



EHESP

Elèves directeurs d'hôpital

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**La mise en place d'une filière
d'alcoologie : comment optimiser la
prise en charge des personnes
alcooliques ?**

L'exemple du Centre Hospitalier des Quatre Villes

**Pierre de
MONTALEMBERT d'ESSE**

Remerciements

Je tiens à adresser ma reconnaissance à plusieurs personnes :

- A tous les intervenants en alcoologie du Centre Hospitalier des Quatre villes, dans les structures sanitaires comme médico-sociales, et en particulier aux docteurs ANASTASSIOU, CRAPLET et SOKOLOV, ainsi qu'à Corinne BOISVILLIERS, cadre de santé de ce service, et à Michèle KNECHT-BERTOZZI, coordinatrice du Réseau d'accueil familial thérapeutique pour malades alcooliques (RAFTA). J'ai eu la chance d'avoir de nombreuses discussions avec ces personnes et toutes m'ont beaucoup apporté et beaucoup appris ;
- Aux directeurs du Centre Hospitalier des Quatre Villes : Hélène CAILLE-DRANCOURT, directrice de la Qualité et du Patrimoine, Olivier EMBS, directeur des Services économiques, Guillaume GIRARD, directeur des Ressources humaines, Annie LELIEVRE, directrice du pôle Hébergement – personnes âgées, Hervé PAULY, directeur des Soins, et, plus particulièrement, à Claudie GRESLON, directrice chargée des Affaires financières et des systèmes d'information, et ma directrice de stage, et à Elisabeth PACREAU, directrice de l'établissement. Ces personnes m'ont fait l'honneur d'avoir confiance en moi et de me faire travailler sur ce domaine passionnant qu'est l'alcoologie ; elles se sont toujours montrées très disponibles envers moi et prêtes à répondre à mes nombreuses questions, à m'aider et à me conseiller ;
- Les équipes des Affaires financières, des Ressources humaines et de la Qualité et du Patrimoine, que j'ai souvent sollicitées et qui m'ont été d'un secours précieux.

Enfin, et surtout, merci à Isabelle, à qui je dédie ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 L'alcoolisme, maladie répandue, touchant toutes les couches de la population française, a tardé à être pris en charge	5
1.1 « La perte de la liberté de s'abstenir d'alcool » : les conséquences psychosomatiques de l'alcoolisme.....	5
1.1.1 « L'alcool n'est pas innocent »	5
1.1.2 Alcoolisme et dépendance : la reconnaissance d'une maladie	9
1.1.3 La consommation d'alcool en France	10
1.2 De l'Etat hygiéniste et moralisateur à l'Etat stratège ?	12
1.2.1 Les ambiguïtés de la politique de lutte contre l'alcoolisme	12
1.2.2 L'alcoolisme, enjeu de santé publique	14
1.2.3 Les grandes orientations de la lutte contre l'alcoolisme	16
1.3 La prise en charge en France et en Ile-de-France	18
1.3.1 L'hétérogénéité des structures et des financements	18
1.3.2 L'organisation sanitaire et médico-sociale	19
1.3.3 La situation en Ile-de-France	21
2 L'objectif du CH4V : assurer une prise en charge globale du patient alcoolique	24
2.1 La prise en charge sanitaire	24
2.1.1 Le service de médecine alcoologie – addictologie au sein du CH4V	24
2.1.2 De « l'avenance de la parole » aux soins	26
2.1.3 L'importance du suivi <i>ex post</i>	28
2.2 La prise en charge médico-sociale : CCAA, RAFTA, CSAPA.....	29
2.2.1 L'amont : les CCAA.....	29
2.2.2 L'aval : le RAFTA.....	31
2.2.3 L'évolution réglementaire vers des CSAPA	32
2.3 La conduite du dossier d'autorisation de CSAPA	33
2.3.1 Deux projets différents et deux visions différentes de la prise en charge des patients alcooliques	33
2.3.2 Le dossier d'autorisation	34
2.3.3 Une difficulté particulière : l'intégration d'une structure associative.....	35

3	Assurer la continuité des soins à l'hôpital	37
3.1	Modalités de prise en charge des structures environnantes.....	37
3.1.1	Le secteur privé non lucratif : l'Institut Paul Sivadon	37
3.1.2	Un soin de suite associatif : le Centre Gilbert Raby	38
3.1.3	L'hôpital de jour : le centre hospitalier Paul-Brousse	40
3.2	La continuité des soins au CH4V	42
3.2.1	Diversifier les modes de prise en charge : créer un hôpital de jour.....	42
3.2.2	Assurer le suivi immédiat en post-cure : un service de soins de suite et de réadaptation	43
3.2.3	Calcul de faisabilité financière	44
3.3	Assurer l'avenir	46
3.3.1	De nouveaux locaux pour renforcer la cohérence et la qualité de la prise en charge.....	46
3.3.2	... Qui se heurtent à l'opposition d'une partie de l'équipe médicale.....	47
3.3.3	Développer les partenariats : vers un réseau de soins en addictologie	48
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

- ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
- CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie
- CH4V : Centre hospitalier des quatre villes (Chaville, Saint-Cloud, Sèvres, Ville-d'Avray)
- CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision
- CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- CSP : Catégorie socioprofessionnelle
- CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
- ELSA : Equipe de liaison hospitalière en addictologie
- ETP : Equivalent temps plein
- FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'intervention sanitaire
- GHM : Groupe homogène de malades
- GHS : Groupe homogène de séjours
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MILDT : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
- OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
- PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
- PRS : Programme régional de santé
- PRSP : Plan régional de santé publique
- PSPH : (Etablissement) Participant au service public hospitalier
- RAFTA : Réseau d'accueil familial thérapeutique pour malades alcooliques
- SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
- SSR : Soins de suite et de réadaptation
- T2A : Tarification à l'activité
- UE : Union européenne
- URSA : Unité pour la recherche et les soins en alcoologie
- VADS : Voies aérodigestives supérieures : bouche, œsophage, pharynx, larynx

Introduction

« La cellule était matelassée du haut en bas ; par terre, il y avait deux paillassons, l'un sur l'autre; et, dans un coin, s'allongeaient un matelas et un traversin, pas davantage. Là dedans, Coupeau dansait et gueulait. Un vrai chienlit de la Courtille, avec sa blouse en lambeaux et ses membres qui battaient l'air; mais un chienlit pas drôle, oh ! non, un chienlit dont le chahut effrayant vous faisait dresser tout le poil du corps. Il était déguisé en un-qui-va-mourir¹. »

La description par Zola de la fin de Coupeau, dans *l'Assommoir*, est célèbre et sert encore aujourd'hui d'image d'Epinal pour décrire les méfaits de l'alcoolisme. Elle renvoie pourtant à une situation qui n'existe plus guère, parce que le traitement l'alcoolisme, s'il reste mal développé, a permis de faire de grands progrès dans la prise en charge des patients alcooliques, ne serait-ce qu'en prévenant les crises de *delirium tremens* que Zola s'attachait à décrire. Des structures spécialisées assurant des traitements de qualité existent désormais et le législateur intervient pour assurer une prise en charge de l'alcoolisme, à présent inclus dans la catégorie générique des addictions.

Le nom commun « alcool » a été créé au début du XVI^e siècle, par Paracelse, à partir de l'arabe *al koh'*, terme d'abord utilisé en Occident par le latin pharmaceutique pour désigner une substance pulvérisée² ; Paracelse l'utilise quant à lui pour désigner la quintessence de l'esprit du vin, ou encore « ce qui est très subtil » ; Ambroise Paré désigne par ce terme un « médicament pulvérisé » : avant d'être une source potentielle de pathologies psychiques et somatiques, l'alcool a servi à désigner des médicaments. « Alcoolisme³ », pour sa part, est de facture plus récente : ce néologisme est dû au Suédois Magnus Huss, dans son ouvrage *Alcoholismus chronicus, eller chronisk Alcoholssjukdom*, publié en 1848.

Le terme d' « addiction », quant à lui, a pu faire l'objet de débats et se voir reprocher d'être un simple anglicisme, qu'il vaudrait mieux remplacer par « assuétude ». En réalité, à l'instar d'autres termes, comme « gouvernance », le mot « addiction » s'est certes répandu en France ces dernières années sous l'influence de l'anglais, mais il est d'origine latine, et a longtemps été utilisé par l'ancien français, avant de tomber en désuétude puis de faire son retour. En droit latin, ce mot a d'abord été utilisé pour désigner le maître qui donnait son nom aux esclaves (*ad dictus*), ceux-ci étant dévalorisés

¹ ZOLA E. [1877], *L'Assommoir*, Paris : Editions Folio, 1978, chapitre XIII, p. 500-501.

