

Ecole Nationale de la Santé Publique

Mémoire d' Elève-Directeur d'Hôpital 1998-2000
Septembre 1999

Un établissement de santé mentale partenaire d'un réseau d'alcoologie :
Stratégies et enjeux pour le Centre Hospitalier des Pyrénées.

CLARA DE BORT

❧ *REMERCIEMENTS* ❧

Ce travail n'aurait pas été possible sans le dévouement des personnes interrogées, notamment le Dr Cottanceau, le Dr Rouchon et Mme Cazalet qui m'ont accordé un temps précieux.

Merci aussi à M. Le Loir pour ses éclairages enrichissants sur la psychiatrie d'aujourd'hui.

... Ainsi qu'à Inès et son papa.

Liste des sigles utilisés

- RABS : Réseau Alcoologie Béarn et Soule
- CHP : Centre Hospitalier des Pyrénées
- CHG : Centre Hospitalier Général
- CIAT : Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie
- CHAA : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
- CCAA : Centre de Cure Ambulatoire et d'Alcoologie
- CMP : Centre médico-Psychologique
- CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
- CME : Commission Médicale d'Etablissement
- SAAU : Service d'Accueil et d'Admission des Urgences (du CHP)
- AA : Alcooliques Anonymes
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- PRS : Programme Régional de Santé
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
- DU : Diplôme d'Université (d'Alcoologie, ici)
- CES : Certificat d'Etudes Spéciales
- PH : Praticien Hospitalier

SOMMAIRE

Introductionp. 3

**Chapitre I : La constitution du RABS : Une volonté de coordonner les actions
autour des personnes ayant des problèmes avec l'alcoolp. 7**

A. Une association et trois hôpitaux décident de travailler ensemblep. 7

1) *Hôpital Général de Pau*p. 8

2) *Le Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie*.....p. 10

3) *Centre Hospitalier d'Oloron Sainte-Marie*p. 12

4) *Centre Hospitalier d'Orthez*.....p. 13

5) *Les associations d'Anciens Buveurs : des satellites du RABS*.....p. 13

6) *Autres partenaires*p. 15

B. Des financements peu stables.....p. 15

1) *Financements pérennes et aides ponctuelles*p. 15

2) *Positionnement des tutelles*p.17

C. L'activité du réseau : une hausse régulièrep. 20

**Chapitre II : L'insertion du CHP : Une offre de soin hétérogène, mouvante
et non consensuelle, freinée par la politique de secteur
et la conception généraliste de la psychiatriep. 26**

A. Les approches transversales : un défi pour la psychiatriep. 26

1) *La psychiatrie : une discipline généraliste*p. 26

2) *La psychiatrie : une organisation centrée sur le secteur*p. 28

3) *L'émergence des approches par âge et par pathologie au CHP*p. 29

B. L'insertion du Centre Hospitalier des Pyrénées dans le RABS :
Une démarche conditionnée par la présence d'un médecin motivé.....p. 30

1) *Importance de la population concernée et modes de prise en charge*p. 31

2) <i>Les hésitations du Centre Hospitalier des Pyrénées</i>	p. 33
3) <i>Un nouveau souffle au projet : l'arrivée d'un nouveau praticien</i>	p. 35
C. L'offre de soins du CHP doit aujourd'hui être clarifiée : Vers un pôle alcoologie, véritable acteur dans le réseau.....	p. 37
1) <i>Intégrer un seul secteur dans le RABS ?</i>	p. 37
2) <i>La nécessité d'une harmonisation intersectorielle : le projet Plan Directeur</i>	p. 38
3) <i>Enjeux et réticences</i>	p. 41
 Chapitre III : Le RABS : un réseau plus complet, mais qui doit s'ouvrir, s'assouplir, et s'asseoir dans les mentalités	p. 45
A. Un réseau plus complet, qui tente de mettre en place un système d'évaluation..	p. 45
1) <i>Le nouvel angle psychiatrique</i>	p. 45
2) <i>Améliorer la maturation du sevrage et l'installation de l'abstinence dans le temps</i>	p. 47
3) <i>Une volonté d'évaluation</i>	p. 48
B. Les difficultés d'un réseau tripartite, mal financé, peu connu et peu ouvert sur les prescripteurs naturels	p. 49
1) <i>Un réseau tripartite</i>	p. 49
2) <i>Un réseau mal financé</i>	p. 52
3) <i>Les problèmes de communication avec les professionnels non spécialistes</i>	p. 54
4) <i>Le réseau : une formule pertinente ?</i>	p. 57
C. Un gros travail méthodologique à mettre en œuvre	p. 60
1) <i>Quel type de réseau veut-on, pourquoi et pour qui ?</i>	p. 60
2) <i>S'inspirer des recommandations méthodologiques</i>	p. 64
3) <i>Elargir les missions: cibler des actions de prévention</i>	p. 68
4) <i>Fusionner avec le réseau SIDA-Toxicomanie ?</i>	p. 69
Conclusion.....	p. 74
Annexes.....	p. 81

L'alcoolisme représente un fléau sanitaire et social et constitue aujourd'hui une priorité de santé publique. L'alcool est la première cause de mortalité prématurée en France. Maltraitance, accidents de la route, accidents domestiques, accidents de travail viennent s'ajouter à toutes les maladies somatiques et psychiques provoquées ou aggravées par l'alcool. Le Haut Comité de Santé Publique évalue à cinq millions le nombre de personnes ayant un problème avec l'alcool, dont deux millions dépendantes. Nous n'évoquerons pas ici les dangers liés aux états d'ivresse aiguë chez les jeunes ou sur la route, mais bien la maladie alcoolique en tant que telle, c'est à dire la consommation régulière et en grande quantité de boissons alcoolisées.

L'alcool est désormais considéré comme une drogue "dure"¹ car une consommation excessive peut entraîner des dommages comparables aux drogues illicites. En effet, le malade alcoolique n'est pas uniquement malade de son foie, de son pancréas, ou de son système nerveux, il l'est aussi de sa dépendance. Cette envie irrésistible de boire doit être considérée comme une maladie à part entière, nécessitant une prise en charge spécifique. Pour répondre à

¹ Bernard Roques. La dangerosité des drogues : Rapport au Secrétariat d'Etat à la Santé. 1999 [1]

tous les types, tous les aspects, tous les moments de cette pathologie, un travail pluridisciplinaire organisé en réseau, doit se mettre en place².

Ces formes d'organisation des soins sont d'ailleurs encouragées par les pouvoirs publics. Les Ordonnances de 1996, surtout celle relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et celle portant réforme de l'hospitalisation publique et privée³, sont venues tracer un cadre juridique aux réseaux. Une des missions des nouvelles Agences Régionales de l'Hospitalisation consiste à inciter, voire imposer, dans certaines conditions, la création de réseaux. La maladie alcoolique est elle-même directement concernée par une Circulaire de 1996⁴ relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool. Même si elles ne sont pas toujours cohérentes⁵, ces évolutions réglementaires sont portées par la même idée : l'idée selon laquelle les réseaux améliorent la prise en charge et la qualité des soins en favorisant la coordination des intervenants et l'accès de tous au système sanitaire.

Un réseau d'alcoologie a été constitué il y a plusieurs années pour améliorer la prise en charge de patients alcooliques de la zone Béarn et Soule, c'est-à-dire le Département des Pyrénées-Atlantiques, Pays Basque exclu. Le Pays Basque développe sa propre politique, autour du Centre Hospitalier de la Côte Basque et du Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie de Bayonne. Le Réseau Alcoologie Béarn Soule (RABS) comprend donc une association et trois établissements hospitaliers généraux, liés par une Convention. Le Centre

² Conférence de Consensus ANAES. Objectifs, Indications et Modalités du Sevrage du Patient Alcoolodépendant. - Paris : 1999, p. 17. [2]

³ Ordonnance n°96-346 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (24 avril 1996).

⁴ Circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996.

⁵ Jean Autexier. "Un cadre juridique ambigu résultant de plusieurs ordonnances". Entreprise Santé, n°23, Septembre - Octobre 1999, p. 8-12. [3]

Hospitalier des Pyrénées, établissement de santé mentale de la zone, n'a pas pris part à la création du réseau, mais souhaite désormais y participer.

Or, jusqu'à présent, le Centre Hospitalier des Pyrénées n'a pas mis en œuvre une politique spécifique dans le domaine de l'alcoologie, malgré l'importance de la file active⁶ concernée. Chaque secteur hospitalier prend en charge ses patients alcoolodépendants au même titre que les autres personnes atteintes de troubles mentaux. Dès lors, le nombre peu élevé de ces personnes, hospitalisées dans chaque unité sectorisée, ne permet pas d'offrir une prise en charge spécialisée. Nos partenaires regrettent en outre l'absence d'un interlocuteur bien identifié, responsable et représentatif des équipes chargées de ces malades.

Les réflexions actuelles relatives à l'application du Projet d'Etablissement, l'actualisation du Projet Médical, et la mise en œuvre du Plan Directeur, ainsi que les nouvelles approches de la psychiatrie par population homogène, militent pour une offre de soins intersectorielle en alcoologie.

C'est dans ce contexte de restructuration de l'Etablissement que s'inscrit la demande d'intégration du Centre Hospitalier des Pyrénées dans le Réseau Alcoologie Béarn Soule. Le réseau souhaite avec empressement la signature du C.H.P. mais la clarification de l'offre de soins de l'établissement est une étape indispensable. C'est donc cette double logique d'une mise en commun en interne et d'une mise en réseau en externe qu'il convient d'articuler. Cela ne se passe pas sans heurts, car c'est la psychiatrie en tant que discipline généraliste, sectorisée et autonome qui est ébranlée.

⁶ File active : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par un médecin ou un membre du personnel soignant de l'établissement.

C'est donc ce débat que nous allons tenter d'éclairer, son histoire, ses acteurs, ses enjeux. Cette étape est nécessaire pour la restructuration optimale de l'offre de soins du CHP et pour le perfectionnement même du RABS, dans l'optique toujours présente d'améliorer l'état de santé des personnes de la région. Nous étudierons donc tout d'abord les fondements, la constitution et le fonctionnement du réseau d'alcoologie. Nous analyserons ensuite les difficultés rencontrées par le Centre Hospitalier des Pyrénées pour harmoniser son offre de soins et intégrer le réseau. Enfin, nous envisagerons la consolidation du RABS élargi au CHP, avec les opportunités et les obstacles qu'il convient d'anticiper.

CHAPITRE I

La constitution du RABS : Une volonté de coordonner les actions autour des personnes ayant des problèmes avec l'alcool

Qu'est-ce qu'un réseau de soins ? Les définitions divergent⁷. Ni le Code de la Santé Publique, ni celui de la Sécurité Sociale ne tranche sur une définition détaillée et exhaustive. En tout état de cause, un réseau se différencie d'une filière (cheminement du patient à partir de son médecin généraliste) en ce qu'il organise l'offre de soins et non la demande⁸. Par quelque porte que "rentre" le patient, il lui est offert un panel de professionnels de tous horizons, qui se connaissent, travaillent ensemble, échangent des informations et des idées. Les compétences propres à chacun sont mieux établies, plus affirmées et mieux reconnues, et le patient bénéficie en toute circonstance d'une continuité de ses soins. C'est sur ce principe d'une prise en charge globale centrée sur le patient alcoolodépendant que s'est élaborée, au début des années 1990, la réflexion sur l'alcoologie en Béarn et Soule.

A. Une association et trois hôpitaux décident de travailler ensemble :

A la fin des années 1980, l'alcoologie est marquée dans la région par le départ simultané de deux praticiens renommés : le Dr BENICHOU, célèbre psychiatre alcoologue

⁷ Les réseaux sont définis de manière indirecte au travers de l'article 6 de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé : il est désormais possible d'engager des "*actions expérimentales (...) en vue de promouvoir des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser (...) une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. (...) Des réseaux de soins expérimentaux (devront permettre) la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques*".

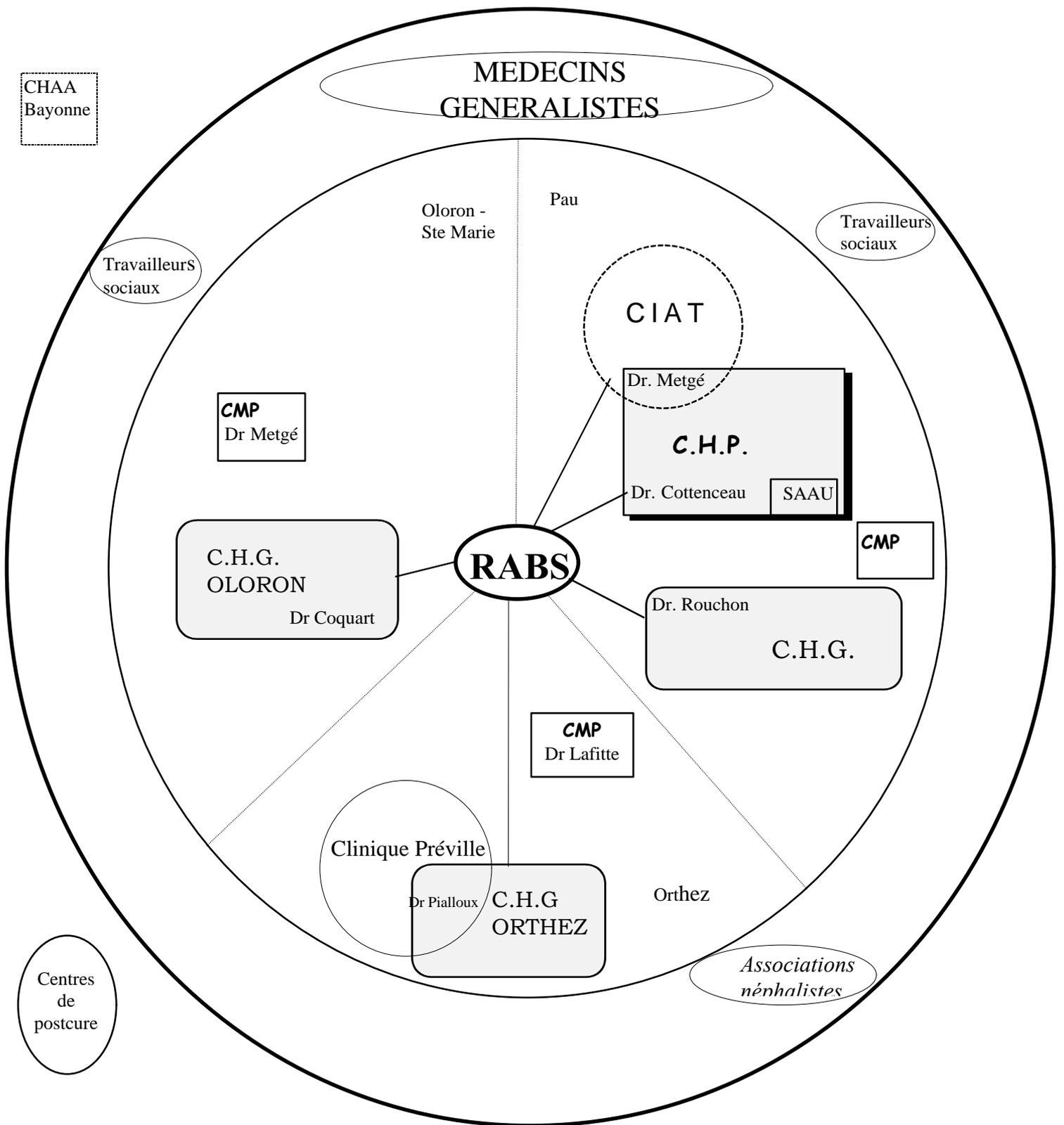
⁸ J. F Bauduret. "L'explicitation des concepts de filières et réseaux et leur application au champ social et au champ de la santé mentale". Journées du TNH juin 1999. [4]

d'Orthez, et le Dr LAGARDE, pédiatre à l'Hôpital de Pau, chargé à mi-temps du service de convalescence, qui y assurait à l'époque une consultation régulière d'alcoologie. La DDASS et la DRASS décident alors d'initier des réunions entre les différents acteurs pour imaginer comment pallier ces manques, et assurer les soins aux personnes alcooliques. A la même période, un praticien hospitalier de Pau obtient sa Capacité d'Alcoologie. Les différents acteurs acceptent d'élaborer un projet, à condition d'obtenir des financements. Après de nombreuses fluctuations, tant sur le type d'organisation (Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie ?) que sur le lieu de référence (Orthez ? Dax ? Pau ?), il est décidé la création d'un réseau regroupant les Centres Hospitaliers de Pau, d'Orthez, d'Oloron, ainsi que le Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie (CIAT). La Convention du Réseau Alcoologie Béarn et Soule, très novatrice, est signée en 1994. Le Centre Hospitalier des Pyrénées était sollicité pour y participer, mais le Chef d'Etablissement préfère en repousser l'intégration.

1) Hôpital Général de PAU

Désormais, 8 lits sont réservés à l'Hôpital Général de Pau pour les patients du réseau⁹. Ces lits font partie du service de convalescence, composé au total de 35 lits dont 4 pour malades en fin de vie. Le médecin chef de service est Mme le Dr ROUCHON, Praticien Hospitalier, titulaire d'une Capacité d'Alcoologie. L'équipe est celle d'un service de moyen séjour ; l'après-midi, il n'y a donc qu'une seule infirmière. C'est peu compte tenu de la charge de travail. *(suite p. 10)*

⁹ cf. Annexe n° 2 : "Entretien avec Jean-Paul" et "Entretien avec Robert", tous deux en sevrage dans le service.



Le Réseau Alcoologie Béarn Soule et ses principaux satellites

Clara DE BORT – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique

Le Dr ROUCHON est chargé d'assurer à mi-temps la bonne marche du service de convalescence, et à mi-temps, de s'occuper des activités du réseau. Ce mi-temps permet de suivre les patients hospitalisés dans les 8 lits du RABS, d'assurer des consultations au Centre Hospitalier de Pau trois après-midi par semaine (environ 85 consultations par mois), et de coordonner le réseau.

Le RABS dispose aussi d'un mi-temps de psychologue (agent contractuel). Les patients hospitalisés dans le service du Dr ROUCHON ont donc accès à un atelier "groupe de parole" deux fois par semaine, en plus du suivi individuel.

Les autres moyens du service de convalescence et du Centre Hospitalier sont mis à la disposition des personnes hospitalisées, comme l'atelier écriture (assurée par l'équipe soignante du service ou la psychologue du RABS) et l'atelier diététique (diététicienne de l'Hôpital ½ heure par semaine).

Enfin, dans le cadre de la convention mixte reliant l'Hôpital Général et l'Etablissement de Santé Mentale de Pau, les psychiatres du Service d'Accueil et d'Admission des Urgences du CHP viennent consulter dans le service du Dr ROUCHON tout nouvel entrant d'alcoologie, pour un diagnostic des possibilités et/ou difficultés éventuelles du patient sur le plan psychiatrique.

2) Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie (CIAT)

Le CIAT constitue le deuxième pilier du RABS. Il s'agit d'une association loi 1901 créée en 1982 par plusieurs praticiens, en majorité des psychiatres, exerçant notamment au Centre Hospitalier des Pyrénées et à la Clinique de Préville. Cette association, créée pour pallier aux lacunes des prises en charges hospitalières de l'époque, cherche à apporter un soutien, en ambulatoire, aux personnes alcooliques et toxicomanes ainsi qu'à leurs proches. Le Conseil d'Administration regroupe des professionnels très divers : un membre l'action sociale

de la ville, le secrétaire général de la Mairie, un membre de l'Association Béarnaise de Sauvegarde, une ancienne Infirmière Générale du CH de Pau, le vice-président du Tribunal de Grande Instance, un médecin généraliste, un psychiatre PH, et le Directeur d'un Centre de Soins pour toxicomanes. L'association est financée par la DDASS. Les moyens sont médicaux (0,75 ETP psychiatre), médicaux-sociaux (un moniteur éducateur), sociaux (un travailleur social) et éducatifs (un éducateur spécialisé).

Pendant longtemps, le CIAT n'a fonctionné qu'avec des crédits toxicomanie, puisqu'il n'existait pas de budget destiné à la lutte contre les maladies de l'alcool en Pyrénées-Atlantiques. Un budget alcoologie n'apparaît qu'en 1994.

Le Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie assure, dans la mesure de ses capacités, l'accueil, le suivi, le soutien socio-éducatif des personnes souffrant d'un problème d'alcool. La mise en place d'un sevrage en ambulatoire et d'un suivi au long cours peut être réalisé. La personne insérée socialement, professionnellement peut ainsi, si elle le désire, continuer une vie "normale" pendant le traitement. Le travail en ambulatoire consiste aussi à amener certaines personnes à se soigner en institution lorsqu'elles en ont besoin.

L'association assure le Point Info-Familles mis en place dans les trois Centres Hospitaliers Généraux. Il est régulé par une assistante sociale à mi-temps, financé par le RABS. Cette assistante sociale est aussi chargée du suivi des actions du réseau aux Urgences.

Le CIAT connaît et utilise l'offre sanitaire et sociale du territoire. Cette structure semble bien repérée dans la ville, connue des travailleurs sociaux et des autres associations. Elle est reconnue par la DDASS, qui la considère un peu au même titre que le Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie de Bayonne. Sur notre zone, le CIAT remplit en fait les missions d'un CDPA (Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme). Cependant notre

enquête sur le positionnement des médecins généralistes¹⁰ n'a pas montré la notoriété de cette association auprès du corps médical de ville : sur 16 réponses de cabinets médicaux palois, une seule fait état du CIAT comme partenaire privilégié dans le traitement des malades de l'alcool. C'est peu.

Le Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie constitue donc la seule structure associative dans réseau. Il demeure un partenaire de choix, qui peut réaliser l'interface entre le milieu hospitalier et la ville. Le CIAT apporte un soutien technique au coordonnateur du réseau, et peut assurer des actions de formation. Mais il s'agit d'une petite équipe, basée uniquement sur Pau (centre ville), sans possibilité de locomotion ; elle n'est adaptée qu'à une petite partie de patients.

Outre le Centre Hospitalier de Pau et le CIAT, le RABS comprend deux autres hôpitaux, puisque le réseau aspire à coordonner ses actions sur toute la zone du Béarn et de la Soule.

3) Le Centre Hospitalier d'Oloron Sainte-Marie

Le Dr COQUART, médecin gastro-entérologue, est le référent du réseau avec 4 lits en moyenne dans le service de médecine polyvalente. Ce praticien assure une vacation par semaine au titre du réseau, pendant laquelle une prise en charge spécifique des malades alcooliques est assurée (consultation, bilan, suivi, mais aussi information sur la maladie, entretiens avec les patients, les familles,...etc.).

¹⁰ cf. Annexe n° 3 : "Enquête auprès des médecins généralistes" de Béarn et Soule.

La psychologue du réseau alcoologie intervient 2 heures par semaine dans le service pour des groupes de parole à l'intention des soignants, ainsi que des entretiens individuels avec les personnes hospitalisées.

Le Point Info-Familles, assuré par le Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie, se tient une fois tous les 15 jours dans l'établissement.

4) Centre Hospitalier d'Orthez

Le Dr PIALLOUX, médecin psychiatre, est référent du réseau avec 6 lits en moyenne attribués aux patients alcoolodépendants dans le service de neurologie. Outre le suivi des patients, l'équipe soignante assure un atelier d'écriture. Le CIAT tient le Point Info-Familles une fois tous les 15 jours dans l'établissement. Le médecin alcoologue de Pau ainsi que la psychologue du RABS interviennent une matinée par semaine dans le service de neurologie.

Il est à noter que le référent sur ce pôle d'Orthez, Dr PIALLOUX, exerce également à mi-temps à la Clinique du Château de Préville, établissement de santé mentale spécialisé en alcoologie.

Le RABS comprend donc trois hôpitaux et une association, mais de nombreux autres intervenants sont amenés à travailler avec le réseau pour les patients alcoolodépendants. Il en est ainsi des associations d'Anciens Buveurs, des centres d'alcoologie extérieurs et des professionnels libéraux.

4) Les associations d'Anciens Buveurs : des satellites du RABS

Les associations d'Anciens Buveurs sont au nombre de trois sur Pau : les Alcooliques Anonymes (la plus importante), La Croix d'Or, et la Croix Bleue. Ces associations travaillent

toutes sur la force du groupe, la solidarité, l'effet "miroir" (voir des gens qui s'en sont sortis) mais se différencient par leur histoire, leur obédience, leur mode d'approche.

Les Alcooliques Anonymes, par exemple, ont une approche fortement teintée par la culture américaine, avec un discours très spirituel, "philosophique" même à certains égards. Un psychiatre du CHP avoue ne pas y envoyer n'importe qui, car, dit-il en substance, *"il faut quand même avoir quelque chose dans le crâne..."*. L'intérêt réside tout de même dans le fait que les Alcooliques Anonymes (AA) acceptent à leurs réunions des camarades alcoolisés : l'abstinence n'est pas une condition, c'est un but. Chaque mois, les AA font une réunion ouverte aux non-alcooliques, et c'est à cette occasion que nous avons pu les rencontrer.

Aucune de ces associations ne fait partie, de façon formelle, du RABS. Elles ne semblent d'ailleurs pas le souhaiter. En fait, il est assez difficile de formaliser des liens : les AA par exemple insistent sur leur indépendance et sur l'absence de représentant au sein du groupe. Chacun y parle en son nom propre. A partir de là, engager des négociations pour la signature d'une convention multipartite devient très délicat. Si on ne peut pas conventionner avec l'association la plus importante, il est "politiquement" délicat de s'adresser aux autres, puisque les obédiences et les modes d'approche divergent.

Ces obstacles au conventionnement n'empêchent pas la collaboration sur un mode informel. Ainsi les AA et la Croix d'Or interviennent directement et régulièrement dans le service du Dr ROUCHON destiné aux patients du RABS. Les membres de la Croix Bleue préfèrent venir chercher les patients qui le souhaitent pour les amener à leurs réunions. A Oloron, les patients hospitalisés peuvent se rendre aux réunions mensuelles des AA. A Orthez, ils sont mis en contact avec les AA et la Croix d'Or. Les groupes d'aide familiale (Alanon pour les conjoints et Alateen pour les enfants d'alcooliques) travaillent aussi sur la région.

Les relations sont donc bonnes entre ces associations dites "néphalistes"¹¹ et les membres du RABS. Pourtant ces groupes n'ont pas été toujours bien considérés par le corps médical¹². Les critiques portent notamment sur le fait que l'on remplace une obsession (l'alcool) par une autre (parler de l'alcool). L'alcool demeure en effet omniprésent dans le discours des membres et c'est ce que reprochait Odette aux réunions de La Croix d'Or auxquelles elle participait¹³. En fait les approches médico-sociales et les soutiens associatifs semblent particulièrement complémentaires, et conviennent plus ou moins à chaque type de patients. Ces associations, sans être partie prenante du réseau, ont donc malgré tout une place à part entière dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.

5) Autres partenaires

D'autres professionnels spécialisés fonctionnent indirectement avec le réseau par le biais des relations entre médecins. Ainsi les centres de postcure (Jonzac...), les autres unités d'alcoologie plus éloignées (Centre Hospitalier de Lannemezan, CHAA de Bayonne...), nourrissent de fait des relations avec les praticiens inclus dans le RABS, car ils envoient ou reçoivent des patients connus du réseau.

