la prévention de l'alcoolisme en Suisse **in-combe** traditionnellement **aux cantons** et à différentes institutions privées. Les cantons bénéficient d'un soutien financier de la part de la Confédération - la dîme de l'alcool - en vue de lutter contre les causes et conséquences des problèmes de dépendance.<sup>2</sup> Les efforts entrepris et l'environnement institutionnel pour la prévention de l'alcoolisme varient considérablement d'un canton à l'autre, comme le montre une étude mandatée par la Fondation suisse de recherche sur l'alcool.<sup>3</sup>

Deuxièmement, la **perception de l'alcool** dans la société a changé. Il s'est avéré d'une part que le problème des drogues illégales est passé au second plan depuis le milieu des années 90 alors que la consommation d'alcool notamment chez les jeunes a suscité des préoccupations accrues. D'autre part, diverses organisations qui prônaient l'abstinence ont revu leur position dans le sens d'une consommation modérée d'alcool. Ces circonstances étaient favorables à l'objectif du programme alcool qui vise la consommation modérée d'alcool.

Troisièmement, l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 1999 de la baisse du **taux d'imposition** sur les spiritueux importés dans le cadre des règles adoptées sous l'égide du GATT/OMC a entraîné une baisse des prix des alcools „forts“. Certains prix de détail ont chuté de l'ordre de 50 pour cent et, par voie de conséquence, la consommation des spiritueux s'est accrue de 12 pour cent. Cette augmentation a surtout été constatée chez les hommes.<sup>4</sup>

Quatrièmement, l'assouplissement des lois dans le secteur de la **restauration**, et notamment le fait que la patente de restaurateur n'est plus obligatoire dans de nombreux cantons, ont engendré la suppression d'un important canal de diffusion concernant les bases légales et la problématique du débit d'alcool.

Cinquièmement, l'impact publicitaire de **l'industrie de l'alcool** doit également être pris en compte dans un programme de pré-

---

<sup>2</sup> nCF art. 131, al. 3.

<sup>3</sup> Sager F.; Vatter A. (2000)

<sup>4</sup> ISPA (2000)

vention de l'alcool. Dans certains pays étrangers, l'industrie de l'alcool participe au programme de prévention. L'OFSP a toutefois exclu une telle collaboration.

Sixièmement, la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFA) a élaboré le "**Plan national d'action alcool 2000**" (PNAA) qui se base sur le plan d'action alcool de l'OMS. L'objectif global est "la prévention et la réduction des dommages et de la souffrance humaine découlant d'une consommation d'alcool inadéquate".<sup>5</sup>

Septièmement, le Conseil fédéral a fixé en janvier 2002 les principes pour l'élaboration du message de la nouvelle **loi fédérale sur la radio et la télévision** (LRTV), laquelle prévoit d'autoriser les publicités pour la bière et le vin, mais pas pour les spiritueux, dans les programmes des diffuseurs privés.<sup>6</sup>

Huitièmement, la révision de la **loi sur la circulation routière** (LCR) prévoit un certain nombre de changements qui méritent d'être mentionnés, à savoir la disposition en vigueur à partir de 2004 permettant aux organes compétents d'ordonner un contrôle de l'air expiré même en l'absence d'indices extérieurs d'ébriété, et d'autre part le permis de conduire à l'essai. En outre, l'Ordonnance sur le taux limite d'alcoolémie dans la circulation routière semble en voie d'adoption au Parlement, ce qui impliquerait un abaissement à 0,5 pour mille à partir de 2004. Ces changements sont jugés positifs dans le contexte du programme alcool.

### 1.3 **Description du programme alcool**

Le programme alcool est un **programme de prévention** prévu initialement pour une période de quatre années, de 1999 à 2002.

---

<sup>5</sup> Le plan d'action alcool contient en soi les bases d'une politique de lutte contre l'alcoolisme qui repose sur trois piliers: prévention (y compris mesures de contrôle), réduction des dommages et thérapie. Ce plan mentionne le programme alcool comme élément du premier pilier et recommande sa reconduction au-delà de 2002. Une collaboration entre la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFA) et les cantons intéressés est en cours de développement.

<sup>6</sup> En juin 2002, le Conseil des Etats a accepté une initiative parlementaire en faveur d'une révision partielle de la LRTV, voulant autoriser la publicité pour la bière et le vin. Le 13.11.2002, la Commission des télécommunications du Conseil National a toutefois rejeté une révision partielle anticipée. L'affaire sera traitée par le Conseil National.

Son **objectif global** est la "réduction des comportements à risque en matière d'alcool au sein de la population" (cf. ci-après). La campagne intitulée "ça débouche sur quoi?"<sup>7</sup>, avec son symbole d'un ouvre-bouteilles, visent à informer, sensibiliser et inciter la population à réduire la consommation d'alcool.

**La consommation à risque** est définie comme suit dans le programme:

Tableau 1: Définition des modèles de consommation à risque

| Modèles de consommation à risque <sup>8</sup> | Définition   |
|---|--|
| Consommation chronique                        | Plus de deux verres d'alcool par jour (pour les femmes) ou trois (pour les hommes) <sup>9</sup>            |
| Etat d'ivresse épisodique                     | A partir de quatre verres d'alcool (pour les femmes) ou cinq (pour les hommes) au moins deux fois par mois |
| Consommation inadaptée à la situation         | Pas d'abstinence avant de conduire un véhicule, durant la grossesse, en cas de prise de médicaments, etc.  |

La **sensibilisation et la prise de conscience du problème** ont été mesurées à partir du modèle transthéorique de Prochaska<sup>10</sup>, qui présente les changements comportementaux dans un modèle en cinq étapes ou phases:

Tableau 2: Modèle en cinq phases de Prochaska<sup>11</sup>

|    | Phases                                    | Caractéristique  |
|----|---|--|
| 1. | La pré-réflexion (angl. precontemplation) | Absence de réflexion critique sur le comportement, pas de volonté de changer |
| 2. | La réflexion (contemplation)              | Conscience du problème, évocation d'un changement de comportement            |
| 3. | La préparation (preparation)              | Volonté réelle de changer de comportement                                    |
| 4. | L'action (action)                         | Changement de comportement   |
| 5. | Le suivi/maintien (Maintenance)           | Persévérance dans le changement de comportement                              |

<sup>7</sup> "Alles im Griff?" resp. "Che ci cavi?"

<sup>8</sup> Une combinaison des différentes formes de consommations à risque est possible (cumul des risques).

<sup>9</sup> Pour un verre d'alcool, on compte 12 grammes d'alcool pur.

<sup>10</sup> p. ex. Grimley et al. (1994)

<sup>11</sup> D'après ce modèle théorique, une personne traverse les cinq étapes pour modifier son comportement, un processus qu'il faut considérer comme idéal-typique. Rares sont les évolutions linéaires, les rechutes et donc la nécessité de répéter une ou plusieurs étapes sont courantes.

Le programme alcool ne prétend pas agir sur toutes les étapes du modèle. Il ne vise dans un premier temps "qu'à" :

- amener les consommateurs à risque de la phase de pré-réflexion à la phase de réflexion et
- à inciter les consommateurs à risque à passer de la phase de réflexion à l'action.

Les **objectifs** concrets en vue de sensibiliser et d'accroître la prise de conscience sont définis dans le programme alcool par rapport aux différents modèles de consommation:<sup>12</sup>

*"Chez les consommateurs/trices épisodiques de 20 à 30 ans, il s'agit de réduire la part des personnes en phase de pré-réflexion de 78%<sup>13</sup> à 70%, tout en maintenant constante la part des consommateurs/trices chroniques et cumulant les risques. La part des non-consommateurs/trices ou des personnes à faible consommation doit rester inchangée. Par ailleurs, les personnes en phase de réflexion doivent être motivées à passer aux étapes suivantes du changement de comportement."*

Le programme alcool s'appuie sur le **concept de marketing social** d'Andreasen, qui associe la démarche de Kotler<sup>14</sup> au modèle transthéorique de Prochaska<sup>15</sup>. L'objectif du marketing social est de provoquer des changements comportementaux dans le contexte social. La méthode consiste pour l'essentiel à évaluer et à commercialiser des modes de comportement comme des "produits". On veut ainsi parvenir à inciter les groupes-cibles à se débarrasser des comportements non souhaités et à adopter des comportements souhaités.

Les **mesures** du programme sont réparties en six projets qui ont chacun leurs objectifs et groupes-cibles définis.

- Le projet le plus visible et le plus important en termes de budget (env. 70%) est celui de la "**campagne de prévention**". Cette campagne par affichage et spots cinéma/TV a pour but de sensibiliser la population et, en particulier, de favoriser une prise de conscience chez les personnes de 20 à 30 ans présentant une ivresse épisodique.
- Le but du projet "**partenariat**" est de fournir gratuitement aux centres régionaux et locaux de prévention et de conseil

---

<sup>12</sup> "Objectifs 'ça débouche sur quoi'? 1999-2001"(document de travail interne, s.a., s.l.)

<sup>13</sup> Valeur obtenue en 1998 dans une enquête représentative auprès de la population (18-74 ans), cf. Müller et al. (1999)

<sup>14</sup> Kotler (1975) ou Kotler & Roberto (1991)

<sup>15</sup> Andreasen (1995)

en matière d'alcoolisme des affiches et du matériel publicitaire. Les partenaires peuvent faire imprimer gratuitement leur adresse sur les affiches du programme et les disposer dans leur zone d'activité.

- Le projet "**médecins de famille**" (lancé en janvier 2000) propose aux praticiennes et praticiens une formation continue sur la technique d'entretien des interventions brèves<sup>16</sup>. Il s'agit de sensibiliser les médecins au dépistage précoce de la consommation d'alcool à risque chez leurs patients, et de les motiver à aborder, par l'intervention brève, ce sujet avec eux.
- Le projet "**Internet**" cible en particulier les internautes pour leur transmettre de manière ludique les messages de prévention et les informations du programme alcool. Le site Internet offre également tout un choix de sujets en relation avec le programme alcool.
- Le projet "**communes**" s'adresse aux villes de 5'000 à 50'000 habitants. Lancé sous forme de projet pilote en décembre 2000, il vise aujourd'hui à stimuler la volonté politique et l'action sur le plan local, et à inciter les communes à définir et à mettre en oeuvre une politique locale sur l'alcool.
- Le projet "**helpline**" (ligne d'assistance nationale) n'a été opérationnel qu'en l'an 2000. Le 143, numéro d'appel pour les conseils anonymes accessible 24 heures sur 24, a été mis à disposition pour le programme. A l'instar d'Alco-line, le service téléphonique pour les problèmes d'alcool lancé dans les cantons de Genève et Vaud, la helpline avait pour but de proposer un entretien personnalisé avec un interlocuteur qualifié aux personnes qui appelaient pour un problème d'alcool et de les diriger vers les réseaux compétents.

Le programme alcool est régi par trois **organes**: le comité de surveillance en tant qu'instance suprême définit les conditions-cadre, la commission étant chargée des mesures de contrôle. Ces deux organes sont composés de membres de l'OFSP, de la RFA et de l'ISPA. La mise en oeuvre du programme incombe à la direction du programme qui a été externalisée et n'est donc pas intégrée à l'OFSP.

Un groupe d'accompagnement a par ailleurs été créé pour le conseil et le suivi critique du programme alcool. Il est constitué de membres de l'ancien groupe d'accompagnement de la cam-

---

<sup>16</sup> cf. Stoll B, Daeppen J.-B., Decrey Wick H. (1999) et Stoll B. (2000)



pagne drogue et de représentants d'organisations des domaines de l'alcool, de la médecine et de la prévention.

## 2 L'évaluation globale

### 2.1 Mandat et objectifs de l'évaluation globale<sup>17</sup>

**Le mandat et les objectifs** de l'évaluation ont été décrits comme suit par l'OFSP: "*L'évaluation globale du programme alcool 1999-2002 doit examiner et analyser en premier lieu la conceptualisation et la mise en oeuvre mais aussi l'effet des mesures définies dans ce programme et à partir de là, formuler les recommandations pour les étapes ultérieures. Pour ce faire, toutes les données disponibles (...) ainsi qu'un certain nombre "d'outputs" du programme alcool devront être pris en compte. L'analyse devra se concentrer en particulier sur les différentes formes de transmission des informations du programme alcool et ses effets respectifs.*"<sup>18</sup>

L'OFSP a formulé quatre **questions d'évaluation** (Office fédéral de la santé publique 2000, p. 17):

1. La conceptualisation du programme alcool et les décisions stratégiques qui ont été prises sont-elles pertinentes (définition du problème, choix de la stratégie, définition des objectifs et des groupes-cibles, comparaison avec d'autres modèles)?
2. Quels sont les points forts et les points faibles de la mise en oeuvre du programme, et est-il adéquat pour atteindre les objectifs et les groupes-cibles définis?
3. Quelles sont les mesures qui permettent d'atteindre les objectifs et les groupes-cibles définis, et quels sont leurs effets?
4. Quelle est l'influence du contexte (politique, économique, social, culturel, régional, etc.) sur les objectifs du programme alcool?

