

50/51°  
NORD

## L'ALCOOLOGIE



L'alcoologie est une question prise au sérieux dans le Nord – Pas-de-Calais.

Les pathologies liées à l'alcoolisme sont en effet au nombre des difficultés qui caractérisent l'état de santé des habitants de la région.

Pourtant, il est inexact de dire que les habitants de la région boivent plus qu'ailleurs. L'alcoolodépendance concerne en effet une petite partie de la population, qui consomme de l'alcool en très importante quantité.

Ici comme ailleurs, les campagnes massives et répétées d'information, de prévention, de répression de la conduite en état d'ivresse, ont fait baisser la consommation de la population générale. Mais elles sont restées sans impact sur le comportement des individus en réelle difficulté avec l'alcool, qui sont ici plus nombreux qu'ailleurs.

Pour leur venir en aide, un dispositif médical de prise en charge s'est développé. Est-il suffisant ? Quelles solutions apporte-t-il ? La question reste cruciale pour la région.

# DES MODES DE PRISE EN CHARGE QU

## PLUS DE MALADES ALCOOLO-DÉPENDANTS, MOINS DE SUIVI MÉDICAL

En 2003, la consommation moyenne en France s'élevait à 13,2 litres d'alcool pur par an, par personne adulte. C'est deux fois moins que dans les années 60. Cette nette diminution concerne également la population du Nord - Pas-de-Calais. Mais la région compte toujours plus de personnes alcoolo-dépendantes qu'ailleurs.

Une enquête nationale<sup>1</sup> place la région en tête des 22 régions de France métropolitaine pour ce qui est du nombre de patients alcoolo-dépendants de plus de 16 ans vus par un médecin généraliste.

Mais lorsque l'on regarde la prise en charge, la région n'est plus qu'au 9<sup>e</sup> rang pour ce qui est du nombre de personnes alcoolo-dépendantes hospitalisées.

Plus inquiétant encore, la région est la 17<sup>e</sup> sur 22 pour le nombre de consultants accueillis dans les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), bien en deçà de la moyenne nationale.

La filière spécialisée prend en charge moins de malades, pourtant bien plus nombreux ici qu'ailleurs.



## 70 % DES PERSONNES MALADES NE SONT PAS SOIGNÉES

Un rapport national met en évidence que seuls 15 à 20 % des malades sont soignés. Au moins 70 % des personnes en difficulté ne sont pas prises en charge<sup>2</sup>. Il est très probable que cette proportion soit égalée, voire dépassée dans la région, au vu des chiffres cités plus haut.

Selon ce même rapport, cette réalité est due au déni. Il y a d'abord une difficulté personnelle à se reconnaître en difficulté avec l'alcool, qui est un produit toléré par la société. Les alcooliques, les personnes en difficulté avec l'alcool, ne réaliseraient pas leur dérive, ni la gravité de leur situation. Quand les malades rencontrent le système de soins, c'est bien souvent pour un problème de santé induit, qui permet d'enclencher une prise en charge de l'alcoolo-dépendance. Et si un malade décide lui-même de sortir de la dépendance alcoolique, bien souvent, il ne sait pas à qui s'adresser, ou s'il trouve un circuit de soins, il se voit proposer un rendez-vous parfois lointain. Il faut signaler que dans la région, lorsqu'une demande est urgente, les équipes parviennent de mieux en mieux à se mobiliser.

<sup>1</sup> Enquête réalisée par la DREES-BESP, les DRASS, la FNORS et les ORS en 2000.

<sup>2</sup> Chabalier H. *Alcoolisme, le parler vrai, le parler simple Rapport de la mission Hervé Chabalier sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme*. Paris : Robert Laffont, 2005 ; 160 p.