Enfin, les professionnels non spécifiques tels que les travailleurs sociaux, les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine,... ne font pas partie intégrante du réseau. Ils semblent plutôt considérés comme des utilisateurs de ce dispositif, sans en être les acteurs. Le

¹¹ Mot tiré du grec ancien, qui signifie "abstinent de vin, sobre", d'où "sage vigilant", terme que les associations concernées récusent. Bernard Hillemand. "Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool". Alcoologie, tome 20 (2), 1998, p. 137-151. [5]. Voir aussi Michel Craplet. "Alcoologie : mot français d'origine étrangère". Alcoologie, tome 21 (HS), 1999, p. 133. [6]

¹² Bernard Hillemand. "Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool". *op. cit.* [5]

¹³ cf. Annexe n° 2 : " Entretien d'Odette"

Dr COTTANCEAU, psychiatre au CHP, considère à ce propos qu'il est très difficile de "capter" ce monde libéral, et insiste sur le manque de moyens pour faire connaître ce réseau.

B. Des financements peu stables :

1) Financements pérennes et aides ponctuelles

Les financements du RABS proviennent exclusivement de la DDASS. Les partenaires du réseau apportent uniquement les moyens matériels nécessaires au fonctionnement : locaux, lignes téléphoniques, personnel d'entretien,... Les financements pérennes sont peu élevés et correspondent au ½ temps de praticien hospitalier, aux mi-temps de psychologue et d'assistante sociale, ainsi qu'aux 2 vacations hebdomadaires assurées par le Dr PIALLOUX à Orthez et le Dr COQUART à Oloron. Les autres financements dépendent des projets présentés chaque année.

A ce titre, le RABS a déjà réalisé plusieurs actions financées par ces aides ponctuelles. Une plaquette d'information sur l'Alcool a été élaborée pour être distribuée à toute personne accueillie aux urgences présentant un taux d'alcoolémie supérieur à la norme. Un point information familles est mis en place au CH de Pau, il est actuellement étendu aux deux autres hôpitaux du réseau.

Pour aller plus loin dans la recherche, dans l'évaluation des pratiques, le suivi du patient, un projet de système informatique commun aux partenaires a été lancé. C'est un programme ambitieux, puisqu'il doit permettre une analyse de l'activité du réseau (statistiques...), un suivi du patient entre les différents partenaires et dans le temps ainsi que le lancement d'études épidémiologiques : le premier projet de recherche pourrait porter sur l'évaluation de la qualité de vie des patients abstinents.

Mais des problèmes liés au fournisseur du logiciel (faillite) ont considérablement ralenti la démarche. A l'été 1999, un nouveau fournisseur présente une maquette de logiciel au coordonnateur, le produit achevé est promis pour l'automne. Le coût devrait se monter à 68 000 f, hors versant statistique, que l'Hôpital de Pau accepte de prendre en charge pour permettre au RABS de ne pas dépasser son budget.

Ce type de projet ponctuel autorise chaque année le déblocage de quelques aides supplémentaires. Ce projet informatique particulièrement, nourri par le certain prestige de l'évaluation, est aussi porté par l'espoir d'un renforcement de ce soutien. Le médecin coordonnateur du réseau est persuadé, à juste titre, que seule l'évaluation du RABS permettra d'en asseoir les financements.

2) Positionnement des tutelles

Si les pouvoirs publics ont mis du temps à prendre conscience de l'ampleur du fléau lié à l'alcool¹⁴, les choses semblent évoluer dans un sens favorable. Cette sensibilité nouvelle se fait sentir à travers les évolutions réglementaires évoquées plus haut, mais aussi à travers les nouvelles orientations du schéma d'organisation sanitaire, et à travers certains projets sur le plan régional et départemental.

Au niveau régional, pour reprendre un document préparatoire au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, "*le groupe de travail* (chargé de l'amélioration de la "prise en charge de certains problèmes liés aux conduites addictives") *a estimé que l'alcoolisme est*

¹⁴ Jean Bonnefous. "Histoire et avenir de la lutte contre l'alcoolisme en France". L'aide-soignante, n°1, janvier 1995, p 21-23. [7]

Voir aussi Rapport Reynaud et Parquet. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Paris : novembre 1998. Chapitres "La gravité est totalement sous-estimée". p. 47-63 et "Le coût pour la nation n'est pas perçu". p. 64-75. [8]

difficilement reconnu comme une priorité dans la région Aquitaine, bien que la consommation excessive d'alcool soit l'une des principales causes de mortalité prématurée en France. Par rapport à l'offre de soins, peu de patients sont hospitalisés pour un problème d'alcool proprement dit et les médecins reconnaissent difficilement le besoin d'une prise en charge d'un problème lié à l'alcool". La région est, ne l'oublions pas, très fortement marquée par la culture vinicole...

Le groupe a par ailleurs *"constaté que les démarches de prise en charge sont très fréquemment fragmentées entre le domaine de la prévention et celui des soins"*. Concernant l'alcoolodépendance en Aquitaine, il relève *"de fréquents échecs des cures de sevrage et en particulier lorsqu'une préparation à cette cure n'a pu être réalisée préalablement par une structure spécialisée"*. Il recommande un effort de formation aux addictions, généralisé à tous les intervenants. Compte tenu des *"pathologies complexes"* et de la *"diversité dans la symptomatologie d'appel"* caractéristiques de ces maladies, il insiste sur la nécessité d'une *"diversité d'accès aux soins"* sans pour autant *"imposer une filière de soins, privilégiant dans toute la mesure du possible, une prise en charge de proximité par le réseau habituel de la personne concernée et préservant, quand cela est indiqué, une prise en charge exclusivement ambulatoire"*.

Le travail en réseau est encouragé dans les textes (recommandation du groupe technique SROS), notamment avec les professionnels *"non spécifiques (médecins généralistes et spécialistes, médecins du travail, travailleurs sociaux)"* ; il convient par ailleurs *"de développer de manière mutuelle et complémentaire les compétences de chacune des spécialités"*.

Le projet de Schéma régional d'Organisation Sanitaire (2^{ème} génération) reprend ces éléments. Concernant les réseaux, le rapport d'orientations stratégiques du Schéma insiste sur

le volontariat et l'égalité des acteurs ; il indique que le SROS "*s'efforcera dans ses principes de créer les conditions favorables aux développements des réseaux par : la mise en place de cellules spécifiques de réflexion sur les territoires concernés, la mise en place d'animateurs externes pour ces cellules, la mise en place de facilitateurs, la création et la diffusion d'un annuaire des réseaux*". Les conditions de mises en œuvre d'un réseau doivent comprendre notamment "*l'acceptation par chaque membre du réseau de protocoles communs*".

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales envisage également l'élaboration d'un Programme Régional de Santé (PRS) sur l'Alcool¹⁵. En effet, celle-ci relève "*une mortalité et une morbidité importantes*" liées à la consommation d'alcool dans la région. "*1 000 aquitains meurent chaque année d'une pathologie directement liée à l'alcool, rappelle-t-elle, (soit alcoolisme, cirrhose et cancers des voies aérodigestives supérieures). Parmi eux, près de 500 meurent avant 65 ans, faisant de l'alcool le premier déterminant de la mortalité prématurée. Cet impact est toutefois sous-estimé puisqu'il ne prend pas en compte les autres causes de mortalité plus ou moins directe avec l'alcool : accidents de la voie publique ou domestiques, suicides, autres cancers...*" La DRASS insiste également sur le recours massif au système de soins, sur les dommages sociaux et sur le lien de entre alcool et précarité. Elle s'inquiète de l'évolution des modes de consommation chez les jeunes Français et tout particulièrement en Aquitaine. "*En effet, d'après une enquête INSERM sur les jeunes fréquentant les établissements scolaires du second degré réalisée en 1993, les jeunes aquitains sont plus concernés que la moyenne des jeunes français par une alcoolisation régulière (16% versus 12,5%)*". Enfin, l'intérêt du Programme Régional de Santé sur ce thème

¹⁵ Lettre de DRASS envoyée au Centre Hospitalier des Pyrénées invitant un représentant de l'établissement à la réunion préparatoire du Programme Régional de Santé "Alcool" du 12 octobre 1999.

est justifié par le "*déni tant des populations que des professionnels sur la réalité du problème*".

Une réunion préparatoire au PRS Alcool est donc prévue en octobre 1999, pour mettre en place un groupe de programmation à cet effet. Celui-ci aura pour mission d'"*affiner l'état des lieux, de définir les objectifs prioritaires, des axes stratégiques, des activités ou des actions, de préciser le cadre méthodologique, et de définir les modalités d'évaluation du Programme*".

Au niveau départemental, on remarque une évolution sensible au travers l'élargissement des fonctions du Chargé de Mission SIDA, dont l'action a été appréciée pour cette maladie. Celui-ci prend désormais en charge tous les problèmes de conduites addictives, alcool et tabac compris. La volonté semble aller dans le sens de la promotion des initiatives de terrain concernant toutes ces pathologies, l'articulation entre elles et l'harmonisation de celles-ci sur le plan départemental à travers la mise en commun des budgets.

Les tutelles commencent donc à prendre en considération les problèmes liés à l'alcool, et l'intérêt d'une approche en réseau pour ce type de maladies. Le RABS est apprécié en tant que seul réseau d'alcoologie de la région. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation reconnaît d'ailleurs (voire anticipe) l'efficacité du réseau, puisque, dans le cadre des ordonnances de 1996, elle a demandé à la Clinique de Préville d'Orthez d'intégrer le RABS (une des clauses du Contrat d'Objectifs et de Moyens signé cette année).

C. L'activité du réseau : une hausse régulière

L'activité semble connaître une hausse ces dernières années, comme nous pouvons le constater au travers des statistiques fournies par les rapports d'activité de 1996 et 1998. Il est important d'entrer dans le détail de ces chiffres, pour déterminer les lignes de forces du réseau,

et repérer les populations qui sont encore mal ciblées (tant chez les personnes malades que chez les prescripteurs).

Retraçons quelques données issues des deux derniers rapports-types (*page suivante*) :

ACTIVITE DU RABS - Statistiques du rapport type

	<i>1996</i>	<i>1998</i>	<i>% d'augm.</i>
Consultants venus pendant l'année	525	711	+ 35,4
⊃ dont anciens (déjà vus)	175	324	+ 85,1
⊃ -----nouveaux (1 ^{ère} rencontre)	350	387	+ 10,6
⊃ dont venus une seule fois	56	76	+ 3,6
Parmi les nouveaux, nb de buveurs	300	320	+ 6,7
----- , nb de proches	50	67	+ 34,0
Parmi ces buveurs, nb d'hommes	213	212	- 0,5
----- , nb de femmes	87	108	+ 24,1
Leur âge : moins de 20 ans	0	3	+
----- entre 20 et 29 ans	42	42	=
----- entre 30 et 39 ans	95	110	+ 15,8
----- entre 40 et 49 ans	106	128	+ 20,8
----- entre 50 et 59 ans	54	35	- 35,2
----- 60 ans et plus	13	2	- 84,6
Leur hébergement : ont un domicile stable	257	259	+ 0,8
----- n'ont pas de domicile stable	43	61	+ 41,9
Leur activité : activité professionnelle régulière	150	161	+ 7,3
----- activité précaire ou chômage	114	91	- 20,2
----- autres (retraités, handicapés...)	36	68	+ 88,9
Leur type d'alcoolisation : alcoolodépendants	268	299	+ 11,6
----- buveurs excessifs	30	19	- 36,7
----- buveurs occasionnels	2	2	=
Envoyés par : milieu médical	146	152	+ 4,1
⊃ dont milieu hospitalier	61	75	+23,0
----- services sociaux	29	33	+13,8
----- services administratifs	30	12	- 60,0
----- associations	5	0	- 100,0
----- proches ou consultant lui-même	100	123	+23,0
Suivis en partenariat effectif	122	129	+ 5,7
⊃ dont avec convention RMI	55	66	+20,0
⊃ avec autres conv. (Com. Probation)	30	ND	
Suivis par deux pôles du RABS	10	ND	

Le nombre de consultants a donc augmenté de plus de 35% entre 1996 et 1998, avec un accroissement de 10% des nouveaux consultants (personnes venues pour la première fois pendant l'année) et, parmi ces derniers, un nombre proportionnellement moins important de personnes venues une seule fois. Le RABS semble donc améliorer la fidélisation de ses consultants.

Ces nouveaux contacts se sont répartis de manière égale entre les "buveurs" (20 personnes de plus) et les "proches" (+ 17 personnes). Par contre, la répartition hommes-femmes est assez flagrante : les nouveaux consultants hommes sont toujours majoritaires mais leur nombre n'a pas bougé entre 1996 et 1998, tandis que les nouveaux contacts ont augmenté de 24 % pour les femmes. On compte ainsi chez les 320 nouveaux consultants, une femme pour moins de deux hommes en 1998.

La répartition par âge a sensiblement bougé chez les nouveaux consultants "buveurs". La tranche 40 - 49 ans est toujours la plus importante ; c'est celle aussi qui a subi la plus forte augmentation. Au-dessus de 50 ans, on note une forte chute : - 44 % de nouveaux consultants de ces tranches d'âge.

Les nouveaux consultants ont de plus en plus des problèmes de logement : en 1996, seule une personne sur 6 avait un logement précaire, en 1998 presque une personne sur 4. Le rapport d'activité 1996 insistait déjà sur ce problème : *"Depuis le début 1996, au niveau des consultations, bon nombre de personnes se sont présentées dans un état de précarité inquiétant. Certaines d'entre elles n'étaient pas demandeuses de soins mais plutôt de solutions sociales (l'hospitalisation pouvant être considérée comme un début de solution même si elle est transitoire)".*

Les nouveaux patients suivis par le RABS consultent de plus en plus pour une dépendance à l'alcool. Ils viennent davantage de leur propre chef (ou par l'intermédiaire d'un proche), ou conseillés par les services sociaux. Les services administratifs et les associations ont, par comparaison, envoyé beaucoup moins de personnes. Quant au milieu médical, on note une légère augmentation des personnes déclarant qu'elles consultent sur conseil d'un médecin ou d'un soignant, augmentation due uniquement au milieu hospitalier. Les envois du milieu médical non hospitalier, déjà particulièrement faibles, connaissent en effet une baisse significative.

Enfin, les nouveaux consultants suivis par deux pôles du RABS sont peu nombreux : 1 sur 30 en 1996. En 1998, cette donnée n'a pas été calculée : c'est un travail fastidieux que de pointer chacun les membres de sa file active pour voir s'ils correspondent... Lorsque le logiciel sera mis en place, nous assure le médecin coordonnateur, ce genre de données pourra être fourni sans problème.

Pour résumer, les lignes de forces semblent consister en :

- la fidélisation de la clientèle : nombre élevé d'anciens consultants, proportion moins importante de monocontacts
- l'augmentation du nombre de femmes parmi les nouveaux consultants, alors qu'en général elles vont moins facilement se faire soigner (noter que le Dr ROUCHON est une femme, ça peut peut-être aider)
- la part très importante des 30-49 ans, en augmentation
- l'augmentation des personnes venues d'elles-mêmes ou envoyées par le milieu hospitalier ou les services sociaux. Le service du Dr ROUCHON semble très bien repéré à

l'Hôpital Général de PAU, où les services lui transmettent tous les dossiers où un problème d'alcool est décelé.

Là où les manques se font sentir :

➤ Stagnation des nouveaux consultants de moins de 29 ans et forte baisse des plus de 49 ans : développer la prévention ? Renforcer les liens avec l'université ? le Réseau Santé Jeunes ? les institutions accueillant des personnes âgées¹⁶ ?

➤ Situation sociale de plus en plus lourde des consultants : augmenter le temps ou les moyens du travailleur social ?

➤ Baisse du nombre de personnes envoyées par le milieu médical non hospitalier, les services administratifs et les associations : développer la communication du réseau vers ces partenaires ?

Les statistiques du rapport-type demandées par la DDASS sont donc très superficielles mais leur comparaison dans le temps dégage quelques idées, qu'il convient de confirmer par l'observation de terrain.

Le Réseau Alcoologie Béarn Soule a donc aujourd'hui 5 ans. Malgré des financements précaires, il a réussi à développer son activité. Les partenaires se connaissent mieux et élaborent des projets communs. Il manque malgré tout la présence d'une équipe spécialisée en santé mentale, pour mieux traiter une des caractéristiques fondamentales de la maladie de

¹⁶ Les problèmes d'alcool sont en effet très importants (et particulièrement sous-estimés) dans la population âgée ; les méfaits sur la santé sont plus rapides et plus graves car l'organisme âgé tolère moins la molécule d'éthanol. Voir à ce sujet Pascal Menecier *et alii*. "Ivresses et alcoolopathies à l'hôpital, après 75 ans". *Alcoologie*, tome 19(4), 1997, p. 399-405. [9]

l'alcool : la dépendance. Le Centre Hospitalier des Pyrénées, sollicité dès l'origine, se penche de nouveau sur ce réseau et demande officiellement son intégration cette année. Mais il doit rapidement mener à bien sa politique de restructuration de l'offre de soin, pour offrir au réseau, et donc aux patients, une équipe identifiée, spécialisée, et reconnue.

CHAPITRE II

L'insertion du CHP : une offre de soin hétérogène, mouvante et non consensuelle, freinée par la politique de secteur et la conception généraliste de la psychiatrie

Dans la droite ligne des nouvelles prises en charge en réseau des patients atteints de maladies chroniques, le Centre Hospitalier des Pyrénées souhaite intégrer le Réseau Alcoologie Béarn Soule. Mais cette participation impose la clarification de son offre de soins, l'harmonisation des pratiques au sein de l'établissement. Cette étape est indispensable pour que les professionnels extérieurs puissent percevoir la méthode choisie, les compétences développées, et s'adresser en cas de besoin à un référent clairement identifié. Le travail en réseau à l'extérieur demande donc une transformation importante en interne, qui est organisée aujourd'hui à l'occasion de l'élaboration du Plan Directeur. Mais dans un hôpital psychiatrique généraliste et sectorisé, ce sont les pratiques qui doivent évoluer.

A. Les approches transversales : un défi pour la psychiatrie

1) La psychiatrie : une discipline généraliste

La psychiatrie est, dans sa nature même, une discipline médicale généraliste, et ces nouvelles prises en charge par pathologie ne font pas tout à fait partie de sa culture ; les spécialisations par âge commencent être reconnues (déjà la pédopsychiatrie instituait de fait une approche par population), c'est au tour désormais des approches par pathologies. Cette évolution est sûrement plus délicate, car on entre dans des considérations d'ordre diagnostique, qui diffèrent selon les courants de pensée et selon les praticiens eux-mêmes.

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale parle de "*fracture entre les acteurs de santé due à la diversité des modèles théoriques et des pratiques de soins en découlant*" et de "*repli sur des pratiques, trop souvent érigées en dogme, [qui] ont alimenté un manque de confiance entre les professionnels de santé*"¹⁷.

Un alcoolique dépressif doit-il être compté dans l'unité dépressifs ou dans l'unité alcooliques ? Un psychotique dépendant d'une substance doit-il être traité avec les autres malades chroniques ? Peut-on vraiment rapprocher toutes les maladies addictives ?

La médecine n'est pas une science exacte, et la psychiatrie l'est encore moins. Dans un hôpital psychiatrique, nous n'avons que des spécialistes de la même discipline, aucun n'est plus spécialiste qu'un autre : le Diplôme d'Université n'est pas reconnu, et aucun des psychiatres du CHP ne possède la Capacité d'Alcoologie (seul diplôme qui distingue officiellement un praticien alcoologue). Tous les projets visant à spécialiser l'approche par pathologie s'achoppent à ce constat : il n'existe pas de Professeur des Universités pour dicter une conduite, ni de spécialiste d'une branche de la psychiatrie plus légitime que ses confrères.

Pourtant, la spécialisation est très présente dans la société et la psychiatrie ne peut l'ignorer. Des associations de malades se créent tous les jours. Les membres de certaines associations acquièrent parfois une expertise considérable et ne tolèrent plus que les médecins se contentent de leurs acquis lointains et généralistes. Cette évolution est particulièrement tangible concernant le SIDA. Le corps médical doit suivre, bon gré, mal gré, les attentes de plus en plus poussées de patients devenus des consommateurs de santé avisés. Les disciplines somatiques, de plus en plus spécialisées, nourrissent l'idée qu'un médecin ne peut plus savoir

¹⁷ M.-C. Hardy-Baylé. "Le réseau : exposé des motifs". Pluriels, la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, n°17, avril 1999, p. 5. [10]

tout faire, et qu'il doit apprendre à "passer la main". Comme aime à le répéter le Directeur du Centre Hospitalier des Pyrénées, *"aujourd'hui, un chirurgien du petit doigt de la main droite ne sait pas forcément opérer le petit doigt de la main gauche!"*. Pourquoi en serait-il différent des psychiatres ?

2) La psychiatrie : une organisation centrée sur le secteur

S'ils n'exercent pas leur faculté de libre-choix, les patients sont soignés par l'équipe de leur secteur géographique. Ils bénéficient de tous les avantages liés à la politique de secteur, c'est-à-dire l'accès facile à une équipe pluridisciplinaire, et à plusieurs types de prise en charge (plus ou moins intensif, plus ou moins ouvert), dans la continuité¹⁸. Mais cette organisation présente des limites. Selon Serge Kannas, *"l'activité de l'appareil psychiatrique reste centrée sur la prise en charge des psychotiques"*. La politique de prévention est *"insuffisante"* à cause de la *"bunkérisation"* de l'appareil psychiatrique - y compris dans sa partie extra-hospitalière. *Cet appareil apparaît comme opaque, peu accessible et disponible aux familles, aux hôpitaux généraux, aux urgences, aux réseaux de généralistes..."*¹⁹. Or, on sait que la maladie alcoolique est empreinte d'un profond déni, les patients sont très rarement motivés pour se faire soigner ; on ne voit pas comment, dans les conditions évoquées ci dessus, les malades de l'alcool seraient enclins à se livrer à un tel système...

Cependant, sans aller si loin dans les reproches formulés à l'encontre du secteur psychiatrique, il est un fait que des patients éparpillés dans de nombreuses unités ne peuvent bénéficier d'une prise en charge telle qu'elle est préconisée aujourd'hui. Groupes de parole, ateliers diététiques, socioesthétiques, ateliers "estime de soi", bar à eau,... ne peuvent être mis

¹⁸ Arguments repris par les médecins opposés à l'intersectorialité : Annexe n° 5 : "Quelques débats en CME".

en place qu'à partir d'un nombre de patients conséquent. A la limite, même si quelques secteurs avaient la possibilité de former des petits groupes, ils ne pourraient dégager les moyens nécessaires à chacune de ces activités.

Enfin, même avec le regroupement des unités de soins sectorisées prévu dans le Plan Directeur du Centre Hospitalier des Pyrénées²⁰, il ne sera pas possible de former tous les soignants à l'approche spécifique du patient alcoolique et de son entourage. Car l'alcoologie ne s'invente pas, et la motivation du soignant semble, aux yeux de tous, être la condition *sine que non* de la qualité du dialogue et de son intérêt thérapeutique²¹ (évacuer les attitudes banalisantes, rejetantes ou moralisatrices).

3) L'émergence des approches par âge et par pathologie au C.H.P.

L'alcoologie n'est pas le premier projet destiné à un type de malades. Mais c'est un des premiers qui soit si ouvertement destiné à accueillir des patients selon la catégorie diagnostique de leur pathologie.

Le Centre Hospitalier des Pyrénées propose en effet de plus en plus de prestations spécifiques selon l'âge de la personne malade : une équipe périnatalité s'est formée dès le début des années 1990 au sein du service de pédopsychiatrie. Les soins spécifiques destinés aux personnes âgées, notamment aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ont aussi été développés : l'unité intersectorielle d'hospitalisation complète "Les Montbrétias" a ouvert en 1998, en complément d'un Hôpital de Jour et d'un centre médico-psychologique de

¹⁹ S. Kannas. "Le secteur pour quoi faire ?". Actualité et dossier en santé publique, n° 15, juin 1996, p. XV [11]

²⁰ A terme, chacun des cinq secteurs de psychiatrie générale adulte ne devrait plus compter que deux unités d'hospitalisation complète de 15 à 20 lits.

²¹ cf Annexe n° 2 : "Entretien d'Odette", qui insiste sur le caractère décisif de la motivation du soignant et de son intérêt pour cette maladie.

psychogériatrie. Enfin, le Département de l'Adolescent (intersectoriel) est créé en 1999, avec une unité d'hospitalisation complète totalement rénovée et des projets pour l'extra-hospitalier.

Les approches par pathologie, ou du moins par type de prise en charge, sont moins développées : le service intersectoriel d'accueil et d'admission des urgences (SAAU) et l'unité intersectorielle pour les patients polyhandicapés ont ouvert au milieu des années 1990. D'autres projets comparables semblent aujourd'hui très avancés, et laissent présager de profondes mutations dans l'Etablissement, avec la multiplication des prises en charges spécifiques intersectorielles. Ainsi la Fédération Réadaptation-Réinsertion devrait se concrétiser avant la fin de l'année 1999, le projet relatif à l'unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) n'attend plus que les financements.

Les opérations de restructurations ne sont donc pas nouvelles au Centre Hospitalier des Pyrénées. Les approches transversales, comme complément et relais au travail en secteur, semblent de mieux en mieux acceptées. En même temps, les difficultés rencontrées pour le montage de ces projets doivent être analysées, pour mieux anticiper les réticences que rencontrent les projets en cours. Enfin, l'étude de ces restructurations nous montre le rôle clé du corps médical dans l'évolution hospitalière.

Pour chaque projet, il est indispensable de travailler avec un médecin motivé, capable de mobiliser les énergies pour modifier l'organisation des soins.

B. L'insertion du CHP dans le RABS : Une démarche conditionnée par la présence d'un médecin motivé

Plus encore qu'en soins généraux, la psychiatrie doit ses évolutions à la présence d'un médecin investi dans les projets. L'évaluation des pratiques y est encore moins présente qu'ailleurs et les conférences de consensus de l'ANAES n'ont pour le moment aucune portée

sur le terrain ; ces dernières (notamment celle sur le sevrage alcoolique) sont d'ailleurs très contestées. Sur le terrain, c'est moins la légitimité d'un praticien sensibilisé à une question que sa bonne volonté et sa persévérance (assortie de la bienveillance minimale de son chef de service et du Président de la CME) qui font avancer les choses.

Les fluctuations du projet de prise en charge spécifique des malades alcooliques au Centre Hospitalier des Pyrénées illustrent parfaitement ce principe, malgré (ou à cause de) l'importance du nombre de patients concernés.

1) Importance de la population concernée et modes de prise en charge

Lors des différentes Commissions Médicales d'Etablissement de ces dernières années, une idée est revenue très souvent lorsque l'alcoolologie figurait à l'ordre du jour : l'idée selon laquelle le Centre Hospitalier des Pyrénées est le premier établissement, en terme de file active, à s'occuper des personnes alcoolodépendantes.²² Dès lors, les équipes seraient plus "habituées" à ces pathologies, et on ne voit pas l'intérêt de proposer de nouvelles façons de travailler (créer un Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoolologie, intégrer un réseau...).