Le présent compte rendu s'appuie sur le rapport final de l'évaluation globale<sup>19</sup> qui présente les résultats empiriques de façon détaillée.

---

<sup>17</sup> Le terme d'évaluation globale désigne une évaluation basée sur un programme de mesures global ou une stratégie globale. L'évaluation porte sur un train de mesures complet et non sur ses différents éléments constitutifs ou projets ou programmes (Office fédéral de la santé publique 1997, p. 67)

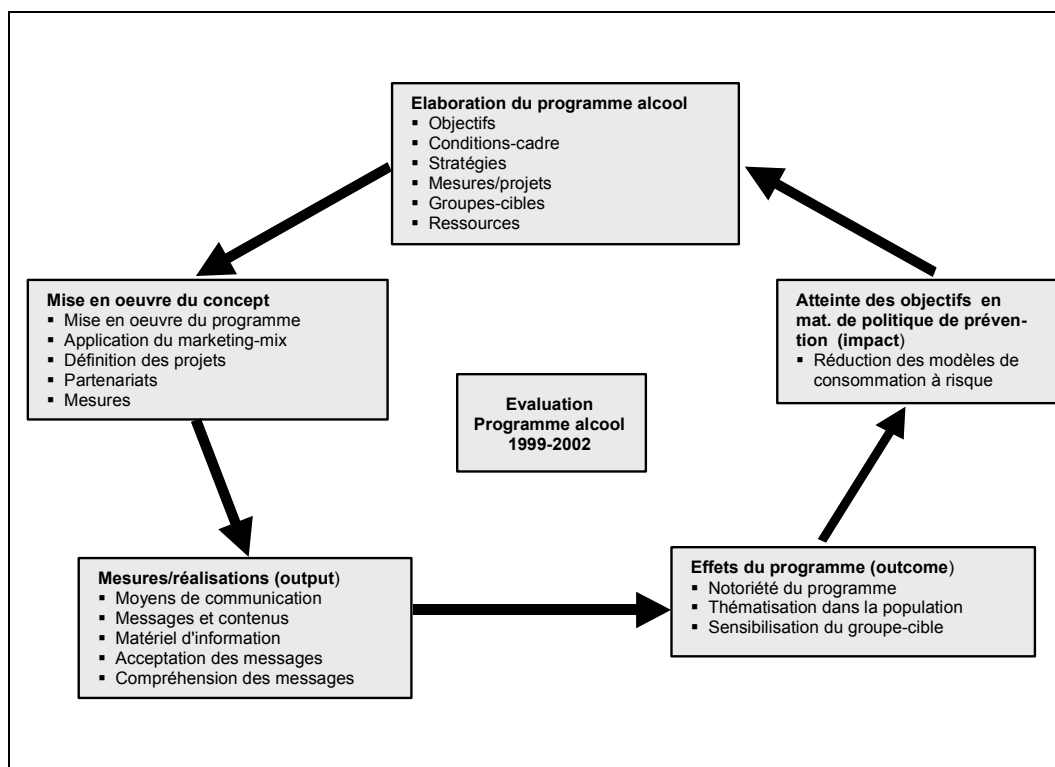
<sup>18</sup> Office fédéral de la santé publique (2000, p. 13)

<sup>19</sup> cf. Peters (2002)

## 2.2 Base de l'évaluation

Le concept d'évaluation repose sur les relations de cause à effet telles qu'elles sont décrites par l'évaluation scientifique.<sup>20</sup>

Figure 3: Objets de l'évaluation et relations de cause à effet



Il faut distinguer en particulier les résultats et les impacts. Les résultats (outcome) sont les "objectifs d'un programme/projet, qui ont été atteints par comparaison aux objectifs fixés, grâce aux réalisations (outputs) des différents partenaires." Les impacts sont des "effets durables positifs et négatifs, primaires et secondaires d'un programme/projet, qui peuvent être directs ou indirects, intentionnels ou non, souhaités ou non."<sup>21</sup>

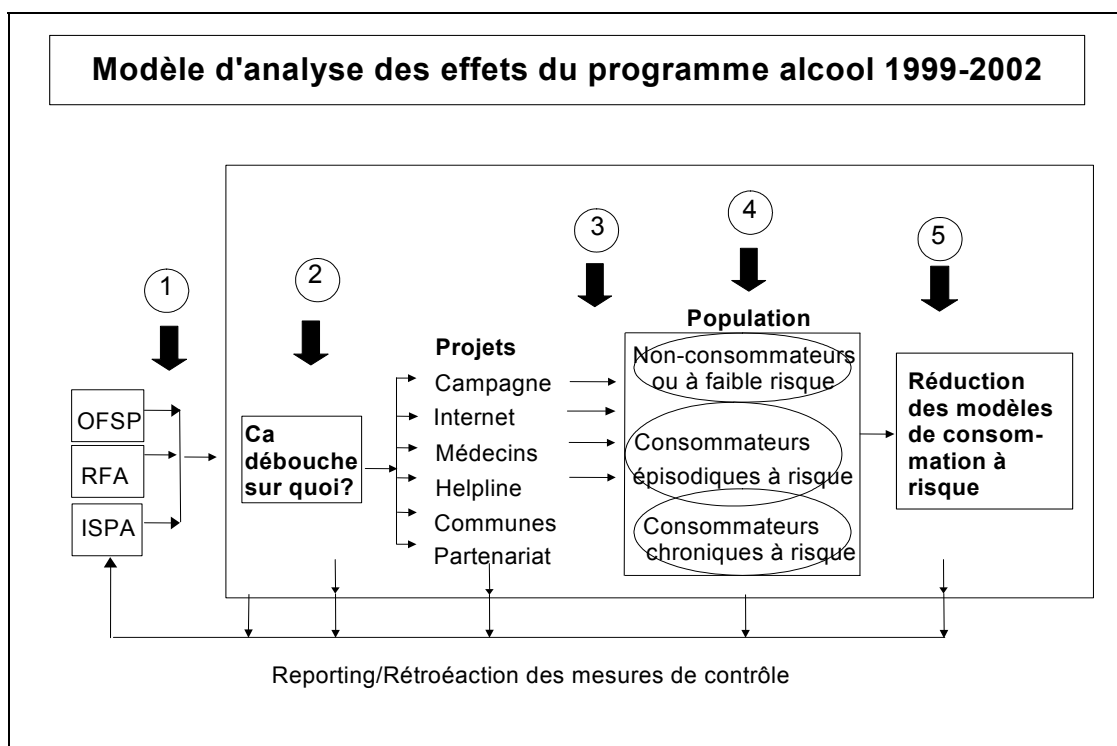
<sup>20</sup> p. ex. Direction du développement et de la coopération (2002)

<sup>21</sup> Direction du développement et de la coopération (2002, p. 2 et 4)

## 2.3 Modèle d'analyse des effets

Le modèle d'analyse des effets décrit de façon simplifiée la structure du programme et la manière de l'évaluer en tenant compte de tous les points d'évaluation définis (cf. chiffres 1 à 5):

Figure 4: Modèle d'analyse des effets



Le modèle d'analyse des effets permet de dégager cinq modules pour l'évaluation, qui répondent aux quatre questions d'évaluation (cf. p. 10):

### Module 1: évaluation du concept

Evaluation des décisions stratégiques (définition du problème, recherche d'une stratégie, choix du modèle théorique, détermination des groupes-cibles et des objectifs, décision marketing) et évaluation du processus de décision; répond à la question 1.

### Module 2: évaluation de la mise en oeuvre

Evaluation de la mise en oeuvre de la stratégie, de l'organisation concrète du programme et de la collaboration entre les différents organes du programme; répond à la question 2.

### Module 3: évaluation de "l'output"

Evaluation des "produits" visibles, des mesures et des messa-

ges au niveau de leur concordance avec les objectifs et de leur acceptation et compréhension; répond partiellement à la question 3.

**Module 4: évaluation des résultats (outcome)**

Evaluation des différentes mesures du programme au niveau de la perception, de l'appréciation et de l'atteinte des objectifs auprès des groupes qui sont ciblés par une mesure; répond partiellement à la question 3.

**Module 5: évaluation de l'impact**

Evaluation des effets du programme en ce qui concerne la réduction des modèles de consommation à risque au sein de la société, en particulier chez les groupes-cibles primaires; répond partiellement à la question 3.

L'influence du contexte sur le programme (cf. question 4) a été examinée en particulier dans les modules 1, 2 et 4.

## **2.4 Déroutement de l'évaluation globale**

Comme l'indique le modèle d'analyse des effets, la 1<sup>re</sup> phase de l'évaluation globale (août 2000 à août 2001) a été consacrée en priorité à l'évaluation du concept et de la mise en oeuvre du programme (modules 1 et 2). Le rapport intermédiaire correspondant<sup>22</sup> a été présenté au mois d'août 2001 et a donc influencé la planification 2002, dernière année du programme.

La focalisation initiale sur les 5 modules, telle qu'elle apparaît dans le modèle d'analyse des effets, a dû être revue en cours d'évaluation. Les travaux (projets) du programme n'ayant pas évolué au même rythme, on s'est aperçu que les différents modules ne pourraient être analysés à un moment précis pour tous les éléments du programme. D'une approche transversale, on est passé à une observation longitudinale du programme et de ses différents projets. Selon l'état d'avancement des travaux, on a cependant toujours examiné la totalité des aspects, depuis la conception jusqu'aux effets.

Dans la 2<sup>e</sup> phase (septembre 2001 à août 2002), l'évaluation des projets était centrée sur les modules 3 à 5 (output, outcome et impact) .

---

<sup>22</sup> Furrer (2001)

### 3 **Méthodologie**

La méthodologie suivie impliquait l'analyse des documents disponibles du programme, l'exploitation de nombreux rapports existants et l'utilisation de données de processus des projets ou de données achetées à des tiers:

- Analyse qualitative des procès-verbaux de la commission, du comité de surveillance et du groupe d'accompagnement ainsi que d'autres documents du programme (organigramme, brochure du programme 2001, contrats pour les projets, etc.)
- Exploitation des rapports existants sur les prétests des campagnes 1999<sup>23</sup>, 2000<sup>24</sup>, 2001<sup>25</sup> et 2002<sup>26</sup>, et sur les posttests des campagnes 1999<sup>27</sup>, 2000<sup>28</sup> et 2001<sup>29</sup>
- Exploitation du rapport de l'enquête de référence de 1998<sup>30</sup> et de l'enquête de suivi de 2000<sup>31</sup>
- Exploitation des statistiques des projets Partenariats, Médecins de famille et Communes
- Dépôt de questions dans le forum Internet de l'American Evaluation Association
- Analyse des données générées par les processus (statistiques du site Internet [www.alles-im-griff.ch](http://www.alles-im-griff.ch))
- Analyse de données de panel achetées concernant l'utilisation du site Internet du programme alcool (Digital Media Audience Ratings du panel at home de MMXI Switzerland)

Parallèlement, de nombreux relevés de données propres ont été réalisés, comme décrit dans le Tableau 5 (cf. pages suivantes); les deux derniers relevés de données (sources de données 14 et 15) sont en cours.

