Apollin'ère

Actes du Colloque

Alcool et Parcours de soins : quels enjeux ?

Usage nocif et avec dépendance : comment organiser la prise en charge des malades ?

Palais d'Iéna, Siège du Conseil économique, social et environnemental

Jeudi 16 Janvier 2014

Alcool et Parcours de soins : quels enjeux ?

Usage nocif et avec dépendance : comment organiser la prise en charge des malades ?

Jeudi 16 Janvier 2014

Palais d'Iéna, Siège du Conseil économique, social et environnemental (CESE)

08h30 - 09h00 : café d'accueil

09h00 - 09h15 : Jean-Paul Delevoye, Président du CESE, discours d'ouverture

09h15 - 10h45 : le point de vue des acteurs Institutionnels

- Daniel Lenoir, Directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) : les représentations sociales et sociétales de l'objet alcool
- Francis Megerlin, Juriste, Maître de conférences - droit et économie de la santé, Université Paris Descartes: le poids économique de l'alcool
- Michel Craplet, ancien président d'Eurocare et médecin délégué ANPAA : la vision européenne et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'alcool
- Pierre Poloméni, Président ELSA France : définition et concept de l'usage et de la dépendance d'hier à aujourd'hui

10h45 - 11h00 : pause

11h00 - 12h30 : le parcours de soins de la personne malade de l'alcool

- Alain Corvez, Directeur Général adjoint, Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées
- Marie-Josée Augé Caumon, Conseillère à l'Union Syndicale des Pharmaciens d'Officine (USPO) et Présidente du Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD) « Réduire les Risques »
- Jean-Michel Delile, Vice-président de Fédération Addiction
- Claude Leicher, Président de MG France
- Jean-Louis Touraine, Député du Rhône et vice-président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
- Questions de la salle

12h30 - 14h15 : buffet déjeunatoire

14h15 - 15h45 : le parcours de santé et de vie de la personne malade de l'alcool

- Corinne Bébin, Adjointe au maire en charge de l'Action Sociale, Mairie de Versailles
- Alain Callès, Délégué National, Vie Libre
- Jean-Paul Hamon, Président de la Fédération des Médecins de France (FMF)
- Questions de la salle

15h45 - 16h00 : Olivier Mariotte, Président de nile, clôture de la journée

Avec le soutien institutionnel de Lundbeck

Discours d'ouverture
Jean-Paul Delevoye, Président du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE)

« C'est en posant les bonnes questions que l'on peut avoir les bonnes réponses », introduit Jean-Paul Delevoye, qui rappelle la nécessité d'esprit critique et de constante remise en question de nos acquis et de nos certitudes, de façon à empêcher la stagnation et à toujours progresser.

Il existe deux façons d'aborder le sujet de l'alcoolo-dépendance : du point de vue strictement médical d'une part, et du point de vue sociétal d'autre part. Le contexte d'individualisation sociale, en effet, augmente la fragilité des jeunes, car la résistance à la douleur du quotidien a considérablement diminué par rapport à celle des générations précédentes. Paradoxalement, la multiplication des réseaux sociaux voit une augmentation de l'isolement des jeunes et la recherche d'alternatives telles que l'alcool. Jean-Paul Delevoye rappelle ainsi la réalité d'un sujet sur lequel le CESE se positionnera par ailleurs dans le courant du deuxième semestre 2014. La relation à l'addiction, dans la compensation d'une faiblesse, par un système éducatif et managérial qui place devant les échecs et non les qualités personnelles, pose le problème des conduites des politiques publiques, de façon que « la relation dominant-dominé n'est plus dans la transmission d'un savoir, mais dans la création d'une relation de confiance et d'accompagnement à la décision ».

Ainsi pour l'alcoolo-dépendance, du point de vue médical, la relation médecin-patient doit évoluer de façon à permettre au médecin d'identifier et de faire prendre conscience au patient des difficultés à surmonter, de l'accompagner le long de son parcours de soins et de santé. Cela nécessite une multiplication des acteurs de façon à aider, développer et valoriser le traitement de l'alcoolo-dépendance, car les réussites psychiques et sociales sont plus importantes que les simples réussites chimiques et pharmaceutiques.

« Nous avons besoin, dans notre soif de certitudes, de retrouver le chemin de l'incertitude et le chemin de l'accompagnement humain et du collectif », conclut-il ainsi son introduction.

Le point de vue des acteurs institutionnels

Intervenants :

- Daniel Lenoir, Directeur de la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF)
- Francis Megerlin, Juriste et Maître de conférences en droit et économie de la santé, Université Paris-Descartes
- Michel Crapelet, ancien Président d'Eurocare et médecin délégué de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)
- Pierre Poloméni, Président des Équipes de Liaison en Addictologie (ELSA France)

Daniel Lenoir : les représentations sociales et sociétales de l'alcool

Un phénomène social global

Il existe une ambivalence fondamentale vis-à-vis de l'alcool, nous apprend Edgar Morin, pour qui « on boit pour se retrouver – communiquer avec soi-même – comme pour s'oublier ; on boit dans la communion comme dans la solitude, dans la liesse comme dans la misère ». Les conséquences sociales de l'alcool et de l'alcoolisme sont en effet indissociables des effets sanitaires dont les évolutions ont des conséquences somatiques telles que les cancers, les maladies cardio-vasculaires, et le syndrome d'alcoolisation fœtale. Les effets psychiques de l'alcool, enfin, ont eux aussi des conséquences sociales. Plus généralement, nous rappelle Daniel Lenoir, les conséquences sur la société de l'alcoolisme sont considérables : « deuxième cause de mortalité évitable en France et coût social élevé, de l'ordre de 37 Md€ dont 6 exclusivement relatifs à la santé ». L'alcool, marqueur des inégalités sociales et territoriales, est donc « un phénomène social global ».