## DES MOYENS QUI SEMBLENT DÉRISOIRES

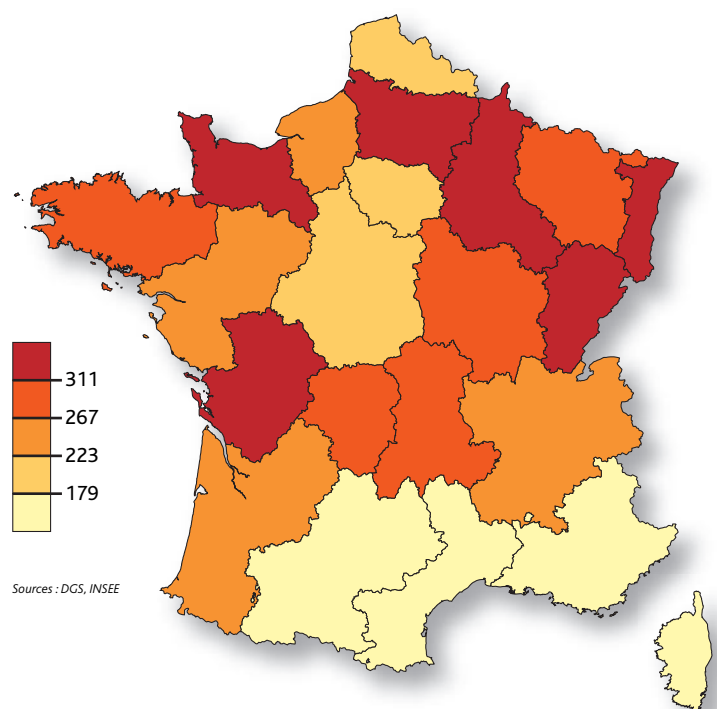
Ces explications sont-elles pertinentes pour justifier le déficit de prise en charge dans la région ? Ou alors, le coût des soins, considéré comme trop important, freine-t-il les prescriptions ? Pire, la filière de soins serait-elle mal organisée ? Qu'en est-il des temps d'attente, des moyens consacrés ?

Dans l'ensemble, les moyens de soins semblent dérisoires par rapport aux difficultés. L'alcoologie n'est pourtant plus le parent pauvre de la prise en charge médicale : les services de soins en alcoologie sont identifiés dans l'organisation des établissements de santé, et un volet spécifique du SROS 3 dédié aux addictions, dont l'alcoologie, paraîtra d'ici à la fin de l'année 2007. Pourtant, seule une minorité de personnes alcoolo-dépendantes a accès au dispositif de soins. Ce n'est pas faute de moyens : le Nord - Pas-de-Calais fait partie – ce n'est pas souvent le cas – des quelques régions qui disposent d'un nombre de structures comparable à la moyenne nationale. 15 établissements consacrent 150 lits d'hospitalisation au sevrage alcoolique.

Néanmoins, cela ne suffit pas. Et sans doute la création de lits supplémentaires ne représente-t-elle pas forcément la seule réponse à l'insuffisance de soins.

## CONSULTATIONS DANS LES CENTRES DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE EN 2005

Nombre de consultants pour 10 000 habitants



# IL ÉVOLUE POUR DES MODES DE CON

## UNE SITUATION SI GRAVE QU'ELLE INCITE À INNOVER

Pour accueillir plus de personnes, les modes de prise en charge de l'alcoolodépendance se transforment peu à peu. Pour certains médecins alcoologues, la gravité de la situation dans la région est une raison de se dépasser, d'innover. Ils développent des protocoles de prises en charge plus « légers », en alternative à l'hospitalisation à temps complet qui jusqu'ici était la principale réponse médicale aux demandes de sevrage. Le PASBA (voir ci-contre), la « consultation sans délai » ou sans rendez-vous à la clinique de la charité sont les exemples lillois qui illustrent ces méthodes novatrices, tout comme le partenariat des professionnels de santé et des associations d'anciens buveurs, associés pour répondre au mieux aux besoins des malades en demande d'aide. L'alcoologie, malgré ces initiatives, reste en devenir.

« Le culte du corps sain, de la jeunesse ne risque-t-il pas de devenir une tyrannie, rejetant dans la marginalité toute conduite « sanitaire non correcte » ? Aucune conduite, à part la délinquance ou le crime n'est aussi stigmatisée, socialement mal vue que la toxicomanie ou l'alcoolisme. »<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Valleur M, Matysiak J.C. Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Paris : Armand Colin, 2006 : 380 p.

## LE PASBA, UN SEVRAGE « EN VILLE »

Depuis 2004, le Protocole Ambulatoire de Sevrage de Boissons Alcoolisées (PASBA) propose aux malades en dépendance physique à l'alcool un sevrage en sécurité, sans hospitalisation.

Concrètement, il s'agit d'un sevrage « en ville » de 10 jours, pendant lesquels le patient suit un traitement médical et rencontre une infirmière en consultation 2 fois par jour les 3 premiers jours, puis 1 fois par jour les 7 jours suivants au cabinet infirmier. Puis, plusieurs rendez-vous avec l'infirmière, chez le médecin généraliste ou l'alcoologue, permettent de suivre le patient dans l'année qui suit le sevrage.