---

<sup>23</sup> SCOPE (1999)

<sup>24</sup> IPSO (1999)

<sup>25</sup> Sparks AG (2001)

<sup>26</sup> Ernest Dichter SA (2001)

<sup>27</sup> IPSO (1999)

<sup>28</sup> IPSO (2001a)

<sup>29</sup> IPSO (2001b)

<sup>30</sup> Müller et al. (1999)

<sup>31</sup> Müller et al. (2001)

Tableau 5: Vue d'ensemble des relevés de données propres

| N° | Source de données (univers/échantillon)   | Module | Principaux thèmes  | Méthode de relevé   | Nombre pers. int. | Période                     |
|----|---|--------|--|---|-------------------|-----------------------------|
| 1  | Participants au programme / enquête approfondie (première enquête)                    | 1      | Contexte et processus de conceptualisation et de mise en oeuvre, réflexions fondamentales et évaluation des résultats    | Interviews personnelles, guide d'entretien, structurées, analyse qualitative du contenu selon Mayring (2000), couverture 100% | 11                | Fév/Juin 01                 |
| 2  | Participants au programme / enquête intégrale (deuxième)                              | 1      | Changements au niveau du concept et dans la mise en oeuvre   | Interviews personnelles ou téléphoniques, avec guide d'entretien, structurées   | 7                 | Juil/Août 02                |
| 3  | Participants aux projets / échantillon ciblé (en partie mêmes pers. que ci-dessus)    | 1, 2   | Conceptualisation et mise en oeuvre des projets, mesures et produits   | Interviews personnelles et téléphoniques, peu structurées, taux de couverture 100%  | 7<br>11           | Mars/Sept 01<br>Fév/Août 02 |
| 4  | Experts en matière de dépendance et de prévention / échantillon ciblé                 | 1, 2   | Connaissance de la conceptualisation et de la mise en oeuvre du programme, évaluation du concept et de la mise en oeuvre | Interviews personnelles, avec guide d'entretien, structurées, analyse qualitative du contenu selon Mayring                    | 23                | Mars/Sept 01                |
| 5  | Spécialistes de la prévention et des dépendances / échantillon aléatoire              | 2,3    | Notoriété et évaluation du programme, des projets et des mesures   | Interviews téléphoniques, questionnaire standardisé, questions ouvertes, taux de couverture 86%                               | 81                | Déc 01/Janv 02              |
| 6  | Journalistes / échantillon aléatoire stratifié  | 3      | Observation et traitement des programmes de prévention, notoriété et évaluation du programme, de ses projets et mesures  | Interviews téléphoniques, avec guide d'entretien, structurées   | 33                | Oct/Nov 01                  |
| 7  | Spécialistes en prévention et représentants des cantons / sélection ciblée (CH além.) | 2      | Evaluation de la durabilité et possibilités d'ancrage  | Discussion de groupe  | 6                 | Oct 01                      |

| N° | Source de données<br>(univers/échantillon)  | Module | Principaux thèmes   | Méthode de relevé   | Nombre pers. int.          | Période      |
|----|---|--------|---|---|----------------------------|--------------|
| 8  | Spécialistes en prévention et représentants des cantons / sélection ciblée (CH rom./it.)                  | 2      | Evaluation de la durabilité et possibilités d'ancrage   | Interviews téléphoniques, avec guide d'entretien, structurées   | 5                          | Juil/Août 02 |
| 9  | Consommateurs épisod. à risque, 20-35 ans/échant. aléat   | 3      | Perception et compréhension de la campagne 2001   | Interviews personnelles, avec guide d'entretien, structurées  | 20                         | Juin/Juil 01 |
| 10 | Consommateurs épisod. à risque, 20-35 ans / 2 <sup>e</sup> enquête  | 3      | Changements de perception du problème et de comportement depuis l'année précédente  | Interviews téléphoniques, avec guide d'entretien, structurées   | 7                          | Mars/Juin 02 |
| 11 | Médecins (participants et non-participants à la formation continue du P Médecins) / échantillon aléatoire | 2, 3   | Evaluation des cours et changements de comportement d'intervention depuis le début du cours ou besoin en matière de prévention, motifs de la non-participation, comportement d'intervention | Interviews téléphoniques, questionnaire standardisé avec questions ouvertes, taux de couverture participants: 65% net / non-participants: 53% net | 49 part.,<br>102 non-part. | Juil/Août 02 |
| 12 | Internautes, 15-25 ans (CH além.) / échantillon aléatoire   | 1      | Comportement de navigation, critères d'évaluation du jeu  | Interviews téléphoniques, avec guide d'entretien, structurées   | 7                          | Juillet 02   |
| 13 | Experts de l'Internet / échantillon ciblé   | 1      | Données générées par les processus, instruments de mesure sur Internet  | Entretiens d'information personnels ou téléphoniques  | 3                          | Juin 02      |
| 14 | Chefs de projet dans les communes du P Communes / enquête approfondie                                     | 2, 3   | Etat de la situation, motifs de participation des communes, "arguments de vente"  | Interviews téléphoniques, avec guide d'entretien, structurées, taux de couverture 88%   | 15                         | Août-Oct 02  |
| 15 | Acteurs dans les communes du P Communes / échantillon ciblé   | 3      | Motifs de participation, arguments pour ou contre la participation, résultats   | Enquête écrite, questionnaire standardisé avec questions ouvertes (couverture 25%)  | 12                         | Oct 02       |



## 4 Les principaux résultats de l'évaluation

### 4.1 Question d'évaluation 1: la conceptualisation du programme alcool et les décisions stratégiques qui ont été prises sont-elles pertinentes?

Les critères d'appréciation suivants sont utilisés pour cette première question qui concerne le module d'évaluation 1 (cf. p. 12):

- **La pertinence, qui** explore dans quelle mesure les objectifs du programme sont concordants avec les intentions et les objectifs de la politique de santé.
- **La transparence, qui** explore si le design du programme est suffisamment clair et détaillé, s'il contient des décisions stratégiques et des explications concernant les liens entre les objectifs et les mesures d'une part, et les influences extérieures d'autre part.
- **La justification théorique, qui** explore si le programme repose sur des bases conceptuelles et théoriques.
- **La qualité des objectifs, qui** explore si les objectifs satisfont les standards généralement admis dans la formulation d'objectifs.<sup>32</sup>
- **La cohérence, qui** explore l'adéquation et la concordance des différentes parties du programme, et la définition de mesures à partir des objectifs.
- **L'adéquation, qui** explore si l'on est en droit d'attendre efficacité et efficacité, dans le cadre d'une évaluation ex-ante.
- **La durabilité, qui** explore la continuité de l'utilité et des effets visés que l'on peut attendre.

#### 4.1.1 Conceptualisation

Un premier résultat central de l'évaluation réside dans la constatation qu'il n'existe pas de **concept détaillé de programme rédigé par écrit** à titre de fondement du programme.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Les objectifs doivent être "smart" (specific, measurable, appropriate, realistic, timely) (par ex. Office fédéral de la santé publique 1997, page 21)

<sup>33</sup> Dans ce qui suit, l'évaluation du concept repose surtout sur les interviews avec les participants au programme et avec des personnes issues de l'environnement du programme (sondages 1 à 4).

L'instrument de conduite central du management du programme ou du projet, le "logical model", "logical framework" ou Logframe<sup>34</sup>, fait défaut. Lors d'interviews menées auprès des participants au programme et aux projets<sup>35</sup>, un consensus implicite est apparu, et l'on constate, d'une manière générale, que les objectifs et la manière de procéder sont connus. Les mêmes interviews montrent cependant aussi qu'il existe des divergences dans l'importance accordée aux différents aspects du programme et dans leur interprétation, et que l'on trouve ponctuellement certaines lacunes (p. ex. en ce qui concerne le marketing social, voir ci-après).

Les initiateurs du programme **justifient** aujourd'hui son existence par l'argument selon lequel, conformément à l'enquête de référence de 1998, environ 20% de la population, c'est-à-dire environ 1 million de personnes, boivent trop d'alcool quotidiennement ou quelques fois par mois.<sup>36</sup> La même étude montre que deux tiers de ces consommateurs ignorent que leur comportement de consommation engendre des risques importants.

Les experts des domaines de la dépendance et de la prévention considèrent la justification du programme comme suffisante et valable.<sup>37</sup>

La **définition de la norme**, et par là des "modèles de consommation d'alcool à risque" (cf. Tableau 1, p. 6) repose sur une étude approfondie de documents de l'ISPA et sur un symposium international d'épidémiologues et de praticiens en médecine sociale et préventive, organisé conjointement par l'ISPA et l'OFSP en 1997.

La norme choisie constitue certes une simplification, mais elle est acceptée et nécessaire, selon l'avis des experts des domaines de la dépendance et de la prévention, dans la mesure où elle doit être communicable.<sup>38</sup>

Parce que l'alcool est considéré en Suisse comme une denrée d'agrément, dont la consommation repose sur une tradition

---

<sup>34</sup> La Direction du développement et de la coopération (2002) décrit ce concept de la manière suivante: "Instrument de conduite pour l'amélioration du design du programme/du projet. Il comprend la définition d'éléments stratégiques (but; inputs, activités, outputs) et leurs relations causales, ainsi que des hypothèses sur des facteurs externes (risques, tendances), qui pourraient influencer le succès ou l'échec. Le Logframe peut faciliter la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de programmes/projets de manière transparente et participative."

<sup>35</sup> Sources de données 1 et 2 (cf. Tableau 5)

<sup>36</sup> Müller et al. (1999)

<sup>37</sup> Sources de données 4 et 5 (cf. Tableau 5)

<sup>38</sup> Source de données 1 (cf. Tableau 5)

dans le pays, et parce qu'une consommation très modérée d'alcool exerce un effet positif sur la fonction cardiaque, on a renoncé à définir l'abstinence comme objectif du programme. C'est par conséquent la „réduction des comportements à risques au sein de la population“ qui a été choisie comme **objectif global** du programme.

L'étude de la documentation de l'ISPA et le symposium de 1997, associés au modèle transthéorique de Prochaska qui a servi de **fondement théorique**, ont incité à restreindre le **groupe-cible** aux consommateurs à risques se trouvant dans les phases de pré-réflexion et de réflexion. Deux **objectifs qualitatifs** sont apparus en conséquence: sensibilisation et augmentation de la conscience du problème par l'information d'une part, et motivation vers un changement de comportement d'autre part.

L'enquête de référence de 1998 a montré alors, pour la première fois en Suisse, que les personnes ayant une consommation à risque de façon épisodique (ci-après : les consommateurs épisodiques à risques) représentent, avec 21%, le groupe le plus important, contre 3% de consommateurs chroniques à risques et 4% de personnes cumulant différentes formes de risques, alors que les 72% restants de la population ont une consommation d'alcool à risques faibles. C'est pourquoi le **groupe-cible** a été encore restreint en 2000 aux consommateurs épisodiques à risques. Le projet Campagne ciblait en outre spécifiquement la classe d'âge de 20 à 30 ans.

Pour le groupe-cible valable aujourd'hui, les consommateurs épisodiques à risques<sup>39</sup>, l'**objectif quantitatif** du programme a ensuite été formulé ainsi: réduction de la part des personnes en phase de pré-réflexion de 78% à 70%. Il n'a pas été fixé d'objectifs quantitatifs pour l'étape du passage de la phase de réflexion à la phase d'action.

Les experts du domaine de la dépendance et de la prévention accueillent favorablement le choix de l'objectif global, du groupe-cible et des objectifs qualitatifs. Les spécialistes de la prévention et des dépendances donnent une bonne appréciation de l'objectif global et des objectifs qualitatifs.<sup>40</sup> Ils observent cependant que les consommateurs épisodiques à risques ne constituent pas le seul groupe-cible possible et que l'enquête

---

<sup>39</sup> Désignés aussi par personnes présentant une ivresse épisodique, en anglais bingers

<sup>40</sup> Sources de données 4 et 5 (cf. Tableau 5)

de référence ne constitue pas une justification suffisante de la limitation de la campagne au groupe des „bingers“ de 20 à 30 ans. Il n'est pas prouvé que ces jeunes consommateurs aient plus tendance que d'autres à devenir plus tard des alcooliques. Il est également mis en doute que les personnes non conscientes du problème (phase de pré-réflexion) soient réceptives aux messages de prévention.

**La durée** du programme communiquée au début à quatre ans, a été jugée trop brève et problématique dans les enquêtes<sup>41</sup>, dans la mesure où elle ne saurait être prise au sérieux par les professionnels.

La contrainte de temps constitue un des éléments clefs du programme, comme le montre l'évaluation, et elle est souvent mise de l'avant pour expliquer le déroulement concret des événements et l'existence de certaines lacunes (p. ex. concept manquant, démarrage par étapes des projets, absence d'harmonisation, etc.).

### **Appréciation et recommandations**

La **pertinence** du programme et celle de l'objectif global sont démontrées. La consommation d'alcool inappropriée constitue en Suisse un problème de santé, qui s'accompagne de conséquences sociales significatives. C'est en particulier la focalisation sur le groupe des consommateurs épisodiques à risques, le groupe le plus important en nombre et qui n'a pratiquement pas été pris en compte jusqu'à présent dans la prévention, qui doit être appréciée comme un élément positif. La période de réalisation de 4 ans allouée pour un programme de prévention n'est cependant pas réaliste, en particulier si l'on considère les changements peu favorables de l'environnement (cf. 1.2).

*Recommandation: il convient de décider à l'avance, lors de la planification future de projets, dans quelle mesure les conditions-cadres de la politique (rythme de budget court, demande de résultats probants, etc.) sont à prendre en compte lors de la formulation d'un programme, par rapport aux exigences inhérentes au programme de prévention. Dans le même esprit, il doit être évalué si une contrainte de temps issue de facteurs extérieurs ou si le programme doit être adapté à des influences*

---

<sup>41</sup> Sources de données 4 et 5 (cf. Tableau 5)

*externes<sup>42</sup> sont à accepter ou si la priorité doit être donnée à la réalisation du programme selon le plan établi.*

La **transparence** du programme n'est limitée que parce qu'il n'a pas été élaboré ni rédigé de concept détaillé par écrit ("logical model") avant le début de la mise en application. Nous supposons qu'il s'agit ici de l'une des raisons du manque de cohérence de l'ensemble du programme.