Un important travail commun

De ce point de vue et du point de vue sanitaire, le parcours de soins, le parcours de santé et le parcours de vie sont indissociables. Notre culture d'ingénieurs conduit trop souvent à des raisonnements séquentiels sans mesurer les interactions entre les différents secteurs, et il est important, à plus forte raison lorsque l'on parle d'alcoolo-dépendance, de resituer le parcours de soins par rapport aux parcours de santé et de vie. Les politiques sociales pourraient en effet davantage intervenir, par exemple « sur des sujets tels que la consommation d'alcool en milieu professionnel ou la violence routière ». Plus précisément, la branche famille de la sécurité sociale, en charge non seulement des politiques familiales mais aussi de la prise en charge des situations de précarité, devrait davantage « inciter à entrer dans les parcours de santé, en lien avec les parcours de parentalité ». Il faudrait ainsi « accroître la communication vis-à-vis des familles sur les problèmes d'addiction et de dépendance, afin d'élaborer des politiques de prévention et d'orientation dans les prises en charges sanitaires ».

Plus institutionnellement, il existe une diversification et une spécification de plus en plus forte des branches de la sécurité sociale, qui permet à la fois une meilleure articulation des politiques publiques et une plus grande professionnalisation. Au-delà de ces spécificités, il est toutefois important de conserver le principe fondamental d'unité de la sécurité sociale qui existe depuis 1945. Ce colloque est par conséquent, conclut Daniel Lenoir, « un excellent moyen de rappel à l'ordre des différentes institutions de prises en charges familiales, sociales et sanitaires à un travail commun ».

Francis Megerlin : le poids économique de l'alcool

Les pratiques de consommation évoluent et les conséquences socio-économiques s'alourdissent. Ces données sont issues d'une revue de littérature dans l'attente du résultat d'études en cours. 49000 décès par an sont attribués à l'alcool (40% de la mortalité avant 65 ans). On estime les consommateurs réguliers à 8,8 millions, dont 5 millions confrontés à des difficultés d'ordre social, médical ou psychologique ; 3 millions de consommateurs à risque et 2 millions de dépendants.

Des pratiques diversifiées

La moyenne d'âge d'hospitalisation est de 44 ans pour les intoxications aiguës, 56 ans dans le cadre d'un syndrome de dépendance (suites de l'alcoolisation des années 80). Chez les jeunes, on relève 27,8% de cas d'ivresse répétée (état d'ivresse 3 fois/an) et 10% d'ivresse régulière (état d'ivresse plus de 10 fois/an). Les alcoolisations ponctuelles importantes (au moins 5 verres en une même occasion) affectent aussi des actifs non désocialisés (par ex : alcoolisation mondaine), avec au moins une occurrence mensuelle chez plus de 36% des adultes de 18 à 75 ans. La pratique de la « beuverie expresse » (*bingedrinking*) se développe.

Des tendances nouvelles

Les régions Nord–Pas-de-Calais et Bretagne sont surreprésentées pour les décès avant 65 ans par alcoolisme et cyrrhose, et les hospitalisations Médecine Chirurgie, Obstétrique (MCO) pour syndrome de dépendance (données 2010 et 2011). Les hospitalisations en MCO pour intoxication aiguë se développent sur la façade ouest. La pratique des alcoolisations ponctuelles importantes se diffuse dans le sud. L'usage à risque chronique et de dépendance se développe notamment en Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. La Réunion est historiquement et fortement touchée.

Des perspectives préoccupantes

En mars 2013, l'analyse des données Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) 2012 par MM Reynaud et Paille les a conduit à affirmer que les maladies liées à l'alcool étaient désormais la première cause d'hospitalisation en France (en 2011, on avait enregistré plus de 100 000 recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë). Pour 2012, les auteurs relèvent 470.000 séjours hospitaliers imputables à l'alcool dont 60% en lien avec de la dépendance. L'ensemble (MCO, PSY, SSR) apparaît en croissance. Une étude basée sur les données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) sera publiée en 2014.

Un coût considérable

En novembre 2013, un appel d'offre a été lancé pour une étude globale d'actualisation des coûts sociaux des drogues dont l'alcool. Pour l'alcool, l'étude Kopp et al. Parue en 2006 avait estimé pour l'année 2000 à 6,2 Md€ les coûts médicaux directs (soins de l'alcoolisme et maladies associées, MCO, PSY, SSR), à 7,6 Md€ les coûts non-médicaux directs (accidents de la route, domestiques, du travail, violences, crimes et délits liés à l'acool), et à 23,2 Md€ les coûts indirects globalisés (perte de productivité liée à morbi-mortalité).

Francis Megerlin de conclure que « la banalisation de certains comportements, le contexte économique durablement difficile et des perspectives sociales incertaines pourraient accroître le phénomène ». Cela met en exergue le besoin d'action sur les comportements (prévention Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) et soin de la dépendance notamment) et « le besoin de défragmentation des organisations et des modèles de prise en charge socio-sanitaire », car « cette tendance inflationniste et le défaut d'efficience ne sont ni soutenables ni acceptables par la solidarité nationale ».