À l'issue d'un premier rendez-vous d'une heure où l'infirmière va expliquer le déroulement du sevrage et répondre à ses questions, le patient doit signer un contrat d'engagement moral.

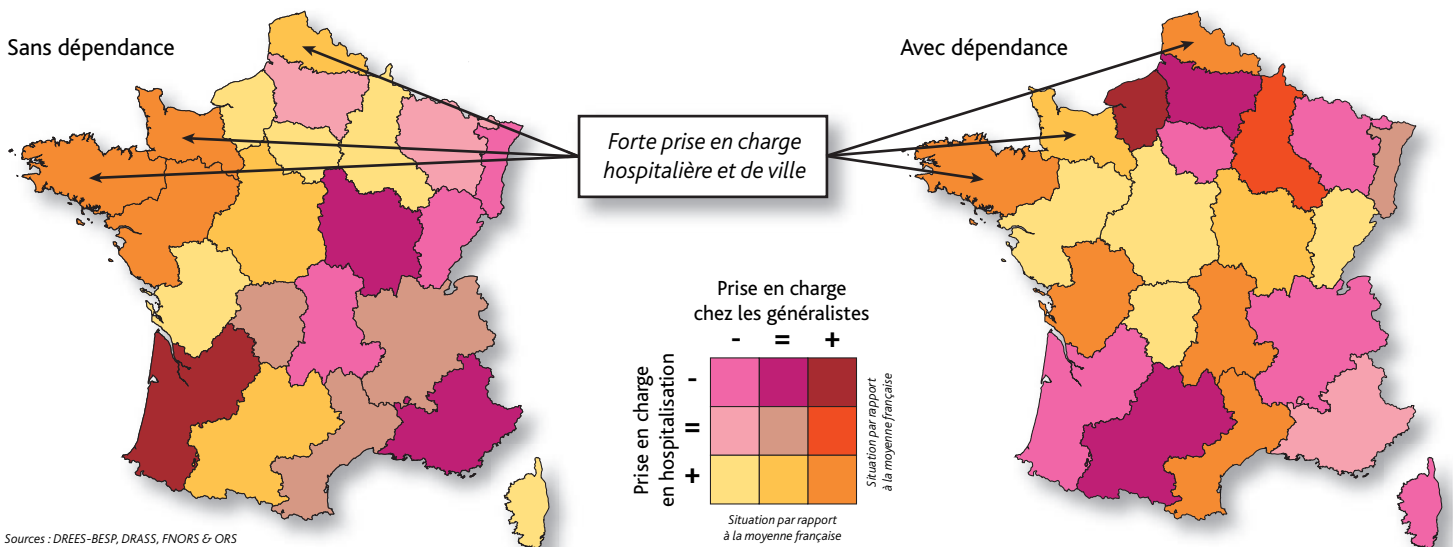
« Certains malades hésitent à s'engager, car ils ne se sentent pas capables de résister à l'alcool sans rompre avec leur environnement habituel » témoigne Laurence Tisserand, infirmière coordinatrice du PASBA depuis sa création.

Malgré des contre-indications strictes<sup>6</sup>, le PASBA est accessible à 95% de la population alcoolodépendante. « Depuis le démarrage, nous avons accompagné 275 patients, grâce à un réseau de médecins généralistes impliqués et de 50 infirmières de ville formées à cette prise en charge ». Des réunions d'intervision permettent un suivi de chaque malade, y compris après le traitement. « Mais nous n'avons pas encore de chiffres précis quant aux éventuelles rechutes des patients après plus d'un an ».

Et sans avoir besoin d'attendre les résultats d'une étude en cours sur le devenir des patients suivis, le Centre Hospitalier de Lens vient de signer une convention avec le CHRU de Lille et Généralistes et Toxicomanie, initiateurs du PASBA, pour développer une prise en charge similaire.

<sup>6</sup> Le programme est inaccessible aux personnes en situation de précarité, à celles qui sont atteintes de dépression grave ou d'une pathologie psychiatrique sévère non stabilisée, aux multi-dépendants non stabilisés, aux personnes souffrant de pathologies chroniques associées, comme par exemple un diabète insulino-dépendant, un cancer en évolution ou une pathologie digestive grave.

## PATIENTS VUS EN HOSPITALISATION ET EN MÉDECINE DE VILLE, PRÉSENTANT UNE ALCOOLISATION EXCESSIVE, AVEC OU SANS DÉPENDANCE. Écart par rapport aux moyennes nationales et typologies régionales, année 2000.