Il est vrai que la file active concernée par l'alcoolodépendance est particulièrement importante. Selon le rapport du Département de l'Information Médicale pour l'année 1998, "*il apparaît que nous avons soigné ou reçu, au moins une fois dans l'année, 592 malades*" dont 324 hospitalisés. Le rapport poursuit ainsi :

"Si nous prenons le nombre de journées d'hospitalisation, nous faisons apparaître une surreprésentation du secteur 1 (22 % des journées pour 13 % des malades), du secteur 3

²² cf. Annexe n° 5 : "Quelques débats autour de l'alcool en CME"

(27 % des journées pour 19 % des malades), tandis qu'à l'inverse, le secteur 2 qui a 19 % des malades alcooliques n'a que 12 % des journées. La prise en charge à temps partiel varie également de façon importante avec une moyenne de 80 jours de prise en charge au secteur 5, 74 jours au secteur 1, tandis qu'aux secteurs 2, 3 et 4 les chiffres sont compris entre 30 et 40 jours. Les soins ambulatoires présentent également des écarts puisque les malades alcooliques sont vus en moyenne 25 fois/an aux secteurs 3 et 5, tandis qu'aux secteurs 1 et 4, ces malades ne sont vus que 18 fois/an".

Ce rapport met aussi en lumière des différences de durées moyennes de séjour et de nombre de contacts avec l'équipe, qu'il semble difficile de justifier par des particularismes des populations de chaque secteur.

Au travers de ces quelques données, on peut supposer que les modes de prise en charge sont très différents d'une unité à l'autre, même si l'absence d'évaluation de la qualité nous empêche de fixer une référence. Certaines équipes invitent le patient alcoolodépendant à signer un contrat de soins, c'est-à-dire un protocole explicite concernant son séjour hospitalier. Ce document doit permettre d'instaurer une relation de confiance réciproque soignant-soigné ainsi qu'une prise part active du patient à son traitement. Mais ce document se borne bien souvent à rappeler l'interdiction de consommer de l'alcool et à instaurer une règle concernant les sorties. A notre connaissance, aucun de ces contrats ne pose un calendrier complet du sevrage, comme c'est le cas dans d'autres institutions, et aucune disposition n'engage de quelque manière que ce soit le personnel soignant ni les médecins. Exemple de contrat de soins pour sevrage alcoolique : celui proposé à l'unité de soins "Les Chênes" (Secteur 2).

Je soussigné, Mr (e)
accepte d'adhérer au contrat de soins suivant :

1ère semaine : pas de sortie du pavillon (sauf accompagné(e)
d'un soignant).

2ème et 3ème semaine : permissions possibles à négocier
avec votre médecin.

En cas de suspicion d'alcool, vos effets personnels
seront contrôlés, une alcoolémie sera prescrite. Si elle est
positive, un isolement sera nécessaire.

Fait à PAU, le.....

Les modalités de traitement varient donc beaucoup, même si l'opacité (ou l'inexistence) des protocoles empêche une réelle étude comparative ; il semblerait ainsi que des "cures de dégoût" subsistent dans l'Etablissement (contrairement à toutes les préconisations de la communauté scientifique), mais il est très difficile de le vérifier.

La population traitée au Centre Hospitalier des Pyrénées pour un problème d'alcool est donc très importante. Les prises en charges sont très variables et peuvent expliquer en partie le manque de reconnaissance de l'établissement concernant cette discipline²³. Le Centre Hospitalier des Pyrénées ne parle pas d'une seule voix dans ce domaine, et toute opération de restructuration nécessite une négociation longue entre les différents protagonistes, d'autant qu'il n'y a pas d'accord sur les "bonnes pratiques". Ainsi l'établissement a-t-il hésité pendant plusieurs années avant de proposer une prise en charge spécifique.

²³ Sur 41 médecins généralistes interrogés, seuls 11 déclarent envoyer leurs patients, entre autres, au CHP (ou au CMP). Un seul praticien déclare n'adresser qu'au CHP. cf. Annexe 3 : "Enquête auprès des médecins généralistes".

2) Les hésitations du Centre Hospitalier des Pyrénées

Malgré l'importance de la file active concernée par le développement de l'alcoologie, le Centre Hospitalier des Pyrénées a tardé à mettre en place une politique spécifique dans ce domaine. La faiblesse des financements a souvent été avancée comme argument. Au début des années 1990, l'établissement a ainsi refusé la création d'un Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie pour le Béarn et la Soule, car les moyens alloués par la DDASS étaient trop faibles²⁴. Le CHAA a donc été ouvert en 1997, mais à Bayonne, et il est conventionné avec le Centre Hospitalier de la Côte Basque. (Les CHAA s'appellent désormais des CCAA : Centres de Cure Ambulatoire et d'Alcoologie).

La signature de la Convention portant naissance du Réseau Alcoologie Béarn et Soule a subi les mêmes pressions. La Commission Médicale d'Etablissement exige à l'époque des temps médicaux supplémentaires pour faire face à ce surcroît de travail. Les tutelles considèrent au contraire que l'Etablissement dispose de marges de manoeuvre suffisantes. Ce rapport de force se solde, au dernier moment, par le refus d'adhésion du Centre Hospitalier des Pyrénées, malgré la participation de deux praticiens du CHP aux réunions préparatoires.

Ainsi, l'argument financier a longtemps prévalu dans les négociations concernant l'offre de soins en alcoologie. Mais le projet a aussi été freiné par l'absence d'un médecin assez motivé pour dépasser ces difficultés, et tenter par exemple le pari de créer une structure pour en demander par la suite, la pérennisation...

²⁴ cf. Annexe n° 5 : "Quelques débats autour de l'alcool en CME"

La motivation d'un praticien est en effet primordiale pour tous les projets qui dépassent la pratique habituelle en secteur. La Direction peut difficilement peser sur les orientations médicales, à moins de garantir des financements supplémentaires (influer sur le profil d'un poste, lors d'un recrutement médical).

Ainsi, l'Etablissement a-t-il connu un conflit important en 1998 suite à la décision de certains praticiens de mettre fin à leurs interventions à l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires. La CME n'a pas trouvé de remplaçant, et le Chef d'Etablissement a fini par mettre en demeure les praticiens du secteur concerné pour assurer les consultations de psychiatres à la Maison d'Arrêt (sans succès d'ailleurs). La situation s'est apaisée grâce à l'obtention d'un mi-temps de psychiatre supplémentaire aux urgences psychiatriques de l'hôpital et le recrutement d'un praticien rompu aux interventions en milieu pénitentiaire.

Il en est de même pour d'autres types de population (patients polyhandicapés, âgés...) dès lors que l'on tente une prise en charge spécifique. Le caractère incontournable de cette implication d'un médecin rend d'ailleurs tout projet très précaire. En effet, les praticiens sont nommés sur un secteur (et pas sur une unité intersectorielle, que l'on rattache donc toujours artificiellement à un secteur). Ceux-ci sont donc libres de quitter l'unité intersectorielle et de retourner à tout moment à leur pratique traditionnelle, ce qui constitue un moyen de pression très important. C'est ainsi que, pour le projet relatif à la psychogériatrie, de nombreux moyens ont été accordés au fil du temps, de manière à garder le "seul" psychiatre intéressé dans l'Etablissement. L'opposition de ce praticien aurait sûrement signé la mort du projet. Ce type de stratégies, introduit par la politique de secteur, doit être anticipé lors de toute nouvelle initiative, et il est indispensable, ici plus qu'ailleurs, de maintenir le dialogue entre la Direction et le corps médical.

L'absence de fonds et/ou de médecin investi dans un projet d'envergure a donc repoussé pendant plusieurs années l'émergence d'une discipline alcoologique clairement identifiée au Centre Hospitalier des Pyrénées.

3) Un nouveau souffle au projet : l'arrivée d'un nouveau praticien

En 1995, un nouveau médecin prend ses fonctions dans l'établissement, le Dr COTTANCEAU. Cette psychiatre, titulaire du diplôme d'université d'alcoologie et déjà expérimentée dans le traitement des pathologies addictives, s'entoure en 1997 d'un groupe de travail et élabore un projet visant à améliorer la prise en charge des patients alcoolodépendants de son secteur (secteur n°2). Après une visite complète des acteurs et institutions concernés par l'alcoologie, le groupe élabore une stratégie de réponse par rapport aux manques qu'il a décelés, de manière à apporter une réelle amélioration (sans concurrence) dans la prise en charge des personnes alcoolodépendantes du secteur. Ce projet propose plusieurs axes, notamment le développement de la formation de certains soignants, la création d'une antenne Alcoologie au CMP du secteur, l'intervention au SAAU d'un soignant spécialisé dès l'admission d'un patient alcoolisé relevant du secteur, ... etc. Il s'agissait donc d'une initiative individuelle, qui, tant qu'elle restait isolée, ne soulevait pas d'opposition de taille.

Or, le Projet d'Etablissement 1996-2001 prévoyait déjà (quoique succinctement) l'amélioration des soins proposés aux alcooliques. La Direction s'empare alors du sujet et profite de l'initiative du secteur 2 pour inclure un projet alcoologie dans son Plan Directeur (l'élaboration du Plan Directeur passant par l'actualisation du Projet Médical et la priorisation des projets). Le Chef d'Etablissement décide la mise en place de différents groupes de travail, dont un intitulé "Alcoologie-Toxicomanie", qu'il place sous la responsabilité du Dr COTTANCEAU.

Un projet d'une telle envergure, très restructurant potentiellement, a donné lieu à des débats beaucoup plus vifs. Devant l'absence de motivation du corps médical, il a été difficile pour le responsable du projet de rentrer dans l'histoire déjà lourde de l'alcoologie au CHP et de se donner une légitimité. Alors, pour être consensuelles, les conclusions furent assez peu détaillées²⁵.

L'objectif est d'offrir à tous les malades alcoolodépendants reçus au C.H.P. une individualisation, une spécialisation, une professionnalisation de la prise en charge. Cette ambition passe par la constitution d'une équipe repérée par les médecins généralistes et les travailleurs sociaux, et travaillant en collaboration avec les soignants des secteurs pour couvrir toute la zone desservie par l'établissement : l'équipe d'alcoologie ne se déplacera pas au-delà de Pau, et la couverture des zones rurales nécessite une parfaite articulation entre les moyens habituels des secteurs et les moyens spécialisés de l'intersecteur.

Il existe donc un projet de clarification importante de l'offre de soins de l'établissement, dont les modalités ne sont pas totalement arrêtées, mais qui permettront, sans aucun doute, de donner au Centre Hospitalier des Pyrénées une véritable place dans le Réseau Alcoologie Béarn Soule.

²⁵ Le groupe a proposé une nouvelle unité mais qui ne remplace pas, même en intra-hospitalier, la pratique en secteurs. Pour faire fonctionner cette unité de jour et le CMP "Alcool", des moyens très importants ont été demandés (notamment 2 ETP de psychiatre).

C. L'offre de soins du CHP doit aujourd'hui être clarifiée : vers un pôle alcoologie, véritable acteur dans le réseau

1) Intégrer un seul secteur dans le RABS ?

Pierre Larcher, Médecin à la Direction Générale de Santé, est convaincu qu'un réseau peut très correctement fonctionner avec seulement un secteur psychiatrique intégré. C'est d'ailleurs ce qui se passait jusqu'à présent de manière informelle puisque le Dr COTTANCEAU du secteur n° 2 entretenait des relations importantes avec le Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie, le service d'alcoologie du Dr ROUCHON, les associations d'anciens buveurs, ...

Cette situation (préférable à l'absence de l'établissement) présente tout de même plusieurs risques. Tout d'abord, les professionnels en ville semblent nous repérer en tant qu'entité "CHS" et non à travers les praticiens qui y exercent²⁶. Intégrer le seul secteur 2 dans le RABS (voire même une partie du Secteur 2 puisque le Dr COTTANCEAU exerce sur une portion de celui-ci) présenterait donc un risque évident de confusion chez ces professionnels. En outre, si le réseau prouve sa pertinence et ses qualités auprès de tous, il risque de se créer un flux de patients vers le secteur hospitalier inclus dans le RABS. Dans une société où l'information du patient est promue et où son libre-choix est respecté, c'est un risque à prendre en considération, et c'est un risque que ne veut pas endosser seul le praticien porteur du projet alcoologie au Centre Hospitalier des Pyrénées.

²⁶ Aucun nom de praticien hospitalier du CHP n'apparaît dans les réponses des médecins généralistes à la question : "A qui envoyez-vous vos patients (...)?", contrairement au nom du Dr Rouchon du CHG, qui apparaît 17 fois. cf. Annexe n° 3 : Enquête médecins généralistes.

En somme, pourquoi seules les personnes originaires du secteur 2 pourraient-elles bénéficier de soins alcoologiques tels qu'ils sont préconisés aujourd'hui ? Quid des patients non alcoolodépendants du secteur 2 qui n'auraient plus la possibilité de consulter leur praticien, trop occupé à traiter les alcooliques de tous horizons ? Une mise en commun des moyens, un partage des connaissances, une adhésion générale à un type de protocole est donc nécessaire en interne. Ainsi, on aboutit rapidement à la cette remarque : "*Ces formes d'intervention en réseau dépassent souvent rapidement les frontières du secteur et ne peuvent prendre une dimension pertinente qu'en devenant un travail intersectoriel, voire départemental*"²⁷.

2) La nécessité d'une harmonisation intersectorielle : le projet Plan Directeur

Le volet Alcoologie du Projet Médical Actualisé prévoit donc la création d'une équipe intersectorielle et spécialisée, travaillant en complémentarité avec les secteurs. Les détails du projet ne sont pas tous arrêtés, et différentes hypothèses sont encore à l'étude (*voir schéma récapitulatif p. 40*).

Cette cellule alcoologie comprendrait une unité de jour en intra-hospitalier et un Centre Médico-Psychologique (CMP) spécifique dans la ville de Pau. Au Centre Hospitalier des Pyrénées, le regroupement des patients des divers secteurs permettrait l'organisation d'activités collectives particulièrement efficaces dans cette pathologie (groupes de paroles, activités sportives...). Ces activités pourraient aussi convenir aux patients bénéficiant d'un sevrage ambulatoire, qui seront sûrement amenés à augmenter au cours des prochaines années

²⁷ J. Houver. "Les réseaux de soins en psychiatrie aujourd'hui". Pluriels, la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, n°17, avril 1999, p. 4. [12]

(conformément à la Conférence de Consensus ANAES, aux objectifs du projet de SROSS...).

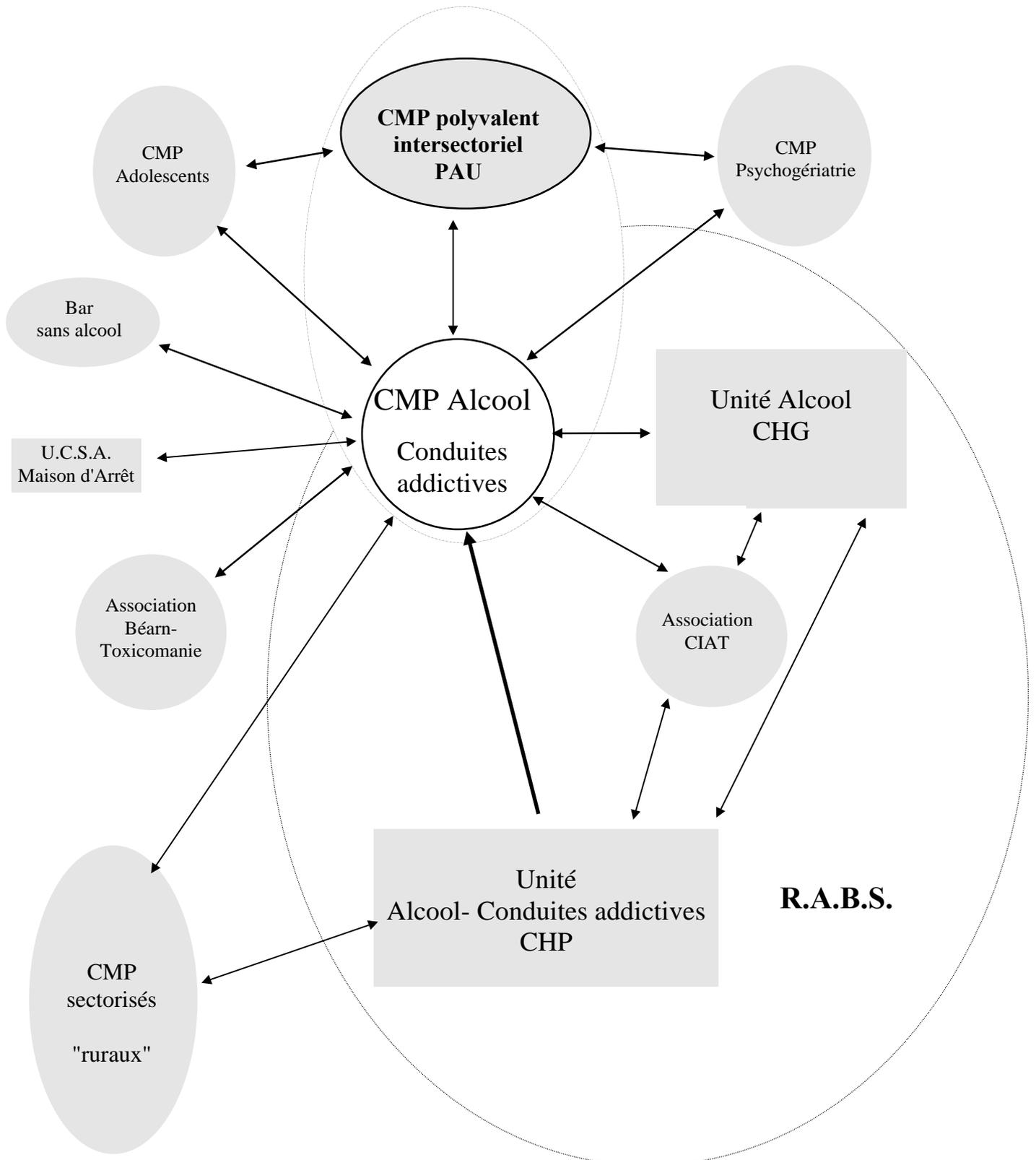
En extra-hospitalier, le CMP jouerait le rôle de pivot des soins ambulatoires, bien inséré dans la ville et dans le tissu associatif, travaillant en étroite collaboration avec les CMP ruraux de la région, et éventuellement le futur bar sans alcool de Pau (projet "l'Entre-Temps", de la Fédération Réadaptation Réinsertion, en cours de création). Il aurait surtout un rôle à jouer dans la préparation, la maturation du sevrage avec le patient, étape trop souvent éludée et pourtant décisive dans la réussite. Actuellement de trop nombreux sevrages sont entrepris à l'occasion d'une crise (familiale, professionnelle,...) sans une réelle prise de conscience de la part du soigné ; les rechutes sont alors extrêmement fréquentes et souvent très rapides.

Ce CMP alcoologie pourrait être inséré dans le futur CMP intersectoriel sur la ville de Pau, quitte à prévoir deux entrées distinctes ; cette organisation permettrait une gestion plus souple, tant au niveau des équipes (possibilité de renforts mutuels en cas de sous-effectif) que des locaux (salles d'activité communes par exemple). Un CMP polyvalent de cette nature aurait donc vocation à accueillir tous les patients traités actuellement sur le site du CHP en Hôpital de Jour. Compte tenu du nombre de patients envisagés (d'autant plus important si les prises en charges en ambulatoire s'accroissent), il semble difficile de trouver un lieu adapté en centre ville présentant toutes les infrastructures nécessaires (parkings, salle d'attente, bureaux, salles d'activités, ...).

Une autre hypothèse est donc à l'étude. Elle consiste à aménager un lieu spécifique pour le CMP "Alcool", éventuellement proche de l'hôpital général et des lits d'alcoologie du RABS. Ce scénario permettrait de bien individualiser le service d'alcoologie (par rapport à la psychiatrie générale, comme en intra-hospitalier), de permettre aux patients hospitalisés dans

le service du Dr ROUCHON d'en bénéficier. De plus, l'éventualité de la création d'un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et de l'extension des missions aux autres conduites addictives exige que l'on prévoie de la place. *(suite p.41)*

L'alcoologie sur PAU - Etat des projets



En tout état de cause, cette unité extérieure (CMP Alcool) n'a pas vocation à remplacer le travail en secteur, puisqu'elle sera localisée sur Pau uniquement. C'est véritablement le découpage de la ville en petits quartiers, couverts chacun par un secteur différent qui pose problème. L'absence de coordination entre les secteurs crée des doublons inutiles, des CMP très proches, ou du moins, très faciles d'accès les uns par rapport aux autres (transports en commun en ville). Les interventions de l'équipe du secteur en milieu rural ne sont pas remises en cause, seule une partie du projet est intersectoriel. Cette structure devra donc prendre le relais si nécessaire mais en tous les cas garder des contacts et renvoyer le patient vers un soignant de proximité (hospitalier ou non, d'ailleurs).

Cependant, ce projet alcoologie ne semble pas rassembler l'unanimité. Celui-ci s'achoppe en effet à la divergence des pratiques médicales et surtout à l'enjeu important qu'il représente, tant sur le plan matériel qu'humain. Une fois cette restructuration achevée, la porte sera ouverte à d'autres projets du même type, et la configuration de l'hôpital risque d'en être profondément bouleversée.

3) Enjeux, réticences

Le Centre Hospitalier des Pyrénées n'est pas un gros établissement. Alors pourquoi un tel projet, qui *a priori* ne met pas en danger les effectifs, et qui est susceptible d'améliorer la qualité des soins, ne rassemble pas rapidement un consensus ? Il est important de comprendre les résistances qu'il suscite, car celles-ci ne sont pas propres à l'alcoologie et risquent d'émerger de nouveau pour les projets à venir.

Quelques médecins semblent très favorables à cette nouvelle organisation autour des maladies de l'alcool. Le Président de la CME, par exemple, est lui-même chef de file d'un autre projet intersectoriel, la création d'une Fédération "Réadaptation-Réinsertion", avec les

structures telles que le Foyer Bernadotte (Hôpital de Nuit en ville) et le Centre Médico-Psychologique polyvalent sur Pau. Mais on rencontre de nombreuses oppositions chez d'autres praticiens.

Concernant pêle-mêle le projet en interne et l'affiliation au RABS, on entend dans les réunions : *"Je n'ai pas besoin de l'intervention d'un somaticien, j'ai fait médecine moi-aussi"* ou encore : *"Mes patients sont très bien pris en charge, j'ai mon Diplôme d'Université d'Alcoologie moi aussi"* mais également *"Vous voulez tuer le secteur psychiatrique qui nous est envié dans le monde entier"* (sic).

Le corps médical n'est pas non plus unanime quant à la spécificité de cette maladie qu'est l'alcoolodépendance, et par là-même, la nécessité d'une prise en charge spécifique : *"il faut prendre le patient dans sa globalité"*, *"ne pas s'arrêter à ce qui n'est qu'un symptôme"*... La peur de la perte de clientèle est d'ailleurs à peine voilée : *"De toute manière, vous ne pourrez jamais obliger un alcoolique qui veut continuer à venir me voir à aller dans votre unité..."* (ce qui est parfaitement exact d'ailleurs) et carrément : *"Si on nous enlève les vieux, les alcooliques, les chroniques, ... qu'est-ce qui va nous rester ?"*

A ce propos, il est normal que le traitement des malades de l'alcool, en représentant environ 20% des journées d'hospitalisation (comme nous l'avons vu plus haut), constitue un enjeu de pouvoir de premier plan. Si on soustrait ces patients aux secteurs, c'est non seulement l'avenir de l'activité de ces derniers qui est en jeu, mais aussi l'avenir des moyens, puisqu'il est évident que les effectifs de personnel devront "suivre" les malades. On retrouve ces débats en filigranes dans les comptes-rendus de CME pendant plusieurs années²⁸.

²⁸ cf. Annexe n° 5 : "Quelques débats autour de l'alcool en CME"

Il est clair selon nous que si le projet Alcoologie du Plan Directeur n'a pas prévu, contrairement à tout ce qui se pratique ailleurs, une unité d'hospitalisation complète mais bien une unité intersectorielle de jour, se superposant au travail en secteur (les patients retourneraient dans leur pavillon le soir), c'est bien pour alléger ces levées de bouclier dues au dépouillement annoncé des secteurs.

L'opposition du corps médical est donc multiforme. Dans une lettre ouverte de juin 1999, l'intersyndicale interpellait récemment le Président de la CME : "*Pourrons-nous compter sur votre influence (...) pour enfin faire aboutir les projets intersectoriels ? Nous pensons à la Psychogériatrie, projet vieillissant s'il en est (déjà 10 ans), et freiné, pour ne pas dire stoppé, par votre confrérie en proie à ces luttes de pouvoir intestines qui asphyxient l'établissement depuis tellement d'année.(...) Et le temps passe, les projets prennent de l'âge, s'alourdissent, s'égarent, deviennent obsolètes et le "petit personnel" se démobilise !*"

Certains avancent même que demander des temps médicaux supplémentaires à moyens nouveaux dans un contexte de restriction des budgets a été un excellent moyen pour bloquer toute avancée, tout en se donnant le beau rôle de "la qualité sinon rien"... A la décharge du corps médical, rappelons que jusqu'à présent l'effectif de psychiatres était particulièrement peu élevé compte tenu de la taille de l'établissement.

Parallèlement à ces débats, la Direction encourage ce projet pour des raisons très précises : il s'agit en effet d'un projet qui cale parfaitement avec la politique de santé publique et l'évolution des modes de prise en charge de la santé mentale (travail en ambulatoire, organisation en réseau...). Ce genre de dispositif peut ainsi justifier la demande de moyens nouveaux ou tout du moins permettre la reconduction intégrale des moyens actuels. C'est ainsi

que le projet alcoologie a été inscrit en bonne place dans le rapport d'orientations budgétaires 2000, soumis aux Instances et envoyé aux Tutelles fin juin 1999. De même, le Projet d'Etablissement, le Plan Directeur ainsi que le Projet Médical Actualisé (qui comportent tous un chapitre "Alcoologie") constitueront bientôt la trame de notre Contrat d'Objectifs et de Moyens avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine.

Cette clarification nécessaire ne peut se réaliser qu'en plusieurs étapes. Elle passe par l'avancement de notre Plan Directeur, l'adhésion généralisée (au niveau médical) à un projet précis, et le choix du référent. Fin juin, la Commission Médicale d'Etablissement émet un avis favorable au Projet Médical Actualisé. En octobre 1999, la demande d'adhésion au RABS (demande très floue, nécessairement) devrait être soumise à la CME, puis ce sera au tour de la première phase du projet alcoologie, c'est-à-dire le versant extra-hospitalier (le plus consensuel) du projet évoqué plus haut. L'an 2000 devrait donc voir démarrer une petite cellule d'alcoologie dans la ville de Pau, en partenariat avec le Réseau Alcoologie Béarn Soule.

La prise en charge des malades de l'alcool devrait donc être davantage harmonisée grâce à l'intégration du Centre Hospitalier des Pyrénées dans ce réseau de soins. Mais dans quelle mesure le réseau remplit-il son rôle ? Quel chemin lui reste-t-il à parcourir pour être reconnu de tous ?

CHAPITRE III

Le RABS : un réseau plus complet mais qui doit s'ouvrir, s'assouplir, et s'asseoir dans les mentalités

Le partenariat entre les professionnels "somatiques" de l'alcoologie et l'établissement de santé mentale de la zone constitue une avancée considérable pour le RABS. Il n'en demeure pas moins que ce réseau présente encore de sérieuses difficultés, susceptibles d'entraver voire de compromettre son avenir. En fait, le RABS doit trouver sa place, tant auprès des acteurs (volontaires et moins volontaires), des prescripteurs que des tutelles. Faut-il renforcer la communication sur l'alcool et sur le réseau ? Peut-être. Mais il faut surtout, selon nous, adopter une nouvelle méthodologie, alliant recentrage et ouverture.