Même si le programme peut être considéré dans son ensemble comme un succès, cela ne saurait, à notre avis, justifier le manque de transparence. Il convient plutôt de s'interroger sur les éventuels bénéfices supplémentaires qui auraient pu être apportés par une meilleure transparence.

*Recommandation: un concept de programme ou Logframe doit être déclaré obligatoire pour les programmes futurs.*

La **justification théorique** du programme est donnée par le modèle transthéorique. La seule remarque critique que l'on puisse faire est que d'autres théories du comportement en matière de santé n'ont pas été discutées.<sup>43</sup> Même si une appréciation de cette base théorique sort du cadre de notre mandat d'évaluation, on peut noter que le modèle est bien ancré dans le domaine du tabagisme et qu'il est utilisé de manière de plus en plus fréquente sur le plan international pour des programmes de prévention dans d'autres domaines. Malgré son utilisation fréquente, le modèle n'est par ailleurs pas exempt de critiques.<sup>44</sup> Un certain nombre d'experts en prévention interrogés ont par exemple critiqué l'aspect individualiste, parce que le comportement de consommation est fortement déterminé par l'appartenance au groupe et à la dynamique de celui-ci.<sup>45</sup>

Il faut par contre noter que le document de base choisi n'a pas été utilisé de manière conséquente lors de la conception. Ainsi, la phase de préparation conformément au modèle n'est pas mentionnée en relation avec l'objectif „motivation pour un changement de comportement“, bien qu'il s'agisse, en matière de psychologie de la motivation, du point décisif.<sup>46</sup> Il manque également des réflexions spécifiques sur la façon de soutenir les transitions d'une étape du modèle à la suivante. La

---

<sup>42</sup> Ainsi, p. ex., le démarrage de la campagne 1999 a été avancé à courte échéance, parce que des moyens financiers ont été libérés.

<sup>43</sup> P. ex. Empowerment, Health-Belief Model, Theory of reasoned action (cf. Schwarzer 1996)

<sup>44</sup> P. ex. Bunton et al. (2000)

<sup>45</sup> Ce que confirme une étude qualitative réalisée à la demande de l'ISPA et de l'OFSP, Link 1997.

<sup>46</sup> cf. Schumacher (2001)

transitions d'une étape du modèle à la suivante. La **cohérence** dans l'application du fondement théorique est limitée.

Le programme alcool montre combien l'existence d'un fondement théorique est utile et indispensable pour un programme, ce fondement devrait donc être obligatoire pour tous les programmes quels qu'ils soient. Le fondement doit cependant avoir un rôle directeur lors de la mise en oeuvre concrète, ce qui n'a pas été suffisamment le cas dans le programme alcool, comme nous allons le montrer (cf. 4.2.1 et 4.3.1).

*Recommandation: les objectifs pour la 2e phase du programme sont à redéfinir de manière cohérente, en s'appuyant sur la base théorique, et à utiliser comme fondement de la planification des mesures.*

La **qualité des objectifs** présente de grandes différences d'un objectif à l'autre. Ainsi, l'objectif de réduction des modèles de comportements à risques sur la base de fondements médicaux et épidémiologiques a été soigneusement opérationnalisé. Mais il n'est pas formulé en chiffres et ne peut donc être mesuré. Il est en outre plutôt irréaliste, étant donné la courte durée du programme. Les objectifs qualitatifs (sensibilisation et augmentation de la conscience du problème ainsi que motivation pour un changement de comportement) sont peu spécifiques et ne sont pas mesurables. L'objectif quantitatif (réduction de la part des personnes en phase de pré-réflexion) satisfait par contre largement aux critères.

La contrainte de temps précédemment citée a exercé une influence sur la définition des objectifs dans le programme, d'où une cohérence insuffisante entre les objectifs.

En règle générale, les objectifs sont formulés avant le début effectif des travaux. C'est précisément lorsqu'on s'aventure en terrain inconnu que ceci peut conduire à des objectifs quantitatifs (ou opérationnels) inadéquats ou irréalistes. Mais cet inconvénient est difficile à éviter.

*Recommandation: pour les objectifs qualitatifs (ou stratégiques), les exigences de cohérence et de déduction stricte doivent être maintenues. Les objectifs quantitatifs doivent être formulés et adaptés en fonction du niveau d'expérience acquis.*

La **cohérence** des objectifs et des groupes-cibles au niveau du programme est limitée dans la mesure où le groupe-cible „per-

sonnes dans la phase de préparation“ (cf. ci-dessus) n'est pas abordé.

#### 4.1.2 Stratégie

L'évaluation de la **stratégie** du programme a donné les résultats suivants:

- La **sélection des projets** ne s'est pas faite en premier lieu sur la base de l'objectif du programme et dans le cadre d'une élaboration systématique de la stratégie, mais a résulté de réflexions plutôt fortuites et pragmatiques.<sup>47</sup> Ainsi, seule l'intégration du projet Campagne a été discutée en détail, parce que celui-ci était établi depuis le début et qu'il devait faire connaître le programme. Une réflexion stratégique implicite ainsi que les expériences acquises avec un projet-pilote<sup>48</sup> ont constitué la base du projet Médecins.
- L'**ajustement** des projets les uns par rapport aux autres est faible. Des dispositions particulières pour leur interconnexion et pour la création de synergies n'ont pas été planifiées. En conséquence, la réalisation n'a pas eu lieu selon un calendrier donné, mais a résulté du déroulement des travaux préliminaires. Cette manière de procéder a été expliquée par l'importante pression des délais lors du lancement du programme.
- La **déduction** des groupes-cibles et des objectifs des projets à partir de ceux du programme présente des lacunes: seuls trois<sup>49</sup> des six projets atteignent le groupe-cible du programme (cf. p. 7), à savoir le groupe des consommateurs épisodiques à risques, qui sont en phase de pré-réflexion. Les autres s'adressent à des personnes en phase de réflexion, ce qui pourrait être une conséquence de la focalisation de l'objectif pendant le déroulement du programme (cf. p. 19).
- Les trois institutions initiatrices confèrent au programme à la fois poids et crédibilité. La direction du programme incom-

---

<sup>47</sup> Le projet Internet a été créé parce que les organes de décision estimaient que la présence dans ce média innovateur était tout simplement nécessaire.

<sup>48</sup> L'Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie (UMA) Lausanne et l'Institut de médecine sociale et préventive de l'université de Genève s'intéressent depuis longtemps aux possibilités d'intervention par les médecins de famille. La polyclinique de médecine de l'Université de Lausanne a réalisé à ce sujet un projet-pilote dans le cadre d'un autre mandat de l'OFSP.

<sup>49</sup> Projets Médecins, Campagne et Communes

bant clairement à l'OFSP, une telle constellation ne diminue pas le potentiel d'action du programme.

- Le programme est le premier programme de prévention de l'alcool réalisé en Suisse **de manière centralisée à partir de la Confédération** et avec une couverture nationale. La décision en faveur d'un tel programme est unanimement saluée par les professionnels de la dépendance et de la prévention.<sup>50</sup> Les représentants des cantons déjà actifs dans ce domaine, en particulier en Suisse romande, regrettent par contre de ne pas avoir été invités à participer à la phase de conceptualisation. Ils disposent déjà d'une grande expérience, et un ajustement avec leurs concepts aurait pu augmenter l'efficacité du programme.
- Le programme est établi au niveau **national** et nourrit l'ambition d'une couverture nationale. La phase de conception a cependant été influencée par la Suisse alémanique.
- Le programme est conçu en tant que programme de **marketing social**,<sup>51</sup> il n'existe cependant pas de concept écrit à ce sujet. Dans les documents internes et dans les protocoles, la terminologie correspondante n'apparaît qu'à peine, et les organes du programme ont des idées divergentes et souvent peu claires sur la signification du concept de marketing social. Au sein des directions des projets, le fait que le programme et ses projets sont conçus en tant que Marketing social n'est que partiellement connu.

Contrairement au concept du programme, **l'organisation du projet** est documentée dans un organigramme<sup>52</sup>, mais il manque des cahiers des charges détaillés ou des diagrammes de fonctions, qui seraient nécessaires pour une appréciation de l'organisation.<sup>53</sup> La représentation des trois instances porteuses au sein de l'organe supérieur, à savoir l'organe de surveillance, de même qu'au sein de la commission, est adéquate. La direction du programme a été externalisée, pour des raisons qui relèvent plus de l'arrêt d'engagement de personnel que de motifs stratégiques. Les obligations des directions des projets sont consignées dans les contrats.

---

<sup>50</sup> Sources de données 4 et 5 (cf. Tableau 5)

<sup>51</sup> Source de données 1 (cf. Tableau 5)

<sup>52</sup> OFSP/RFA/ISPA (s.a.)

<sup>53</sup> Les responsabilités concernant la livraison d'informations à l'attention du projet Internet étaient p. ex. peu claires au début.



Le programme bénéficie d'un accompagnement et d'un **contrôle des objectifs** sous la forme d'un monitoring et d'(auto)évaluations. Sur le plan des résultats (Outcome), les projets ont utilisé en partie des instruments propres.<sup>54</sup> Les auto-évaluations prévues dans les contrats ont été réduites à des réflexions d'ordre qualitatif en raison des travaux d'implantation plus importants que prévus. Sur le plan de l'impact, des enquêtes représentatives sur les habitudes de consommation d'alcool ont été réalisées à intervalles réguliers<sup>55</sup>.

### **Appréciation et recommandations**

La stratégie satisfait largement au critère de **pertinence**. Tous les projets ne sont certes pas suffisamment fondés, mais les éléments centraux<sup>56</sup> sont pertinents et ont également fait leurs preuves.<sup>57</sup> Les institutions initiatrices et l'objectif de la couverture nationale sont eux aussi adaptés à la dimension du problème.

La **pertinence** de l'approche centrale choisie ne saurait être approuvée aussi simplement, considérant les connaissances dont disposent certains cantons et la culture politique du fédéralisme. En ce qui concerne le critère de l'**adéquation** également, le choix de la stratégie n'est, à notre avis, qu'insuffisamment fondé. Les contraintes de temps et les ressources financières limitées sont sans doute des raisons valables dans le cas présent, mais insuffisantes à notre sens.

*Recommandation: dans des cas semblables, il convient de choisir une procédure différenciée, qui obéisse au principe de subsidiarité.*

Le manque de **transparence** a exercé une influence surtout lors de la sélection et de la conception des projets, et a engendré une cohérence insuffisante. La transparence concerne d'autre part le concept du marketing social. Elle signifie en l'occurrence que, de notre point de vue, le concept est demeuré

---

<sup>54</sup> cf. Tableau 5

<sup>55</sup> cf. enquête de référence 1998 et enquête consécutive 2000, prochaine enquête prévue pour décembre 2002

<sup>56</sup> Projets Campagne, Médecins et Communes

<sup>57</sup> L'OFSP a réalisé avec succès des campagnes dans le domaine du Sida, le projet Médecins avait réalisé avec succès une phase pilote, et le projet Communes repose sur des projets couronnés de succès à l'étranger (Holder & Reynolds 1995, Johannessen et al. 1999 et Raphael et al. 1999)

sans signification pour le programme et n'a pas influencé la mise en oeuvre.

*Recommandation: des programmes de cet ordre de grandeur doivent impérativement présenter un concept formulé et rédigé par écrit, qui satisfasse les exigences du management de projet.*

Le **fondement théorique** n'a que partiellement dirigé l'action lors de la sélection des projets. Sur le plan de la stratégie, la **cohérence** entre les projets et le programme d'une part, et entre les projets d'autre part, demeure donc lacunaire. Les justifications pour les différents projets ne sont pas obligatoires. Ainsi il n'existe par exemple pas de mesure, autrement dit de projet, qui s'adresse aux consommateurs épisodiques à risque sensibilisés et qui les conduise à agir.

Malgré ces déficits, les concepts des différents projets sont aptes à soutenir l'objectif global du programme. Ceci est valable en particulier pour la campagne qui doit rendre visible le problème et la prise de conscience de celui-ci, ainsi que pour les projets des médecins et des communes, en raison de leur orientation sur l'action et de leur durabilité présumée.