# SOMMATION QUI SE TRANSFORMENT

## LUTTER CONTRE LES ADDICTIONS OU SOIGNER LES MALADES ALCOOLO-DÉPENDANTS : FAUT-IL EN DÉBATTRE ?

Deux conceptions s'affrontent pour tenter de répondre aux problèmes de la dépendance.

Actuellement, la tendance est d'élargir le champ de la dépendance, résumé par l'emploi du mot « addictions ». La santé ne s'occuperait plus seulement des malades, des alcoolo-dépendants, mais de la masse bien plus importante de personnes qui usent ou abusent d'alcool, et/ou d'autres produits. Cette conception qui présente de l'intérêt, soulève aussi un risque : l'accent mis sur la perte de liberté dans la relation à certains produits, dont l'alcool, peut aider à vivre plus sainement, plus librement, mais ne risque-t-on pas de transformer en « malades » quantité de personnes qui ont simplement de mauvaises habitudes et qui, pour ce qui les concerne, s'en accommodent bien ?

C'est le risque de ne considérer l'alcool qu'au travers de l'unique prisme de la « santé publique », qui veut agir sur la consommation de la population générale.

Quel que soit le débat, il semble urgent de ne pas détourner l'attention ou les moyens consacrés à la prise en charge des trop nombreux malades de la région, qui restent en grave difficulté.

*« C'est toujours la rencontre singulière entre un sujet et une expérience qui conduira ou non à l'engagement dans un processus morbide. »<sup>4</sup>*

<sup>4</sup> Valleur M, Matysiak JC. Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Paris : Armand Colin, 2006 ; 380 p.

## 9 RECOMMANDATIONS DE LA MISSION HERVÉ CHABALIER<sup>5</sup> SUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

1. Faire de la lutte contre l'alcoolisme une cause nationale.
2. Admettre que l'alcool n'est pas un produit ordinaire : c'est une drogue.
3. Reconnaître l'alcoolisme comme une maladie progressive.
4. Lutter contre le déni : grâce à des médecins qui veillent, des conseillers qui détectent, des groupes d'anciens buveurs qui interviennent.
5. Associer l'éducation à la sanction.
6. Prendre en compte la co-dépendance dans les traitements.
7. Faire réaliser une étude sur les véritables coûts des conséquences de l'alcoolisme.
8. Faire du monde de l'entreprise un acteur de prévention.
9. Décider urgemment des mesures spécifiques à destination des jeunes.

<sup>5</sup> Chabalier H. Alcoolisme, le parler vrai, le parler simple Rapport de la mission Hervé Chabalier sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme. Paris : Robert Laffont, 2005 ; 160 p.

## L'ALCOOLOGIE DANS LE NOUVEAU SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE NORD - PAS-DE-CALAIS

### Constatactions essentielles :

- Des difficultés persistent dans l'accès aux soins, c'est-à-dire prévention, dépistage, soins curatifs et de réadaptation, dues à l'insuffisance de structures adaptées disposant de personnels formés, comme de moyens matériels d'accès.
- L'organisation du parcours de soins du patient est insuffisante. Il en résulte un recours tardif au système de soins et la coexistence de structures juxtaposées sans passerelles établies.
- La démographie médicale défavorable risque d'induire localement la disparition de l'activité en alcoologie et en addictologie pour un établissement lors du départ d'un médecin, et la dispersion de paramédicaux ayant acquis de l'expérience.
- La formation des professionnels est toujours insuffisante pour le repérage précoce et la verbalisation des pratiques addictives, qui concerne surtout les adolescents et des populations précarisées.
- La coordination des soins est à établir.

### Objectifs pour la période 2007-2011 :

- Il est nécessaire que chaque hôpital doté de services d'urgences ait une consultation hospitalière d'addictologie regroupant notamment les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie.
- Il convient d'organiser, pour la personne en recherche de soins, un parcours à travers une prestation de proximité, un recours spécialisé, ou une hospitalisation.
- Il est nécessaire de disposer d'au moins un service d'addictologie de recours pour 500 000 habitants.
- Il conviendra d'adapter les cadres d'intervention aux spécificités du public jeune.
- Il faudra veiller à réduire les facteurs de risque de reproduction familiale des addictions.
- Enfin, l'enseignement de l'addictologie dans les trois cycles des études médicales devra être développé.

Source : Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord - Pas-de-Calais Sros III, volet addictologie, juin 2007.