A. Un réseau plus complet, qui tente de mettre en place un système d'évaluation

Le Réseau Alcoologie Béarn Soule s'agrandit cette année. Il dispose désormais d'une "force de frappe" beaucoup plus importante : davantage de patients sont concernés, davantage de prescripteurs pourront être informés et davantage de moyens pourront être débloqués. Mais c'est surtout en termes qualitatifs que les améliorations devraient se faire sentir : tous les aspects de la maladie sont désormais abordés, et les pratiques de soins commencent à être évaluées.

1) Le nouvel angle psychiatrique

L'arrivée du Centre Hospitalier des Pyrénées dans le réseau devrait permettre à l'évidence de prendre en charge de manière plus globale la maladie alcoolique en traitant davantage le versant dépendance, qui est incontournable²⁹. La "désintoxication", comme on l'appelle encore parfois, est une étape indispensable pour déshabituer le corps à la molécule d'éthanol, mais il faut parfois un long travail, souvent semé de rechutes, pour désaccoutumer l'esprit à la boisson, sans retomber dans une autre dépendance (médicaments...). Un travail social a aussi largement (et de plus en plus) sa place dans ce processus de reconstruction du mode de vie. La perte des habitudes, l'anticipation des situations à risque (anniversaire, apéritif entre amis) peuvent aussi être travaillées grâce à la mise en situation du patient dans son lieu de vie (approche cognitivo-comportementaliste).

L'Hôpital Spécialisé, grâce à ses moyens extra-hospitaliers, grâce aux équipes pluriprofessionnelles dont il dispose, qui ont pris l'habitude de travailler ensemble sur le secteur psychiatrique, améliorera certainement ces aspects du traitement.

La demande d'intégration au RABS formulée par la Clinique du Château de Prévilles (sevrage et post-sevrage en clinique psychiatrique à Orthez), ainsi que l'intérêt montré par la Clinique Maylis (unité de postcure en clinique psychiatrique près de Dax) vont dans le même sens d'une prise en compte globale de la maladie.

²⁹ Voir à ce sujet : Christine Davidson. "Apport de la psychiatrie à l'alcoologie". *Alcoologie*, tome 21(1 S), 1999, p. 167-172. [13]

Par ailleurs, cette "psychiatisation" du RABS pourra peut-être mieux aborder le problème massif des malades mentaux qui s'alcoolisent, cet alcoolisme dit "secondaire" chez des patients schizophrènes ou psychotiques chroniques. On connaît encore mal ce phénomène, son ampleur, mais le Dr COTTANCEAU estime que cette question présente une acuité inquiétante au Centre Hospitalier des Pyrénées.

L'arrivée dans le réseau alcoologie d'un établissement de santé mentale d'envergure comme le CHP devrait donc marquer une avancée importante dans l'amélioration de la prise en charge de tous les malades de l'alcool dans la région. Ses compétences multiples "bio-psycho-sociales", ses modes d'interventions, ainsi que son expertise des maladies mentales pourront être mises à profit par tous les intervenants. Mais l'établissement a surtout une carte à jouer dans la préparation du sevrage et le suivi post-cure.

2) Améliorer la maturation du sevrage et l'installation de l'abstinence dans le temps.

"La cure, tout le monde sait la faire. Mais c'est l'avant et l'après sevrage qui sont beaucoup plus problématiques. C'est pourtant ce qui conditionne l'installation durable de l'abstinence" répète en substance le Dr COTTANCEAU.

De trop nombreux sevrages sont actuellement réalisés sous la pression de l'entourage de la personne, sans une réelle prise de conscience de celle-ci. C'est le cas par exemple des sevrages réalisés en unité d'hospitalisation fermée, suite à l'entrée en urgence d'une personne en état d'ivresse aiguë. Tout le cheminement personnel nécessaire à un réaménagement complet du mode de vie ne peut que rarement s'amorcer. Au contraire, ces situations amènent parfois le patient à se braquer définitivement contre l'Institution.

C'est dans ce travail en amont de la cure que le Centre Hospitalier des Pyrénées a une carte à jouer, en mettant au service de tous son arsenal et son savoir faire en ambulatoire.

Ainsi, Madeleine³⁰ nous explique que le sevrage qu'on lui proposait "ne lui disait rien". Pendant plusieurs mois, Madeleine s'est rendue au Centre Médico-Psychologique en consultation. Jusqu'au jour où elle a demandé une hospitalisation pour sevrage ; le séjour a été préparé, et, selon Madeleine, il s'est passé dans de bonnes conditions. "*Je suis bien maintenant*" répète-t-elle. Nous manquons de recul pour savoir ce qu'il en est à moyen terme, mais Madeleine continue de venir au CMP depuis son hospitalisation, à un rythme moins soutenu. Elle peut faire part de ses difficultés, notamment avec son mari, lui-même alcoolique, qui, selon Madeleine, "*ne se rend pas compte*" de son état.

Ainsi, l'outil extra-hospitalier présente-t-il un avantage considérable en post-cure. Il permet un meilleur soutien après la sortie et aussi un meilleur suivi, qui peut être utile au praticien lui-même. Apprécier à long terme l'évolution d'un patient atteint d'une maladie chronique est en effet très enrichissant, et susceptible d'améliorer les pratiques.

Le RABS présente donc des atouts supplémentaires depuis l'arrivée du Centre Hospitalier des Pyrénées. Plus complet, il répond désormais aux nombreuses facettes de la maladie alcoolique, faite de problèmes somatiques, psychologiques et sociaux, étroitement liée au mode de vie et à la "volonté" du patient, et dont la prise en charge s'étale souvent sur plusieurs années.

Le RABS se solidifie également au travers les efforts d'évaluation récemment entamés.

³⁰ cf Annexe n° 2 : "Entretien avec Madeleine"

3) Une volonté d'évaluation

Un des projets importants du réseau, nous l'avons vu, est le lancement d'une démarche d'évaluation, grâce à l'acquisition d'un logiciel informatique commun à tous les membres. Le médecin-coordonnateur attend avec empressement ce nouvel outil ; le suivi à long terme des patients permettra en effet de réfléchir sur les pratiques, et de mieux comprendre la maladie. Le premier projet de recherche devrait porter sur la qualité de vie des patients abstinents. On ne peut prévenir les réalcoolisations que si l'on comprend les difficultés des patients abstinents dans leur nouvelle vie, et les motifs éventuels de rechute. On espère développer ainsi les stratégies socio-thérapeutiques qui consolideront l'abstinence. Ce projet informatique constitue donc, selon les vœux du Dr ROUCHON, un puissant support de réflexion. A moyen terme, cet outil deviendra indispensable à la survie du réseau, puisque la politique d'accréditation exige une évaluation régulière des actions menées, et une recherche permanente de la meilleure qualité.

Ce logiciel devrait être mis en place dès l'automne 1999, de manière à fonctionner à plein pour l'année 2000.

Le RABS tente aussi de suivre les évolutions politiques et réglementaires concernant les réseaux. Il vient ainsi d'adhérer à la Coordination Nationale des Réseaux, dont l'objectif consiste principalement à statuer sur ces nouvelles organisations. Les membres de cette coordination sont bien conscients de la nécessité de légiférer rapidement sur ce sujet, de manière à établir un cadre, et y asseoir les financements. Le RABS reçoit donc régulièrement les comptes rendus de Conseil d'Administration de la Coordination, des précisions sur les évolutions réglementaires, et dispose d'un interlocuteur direct pour obtenir des informations.

La Coordination réfléchit à une charte commune de bon fonctionnement, et sur la mise en œuvre de l'accréditation des réseaux.

La coordination, présidée par le Dr MENARD, médecin généraliste reconnu, manque malheureusement de moyens. Elle permet malgré tout de rassembler des professionnels qui ne prendraient pas le temps de réfléchir ensemble sans ce cadre. Selon le Dr ROUCHON, la Coordination présente le même mérite que le RABS : avant tout rapprocher les professionnels, les inciter à se rencontrer et communiquer, et faire avancer la réflexion pour peser davantage sur les évolutions politiques.

B. Les difficultés d'un réseau tripartite, mal financé, peu connu, peu ouvert sur les prescripteurs naturels.

1) Un réseau tripartite

Le réseau a ceci de particulier qu'il tente de coordonner l'offre de soins sur trois sites principaux, de manière à couvrir toute la zone du Béarn et de la Soule (350 000 habitants). Cette organisation tient à l'histoire du RABS, impulsé on l'a vu par la DDASS, suite au départ à la retraite de deux praticiens (l'un d'Orthez, l'autre de Pau) spécialisés en alcoologie. Le pôle de référence du réseau a d'ailleurs bougé plusieurs fois au cours des différents projets. En tout cas, *"la couverture de trois sites a permis de dégager des moyens qui n'auraient pas été si élevés sur une zone restreinte"* nous assure la coordonnatrice du réseau.

Le RABS s'efforce donc de répondre aux besoins d'une population importante, étendue, de permettre à chacun dans la région de bénéficier des améliorations de la prise en charge de l'alcoolisme. Mais, est-ce bien pertinent ?

Le réseau apparaît aujourd'hui éclaté, et les liens entre chacun des pôles sont très ténus. Certes, des relations existent entre Pau et Orthez, mais dans un seul sens : ce sont les

professionnels palois (le Dr ROUCHON ainsi que la psychologue et l'assistante sociale du réseau) qui se déplacent à Orthez, et pas l'inverse. Pour Oloron, les relations instaurées par la Convention sont encore plus artificielles : l'assistante sociale vient assurer le Point Info-Familles, et la psychologue se déplace pour assurer un groupe de parole à l'intention des soignants. Entre Orthez et Oloron, il n'y a même aucun échange de ce type (si tant est qu'on puisse parler d'échanges). Ce "réseau" apparaît à bien des égards comme une simple déconcentration des moyens alloués à l'Hôpital de Pau. D'ailleurs, ces trois pôles ne constituent pas au sens strict un bassin de population, c'est-à-dire que les patients ne sont pas les mêmes entre ces trois villes, qui n'ont en commun que leur appartenance à la même zone administrative. Dans ces conditions, il nous semble que la participation de chaque établissement au RABS revêt surtout un caractère de mérite auprès des pouvoirs publics.

Le réseau est chargé de gérer la pauvreté, et d'éviter les jalousies entre centres et les sollicitations intempestives des tutelles. Partagé en trois pôles considérés d'égale importance, le réseau doit veiller à faire profiter les trois pôles des retombées positives des initiatives ponctuelles (initiatives exclusivement paloises d'ailleurs) ; il en est ainsi du point Info-Familles, assuré par le CIAT de Pau dans les trois hôpitaux généraux.

Ce dispositif tripartite entraîne des déplacements consommateurs de temps précieux, (pour mémoire : Pau - Orthez aller-retour : compter une heure de trajet, Pau - Oloron une heure et demi), et complique singulièrement la régulation.

Nous considérons qu'il est plus efficace de coordonner tous les acteurs d'un bassin de population que de relier des professionnels éloignés. Le RABS tel qu'il fonctionne aujourd'hui permet sûrement d'échanger des idées entre des spécialistes, mais il apporte très peu des bénéfices directs aux patients. En 1996, seul 10 patients étaient suivis par deux pôles du

RABS, ces deux pôles étant la plupart du temps CHG Pau et CIAT (patients envoyés par le Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie dans le service du Dr ROUCHON).

Le véritable réseau, selon nous, est en fait le noyau dur CHG Pau - CIAT - CHP, qu'il convient de renforcer et d'ouvrir aux acteurs non-spécialistes de la ville. Seuls ces trois partenaires peuvent réfléchir nommément sur des patients communs, et tisser des relations denses avec tous les acteurs de proximité. Construire un réseau véritablement multiprofessionnel sur Pau, le faire connaître, l'évaluer, doit passer avant les ambitions régionales de la DDASS. Les acteurs de soins locaux n'ont pas à planifier l'offre de soin d'une zone aussi vaste, ils n'en ont ni la capacité, ni la légitimité.

Ce recentrage sur Pau ne signifie pas qu'il faut "délaisser" les deux autres pôles du RABS : ceux-ci ont, selon nous, les moyens de tisser un réseau local efficace, sans l'intervention systématique des professionnels palois. C'est évident concernant Orthez : entre une Clinique Alcoologique, un service hospitalier de neurologie et un Centre Médico-Psychologique où exercent des professionnels de l'alcoologie (le Praticien Hospitalier et le Cadre Infirmier du CMP ont été formés à cette discipline), un réseau local vraiment efficace doit pouvoir trouver ses marques, à la portée des quelques dizaines de professionnels généralistes, et des associations de patients. A Oloron, le Praticien de l'Hôpital Général chargé de l'alcoologie travaille déjà en collaboration avec le psychiatre exerçant au CMP, lui-même titulaire du Diplôme d'Université d'Alcoologie. Ces relations doivent être renforcées, de manière là aussi à être reconnues dans l'agglomération d'Oloron.

L'offre de soins doit ainsi, selon nous, être pensée sur une zone beaucoup moins vaste que celles du Béarn et de la Soule réunies. Pierre Larcher , médecin à la Direction Générale de

la Santé, écrit qu'un réseau de proximité se crée "*dans une zone dépassant rarement deux cantons à la campagne et un quartier dans une grande ville*"³¹.

On peut ensuite imaginer diverses sortes de collaborations interurbaines, mais portant davantage sur le partage des connaissances fondamentales que sur le "partage" des patients, qui a rarement lieu d'être. Les frontières régionales n'ont alors plus d'importance, et tel ou tel réseau d'alcoologie conclura une alliance avec l'Hôpital de Lannemezan (nouvelle structure d'alcoologie en Midi-Pyrénées) ou bien le nouveau centre de post-cure de Narrosse (Clinique psychiatrique dans les Landes).

2) Un réseau mal financé

Les financements stables sont peu élevés, et on ressent une incertitude quant à l'avenir. Il est impossible d'envisager sereinement des actions pluriannuelles, alors que l'alcoolisme est une maladie chronique, et que les effets tangibles des actions engagées peuvent mettre beaucoup de temps à émerger.

Le coordonnateur du RABS place de l'espoir dans de nouveaux types de financements. La loi de financement de la Sécurité Sociale 1999, dont les décrets d'applications ne sont pas encore parus, prévoit ainsi des financements spécifiques pour les Réseaux ; cependant, selon P. Larcher, ces financements ne devraient concerner que les réseaux de ville et pas les réseaux interstructures. La Coordination Nationale des Réseaux affirmait récemment le contraire au Médecin-Coordonnateur du RABS. "*L'arithmétique n'est pas la même, selon que l'on s'adresse à la Direction des Hôpitaux, à la Direction Générale de la Santé, à la Sécurité Sociale, à la Fédération Hospitalière de France, voire à d'autres promoteurs potentiels*"

³¹ Pierre Larcher. "Les enseignements des réseaux existants". Actualité et dossier en santé publique, n°24, septembre 1998, p. 22. [14]

regrette Jean Autexier³², concernant l'impossible recensement des réseaux existants. L'avenir des financements connaît les mêmes incertitudes. Les informations se contredisent selon les sources, chacun s'accuse "de n'y rien connaître", et au final, les professionnels de terrain ne parviennent pas à envisager l'avenir, même proche, réservé à leurs initiatives.

Une autre possibilité était ouverte par les Ordonnances de 1996 : les projets de dérogations tarifaires au bénéfice des réseaux, présentés par les Caisses d'Assurance Maladie notamment, devaient être soumis à la Commission dite "Commission SOUBIE", chargée d'évaluer les impacts médico-économiques. Mais cette procédure, très fastidieuse et quasiment jamais utilisée, voit ses effets s'arrêter en 2001 (la demande de dérogation tarifaire devait être déposée dans un délai de trois ans à compter de la publication de l'ordonnance, c'est-à-dire que les derniers projets devaient être présentés avant avril 1999). Le RABS ne peut plus entrer dans ce cadre désormais.

Il ne faut donc pas compter, selon Pierre Larcher, sur des "coups de pouce" financiers pour notre réseau d'alcoologie, car la priorité des pouvoirs publics semble plutôt être donnée aux réseaux Ville-Hôpital.

Le Réseau Alcoologie Béarn Soule subit donc plusieurs difficultés, liées à sa construction tripartite et à la précarité de ses financements. Très hospitalier, le réseau rencontre aussi des obstacles liés aux problèmes de communication de ses membres avec les soignants de ville.

3) Des problèmes de communication avec les professionnels non-spécialistes

³² Jean Autexier. Dossier "Filières de soins, réseaux de santé, ou de la difficulté des concepts". *op. cit.*, p.11. [3]

Les difficultés pour réunir les professionnels généralistes et échanger sur la maladie alcoolique tiennent selon nous à plusieurs facteurs. Tout d'abord, ces professionnels exercent en libéral, seuls face aux patients toute la journée : ils offrent peu de prise à l'imposante hiérarchie hospitalière. Un autre facteur, plus important selon nous, concerne la prise de conscience de cette maladie, qui demeure singulièrement restreinte dans le corps médical.

Le RABS, réseau très hospitalier, doit aujourd'hui se faire connaître des travailleurs sociaux et surtout des médecins généralistes, conformément aux intentions du législateur : *"L'ouverture de l'Hôpital, au-delà-même des formules d'alternative à l'hospitalisation qu'il faut promouvoir, doit également s'effectuer vers la médecine de ville. Les établissements de santé sont donc incités à développer des réseaux de soins avec des praticiens libéraux.(...) Par ailleurs (...) un lien fort doit être préservé et développé entre les établissements de santé, et, plus généralement encore, l'ensemble des dispositifs sociaux"* rappelle le rapport au Président de la République, précédant le texte de l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée³³.

Les partenaires du réseau en ont conscience, puisque cette thématique se retrouve dans les rapports d'activité. C'est un travail difficile, car ceux-ci sont confrontés à la pratique libérale de ces professionnels. Sans délégué représentatif, il devient très compliqué de se réunir, de trouver des créneaux horaires, de motiver les invités pour qu'ils viennent... Selon le Dr COTTANCEAU, psychiatre au Centre Hospitalier des Pyrénées, il faut attendre qu'on ouvre une structure pour convier les médecins de ville, on ne peut pas espérer les associer à un projet en cours.

³³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996. L'objectif est d'ailleurs clairement financier puisque *"l'ambition de la présente ordonnance est de parvenir à concilier l'accès de tous à des soins de qualité et la maîtrise de la croissance des dépenses hospitalières"*.

Une expérience récente menée par un Centre Médico-Psychologique du secteur 3 illustre bien les difficultés rencontrées par le monde hospitalier pour dialoguer avec la médecine de ville : malgré les lettres et les relances, il y avait davantage d'organisateur que de participants à cette rencontre "CMP - Médecine Générale du secteur". La déception était d'autant plus grande que les espoirs d'afflux massif avaient modifié au dernier moment le lieu de la rencontre : la petite pièce du CMP risquait tout à coup d'être trop étroite, alors on avait réservé la grande salle de conférences du CHP... Huit médecins de ville se sont déplacés ce soir-là.

Par ailleurs, l'ampleur de la maladie alcoolique ne semble pas perçue dans le monde médical, dans une société encore très empreinte de la culture de l'alcoolique bon vivant, voire dépravé, mais sûrement pas malade³⁴. Le déni semble être partagé par tous, médecins et malades compris.

Les généralistes ne se rendent pas compte que 20 à 30 % de leurs consultants, selon les sources³⁵, présentent un problème de santé lié à leur consommation d'alcool. D'ailleurs, cette défaillance dans le repérage des patients semble apparaître dans notre étude portant sur une soixantaine de généralistes de notre zone d'action³⁶. A la question "*Combien de patients estimez-vous voir par semaine pour un problème de santé lié à une consommation excessive d'alcool ?*" Les réponses approchent souvent l'unité (voire la nullité) ce qui semble, au regard

³⁴ cf. Prs Reynaud et Parquet. *op. cit.* chapitre "Des raisons sociologiques extrêmement fortes empêchent le repérage et le traitement des troubles liés à l'alcool". p. 25-36 [8]

³⁵ un patient sur quatre, selon une étude menée avec 19 médecins généralistes de Paris et la Banlieue nord pour estimer la prévalence de "malades alcooliques" chez leurs consultants masculins. D. Huas, B. Darne, B. Rueffe, P. Lombrail, B. Leblanc. " 'Malades alcooliques' et consultations de médecine générale", *Revue du praticien*, n° 81, 1990, p. 45-49 [15], cité par Gérard Massé. *La psychiatrie ouverte*. Rennes :1992, p. 139.[16]

des statistiques nationales, remarquablement sous-évalué. Qui sait qu'un psoriasis sur trois est lié à l'alcool ? Un accident vasculaire cérébral sur quatre ? Un cancer du sein sur six ? Une dépression et une hypertension sur 10 ? Sans parler de l'obésité, l'anxiété, les troubles du sommeil, les problèmes digestifs... "*L'alcool constitue un facteur de risque et/ou directement causal dans un quart de l'ensemble des maladies*³⁷", dont la plupart sont rencontrées quotidiennement par les médecins généralistes.

A cela s'ajoute la peur de la maladresse, qui fait que même le médecin de famille ne trouve pas les mots pour parler de l'alcool avec son patient. Il est encore très délicat d'interroger son patient sur sa consommation. Et quand bien même on l'interroge, il répond qu'il ne boit pas plus qu'un autre... C'est très démoralisant pour le médecin, certains d'entre eux nous en ont fait part dans leurs commentaires³⁸.

Il est vrai que la prise en charge d'un patient alcoolique demande du temps, de la persévérance. Madeleine³⁹ avoue n'avoir jamais parlé de sa consommation excessive d'alcool à son médecin, "*parce que de toute manière, il n'a pas le temps : « Bonjour, tenez voilà les médicaments, au revoir »*" résume -t-elle cyniquement. Les consultations sont courtes, la maladie dure des années, on voit peu de réussites. On a l'impression que le patient ment volontairement, et de toute manière, il ne veut pas s'en sortir. Alors on n'en parle plus.

Selon le Dr ROUCHON, les médecins généralistes n'ont pas tant besoin d'une formation sur l'alcool (mis à part quelques bases peut-être), ils ont surtout besoin d'un nouveau regard

³⁶ cf. Annexe n°3 : "Enquête auprès des médecins généralistes"

³⁷ Prs Reynaud et Parquet. *op. cit.* p 53-54 [8]

³⁸ Sur le problème de la "motivation" du malade et de l'impuissance du médecin, voir les commentaires des praticiens n° 7, 13, 41, 42, 54, 60 et 64. Annexe n° 3 : "Enquête auprès des médecins généralistes"

³⁹ cf. Annexe n°2 : "Entretien avec Madeleine"

sur cette maladie, sur les patients qui en sont atteints. Quand on s'occupe de ces personnes, s'accordent à dire les Drs ROUCHON et COTTANCEAU, il est indispensable de démarrer par un travail sur soi, en tant que médecin qui ne peut pas tout guérir, et qui doit avant tout aider. L'échec n'est plus assez admis dans la médecine moderne.

Certains écrits pourraient peut-être aider la pratique au quotidien, comme par exemple le dossier spécial "Le malade, l'alcool, le médecin et le militant", de la revue *Alcool Assistance*⁴⁰. Mais cette littérature spécialisée n'est lue bien souvent que par des personnes déjà sensibilisées. Peut-être l'obligation de formation continue pourra-t-elle combler quelques lacunes à ce niveau. En tout cas, si le RABS pouvait permettre d'améliorer cette connaissance de la maladie, les façons d'aborder le malade et les moyens pour aider l'entourage, la mission serait bien remplie ! L'offre de soins existe, encore faut-il que soient repérées correctement et précocement les personnes susceptibles d'en bénéficier.

Le RABS, réseau tripartite, aux financements précaires, chargé d'une maladie empreinte d'un profond déni, rencontre donc de nombreuses difficultés. La pertinence d'une telle organisation commence alors à poser sérieusement question.

⁴⁰ Dossier "Le malade, l'alcool, le médecin et le militant". *Alcool Assistance Action Croix d'Or*, juin 1999, p.4-22. [18] [19] [20] [21]

4) Le réseau : une formule pertinente ?

Le traitement de la dépendance à l'alcool est un travail de longue haleine ; il arrive fréquemment que les malades s'adressent successivement à plusieurs structures sanitaires et/ou sociales. La demande crée, de fait, une sorte de réseau informel. De plus, dans une petite agglomération, les professionnels spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme se connaissent relativement bien. A partir de là, quel est l'intérêt d'une formalisation ? Cela donne un cadre, et incite les professionnels à se rencontrer. Mais est-ce la formule la mieux adaptée ? S'il ne s'agit que d'échanges entre offreurs de soins, on pourrait imaginer se contenter de Journées sur l'alcool, organisées par exemple par le CIAT, financées par la DDASS et ouvertes à tous les soignants.

De plus, ces rencontres entre professionnels se bornent aux quelques réunions du réseau entre gens du monde hospitalier (à part le CIAT). Les discussions auxquelles nous avons assisté ne portaient pas sur des considérations médicales, mais bien plus sur la survie financière du réseau. Les rencontres à deux (ex : Dr ROUCHON - Mme CAZALET du CIAT ou bien Dr ROUCHON - Dr COTTANCEAU) sont souvent plus fructueuses que les réunions multipartites d'information des partenaires. Ainsi, concernant les relations entre l'Hôpital Général et l'Hôpital Spécialisé de Pau, nous pensons qu'elles pourraient être incluses dans la Convention liant déjà les deux établissements : une commission mixte CHP-CHG se réunit régulièrement, qui prévoit une collaboration active entre services complémentaires (ex : pédiatrie et pédopsychiatrie).

Par ailleurs, la formalisation du réseau n'a pas encore rempli une fonction essentielle, qui consiste à améliorer la lisibilité du dispositif à l'extérieur, et à attirer les soignants non-

spécialistes confrontés aux problématiques de l'alcool. Malgré l'arrivée de nouveaux membres, le RABS demeure très hospitalier, centré sur les spécialistes de l'alcool, et très peu connu des prescripteurs "naturels" que sont les médecins généralistes, ou les travailleurs sociaux. A ce titre, comme nous pouvons le constater dans les réponses des médecins généralistes à notre enquête, Mme le Dr ROUCHON bénéficie d'une reconnaissance importante dans la région, et paradoxalement, le réseau qu'elle coordonne demeure singulièrement méconnu⁴¹. Pire, certains médecins déclarent même connaître le réseau mais ne pas l'utiliser (en fait ils l'utilisent bien souvent sans savoir que c'est un réseau)⁴².

Ainsi, lorsqu'un médecin de ville envoie un patient en consultation d'alcoologie, c'est à un praticien qu'il s'adresse, pas à un réseau. Or, ces médecins connaissent manifestement mal l'offre de soins et n'adressent donc pas forcément leurs patients à la structure la mieux adaptée. A partir de là, comme le réseau a choisi de ne pas réorienter les patients entre ses différents partenaires, l'adéquation du malade à la structure de soins n'est pas optimisée. Chacun est contraint de maintenir une certaine polyvalence et, malgré le réseau, chacun continue à faire un peu tout à la fois, sauf peut-être concernant les malades atteints de pathologies psychiatriques lourdes, qui sont facilement réorientés vers le CHP. Mais ces réorientations sont totalement indépendantes, selon nous, de l'existence d'un réseau.