*Recommandation: pour la 2e phase, il est nécessaire d'examiner, en se fondant sur la base théorique, s'il ne faudrait pas procéder à des adaptations au niveau des mesures (projets). En particulier, il est important de se poser la question s'il n'est pas nécessaire d'élaborer des offres pour les personnes en phase de réflexion, afin qu'elles puissent passer à la phase de préparation et ensuite à la phase d'action.*

La pression des délais mentionnée a exercé également une influence négative dans la phase de **formulation de la stratégie** ainsi que sur la **cohérence**, et a conduit à une superposition de la conceptualisation et de l'implantation à partir de la fin 1998. La conceptualisation a été négligée au profit de la mise en oeuvre.

*Recommandation: la conceptualisation et l'implantation doivent être clairement séparées l'une de l'autre. Les programmes doivent être soumis à une pré-évaluation ou à une évaluation ex ante après la phase de conception, dans la mesure où des concepts transparents et cohérents sont décisifs pour le succès du programme. Un concept doit être élaboré pour la deuxième phase prévue.*

L'organisation du projet est **transparente** et **appropriée**, mais les détails (cahiers des charges ou diagrammes de fonctions, etc.) ne sont pas clairement définis.

*Recommandation: pour la deuxième phase, l'organisation du projet doit être examinée et les détails devront être précisés de manière plus claire.*

## **4.2 Question d'évaluation 2: quels sont les points forts et les points faibles dans la mise en oeuvre du programme, et est-il adéquat pour atteindre les objectifs et les groupes-cibles définis?**

La deuxième question à évaluer (cf. module d'évaluation 2) reste ouverte et n'exige pas la prise en compte des critères donnés. Une partie des résultats pourra toutefois être évaluée sur la base des critères précités (cf. p.17).

### **4.2.1 Mise en oeuvre à l'échelle du programme**

La mise en oeuvre est examinée ci-après sur le plan de l'organisation, de l'adaptation aux régions linguistiques, des mesures et de la durabilité.<sup>58</sup>

Sur le plan de l'**organisation**, l'évaluation de la mise en oeuvre a permis de dégager quatre résultats principaux:

- La collaboration des trois institutions initiatrices, l'OSFP, la RFA et l'ISPA, a bien fonctionné, également dans la phase de mise en oeuvre.
- Les enquêtes ont révélé que c'est la commission qui dirige le programme et non la direction du programme, et que celle-ci n'assume que des tâches exécutives.
- L'OFSP est doublement représenté au sein du comité, d'abord par le responsable de la section Alcool et tabac, qui est en charge du programme à l'OFSP, et ensuite par le responsable de la section Campagne et marketing. Ce dernier étant chargé du projet Campagne, il s'avère donc que ce projet est le seul à être directement représenté au sein de la commission.

---

<sup>58</sup> Sources de données 1 et 2, ainsi que source de données 3 pour les projets 3 (cf. Tableau 5)

- La fonction du groupe d'accompagnement n'était pas très claire depuis sa constitution. En raison de la distance trop importante par rapport au programme et de la taille du groupe, cet organe n'a jamais pu remplir sa fonction de pilotage prévue initialement. On lui attribua rapidement la fonction d'un organe de conseil et de suivi, qui n'a toutefois jamais été définie avec précision. Les membres eux-mêmes ne sont d'ailleurs pas au clair quant au rôle qu'ils doivent assumer.<sup>59</sup>

### **Appréciation et recommandations**

Le **patronage** des trois institutions initiatrices s'est révélé également un atout majeur dans la mise en oeuvre du programme.

Le transfert de la **direction** réelle du programme à l'échelon de la commission est problématique. Face à ses nombreuses activités, l'absence de répartition des tâches au sein de la commission se répercute de manière défavorable sur les projets. L'efficacité des travaux s'en trouve altérée, de même que le suivi des projets.<sup>60</sup>

Il est toutefois fort probable qu'au vu de l'externalisation de la direction du programme, il ne restait en fait aucune autre solution, puisque les structures administratives et financières limitent le transfert des compétences requises pour exercer une direction réelle. Si tel est le cas, on peut conclure que la conception initiale n'a pas été analysée en profondeur et n'est donc pas appropriée au but recherché.

*Recommandation: il faut examiner, dans l'optique de programmes ultérieurs, dans quelle mesure il est possible de déléguer les compétences directionnelles à des organes externes à l'OFSP. Dans le même temps, il est nécessaire d'explorer en profondeur les solutions permettant d'harmoniser les besoins du management du programme et les exigences des structures administratives.*

La représentation du **projet Campagne** au sein de la commission n'a été décidée que pour des raisons purement pragmati-

---

<sup>59</sup> Suite au rapport intermédiaire de l'évaluation, la situation du groupe d'accompagnement a été discutée au sein de la commission et du groupe lui-même. Compte tenu des résultats, nous maintenons qu'il existe toujours une certaine confusion conceptuelle.

<sup>60</sup> Certaines directions des projets critiquent aussi une direction sur le plan du coaching et du soutien (source de données 3, cf. Tableau 5).

ques dans la phase initiale du programme. Si elle correspond à l'importance de ce projet, elle peut toutefois avoir un effet négatif sur les autres projets.

*Recommandation: la direction du projet Campagne doit être exclue de la commission.*

On ne peut pas dire avec précision si le **groupe d'accompagnement** est réellement un point fort du programme. Sa fonction et son rôle relativement flous sont des faits connus de l'organe de surveillance et de la commission, mais n'ont pas encore été éclaircis jusqu'à présent, ce qui constitue une lacune en matière de pilotage. On peut concevoir qu'un groupe d'accompagnement pourrait être judicieux dans la phase d'ancrage du programme.

*Recommandation: il faut vérifier si, du point de vue stratégique, un tel groupe d'accompagnement est utile ou non pour le programme et avec quels objectifs il pourrait l'être, et en tirer les conséquences.*

**L'adaptation conceptuelle** du programme alcool élaboré par des Suisses alémaniques est jugée supérieure à la moyenne<sup>61</sup>, par comparaison à d'autres projets nationaux. Les participants aux interviews de langue française se sont toutefois déclarés insatisfaits de l'intégration de leur région linguistique au programme. Depuis lors, des efforts structurels ont été engagés à cet égard, mais ils n'ont pas encore obtenu le succès escompté. Quant à **l'adaptation conceptuelle** de la campagne, elle est qualifiée de réussie, même si l'on relève quelques lacunes au niveau de l'adaptation linguistique et de la présentation visuelle.

### **Appréciation et recommandations**

L'**adaptation** d'un programme national aux trois régions linguistiques et culturelles de la Suisse est un critère essentiel du succès de sa mise en oeuvre. L'adaptation linguistique satisfait aux exigences et peut être considérée comme l'un des points forts du programme.

---

<sup>61</sup> Source de données 1 et 4 (cf. Tableau 5)

*Recommandation: il y a lieu de renforcer l'intégration structurale de la Romandie et du Tessin dans le programme et d'examiner les possibilités d'améliorer l'adaptation conceptuelle, cela notamment afin de promouvoir la durabilité du programme.*

Concernant la mise en oeuvre des mesures, donc des projets, l'évaluation a mis en évidence les résultats suivants:

- Le programme a été mis en oeuvre en mettant à profit les opportunités qui se présentaient et cela dans des délais parfois très serrés. Les travaux de préparation étaient par moments soumis à de fortes contraintes de temps, ce qui a en partie eu des répercussions négatives sur la conceptualisation (cf. Appréciation p. 20s.)
- Tous les projets ont pu démarrer et sont en cours de réalisation. Seul le projet helpline (ligne d'assistance nationale) a été stoppé depuis car, selon la direction du programme, les objectifs visés ont d'ores et déjà été atteints (entretiens professionnels, adresses de réseaux compétents).
- Le rythme d'avancement des autres projets est variable. Plus les interventions prévues étaient complexes et directes, plus les plannings d'exécution ont été sous-estimés.
- L'interconnexion des différents projets et l'exploitation de synergies se sont certes améliorées au fil du temps, mais elles restent encore aléatoires et ne sont pas recherchées et assurées de manière systématique.
- Au fur et à mesure de l'avancement du programme, on s'est aperçu que les objectifs annuels des projets ont été fixés de plus en plus tard et de moins en moins précisément. Le manque de cohérence avec les objectifs du programme y est certainement lié.

### **Appréciation et recommandations**

L'exécution du programme était en partie soumise à de fortes **contraintes de temps** résultant du contexte politique et des objectifs ambitieux qui ont été fixés. Les opportunités qui se sont présentées ont été exploitées avec détermination et pragmatisme, ce qu'il faut considérer comme un point fort. Cependant, le travail du programme ne doit pas être sous-estimé pour autant ni démarré de façon trop précipitée.

*Recommandation: l'OFSP doit essayer de sensibiliser les milieux politiques à la durabilité des programmes, et en particulier des programmes de prévention.*

L'**interconnexion** des projets est encore trop faible dans l'ensemble, elle ne se fait pas automatiquement.

*Recommandation: l'interconnexion des projets doit faire partie intégrante du programme et être élaborée de façon ciblée.<sup>62</sup>*

Les difficultés liées à la **formulation des objectifs** ont déjà été évoquées précédemment (cf. p. 23).

*Recommandation: même si les difficultés sont connues et justifiables, il ne faut pas perdre de vue qu'en optant pour une direction orientée sur les objectifs, les objectifs et les conséquences prévues doivent être utilisés systématiquement comme instrument de direction et adaptés à la situation.*

Le projet **helpline** (ligne d'assistance nationale) a été arrêté au bout d'un an, sa contribution à la réalisation des objectifs est minime. Des préparations conceptuelles approfondies ainsi qu'une évaluation des besoins et des conditions-cadres avant d'engager des discussions concrètes et avant le lancement du projet auraient permis de connaître bien avant ses chances de succès.

Le programme alcool est limité dans le temps et n'établit pas de structures propres et durables. En ce qui concerne sa **durabilité**, il faut donc se demander si, et dans quelle mesure, il engendre des collaborations avec des partenaires et si il est ancré dans des structures existantes.

L'évaluation montre que la coopération avec des partenaires est assurée grâce aux institutions de soutien, et notamment à l'ISPA, bien qu'une intégration insuffisante de la Romandie ait été déplorée (cf. p. 18). Dans le projet Communes, l'accent est mis sur la collaboration avec les centres régionaux et locaux de prévention des dépendances ainsi qu'avec les communes en tant que partenaires. Les projets Médecins de famille et Helpline ont également, dans un certain sens, pu engager des partenariats (Fédération des médecins suisses, Main tendue). Le deuxième aspect – l'ancrage dans des structures existantes –

---

<sup>62</sup> Dans le cadre du programme Energie 2000, constitué lui aussi de différents projets et à l'origine de nombreuses mesures, on a créé en cours de réalisation du programme la fonction "Coordination et interconnexion". Son rôle était de garantir les échanges entre les différents projets et d'accroître ainsi l'efficacité du programme.

visé à poursuivre le processus enclenché au-delà de la clôture du programme. Les cantons et les services spécialisés pourraient jouer un rôle important ici. Jusqu'à présent, la décentralisation vers les communes a été amorcée uniquement dans le cadre du projet qui les cible.

#### **Appréciation et recommandations**

De manière générale, on ne peut guère s'attendre aujourd'hui à une durabilité du programme compte tenu de la situation et des dispositions actuelles.

*Recommandation: la création des conditions nécessaires pour augmenter la durabilité du programme doit devenir l'un des points stratégiques de la 2<sup>e</sup> phase du programme.*

#### **4.2.2 Mise en oeuvre à l'échelle des projets**

La **mise en oeuvre des projets**<sup>63</sup> a été appréciée dans le cadre de l'évaluation en tenant compte notamment des critères d'efficacité et de professionnalisme:

- **L'efficacité** explore la rentabilité de la conversion des ressources en réalisations concrètes.
- **Le professionnalisme** explore si les travaux ont été exécutés dans les "règles de l'art".

Dans le même temps, on a évalué si, et comment, les projets ont fait l'objet d'un accompagnement et de réflexions critiques.

Les résultats de l'évaluation montrent que la mise en oeuvre des mesures, et donc des projets, s'est également déroulée avec efficacité et professionnalisme. Les difficultés voire les obstacles se sont toutefois révélés plus importants que prévus, entraînant parfois des retards.