Michel Craplet : la vision européenne et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'alcool

La vision européenne sur l'alcool est plurielle avec d'une part la vision très libérale économiquement des institutions européennes et d'autre part la vision des institutions de santé. L'alliance européenne Eurocare a donc été créée en 1991 à l'issue d'une université d'été de l'ANPAA pour répondre à ces deux problématiques, et sa création a été saluée par les parlementaires et fonctionnaires européens fortement sollicités par les producteurs de boissons alcooliques. Au niveau mondial, l'OMS a établi une charte sur l'alcool en 1995, qui a provoqué plusieurs réunions interministérielles, à Stockholm en 2001 notamment. Ces deux institutions ont permis un travail auprès du Parlement européen et de la Commission européenne, la stratégie de cette dernière en la matière étant par ailleurs en cours de révision. Quoi qu'il en soit, l'Union Européenne n'a malheureusement pas de compétence propre en matière sanitaire et ne peut donc que faire des recommandations et pas produire de directives ou de règlements.

Les difficultés et les espoirs

Il existe au niveau européen plusieurs difficultés dans la mise en place de la prévention des risques liés à l'alcool, dont :

- les ressources des associations, face aux ressources des producteurs d'alcool
- les nouveaux pays membres d'Europe de l'Est, chez qui la consommation d'alcool est très élevée et qui sont attirés par les modèles économiques et politiques libéraux.
- les différences culturelles ; traditionnellement entre Europe du Nord, consommateur ponctuel mais à doses élevées, et Europe du Sud, consommateur régulier ; et aujourd'hui entre une Europe atlantique et une Europe centrale

Face à ces difficultés se posent néanmoins de nombreux espoirs, notamment :

- le rôle accru du Parlement avec le Traité de Lisbonne
- les Initiatives Citoyennes Européennes donnant un droit d'initiative politique à un rassemblement d'au moins un million de citoyens originaires d'au moins sept pays
- un infléchissement social toujours possible de l'Union Européenne, en particulierà l'issue des élections du mois de mai prochain.

La place de la France

La France est au centre de l'Europe de l'alcool, tant du point de vue de la consommation que du point de vue de la prévention sanitaire. Ainsi, Michel Craplet rappelle que « notre expertise en alcoologie est reconnue, et du point de vue des traitements notre approche est globale, utilisant de nombreux outils thérapeutiques tant avec les nouveaux médicaments que par des approches psychothérapiques ».

Pierre Poloméni : définition et concept de l'usage et de la dépendance d'hier à aujourd'hui

Au-delà des simples concepts, l'usage et la dépendance posent la question de la norme de la consommation et au-delà encore, de la notion de dérive et de dommage. Concrètement, quatre types d'usages existent :

- l'usage simple, lorsque la consommation n'entraîne ni complications pour la santé ni trouble du comportement ayant des conséquences nocives
- l'usage à risque, lorsque certaines consommations à certains moments présentent un risque particulier
- l'usage nocif, susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages physiques et psychologiques, avec d'une part un risque différé et cumulatif et d'autre part un risque immédiat
- la dépendance, l'asservissement, la soumission et l'emprisonnement et l'incapacité de s'abstenir de consommer.

Ces notions évoluent tout de même, en particulier à l'international avec la cinquième version de la classification américaine *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM). Le DSM définissait l'usage en fonction de la consommation et de symptômes cliniques, tandis que la cinquième version évoque « un continuum et une dimension, sans catégoriser », en fonction de l'analyse de la consommation d'une personne donnée à un moment donné. Du point de vue de la réduction des risques en matière d'alcool, si l'on ne pose plus la question de l'abstinence mais celle de la réduction de la consommation, il faut alors poser la question de la quantification et de la classification des usages. La typologie des consommateurs d'alcool est alors la suivante : les consommateurs d'habitude ou consommateurs sociaux, les consommateurs névrotiques, qui consomment de l'alcool dans un but « thérapeutique » et enfin les consommateurs impulsifs ou psychopathiques.

La notion d'usage est ainsi mise en difficulté lorsque l'on mélange le regard scientifique, le regard clinique et le regard de santé publique :

- le regard scientifique avance énormément, avec de plus en plus d'informations sur le fonctionnement cérébral et la génétique évoque une possible prédétermination à l'addiction. La médecine personnalisée peut alors prendre le relais.
- le regard clinique est lié à l'histoire de la personne et à l'usage
- la notion de santé publique avec les accidents domestiques, routiers, etc.

« Malgré l'évolution des concepts, les notions d'usage, d'usage à risque, d'usage nocif et de dépendance doivent être maintenus », précise Pierre Polomény, de façon à évaluer les dommages et les pathologies. D'un point de vue sociétal, une évolution positive pourrait être d'augmenter les connaissances et d'améliorer la capacité d'auto-régulation.