L'intérêt d'une formalisation des liens entre spécialistes, et d'une organisation sous forme de réseau interinstitutionnel comme le RABS semble peu évident, surtout si l'on apprécie les bénéfices directs aux malades.

⁴¹ Sur 41 médecins qui ont répondu à l'enquête, seuls 17 déclarent connaître le réseau, dont 7 "vaguement" ou "en ont entendu parler". Le service du Dr Rouchon est cité 19 fois, sans compter les 4 médecins qui déclarent utiliser le RABS sans préciser leur interlocuteur. cf. Annexe n°3 : "Enquête auprès des médecins généralistes"

Pourtant, concernant le traitement d'une maladie chronique comme l'alcoolodépendance, la formule du réseau apparaît séduisante à bien des égards : la maladie requiert l'intervention de nombreux professionnels, sur une longue période, et nécessite parfois l'utilisation de plusieurs stratégies thérapeutiques. L'organisation de l'offre de soins, et l'échange entre professionnels autour d'un patient, sans concurrence ni hiérarchie, devraient constituer un progrès conséquent.

Reste donc au RABS à recentrer ses objectifs sur le patient, en adoptant une méthodologie constructive.

C. Un gros travail méthodologique à mettre en œuvre

Chacun des membres du RABS doit être persuadé de l'intérêt, pour soi, mais aussi et avant tout pour le malade, d'un véritable Réseau d'Alcoologie. Les motivations doivent dépasser les intérêts strictement financiers qui prévalent depuis l'origine. Le réseau a besoin d'une assise méthodologique pour s'installer dans la durée. Il réclame surtout un recentrage sur la personne malade, en élargissant ses missions et le cercle de ses collaborateurs. On peut dès lors envisager un rapprochement avec le nouveau Réseau SIDA-Toxicomanie sur Pau.

⁴² Huit réponses de ce type (médecins qui connaissent le réseau ou qui en ont entendu parler mais qui ne l'utilisent pas) ; mais la moitié citent le service du Dr Rouchon à la question "Si vous n'utilisez pas le RABS, à qui envoyez-vous vos patients ?" cf. Annexe n°3 "Enquête auprès des médecins généralistes"

1) Quel type de réseau veut-on, pourquoi et pour qui ?

Le problème avec les réseaux, c'est que les définitions divergent⁴³. Chaque réseau recouvre des réalités et des objectifs totalement différents. S'accorder sur ces objectifs, et sur l'organisation du RABS (tant sur la forme que sur le fond) nous semble une étape indispensable pour l'intérêt et la poursuite des activités de ce réseau. Schématiquement, deux possibilités s'offrent à nous.

La première consiste à s'en tenir à un réseau interprofessionnel (interinstitutionnel) de spécialistes en alcoologie ; il convient de réfléchir à ce qu'un tel réseau apporte de plus par rapport à des conventions entre établissements, ou même un simple carnet d'adresse (par exemple : protocoles communs, actions de formation,...). Selon le Dr ROUCHON, coordonnateur du RABS, un réseau a toujours le mérite d'apporter un cadre de réflexion pour les professionnels. Cependant faut-il encore que chacun ait envie de réfléchir, mettre en commun, et forcément quelque part se remettre en cause : ce cadre peut être considéré comme contraignant si l'on ne prend pas conscience des bénéfices qu'il apporte. Ainsi, l'intégration de la Clinique de Préville dans le réseau devra être bien réfléchie car la Directrice de cet établissement ne nous semblait pas convaincue de l'intérêt de toutes ses réunions. *"Pour quoi faire ? J'ai déjà une liste d'attente, et mes praticiens ont tous suivi le DU d'alcoologie ; les infirmières ont aussi reçu une formation spécifique, et en cas de problème somatique sérieux, nous travaillons déjà avec l'Hôpital Général d'Orthez, où le Dr PIALLOUX de la Clinique exerce d'ailleurs à mi-temps"*. Enfin, si ce réseau s'en tient à des réunions entre spécialistes, les moyens demandés pour les patients au titre du RABS ne sont plus justifiés.

La deuxième possibilité consiste à concevoir un réseau réellement centré sur le patient. Ce choix nécessite selon nous un recentrage sur un territoire plus clairement délimité (Pau, par exemple, ce qui n'exclut pas les conventions avec d'autres hôpitaux), de manière à se rapprocher vraiment de tous les acteurs, notamment sociaux, de cette zone (services du conseil général, de la mairie, médecine du travail, généralistes...⁴⁴).

Il s'agit en fait d'appliquer le principe d'une prise en charge de proximité : travailler tous ensemble, et pas seulement entre les personnes qui se connaissent déjà et qui y croient. Accueillir dans le réseau des aides ménagères à domicile, par exemple, doit devenir une éventualité tout à fait convenue pour tous. Si l'on rapporte les statistiques nationales à notre zone d'action, à savoir 1 Français sur 30 dépendant de l'alcool, le Béarn et la Soule pourraient compter 11 500 malades de l'alcool (en plus des 30 000 buveurs excessifs, auxquels doit s'adresser un important travail de prévention), Pau et sa banlieue 4 000. Un recentrage sur ces patients, avec une collaboration active de multiples acteurs, confirme la possibilité, voire la nécessité, de créer un ou deux autres réseaux, autour d'Orthez et d'Oloron. En tout cas, un réseau réellement centré sur le patient implique que les instances décisionnelles du RABS soient revues, de manière à bien distinguer dans le réseau la régulation administrative de la réflexion sur les pratiques. Ainsi, une rencontre des partenaires au sujet de tel ou tel malade ne requiert pas la présence des Directeurs d'Etablissements. Par ailleurs, un réseau de proximité place chaque acteur sur un pied d'égalité. Certes, le Directeur a signé une Convention, et l'Hôpital fournit des locaux, le téléphone, l'électricité, mais le réseau rassemble moins des institutions que des professionnels du soin ou de l'action sociale. C'est pourquoi, selon Pierre Larcher, il est si difficile pour un Centre Hospitalier, organisé de façon très hiérarchique, de

⁴³ Jean Autexier. *op. cit.*, p 8-10. [3]

⁴⁴ J. Houver. *op. cit.* p. 4. [12]

jouer le jeu des réseaux très horizontaux, refusant la suprématie de quiconque. C'est aussi ce paradoxe qui, selon nous, rend la fonction de coordonnateur aussi délicate.

Le RABS doit donc choisir entre ces deux possibilités : soit un vaste réseau de professionnels de l'alcoologie sans moyens humains supplémentaires, à part éventuellement un temps de secrétariat, soit un ou plusieurs réseaux de proximité, très ouverts aux non-spécialistes, et travaillant directement sur des cas de patients.

Si cette clarification ambitieuse est amorcée, on pourra espérer que seront évacuées les motivations strictement financières qui ont permis la survie du RABS jusqu'à présent. Un réseau n'est pas, ou ne pourra plus être une coquille vide, simple monnaie d'échange avec les tutelles pour obtenir des temps supplémentaires, signer son Contrat d'Objectifs et de Moyens, ou faire accréditer son établissement. Cette évolution est certes délicate, compte tenu de l'architecture de notre système sanitaire et social. *"Chacun fonctionne dans le cadre d'une enveloppe forfaitaire, mais néanmoins les projets doivent englober une approche macro-économique, et, dès lors, toute tentative de gain de productivité est analysée par chacun avec une approche corporatiste, de défense des acquis, et donc avant tout à l'aune des assurances de conserver son revenu !"* s'exclame Jean Autexier, Directeur d'Hôpital au CHU de Poitiers⁴⁵.

En effet, les intérêts qui sous-tendent ces créations de réseaux sont parfois obscurs et en tout cas très nombreux : intérêt du patient certes, intérêt des professionnels sans doute (échanges, reconnaissance mutuelle, adressages de patients...) mais aussi intérêt des institutions, dans un contexte politique où il est de bon ton d'appartenir à un réseau. Créer un réseau est devenu une sorte d'alibi, dans un système de marchandage auprès des autorités,

marchandage qui pourra perdurer tant que le cadre réglementaire et financier restera peu clair. Il ne suffit pas de créer un réseau pour améliorer de fait la qualité des soins, et un réseau ne réduit pas forcément le coût du traitement. Tant que ces paramètres ne seront pas mieux définis⁴⁶, des réseaux pourront se créer chaque jour dans le seul but d'obtenir des fonds (des fonds pour le réseau, mais aussi, et par là-même, pour soi, ses équipes, son établissement).

Les difficultés liées à l'expérimentation de réseaux de soins, dans un contexte d'incertitude, de rareté des ressources, et de cloisonnements administratifs, sont ainsi résumées par Jean Autexier : *"il faut, en effet, pour tout promoteur potentiel, non seulement apparaître comme œcuménique aux yeux de tous les professionnels pour espérer les rallier à un projet transversal de réseau ou filière qui n'est pas le leur... mais aussi convaincre cinq ou six autorités administratives différentes, qui, selon leurs compétences et dans le cadre de la gestion de l'enveloppe dont ils disposent financièrement, doivent toutes et individuellement accepter de participer à ce genre d'expérimentation. Chaque lobby, chaque corporation, mais aussi chaque structure administrative décisionnelle sollicitée (...) part d'une approche de défense des acquis du système actuel. Dès lors, la dynamique de changement et surtout l'approche pluridisciplinaire rationnelle et macro-économique, pourtant à l'épicentre de la réforme Juppé, devient, sur le terrain, étrangement absente des préoccupations de tous, en raison de la non-fongibilité des enveloppes dans lesquelles chacun évolue... (...) Il faut pour (le) promoteur à la fois générer un gain de productivité du système - qu'il faut en outre prétendre évaluer - mais sans que cette organisation paraisse suspecte de remettre en cause*

⁴⁵ Jean Autexier. *op. cit.* p. 17. [3]

⁴⁶ Jean Autexier qualifie même le réseau d'"auberge espagnole" du fait qu'il n'existe "pas de protocole-type de réseau : les textes donnent toute possibilité aux réseaux préexistants de se maintenir, dès lors qu'ils trouvent les financements nécessaires. Les contours dessinés laissent une large part à l'initiative de chacun ; et il devient donc nécessaire mais difficile de faire l'inventaire de l'existant" (*ibid.*)

le principe de liberté d'accès aux soins, ou à la qualité des prestations, ou à l'accès à l'hôpital...; et l'on se demande alors d'où provient l'économie escomptée !"

Malgré ces nombreux obstacles, le RABS doit avoir un avenir, car le fléau de l'alcoolodépendance nécessite une stratégie globale. Il convient donc d'adopter une démarche pragmatique, de manière à solidifier les bases du réseau et à rendre son action plus pertinente. Le RABS peut ainsi mettre à profit certaines publications traçant la méthodologie à adopter.

2) S'inspirer des recommandations méthodologiques

De plus en plus d'écrits paraissent aujourd'hui concernant les réseaux de soins, et les étapes indispensables à l'émergence d'un réseau. Il a été demandé à l'ANAES de réfléchir à l'élaboration d'un Guide Méthodologique à cet effet. Selon un médecin de la Direction Générale de la Santé, celui-ci devrait être édité à l'automne.

On peut d'ores et déjà entreprendre certaines améliorations dans le RABS en se référant aux recommandations du Haut Comité de la Santé Publique⁴⁷ ou à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale⁴⁸. Concernant plus spécifiquement l'Alcoologie, on lira avec intérêt les conseils des Prs Reynaud et Parquet⁴⁹. Les actions prioritaires selon nous sont les suivantes (l'ordre n'est pas significatif).

➤ Pour le RABS, il nous semble important de prévoir une Charte des Droits et Devoirs des partenaires, plutôt qu'une Convention rigide signée par les Chefs d'Etablissements. La

⁴⁷ Voir le dossier "Réseaux et Filières de soins" Actualité et dossier en santé publique (*op. cit.*), notamment François Grémy. "Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés". p. 26-29. [21]
Il existe aussi depuis peu des formations à destination des coordonnateurs de réseaux.

⁴⁸ Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. "Ce que doit comporter un réseau" Pluriels, n°17, avril 1999, p. 3 [22]

⁴⁹ Prs. Reynaud et Parquet. *op. cit.* notamment le chapitre "Modalités de fonctionnement d'un réseau de soins en alcoologie". p. 227-230. [8]

voie conventionnelle doit se borner, selon nous, à garantir le versement des financements indirects. Ex : Un ½ temps de PH est accordé au réseau pour une fonction de coordination : les fonds correspondants sont versés à un Etablissement Hospitalier qui s'engage, par Convention, à mettre ce PH à disposition du réseau 5 demi-journées par semaine. C'est ainsi qu'il peut y avoir plusieurs conventions pour un seul réseau, puisque chaque institution concernée peut être amenée à signer un engagement de ce type avec l'entité commune. Mais il ne s'agit que de mettre le réseau à l'abri d'éventuels détournements de moyens. Ce n'est pas dans ces Conventions que les professionnels s'accordent sur la philosophie de leur action, le nombre de participants, les modes d'actions, car ces éléments sont susceptibles de varier et doivent demeurer très souples. Cette "âme" d'un réseau se retrouve plutôt dans ce que l'on appelle habituellement une Charte, c'est-à-dire une déclaration de principe, révisable et non exhaustive, qui permet à chacun qui se sent concerné de rejoindre (ou de quitter) le réseau à tout moment. Elle rend le réseau plus autonome par rapport à ses fondateurs. *"Nous avons constaté que si 15% seulement des réseaux actuels s'en étaient dotés, c'était un instrument de pérennisation précieux"* écrit Pierre Larcher⁵⁰. Selon nous, il serait dommage d'attendre la Charte élaborée par la Coordination Nationale des Réseaux, qui risque sûrement d'être floue, et/ou mal adaptée au type de réseau, à la région, à la pathologie traitée... puisque la vocation est bien nationale. Un réseau doit être souple et proche du terrain, d'autant plus si on veut attirer les libéraux.

➤ Esquisser des protocoles communs et les diffuser. Il faut envisager des trajectoires de malades, et comprendre que chacun ne doit traiter que ce pour quoi il est le plus compétent. L'ordonnance de 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée est explicite à ce

⁵⁰ Pierre Larcher. "Les enseignements des réseaux existants". *op. cit.* p. 25 [14]

sujet : "*Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient*"⁵¹.

Cet objectif est aussi rappelé dans une circulaire du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements⁵².

➤ Insister sur le principe du volontariat inhérent au réseau. Partant du postulat que les réseaux sont efficaces et efficients⁵³, la tentation a été grande pour les pouvoirs publics d'instaurer des incitations à la participation à un réseau. Or, forcer une institution, même de manière indirecte, à intégrer un réseau (cf. Contrat d'Objectifs et de Moyens entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et la Clinique de Prévillo), c'est aller à l'encontre de la logique initiale. Pierre Larcher insiste beaucoup sur cette perversion des réseaux née des ordonnances de 1996. La question se pose en effet de l'intérêt d'un tel dispositif dès lors que les maîtres d'oeuvre n'en sont pas eux-mêmes convaincus. Le risque est réel de ne rajouter que des lourdeurs au système de santé. Les réseaux doivent se créer par la nécessité du terrain (pathologie chronique, complexe, problématiques sociales de plus en plus fréquentes chez nombre de patients...) et non par la volonté des tutelles. L'illustration donnée par Pierre Larcher est éloquente : il s'agit des réseaux Hépatite C prévus par la circulaire du 9 mai 1995⁵⁴, qui devaient être impulsés par les Centres Hospitaliers Universitaires : aucun de ces réseaux ne s'est mis en place jusqu'à présent.

➤ Prévoir un temps de régulation plus conséquent. La régulation est assurée par le Dr ROUCHON, du CH de Pau, ce qui n'est pas toujours judicieux compte tenu du gros travail administratif à fournir (pour négocier avec les Tutelles, obtenir des fonds, publier un rapport

⁵¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

⁵² Circulaire DH/EO n°97-277 du 9 avril 1997

⁵³ Il s'agit bien d'une ordonnance relative à la maîtrise des dépenses de santé.

⁵⁴ Circulaire DGS n°44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.

d'activité...). Le "secrétaire" du RABS a bien été désigné, il s'agit d'un Directeur Adjoint du Centre Hospitalier de Pau. Mais, compte tenu de ses multiples obligations, ce dernier s'en tient bien souvent à une fonction d'archiviste. Les projets du RABS sont écrits par le coordonnateur à ses heures perdues (le dimanche, par exemple). Le choix a été fait de ne pas utiliser l'argent du RABS pour un temps de secrétariat mais, aujourd'hui cela manque cruellement. Parmi ses recommandations, le rapport Reynaud et Parquet insiste sur la nécessité d'un mi-temps de secrétariat par réseau⁵⁵. Quitte simplement à reconnaître le temps passé par le CIAT.

➤ Reprendre le questionnaire⁵⁶, l'étendre et/ou le compléter. Repérer les professionnels en demande de renseignements : déjà notre enquête en montre une dizaine . Leur envoyer (à eux et aux autres, pourquoi pas) une documentation sur l'alcoolisme (prévalence, repérage biologique, idées pour aborder ce sujet, comprendre le déni⁵⁷ ...) ainsi que sur le réseau, ses missions, ses intervenants, ses modes d'action. On pourra aussi communiquer largement les numéros de téléphones des spécialistes de l'alcoologie, et préciser la possibilité de prendre conseil auprès de l'un d'eux. Le développement de ces échanges est fondamental, car ces professionnels connaissent leurs patients, leur histoire, leurs difficultés, leur mode de vie, et peuvent apporter une aide précieuse aux spécialistes de l'alcoologie⁵⁸.

Diverses actions concrètes peuvent donc solidifier le réseau, en le faisant connaître sur la zone, et en lui donnant une armature plus souple. Ces évolutions pourront amener des

⁵⁵ Prs. Reynaud et Parquet. *op. cit.* p. 228 [8]

⁵⁶ cf. Annexe n°3 "Enquête auprès des médecins généralistes"

⁵⁷ S'inspirer par exemple des articles parus dans la revue "Alcool Assistance"(*op. cit.*) tels que celui du Dr Dominique Mas "Alcoolisation : des mots qui aggravent le mal". p 21-22 [17], celui du Dr Daniel Champeau. "Lettre à mes amis médecins". p.11-12 [18], celui du Dr Lionel Bénichou. "La "prise en charge" des malades alcooliques". p. 11-12 [19], et celui du Dr Pasquier d'Argentan. "Conseils à mes confrères". p. 14-16 [20].

⁵⁸ Jean Saint-Guily. "Prise en charge de l'alcoolisme : le rôle du médecin généraliste". Actualité et dossier en santé publique, n°24, septembre 1998, p. 53-54. [23]

bénéfices concrets aux patients, car le RABS nous semble aujourd'hui sous-utilisé. Le réseau, avec ses quatre hôpitaux de taille, doit aussi entamer un travail sur le système de valeurs de la population, de manière à remplir la mission de prévention dévolue à l'Hôpital depuis la Loi Hospitalière de 1991.

3) Elargir les missions : cibler des actions de prévention

La prise en charge globale du patient impose le développement d'actions de formation, particulièrement nécessaires pour cette maladie si étendue, mais si peu connue. Mais ces actions doivent être ciblées sur certains publics, tant au niveau des prescripteurs que de la population. La formation des prescripteurs (médecins généralistes, travailleurs sociaux...) vient d'être exposée ci-dessus ; elle consiste à lutter contre le déni de la maladie alcoolique encore trop tangible dans le monde médical, et à donner quelques clés pour entamer une démarche thérapeutique.

Concernant les publics fragilisés par les problématiques d'alcool, le RABS pourrait envisager de travailler avec la Maison d'Arrêt de Pau. Depuis l'avènement des traitements de substitution (Subutex, Méthadone), il semble en effet que la toxicomanie soit bien repérée chez les détenus et fasse l'objet, dans la mesure du possible, d'une prise en charge. L'alcoolisme est beaucoup moins bien repéré. En France, seuls 3,5 Equivalents Temps Plein sont officiellement chargés de la lutte contre cette maladie dans les prisons⁵⁹. C'est absolument dérisoire. La question de la consommation d'alcool est bien posée lors de l'entretien médical d'entrée, mais quand on connaît le déni inhérent à cette pathologie, on ne peut pas se contenter de la réponse si fréquente chez ces personnes : "*Je ne bois pas plus*

⁵⁹ Une équipe d'alcoologie à Fleury-Mérogis, un mi-temps de médecin à la Santé, un mi-temps de médecin à Rouen, et un mi-temps d'infirmier psychiatrique à Varcès-Grenoble y sont consacrés. Par comparaison, il

qu'un autre". De plus, les détenus qui déclarent une consommation excessive d'alcool, pourtant très nombreux⁶⁰, ne se voient pas proposer une prise en charge spécifique.

L'alcool pose problème chez un nombre considérable de détenus selon les statistiques (10 fois plus que dans la population générale), et il conviendrait de s'y pencher. On ne peut pas soutenir que le problème de la dépendance est réglé lors de l'incarcération, puisque la détention constitue de fait un sevrage. Il convient de prévenir les éventuels accidents de santé liés à cette abstinence forcée, et proposer rapidement une rencontre avec un soignant en alcoologie, de manière à rendre le plus profitable possible cette période sans alcool.

On sait qu'environ 63% des actes de violence, 56% des délits sexuels et 40% des décès sur la route⁶¹ ont été accomplis sous l'emprise de l'alcool. Un travail sur ce sujet avec les détenus pourrait constituer une piste intéressante de prévention à tous les niveaux, et tout à fait à la portée du RABS.

4) Fusionner avec le réseau SIDA-Toxicomanie ?

En 1999 se met en place un réseau SIDA Toxicomanie sur l'agglomération paloise. Il s'agit en fait d'une extension du "Rézopau", chargé, depuis plusieurs années, des problèmes de SIDA en Béarn et Soule. Ce réseau est constitué de professionnels d'horizons très divers : Hôpitaux, associations (Solidarité Positive, Sid'Avenir, Aides, Mission Locale pour les Jeunes, Comité d'Education pour la Santé...), centres de soins pour toxicomanes (CIAT, Béarn Toxicomanie), professionnels libéraux (médecins et pharmaciens de ville), CPAM,

existe 53 ETP pour la prise en charge et les soins aux toxicomanes en prison. Rapport Reynaud et Parquet, *op cit.*, p. 186 [8]

⁶⁰ Dans une lettre de la DRASS relative au lancement d'un Programme Régional de Santé sur l'alcool, on peut lire "*il est notable que 36% des entrants en prison en Aquitaine en 1997 déclarent une consommation excessive d'alcool (33,3 % pour la France entière)*".

⁶¹ Statistiques issues de la plaquette du RABS distribuée aux Urgences de l'Hôpital Général de Pau.

Maison d'Arrêt, UCSA, Ville de Pau et Comité de Probation font partie du groupe de pilotage. Ce réseau Ville-Hôpital est jeune, mais déjà expérimenté sur les problèmes de SIDA. Au cours des travaux relatifs à son extension, les promoteurs du projet ont pris conseil auprès du médecin-coordonnateur du RABS. Le protocole d'accord, signé par tous les partenaires, en fait donc un réseau beaucoup plus ouvert sur la ville. Les financements sont déjà établis, puisque la reconduction (et l'augmentation dans une certaine mesure) des moyens du réseau SIDA semble assurée.

Les pathologies concernées ne souffrent pas du déni inhérent à la maladie alcoolique. Ce sont des pathologies plus "claires" dans le sens où, contrairement à l'alcool, il n'existe pas une consommation "normale" et encore moins "bénéfique" de drogue. La drogue n'a pas la place qu'occupe l'alcool dans notre culture. Par ailleurs, le milieu associatif a beaucoup fait pour la reconnaissance et le traitement en réseau du SIDA. Les financements n'ont ainsi aucune commune mesure. Ainsi, la lutte contre la toxicomanie a-t-elle bénéficié en 1996 d'un crédit de plus de 700 MF au titre du chapitre 47.15 de la loi de finances, (avec une augmentation de 4% par rapport à l'année précédente) ; l'article 47.17 relatif à la lutte contre l'alcoolisme n'a débloqué "que" 180 MF, soit 3 francs par habitant. Ces crédits stagnent d'ailleurs depuis 10 ans (en francs constants). Pourtant, les ravages de l'alcool sont beaucoup plus étendus : on estime à 200 000 le nombre de toxicodépendants, contre 2 millions d'alcoolodépendants, sans compter les 3 millions de buveurs excessifs et le cortège de désastres professionnels, familiaux et accidentels⁶². Clairement, les pouvoirs publics n'ont pas pris conscience de la mesure du phénomène.

Par rapport au RABS, le Réseau SIDA-Toxicomanie semble ainsi moins entravé au démarrage. Il pourrait alors être judicieux d'envisager un rapprochement entre ces deux réseaux, comme le suggère d'ailleurs un Inspecteur de la DDASS.

Le rapprochement des conduites addictives est d'ailleurs un sujet très actuel. En 1998, le Rapport Roques⁶³ a fait l'effet d'une bombe médiatique en mettant sur le même plan la toxicité de l'alcool et des drogues dites "dures". Plus récemment, et par voie de conséquence, le Premier Ministre a élargi les missions de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies) à l'alcool et au tabac. Ainsi, le futur plan triennal de la MILDT devrait conseiller un rapprochement des structures de soins pour alcooliques et héroïnomanes.

Sur le plan local, l'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales chargé de mission "SIDA" a désormais en charge toutes les conduites addictives. La lutte contre l'ensemble de ces pathologies fait donc l'objet d'un budget commun : on peut attendre davantage de cohérence dans les politiques menées, et davantage de complémentarité demandée aux acteurs de soins. Dans le même élan, le Centre Hospitalier des Pyrénées envisage à moyen terme d'étendre les missions de son pôle alcoologie à toutes les conduites addictives. La question du praticien chargé des autres conduites addictives n'est pas encore d'actualité : on ne sent pas encore, parmi le corps médical, de personnalité particulièrement intéressée. Malgré tout, en temps utiles, l'établissement pourra profiter de son attractivité auprès des rescapés du numerus clausus pour recruter un praticien intéressé (psychiatres de moins en moins nombreux mais peu de vacance de postes jusqu'à présent).

⁶² Données issues du chapitre "Le coût pour la nation n'est pas perçu" du rapport Reynaud et Parquet, *op. cit.* p. 72-73 [8]

⁶³ Bernard Roques. *op. cit.* [1]

Malgré tout, ces rapprochements ne se feront pas sans difficultés tant au plan national que local. Sur le plan national, on connaît les difficultés ancestrales⁶⁴ des pouvoirs publics à mettre en place et faire respecter des mesures visant à réduire la consommation d'alcool⁶⁵. Aujourd'hui, le lobby des alcooliers veille, qui refuse énergiquement que l'alcool soit assimilé à une drogue. Ainsi, lors de l'extension des missions de la MILDT, une pétition rassemblant 13 000 signatures a été déposée sur le bureau du Premier Ministre⁶⁶. Déjà en 1992, la loi Evin avait soulevé les foules, et de nombreuses mesures supposées efficaces n'ont pas été appliquées⁶⁷. Par ailleurs, les bénéfices de l'alcool sont surmédiatisés⁶⁸ alors qu'ils sont minimes par rapport aux dégâts (nombreux morts surtout chez les jeunes, quelques bénéfices éventuels après 60 ans seulement⁶⁹). La société, confortée par des discours exaltant à mi-mots sa consommation d'alcool, ne semble pas encore prête à prendre à bras le corps le fléau de l'alcoolisme à la mesure de la toxicomanie, et il faudra un courage politique d'envergure pour confirmer le virage engagé.