² Sens qui se retrouve en partie dans un autre mot dérivé d'*al koh'* : le khôl.

³ L'alcoolisme ne doit pas être confondu avec l'ivresse, qui désigne une intoxication aiguë mais temporaire, liée à une trop forte absorption d'alcool, tandis que l'alcoolisme est une pathologie chronique. Ainsi, on peut être ivre sans être alcoolique, et inversement des alcooliques peuvent n'être que rarement ivres.

au point de ne pas avoir de nom. Il a ensuite été utilisé, et cet usage a perduré durant une grande partie du Moyen-Âge en France, à propos de la relation entre un créancier et un débiteur incapable d'honorer ses dettes, et par conséquent contraint à une situation de quasi-esclavage vis-à-vis de son créancier, travaillant gratuitement pour lui jusqu'à ce que sa dette soit réglée⁴. Cette image d'atteinte à l'intégrité physique, à l'individualité, et de dépossession de soi qu'entraîne l'addiction semble tout à fait pertinente et incite à retenir ce terme, d'autant que celui d' « assuétude » est en réalité moins complet : on distingue l'accoutumance, l'assuétude et la dépendance. En d'autres termes, l'assuétude (qui trouve son origine dans le mot latin *assuetudo* : habitude) ne permet pas de rendre compte de façon exhaustive du sujet, alors que l'addiction peut désigner n'importe lequel de ces trois états. Enfin, au-delà des querelles linguistiques, c'est ce terme qui a été retenu par les pouvoirs publics, comme en témoignent les récentes réglementations⁵.

Le traitement sanitaire et médico-social de l'alcool se fait à plusieurs niveaux : existent des consultations ambulatoires ou hospitalières, des hospitalisations pour une cure de sevrage, ou encore des hébergements en soins de suite spécialisés en alcoologie. Mais l'alcoologie reste une discipline à part, relativement mal vue du monde hospitalier et au carrefour des pathologies somatiques et psychiatriques.

Le Centre Hospitalier des Quatre Villes (CH4V), dans les Hauts-de-Seine, a pour sa part mis en place une unité d'alcoologie dans l'ancien Centre hospitalier de Saint-Cloud dès les années 1950, sous l'impulsion du docteur Haas. Celle-ci est devenue un service de médecine alcoologie – addictologie à part entière ; doté de 27 lits d'hospitalisation et de consultations hospitalières, ce service est l'un des plus importants d'Ile-de-France. Le Centre Hospitalier gère, en outre, deux Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), l'un implanté dans les locaux mêmes de l'hôpital, à Saint-Cloud, l'autre dans une commune voisine, à Boulogne-Billancourt, et abrite dans ses locaux une structure expérimentale : le Réseau d'accueil familial thérapeutique pour les patients alcooliques (RAFTA).

Or des évolutions externes et internes à l'hôpital induisent des changements : externes, avec la volonté du législateur d'harmoniser le fonctionnement des différentes structures intervenant dans le champ des addictions et de les transformer en Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ; et internes, car du fait de leur vétusté, les locaux dans lesquels se trouve le service de médecine alcoologie

⁴ <http://correcteurs.blog.lemonde.fr/2006/11/20/assuetude>

⁵ Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, etc.

– addictologie doivent être reconstruits : la question se pose alors et du déménagement de la structure et de la réorganisation de l'offre de soins, en accord avec les équipes.

J'ai débuté mon stage professionnel au CH4V alors que ces différents enjeux se croisaient et qu'il fallait monter un dossier pour demander la création d'un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions par fusion des deux CCAA et par intégration de la structure d'accueil familial thérapeutique. Cet enjeu a constitué mon premier dossier, et j'ai continué, tout au long de mon stage, à travailler sur la question de l'alcoologie, jusqu'à en faire mon sujet de mémoire, en accord avec la directrice du CH4V. Ce dossier m'a donné l'occasion d'aborder des questions d'organisation des soins, de ressources humaines et financières, mais aussi de stratégie et d'architecture et, par conséquent, de m'entretenir à de nombreuses reprises avec la directrice de l'établissement et avec des directeurs adjoints : la directrice chargée des affaires financières, de l'accueil et des systèmes d'information, qui était ma directrice de stage ; le directeur chargé des ressources humaines ; la directrice chargée des travaux et de la qualité ; le directeur des services économiques ; et le directeur des soins. Toutes ces personnes ont pu m'apporter leur expérience, leurs compétences techniques et leurs avis.

J'ai pu, tout au long de mon stage, m'entretenir avec de nombreux autres acteurs : les équipes médicales et paramédicales du CH4V, le personnel administratif impliqué dans la gestion de ces structures, ou encore des représentants de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et du ministère de la Santé. J'ai aussi pu m'entretenir avec les responsables de différentes structures de prise en charge : l'Association Le Renouveau, à Dijon, l'Association Espoir du Val-d'Oise, le Centre Gilbert Raby, dans les Yvelines, le service d'addictologie du Centre hospitalier Paul-Brousse, à Villejuif. J'ai enfin eu de nombreux entretiens avec les médecins de la structure, en particulier les docteurs Anastassiou, chef du service de médecine alcoologie – addictologie, Craplet et Sokolow, assisté à des réunions entrant dans la prise en charge des patients, comme le « Grand cirque », ou encore lu l'ouvrage du docteur Haas expliquant sa philosophie du soin, philosophie qui perdure aujourd'hui au sein de l'équipe du CH4V et qui est au fondement de la prise en charge des personnes alcooliques : *le Bateau ivre*.

Ce travail m'a permis de me rendre compte que, s'il existait une pluralité d'acteurs, de méthodes et de philosophies de prise en charge, la cohabitation se révèle difficile. L'offre apparaît mal adaptée aux besoins du patient et insuffisamment coordonnée, car diffuse, éclatée, et constituée par des structures trop petites pour proposer une prise en charge complète : après une cure de sevrage, il n'est pas rare que des délais de deux à six mois soient opposés au patient avant qu'il ne puisse rejoindre un centre de soins de suite, délai qui se révèle contre-productif et qui accroît le risque de rechute.

Se pose alors la question de la continuité des soins : l'enjeu est de mettre en place une filière d'alcoologie qui permette de répondre au mieux aux besoins spécifiques des patients alcooliques. Le Centre Hospitalier des Quatre Villes, par sa volonté d'assurer une continuité de prise en charge, cherche à répondre à cet enjeu, et l'objet de ce mémoire est d'étudier comment il s'organise pour ce faire, et comment il cherche à améliorer les modalités et la qualité de sa prise en charge.

Il est difficile d'obtenir des informations précises sur l'alcoolisme en France ; cette situation est sans doute due à l'histoire de cette maladie, et c'est pourquoi la première partie de ce mémoire sera consacrée à une présentation de l'alcoolisme et des structures de lutte contre l'alcoolisme et de prise en charge des patients alcooliques. La deuxième partie du mémoire s'intéressera plus spécifiquement aux spécificités du traitement des patients au Centre Hospitalier des Quatre Villes et aux enjeux que représente la transformation des deux CCAA en CSAPA. Enfin, la troisième partie sera plus prospective, et reviendra sur les évolutions en cours et à prévoir, afin de renforcer la prise en charge sanitaire et médico-sociale des patients alcooliques.

« Si l'homme alcoolique se méconnaît, la Société, de son côté, adopte à son égard une attitude identique d'ignorance systématique. Pour ne retenir, par exemple, que l'aspect strictement médical de la question, nous trouvons la preuve de ce désintérêt dans le peu d'attention dont ce problème est encore l'objet, tant sur le plan de l'enseignement médical que sur celui de la recherche scientifique : son ampleur et sa complexité exigent manifestement plus⁶. »

1 L'alcoolisme, maladie répandue, touchant toutes les couches de la population française, a tardé à être pris en charge

1.1 « La perte de la liberté de s'abstenir d'alcool » : les conséquences psychosomatiques de l'alcoolisme

1.1.1 « L'alcool n'est pas innocent »

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (« CIM-10 ») proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit une subdivision dénommée « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool » (F10). En s'en inspirant, la Société française d'alcoologie a mis en évidence trois types d'usages problématiques de l'alcool :

- *« L'usage à risque caractérise toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS, et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, et/ou à une dépendance, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS lorsqu'elles sont prises dans une situation à risque (conduite de véhicules, travail sur machines dangereuses ou à un poste de sécurité, etc., situations qui requièrent vigilance et attention) et/ou lorsqu'il existe un risque individuel particulier (consommation d'autres produits psycho-actifs susceptibles de potentialiser les effets de l'alcool, pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui exigent un traitement médicamenteux, modification de la tolérance du consommateur en raison de son sexe, de son âge, de son faible poids, de situations psychologiques ou physiologiques particulières – état de fatigue et surtout grossesse) ;*

⁶ CLAVREUL J. et FOUQUET P., 1956, *Entretiens pour une thérapeutique de l'alcoolisme*, Paris : Presses universitaires de France, 113 pages, Introduction. Les « Lettres aux alcooliques » sont disponibles sur Internet : <http://www.ama.lu/docs/fouquet.pdf> p. 1.