Le parcours de soins de la personne malade de l'alcool

Intervenants :

- Alain Corvez, Directeur Général adjoint de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées
- Marie-Josée Augé-Caumon, Conseillère à l'Union Syndicale des Pharmaciens d'Officine (USPO) et Présidente du Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD) « Réduire les Risques »
- Jean-Michel Delile, Vice-président de la Fédération Addiction
- Claude Leicher, Président de MG France
- Jean-Louis Touraine, Député du Rhône et Vice-président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

Alain Corvez : la collaboration des ARS avec les acteurs de terrain

L'ARS a réalisé une étude auprès de l'ensemble des maires des communes de la région afin d'identifier leur perception des problèmes de santé et le premier problème identifié comme tel était l'alcool. « Cette thématique a donc été inscrite comme axe fort du Projet Régional de Santé (PRS) », nous dit Alain Corvez, car effet, « la région Midi-Pyrénées compte 350 000 buveurs excessifs sur une population totale de 3 millions ». La zone d'intervention des ARS aujourd'hui sur les phénomènes chroniques se concentre en premier lieu sur les conséquences médicales directes, mais aussi sur les conséquences médico-sociales et sociales à plus long terme. Il existe toutefois « une hypocrisie à l'égard de la prévention que beaucoup d'acteurs abordent un peu, mais qu'aucun n'aborde vraiment », regrette-t-il. Ainsi, il existe un important décalage en le médical et le médico-social et le social, avec un nombre important de solutions existantes sans véritable visibilité. Les malades de l'alcool et leurs familles ne savent bien souvent pas où s'adresser et quelles prises en charges s'offrent à eux. Les ARS n'ont pas aujourd'hui de réponse concrète, mais ne s'autorisent pas non plus à rester impassibles à ce phénomène et souhaitent que s'articule la prise en charge autour de l'ensemble des acteurs. Au-delà du fait médical, « les ARS doivent en effet pouvoir collaborer avec les acteurs de terrains dans les prises en charges et dans l'accompagnement ». Enfin, l'alcoolisme chez les jeunes est une des problématiques phares dans les régions.

Marie-Josée Augé-Caumon : les niveaux d'intervention des pharmaciens d'officine

« Le duo médecin-pharmacien est indispensable et il est important de le préserver », commence Marie-Josée Augé-Caumon. À l'officine, plus précisément, il existe plusieurs niveaux d'intervention :

- la prévention, en relayant l'ensemble des campagnes réalisées par les organismes publics, même s'il est possible d'aller plus loin, dans un engagement militant
- le repérage précoce, l'officine étant un lieu d'accueil sans rendez-vous dans lequel il est possible de venir chercher des informations
- le rôle de relais entre patient et médecin généraliste, avec le conseil proprement dit d'orientation dans le système de santé
- le conseil à l'accompagnement des traitements, sur les médicaments directement et sur lieux d'actions, d'accueil et associations.

Ainsi, les missions du pharmacien sont au cœur de l'intervention vis-à-vis des addictions. La mise en place de parcours de soins relatifs à la prise en charge de l'alcoolisme va permettre une amélioration du repérage et une diminution de la difficulté à faire le lien entre les différents professionnels médicaux, paramédicaux sur le terrain. Il est important de sécuriser les patients, dans le domaine des addictions, mais aussi dans les autres domaines.

Claude Leicher : une plus grande prise en compte des médecins généralistes

Le parcours de soins d'un patient qui a des difficultés avec l'alcool ou qui a des conséquences pathologiques résultant de sa consommation d'alcool est long. De la même façon que pour le pharmacien, plusieurs niveaux d'intervention sont possibles :

- la prévention est un des premiers objectifs, en particulier pour sensibiliser à la consommation d'alcool chez les femmes pendant leur grossesse. L'information doit donc est individualisée, personnalisée et précoce.
- le diagnostic, avec en amont une évaluation de la consommation d'alcool et de ses conséquences physiques et psychiques, afin de déterminer si la personne présente un risque caractérisé et des complications.
- l'accompagnement et l'écoute – phase active, la verbalisation des problématiques, permettent au patient de prendre conscience et d'accepter sa maladie en dépassant le déni très courant pour les addictions.
- le soin, en collaboration avec les autres structures, avec comme objectif l'abstinence totale.

« Comment le système de soins doit-il s'organiser ? », demande Claude Leicher : « avec un travail d'équipe faisant intervenir l'ensemble des professionnels du premier recours : médecin généraliste, infirmier, pharmacien d'officine », car « l'alcoolo-dépendance est un problème populationnel », impliquant un nombre de patients équivalent à ceux souffrant de diabète. Il est donc important de développer les soins primaires, et de donner les moyens nécessaires à ce développement. Il existe en effet « de graves problèmes institutionnels », en particulier celui de « limiter la prescription de nouveaux médicaments qui permettraient de diminuer la consommation d'alcool aux seuls

spécialistes et d'écarter ainsi les médecins généralistes de la prise en charge ». L'alcool étant en France un problème de santé publique, Claude Leicher souhaite avec MG France interpeler Marisol Touraine sur la nécessité pour les médecins généralistes de prescrire les nouveaux médicaments traitant l'alcoolo-dépendance et d'améliorer la formation des médecins pour développer la prise en charge des patients.