---

<sup>63</sup> Sources de données 3 et 5 (cf. Tableau 5)



Tableau 6: *Appréciation de la mise en oeuvre des projets*

| Projet                                   | Appréciation   |
|--|--|
| Campagne                                 | Mise en oeuvre très réussie, professionnelle, efficace, évaluations externes systématiques.  |
| Partenariats                             | Mise en oeuvre bien réussie, professionnelle, efficace, auto-évaluation systématique.  |
| Médecins                                 | Problèmes de mise en oeuvre sous-estimés, absence de concept marketing, réaction rapide aux expériences de mise en oeuvre sur la base d'auto-évaluations.  |
| Internet                                 | Mise en oeuvre bien réussie, professionnelle, erreurs de la phase initiale corrigées dans la réorientation du contenu après 2 ans.   |
| Communes                                 | Amorce de décentralisation via des centres régionaux appropriée et réussie, mais exige d'importants efforts; professionnalisme, collaboration avec les cantons plus importante que prévue (positif dans l'optique de la durabilité), auto-évaluations régulières au niveau des processus.  |
| Helpline<br>Ligne d'assistance nationale | Mise en oeuvre affectée par des difficultés financières, ce qui explique pourquoi on n'a réalisé que ce qui était possible et non ce qui était envisagé; peu professionnelle, efficacité qui peut être mise en question, succès très limité. <sup>64</sup><br>La décision d'arrêter le projet était une bonne décision compte tenu des conditions-cadres. Une ligne d'assistance pourrait s'avérer judicieuse pour le soutien des personnes dans la phase de réflexion ou de pré-réflexion. Mais il faudra aussi prévoir les moyens nécessaires. |

Les appréciations ci-dessus nous amènent aux **recommandations** suivantes:

- *Un renforcement du concept marketing est nécessaire dans la mise en oeuvre du projet Médecins.*
- *Dans la réalisation du projet Communes, il y a lieu d'exploiter le potentiel de manière ciblée pour ancrer le projet dans les cantons et aller dans le sens de la durabilité.*

<sup>64</sup> Le projet qui a été abandonné au bout d'un an ne sera plus pris en considération dans les chapitres qui suivent.

- *La question d'une ligne d'assistance pour les personnes motivées et disposées à changer doit être réexaminée dans l'hypothèse d'une révision des objectifs et des mesures du programme.*

### 4.3 **Question d'évaluation 3: quelles sont les mesures qui permettront d'atteindre les objectifs et les groupes-cibles définis, et quels sont leurs effets?**

Cette question se réfère aux modules d'évaluation 3 (output ou réalisations du programme), 4 (outcome ou résultats du programme) et 5 (impacts sur le domaine traité par le programme) (cf. p. 12s). Les critères d'appréciations suivants ont servi de base pour répondre à cette question:

- **La cohérence, qui** explore l'adéquation et la concordance des différentes parties du programme, et la définition de mesures à partir des objectifs.
- **La qualité, qui** est définie différemment selon la nature du projet (cf. ci-après).
- **L'adéquation, qui** explore si l'on est en droit d'attendre efficacité et effectivité, dans le cadre d'une évaluation ex-ante.
- **L'efficience, qui** explore la rentabilité de la conversion des ressources en réalisations.
- **L'efficacité, qui** explore le degré de réalisation des objectifs d'un programme.
- **La durabilité, qui** explore la continuité de l'utilité et des effets visés que l'on peut attendre.

#### 4.3.1 **Les réalisations du programme (output)**

L'évaluation montre en premier lieu qu'il n'existe aucune mesure à l'échelle du programme, car les activités RP prévues initialement n'ont pas été réalisées, à l'exception de la conférence de presse annuelle et de la brochure du programme de 2001.

L'enquête auprès des **spécialistes de la prévention et des dépendances** a révélé que la campagne – et les activités des partenaires qui y sont liées – est de loin le projet le plus connu des spécialistes et détermine ainsi l'image du programme (cf. Tableau 7).

Le même constat a été fait chez les **journalistes**<sup>65</sup> dont la grande majorité connaît le programme (82 % des personnes interrogées). Spontanément, la plupart ne cite cependant "que" des éléments isolés de la campagne (affiches, spot TV).

---

<sup>65</sup> Source de données 6 (cf. Tableau 5)

Tableau 7: Notoriété du programme chez les spécialistes (enquête 5, n=81)

| Projet       | Citations spontanées | Citations en assisté | Total citations | Total des pers. interrogées en % |
|--------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------------------|
| Campagne     | Affiches             | 72                   | 77              | 95%                              |
|              | Spots TV             | 41                   |                 |                                  |
|              | Spots ciné.          | 21                   |                 |                                  |
|              | Annonces             | 13                   |                 |                                  |
| Partenariats | 19                   | 45                   | 64              | 79%                              |
| Communes     | 13                   | 24                   | 37              | 46%                              |
| Médecins     | 8                    | 12                   | 20              | 25%                              |
| Helpline     | 3                    | 17                   | 20              | 25%                              |

### Appréciation et recommandations

L'absence de réalisations (output) à l'échelle du programme se répercute sur la perception du programme alcool qui est réduite à la campagne puisqu'elle bénéficie de la plus forte résonance dans la population. Les autres projets sont moins visibles, même dans le milieu de la prévention. Dans la pratique, cette perception fragmentaire et unilatérale, et le fait qu'une campagne de prévention soit considérée comme une mesure de prévention insuffisante, peut nuire à la crédibilité du programme dans les rangs des spécialistes de la prévention et des dépendances, qui sont pourtant les cibles du projet Partenariats.

*Recommandation: il convient d'examiner s'il faut renforcer la communication à l'échelle du programme dans la 2e phase.*

Dans le cadre du programme, un certain nombre de produits ont été mis au point et distribués à grande échelle, parmi lesquels on peut citer en particulier la **réglette coulissante** et la **brochure** "Alcool – trop c'est combien?"

La réglette indique la frontière entre plaisir et abus, et permet à l'utilisateur de confronter sa consommation d'alcool et son état de santé. Cette réglette a été évaluée dans l'enquête auprès

des médecins au printemps 2000<sup>66</sup>. Les médecins qui l'avaient vue ont trouvé cette mesure appropriée. Environ la moitié des médecins interrogés ont d'ailleurs indiqué qu'ils continuaient de l'utiliser, près de six mois après la distribution, durant les entretiens avec leurs patients. La brochure n'a pas été évaluée.

Les **"outputs"** du programme à l'échelle des projets sont résumés dans le tableau qui suit:

Tableau 8: *Appréciation de l'output des projets*

| Projet                      | Résultat   | Appréciation  |
|-----------------------------|--|---|
| Campa-<br>gne <sup>67</sup> | Bonne réponse à la question ouverte "cette affiche fait de la publicité pour quoi?": 48% (1999), 90% (2001)<br><br>Bonne réponse à la question ouverte "quel est le message de ce spot": 82% (1999), 87% (2001)<br><br>L'énoncé "la campagne est crédible" est "tout à fait" ou "plutôt" approuvé (échelle à 4 niveaux d'appréciation): 78% (1999), 93% (2000), 85% (2001)                   | Compréhensibilité élevée (=qualité)<br><br>Crédibilité élevée (=qualité)  |
| Partenariat                 | Dans les années 2000, 2001 et 2002, les centres spécialisés régionaux ont demandé en moyenne 21'000 affiches.  | Efficiency, pas d'objectifs quantitatifs  |
| Médecins <sup>68</sup>      | A la question "comment avez-vous trouvé le cours?", 59% des médecins interrogés ont répondu "très bien" et 39% "plutôt bien"<br><br>La question "Et ce cours vous a-t-il montré comment aborder ce problème avec les patients concernés?" a obtenu 82% de réponses positives.<br><br>33 cours de formation pour un total de 1028 participants (ainsi que 5 présentations avec 238 personnes) | Appréciation positive du cours (=qualité)<br><br>Bénéfice élevé (=qualité)<br><br>Objectifs quantitatifs concernant les séances env. 50%, concernant les personnes env. 90% <sup>69</sup> |

<sup>66</sup> Source de données: Teilprojekt "ÄrztInnen in der Praxis" – Evaluation des Versandes vom Oktober 1999 / IPSO 2000

<sup>67</sup> Les données proviennent des posttests des campagnes (population assimilée au niveau de la langue, 15-74 ans, échantillons random-quotas, 1200 / 1600 / 1000 interviews), cf. IPSO 1999, 2001(a) et 2001(b).

<sup>68</sup> Source de données 11, participants au cours (enquête approfondie, couverture 65%, enquête 6 à 18 mois après la fin du cours)

<sup>69</sup> Trois raisons expliquent la faible demande: la motivation pour la formation continue dans la prévention est plutôt faible; l'offre de formation continue est très large; la consommation d'alcool est généralement assimilée à la consommation chronique – la consommation à risque reste un phénomène peu connu.

| Projet                 | Résultat   | Appréciation   |
|------------------------|--|--|
| Internet               | Site Internet hautement interactif<br>Nombre de visites du site  | Professionnalisme élevé<br>Objectifs quantitatifs non atteints |
| "Les communes bougent" | Recrutement de médiateurs, lancement du projet dans 21 communes, élaboration de matériel d'information | Objectifs quantitatifs atteints                                |

### Appréciation et recommandations

Le programme alcool doit d'une part sensibiliser et favoriser la prise de conscience du problème, étant donné que la majorité des consommateurs à risques ne savent pas qu'ils boivent trop (cf. p. 18). Les messages de la campagne invitent seulement à consommer de l'alcool avec modération et évoquent les conséquences néfastes d'une consommation excessive, mais ne disent jamais à partir de quand elle est "excessive" (cf. p. 6).<sup>70</sup> D'autre part, la campagne doit inciter les personnes motivées à agir (cf. p. 7): mais là encore, on déplore l'absence de messages découlant du modèle de Prochaska (p. ex. Grimley et al. 1994). Le critère de la **cohérence** n'est pas satisfait.

*Recommandation: les messages de la campagne doivent découler des objectifs visés. Il en va de même pour les autres réalisations du programme (cf. le manque de cohérence entre le programme et les projets mentionnés précédemment) qu'il convient de mieux ajuster sur les objectifs du programme. Un redesign du programme s'impose pour la 2<sup>e</sup> phase.*

Prises isolément, les mesures peuvent être **jugées bonnes**. Elles sont efficaces, de bonne qualité, professionnelles, même si les objectifs quantitatifs ne sont que partiellement atteints.

*Recommandation: il faudra tenir compte des investissements effectués dans le redesign du programme pour la 2<sup>e</sup> phase.*

<sup>70</sup> On en parle tout au plus dans les séances de conseil ou d'entretiens, vu que les normes sont citées p. ex. dans la brochure du programme ou dans les cours pour médecins, mais l'impact est limité.

### 4.3.2 Les résultats du programme (outcome)

Les résultats atteints à partir des réalisations de ce programme sont évalués par rapport aux objectifs définis (outcome) au moyen d'un **monitoring** qui mesure, selon différentes phases, la disposition de la population suisse à changer de comportement. Ce monitoring, qui mesure d'ailleurs aussi l'impact du programme, ne relève pas de l'évaluation globale mais est directement mandaté par le programme et suivi par l'ISPA. Les résultats sont toutefois utilisés dans cette évaluation globale. Deux mesures ont été réalisées jusqu'à présent<sup>71</sup>: l'enquête de référence de 1998<sup>72</sup> et l'enquête consécutive de 2000.<sup>73</sup>

L'objectif du programme est de sensibiliser la population ou des groupes de population ciblés et de les amener de la phase de pré-réflexion à la phase de réflexion, ainsi que d'encourager les consommateurs à risques motivés à changer leur comportement.

L'analyse de la **disposition à changer**, premier indice de l'outcome, livre les indications suivantes:

- En 2000 comme en 1998, environ 84% des répondants se trouvent en phase de pré-réflexion, environ 6% en phase de réflexion et environ 10% en phase d'action. Globalement, il n'y a donc **pas eu de changements**.<sup>74</sup>
- La part des **consommateurs épisodiques à risque** dans la phase de pré-réflexion a baissé, comme voulu, de 78% à 74% (l'objectif étant de 70% pour l'année 2002). Dans la phase de réflexion, leur part a également diminué (de 12% à 9%), mais elle a augmenté en contrepartie dans la phase d'action (de 10% à 16%).
- La part des consommateurs à faibles risques est restée inchangée dans toutes les phases.

---

<sup>71</sup> Enquête téléphonique représentative auprès de la population assimilée au niveau de la langue, 15-74 ans, échantillon aléatoire, 1600 interviews, couverture 52% (1998) / 59% (2000)

<sup>72</sup> Müller et al. (1999)

<sup>73</sup> Müller et al. (2001)

<sup>74</sup> Les phases de la disposition à changer de comportement ont également été mesurées dans le cadre du posttest de la campagne 2001 (IPSO 2001): ces valeurs correspondent à celles de l'enquête de référence 1998 et de l'enquête consécutive 2000.