- *L'usage nocif caractérise une consommation d'alcool induisant des dommages somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, en l'absence de dépendance [...] ;*
- *L'usage avec dépendance de l'alcool (ou alcoolodépendance) caractérise la perte de liberté de s'abstenir de consommer, et le fait de poursuivre la consommation, tout en étant conscient des conséquences négatives. On distingue schématiquement la dépendance physique qui se traduit cliniquement par l'installation d'une tolérance et des signes de sevrage à l'arrêt de la consommation d'alcool, et la dépendance psychique qui se traduit par une pulsion à consommer des boissons alcoolisées pour en retrouver les effets⁷. »*

a) *Effets organiques*

Dans son ouvrage : *Le piège. L'alcool n'est pas innocent*, le docteur Sokolow retrace le circuit de l'alcool dans l'organisme et ses conséquences :

« L'alcool avalé apporte une sensation de chaleur et de plaisir dans la bouche ; il excite les papilles gustatives, coule dans le pharynx, entre dans l'œsophage, arrive ensuite à l'estomac sans être digéré comme les autres aliments, glisse dans le duodénum puis l'intestin grêle toujours intact ; après, il traverse les parois de l'intestin grêle pour rejoindre la veine porte et, enfin, le foie, seul organe à posséder les enzymes nécessaires pour le transformer.

Après avoir traversé le foie, l'alcool non digéré repart dans la circulation sanguine et dans la veine cave supérieure avant d'atteindre le cœur droit puis l'artère pulmonaire, les poumons. [...] L'alcool se divise dans le cœur gauche, passe par l'aorte pour être envoyé dans toutes les artères et tous les organes du corps humain, en particulier le cerveau.

5 à 10% de l'alcool est éliminé par les reins dans l'urine, la sueur, le lait maternel ainsi que par les poumons dans l'air expiré.

Toutes les sphères du corps sont cependant touchées par l'alcool, surtout l'appareil digestif et le système neurologique⁸. »

Le docteur Sokolow poursuit, comparant l'action de l'alcool à un « *phénomène cataclysmique comme une espèce de tsunami* » : il cause des reflux gastro-oesophagiques et des gastrites hémorragiques et, associé au tabac, peut provoquer des

⁷ Source : http://hepatoweb.com/Alcool_Typologie.php Les recommandations de l'OMS sont : jamais plus de quatre verres ponctuellement ; pas plus de 21 verres hebdomadaires pour l'usage régulier chez l'homme ; et pas plus de 14 verres hebdomadaires pour l'usage régulier chez la femme (un « verre » désignant une quantité équivalant à 10 grammes d'alcool pur).

⁸ DEMONGEOT M. et SOKOLOW I., 2008, *Le Piège. L'alcool n'est pas innocent*, Paris : éditions Flammarion, page 50. Les paragraphes qui suivent reprennent des développements présents dans cet ouvrage.

cancers du larynx, des cordes vocales, de la bouche, du pharynx ou encore de l'œsophage. L'organe responsable de la transformation de l'alcool est, pour les 9/10, le foie ; mais ce dernier ne peut s'acquitter de cette tâche immédiatement : il lui faut environ douze heures pour assimiler un litre de vin ou un quart de litre de whisky. Il s'épuise donc, grossit en se chargeant de graisse. Une cirrhose peut alors apparaître. Si le patient refuse de modifier sa consommation d'alcool, il risque de provoquer une hémorragie digestive, une encéphalopathie hépatique ou encore un cancer du foie. D'autres pathologies sont possibles, comme l'hypertension, l'ostéoporose, des fractures, un vieillissement précoce.

b) *Effets neuropsychologiques*

Les pathologies liées à l'alcool touchent aussi l'activité neuronale, victime d'une dégénérescence, voire de la disparition de cellules cérébrales. S'ensuivent, par exemple, des difficultés de mémorisation, la polynévrite alcoolique et la névrite optique rétrobulbaire (qui peut entraîner la cécité), ou encore le syndrome de Korsakov.

De récentes découvertes scientifiques ont permis de mieux mettre l'accent sur les dommages infligés au cerveau par l'alcool. Ainsi, comme l'écrit Pierre Le Hir :

« Une expérience, menée par une équipe de l'Inserm et du CEA et relatée en 2008 dans Neuropsychopharmacology, a consisté à observer, par IRM, l'activité cérébrale d'anciens alcooliques (sevrés depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, sans complications médicales et bien insérés socialement) qui devaient reconnaître des mots en écoutant un texte. Pour réaliser les mêmes performances que des personnes non dépendantes à l'alcool, il leur a fallu mobiliser des zones du cerveau supplémentaires. Comme si les circuits normaux de la reconnaissance des mots étaient partiellement "grillés". Des examens approfondis ont montré, dans certaines régions cérébrales, une perte de matière grise atteignant jusqu'à 25 %, ainsi qu'un amoindrissement de la cohérence et de l'intégrité des fibres de matière blanche. Aucune corrélation n'a été établie avec la durée ou l'intensité de l'alcoolisation. En revanche, la perte de substance grise est d'autant plus importante que la première consommation a été précoce⁹. »

En effet, comme le souligne le docteur Sokolow, *« chez les très jeunes le cortex préfrontal est encore en formation. L'alcool et les drogues qui l'atteignent le fragilisent beaucoup plus que chez l'adulte. Dès lors, ceux qui s'alcoolisent trop tôt risquent d'être dépendants dès l'âge de vingt ans¹⁰ »* : un tiers des jeunes s'enivrant violemment risquent de devenir dépendants, contre un dixième pour le reste de la population.

⁹ LE HIR P., « La boîte noire du cerveau mise à nu », in *Le Monde*, 11.4.2009, p.15

¹⁰ DEMONGEOT M. et SOKOLOV I., *op. cit.*, p. 85.

c) *Effets indirects*

Le « syndrome d'alcoolisation foétale », après avoir été pressenti par Jacqueline Rouquette en 1957 dans sa thèse de médecine sur « l'influence de la toxicomanie alcoolique parentale sur le développement physique et psychologique des jeunes enfants », a été mis en évidence en 1968 par Jean-Paul Lemoine : « *L'alcool est responsable, dans les formes sévères, d'une dysmorphie, d'un retard de croissance intra-utérin, de malformations et d'anomalies neurologiques qui, à l'adolescence et à l'âge adulte, entraînent un handicap sévère, voire très sévère*¹¹. »

Les conséquences d'une prise d'alcool lors de la grossesse peuvent se révéler dramatiques : « *l'alcool est tératogène au premier trimestre (à doses fortes) et toxique à tous les trimestres de la grossesse. Il a une action directe, car il passe le placenta rapidement. [...] Les cellules, pendant la croissance de l'embryon, vont migrer vers le cortex de sorte que chacune va trouver sa place. Avec la consommation d'alcool, ces cellules cessent de migrer, avec pour conséquences cliniques, dès l'âge préscolaire et ensuite, des performances intellectuelles amoindries, des troubles de l'attention, un manque de ténacité ainsi que des sentiments négatifs et une agressivité en hausse*¹². »

L'alcoolisation de la mère pendant la grossesse est considérée comme la première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant¹³. Or, sur environ 820 000 naissances annuelles, 700 à 3 000 enfants présentent un syndrome d'alcoolisation foétale.