## ASSOCIATIONS ET PROFESSIONNELS DE L'ALCOOLOGIE : UN PARTENARIAT AU QUOTIDIEN POUR VENIR EN AIDE AUX MALADES

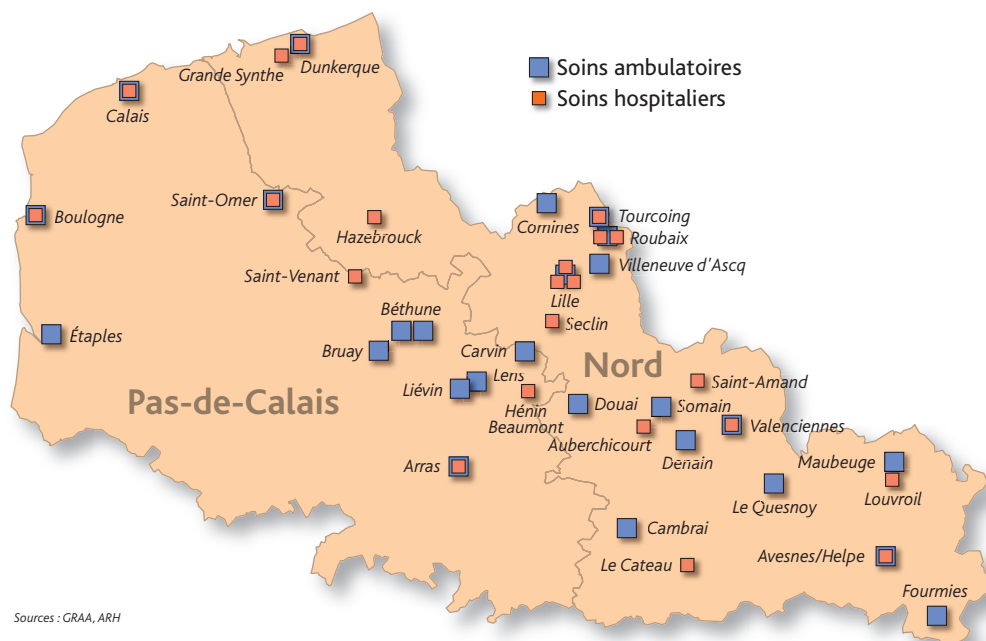
L'alcoologie fait figure de précurseur en ce qui concerne le co-pilotage du système. Depuis les années 50, les associations ont interpellé les professionnels et n'ont pas cessé de s'impliquer, accompagnées par les médecins. L'un d'entre eux décrit l'alcoolisme comme « un trouble dans lequel la médecine peut intervenir » ; ce qui révèle une conception ouverte, sans les limites habituellement rencontrées entre le temps de la prise en charge et la vie de l'individu, limites auxquelles s'arrête souvent le système de santé.

À Lille, la prise en charge de l'alcoolisme repose sur un partenariat au cœur duquel se trouvent les associations : elles accueillent les patients et leur offrent une réponse dense et rapide, nuit et jour, puis orientent les malades et font une importante partie du travail d'accompagnement, de soutien, de prévention, d'information. Chaque association est inscrite dans une dynamique d'échange au sein d'un des collèges du Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie (GRAA) : collège sanitaire qui regroupe les professionnels de santé, collège social qui rassemble les acteurs sociaux, et collège des associations d'anciens buveurs. Chaque collège travaille sur des thématiques et met ensuite en commun ses travaux au sein du GRAA, qui se veut un lieu d'échange et un laboratoire d'idées. Interpellés par les associations sur les délais d'obtention d'un rendez-vous, les médecins du collège sanitaire ont par exemple mis en place une « consultation sans délai ». Ils ont également créé une « écoute sanitaire », accessible en continu aux associations, qui pratiquent pour leur part l'écoute accessible à tous.

Chaque semaine, les professionnels de santé accueillent les associations pour un échange des faits marquants. Des demi-journées, ouvertes à tous et organisées en différents lieux de la région, sont l'occasion de réfléchir à un aspect du trouble alcoolique. Une session récente a permis aux enfants de malades alcooliques d'exprimer leurs difficultés et de tracer des voies d'accompagnement, donnant naissance à l'idée d'unité mobile de prise en charge des enfants d'alcooliques, qui verra peut-être le jour.