Jean-Michel Delile : la place des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Les CSAPA sont des centres médico-sociaux dont l'accès est gratuit et qui proposent des services médicaux, sociaux et psychologiques, soit en ambulatoire, soit en résidentiel. Ils sont destinés à accueillir deux types de publics : d'une part des personnes présentant des problèmes d'addiction justifiant une intervention globale et spécialisée de second recours. L'alcoolisme est une maladie chroniquement récidivante, évoluant au long cours, mais dont beaucoup de gens finissent pas s'extraire d'eux-mêmes ou avec le soutien de leurs familles et amis. Une autre partie guérit avec le soutien de professionnels de premier recours, la dernière partie est accueillie dans les CSAPA, leurs problèmes d'alcool souvent complexes étant généralement liés à des problèmes associés psycho-pathologiques et sociaux. Ce deuxième recours constitue donc l'une des portes d'entrée, l'autre étant dans le libre accès de ces structures, qui peuvent recevoir sans préalable des populations spécifiques éloignées de tout système de soins de manière notamment à agir contre les inégalités sociales de santé (précarité sociale, migrants, jeunes en errance, sortants de prison, etc.). Cela amène donc les CSAPA à accueillir des personnes ayant un problème avec l'alcool et répondant à des profils très divers. Ils accueillent en effet environ 140 000 personnes par an, dont la moitié environ pour des problèmes d'alcool, l'écart est donc important avec l'estimation du nombre global de personnes alcoolo-dépendantes. Ce décalage vient en partie de la crainte chez nombre de patients d'être jugés, phénomène résultant de la stigmatisation et de la moralisation, ou d'être assignés à des objectifs de soins (abstinence totale et définitive) dans laquelle ils ne se retrouvent pas ou qu'ils pensent inatteignables. Un meilleur accompagnement des patients et l'établissement d'une relation de confiance, d'une alliance thérapeutique avec les médecins permettent de réduire cette ambivalence par rapport au soin. L'objectif n'est plus l'abstinence totale mais la réduction de la consommation, qui est maintenant considérée comme un objectif légitime en soi et comme un indicateur d'efficacité des interventions psycho-sociales ou médicales.

Le deuxième grand obstacle au recours aux soins face aux problèmes d'alcool susceptible d'expliquer ce décalage entre le haut niveau de besoins et le faible niveau de recours est, ou était, l'absence de traitements visiblement efficaces. Pourquoi faire une démarche dont on se disait qu'elle risquait de n'être pas très efficace. Le développement de nouveaux traitements médicamenteux, notamment le baclofène, a significativement augmenté le nombre de patients demandant très activement à être soignés. Ce constat a d'ailleurs battu en brèche le vieux dogme du prétendu « déni des alcooliques ». D'autre part, loin de se faire au détriment d'approches psychosociales, l'alliance thérapeutique soutenue par des médicaments efficaces permet au contraire de renforcer les réponses non médicamenteuses. Cette synergie bénéfique médicament-approche psychosociale a pu être

constatée en addictologie avec l'arrivée des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) et, plus récemment avec le baclofène dans le domaine de l'alcool. C'est un élément qui ouvre de nombreuses perspectives. À la différence des TSO qui présentent des problèmes de sécurité (risques importants d'intoxication aiguë, de dépendance, de détournement), les nouveaux médicaments proposés dans le traitement de la dépendance à l'alcool offrent des profils de sécurité assez favorables, compte tenu de la prévalence des problèmes d'alcool les professionnels du premier recours devraient donc avoir la possibilité de les primoprescrire. Enfin, un décloisonnement est donc nécessaire entre la filière du premier recours et la filière spécialisée, mais également entre les spécialistes sanitaires et sociaux pour faire face à une problématique souvent complexe intégrant des dimensions non seulement médicales mais aussi psychologiques et sociales.

Jean-Louis Touraine : un nécessaire changement de mentalité

De nombreuses informations sont aujourd'hui disponibles au sujet de l'addiction à l'alcool et la vraie difficulté est l'application des dispositions permettant une amélioration effective des prises en charge, qui demande un courage politique dans un pays viticole comme la France. L'alcoolisation des jeunes, l'alcoolisation aiguë massive, la beuverie express, sont en effet des phénomènes qu'il faut combattre. « Il est nécessaire d'améliorer les prises en charge, prendre en compte les considérations addictologiques, et intégrer l'alcoolo-dépendance dans une filière de soins », rappelle ainsi Jean-Louis Touraine. Une action à tous niveaux est ainsi possible : dépistage chez les jeunes, en milieu professionnel, prise en charge hospitalière et extra-hospitalière, appui à la médecine de premier recours. Il précise que « la mise en place de ces actions est l'objectif de la loi de santé publique à venir en 2014 ». La loi ne va toutefois pas à elle seule pouvoir modifier un problème aussi culturel, il est donc primordial de d'abord faire changer les mentalités, de démystifier l'alcool et de changer l'image de l'addiction alcoolique, avec pour cela des moyens additionnels. Quelques recommandations pour cette mise en place :

- reconnaître et développer l'addictologie, la pérenniser en l'inscrivant dans les projets d'établissements des hôpitaux et en nommant dans chaque établissement un référent addictologie
- inscrire au niveau de la Haute Autorité de Santé l'addictologie comme un élément d'accréditation
- sanctuariser les crédits alloués à l'addictologie
- impliquer davantage les médecins généralistes
- renforcer le couple médecin traitant / pharmacien.