L'alcool a des conséquences sur l'ensemble de la population. Environ 20% des infractions pénales enregistrées au casier judiciaire ont un rapport direct avec l'alcool ; dans plus du tiers des cas de violences conjugales, l'un au moins des protagonistes était sous l'emprise de l'alcool ; environ 30% des accidents mortels de la route impliquent l'alcool¹⁴. Au-delà des conséquences physiques, et sans qu'il soit possible de disposer de statistiques précises, l'alcoolisme a en outre des conséquences psychologiques fortes sur les proches de la personne alcoolisée, pouvant provoquer des souffrances psychiques et des dépressions, voire entraîner les proches eux-mêmes dans la tentation de se réfugier dans l'alcool. C'est par exemple ce que montre Zola dans *l'Assommoir* à travers l'exemple de Gervaise, dont le mari, Coupeau, est alcoolique :

« Elle s'avachit encore ; elle manquait l'atelier plus souvent, jacassait des journées entières, devenait molle comme une chiffre à la besogne. Quand une chose lui tombait des mains, ça pouvait bien rester par terre, ce n'était pas elle qui se serait baissée pour la ramasser. Les côtes lui poussaient en long. Elle voulait sauver son lard. Elle en

¹¹ SUBTIL D., « Alcoolisation foétale : une tragédie évitable pour 1 nouveau-né sur 200 », in *Actes des 1^o Rencontres parlementaires sur le problème de l'alcool* : « L'alcool en France : un coût dénié », 27.6.06, p. 6.

¹² *Ibid.*

¹³ DEMONGEOT M. et SOKOLOV I., *op. cit.*, p. 184.

¹⁴ Source : SUBTIL D., *op. cit.*, p. 5 à 7.

prenait à son aise et ne donnait plus un coup de balai que lorsque les ordures manquaient de la faire tomber. » (Chapitre X)

« Au deuxième verre, Gervaise ne sentit plus la faim qui la tourmentait. Maintenant, elle était raccommodée avec Coupeau, elle ne lui en voulait plus de son manque de parole¹⁵. » (Chapitre XI)

1.1.2 Alcoolisme et dépendance : la reconnaissance d'une maladie

Pierre Fouquet, considéré comme le « père » de l'alcoologie en France, définit l'alcoolisme comme « *la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool¹⁶* ». De fait, comme pour les dépendances classiques, l'arrêt d'alcool provoque une sensation de manque, des angoisses, des tremblements, ou encore des sueurs. C'est ce qui pousse le docteur Sokolow à comparer l'alcool à un « *usurier : dans l'immédiat, il vous rend beaucoup de services, mais ensuite il vous le fait payer très cher¹⁷*. »

C'est en 1966, dans *Eloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie*, que le docteur Fouquet définit le terme d' « alcoologie » :

« Discipline consacrée à tout ce qui a trait dans le monde à l'alcool éthylique : production, conservation, distribution, consommation normale et pathologique avec les implications de ce phénomène, causes et conséquences, soit au niveau collectif, national et international, social, économique et juridique, soit au niveau spirituel, psychologique et somatique. Cette discipline emprunte ses outils de connaissances aux principales sciences humaines, économiques, juridiques et médicales, trouvant dans son évolution ses lois propres¹⁸. »

Considérer l'alcoolisme comme une maladie est en réalité relativement nouveau : l'alcoolisme n'a été reconnu comme une maladie qu'en 1956 par l'Association Médicale Américaine et en 1979 par l'Organisation mondiale de la santé. Longtemps, cette reconnaissance a été freinée par un regard moral posé sur l'alcoolisme et sur les alcooliques. Ainsi, Annick Le Fol a recensé les différents termes qui ont caractérisé l'alcoolisme au cours du XX^e siècle : vice ; fléau social ; maladie physique ; manifestation d'une maladie psychique ; conduite névrotique ; délit ; trouble du comportement ; alcoolomanie ; expression d'une maladie génétique ; dépendance ; conduite addictive ; addiction ; toxicomanie¹⁹.

¹⁵ ZOLA E., *op. cit.*, p. 404 et 411.

¹⁶ CLAVREUL J. et FOUQUET P., 1956, *op. cit.*, p. 8.

¹⁷ DEMONGEOT M. et SOKOLOW I., *op. cit.*, p. 58.

¹⁸ Cité dans LE FOL A., « L'alcoologie clinique depuis Pierre Fouquet. Découvertes et redécouvertes. Continuité et discontinuité », *in Colloque de la Coordination des soins et de la recherche en alcoologie (CORSA) : Vers quelle alcoologie ?* 9 octobre 2003, page 19.

Disponible sur Internet : http://www.cosraa-bretagne.fr/docs/colloque_20ans_9-10-2003.pdf

¹⁹ LE FOL A., *op. cit.*, p. 14.

Historiquement, le fait de voir dans l'alcoolisme une maladie a été suggéré pour la première fois par un médecin américain, Benjamin Rush, à la fin du XVIII^e siècle. Cette vision est désormais largement partagée, notamment sous l'influence des Réseaux d'Alcooliques anonymes.

La circulaire DGS/6B/DHOS/02 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie apporte sa propre définition de l'addiction : « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* ». Les conduites addictives font intervenir trois types de facteurs : la personne, son environnement et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive). Un consensus semble en effet se dégager sur leur importance : le docteur Fouquet parle de « l'écosystème entre l'alcool, l'individu et la société », le docteur Olivenstein de « la rencontre d'un produit, d'une personne et d'un moment socioculturel » et le docteur Morel, pour sa part, définit « *la loi de l'effet E = SIC* » : « *L'expérience psychotrope (E) est déterminée par des facteurs liés à la substance (S), à l'individu qui consomme (I) et au contexte (C) de celui-ci au moment où il consomme*²⁰. »

1.1.3 La consommation d'alcool en France

Malgré ces données connues et malgré les campagnes de prévention, la consommation d'alcool reste élevée, comme le montrent les enquêtes de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)²¹. En 2005, sur environ 46 millions d'individus âgés de 12 à 75 ans en France, l'OFDT comptabilisait 42,5 millions d'expérimentateurs d'alcool, dont 39,4 millions d'usagers dans l'année, 9,7 millions d'usagers réguliers et 6,4 millions d'usagers quotidiens, soit 14% de la tranche d'âge (par comparaison, l'OFDT estimait à 555 000 le nombre de consommateurs quotidiens de cannabis et à 11,8 millions le nombre de consommateurs quotidiens de tabac). Le test de dépistage Audit-C²², pour sa part, a permis de dénombrier 390 000 consommateurs d'alcool dépendants et 3,3 millions de consommateurs à risque parmi les 18-75 ans. 22,5% des 18-75 ans sont des consommateurs réguliers d'alcool, contre seulement 2,3%

²⁰ COUTERON J.-P., MOREL A., 2008, *Les Conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Paris : Editions Dunod, p. 59-60.

²¹ Drogues, chiffres clés – Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), décembre 2007, 6 pages. Disponible sur Internet : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dce.pdf>
Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Evolutions, contextes d'usage et prises de risque – OFDT – Tendances, n°64, janvier 2009, 6 pages. Disponible sur Internet : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxslp1.pdf>
Les données présentées dans ce paragraphe reprennent celles disponibles dans ces études.

²² « Alcohol Use Disorder Identification Test », test mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour repérer les consommateurs d'alcool mettant leur santé en danger.

pour le cannabis. Au total, la France se situe au 11° rang mondial et au 5° rang européen pour la consommation moyenne d'alcool par an et par habitant.

Selon l'OFDT, 88% des jeunes de 16 ans ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie ; la consommation régulière d'alcool concerne un jeune sur huit, avec une prépondérance des jeunes hommes : 18% d'entre eux font état d'un usage régulier d'alcool (au moins dix usages par mois), contre 9% pour les jeunes filles. 46% des jeunes de 16 ans déclarent avoir déjà été ivres au moins une fois dans leur vie, 36% au moins une fois dans l'année, et 3,65% au moins dix fois depuis les 12 derniers mois. Chez ces personnes, les boissons les plus populaires sont les bières, le champagne et les spiritueux (respectivement 47%, 42% et 41% de consommateurs).