Selon un médecin, la diversité et le nombre des associations sont des atouts qui ont permis de ne pas faire d'erreur. La parole « multiple » permet de couvrir l'ensemble du champ de la prévention de l'alcoolisme et de limiter les dérives éthiques. On remarque en effet parfois, chez certains membres d'associations, la tentation de vouloir intervenir de manière « forcée » dans la vie des malades alcooliques, de leur imposer une prise en charge. Il faut rappeler que l'on peut guérir de la maladie alcoolique et que ceux qui en sortent vont de mieux en mieux ; ce qui explique aussi la très forte solidarité qui existe entre les associations, les anciens buveurs et les malades. Cette réflexion existe également chez les médecins, qui s'interrogent sur la frontière entre leur devoir de soigner et la liberté de l'individu, protégée désormais légalement par le consentement. Ces questions éthiques sont l'objet du travail de la Société Française d'Alcoologie qui regroupe 3 000 professionnels et associations. À noter toutefois que les 20 administrateurs de la SFA sont tous professionnels de santé ; aucun représentant des usagers ne figure parmi les élus.

### LES LIEUX DE CONSULTATION ET D'HOSPITALISATION EN ALCOOLOGIE DANS LE NORD - PAS-DE-CALAIS



## 3 questions à :

**Thierry DANEL**

Responsable de l'unité d'addictologie du CHRU de LILLE,  
président du Groupement Régional d'Alcoolologie et d'Addictologie (GRAA)

### La lutte contre l'alcoolisme a-t-elle produit les effets attendus ?

Il y a deux types de consommation : la consommation d'alcool de la population générale et la consommation des personnes dépendantes. Pour la première, ici, comme partout ailleurs, elle a beaucoup diminué. Les messages de prévention sur les risques de la consommation d'alcool ont produit des effets concrets et mesurables, de même que la législation a transformé les habitudes, en premier lieu la lutte contre la conduite en état d'ivresse ou encore l'implication accrue de la médecine du travail.

D'autre part, il y a l'alcool-dépendance, maladie souvent mortelle qui relève de la psychiatrie. Certaines personnes qui en sont atteintes peuvent souffrir de lésions irréversibles au cerveau, de troubles mentaux, et de pathologies organiques associées.

Celles-ci n'ont pas été la cible des messages de prévention et de santé publique ; elles ont peut-être même été plus fragilisées encore par cette grande lutte contre la consommation d'alcool. Le regard de la société s'est durci : très sensibilisé, l'entourage, notamment professionnel, a cessé de protéger les personnes alcool-dépendantes.

### La réponse du système de soins à cette maladie est-elle satisfaisante ?

Seule une minorité de personnes alcool-dépendantes a accès au dispositif de soins. Ce n'est pas normal. Il faut que nous puissions accueillir plus de personnes. Mais il est clair que nous ne pouvons le faire dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui. Nous avons déjà fait évoluer nos méthodes : imaginez qu'il y a encore peu de temps, on conditionnait la prise en charge à la motivation des malades qui devaient s'engager à ne pas rechuter ! Notre rôle est désormais de réfléchir et proposer des solutions alternatives à la prise en charge à temps complet. Il faut promouvoir des protocoles de prise en charge plus « légers », pour soigner plus de personnes à moyens équivalents.

La réponse idéale serait d'articuler des centres en ville, des CCAA et des structures d'hospitalisation en cas d'urgence. En y associant le secteur médicosocial qui pourrait prendre le relais lorsque le soin après le sevrage devient plus éducatif, social et psychologique.

### Selon vous, comment l'alcoolologie doit-elle évoluer ?

L'alcoolologie a longtemps été une discipline marginale, pratiquée par des médecins marginaux en réponse à des patients marginaux au sens « différents des autres ». Aujourd'hui nous sommes intégrés à l'hôpital, nous sommes normalisés. Or, les pratiques de consommation changent, elles sont très inscrites dans le tissu social, elles nous obligent à bouger. Les patients aujourd'hui ne sont plus les mêmes qu'il y a quelques années, beaucoup sont multi-dépendants à la fois à l'alcool et au cannabis, ou encore sans domicile fixe. Ce sont des phénomènes nouveaux.

Il faut que nous parvenions à accompagner les malades dans leur parcours, là où ils sont : l'hospitalisation ne doit pas être la seule réponse. Nous devons adapter la prise en charge aux besoins des patients et ne plus se contenter d'imposer la réponse qui convient aux médecins. C'est ce que le monde médical doit réussir. Et puis, collectivement, nous devons aussi réfléchir à nos pratiques. Aujourd'hui, les alcool-dépendants sont marginalisés, exclus y compris du monde du travail. Il nous faut trouver la voie du milieu face à ces personnes malades.