Au plan local ces rapprochements entre le RABS et le Réseau Toxicomanie rencontreront aussi des obstacles. Il existe bien des similitudes dans les prises en charges, similitudes que connaît bien le CIAT, qui a choisi depuis quinze ans de lutter contre les deux fléaux. Chacun admet aussi que les polytoxicomanies (association de drogues "dures" et/ ou

⁶⁴ Jean Bonnefous. *op. cit.* p. 21-23. [7]

⁶⁵ En effet, selon la loi de Ledermann (1956), la réduction de la consommation globale d'alcool entraînerait la diminution du nombre de buveurs excessifs ; cette relation n'est plus vérifiée aujourd'hui. Voir à ce sujet l'annexe 4 du rapport Reynaud et Parquet, *op. cit.* p. 231. [8]

⁶⁶ Voir la Tribune à ce sujet dans la revue Alcool Assistance, *op. cit.* p. 27-29. [24]

⁶⁷ Prs Reynaud et Parquet. *op. cit.* p. 83-87 [8]

⁶⁸ Jean-Louis Schlienger "Effets bénéfiques et délétères des boissons alcooliques" - La revue du praticien, n° 49, Paris, 1999, p. 367-371 [25]

médicaments, ajoutés à l'alcool) sont en recrudescence, de manière inquiétante. Mais sur le terrain, le rapprochement des prises en charge suscite déjà des inquiétudes. Certaines d'entre elles naissent semble-t-il des particularités attribuées à chaque pathologie addictive (notamment concernant le type de population touchée). Le Dr ROUCHON avoue avoir rencontré de grosses difficultés avec des patients toxicomanes, *"qui ne supportent aucune frustration, aucun délai entre leurs demandes et la réalisation de ces demandes, qui n'ont aucun repère, qui n'en ont jamais eu et qui ne veulent pas en avoir"...* Il est vrai que les toxicomanes sont beaucoup plus souvent et beaucoup plus gravement désinsérés que les personnes dépendantes de l'alcool, les problématiques de soins sont plus complexes (aux dires des professionnels de l'alcool).

L'élargissement du réseau aux conduites addictives pose donc de nombreuses interrogations. La prise en charge de la tabacodépendance devrait rencontrer les mêmes réticences puisque, selon le Dr ROUCHON, *"c'est encore autre chose, d'ailleurs c'est un autre médecin qui s'en occupe au CH ; j'aurais moi-même bien du mal à sevrer des tabagiques, alors que je fume !"* conclut-elle.

Malgré tout, le rapprochement des réseaux et l'élargissement des missions nous semble une opportunité à saisir pour le RABS. Les difficultés techniques liées au partage de l'information⁷⁰ seront complexes (quelle répartition des responsabilités ? quid du secret médical dans un réseau très large et fortement associatif ?...) mais la généralisation de la Carte de Professionnel de Santé donnera des clés de résolution. En tout cas, le réseau doit

⁶⁹ Prs Reynaud et Parquet, *op. cit.* p 60-63 [8]

⁷⁰ Sophie Vuillet-Tavernier, chef de service à la Direction Juridique de la CNIL "Réseaux et dossier médical partagé" Actualité et dossier en santé publique, n°24, septembre 1998, p. 50-51. [26].
Voir aussi Pierre Haehnel et Etienne Dusehu. "Problèmes éthiques et réseaux". Actualité et dossier en santé publique, n°24, septembre 1998, p. 45-46 [27]

selon nous anticiper une telle évolution, avant qu'elle ne soit exigée unilatéralement par les tutelles.

CONCLUSION

Reprenons l'avertissement du rapport des Prs Reynaud et Parquet : *"Il ne s'agit évidemment pas de stigmatiser tel ou tel acteur de soins, mais bien au contraire, de faire percevoir que l'efficacité insuffisante du dispositif de soins n'est que la traduction du peu d'intérêt porté, au plan national, aux problèmes liés à l'alcool. L'insuffisance du dispositif, son inorganisation, son peu d'efficacité sont liés au déni social de la gravité du problème et au peu d'intérêt des décideurs, et non aux carences des praticiens."*

Le traitement de l'alcoolodépendance démarre déjà avec de gros handicaps. Toute initiative se confronte au déni des patients, mais aussi au déni du corps médical et soignant dans son ensemble. Les patients sont rarement et tardivement diagnostiqués, et les outils manquent pour favoriser la prise de conscience, dans un pays très fortement marqué par la culture viti-vinicole. Les soignants confrontés à ces personnes se sentent souvent désarmés, inefficaces : c'est un travail de longue haleine, peu gratifiant au quotidien. En fait, l'alcoolodépendance est bien une maladie, mais ce n'est pas une maladie comme les autres⁷¹.

L'ampleur du problème commence à être reconnue à sa juste valeur, suite à la publication de plusieurs rapports alarmants. Les Pyrénées-Atlantiques ont la chance de compter quelques professionnels spécialisés, qui ont commencé très tôt à vouloir travailler

⁷¹Bernard Hillemand. "L'alcoolisme est-il une maladie ?". Alcoologie, Tome 21-2, 1999, p. 309-315. [28]

ensemble. Le Centre Hospitalier des Pyrénées rejoint aujourd'hui cette initiative, au plus grand profit des patients.

Le RABS a malgré tout du chemin à parcourir s'il veut réellement s'implanter dans la durée. Les participants doivent clairement s'accorder sur les objectifs du réseau, et se recentrer sur le patient, en adoptant des stratégies de complémentarités. Le réseau doit désormais prouver son efficacité, sa pertinence, pour sécuriser ses financements et pour attirer de nouveaux professionnels insuffisamment sensibilisés.

Ainsi rapproché des patients, le Réseau Alcoologie Béarn Soule pourra devenir un support de citoyenneté, en favorisant l'éducation à la santé, l'accès de tous à des soins de qualité, et en donnant du poids à la parole de chacun, dans un dispositif souple, pluriprofessionnel et harmonieux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]ROQUES (Bernard). - *La dangerosité des drogues : Rapport au Secrétariat d'Etat à la Santé*. - Paris : 1999, 316 p.
- [2]CONFERENCE DE CONSENSUS. - "*Objectifs, Indications et Modalités du Sevrage du Patient Alcoolodépendant*". - Société Française d'Alcoologie, ANAES, Paris, Maison de la Chimie : 17 mars 1999, 32 pages.
- [3]AUTEXIER (Jean). - Dossier "*Filières et réseaux : de la difficulté des concepts (1)*". Article "*Un cadre juridique ambigu résultant de plusieurs ordonnances*" - *Entreprise Santé*, n° 23, septembre-octobre 1999, p. 6-17.
- [4]BAUDURET (Jean-François). - "*L'explicitation des concepts de filières et réseaux et leur application au champ social et au champ de la santé mentale*". - Document distribué aux 26^{èmes} journées TNH "Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie", Paris : 8-9 juin 1999, 8 pages.
- [5]HILLEMANT (Bernard). - "*Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool : Aperçus historiques, surtout en France*". - *Alcoologie*, Tome 21-2, 1999, p. 137-151.
- [6]CRAPLET (Michel). - "*Alcoologie : mot français d'origine étrangère*". - *Alcoologie*, tome 21 (HS), 1999, p133-142.
- [7]BONNEFOUS (Jean). - "*Histoire et avenir de la lutte contre l'alcoolisme en France*". - *L'aide-soignante*, n° 1, janvier 1995, p. 21-23.
- [8]REYNAUD, PARQUET - "*Les personnes en difficultés avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions*". Rapport de mission, CFES, novembre 1998.
- [9]MENECHIER (Pascal), SIMONIN (Catherine), MENECHIER-OSSIA (Laure), DEBATTY (Daniel) - "*Ivresses et alcoolopathies à l'hôpital, après 75 ans : Etude rétrospective sur trois ans dans un Centre Hospitalier Général*" - *Alcoologie*, Tome 19(4), 1997, p. 399-405.
- [10]HARDY-BAYLE (M.-C) - "*Le réseau : exposé des motifs*". - *Pluriels, La Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, avril 1999, n°17, p. 5.
- [11]KANNAS (Serge). - "*Le secteur pour quoi faire ?*" *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°15, juin 1996, p. XV.
- [12]HOVER (J.). - "*Les réseaux de soins en psychiatrie aujourd'hui*". - *Pluriels, La Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, n°17, avril 1999, p. 4.
- [13]DAVIDSON (Christine). - "*Apport de la psychiatrie à l'alcoologie. L'exemple de Genève*". - *Alcoologie*, Tome 21 (1 S), 1999, p. 167-172.
- [14]LARCHER (Pierre). - "*Les enseignements des réseaux existants*" *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°24, septembre 1998, p.21-26.

- [15]HUAS (D.), DARNE (B.), RUEFFE (B.), LOMBRAIL (P.), LEBLANC (B.). " *Malades alcooliques' et consultations de médecine générale*", Revue du praticien, n° 81, 1990, p. 45-49.
- [16]MASSE (Gérard). " *La psychiatrie ouverte, Une dynamique nouvelle en santé mentale*" - Rapport au Ministère de la Santé - Rennes : ENSP Editeur, 1992, 329 pages.
- [17]MAS (Dominique). - " *Alcoolisation : des mots qui aggravent le mal*". - Alcool Assistance Action Croix d'Or, n° 120, juin 1999, p. 21-22.
- [18]CHAMPEAU (Daniel). - " *Lettre à mes amis médecins*" - Alcool Assistance Action Croix d'Or, n° 120, juin 1999, p. 11-12.
- [19]BENICHOU (Lionel). - " *La "prise en charge" des malades alcooliques*" - Alcool Assistance Action Croix d'Or, n° 120, juin 1999, p. 12-13.
- [20]PASQUIER D'ARGENTAN (P.). - " *Conseils à mes confrères*" - Alcool Assistance Action Croix d'Or, n° 120, juin 1999, p. 14-16.
- [21]GREMY (François). - " *Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés*". - Actualité et Dossier en Santé Publique, n°24, septembre 1998, p. 26-29.
- [22]MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE. - " *Des réseaux pour la santé mentale : pourquoi des réseaux ?*" - Pluriels n°17, avril 1999. 6 pages.
- [23]SAINT-GUILY (Jean). - " *Prise en charge de l'alcoolisme : le rôle du médecin généraliste*". - Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 24, septembre 1998, p. 53-54.
- [24]Tribune " *Alcool = Drogue : Le casus belli*". - Alcool Assistance Action Croix d'Or, n° 120, juin 1999, p. 27-29.
- [25]SCHLIENGER (Jean-Louis). - " *Effets bénéfiques et délétères des boissons alcooliques*" - La revue du praticien, n° 49, 1999, p.367-371.
- [26]VUILLET-TAVERNIER. " *Réseaux et dossier médical partagé*". - Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 24, septembre 1998, p.50-51.
- [27]HAEHNEL (Pierre) et DUSEHU (Etienne). - " *Problèmes éthiques et réseaux*" - Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 24, septembre 1998, p. 45-46.
- [28]HILLEMAND (Bernard). - " *L'alcoolisme est-il une maladie ?*". - Alcoologie, Tome 21-2, 1999, p. 309-315.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BARBIER (Dominique) CHOMPRET (J.-M.)- "Guide de l'intervention en santé mentale" - Paris : Privat, 1993 - 327 p.

ADES (Jean), LEJOYEUX (Michel) - "Alcoolisme et psychiatrie" - Paris : Masson, 1997 - 271 p.

ARCHAMBAULT (Jean-Claude), CHABAUD (Annie) - "Alcoologie" - Paris : Masson, 1995 -143 p.

RAPPORTS, CONGRES

MASSE (Gérard) - "La psychiatrie ouverte, Une dynamique nouvelle en santé mentale" - Rapport au Ministère de la Santé - Rennes : ENSP Editeur, 1992

REYNAUD et PARQUET (Prs). "Les personnes en difficultés avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions", CFES, novembre 1998.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE - "La Santé en France" - Paris, novembre 1994.

CONFERENCE DE CONSENSUS - Objectifs, Indications et Modalités du Sevrage du Patient Alcoolodépendant - Paris, Maison de la Chimie : Société Française d'Alcoologie, ANAES, 17 mars 1999

"Des réseaux pour la santé mentale : Pourquoi des réseaux ?".- Pluriels, La Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, avril 1999, n°17.

"Qualité des Soins en Alcoologie".- 1^{er} colloque d'alcoologie Lipha-Santé 18 mars 1999, Paris - Résumé des interventions - **Alcoologie**, Tome 21-2, 1999, p. 366-370.

"Alcoologie de Liaison". - 7^{ème} journée nationale française des Unités d'Hospitalisation d'Alcoologie Publiques et Privées 10 décembre 1998 - Résumé des interventions - **Alcoologie**, Tome 21-2, 1999, p. 360-362.

DOSSIERS

"Réseaux de santé et filières de soins" - Actualité et dossier en santé publique n°24, septembre 1998 (revue trimestrielle du Haut Comité de santé publique) p.12-50

"*Le malade, l'alcool, le médecin et le militant*" - Alcool Assistance Action Croix d'Or - Paris juin 1999 p.4-22.

"Alcool = Drogue : Le casus belli" Tribune Alcool Assistance Action Croix d'Or, n° 120, juin 1999, p. 27-29.

ARTICLES, REVUES

ANDERSON (Peter). - "*La politique de l'OMS en alcoologie*". - Alcoologie, Tome 21 (HS), 1999, p. 269-272.

AUTEXIER (Jean). - "Filières de soins, réseaux de santé, ou de la difficulté des concepts" (I). - *Entreprise Santé*, n° 23, 1999, p. 6-17.

BALMES (Jean-Louis), LE BARS (Yves). - "*La place des lits d'alcoologie*". - Alcoologie, Tome 19-3, 1997, p. 209-213.

BAUDURET (Jean-François) "*L'explicitation des concepts de filières et réseaux et leur application au champ social et au champ de la santé mentale*". - document distribué aux 26^{èmes} journées TNH "Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie", Paris : 8-9 juin 1999.

BONNEFOUS (Jean). - "*Histoire et avenir de la lutte contre l'alcoolisme en France*". - *L'aide-soignante*, n° 1, janvier 1995, p. 21-23.

CRAPLET (Michel). - "*Alcoologie : mot français d'origine étrangère*" - Alcoologie, Tome 21 (HS), 1999, p.133-142.

DAVIDSON (Christine). - "*Apport de la psychiatrie à l'alcoologie. L'exemple de Genève*". - Alcoologie, Tome 21 (1 S), 1999, p. 167-172.

DUFREIGNE (Jean-Pierre) - "Boire" (roman), Grasset, Paris, octobre 1996, 207 p.

GILLET (Claudine). - "*Sevrage alcoolique et tabagisme*". - Alcoologie, Tome 21 (2 Suppl.), 1999, p. 127S-132S.

GREMY (François) "*Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés*" *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°24, septembre 1998, p. 26-29

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE : "*Faire face aux problèmes posés par les conduites d'alcoolisation*" - *Actualité et Dossier en Santé Publique* n° 25, décembre 1998, p. 56-57.

HAEHNEL (Pierre) et DUSEHU (Etienne) "*Problèmes éthiques et réseaux*" - *Actualité et Dossier en Santé Publique* n° 24, septembre 1998, p. 45-46.

HILLEMAND (Bernard). - "*Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool*". - Alcoologie, Tome 21-2, 1999, p. 137-151.

HILLEMAND (Bernard). - "*L'alcoolisme est-il une maladie ?*". - Alcoologie, Tome 21-2, 1999, p. 309-315.

KANNAS (Serge). - "*Le secteur pour quoi faire ?*" *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°15, juin 1996, p. XV.

KIRITZE-TOPOR (Paul), PAREJA (Jean-Pascal). - "*Répondre à une demande de sevrage alcoolique. Les sevrages itératifs*". - Alcoologie, Tome 21 (2 Suppl.), 1999, p. 56S-60S.

LARCHER (Pierre) "*Les enseignements des réseaux existants*" in Dossier "Réseaux de santé et filières de soins" Actualité et Dossier en Santé Publique, n°24, septembre 1998, p.21-26

MASSE(Gérard) BOURDIER (Gérard). - "*Les Secteurs*" - Actualité et Dossier en Santé Publique n°15 - Paris : juin 1996 - p. XVI-XVIII.

MENECIER (Pascal), SIMONIN (Catherine), MENEICIER-OSSIA (Laure), DEBATTY (Daniel) - "*Ivresses et alcoolopathies à l'hôpital, après 75 ans - Etude rétrospective sur trois ans dans un Centre Hospitalier Général*" - Alcoolologie, Tome 19(4), 1997, p.399-405.

PALOMINO (Emmanuel). - "*Les modalités non conventionnelles du sevrage alcoolique*". - Alcoolologie, Tome 21 (2 Suppl.), 1999, p. 108S-113S.

SCHLIENGER (Jean-Louis). - "*Effets bénéfiques et délétères des boissons alcooliques*". - La Revue du Praticien, Tome 49-4, 1999, p. 367-372.

TILIKETE (Samir). - "*Indications et contre-indications du sevrage alcoolique*". - Alcoolologie, Tome 21 (2 Suppl.), 1999, p. 70S-79S.

VUILLET-TAVERNIER "*Réseaux et dossier médical partagé*". - Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 24, septembre 1998, p.50-51.

Liste des personnes interrogées

Milieu médical

Dr Cottanceau - Médecin Psychiatre - Centre Hospitalier des Pyrénées Secteur 2

Dr Rouchon - Médecin Alcoologue - Centre Hauterive, Centre Hospitalier de Pau

Dr Lairez - Médecin Psychiatre - Clinique Alcoologique du Château de Préville - Orthez

Dr Rolland - Médecin Psychiatre - Centre d'Alcoologie - Centre Hospitalier de Lannemezan

Dr Py - Médecin Généraliste - Animatrice du Réseau SIDA (futur réseau SIDA-Toxicomanies)

Milieu soignant et para-médical

Mme Dumont - Cadre Infirmier - Centre Hospitalier des Pyrénées Secteur 2

Mme San Quirce - Psychologue - Unité de Postcure en Alcoologie - Clinique Maylis - Narrosse

Mme Moreau - Infirmière - Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires - Maison d'Arrêt - Pau

Milieu associatif

Mme Cazalet - Centre d'Intervention en Alcoologie et Toxicomanie - Pau

Association Alcooliques Anonymes - Pau

Tutelle

M. Balajeas - Inspecteur Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

M. Larcher - Médecin - Direction Générale de la Santé

Equipes de direction

M. Le Loir - Directeur des Affaires Générales et du Plan - Centre Hospitalier des Pyrénées

M. Pinos - Directeurs du Service de Soins Infirmiers - Centre Hospitalier des Pyrénées

M. Foursans - Infirmier Général - Centre Hospitalier des Pyrénées

M. Noyer - Directeur - Clinique Psychiatrique Maylis - Narrosse (Landes)

M. Lemarcis - Directeur - Clinique Beau Site - Gan

Mme Noëlle - Directrice Clinique du Château de Préville - Orthez

Personnes malades :

Odette, Madeleine, Robert et Jean-Paul.

SOMMAIRE DES ANNEXES

1. Vocabulaire - Quelques données épidémiologiques
2. Entretiens avec des personnes malades : Odette, Jean-Paul, Robert, Madeleine
3. Questionnaire envoyé aux médecins - Compte rendu de l'enquête
4. Présentation du Centre Hospitalier des Pyrénées
5. Quelques débats autour de l'alcool en CME

ANNEXE 1

Vocabulaire et données épidémiologiques

Définitions : Photocopie de la p. 366 de La revue du praticien n° 49, 1999.

Données épidémiologiques :

- Fiches récapitulatives de l'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine, 58 rue de Marseille, 33000 BORDEAUX (tél : 05.56.44.45.79)

=> "L'alcool et ses conséquences sur la santé en Aquitaine" (fiche 8-1) 1993-1994

=> "Mortalité due à certaines maladies liées à une consommation excessive d'alcool dans les Pyrénées Atlantiques - 1994 - 1996"

- voir aussi Données issues du Rapport Reynaud et Parquet, *op. cit.*

ANNEXE 2

Entretiens avec des personnes malades :
Odette, Jean-Paul, Robert, Madeleine

ENTRETIEN ODETTE

28 juillet 1999

Odette est entrée dans la maladie il y a 8 ans. Depuis 5 ans, elle est abstinente de l'alcool.

Odette explique son entrée dans l'alcool par les charges trop lourdes qu'elle a eu à supporter à un moment donné. Très dévouée, elle s'est occupée de sa mère toute sa vie, ancienne enfant de l'Assistance Publique, qui a élevé seule ses quatre enfants, et qu'Odette tenait à « protéger ». Odette n'a eu ni mari ni enfants. Sa mère a commencé à vieillir, à devenir de plus en plus lourde à supporter (problèmes de santé), les relations dans la famille sont devenues très compliquées. En même temps, Odette était très investie dans son travail (aide puéricultrice dans un foyer), côtoyait beaucoup la souffrance et prenait tout « sur ses épaules ». « On m'a dit que je m'étais peut-être un peu trop oubliée ».

C'est la médecine du travail ainsi que son médecin généraliste qui lui ont conseillé de se soigner. Ainsi, Odette se présente en hospitalisation libre au Secteur N en mai 1993. Elle est hospitalisée au pavillon Les Arbres pendant trois mois.

« Il ne s'est rien passé. J'étais comme en vacances, je me levais le matin, prenais le petit déjeuner, puis je m'asseyais sur une chaise toute la journée, et je faisais du canevass.

Il n'y avait rien au niveau des soins, je prenais juste un AOTAL[®] chaque jour.

Les infirmiers n'étaient pas formés au problème de l'alcool, ils évitaient même d'en parler, je n'avais aucun contact avec eux. Ils ne se rendent pas compte, j'ai même entendu un infirmier dire à un patient à table : « Encore toi ? Tu es revenu ? Tu es alcoolique et tu le resteras ! » Pour les piqûres ils sont bons, mais pour le reste...

J'ai eu l'impression d'être un numéro, les infirmiers ne disaient même pas bonjour le matin, et on était plusieurs malades à penser ça. Le mélange des malades ne me dérangeait pas, de toute façon, j'étais tellement mal... Partout il y avait de la souffrance, et la souffrance, je la connais par mon métier.

Un mois après ma sortie j'ai rechuté, encore pire qu'avant.

En novembre, je suis arrivée en coma aux urgences de l'Hôpital Général. On m'a hospitalisée à la demande d'un tiers dans un pavillon fermé du secteur N, Les Fleurs. J'y suis restée 18 mois, et je m'en suis sortie. Je n'ai jamais retouché une goutte d'alcool depuis. J'avais trois référents : un infirmier, une infirmière, et une infirmière à l'ergothérapie. Je ne les voyais pas forcément plus, mais je savais que je pouvais compter sur eux. Ils m'ont beaucoup aidée, j'ai senti beaucoup de chaleur humaine, je me suis sentie en sécurité ; si j'avais un problème, je savais que je pouvais aller voir mes référents. J'ai eu la chance de tomber sur une référente intéressée par l'alcoologie elle m'a dit qu'elle voulait se spécialiser là dedans.

Tous les jours, j'allais à l'ergothérapie, et j'ai senti que j'étais très soutenue. J'ai fait toutes les activités possibles ; ça me sortait de mon pavillon, heureusement que j'avais ça, je n'aurais pas pu rester enfermée pendant dix-huit mois derrière des barreaux ; j'allais à mon travail tous les jours. D'ailleurs, si on voulait travailler, on travaillait, si on ne voulait pas on ne nous forçait pas. Si on voulait parler c'était pareil. On les sentait à l'écoute, prêts à nous aider. Il y avait de la considération. Ca m'arrive parfois d'aller y faire un tour aujourd'hui, car je m'en suis fait des amis. C'est presque comme ma famille.

C'est pareil pour Geneviève [*Mme CAZALET du CIAT*]. C'est l'assistante sociale qui me l'a fait connaître. Elle venait me voir de temps en temps et participait aux synthèses qui avaient lieu tous les trois mois. On me transmettait le compte rendu. Les deux dernières synthèses, comme j'étais bien, j'ai pu y assister. Geneviève m'a beaucoup aidée, dans ma vie quotidienne, et surtout pour franchir le pas par rapport à ma famille. L'équipe a découvert que ma famille devait y être pour beaucoup dans mes problèmes d'alcool, et Geneviève m'a aidée à me protéger en m'en éloignant. C'est vraiment pas facile quand on a vécu toute sa vie d'une certaine manière de tout remettre en question.

J'ai eu le temps d'analyser beaucoup de choses pendant ces dix-huit mois. J'ai aussi découvert ma belle soeur, avec qui j'ai toujours été très proche. Son fils est mon filleul, je l'ai gardé toutes les vacances pendant plusieurs années. Cette belle-soeur est infirmière au Centre Hospitalier des Pyrénées, elle travaillait à l'époque dans le pavillon voisin du mien. Elle n'est jamais venue me dire bonjour pendant ces 18 mois ; je sais qu'on ne doit pas soigner un membre de sa famille, mais elle aurait pu ouvrir le portail et venir m'embrasser... Elle est très dure, je l'aime bien mais je la trouve peu humaine, parfois je l'entendais crier contre des patients du pavillon d'à côté. Elle n'est pas faite pour soigner. Depuis que je suis sortie de l'Hôpital, je ne la vois plus. Tout ça m'a fait très mal.

Au cours des deux hospitalisations, mon médecin a été le même, le Dr Z.... Lors de mon premier séjour, je ne le voyais jamais, il n'écoutait que ma famille. Ma soeur et mon beau-frère venaient tous les jours, le médecin était content, il parlait avec eux. Moi, j'étais la malade. Le médecin est entré dans leur jeu, le tout était de leur enlever un poids : moi. Lors de la deuxième hospitalisation, il a laissé faire l'équipe, et il s'est laissé dire que ma famille était peut-être aussi à l'origine de mes problèmes.

Là, j'ai découvert que ma famille se servait de mon argent ; je ne suis pas folle, j'ai toujours été lucide pour gérer mon argent, à la maison c'est moi qui m'en occupais ; quand j'ai découvert ce qui se passait, j'en ai parlé à Geneviève qui m'a poussé à en parler au Docteur, et à lui montrer les preuves. Là, il a commencé à m'écouter. Il m'a soutenu, m'a donné toutes les permissions nécessaires pour me rendre à la police.

De toute manière, pendant les 18 mois de ma deuxième hospitalisation, je n'ai quasiment jamais vu ma famille. Ma mère est venue me voir deux fois seulement. Elle vivait grâce à sa pension de 2 000 f. par mois à laquelle elle n'avait jamais touché puisque c'est moi qui assumait tout financièrement. Elle était indépendante dans sa vie courante, malgré son âge. Ce qu'il y a, c'est qu'elle était devenue presque sourde. Je l'avais fait opérer pour améliorer son état, mais ça avait été très mal pris dans la famille, ils croyaient que je voulais la faire souffrir, ils me reprochaient de ne pas avoir réuni le Conseil de Famille. Moi je l'assumais à 100%, je ne vois pas pourquoi je l'aurai demandé.

Toujours est-il que, un mois avant ma sortie, ma mère s'est fait renverser sur un passage clouté. Elle est décédée quelques heures après. Il y a eu les obsèques, Geneviève m'y a emmenée, et puis le procès, je n'ai pas voulu y aller. Je ne voulais pas recevoir d'argent par le décès de ma mère. Geneviève m'a fait comprendre que c'était les assurances, que c'était fait pour ça, que je n'étais pas obligée d'utiliser cet argent, mais qu'il ne fallait pas le refuser. J'ai fini par accepter, et depuis je ne m'en suis jamais servie.