En France, 37 000 à 45 000 décès par an sont liés à l'alcool, dont 10 000 par cancer, 6 900 par cirrhose, 3 000 par psychose et dépendance alcoolique et 2 200 par accidents de la route. Une récente étude, menée au niveau européen, affirme que l'alcool est responsable de 7,4% des décès par maladie et des morts prématurées dans l'Union européenne (U.E.), ce qui en fait le troisième facteur de risque après l'hypertension et le tabagisme. Il est lié à près de 195 000 décès par an dans l'U.E. : 17 000 dus à des accidents de la circulation, 27 000 morts accidentelles, 2 000 meurtres (soit les 2/5 des meurtres dans l'U.E.), 45 000 cirrhoses du foie, 50 000 cancers, ou encore 17 000 décès liés à des problèmes neuropsychiatriques²³. Autre exemple, une étude publiée dans le *Lancet* le 26 juin 2009 estimait que 52% des décès des 15-54 ans et 18% des décès des 55-74 ans en Russie entre 1990 et 2001 étaient liés à une consommation excessive d'alcool. L'alcool apparaît comme la première raison de la surélévation du taux de mortalité en Russie (en 2006, ce taux était cinq fois supérieur à la moyenne de l'Europe de l'Ouest pour les hommes et trois fois supérieur pour les femmes)²⁴.

Si l'on s'intéresse aux catégories socioprofessionnelles (CSP), en 2006, le risque d'alcoolisation chronique touchait d'abord les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés chez les hommes (respectivement 19,7% et 18,0%) ; chez les femmes, si les taux sont moins élevés, ce sont au contraire les CSP supérieures qui présentent un risque plus élevé : 5,6% des femmes cadres présentent un risque d'alcoolisation chronique²⁵.

Prévalence des profils d'alcoolisation à risque (en pourcentages) :

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Total
Hommes							
A risque ponctuel	43,1	49,1	45,6	38,1	24,3	16,5	38,0

²³ Source: Eurocare's response to the WHO consultative document on health problems related to alcohol consumption. Disponible sur Internet : http://www.eurocare.org/resources/eurocare_papers

²⁴ http://www.ft.com/cms/s/0/2df209b4-61ea-11de-9e03-00144feabdc0.html?nclick_check=1

²⁵ DANET S. et HAURY B. (dir.), 2008, *L'état de la santé de la population en France – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2008*, p. 80. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/objectifs/02v3.pdf>

A risque chronique	15,6	11,7	11,1	17,4	20,1	22,3	15,1
Femmes							
A risque ponctuel	27,7	23,7	17,9	15,8	10,9	5,8	17,7
A risque chronique	2,6	2	3,1	3,2	3,4	2,5	2,7
Ensemble							
A risque ponctuel	35,8	36,5	30,9	26,8	17,3	11	27,7
A risque chronique	9,5	6,9	6,8	10,3	11,4	12,2	8,9

Source : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/objectifs/02v3.pdf>

1.2 De l'Etat hygiéniste et moralisateur à l'Etat stratège ?

1.2.1 Les ambiguïtés de la politique de lutte contre l'alcoolisme

Henri Bergeron distingue trois périodes historiques dans la prise de conscience, en France, de la nécessité de traiter la question de l'alcoolisme²⁶ : ce sont les mouvements de tempérance qui, les premiers, font de l'alcool un problème public, et ce dans une perspective morale. « L'Etat hygiéniste » ne se manifeste pas encore ; l'alcoolisme, s'il n'est pas perçu sous son aspect (im)moral, est pris en charge lorsqu'il trouble l'ordre public, par la prison ou l'asile. La régulation est minimale et respectueuse des intérêts viticoles.

Parallèlement à ce double mouvement, se développe une médicalisation de la vision de l'alcoolisme, sous l'influence de Magnus Huss et de Benedict-August Morel, auteur du *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, et partisan du concept de « dégénérescence héréditaire ». Cette médicalisation est souvent tendancieuse et se révèle d'une portée limitée, les médecins n'étant pas attirés par l'alcoolisme, qui paraît offrir peu de débouchés professionnels ; mais elle a au moins le mérite de recentrer l'alcoolisme sur ses aspects cliniques.

L'alcoolisme est ensuite relié, dans les années 1920, au « péril démographique ». Presque paradoxalement, ce mouvement, né durant l'entre-deux-guerres, porte ses fruits institutionnels au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, c'est-à-dire en plein baby-boom, avec la création, en 1946, de l'Institut national des études démographiques (INED) et, en 1954, du Haut comité d'études et d'informations sur l'alcoolisme (HCEIA). Les préoccupations moralisantes et idéologiques régressent et sont remplacées par des constats statistiques : l'alcool apparaît comme facteur d'explication de la surmortalité

²⁶ BERGERON H., « Des décisions qui ont une histoire : l'exemple de l'alcool », intervention au colloque *Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ?* 22, 23 et 24 novembre 2007, 14 pages. Disponible sur Internet : http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/CSO-Bergeron-Colloque%20SFSP1.pdf

masculine. L'usage des statistiques permet aussi le véritable essor des actions préventives, permettant en particulier de cibler les populations à risque.

Le docteur Craplet remarque pour sa part que, pendant près d'un siècle, tout s'est passé comme si la vision de l'alcool avait été liée aux victoires et aux défaites militaires²⁷. Après la défaite de 1870 et la Commune, l'alcool, et l'ivrognerie, sont accusées d'en être responsables. Une ligue anti-alcoolique, réunissant notamment Louis Pasteur et Claude Bernard, est créée dès 1872, sous le nom de « Société française de tempérance » ; elle fusionne en 1905 avec l'Union française anti-alcoolique, créée en 1892, pour donner naissance à la « Ligue nationale contre l'alcoolisme » puis, au fil du temps, au « Comité national de défense contre l'alcoolisme » et à l'« Association nationale de prévention de l'alcoolisme » (ANPA). Déjà, avec l'aide des aliénistes, l'alcoolisme est lié aux maladies mentales et à la « dégénérescence morale » et, l'année suivante, est votée la loi du 23 janvier 1873 sur l'ivresse publique. Pendant 40 ans, la ligue antialcoolique centre son combat contre ce qui est alors le symbole de « l'ivrognerie » : l'absinthe, et ce avec des résultats contrastés ; entre 1874 et 1910, la production annuelle d'absinthe passe ainsi de 700 000 litres à 30 millions de litres, un verre d'absinthe coûtant alors moins cher qu'un verre de vin, si bien que l'on aboutit à cette belle image : en 1907, viticulteurs et ligues antialcooliques manifestent ensemble à Paris, derrière le mot d'ordre « Tous pour le vin, contre l'absinthe » ! L'année précédente, une pétition contre l'absinthe avait recueilli 400 000 signatures ; cette pétition affirmait notamment que « *L'absinthe rend fou et criminel, provoque l'épilepsie et la tuberculose, elle tue chaque année des milliers de Français. Elle fait de l'homme une bête féroce, de la femme une martyre, de l'enfant un dégénéré, elle désorganise et ruine la famille et ainsi l'avenir du pays.* » Cette mobilisation finit par porter ses fruits et l'absinthe est interdite le 16 mars 1915, ironiquement le jour même où, sur le front, prend fin la bataille de Champagne.

Si la défaite de 1870 avait vu naître les mouvements organisés contre l'alcoolisme, la Première Guerre mondiale, quant à elle, renforce l'engouement pour le vin. Dès 1914, des viticulteurs avaient offert du vin aux troupes ; l'année suivante, c'est le ministère de la Guerre lui-même qui commande du vin. La consommation de vin se répand dans les tranchées, au point que, dans un poème : « Le vigneron champenois », Guillaume Apollinaire dresse un parallèle entre armes et vin :

« [...] *La bouteille champenoise est-elle ou non une artillerie*
Les ceps de vigne comme l'hermine sur un écu
Bonjour soldats
Je les ai vus passer et repasser en courant

²⁷ CRAPLET, M., « La question alcool dans l'histoire de la France contemporaine », in *Revue Toxibase* n°16, 4^e semestre 2004, 5 pages.

*Bonjour soldats bouteilles champenoises où le sang fermente
Vous resterez quelques jours et puis remontrerez en ligne
Échelonnés ainsi que sont les ceps de vigne
J'envoie mes bouteilles partout comme les obus d'une charmante artillerie [...]»²⁸ »*

Après la victoire, et avec l'avènement des Années folles, le vin est mêlé à l'euphorie de la victoire. Un comité national de propagande en faveur du vin est créé et placé sous l'autorité du ministère de l'Agriculture ; des médecins se proclament « amis du vin » et le docteur Craplet cite même un livre au titre sans équivoque : *Mon docteur le vin*.

Mais, avec la défaite de 1940, l'alcool se retrouve de nouveau accusé et ne fait guère bon ménage avec la « Révolution nationale ». Mais si la consommation de vin chute, c'est aussi à cause des restrictions ; et, dès la Libération, elle remonte, pour atteindre un pic historique en 1957, trois ans après le combat de Pierre Mendès-France contre les bouilleurs de cru. Ce n'est qu'à partir des années 1970 qu'un dispositif réglementaire ambitieux de lutte contre l'alcoolisme se met en place.