Le parcours de santé et de vie de la personne malade de l'alcool

Intervenants :

- Corinne Bébin, Adjointe au maire de Versailles en charge de l'action sociale
- Alain Callès, Délégué national de Vie Libre
- Jean-Paul Hamon, Président de la Fédération des Médecins de France (FMF)

Alain Callès : l'importance de l'entraide

« Dans le traitement de l'alcoolo-dépendance, l'échelle du temps est fondamentalement différente du côté du malade et du côté du soignant » introduit Alain Callès. Cela explique en partie « des difficultés de dialogue et des difficultés de communication ». Il est difficile de décrire un parcours de soins et *a fortiori* un parcours de santé pour l'alcoolo-dépendance, car elle commence par le déni, la souffrance et dans la solitude et l'enfermement. Le parcours commence par un long travail de reconnaissance de la maladie et de l'incapacité à enrayer son développement, « demain j'arrête ». La deuxième étape d'amorce du parcours est l'acceptation de l'aide et du regard de l'autre. À ce moment se produit le « déclic de lucidité », entrée concrète dans le parcours, l'acceptation de la difficulté à s'en sortir marquant paradoxalement le début de la guérison. L'aide médicale, l'écoute du médecin généraliste et des spécialistes, les services sociaux, les groupes de parole des mouvements d'entraide, et beaucoup de bienveillance de la part de l'entourage prennent alors le relais.

L'historique de l'acceptation de l'alcoolisme est tel que, vu uniquement sous l'angle moral au XIXe et au début du XXe siècle, il a ensuite été accepté comme maladie à partir des années 50 en ouvrant la possibilité de guérison. Cette évolution est caractéristique de l'image qu'a de lui-même le malade alcoolique, de la marginalisation à l'acceptation de ses dimensions sociales, économiques, politiques, sanitaires et psychologiques.

« Il faut saluer le rôle des groupes de parole d'anciens buveurs dans les parcours des malades, la rupture de la solitude, le partage d'expériences, la prise de confiance et la réintégration sociale ». C'est une considération d'égal à égal identique dont doivent faire preuve à la fois les médecins mais aussi les services sociaux pour permettre l'acceptation de la maladie par le malade et le début de sa guérison.

Corinne Bébin : la vision de l'élu local

Même si la santé n'est pas une compétence municipale, une ville est confrontée régulièrement à la question de l'alcool soit au regard de sa compétence de maintien de l'ordre public soit de celle du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). Devant cette question, la Ville de Versailles a souhaité rendre effective la collaboration de terrain, souhaitée par tous les acteurs, grâce au lien mis en place entre les maraudes de jour au cours desquelles les travailleurs sociaux du CCAS vont à la rencontre des malades souvent sans domicile, et les maraudes de nuit, effectuées quotidiennement l'hiver. Celles-ci sont assurées tour à tour par le service d'hygiène de la Ville, la Croix Rouge et une association de bénévoles. Ces maraudes permettent de garder un lien de socialisation et de rompre la solitude. Elles contribuent à l'estime de soi.

Le premier des maillons du parcours de santé est indifféremment le bénévole ou le travailleur social qui connait respectivement soit les souhaits et motivations de la personne, soit les modalités d'accès aux droits sociaux ou sanitaires. Le deuxième maillon de l'accès aux soins a pu être optimisé grâce à la mise en place de maraudes médicalisées réalisées par l'Ordre de Malte accompagnant les agents de la Ville. Ces maraudes médicalisées offrent bénévolement des conseils et font le lien avec l'association Médecins de Rue, association de médecins bénévoles, ou bien encore avec le service d'urgences de l'hôpital. Lorsqu'il s'agit d'aborder la phase de sevrage, le relais est pris par le secteur sanitaire car les collectivités locales ne sont pas compétentes dans cette phase. Néanmoins à l'issue du sevrage, lorsque la personne retourne dans son environnement propre présentant une grande fragilité du fait du risque de rechute, nous constatons que les travailleurs sociaux sont trop rarement impliqués et ils manquent cruellement de structures médico-sociales permettant la stabilisation de la personne.

Concernant les citoyens qui ne sont pas en rupture sociale mais qui présentent des risques, la commune a souhaité s'investir dans une politique de prévention, en particulier à l'attention des jeunes afin de combattre les comas éthyliques et la déscolarisation, et à l'attention des femmes enceintes, afin de combattre le syndrome d'alcoolisation fœtale à l'origine de nombreuses déficiences intellectuelles.

Il est à noter que sur un territoire communal, les pharmaciens constituent un acteur indispensable à cette veille. Ce sont les commerçants qui sont les plus attentifs et auxquels les personnes se confient le plus facilement. La médecine du travail devrait également être davantage impliquée dans le parcours de santé, au même titre que les organismes complémentaires d'assurance maladie, car ce sont les acteurs avertis le plus en amont des moments de vulnérabilité, des« accidents de la vie », susceptibles d'entraîner les personnes vers l'alcoolo-dépendance.

Ce maillon territorial est bien souvent « oublié » dans la chaîne de «soins » et pourtant c'est ce maillon qui peut attester ou non de l'efficience de la prise en charge globale. Il est temps désormais, de co-construire avec les associations d'usagers et les différents acteurs de la chaine de soin, les indicateurs d'efficience collective. C'est à ce prix, et seulement à ce prix, que ce fléau pourra être vaincu sans pour autant porter atteinte à la spécificité de la France : son art de vivre.