Peut-être que le médecin m'a laissée sortir un peu tôt, car cet événement a tout bouleversé. Mais j'ai été suivi par le CIAT, et par le CMP pendant 2 ans, toujours avec ma référente.

Au cours de ma deuxième hospitalisation, j'ai connu la Croix Bleue. Ils venaient me chercher à l'Hôpital tous les samedis après-midi. Ça me sortait, c'est d'ailleurs pour ça que j'y allais. J'ai continué à m'y rendre une fois sortie de l'hôpital ; comme j'avais passé 9 mois d'abstinence, j'étais devenue Membre Actif, chargée d'aider les autres. C'est bien mais c'est tellement compliqué. En plus je n'aime pas prendre la parole, alors je ne disais jamais rien aux réunions. Ça a commencé à être de plus en plus lourd à supporter, tous les samedis de 14 à 17 heures, de me rendre là-bas, de boire un café et de ne parler que de l'alcool, l'alcool, l'alcool. Ça n'arrêtait pas. Moi, je voulais m'en sortir, faire une croix dessus, et ils étaient toujours là pour me remettre dans ce problème. Je reculais plus que je n'avais. J'étais très en colère en rentrant, j'avais l'impression que je ne pourrais jamais sortir de ça, toute ma vie serait marquée par l'alcool. Dès le dimanche, je commençais à appréhender la prochaine réunion du samedi. Là où Geneviève et ma référente du CMP m'aidaient à aller de l'avant, à régler mes problèmes quotidiens, l'association me faisait repenser à tout ça et ça me démoralisait. Je faisais comme un blocage, et à la fin, c'était comme si je boudais aux réunions. J'ai fait une dépression, et j'ai décidé de démissionner. Maintenant, je ne veux plus entendre parler des associations d'Anciens Buveurs. J'aiderais volontiers, à la hauteur de mes moyens, une personne de mon entourage qui aurait ce problème, mais pas dans un groupe, à n'avoir que le mot « Alcool à la bouche. Moi je n'ai plus envie d'alcool, je n'ai plus besoin de boire.

Pendant 6 mois après ma sortie, j'ai été en congé maladie ; c'était atroce, je l'ai dit au médecin mais il ne me comprenait pas : il m'avait rendu ma liberté mais je ne pouvais pas en profiter à cause des horaires très contraignants de la Sécu. Je ne pouvais rien faire, j'étais obligée de rester dans mon appartement la plupart du temps, même s'il m'est arrivé de sortir dehors le soir, juste pour marcher car je ne supportais plus de rester enfermée chez moi. En plus, le regard de la société est très lourd à supporter. Une voisine m'a lancé un jour que j'allais de toute manière tous les ans à SAINT-LUC faire une cure. On est vraiment marqué, et pour une femme c'est pire. J'ai vraiment été harcelée par mon entourage, mais maintenant je leur montre à tous que je suis capable de m'en sortir. Les gens ne comprennent pas. Ils ont une image de l'Hôpital qui correspond à l'asile d'avant. Ils ne comprennent pas la souffrance, ils croient qu'il n'y a que des fous. Mais maintenant, on traite tout à l'hôpital psychiatrique !

Ensuite, j'ai été mise en retraite pour invalidité, et ça a été beaucoup mieux. J'ai pu m'investir dans des associations. Je suis aux Paralysés de France et j'interviens aussi avec une autre association, en service de pédiatrie à l'Hôpital Général, pour faire des animations auprès des enfants. J'aime beaucoup ça, c'est mon domaine.

Le problème, c'est que les médecins généralistes n'osent pas aborder le problème. Une fois, je lui ai dit à mon médecin : "dans votre salle d'attente, il y a un tas de prospectus sur les maladies, mais rien sur la prévention de l'alcoolisme". Il m'a fait des yeux ronds comme ça.

Il le sait mon médecin que j'ai eu ce problème, mais il ne m'en parle jamais. Même pas pour me demander si j'ai été tentée ou me rappeler les risques d'une réalcoolisation, me soutenir, etc. Rien. Il évite le problème.

ENTRETIEN JEAN PAUL

2 Août 1999

Jean-Paul a 39 ans. Il est hospitalisé dans le service du Dr ROUCHON à l'Hôpital Général de PAU, après injonction familiale semble-t-il. Il termine sa première semaine de "cure".

« C'est ma quatrième cure. La première, c'était il y a une dizaine d'années à Carcassonne dans un service d'alcoologie. Ça a duré 6 mois. On avait des perfusions et des cachets. Je suis resté abstiné pendant un an. Vous savez, comme beaucoup, j'ai appris à boire à l'Armée.

La deuxième cure, c'était vers juin-juillet (je sais pas pourquoi, c'est toujours à cette période-là que ça m'arrive), ça a duré 1 mois. C'était pareil. On voyait les anciens alcooliques, le médecin. J'ai rapidement rechuté, au bout d'un mois peut-être.

La troisième cure, c'était l'an dernier, à Saint-Luc. J'étais hospitalisé au pavillon *M* pendant trois semaines en hospitalisation libre. J'avais des cachets, vous savez EQUANIL[®], tout ça. Le médecin, c'était le Dr *W.*, je l'ai pas vu beaucoup, deux fois environ. On était assis toute la journée, on fumait, y'avait pas grand chose à faire. C'était surtout le repos.

Là, je suis dans le service du Dr Rouchon. C'est mieux. C'est ma meilleure cure. Ici, on s'occupe vraiment de vous. Il y a l'échographie, les prises de sang... C'est mon médecin généraliste qui m'a conseillé de venir. Baah, j'espère que c'est la dernière cure, vous savez, je touche du bois.

Je sors dans 15 jours. Je pense que je vais déménager, on en a parlé avec ma copine, parce que j'habite dans le triangle, vous savez le quartier où il y a tous les bistrots. Il faut que je m'en éloigne et ça ira mieux.

Pendant le travail, je ne buvais pas, c'était juste le soir. C'est vrai, le matin aussi je buvais, mais pas pendant la journée.

J'ai vu la Croix d'Or l'autre fois dans le service, cette après-midi, il y a les Alcooliques Anonymes. Mais ça ne me tente vraiment pas. Le CIAT ? Je ne connais pas.

J'ai deux enfants, ils vivent avec mon ex-femme. Si j'ai divorcé, c'est pas à cause de l'alcool, c'est que j'avais tendance à aller voir les filles.

Ma fille aînée qui a 18 ans, elle s'inquiète un peu, mais je lui dis de ne pas s'inquiéter.

Le regard de la société, je ne sens rien de particulier, on ne me gêne pas.»

ENTRETIEN ROBERT

2 Août 1999

Robert a 48 ans. Il est hospitalisé dans le service du Dr ROUCHON à l'Hôpital Général de PAU, sur recommandation d'un praticien de l'établissement. Il entame sa dernière semaine de "cure".

« Avant je buvais comme les autres. Il y a un an, j'ai commencé à boire plus, parce que mes soucis ont pris le dessus. J'avais beaucoup de dettes. Je suis agriculteur. Je fais du maïs et des légumes du jardin. Avant c'était un métier très bon, maintenant c'est devenu très difficile. On travaille pour rien. Moi, je veux être un bon Français, vous comprenez. Les étrangers ils ont tous les pouvoirs aujourd'hui, je m'en rendais bien compte quand j'allais livrer à *l'Ousse des Bois*, y'en a pas un qui travaille, et ils ont tout, vous n'êtes pas d'accord avec moi ? Moi, je veux être un bon Français.

C'est la première fois que je me fais hospitaliser. Comme je me sentais pas bien, je suis allé voir un docteur à l'Hôpital, qui m'a dit que j'étais malade, que c'était pas un déshonneur, mais qu'il fallait me faire soigner. Ca m'embêtait parce qu'il y a du travail à la maison, je vis avec mon frère, il est agriculteur comme moi ; je lui ai téléphoné, il m'a dit, si il faut le faire, fais le, alors je suis arrivé ici. Vous savez je ne suis pas marié, j'ai des neveux c'est tout. Ils sont très gentils. J'ai perdu mon père et ma mère. Je vis avec mon frère seulement, il faut faire le travail dehors, mais aussi le travail que fait le femme d'habitude dans la maison. On dit souvent qu'elles font rien les femmes, mais moi je sais que c'est beaucoup de travail, et c'est ingrat, il y a le linge, le manger,... Alors on se débrouille.

Heureusement j'ai des voisins formidables, qui font tout pour arranger, et j'ai réussi à avoir une assistante sociale, qui viendra m'aider pour les factures, tout ça. Je lui fais confiance, elle m'a dit plusieurs fois "T'en fais pas, Robert, on va s'en sortir". De toute manière, c'est à moi de gérer mes problèmes, il faut simplement que je me mette dans le tête de ne plus boire, c'est une question de volonté, et en fait, je ne pense pas que ce soit si difficile. De toute manière, j'ai supprimé l'alcool à la maison, et quand je rentrerais, il y aura l'assistante sociale qui sera là pour m'aider. Je vais même essayer d'avoir une petite pension. J'ai réglé mes problèmes, alors je pense que je ne retoucherai plus à l'alcool, enfin, je touche du bois.

Mon médecin, c'est le Dr Peyre, vous savez, à Assat. Il est très gentil. Il sait que je suis comme ça, il n'hésite pas à m'en parler.

Il y a La Croix d'Or qui est venu nous parler l'autre fois. Bon, il y a beaucoup de choses qui disent qui sont vraies, je me dis ils étaient un peu comme moi. Mais je crois pas que j'irai les voir après ma sortie.

Ici on est bien. Le Dr Mouchon, Bouchon (?), je sais plus bien son nom, elle est très très gentille. Les infirmières aussi sont sympas, et puis on se connaît avec les autres personnes

hospitalisées. On discute ensemble. Avec mon voisin, Jean-Paul, on n'arrête pas de blaguer, on fait les canaillous, on rigole beaucoup. Dès le matin, au réveil, il me sort une blague et on se met à plaisanter. Et puis on mange bien. Tout est très bien. J'essaie de rendre service, là, je vais aller acheter le journal, alors j'ai demandé aux autres si ils avaient besoin de quelque chose. J'ai demandé aux infirmières aussi si elles voulaient quelque chose, elles sont très gentilles, il faut rendre service.

Vous savez, l'alcool c'est pas compliqué. C'est une question de volonté. C'est comme les excès de vitesse, il faut se mettre dans la tête que si y a le panneau 40, vous savez 40 à l'heure dans le village, eh ben faut pas aller à 60. C'est tout. C'est simple. C'est exactement comme sur la route, vous êtes pas d'accord avec moi ? »

ENTRETIEN MADELEINE

10 Août 1999

Madeleine sort de sa consultation avec le Dr Cottenceau au Centre Médico-Psychologique. Elle accepte de nous parler, mais les mots viennent difficilement. Tout au long de l'entretien, elle sourit d'un air entendu, elle laisse rarement transparaître la souffrance ; elle semble étonnée que son parcours intéresse quelqu'un. Madeleine est âgée d'une cinquantaine d'années.

« Mes problèmes d'alcool sont assez anciens. Une bonne quinzaine d'année, par intermittences. Je n'en ai jamais parlé à mon médecin. Vous savez, les médecins, ça les dérange. Les consultations durent un quart d'heure, le médecin il n'a pas le temps, c'est du « *Bonjour, tenez voilà les médicaments, au revoir* », comment voulez-vous aborder ce sujet dans ces conditions ? Moi, je vois le Dr P. [n° 3 dans notre enquête] depuis que je suis arrivée à Pau en 1981, enfin, j'y vais pas souvent, j'y vais que quand je suis malade ; hé bien depuis tout ce temps il ne s'en est jamais rendu compte. Quand je lui ai dit que j'allais en cure, il avait l'air étonné. Il ne m'en a pas reparlé depuis.

Moi, mes problèmes avec l'alcool, ils viennent de mes échecs successifs. J'ai souvent l'impression d'avoir tout raté. J'ai eu des soucis avec ma fille, elle est grande maintenant, elle fait un CMPpro aujourd'hui ; c'est pas trop mal, mais on espère toujours mieux pour ses enfants...

Mon mari il boit aussi. On a fini par ne plus sortir, parce qu'il ne sait plus se tenir. Moi, je voudrais bien l'aider, mais il pense qu'il n'a pas de problème. Il ne se rend pas compte. Il voulait pas que j'aie travailler.

La médecine du travail n'a jamais rien détecté chez moi. Personne ne sait. Un de mes patrons s'en est rendu compte. En 1985 j'ai été très mal, j'avais 5 de tension. Tout le monde était surpris car on ne me voyait pas fatiguée. Dès le samedi soir j'étais de retour au boulot.

Plusieurs fois, je me suis arrêtée toute seule. Mais maintenant je n'y arrive plus.

Je suis venue en février au CMP, c'est ma fille qui s'est renseignée et qui m'a accompagnée. On m'a proposé un sevrage, mais ça ne me disait rien. Alors, je suis venue régulièrement au CMP, et en juin j'ai accepté de faire une cure. On avait préparé la cure avec le Dr Cottenceau, et ça s'est bien passé.

J'ai été hospitalisée trois semaines aux Chênes en juin. C'est comme un cocon. On oublie ses problèmes. C'est comme une maison de repos, moi, j'avais mes bouquins, ma radio, je me suis reposée. C'est bien, sauf les barquettes sous vide au moment du repas...

Ca m'a permis de couper les ponts. J'avais besoin de vacances. Depuis, je viens régulièrement au CMP.

Les associations d'anciens buveurs, je sais que ça existe, mais ça ne me dit rien ; les Alcooliques Anonymes ils sont venus nous voir dans le service. Le CIAT, je ne sais pas ce que c'est, on ne m'en a jamais parlé.

Les gens n'ont pas conscience du problème. Le mari de ma meilleure amie a aussi des problèmes d'alcool. Ces personnes n'ont plus la notion de dosage, ils ne se sentent pas concernés par les campagnes d'information. C'est un état d'être.

Je suis bien maintenant. Pourquoi, j'ai pas l'air ? »

ANNEXE 3

Questionnaire envoyé aux médecins généralistes
Compte rendu de l'enquête

Clara De BORT

Pau le -----

Centre Hospitalier des Pyrénées
29 avenue du Maréchal Leclerc
64039 PAU CEDEX

Dr. -----
(adresse)

tél : 05.59.80.90.83
fax : 05.59.80.95.02

Docteur,

Achevant ma formation d'Elève-Directeur d'Hôpital au Centre Hospitalier des Pyrénées, je prépare actuellement mon mémoire portant sur la Prise en Charge de l'Alcoolodépendance en Béarn et Soule. Je m'intéresse tout particulièrement au Réseau d'Alcoologie Béarn Soule (RABS) et à ce titre, je vous serais très reconnaissante de répondre aux quelques questions suivantes avant le **15 août 1999**. Vous trouverez ci-joint une enveloppe affranchie pour le retour du questionnaire. MERCI

1. Combien de patients estimez-vous voir chaque semaine pour un problème lié à la consommation excessive d'alcool ?
2. Connaissez-vous le Réseau Alcoologie Béarn Soule ?
3. Si oui, l'utilisez-vous pour vos patients ?
4. Si non, à qui envoyez-vous vos patients qui ont un problème avec l'alcool ?
5. Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir concernant le dispositif actuel de prise en charge de ces patients ?

(Vous pouvez rajouter des commentaires au dos de la feuille).

ENQUETE MEDECINS GENERALISTES : EXPOSE DES REPONSES

L'enquête a été réalisée sur trois semaines environ, par télécopie si le cabinet médical possède un fax ou par courrier avec envoi d'une enveloppe affranchie pour les autres. Plus de la moitié des cabinets de Pau d'Orthez et d'Oloron ont été enquêtés. Pour les autres communes de Béarn et Soule, un ou deux cabinets ont été tirés au sort dans les principales communes, d'après la liste fournie par l'annuaire téléphonique.

69 cabinets ont été concernés ; le taux de réponse s'établit à 61%. La période estivale peut expliquer une partie des non réponses. Tous les envois sont retranscrits ci-après.

Quand le nombre de patients vus par semaine était donné par quinzaine ou par mois, nous avons retranscrits les réponses en équivalent par semaine (0,25 ou 0,5 par ex.)

Tous les soulignements, les astérisques, les symboles ou les mises en majuscule ont été retranscrits.

	M G	Ville	Nbr de patients ?	Connaissance du RABS ?	Utilisation RABS?	Sinon, à qui adresse ?	Souhaits, Commentaires...
1.	M	Pau	5	non	/	Dr Rouchon	Informations sur ce réseau ?
2.	P	Pau					
3.	P	Pau	5	non	/	Dr Rouchon, Ψy, CMP	/
4.	R	Pau	rarement	non	/	je cherche une solution avec eux	(je ne peux pas vous être d'un grand secours, je fais surtout de la sexologie)
5.	S O S méd.	Pau	30	non	/	90% des patients sont vus dans le cadre de conduite en état d'ivresse. Les autres sont dirigés vers le CHP, si volonté de désintoxication réelle.	Le problème n'est pas celui de la prise en charge, mais celui de la prévention, et le jour une réelle prévention sera réalisée, il n'y aura plus besoin de prise en charge. PREVENTION = EDUCATION
6.	C	Pau					
7.	C	Pau	1 maximum	non	/	Dr Rouchon	Le patient avoue très rarement. La plupart du temps, on l'apprend par hasard, c'est la famille qui nous en parle. Depuis que Mme Rouchon est là, c'est nettement mieux. Jusque là, il y avait une clinique psy à droite, une clinique psy à gauche, mais c'était pas bon. C'est très difficile. C'est tellement lié au patient... On croit les convaincre et il n'en est rien. Il y en a qui vont voir le Dr Rouchon mais qui n'y retournent pas. J'ai vu tellement d'échecs : même si elle est efficace, il y a tellement de rechutes... Peut-être faudrait-il davantage de spécialistes de la question, un service plus structuré, une offre de soins plus diversifiée. Il faudrait une équipe plus importante, là on a l'impression qu'il n'y a pas d'équipe. Si on veut un diabétologue, on sait qui appeler, là on ne sait pas. Il faudrait qu'on sache mieux qui fait quoi.
8.	D	Pau					
9.	D	Pau					

10.	D	Pau					
11.	D	Pau	1 à 2	non car récemment installé et non sensibilisé	/	* Service d'alcoologie : Hauterive. Dr Rouchon * CHS	* Information auprès des médecins de la part de ce réseau. * Organisation de réunion sur leurs activités, qui contient-il, quels moyens sont déployés ? Qui est l'interlocuteur principal ? Le réseau est-il organisé pour les situations d'urgence ?
12.	D	Pau	2 consommateurs. 4à5 conjoints, enfants	oui	oui	/	<u>Amélioration perso</u> : + de formation médicale (prise en charge ou pas des sevrages ambulatoires) + de formation psychologique : spécificité de la relation avec le patient et son entourage <u>Meilleure coordination</u> entre intervenants, par rapport au patient et par rapport à demande importante de soutien de son entourage.
13.	D	Pau	2, mais qui ne viennent pas forcément pour ça.	j'en ai entendu parlé.	non	Dr Rouchon	La prise en charge, ça va. Le pb avec les alcooliques et les toxicomanes, c'est qu'ils nous filent entre les doigts. Tant qu'ils ne sont pas motivés, on a rien pour les soigner. Moi j'aimerais qu'ils se fassent désintoxiquer avant d'avoir des gros ennuis de santé, mais ils ne se rendent pas compte. Quand ils sont vraiment décidés à se désintoxiquer, ils vont voir Mme Rouchon, ça ne fait pas de problème, mais parfois ils rechutent, et ils n'osent plus aller la voir. J'ai une patiente en ce moment, elle n'est pas du tout motivée, on ne sait plus quoi faire. Je ne vais quand même pas l'hospitaliser de force.
14.	M	Pau	un à deux	oui	non	Je m'en occupe, ou si très difficile, au service spécialisé du CH de Pau	Des informations plus fournies sur les organismes non-médicaux pouvant aider nos patients.
15.	M	Pau					
16.	O	Pau					
17.	P	Pau	aucun en ce moment	oui	oui	/	Je fais de l'osthéopathie, donc je ne suis pas concernée par le problème. En plus, je vois très peu de patients dans la journée. Je connais le RABS car je connais Dominique Rouchon. J'ai des anciens patients qui s'en sont sortis grâce au RABS. Je n'en entends que du bien.

18.	B	Pau	1	non	/	Château Préville si besoin	Accompagnement post-cure.
19.	B	Pau	0,5	non	/	Association CIAT Dr Rouchon (CHG)	Suivi <u>à domicile</u> des patients alcooolodépendants Mise en place de cafés sans alcool Intervention <u>efficace</u> des structures (tel que le RABS ?) pour éviter que ne se développe une prévention hypocrite (cf. les quelques dizaines de débits de boisson du <i>Triangle</i> , à proximité immédiate des lycées).
20.	B	Pau	rare consult. : population d'origine maghrébin e essentielle mt	non	/	Dr Rouchon, Centre Hauterive à PAU (CHG)	Rendez-vous plus rapide quand le patient est décidé.
21.	P	Pau	< 1	non	/	CH PAU (service Dr Rouchon)	Une meilleure connaissance de tous les réseaux d'alcoologie sur PAU.
22.	R	Pau	0,5	non	/	CH Pau - Dr Rouchon	/
23.	R	Pau	moins de 1	oui	non	Psychiatre.	/
24.	V	Pau	≈ 2 ou 3	oui	rare- ment	ψ de ville ou CHP	Amélioration de l'échange entre ψ et généralistes. Comme tout autre spécialiste...
25.	V	Pau					
26.	V	Pau	0	oui	/	/	/
27.	Z	Pau	0,25	non	/	Dr Rouchon	/
28.	B	Mouren x	1	non	/	Si désir de sevrage, je tente en ambulatoire Sinon, CHP, CH Orthez ou CHG Pau (Dr Rouchon)	Je souhaiterais être tenue au courant de l'évolution des cures de sevrage, puis du suivi post-cure, par l'équipe du CHP en particulier. Je souhaiterais aussi être écoutée quand je signale des problèmes à l'équipe soignante, en particulier problèmes familiaux ou sociaux, afin d'éviter des retours à domicile dans des conditions difficiles.
29.	B	Nay	1 à 2 ou 1<	non	/	Dr Rouchon	Manque de connaissances.
30.	R	Nay					
31.	A	Lons					
32.	M	Lons					
33.	Q	Lons					
34.	A	Morlaas					
35.	C	Oloron Ste	1	non	/	Dr Coquard, CH Oloron	Le dispositif de soins doit se faire connaître et être disponible.

		Marie					La maladie alcoolique est peu connue du public, pour ne pas dire des médecins, ce qui arrange pas mal de monde à commencer par l'Etat.
36.	H	Oloron Ste Marie	0,75	oui	non	Soit je les traite moi-même, soit je les adresse au CHS ou au Chât. Préville (Orthez)	Service d'accueil ouvert avec psychothérapeute et dynamique de groupe.
37.	F	Oloron Ste Marie	0,25 à 0,5	non	/	CH Oloron	/
38.	L	Oloron Ste Marie	2 à 3	non	/	à mes confrères psychiatres	Un suivi plus régulier en post-cure.
39.	B	Oloron Ste Marie					
40.	D	Oloron Ste Marie	actuellement 2	non	/	- soit cs. psychiatre - soit hospitalisation Dr Pialoux - soit je les gère moi-même	Un point d'accueil avec aide psychologique et écoute. Emulation de groupe.
41.	C	Orthez	≈ 10	oui	oui	contact alcoolologie Hôpital d'Orthez - Dr Rouchon, - Dr Pialoux	Problème difficile que l'alcoolodépendance. Mais le problème est de motiver les malades et non de trouver les relais spécialisés.
42.	M	Orthez	6 ou 7	entendu parler mais je sais pas ce que c'est	non	Mme Rouchon qui vient en consultation au CHG d'Orthez le jeudi matin	Je ne sais pas puisque ce n'est pas moi qui m'en occupe. Ca fait 12 ans que j'exerce ici et en douze années je n'ai vu que des échecs, sauf une femme qui avait été soignée à Bayonne. Ca ne m'intéresse plus, je me suis beaucoup investi au début, j'ai consacré beaucoup de temps et il n'y a que des échecs, c'est comme avec les toxicomanes, ce n'est pas gratifiant pour le médecin. Alors je botte en touche et je dis à mes patients d'aller voir le Dr Rouchon. Est-ce qu'ils le font ? Je ne sais pas. En tout cas, je n'ai jamais eu aucun retour.
43.	Q	Orthez					
44.	R	Orthez	4	oui	oui	/	/
45.	P	Sault de Navailles	1	non	/	psychiatres de ville ou CHS	Connaissance du réseau.
46.	E	Saint-Palais					
47.	B	Jurançon					

48.	C	Jurançon	3	non	/	Alcooliques Anonymes	Services hospitaliers spécifiques hors CHS (type St Luc)
49.	B	Garlin	1	non	/	Dr Rouchon	Plus de prise en charge en milieu fermé en début de traitement.
50.	C	Billère					
51.	C	Gan	< 1	non	/	CHS	/
52.	D	Gan					
53.	F	Arudy					
54.	B	Arudy	≈ 10*	non	/	Clinique Château de Préville à Orthez, Hôpital des Pyrénées	* La question est bien <u>voir</u> , et non pas <u>prendre en charge</u> . La demande de prise en charge est très très faible, elle peut être parfois l'aboutissement d'une pression médico-familiale très longue.
55.	D	Soumoulou	2	non	/	Psychiatre Consult. spécialisées CH de Pau	Meilleure connaissance du dispositif.
56.	S	Salies de Béarn					
57.	C	Arthez de Béarn					
58.	W	Artix					
59.	L	Ascain	1 à 3	non	/	Drs. Lairez - Pialoux (Clinique Préville)	?
60.	P	Asson	2 à 3	non	/	Psychiatre	Très désabusé quant à la prise en charge du patient alcoolique.
61.	C	Bizanos					
62.	G	Pontacq					
63.	P	Sauveterre de Béarn	< 1	non	/	Clinique Préville Orthez	/
64.	P	Gurmençon	0,25 à 0,5	non	/	Château Orthez CHS Pau	Possibilité de prise en charge en externe <u>Gros problème</u> : accepter d'être pris en charge ? Malade peu motivé ? Nécessité de motiver. La motivation serait plus facile au départ en externe.
65.	B	Bedous					
66.	T	Gelos	10 à 15	oui	assez souvt.	Je participe à leur PEC avec ensuite hospitalisation et post-cure.	Un suivi très serré à très <u>longue échéance</u> ; les rechutes sont souvent <u>tardives</u> !!
67.	B	Gelos	4	vaguement	non	Hôpital Dr Rouchon	Plus de médiatisation grand public.

68.	C	Mauléon Soule					
69.	D	Lembeye	5 à 10	un peu	non	- Rouchon CHG - CHP qqs fois - Je les garde et travaille avec les AA et la Croix d'Or (ou Bleue)	- Rapidité de la prise en charge. Il faut souvent saisir l'opportunité. - Accueil + proche de Lembeye - Accueil + disponible.

Le CENTRE HOSPITALIER DES PYRENEES

Historique de l'Etablissement

Jusqu'en 1955 : La période asilaire

A Pau, au XVIII^e siècle, quelques aliénés sont enfermés dans les caves du Château de Pau, en compagnie de prostituées, de vénériens et de vagabonds.