1.2.2 L'alcoolisme, enjeu de santé publique en France

La Cour des comptes a consacré un chapitre de son *Rapport public* de 2003 à la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme et notamment à l'étude des coûts pour la collectivité²⁹. Ainsi, reprenant une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), elle évalue de 2,5 à 3 milliards d'euros le coût annuel des dépenses de soins ambulatoires (hors dispositifs spécialisés) et de soins hospitaliers liés à l'alcool. Le coût social brut, quant à lui, est évalué à 15 milliards d'euros, soit un peu moins de 1% du produit intérieur brut. La Cour des comptes cite une autre donnée : le chiffre d'affaires hors taxe des producteurs de boissons alcoolisées était de 17,3 milliards d'euros en 2001. Par comparaison, annuellement, environ 35 millions d'euros sont alloués aux soins spécialisés sanitaires et médico-sociaux et 20 millions d'euros à la prévention.

Le financement du dispositif de lutte contre l'alcoolisme et de prise en charge des personnes alcooliques est assuré à la fois par le ministère en charge de la Santé et par la Caisse nationale d'assurance maladie, par le biais du Fonds national de prévention, d'éducation et d'intervention sanitaire (FNPEIS), qui a pris une importance croissante et désormais majoritaire dans le financement de la lutte contre l'alcoolisme.

Le Code de la santé publique prévoit à son article L3311 que « *l'Etat organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme* ». En juin 2001, un avenant à la

²⁸ APOLLINAIRE, « Le vigneron champenois », in « *La Tête étoilée* », *Calligrammes*, Paris : Editions de la Pléiade, p. 296.

²⁹ « La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme », in *Rapport public 2003* de la Cour des comptes, 38 pages. Disponible sur Internet :

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/LutteContreAlcoolisme2.pdf>

Les données présentées dans ce paragraphe reprennent celles de ce Rapport.

convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 conclue entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie a entériné le transfert du versement des subventions aux opérateurs locaux de prévention de l'alcoolisme au FNPEIS. Le but avoué de ce transfert était d'éviter de scinder les sources de financement des soins d'une part, et ceux de la prévention d'autre part. Mais l'Etat, par le biais du ministère de la Santé, ne s'est pas pour autant désengagé de la lutte contre l'alcoolisme, comme en témoigne la « *Stratégie d'action alcool* » adoptée en novembre de la même année³⁰. Ce document réaffirme notamment l'implication de l'Etat dans la définition des grands objectifs de prévention et de traitement des problèmes de santé liés à l'alcool et rappelle les outils de planification et d'organisation permettant de décliner au niveau local ces objectifs : les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), les Programmes régionaux de santé (PRS), les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)³¹, ou encore les Plans départementaux. La Cour des comptes a toutefois critiqué ce document en estimant qu'il ne proposait ni priorité, ni programme concret et qu'il ne mettait pas de moyens financiers et humains adéquats à disposition des acteurs.

L'Etat dispose d'une agence pour conduire ses missions : la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), créée par le décret n° 99-808 du 15 septembre 1999 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, placée sous l'autorité du Premier ministre, et chargée de coordonner l'activité des administrations publiques dans le domaine de « *la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche, et les échanges internationaux en matière de drogues* »³². Cette mission a été étendue à l'alcoolisme en 2000. L'Etat se repose aussi sur l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et qui a pour but, en particulier, de mettre en oeuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique.

D'autre part, l'Etat continue de fixer les grandes orientations de santé publique, comme à travers le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 et la loi n°2004-185 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui a pour objectif de « *diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool*

³⁰ Ministère de la santé, 2001, *Stratégie d'action alcool. Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool*. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/alcool/alcool.pdf>

³¹ Suite à la loi n°2004-808 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, PRS et PRAPS ont été remplacés par les Plans régionaux de santé publique (PRSP).

³² « La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme », in *Rapport public 2003* de la Cour des comptes, p. 419. Disponible sur Internet : <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/LutteContreAlcoolisme2.pdf>

par habitant de 20% », ce qui signifie passer de 14,4 litres par an et par habitant de plus de 15 ans en 1999 à 11,5 litres d'ici 2008³³ ; et de « réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance ».

Un autre acteur essentiel est la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), dans le cadre de sa mission d'éducation pour la santé. A ce titre, elle organise des campagnes nationales d'information et de sensibilisation à l'alcool et à l'alcoolisme.

Enfin, l'Etat se repose de plus en plus sur l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), dont les activités de prévention et de soins sont financées pour environ les 4/5 par des subventions publiques. En 2006, la Cour des comptes estimait que « l'ANPAA reste le principal opérateur de la lutte contre l'alcoolisme, à travers notamment la gestion de l'essentiel du dispositif ambulatoire de prise en charge des addictions³⁴. »

La Cour des comptes déplore une mauvaise articulation de ces différents acteurs institutionnels, et en particulier un certain sentiment de désengagement, du fait des baisses de financement de la lutte contre l'alcoolisme de la part de la CNAMTS. Elle constate en outre que le fait de ne pas inscrire la lutte contre l'alcoolisme parmi les thèmes devant impérativement figurer dans les SROS de troisième génération a entraîné une prise en compte régionale inégale de l'alcoolisme³⁵.

1.2.3 Les grandes orientations de la lutte contre l'alcoolisme

a) De multiples plans

Depuis dix ans, la stratégie de lutte contre l'alcoolisme est incluse dans le champ de la lutte contre les addictions en général. Ainsi, le Plan triennal interministériel (1999-2001) a, selon la Cour des comptes, « adopté une stratégie fondée sur une approche globale de consommation plutôt qu'un traitement différencié par produit³⁶. » Trois ans plus tard, le nouveau plan gouvernemental triennal entend « tirer parti de cette approche dans les domaines où elle peut être utile sans en faire le principe directeur de son action qui privilégie une approche pragmatique par produits. » Ce Plan accorde une place essentielle à la prévention et fixe pour objectif de « continuer la baisse de la consommation moyenne d'alcool par habitant et de réduire les conséquences de

³³ En 2007, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, elle était de 12,8 l/an/habitant de plus de 15 ans, soit une baisse d'environ 10% depuis 1999 (source : DANET S. et HAURY B., *op. cit.*, p. 72).

³⁴ « Suivi des recommandations sur la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme », in *Rapport public 2006* de la Cour des comptes, p. 232. Disponible sur Internet : <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/LutteContreAlcoolisme.pdf>

³⁵ Ainsi, en Ile-de-France, l'addictologie ne figurait pas dans le SROS. Un « SROS addictions » est toutefois en cours de réalisation et devrait être publié fin 2009.

³⁶ Cour des comptes, *op. cit.*, p. 226

consommation liées aux inégalités sociales. [...] Il vise également la réduction des ivresses, l'abstention de consommation d'alcool pendant la grossesse et lors d'activités comportant des risques d'accident pour soi ou autrui³⁷. »

La Stratégie d'action alcool 2002-2004 a pour sa part défini les objectifs de la politique de santé publique en matière d'alcool : réduire la consommation d'alcool pour réduire l'ensemble des risques à long terme liés à l'usage d'alcool (cancers et maladies cardiovasculaires notamment) ; réduire la mortalité, la morbidité et les handicaps résultant des accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool ; prévenir le développement de l'usage nocif et l'installation de la dépendance liée à l'alcool ; développer l'accessibilité des modes de prise en charge efficaces pour les personnes en difficulté avec l'alcool sur le plan social et médical ; et promouvoir la recherche, en particulier améliorer la qualité et la précision du dispositif de suivi des usages et des consommations et de leur retentissement épidémiologique³⁸.

b) Trois axes de travail et trois niveaux de prise en charge sanitaire

Suite à la loi du 9 août 2004, en prenant en partie en compte les recommandations de l'Académie nationale de médecine, le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, qui a prévu de débloquer une enveloppe financière annuelle de 77 millions d'euros pendant cinq ans, a défini trois grands axes de travail.