Tableau 9: Phases de l'évolution du comportement 1998 et 2000 par type de risque

| Phase du changement <sup>75</sup> | 1998           |           |            |        | 2000           |           |            |        |
|-----------------------------------|----------------|-----------|------------|--------|----------------|-----------|------------|--------|
|                                   | Type de risque |           |            |        | Type de risque |           |            |        |
| (Base: consommateurs d'alcool)    | Faible risque  | Chronique | Épisodique | Cumulé | Faible risque  | Chronique | Épisodique | Cumulé |
| Phase de pré-réflexion            | 89%            | 64%       | 78%        | 55%    | 88%            | 80%       | 75%        | 46%    |
| Phase de réflexion                | 3%             | 18%       | 12%        | 24%    | 3%             | 7%        | 9%         | 28%    |
| Phase d'action                    | 8%             | 18%       | 10%        | 21%    | 9%             | 13%       | 16%        | 26%    |
| Total                             | 100%           | 100%      | 100%       | 100%   | 100%           | 100%      | 100%       | 100%   |

A partir de ces données, les auteurs du **rapport de monitoring** aboutissent à la conclusion suivante (Müller et al. 2001, p. 34 ss):

*"L'objectif consistant à encourager la disposition à changer de comportement comme le veut le modèle par phases adopté ici, n'a pas pu être atteint dans les conditions-cadres mentionnées (nouveau taux d'imposition, remarque de l'auteur). Nous considérons toutefois la stabilisation des données comme un indicateur du succès de la campagne."*

#### **Appréciation et recommandations**

Les parts des consommateurs épisodiques à risques évoluent globalement dans la direction souhaitée. Reste à savoir si l'objectif de la baisse des consommateurs épisodiques à risque dans la phase de pré-réflexion de 78% (1998) à 70% (2002), avec une part constante des consommateurs chroniques et cumulant les risques, sera atteint, d'autant que la part des consommateurs chroniques en phase de pré-réflexion a augmenté.

On peut d'ailleurs se demander fondamentalement si les changements mesurés sont réellement attribuables au programme, vu la durée relativement courte de celui-ci.

<sup>75</sup> Pourcentages arrondis



*Recommandation: pour l'heure, on ne peut formuler d'affirmations précises sur les résultats; l'efficacité sera appréciée sur la base de l'enquête 2002.*

Le programme s'est donné pour objectif de sensibiliser les groupes à risques et d'accroître leur prise de conscience du problème de l'alcool. Or, comme nous l'avons constaté (cf. p. 40), le programme n'a pas encore eu d'incidence sur les phases de la disposition à changer. Dès lors, il faut se demander si le **projet Campagne** en tant que mesure centrale du programme interpelle effectivement les personnes cibles et les pousse à la réflexion. Pour ce deuxième indice de l'outcome, les résultats des posttests ont montré que:

- l'énoncé "la campagne m'incite à réfléchir à ma propre consommation d'alcool" est "tout à fait" resp. "plutôt" approuvé par (échelle à 4 niveaux d'appréciation) 4% resp. 18% (1999), 11% resp. 11% (2000) et 6% resp. 18% (2001) des répondants;
- les consommateurs épisodiques à risques sont plus nombreux à l'approuver "plutôt" que les consommateurs à faible risque (20% contre 13%), mais ils sont nettement moins nombreux que les personnes cumulant les risques (31%).

#### **Appréciation et recommandations**

Ces résultats laissent supposer que l'objectif d'encourager la volonté de changer de comportement ne sera guère atteint, pas même pour le groupe cible prédominant des consommateurs épisodiques à risques. Nous présumons que cela est principalement attribuable au manque de messages clairs, rapportés aux normes.

*Recommandation: il apparaît indispensable de formuler à l'avenir des messages clairs avec une meilleure référence aux normes.*

Le troisième indice du résultat (outcome) nous est livré par l'**acceptation positive** du programme.<sup>76</sup> La majorité de la population approuve "tout à fait" l'énoncé "la campagne traite d'un

---

<sup>76</sup> "Faire connaître le programme et obtenir une acceptation positive" était l'objectif du programme en 1999, qui devait également être atteint au moyen du projet Campagne.

problème important" (échelle à 4 niveaux d'appréciation): 69% (1999), 86% (2000), 72% (2001).<sup>77</sup>

La réalisation de cet objectif a également été mesurée fin 2001 auprès des professionnels de la prévention et des dépendances travaillant en cabinet médical:<sup>78</sup>

- 54% des professionnels interrogés répondent par l'affirmative à la question "Est-ce que 'ça débouche sur quoi?' a exercé une influence quelconque sur votre travail?" et citent à ce titre des exemples positifs.
- A la question de savoir si 'ça débouche sur quoi?' leur sert, 37% ont répondu "un peu", 20% "beaucoup" et 6% énormément" (total 63%).
- La résonance auprès des professionnels est nettement plus faible en Romandie qu'en Suisse alémanique.

#### **Appréciation et recommandations**

L'objectif de "l'acceptation positive" a été atteint, on peut donc parler d'**efficacité pour ce point du programme**. Il faut néanmoins y mettre un bémol en raison de l'acceptation nettement plus faible chez les spécialistes en Suisse romande: cela pourrait traduire une réaction à la stratégie centrale du programme, qui n'a pas tenu compte des travaux de prévention existants et pour certains très poussés en Suisse romande. La conceptualisation du programme à prédominance alémanique a probablement joué un rôle.

*Recommandation: pour assurer une couverture nationale du programme, il est nécessaire d'augmenter l'acceptation en Suisse romande, probablement par une intégration structurelle plus poussée.*

Les résultats (outcome) des **autres projets** peuvent être résumés comme suit:

---

<sup>77</sup> Enquête téléphonique représentative auprès de la population assimilée au niveau de la langue, 15-74 ans, échantillon aléatoire, 1600 interviews, couverture 52% (1998) / 59% (2000)

<sup>78</sup> Source de données 5 (cf. Tableau 5): enquête approfondie auprès de 112 centres, couverture 72%, 81 interviews

Tableau 10: Résultats des projets

| Projet                 | Résultats   | Appréciation  |
|------------------------|---|---|
| Médecins <sup>79</sup> | Une bonne moitié des participants (53%) à la formation continue intervient aujourd'hui plus souvent qu'avant en cas de suspicion d'une consommation à risque. 39% interviennent aussi souvent qu'avant. <sup>80</sup>                           | Efficacité bonne en soi, mais encore peu importante en termes de chiffres |
| Internet               | Il reste des questions à éclaircir en ce qui concerne l'utilisation du site Internet. <sup>81</sup>   | Pas d'appréciation possible   |
| Communes <sup>82</sup> | Dans 10 des 17 communes ou districts, des politiques de lutte contre l'alcoolisme ont été adoptées, dans 2 communes, elles ont fait l'objet d'un mandat, dans 2 autres, elles sont au stade de projets et dans 3 communes, on n'a rien atteint. | Objectif de la phase pilote atteint: efficacité élevée                    |
| Partenariat            | Pas de mesure   | Pas d'appréciation possible   |

### Appréciation et recommandations

Au vu des faibles réalisations du projet Médecins, les résultats restent encore trop limités.

*Recommandation: Il s'agit d'examiner si le recours à une action marketing renforcée ou à d'autres mesures permettrait de stimuler la demande et de doper simultanément les résultats. Car la contribution à l'objectif global doit être considérée comme positive (cf. 4.3.3).*

*Recommandation: les questions ouvertes concernant le site Internet méritent d'être éclaircies.*

Le projet Communes enregistre une efficacité élevée, mais sa contribution à l'objectif global n'est pas encore déterminée et le cadre conceptuel reste à élaborer.

<sup>79</sup> Source de données 11, participants aux cours (enquête approfondie, couverture 65%, enquête 6 à 18 mois après la fin du cours)

<sup>80</sup> Près de la moitié des personnes interrogées (45%) ont déjà effectué plusieurs interventions rapides auprès du même patient, ce qui augmente la probabilité de succès (cf. Wilk et al. 1997).

<sup>81</sup> Les questions remontent aux problèmes de mesure fondamentaux de l'utilisation d'Internet (p. ex. manque de standards).

<sup>82</sup> Source de données: dossier de la direction du projet du 13.09.2002

*Recommandation: avant de décider de l'extension future de cet élément du programme, il est souhaitable de procéder à une évaluation ex-ante de sa contribution à l'objectif global.*

### 4.3.3 Les impacts du programme

Le programme alcool veut réduire les modèles de consommation à risque au sein de la population. Les deux enquêtes réalisées jusqu'à présent<sup>83</sup> nous montrent l'évolution de ces modèles de consommation:

- La part des consommateurs épisodiques à risque, groupe à risque le plus important et cible primordiale du programme, reste inchangée à environ 20%.<sup>84</sup>
- Une évolution positive semble se dessiner chez les femmes: la part des consommatrices épisodiques à risque a en effet reculé de 7% pour s'établir à 15%. Chez les hommes, elle est par contre restée stable.
- La part des consommateurs à risque a diminué de 9% chez les 15-24 ans – certes sur la base d'une seule consommation excessive d'alcool par mois –, de 13% chez les hommes et de 6% chez les femmes, tandis qu'elle a augmenté légèrement dans tous les autres groupes.<sup>85</sup>
- En 2000, la consommation épisodique à risque est toujours nettement plus répandue en Romandie que dans le reste de la Suisse.
- Même si l'on se base sur une seule consommation excessive d'alcool par mois, on observe toutefois des changements positifs en Suisse romande: la part des consommateurs à faibles risques a augmenté de 7% entre 1998 et 2000, la part des consommateurs épisodiques à risque a régressé de 3%, de 46% à 43%. Cette amélioration est surtout attribuable aux femmes puisque la part des consommatrices à faibles risques s'est accrue de 38% à 54%.

---

<sup>83</sup> Enquête téléphonique représentative auprès de la population assimilée au niveau de la langue, 15-74 ans, échantillon aléatoire, 1600 interviews, couverture 52% (1998) / 59% (2000)

<sup>84</sup> En raison des conditions statistiques, il faut tenir compte d'une marge max. de +/- 2.5% dans l'extrapolation pour garantir une sécurité statistique de 95%.

<sup>85</sup> Pour le rapport sur l'enquête consécutive de 2002 attendu au printemps, toutes les exploitations seront rapportées à deux consommations excessives d'alcool par mois, conformément à la définition de la consommation épisodique à risque.

Les auteurs du **rapport de monitoring**<sup>86</sup> ont dégagé les conclusions provisoires suivantes sur l'effet du programme. Les conclusions finales seront développées dans le rapport de monitoring 2003, qui présentera toutes les données sur les améliorations que l'on peut attendre par rapport à deux consommations excessives d'alcool par mois:

- En raison des allègements fiscaux sur les spiritueux importés en 1999 et de la baisse des prix qui s'en est suivie *"la consommation de spiritueux (...) a augmenté. Dans cette situation difficile, la campagne a déployé des contre-mesures très opportunes"*.
- *"Malgré l'effondrement des prix des spiritueux, la comparaison des données des deux enquêtes réalisées démontre que l'on a réussi à réduire la part des personnes présentant une ivresse épisodique parmi la population féminine. La consommation à faible risque a également été encouragée chez les femmes."*
- *"Chez les 15-24 ans, la part des personnes présentant une ivresse épisodique a baissé de 9 points de pourcentages", (...) ce que l'on peut qualifier d'élément de succès du programme"*.
- *"Même si la part des consommateurs à risque n'a pratiquement pas changé en Suisse alémanique et italienne, il faut toutefois noter une augmentation de la part des consommateurs à faible risque en Romandie, qui est encore une fois due aux femmes."*

#### **Appréciation et recommandations**

Nous pouvons cautionner les conclusions des auteurs et constater les **tendances positives**, particulièrement méritoires dans un contexte de prix défavorable. Nous sommes néanmoins sceptiques quant à la stabilité de ces résultats. Bien que l'enquête ait été réalisée dans les "règles de l'art" et que la taille de l'échantillon considérée était suffisante, il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici de données portant sur des "comportements rapportés".

L'objectif du programme, soit l'appréciation négative de la surconsommation, pourrait aussi avoir pour conséquence que l'on rapporte moins ce comportement négatif. Mais à ce risque s'oppose le constat que rares sont ceux qui disent réfléchir à leur propre consommation d'alcool.

---

<sup>86</sup> Müller et al. (2001, p. 34 ss)

Il faut ajouter que le processus du changement de comportement est extrêmement long, et l'on ne peut guère s'attendre à des résultats concrets après seulement deux années de prévention.

*Recommandation: il faut attendre la troisième enquête pour obtenir une évaluation fiable des impacts.*

Les différences relevées entre les consommateurs masculins et féminins et – un peu moins nettement – entre les régions linguistiques présentent, à notre avis, un grand intérêt. Nous saurons dans l'enquête consécutive de 2002 si ces effets restent stables.