Le 9 mai 1771, la ville de Pau achète un immeuble placé près de la place Bosquet : ainsi se crée la Maison de force de Pau .

Au début du XIX^e siècle, l'ancienne caserne Bosquet, aujourd'hui démolie pour faire place à la Bibliothèque municipale, est reconvertie en « asile d'aliénés ».

En 1834, les chaînes sont bannies de la Maison de santé de Pau grâce au Docteur Cazenave, déjà reconnu pour ses efforts dans l'amélioration des conditions de vie des malades depuis 1818, par sa participation à la Commission charitable de surveillance du dépôt de santé.

La loi du 30 juin 1838 fait obligation pour chaque département de se doter d'un établissement spécialisé. La maison de santé devient l'asile public.

En 1849, le travail est officiellement institué à l'asile. Dans cet établissement du cours Bosquet, on s'efforce de renouveler les pratiques vers une véritable thérapeutique. L'intérêt pour le travail en plein air est reconnu pour certains malades. Aussi, la location d'une ferme distante de 2,5 km, sur la route de Tarbes, est le point de départ d'une implantation définitive grâce à l'acquisition des terres environnantes jusqu'à constituer un domaine de 55 Ha. Le 2 novembre 1860, s'installe donc à Pau, la colonie agricole, produisant des céréales, certains légumes et pratiquant l'élevage.

L'asile Saint-Luc, projeté dès 1862, est construit en 1868 par l'architecte Lévy, sur les indications du Docteur Auzouy. (Le projet de cette construction est primé à l'Exposition d'architecture de Liverpool).

Calculé à l'origine pour accueillir les indigents (la loi de 1838 créant l'obligation au département d'en payer le prix de journée), l'asile accueille bientôt d'autres classes sociales.

Par conséquent, dès 1883, sont créées des villas particulières, nommées maisons de santé, pour les pensionnaires hors-classe, plus fortunés.

En 1898, un pensionnaire hors-classe paie 8,50 Frs par jour alors qu'un indigent paie 0,85 Frs par jour.

S'inspirant du système anglais du « No-restraint » et de « L'Open-door », l'asile Saint-Luc tente deux expériences : Dès 1895, l'asile se trouve donc en pleine campagne, la ville de Pau ne dépassant pas à l'époque la rue Henri Faisans, les hommes peuvent circuler à bicyclette dans un rayon de 15 à 20 km autour de l'établissement.

A partir de 1896, l'emploi de la camisole de force est supprimé.

Avec le XIX^e siècle, une nouvelle vision de la folie s'est donc développée, elle est devenue maladie mentale.

La période de guerre 1940/1945 est sombre pour l'asile Saint-Luc comme partout en France. Les historiens s'accordent sur la disparition de 60.000 malades mentaux en France pendant cette période. La sur-occupation due aux malades évacués des hôpitaux du Nord et la famine sévissent. Le manque d'entretien aggrave la vétusté, le délabrement jusqu'en 1955. Il faut noter toutefois un changement radical dans le traitement des malades mentaux avec l'utilisation des substances chimiques psychotropes en vigueur à partir de 1950.

De 1955 à 1970 - Une première mutation : l'Hôpital Psychiatrique

Après la guerre, de part la volonté du Ministère, le changement d'appellation transforme l'asile en hôpital ; il n'est donc plus considéré seulement comme un lieu d'accueil mais comme un lieu de soins. A Pau, rien ne change vraiment jusqu'en 1955, époque à laquelle la Tutelle impose un directeur non médecin avec mission de rattraper le retard.

De 1955 à 1968, l'évolution est marquée par le remaniement des structures médicales, administratives, matérielles, financières et de personnel, avec la création :

- de postes de médecins (de 1 à 6)
- de l'internat (de 2 à 12)
- du service social (de 0 à 10)
- de centre de formation pour soignants
- de 260 postes de soignants supplémentaires
- de trois pavillons de conception moderne
- d'un pavillon de pédopsychiatrie
- d'ateliers d'ergothérapie
- d'un réseau de chauffage central et d'eau chaude
- de structures communautaires gérées par une Association d'Entraide en faveur de malades avec la restructuration de pavillons anciens, la suppression des murs dans le parc, la restructuration des services généraux et de l'administration.

La circulaire du 15 mars 1960 prescrit une nouvelle politique d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie. Elle n'est cependant appliquée nulle part en France avant 1970.

En 1968, la psychiatrie est officiellement reconnue comme une branche spécialisée des études médicales.

1970 - Une seconde mutation : la sectorisation

A partir de 1970, l'hôpital devient un véritable lieu de soins. Le texte de 1960 est appliqué, ainsi le secteur est une aire géographique déterminée en fonction de sa population, de ses liaisons comme les axes de circulation. L'hôpital psychiatrique de Pau ne peut desservir correctement l'ouest du département ; le Centre hospitalier de Bayonne commence donc à s'occuper de psychiatrie. Le 2 février 1973, le Département passe convention avec le CHS de Pau. Le règlement départemental définit huit secteurs de psychiatrie générale adulte, trois axés sur Bayonne, cinq axés sur Pau, ainsi que trois intersecteurs de psychiatrie infantile-juvénile, un axé sur Bayonne, deux axés sur Pau.

Entre temps, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, met fin à la différenciation juridique et administrative des divers hôpitaux. Ainsi, le 19 novembre 1976, l'hôpital psychiatrique est nommé Centre Hospitalier Spécialisé.

Equipements et méthodes du CHS de Pau : Le domaine du CHS comprend une trentaine de pavillons, des équipements nécessaires à la thérapeutique (cafétéria, boutique, piscine, salons de coiffure et d'esthéticienne, fronton, terrain de sport, ateliers de réadaptation, etc...). Cinq pavillons, dont l'hôtellerie, sont construits sur la base de petits groupes autonomes (six malades au maximum). Cette innovation résulte de l'expérience faite chez les enfants où un pavillon, "Le Village", est conçu pour de petits groupes. Certains pavillons anciens sont démolis.

Les activités extra-muros deviennent prioritaires. Ainsi, des consultations en dispensaire sont implantées dans 18 agglomérations, des adultes et des enfants bénéficient de visites à domicile, et de soins divers, les hospitalisations de jour pour enfants à Pau nécessitent des transports bi-journaliers dans les régions de Pau, Oloron et leurs environs.

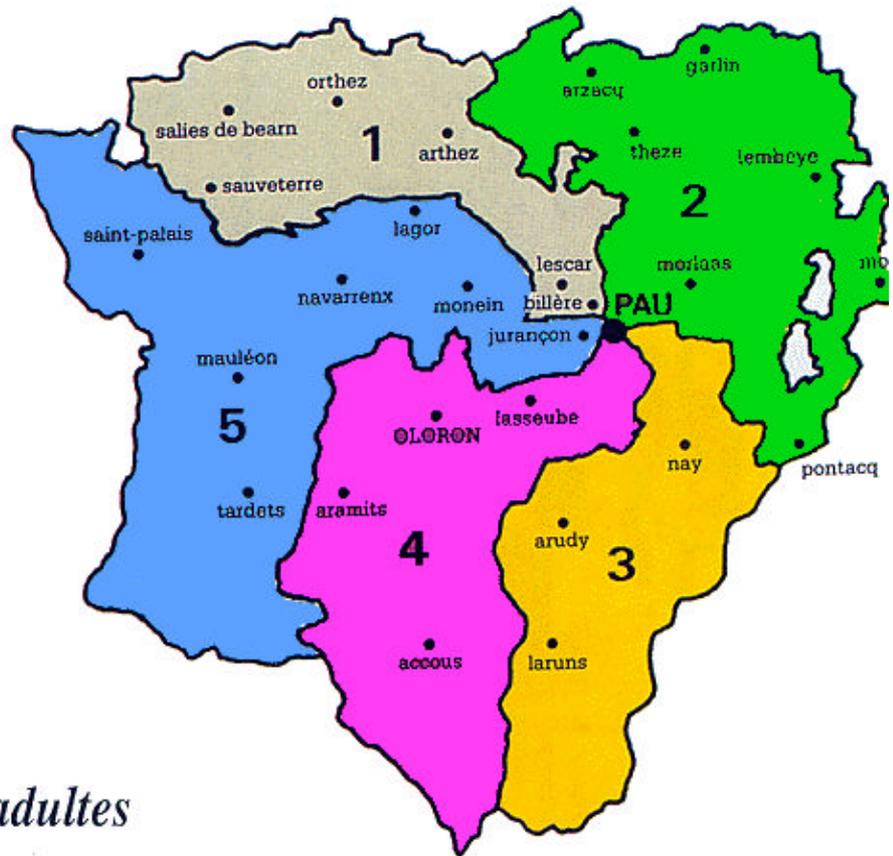
Le Centre Hospitalier Spécialisé de Pau est donc un établissement public autonome d'hospitalisation spécialisée dans la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. Il reçoit des adultes et des enfants qui sont admis dans les différents services en fonction de leur domicile. La zone géographique couverte par le CHS comprend le Béarn et la partie du Pays Basque incluant les cantons de Saint-Palais, Tardets, Mauléon, tandis que la partie la plus occidentale du département dépend du Centre Hospitalier de Bayonne. L'action du CHS se déploie sur un double terrain : à l'intérieur de l'établissement et de ses structures annexes, et, à l'extérieur, dans le cadre de la sectorisation.

En 1995, le Centre Hospitalier Spécialisé change d'appellation et devient le Centre Hospitalier des Pyrénées.

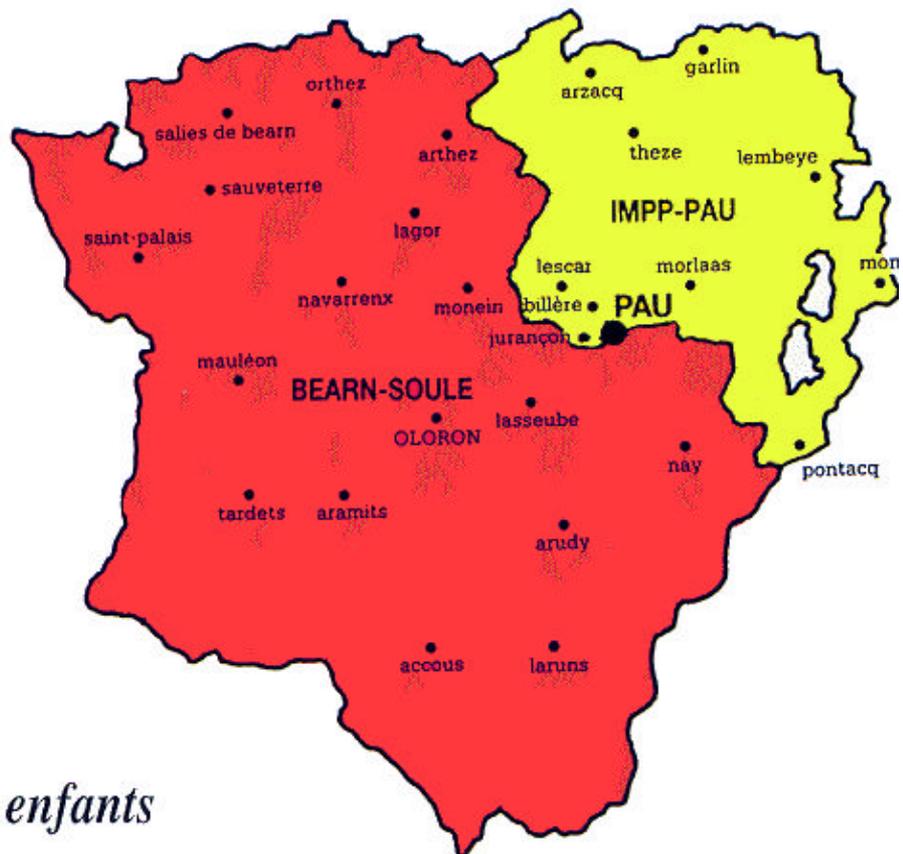
BIBLIOGRAPHIE

- LEFEVRE A.- La folie et son traitement à Pau, au XIX^e siècle (Asile Saint-Luc de Pau)-T.E.R. sous la dir. de M.P. Hourmat-Université de Pau et des Pays de l'Adour, 1981.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI.- Guide de planification en santé mentale - BO N°88/6 bis.
- FOLLET G.- De l'asile à la pratique de secteur psychiatrique

Zone géographique desservie



5 secteurs adultes



2 secteurs enfants

Le Centre Hospitalier des Pyrénées aujourd'hui

Au début des années 1980, le Centre Hospitalier Spécialisé "Saint Luc" hébergeait plus de mille patients. Aujourd'hui, le Centre Hospitalier des Pyrénées compte officiellement 402 lits et 318 places, dont 11 lits d'Hospitalisation Complète et 84 places d'Hospitalisation Partielle pour les enfants.

Il existe 14 Centres Médico-Psychologiques répartis sur les 5 secteurs de psychiatrie adulte, et 10 CMP sur les 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Le Centre Hospitalier des Pyrénées compte aussi 8 hôpitaux de jours à l'extérieur de l'établissement, dont 2 pour les enfants. Les secteurs adulte comptent enfin 10 centres de consultations (consultations hebdomadaires dans les mairies des zones rurales notamment) et 4 pour les enfants.

En 1998, l'effectif du personnel est de 1029 personnes (993,5 équivalents temps-plein) dont 38 praticiens hospitaliers. Le budget de fonctionnement s'élève à 311 millions de francs.

L'Hôpital évolue profondément depuis plusieurs années : augmentation de la "clientèle", baisse des durées de séjour, croissance des alternatives à l'hospitalisation et des soins ambulatoires. Le rapport du Département d'Information Médicale de 1998 (psychiatrie adulte) montre bien cette tendance.

En 1998 en effet, le nombre de malades ayant été vus au moins une fois par un soignant s'élève à 6 876, en augmentation de 11 % par rapport à l'année précédente (évolution constante depuis l'existence du Département d'Information Médicale en 1990). 42 % de ces patients étaient de nouveaux malades.

Le nombre de personnes hospitalisées a augmenté de 9 % (passant de 2 023 à 2 214), mais le nombre de journées d'hospitalisation complète a baissé de 5 % (passant de 121 087 à 115 973), traduisant une baisse conséquente de la durée moyenne de séjour.

Le nombre de personnes prises en charge à temps partiel a augmenté de 36 % en 1998. L'hospitalisation de jour classique diminue (- 2 % en nombre de journées, - 14 % en nombre de patients) au profit notamment des activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

Les soins ambulatoires ont aussi augmenté (+ 8% du nombre d'actes et de patients), grâce à la croissance de l'activité en Centre Médico-Psychologique (+ 7 % d'actes, 18 % de patients) et grâce à l'augmentation des soins à domicile (+ 10 % de visites, + 18 % de patients). Par contre les soins ambulatoires en institution, maisons de retraite notamment, ont diminué de 15 % (- 13% de patients). Les soins en unité somatique ont aussi connu un fléchissement : - 4 % d'actes et de malades.

Le Centre Hospitalier des Pyrénées accompagne l'évolution de la psychiatrie, qui limite désormais au maximum les hospitalisations complètes, et qui, lorsqu'elles sont nécessaires,

réduit leur durée. L'activité de sectorisation connaît un essor très important depuis quelques années, modifiant la structure des charges, obligeant à repenser les fonctionnements.

L'élaboration du Plan Directeur tente aujourd'hui de "mettre à plat" ces organisations, de manière à rationaliser l'offre de soins sur le territoire, et ainsi dégager des marges de manoeuvre pour mieux répondre aux objectifs de santé publique et améliorer le confort des unités en intra-hospitalier : augmenter la proportion de lits "cliniques ouverts", réorganiser l'hospitalisation dite "fermée", et amener ces unités aux normes hôtelières modernes.

C'est ainsi qu'un processus de regroupement d'unités (poussé par le coût exorbitant de mise aux normes incendie de bâtiments datant du XIXème siècle) et d'intersectorialisation de certaines prises en charge (urgences; polyhandicaps, psychogériatrie, adolescents) s'est amorcée depuis le début des années 1990.

Depuis 1998, des études sont menées pour de nouveaux projets, tels que :

- la Fédération Réadaptation Réinsertion (avec une mise en commun des hôpitaux de jours et des ergothérapies en interne, ainsi que l'Hôpital de Nuit et le CMP intersectoriels à Pau),
- l'alcoolisme et la toxicomanie,
- l'unité pour malades agités et perturbateurs
- la poursuite des regroupements intersectoriels pour les personnes âgées et pour les polyhandicapés ; en effet les projets intersectoriels évoqués plus haut n'ont pas à l'époque englobé tous les secteurs hospitaliers.

Ces projets seront menés dans les années à venir en même temps que la restructuration de l'hospitalisation complète et l'amélioration du confort de celle-ci. Chacun des 5 secteurs "adultes" disposera en interne d'une unité ouverte de 15 à 20 lits et contrôlera une unité intersectorielle de prise en charge spécifique.

En extra-hospitalier on tentera de faire face à la croissance des coûts structurels (locations multiples) en regroupant, quand cela est possible, plusieurs types de prises en charges (ex : adultes et enfants dans le même CMP, transformation d'hôpitaux de jours en CATTP, ...).

La politique de secteur n'est donc pas remise en cause, car elle favorise l'accessibilité aux soins (dans des zones où il n'y a pas de psychiatrie libérale) et le suivi des patients. Mais il convient d'harmoniser les moyens des secteurs, et de rééquilibrer ceux-ci en fonction des évolutions démographiques de chacun d'entre eux. La ville de Pau, par exemple, est beaucoup plus peuplée qu'en 1970, lors du découpage du département en zones de 70 000 habitants environ. Certains quartiers défavorisés nécessitent par ailleurs un effort accru de la part du secteur public hospitalier.

Ce sont toutes ces évolutions qu'ils convient d'accompagner, dans un contexte de plus en plus contraignant financièrement. Pour créer l'hôpital de demain, souple, ouvert, adapté, de qualité, et bon marché, il va falloir faire preuve d'intelligence !

ANNEXE 5

Quelques débats autour de l'alcool en CME

Quelques débats autour de l'alcool en CME

7 mai 1993 : débats relatifs au projet de CHAA

Madame PERRIN fait d'abord observer à propos de ce service d'alcoologie que le département des Pyrénées Atlantiques est quasiment le seul à ne pas avoir de Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie en dépit des demandes successives et du dépôt des dossiers correspondants et que en outre devant la modicité des moyens (40 000 Frs du département pour les structures spécialisées et 80 000 Frs du ministère) il convient de gérer au mieux cette pauvreté.

Les demandes très nombreuses de travailleurs sociaux confrontés aux problèmes de l'alcool incitent à essayer de mettre en place un embryon de Centre d'Hygiène Alimentaire commun aux Hôpitaux du Béarn où pourraient être données des consultations avec le concours d'un médecin généraliste pour tous les problèmes somatiques liés à l'alcoolisme et d'un médecin psychiatre, un financement complémentaire étant demandé sur l'enveloppe régionale au titre de la prévention. Le problème du médecin généraliste est pratiquement réglé puisque le Dr ROUCHON du Centre Hospitalier Général pourrait consacrer la moitié de son temps à cette structure. Il serait extrêmement regrettable que le Centre Hospitalier Spécialisé ne soit pas impliqué dans cette initiative qui devrait aboutir à la création d'un Centre d'Hygiène Alimentaire interhospitalier dans lequel le Centre Hospitalier Spécialisé trouverait sa place pour la partie psychiatrique. Madame PERRIN souhaite que Mademoiselle LAFITTE puisse être l'interlocuteur du Centre Hospitalier Spécialisé, désigné par la Commission Médicale d'Etablissement, dans les discussions concernant la mise en place de cette structure.

Monsieur LE BORGNE confirme que la DRASS encourage une telle démarche qui s'inscrit dans le cadre de la prévention.

Monsieur GODART fait observer que la désignation de Mademoiselle LAFITTE comme interlocuteur est une bonne chose mais qu'il est évident que l'Etablissement ne peut s'engager à aller plus loin s'il n'y a pas, dans le même temps, attribution de temps médicaux correspondants.

29 septembre 1993 : débats relatifs au projet de prise en charge interhospitalière des alcooliques

Monsieur LE BORGNE rappelle qu'une réunion s'est tenue le 11 juin 1993 suite aux départs à la retraite des Drs BENICHOU et LAGARDE au sujet de la création d'une structure de prise en charge interhospitalière des alcooliques (...). Le projet prévoit la création d'un mini Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) avec un centre ressources à Orthez et deux pôles d'intervention aux Centres Hospitaliers Généraux de Pau et d'Oloron. L'intervention de Madame LAFITTE est prévue à Orthez, une demi-journée par semaine. La création d'un poste de Praticien Hospitalier a été envisagée par la transformation éventuelle du poste d'Assistant occupé au CHG de Pau par Mme ROUCHON, poste qui pourrait être rattaché au Centre Ressource d'Orthez. (...)

Monsieur DELLA fait observer que le projet lui paraît en retrait par rapport à ce qui avait été évoqué : un ½ jour par semaine avec l'intervention de Madame LAFITTE au lieu d'un demi-poste de psychiatre créé au CHS.

Monsieur LE BORGNE souligne que toute la partie post-cure de l'alcoolique ne figure pas dans le projet et qu'en fait chaque secteur intervient déjà dans ce domaine. La participation du CHS dans ce qui relève des problèmes de l'alcoologie est donc importante.

La CME souhaite que l'Etablissement puisse récupérer un temps médical équivalent à celui prévu pour Madame LAFITTE au Centre Ressources d'Orthez et évalué actuellement à une demi-journée par semaine.

21 janvier 1994 : débats relatifs à la mise en place d'un réseau d'alcoologie

Monsieur LE BORGNE indique qu'initialement prévu à Orthez avec deux pôles d'intervention à Pau et Oloron, le Centre-Ressource serait désormais fixé au Centre Hospitalier de Pau sous la responsabilité du Dr ROUCHON (les deux pôles d'intervention étant situés aux CHG d'Oloron et d'Orthez).

Le Dr ROUCHON propose un projet de Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie ambulatoire sur le Béarn (Pau-Oloron-Orthez) avec une demande d'intervention du CHS au niveau d'Oloron et d'Orthez. La participation prévue du CHS est donc assez limitée : Madame LAFITTE à Orthez, Monsieur METGE à Oloron.

20 juillet 1994 : débats relatifs au Projet d'Etablissement

Monsieur PELISSIER rappelle que ce projet (centre de postcure pour alcooliques) a été évoqué lors de l'étude du Projet Médical mais ne fait pas l'objet d'un thème transversal spécifique.

Monsieur LE BORGNE précise que cette structure a déjà été inscrite dans le Schéma Départemental d'Organisation à l'initiative de Monsieur METGE qui souhaite continuer l'étude du dossier. (...)

Monsieur MAUPOME craint que la multiplication de tels centres n'aille à l'encontre de la politique de secteur appliquée depuis 1960.

23 février 1996 : débats relatifs au SROSS psychiatrie

(exposé des priorités affichées de la DDASS, dont les alcooliques et les plus démunis)

Monsieur DURAND pense qu'il y a une réflexion très importante à mener sur la philosophie de l'action hospitalière car on gère la "faillite sociale".

En résumé, Monsieur GODART constate que la question est de ne pas mélanger l'action sanitaire et l'action sociale.

Pour Monsieur le Dr. MARTINET, il est dangereux d'employer le terme de "priorité". Il pense que l'ensemble des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux est une priorité.(...)

Monsieur ALVADO indique qu'il rejoint le point de vue du Dr MARTINET mais il se sent mal à l'aise en tant que représentant de la santé publique lorsqu'il entend dire en CME qu'il faut séparer le médical du social. Il n'adhère pas.(...) On peut s'étonner, dans le bon sens du terme, de l'absence du Centre Hospitalier des Pyrénées par rapport au réseau mis en place dans la zone du Béarn. Le souhait qui sera inscrit dans l'annexe est que le Centre Hospitalier des Pyrénées prenne sa place par rapport au réseau.

Monsieur METGE pense que s'il fallait faire une évaluation de la population alcoolodépendante, le Centre Hospitalier des Pyrénées serait le premier à s'en occuper. Il note que sur la file active d'Oloron, 80% des personnes ont un problème d'alcool.

Monsieur DELLA fait remarquer que tous les alcooliques du service du Dr. ROUCHON du CHG sont suivis par les psychiatres du SAAU.

Monsieur LE BORGNE indique qu'il est fait mention du CHAA pour lequel le CHP a renoncé car les moyens alloués par la tutelle étaient très faibles.

Madame ROUSSET pense que les alcooliques et les toxicomanes et les adolescents sont des personnes peu réceptives à être de "bons malades". Ces patients ne rentreront jamais dans le cadre proposé par le CHP.

Monsieur DURAND tient à souligner que les PH ne sont pas dans une distinction du social et du médical. Par contre, ces populations ont été traitées d'une certaine manière dans le cadre du social. Il y a des besoins de médicalisation de prise en charge de ces patients et les PH n'auront pas les moyens de couvrir toutes les structures.

17 mars 1996 : débats relatifs au Projet Médical

Monsieur MAUPOME n'est pas d'accord pour mettre ce point (prise en charge des patients alcooliques) dans les priorités, car il pense que chaque secteur s'occupe déjà de ses alcooliques.

Madame ROUSSET indique que le CHG a ouvert un Centre de Sevrage et que cela ferait double emploi.

Monsieur PELISSIER indique qu'il a participé au travail de ce groupe. Il préconise des moyens nouveaux car cela ne diminuera pas le travail actuellement effectué par les secteurs. Le but est de proposer autre chose et de renforcer le potentiel de l'Hôpital.

Monsieur DELLA voudrait faire remarquer que le CHP intervient dans la structure pour alcooliques mise en place au CHG (8 lits d'alcoologie). Il y a une liste d'attente pour ces 8 lits. Les gens sont satisfaits d'avoir différentes propositions de prise en charge. Si on crée une nouvelle forme, cela n'enlèvera pas le travail au secteur mais donnera une autre possibilité, donc une nouvelle chance.

Monsieur JOUHET pense que les travaux réalisés sur l'alcoolisme ne sont pas très encourageants. On peut multiplier les structures, cela ne donne pas les résultats correspondants. Par contre, le secteur a l'avantage d'avoir un suivi et doit proposer des prises en charges diversifiées.

Monsieur LE BORGNE indique qu'il y a toujours eu conflit entre les différents centres d'alcoolisme sur la région pour un demi-poste d'assistant. La création d'un centre d'alcoologie pourrait amener la création d'un temps médical, ce qui n'est pas à négliger.

Monsieur DELLA rappelle qu'il y a aussi à Orthez 8 lits en neurologie qui sont consacrés uniquement à l'alcoologie. La demande est tellement forte en clinique au niveau du département qu'ils sont obligés de refuser des personnes. Il y a un réel problème, et on peut peut-être y répondre par de nouvelles propositions.

Monsieur GODART indique que dans l'ordre des priorités, on va retenir aujourd'hui les projets importants, puis donner un avis sur les autres (ex : l'alcoologie) sous réserve que cela se fasse avec des moyens nouveaux.

Monsieur MAUPOME demande à Monsieur DELLA si cette augmentation au niveau du département auprès de la Clinique d'Orthez ne vient pas d'une mauvaise réponse donnée par le CHP actuellement.

Monsieur GODART conclut en définitive à une prise en charge des patients alcooliques à condition que ce soit accompagné de moyens nouveaux (création d'un poste de Praticien Hospitalier).