Le premier axe consiste à « *organiser la prise en charge hospitalière* ». Pour cela, il vise à renforcer les consultations d'addictologie, notamment par le regroupement en une seule structure des différentes consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addictions sans substance psychotrope (il s'agit ainsi de relancer le projet de CSAPA porté par la loi du 2 janvier 2002). Cette mesure se fixe aussi pour objectif de doter tous les établissements de santé d'une consultation ou d'une équipe hospitalière de liaison, de créer 120 services d'addictologie d'ici 2011 pour une prise en charge spécifique ou une hospitalisation, et enfin de doter chaque centre hospitalier universitaire d'un pôle d'addictologie d'ici 2011, ce pôle ayant pour vocation d'être à la fois un service d'addictologie de recours et un centre régional de référence, de formation et de recherche. Cet objectif s'est accompagné d'une revalorisation des tarifs de groupe homogène de séjour, avec une distinction entre les sevrages simples et complexes³⁹.

³⁷ Source : <http://www.drogues.gouv.fr/article875.html>

³⁸ Ministère de la santé, 2001, *Stratégie d'action alcool. Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool*, p. 4. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/alcool/alcool.pdf>

³⁹ Les hospitalisations dites simples durent environ 7 jours ; les hospitalisations dites complexes durent plus longtemps (par exemple, au Centre Hospitalier des Quatre Villes, la durée moyenne de séjour est d'environ 13 jours) et la présence d'un plateau technique, notamment d'ateliers thérapeutiques, est facultative en cas de sevrage simple, obligatoire en cas de sevrage complexe.

Le deuxième axe consiste à « *accompagner la personne ayant une conduite addictive* ». Cet objectif passe par la création des CSAPA, de places d'accueil en hébergement et par l'implication de la médecine de ville : le Plan gouvernemental souhaite passer de 46 réseaux de santé en addictologie à l'échelon national en 2007 à 300 en 2011, afin de disposer d'un réseau pour 200 000 habitants.

Enfin, le dernier axe vise à « *mobiliser la communauté scientifique et médicale autour de l'addictologie* » ; il s'agit non seulement de former les professionnels à mieux repérer les conduites addictives (création d'une filière d'enseignement en addictologie⁴⁰, développement d'un enseignement pour les professions paramédicales et les travailleurs sociaux, inscription de l'acquisition de compétences addictologiques dans la formation médicale continue, en particulier pour les médecins généralistes, les médecins scolaires et les médecins du travail), mais aussi de développer la recherche en addictologie (recherche clinique, recherche sur les addictions sans substances psychotropes et coordination des programmes de recherche fondamentale).

Ce Plan crée d'autre part trois niveaux complémentaires de prise en charge hospitalière : le niveau 1, dit de proximité, concerne les établissements comportant une consultation hospitalière d'addictologie et une équipe de liaison ; le niveau 2, de recours, comporte, en plus des structures précédentes, un hôpital de jour et des hospitalisations complètes pour sevrage simple ou complexe ; enfin, le niveau 3, de référence, vise à créer des pôles régionaux coordonnant l'enseignement, la formation et la recherche.

1.3 La prise en charge en France et en Ile-de-France

1.3.1 L'hétérogénéité des structures et des financements

a) Le manque de structure globale

L'organisation des soins en alcoologie et le contenu même de ces soins ont pour une grande part été modifiés suite au travail de pionniers, psychiatres ou gastro-entérologues amenés à s'intéresser de plus près à l'alcoologie. Ainsi, sous l'influence notamment du docteur Sivadon, se sont développées dans les années 1950 les thérapies institutionnelles et les méthodes « actives » : jeux, sport, ou encore travail.

Pour le docteur Henri Duchêne, « *Un comportement humain d'une fréquence et d'une complexité aussi élevées que l'alcoolisme est nécessairement par-là même susceptible*

⁴⁰ La discipline « addictologie » a été créée par arrêté du 25 octobre 2006, sous forme d'option inscrite dans sept sous-sections de la filière de formation médicale universitaire (les sous-sections 48-03, 48-04, 49-03, 49-04, 50-01, 51-01, 52-01 : l'addictologie est jointe à des domaines tels que la pharmacologie, la médecine d'urgence, la pneumologie, la gastro-entérologie, la médecine interne, la psychiatrie, ou encore la gériatrie).

de mettre en jeu toutes les doctrines et les disciplines qui concernent l'homme⁴¹. » Mais cela signifie aussi qu'il est difficile d'aboutir à une bonne prise en charge des patients alcooliques. Comme le souligne le docteur Sokolow : « *Peu de personnes s'intéressent à un traitement global. Il existe des centres d'alcoologie de qualité mais qui ne traitent que le problème d'alcool. Par ailleurs, lorsque le foie ou le pancréas sont touchés, on ne cherche qu'à soigner ce problème. La seule suggestion par rapport à la consommation d'alcool est « buvez moins » ou mieux « ne buvez plus ». Mais peu d'outils d'accompagnement sont proposés*⁴². » Cette mauvaise prise en charge est renforcée par l'« apsychognose » : la méconnaissance de son problème par le patient alcoolique.

L'Académie nationale de médecine, pour sa part, remarque que « *certains médecins restent souvent réticents à aborder le sujet de la consommation d'alcool, se sentant peu formés à cet exercice et insuffisamment tenus au courant de la conduite à tenir lorsqu'ils détectent un mésusage d'alcool. Dans le cursus actuel des études médicales ne figurent, en effet, que 4 heures d'enseignement obligatoire pour l'ensemble de l'addictologie*⁴³. »

b) L'absence de financement homogène

Les différences de recettes peuvent être considérables suivant le mode de financement. En tarification à l'activité (T2A), s'applique notamment les groupements homogènes de malades (GHM) 20Z041 à 20Z044 (« Ethylisme avec dépendance », niveaux 1 à 4), valorisés de 2 265,78 euros à 13 707,25 euros. Au Centre hospitalier de Valence, par exemple, les mêmes soins sont pris en charge par une structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) d'alcoologie de niveau 2, dont le prix de journée s'élève à 600,00 euros. Les bornes basses et hautes du GHM 20Z044, valorisé à 13 707,25 euros sont de 4 et 43 jours : une facturation en SSR à Valence « rapporte » respectivement 2 400,00 euros et 25 800,00 euros. Et en psychiatrie, toujours pour les mêmes soins, le tarif est encore différent.

1.3.2 L'organisation sanitaire et médico-sociale

La prise en charge des personnes alcooliques en France se fait à plusieurs niveaux : en ambulatoire, par le biais de la médecine de ville et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ; en hôpital, pour les consultations, le sevrage et les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool ; et enfin dans les centres de

⁴¹ Cité dans LE FOL A., *op. cit.*, p. 16.

⁴² DEMONGEOT M. et SOKOLOV I., *op. cit.*, p. 150-151.

⁴³ NORDMANN R. et HAAS Ch., 2005, *L'impérieuse nécessité d'améliorer le dépistage et l'accompagnement des consommateurs à risque. Contribution aux objectifs n°1 et 2 de la Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004, Recommandations de l'Académie nationale de médecine*, p. 2.
Disponible sur Internet : http://www.academie-medecine.fr/Upload/anciens/avis_153_fichier_lie.rtf

soins de suite et de réadaptation, souvent appelés centres de post-cure, pour consolider le sevrage et préparer à reprendre une vie normale.

a) *La filière sanitaire*

Concernant la prise en charge plus spécifiquement sanitaire, la Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie précise les rôles et les articulations du dispositif de soins sanitaires. Cette circulaire dispose ainsi que :

« La filière hospitalière de soins addictologiques a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

Elle assure à cette fin, des évaluations cliniques et psychosociales à visée diagnostique, thérapeutique et de réinsertion. Elle organise l'orientation rapide de la personne selon ses besoins, soit dans le cadre d'une prise en charge hospitalière, soit au sein du dispositif de prise en charge défini par la circulaire DGS/6B/DHOS/02 n° 203 du 16 mai 2007. Au sein de la filière, la personne ayant une conduite addictive bénéficie d'une palette complète de prises en charge spécifiques, assurées : en consultation, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète programmée ou non programmée, y compris en services de soins de suite et de réadaptation. »

On compte, d'autre part, seulement 127 places d'hôpital de jour en 2004. Certains départements sont dépourvus de structure spécifique en alcoologie et le nombre de patients bénéficiant d'un traitement spécialisé est estimé à environ 20% seulement.

b) *Les CCAA*

Il existait en 2004 366 CCAA, dont 33 en Ile-de-France. A l'échelon national, cela fait environ un CCAA pour 160 000 habitants, alors que l'Académie nationale de médecine estime le ratio nécessaire à un pour 100 000 habitants. Il y avait 304 structures de consultations hospitalières (27 en Ile-de-France) et 3 870 lits d'hospitalisation en alcoologie (227 en Ile-de-France)⁴⁴.