Jean-Paul Hamon : la place centrale des médecins généralistes

« Étonnamment, le médecin généraliste n'est pas mentionné dans la liste des acteurs du parcours de santé du malade alcoolique de Mme Corinne Bébin », regrette Jean-Paul Hamon. Les parlementaires font par ailleurs diminuer le budget alloué à la prévention dans la Loi de Finances de la Sécurité Sociale (LFSS) 2014 de 140 à 120 M€. On ne peut en effet pas prendre en charge un alcoolique s'il n'a pas lui-même pris conscience de son problème, les groupes de paroles étant donc essentiels au parcours de santé. En tant que médecin généraliste, Jean-Paul Hamon est « profondément désespéré du rôle qu'on veut lui faire jouer », l'interdisant de prescrire les nouveaux médicaments contre l'alcoolo-dépendance. Il est important d'améliorer la formation des médecins en matière d'addiction mais également « de prévoir pour les étudiants en dernier cycle une année de stage en libéral », de pérenniser la prévention et l'information, de resserrer les liens entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes, de façon à leur permettre d'assumer pleinement la place centrale qu'ils occupent dans le système de santé.

Biographie des intervenants

Marie-Josée AUGE CAUMON

Pharmacienne d'officine et conseillère du Président de l'Union des Syndicats de Pharmacies d'Officine (USPO) depuis 2001. Elle est également Présidente du Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD) « Réduire les Risques ».

Corinne BEBIN

Adjointe au Maire de Versailles, déléguée aux Affaires Sociales, Directrice d'APEI 75, Les Papillons Blancs de Paris, association des parents et amis des personnes handicapées mentales. Membre du conseil d'administration de Intelli'Cure, réseau intéractif au service de la personne déficiente intellectuelle.

Alain CALLES

Délégué National de Vie Libre, mouvement national de buveurs (euses) guéris (es) d'abstinents (es) volontaires, de sympathisants (es). Il est également Conseiller municipal délégué au handicap et aux discriminations de la ville de Montreuil.

Alain CORVEZ

Directeur de la Stratégie de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées. Docteur en médecine, il a été membre du conseil scientifique de la HAS et responsable du Pôle Santé Publique et Sécurité Sanitaire au cabinet de Jean-François Mattei, alors Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Il a également été Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon.

Michel CRAPLET

Médecin psychiatre et alcoologue au Centre hospitalier des 4 villes (Sèvres, Saint-Cloud), il est également médecin délégué de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Il a été président de l'association Eurocare.

Jean-Paul DELEVOYE

Président du Conseil économique social et environnemental (CESE) depuis 2010. Il a été précédemment Médiateur de la République de 2004 à 2011, Ministre de la Fonction Publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire de 2002 à 2004. Il a également été élu député du Pas-de-Calais de 1986 à 1988 et Sénateur de 1992 à 2002. Ancien directeur de sociétés agroalimentaires, il est depuis 1982 Maire de Bapaume et Président de la Communauté de Communes de Bapaume depuis 1992.

Jean-Michel DELILE

Vice-président de la Fédération Addiction, psychiatre, addictologue, ethnologue et thérapeute familial, Il est également membre de la Commission Nationale des Stupéfiants et Directeur du Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue (CEID) de Bordeaux.

Jean-Paul HAMON

Médecin généraliste et Président de la Fédération des Médecins de France (FMF), il exerce à Clamart depuis 1973 dans un groupe de cinq médecins généralistes de France, un des plus vieux groupes de France créé en 52.

Claude LEICHER

Médecin généraliste en Maison de santé en zone semi rurale et Président depuis 2009 de MG France, syndicat de Médecin Généraliste. De 1985 à 2007, il est médecin attaché au Centre Hospitalier de la Drôme au service d'alcoologie, service des urgences, en moyen et long séjour gériatrique et SAMU. Jusqu'en 2005, il officie au sein du Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA) de la Drôme.

Daniel LENOIR

Directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf). Il a été précédemment Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais de 2009 à 2013, Directeur général de la Mutualité française de 2005 à 2009, Directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés de 2002 à 2004 et Directeur général de la Mutualité sociale agricole de 1997 à 2002.

Francis MEGERLIN

PhD HDR, Maître de conférences en droit et économie de la santé à l'université Paris Descartes, il enseigne à l'ESSEC et Sciences Po. Il est Senior Fellow, Berkeley Center for HealthTechnology, University of California, Berkeley, et membre du GRADES, Faculté de pharmacie de l'université Paris-Sud.

Pierre POLOMENI

Psychiatre, praticien hospitalier au service d'addictologie Hôpitaux Universitaires Paris Seine Saint Denis (Sevran), responsable Equipe de Liaison (René Muret). Il a été auparavant chargé de mission à la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et membre du Haut Conseil de Santé Publique. Il est aujourd'hui Président de l'association ELSA France et expert conseiller pour le Ministère de l'Intérieur (Médecine de prévention, formation addictions, risques psycho sociaux), et expert pour l'INSERM (Expertise collective 2010: RDR infectieux chez les usagers de drogues).

Jean-Louis TOURAINE

Professeur de médecine spécialiste de l'immunologie, des techniques de greffe et du SIDA, c'est également un homme politique français élu député de la troisième circonscription du Rhône en juin 2007. Depuis avril 2013, il est vice-président de la Fédération hospitalière de France (FHF). Il a présidé le Conseil scientifique consultatif Rhône-Alpes de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Ancien président du Haut comité médical de la Sécurité sociale de 1992 à 1996, il est depuis 1995, président national de France-Transplant.