*Recommandation: si la différence d'impact au niveau des groupes-cibles se confirme dans l'enquête de 2002, il faudra voir dans quelle mesure le programme ne doit pas prendre en compte ce changement dans la seconde phase.*

Nos remarques à propos des **projets**:

- Les références ex-ante permettent de prédire que l'impact du projet Médecins et donc sa contribution à l'objectif global seront considérables. Une métaévaluation de 32 études<sup>87</sup> a ainsi révélé une baisse de la consommation au sein du groupe-cible. Une autre source<sup>88</sup> chiffre à 45% l'impact d'une ou de deux interventions brèves.

*Recommandation: il faut développer des instruments adéquats permettant de mesurer les impacts avec fiabilité.*

- L'impact que l'on peut attendre des autres projets et leur contribution à l'objectif global restent à déterminer.
- *Recommandation: pour apprécier les impacts des sous-projets, il convient de mesurer les modèles de consommation à l'échelon local et de développer des instruments de mesure adéquats.*

---

<sup>87</sup> Bien et al. (1993)

<sup>88</sup> Wilk et al. (1997)

#### 4.4 **Question d'évaluation 4: quelle est l'influence du contexte sur les objectifs du programme alcool?**

Le contexte a influencé à la fois la *formulation* des objectifs et la *réalisation* des objectifs.

Ce sont notamment les attitudes et points de vue sur la consommation d'alcool qui prédominent en Suisse ainsi que les habitudes de consommation qui ont eu une influence sur la **formulation des objectifs** du programme pour diffuser non pas l'idée d'abstinence mais celle d'une "consommation modérée" d'alcool. Le choix des consommateurs épisodiques à risque comme groupe-cible est lui-même en partie influencée par le contexte puisque ce groupe de population n'a pas encore été ciblé jusqu'à présent par les acteurs traditionnels du domaine de la prévention.

La **réalisation des objectifs** a été influencée par deux aspects contextuels essentiels. D'abord, il faut relever l'excellente acceptation de l'engagement de la Confédération au sein de la population, dans les milieux spécialisés et dans les cantons. Les objectifs du programme et les normes qui les accompagnent sont dans l'ensemble accueillis favorablement, une condition préalable et un atout de taille pour atteindre les objectifs et assurer la continuité du programme.

L'attitude fondamentalement positive des cantons et des cercles spécialisés a été quelque peu mise à mal dans l'élaboration et la mise en oeuvre du programme. D'une part, parce que les cantons actifs, mais aussi les milieux spécialisés, n'ont pas eu la possibilité d'apporter leurs expériences dans la conception du programme et qu'il n'y a eu aucune coordination. De l'autre, on a déploré un manque de sensibilité de la part de certains responsables du programme dans la gestion des représentations de la Suisse romande. La réaction de certains cantons et milieux spécialisés s'est traduite par un désintérêt allant jusqu'au scepticisme vis-à-vis de la mise en oeuvre du programme alcool. Il est fort possible que cette situation aura des répercussions négatives sur l'ancrage et donc sur la durabilité du programme.

Le second aspect – plus grave – concerne les nouveaux textes de lois adoptés ou prévus dans le domaine fiscal, de la restauration et des médias. Des réformes qui vont à l'encontre des objectifs du programme alcool et qui, selon des spécialistes de

la prévention et des dépendances<sup>89</sup>, compromettraient la réalisation à long terme des objectifs d'un programme qui se limite à la prévention.

### **Appréciation et recommandations**

Bien que le contexte du programme soit devenu plus favorable depuis l'été 2001 suite aux activités lancées par le Plan national d'action alcool en 2000 (PNAA), nous estimons que les changements législatifs jugés négatifs dans l'optique du programme auront une plus grande influence.

*Recommandation: pour pouvoir profiter des atouts du PNAA, il faut assurer une bonne coordination au niveau de la Confédération entre les activités du PNAA et le programme.*

Nous ne connaissons pas encore l'ampleur des répercussions d'une autorisation de la publicité dans le cadre de la révision de la loi sur la radio et la télévision sur la réalisation des objectifs. L'allègement fiscal sur les spiritueux importés devrait par contre avoir des conséquences plus importantes. Les radios et chaînes de télévision étrangères qui sont captées en Suisse diffusent d'ores et déjà des publicités pour les boissons alcoolisées. Il est en principe difficile de confronter les effets fiscaux et ceux de la publicité sur la consommation d'alcool. Si l'on dispose d'informations sur les effets des taxes en Suisse<sup>90</sup>, on ne sait encore rien sur l'influence de la publicité. Autoriser la publicité pour les alcools serait, de notre point de vue, surtout une "provocation symbolique" pour le programme.

Des mesures aussi différentes que le programme alcool et l'autorisation de la publicité pourraient être interprétées comme des signaux contradictoires par la population et susciter des interrogations sur la volonté politique réelle.

*Recommandation: il faut reprendre le travail pour développer une politique alcool globale et interdépartementale.*

---

<sup>89</sup> Source de données 4 (cf. Tableau 5)

<sup>90</sup> ISPA (2000)



## 5 Conclusion

Le programme alcool 1999-2002 est pertinent dans le sens où la consommation inadaptée d'alcool représente un problème de santé en Suisse avec d'importantes répercussions sociales. En théorie, le programme est suffisamment motivé même si la base théorique choisie n'a pas été prise en compte avec la rigueur nécessaire, ni dans la conception et la mise en oeuvre, ni pour les réalisations. L'absence de concept de programme écrit ("logical model") - un instrument de direction essentiel - représente certainement une lacune du programme. Les objectifs centraux ont été soigneusement élaborés, bien qu'ils n'aient pas été déduits de manière conséquente de la base théorique et que leur formulation se soit révélée insuffisante. L'évaluation des stratégies du programme alcool livre elle aussi un résultat ambivalent: la démarche centrale présente certes des avantages incontestés, mais également des inconvénients, dans la mesure où les connaissances disponibles n'ont pas été suffisamment exploitées. Les mesures centrales ou projets sont pertinents et éprouvés même s'ils ne sont pas tous suffisamment motivés. L'organisation du projet est dans l'ensemble adéquate, bien que l'on observe des problèmes de compatibilité entre l'administration étatique et la direction du projet.

La mise en oeuvre du programme est globalement réussie. Il serait toutefois prématuré à l'heure actuelle d'attendre des effets à long terme.

Évalués isolément, les réalisations ou outputs du programme sont satisfaisants du point de vue qualitatif et réalisés de manière efficace, même si leur concordance avec les objectifs n'est pas assez conséquente et que les objectifs quantitatifs ne sont que partiellement atteints.

L'évaluation des résultats par rapport aux objectifs (outcome) s'avère difficile au vu de la courte durée du programme et d'un contexte devenu plus défavorable depuis son lancement. Les objectifs ne sont probablement pas encore atteints aujourd'hui.

Les impacts du programme alcool ne peuvent pas encore être évalués avec fiabilité à l'heure actuelle.

En résumé, nous retiendrons que le programme alcool ne répond pas en tous points aux exigences de la direction du programme, certes, mais en dépit des divergences au plan de la conception et de l'implantation, il réalise dans l'ensemble un bon travail.

## 6 **Références**

- Andreasen A.R (1995): Marketing Social Change, San Francisco.
- BAG/EAV/SFA (o.J.): Alkoholprogramm "Alles im Griff?" 1999-2002: Die Organe: Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen. ohne Ort.
- Bien TH., Miller WR., Gonigan JS. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 88(3): 315-36.
- Bolliger-Salzman H., Cloetta B., Bähler G., Müller F., Hofmann C. (2000): Programme Global Tabac 1996-1999 de l'Office fédéral de la santé publique. Rapport final concernant les résultats de l'évaluation globale. Berne: Université, Institut de médecine sociale et préventive, unité de recherche en matière de santé.
- Bundesamt für Gesundheit (1997): Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2000): Alkoholprogramm 1999-2002. Mandat für eine Globalevaluation. Bern.
- Bunton R., Baldwin S., Flynn D., Whitelaw S.(2000): The 'stages of change' model in health promotion: Science and Ideology, in: *Critical Public Health*, Vol. 10, No. 1.
- ça débouche sur quoi? (2001): programme alcool 2001, sans précision de lieu.
- Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (2002): Glossar Deutsch, [www.deza.admin.ch](http://www.deza.admin.ch).
- Ernest Dichter SA (2001): Bericht zu einem Pretest der Plakat-kampagne „Alles im Griff?“ für das BAG. Zürich (November).
- Furrer C. (2001): Konzept- und Umsetzungsevaluation des Alkoholprogramms „Alles im Griff?“ 1999-2002. Dübendorf: Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm 1999-2002 (IPSO Sozialforschung, Dübendorf; Interface, Luzern; Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Bern).
- Grimley D., Prochaska J.O., Velicier W.F., Blais L.M., Di Clemente C.C. (1994): The Transtheoretical Model of Change,

- in: Brinthaupt, Th.M.; Lipka, R.P (Ed.): Changing the Self, Kapitel 7, S. 201-227, New York.
- Holder H. D., Reynolds R. (1995): Science and alcohol policy at the local level: a respectful partnership.
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) (1999). Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues, Lausanne.
- Johannessen V., Storboekken S., Klyve A. (1999): Counselling municipalities on prevention and treatment of alcohol and drug problems – some experiences and considerations. Abstract submitted for The European Symposium on Community Action to Prevent Alcohol Problems, Porto 18.-20. November 1999.
- IPSO 1999: Posttest de la campagne „ça débouche sur quoi?“ 1999. Dübendorf (août).
- IPSO 1999: Prétest des spots TV "ça débouche sur quoi?" (campagne 2000), Dübendorf (mars).
- IPSO 2001(a): Posttest de la campagne „ça débouche sur quoi?“ 2000. Dübendorf (janvier).
- IPSO 2001(b): Posttest de la campagne „ça débouche sur quoi?“ 2001, Dübendorf (octobre).
- Kotler Ph. (1975): Marketing for nonprofit organizations, New York.
- Kotler Ph.; Roberto E. (1991): Social Marketing, New York.
- LINK (1997): Risikoarm Alkohol konsumieren, im Auftrag von SFA und BAG.
- Mayring Ph. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, Weinheim.
- Maffli, E., Zumbrunn, A., Bacher, E. (2001): Helpline 143: Anrufe mit Alkoholproblematik. Lausanne: SFA.
- Müller R., Klingemann S., Gmel, G., Klingemann H. (1999): Risikoreiches Trinken in der Schweiz. Baseline Befragung 1998. Lausanne: SFA.
- Müller R. (2001): Risikoreiches Alkoholtrinken in der Schweiz im Wandel? Die Alkoholkampagne "Alles im Griff?". Vergleich der Baseline Befragung 1998 und der Anschlussbefragung 2000. Lausanne: SFA.

- Peters M. (2002b): Das Alkoholprogramm 1999-2002 "Alles im Griff?". Schlussbericht der Globalevaluation. Hergiswil: Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm 1999-2002 (IPSO Sozialforschung, Dübendorf; Interface, Luzern; Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Bern).
- Raphael D., Steinmetz B., Renwick R. (1999): How To Carry Out a Community Quality of Life Project: A Manual. Toronto.
- SCOPE (1999): "Alles im Griff?", Kommunikationskonzept-Pretest. Schlussbericht. Bern (Oktober).
- SFA (2000): Auswirkungen der Steuersatzreduktion auf ausländische Spirituosen vom 1.7.1999 mit Hinweisen auf den Alkoholmarkt und auf das Konsumverhalten, im Auftrag des BAG; Lausanne.
- Sager F.; Vatter A. (2000): Strukturen und Strategien der Kantone in der Alkoholpräventionspolitik. Eine komparative Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Verwendung des Alkoholzehntels. Studie zu Handen der Stiftung für Alkoholforschung. Bern.
- Schumacher J. (2001): Das Überschreiten des Rubikon: Willensprozesse und deren Bedeutung für Therapie und Rehabilitation. In H. Schröder & W. Hackhausen (Hrsg.), Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation (S. 66-86). Frankfurt a.M.: VAS Verlag für Akademische Schriften.
- Schwarzer R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen.
- Sparks AG (2001): Ergebnis zum Pretest Headlines zur Glaskampagne 01, ohne Ort.
- Stoll B., Daeppen J.-B., Decrey Wick H. (1999): Die Kurzintervention: eine gezielte Beratung von Patienten mit übermäßigem Alkoholkonsum. Praxis 1999; S. 1699-1704.
- Stoll, B. (2000): Prävention des risikoreichen Alkoholkonsums - ein Fortbildungsprogramm für Hausärztinnen und Hausärzte. Newsletter 3/2000 des Teilprojekts Ärzte, S. 13-14.
- Wilk Al., Jensen N. M., Havighurst T. C. (1997): Meta-analysis of randomized control trials addressing brief intervention in heavy alcohol drinkers. J Gen Int Med. 12: 274-283.