Apollin'ère

Apollin'ère est une plateforme d'échange transversale et pluridisciplinaire sur la problématique de l'alcoolo-dépendance, prenant en compte à la fois les aspects médicaux, économiques, sociaux et éthiques de cette pathologie. L'objectif est de créer un laboratoire d'idées sur la prise en charge de l'alcoolo-dépendance en France sur la base d'une réflexion collective et multidisciplinaire

La prise en charge de l'alcoolo-dépendance : à l'aube d'une nouvelle ère

Présente dans les plans addictions de la MILDT ou encore au sein des plans cancers, la prise en charge de la consommation excessive d'alcool se concentre bien souvent sur des portes d'entrées (les jeunes et l'alcool ; alcool et grossesse) et ne bénéficie pas de son propre plan d'action global. La tranche d'âge des 35-55 ans, alors qu'elle est aujourd'hui celle qui a la consommation journalière la plus à risque, échappe à ces interventions.

Si ces actions montrent des signaux positifs, beaucoup reste encore à faire dans de nombreux domaines. C'est pour cela que Lundbeck soutient le groupe « Apollin'ère ».
Composé et animé par des personnalités d'horizons différents (professionnels de santé, élus, représentants de malades, institutionnels…), ce groupe se veut être le lieu d'une réflexion prospective sur les enjeux économiques, sociaux et éthiques que posent la prise en charge du patient alcoolo-dépendant.

Différentes problématiques seront abordées lors d'un cycle de réunions, comme :

- la prévention de l'alcoolo-dépendance : pour une approche rénovée ?
- la politique de la réduction des risques : quelle applicabilité en matière d'usage excessif d'alcool ?
- la consommation à haut risque : quelle information vers les différents publics ?
- la formation des professionnels de santé de premier recours : quels outils à mettre en place ?
- le parcours de soins du patient alcoolo-dépendant : quelle place pour chacun des acteurs du soin ?

Deux impératifs : transparence et autonomie

- les membres du groupe sont fédérés par une charte d'éthique garantissant l'indépendance et la liberté d'expression
- Lundbeck, laboratoire pharmaceutique danois, en assure le mécénat
- nile, agence conseil en affaires publiques dédiée aux acteurs de santé, est secrétaire général du groupe et en garantit l'indépendance éditoriale
- à partir des travaux du groupe et des auditions de personnalités qualifiées et de décideurs politiques autour de thématiques précises, les membres élaboreront un corpus de propositions traduites en actions concrètes dans la perspective d'un colloque national au Conseil Economique Social et Environnemental (CESE).

Lundbeck, l'engagement d'un contributeur

Fondé en 1915, Lundbeck est un groupe danois, détenu majoritairement par la Fondation Lundbeck. Depuis plus de 50 ans, Lundbeck a choisi de devenir un spécialiste des maladies du cerveau et de concentrer ses recherches exclusivement dans les maladies du système nerveux central (SNC). Il est aujourd'hui le seul laboratoire à être spécialisé uniquement sur ces pathologies.

Pour Lundbeck, le rôle d'un laboratoire n'est pas uniquement de produire et commercialiser des médicaments mais aussi d'améliorer les conditions de vie des malades. Lundbeck veille à participer à la prise de conscience générale de l'importance sociale et sociétale de ces maladies.

Sensibiliser les pouvoirs publics est une priorité pour Lundbeck.

nile, agence de conseil dédiée aux acteurs de santé

A côté de ses activités de conseil, nile a à cœur d'accompagner l'évolution du système de soins. Consciente de l'importance de l'échelon territorial dans la mise en place des politiques de santé, notamment depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), nile a créé l'Observatoire de la Régionalisation afin de pouvoir apporter un éclairage sur la mise en œuvre concrète de cette réforme sans précédent dans l'histoire du système de santé français. Depuis deux ans, elle organise également les Etats Généraux de la Santé en Région (EGSR), congrès annuel ayant pour objectif de promouvoir les actions de terrain créées par les acteurs de santé.

En réponse à l'opacité parfois de mise dans certaines politiques de santé, nile est guidée par un souci constant de pédagogie. Elle réunit ainsi bimensuellement des décideurs lors des « cafés nile ». Ouverts à tout public appartenant à la chaine de santé, ils réunissent entre 80 et 100 personnes autour de personnalités reconnues. Elle met par ailleurs, en libre accès, les « notes de nile » pour apporter une compréhension des grands rapports ou des textes de lois les plus importants qui impactent la santé et sa politique.

La charte éthique

Les engagements de Lundbeck et du secrétaire général

- garantir l'indépendance éditoriale «Apollin'ère»
- garantir l'indépendance et la liberté d'expression des membres de la Communauté
- fournir à l'ensemble de la Communauté les éléments mis à sa disposition sans en dénaturer le fond et en en désignant la source
- assurer la pérennité «Apollin'ère» et remplir scrupuleusement le cahier des charges sur lequel les membres de la Communauté ont pris leurs engagements
- Lundbeck s'engage à ne pas être présent aux réunions de travail

Les engagements des membres d'Apollin'ère

- contribuer aux réflexions du think tank, tant par leur présence lors des réunions thématiques que par leurs apports entre les réunions d' «Apollin'ère»
- respecter la libre expression des membres et l'indépendance éditoriale
- réagir sur les synthèses proposées à l'issue de chaque réunion, dans la semaine suivant leur réception par mail. Passé ce délai d'une semaine, les synthèses seront considérées comme validées par les membres
- les documents produits par la Communauté l'engagent à titre collectif, mais n'engagent pas les membres individuellement.