En 2008, le docteur Sokolow recensait pour sa part environ 660 CCAA, dont seulement 245 ouverts plus de 20 heures par semaine, 5 512 lits d'alcoologie (dont 5 254 lits regroupés dans des unités spécifiques d'alcoologie, et 1 018 situés dans des services

A noter que le Diplôme d'études spécialisées complémentaires d'addictologie a été créé en 1999.

d'autres spécialités, bien souvent, en médecine, dans des services de gastro-entérologie). Parmi ces lits, près de la moitié sont des lits de « postcure », et les autres sont répartis entre psychiatrie et médecine interne et spécialisée⁴⁵.

1.3.3 La situation en Ile-de-France

Au niveau régional, le nombre de consommateurs excessifs d'alcool est estimé à un million pour les hommes et à 300 000 pour les femmes ; le nombre d'alcoolodépendants est estimé à 400 000 personnes, dont 75% seraient des hommes. La région présente néanmoins un profil de consommation d'alcool inférieur à la moyenne nationale : en 2005, 19% des 15-25 ans avouaient un usage régulier d'alcool, contre 21,5% en moyenne sur le territoire national, ce qui situait la région au 16^e rang national.

Consommation d'alcool chez les 15-75 ans en 2005 (en %) – Source : INPES

	Ile-de-France			France entière
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
Expérimentation	90	88	89	92,5
Usage au cours de l'année	82	80	81	86,3
Usage au cours de la semaine	53	35	44	48,6
Usage régulier	27	11	19	21,5
Usage quotidien	17	16	12	14,4

Sur le territoire de santé 92-2, dont dépend le Centre Hospitalier des Quatre Villes, il existe un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST), géré par l'association Oppelia, à Boulogne-Billancourt, et deux CCAA, l'un à Saint-Cloud, l'autre à Boulogne-Billancourt, et dépendant tous deux du Centre Hospitalier des Quatre Villes.

Une réunion préparatoire à la réalisation d'un SROS addictions en Ile-de-France, le 9 juillet 2009, a permis d'identifier l'offre de soins sanitaire des Hauts-de-Seine⁴⁶.

a) Des établissements à faible activité en alcoologie

Certains établissements ont une activité, faible ou importante, en addictologie sans prendre spécifiquement en charge les patients alcooliques. Ainsi, en 2007, l'hôpital de Neuilly-Courbevoie (territoire de santé 92-3) a créé une consultation de prévention du tabagisme, d'abord à destination de ses agents, puis avec une ouverture sur l'extérieur. Mais il n'a pas de projet formalisé. L'addictologie n'apparaît pas non plus comme un axe

⁴⁴ NORDMANN R. et HAAS Ch., *op. cit.*, p. 7.

⁴⁵ DEMONGEOT M. et SOKOLOV I., *op. cit.*, p. 187-188.

⁴⁶ N'étaient pas représentés : l'hôpital Corentin-Celton (Issy-les-Moulineaux), l'hôpital Foch (Suresnes), l'hôpital Nord 92 (Villeneuve-la-Garenne) et le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre. Mais aucun de ces trois établissements ne semble avoir une activité particulièrement développée dans le domaine de l'addictologie, à l'exception de l'hôpital Corentin Celton, qui accueille le CSST Chimène.

prioritaire de l'hôpital Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt, territoire de santé 92-2) mais commence à se structurer. Depuis 2007, ont ainsi été formalisées des consultations d'alcoologie et de tabacologie (environ 1 000 consultations par an), une activité de liaison assurant environ 600 interventions par an, et une activité hospitalière pour les sevrages simples de dépendance alcoolique et toxicomaniaque au sein du service de médecine interne (environ 100 hospitalisations par an). L'hôpital Beaujon (Clichy, territoire de santé 92-3), pour sa part, dispose d'une unité principalement ambulatoire, assurant 6 400 consultations d'addictologie par an (plus 365 consultations de tabacologie) et de lits d'hôpital de jour en médecine interne. Une équipe de liaison a permis de suivre 645 patients en 2008. L'hôpital Beaujon souhaite, dans le cadre des regroupements en Groupes hospitaliers universitaires, profiter du rapprochement avec les hôpitaux Bichat et Louis-Mourier pour renforcer les moyens en addictologie de l'hôpital Bichat et se positionner comme une structure de niveau 3 (évolution fortement contestée par les praticiens de Louis-Mourier, qui souhaitent continuer à travailler en autonomie).

b) Des établissements assurant une prise en charge plus ou moins formalisée

D'autres établissements, au contraire, incluent dans leurs structures une prise en charge pour les patients alcooliques, même si celle-ci n'est pas forcément formalisée. L'hôpital Antoine-Béclère (Clamart, territoire de santé 92-1) assure 3 800 consultations d'addictologie par an au sein de la polyclinique de l'hôpital et dispose d'une équipe de liaison qui voit environ 600 patients par an. Une centaine de sevrages simples sont assurés chaque année, principalement au sein du service d'hépatogastroentérologie.

L'hôpital Louis-Mourier (Colombes, territoire de santé 92-3) dispose quant à lui d'un pôle de psychiatrie – addictologie ; il est doté de 8 lits d'hospitalisation de semaine, principalement utilisés pour des sevrages d'alcool, mais aussi en cas de dépendance aux drogues ou aux addictions comportementales. Environ 80 hospitalisations y ont eu lieu en 2008. Il assure aussi des consultations et une activité de liaison en addictologie. Il a une importante activité de recherche clinique et fondamentale, en lien avec une unité de l'INSERM. Il souhaite par conséquent obtenir une reconnaissance en niveau 3. Il a le projet d'ouvrir une hospitalisation de jour spécialisée sur les addictions.

L'hôpital Gouïn (Clichy, territoire de santé 92-3) est un établissement participant au service public hospitalier (PSPH) et assurant principalement une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR). Il dispose de 94 lits et couvre trois spécialités, sans qu'il y ait de répartition formalisée des lits : l'activité digestive, métabolique et endocrinienne ; l'activité polyopathologique ; et l'activité d'addictologie. Cette dernière représente environ 15% de l'activité totale, avec 341 séjours en 2008. La durée moyenne de séjour y est d'environ 3 semaines et le séjour peut inclure des sevrages simples. Les médecins assurant l'activité

d'addictologie sont venus à cette spécialité par l'hépatologie, en traitant principalement des patients avec des comorbidités alcooliques, ce qui explique que l'addictologie prenne principalement en charge des patients alcooliques. L'hôpital Goüin n'assure pas de consultation d'addictologie formalisée.

c) Le secteur privé

Les cliniques du Château (Garches) et Bellevue (Meudon), situées sur le territoire de santé 92-2, assurent une prise en charge psychiatrique générale et de 25% à 30% de leurs patients présentent des difficultés avec l'alcool. Ces cliniques développent aussi la prise en charge d'autres addictions, comme les addictions au jeu, avec l'ouverture d'un Relais Jeunes à Sèvres. Elles assurent au total de 25 000 à 30 000 consultations par an ; en hospitalisation, la durée moyenne de séjour va de 23 à 28 jours. Cependant, ces cliniques tiennent à leur identification psychiatrique généraliste et refusent de se positionner spécifiquement comme des centres d'addictologie.

La clinique Montevideo (Boulogne-Billancourt, territoire de santé 92-2), spécialisée dans la prise en charge des addictions, dépend de la Fondation Rothschild et dispose de 45 lits de SSR agréés mais non conventionnés. Elle assure environ 340 sevrages par an et la durée moyenne de séjour est de 25 jours. Elle assure en outre environ 4 000 consultations par an, majoritairement pour des patients ayant déjà été hospitalisés.

Enfin, sur le territoire de santé 92-2, le Centre Hospitalier des Quatre Villes assure une prise en charge médico-sociale et sanitaire en addictologie-alcoolologie.

« Panser vos plaies, vous instruire n'est pas l'essentiel de ce que je peux faire pour vous. [...] Vous n'avez en face de vous ni un juge risquant de vous condamner, ni un confesseur allant vous donner l'absolution, mais ce personnage à la fois désiré et redouté qu'est le médecin. Ce médecin qui consacre sa vie à l'étude de tels problèmes, a appris à observer une neutralité bienveillante et humaine, et à vous aider à créer ce lien psychologique entre lui et vous, lien qui sera un des instruments les plus efficaces du traitement⁴⁷. »

2 L'objectif du CH4V : assurer une prise en charge globale du patient alcoolique

2.1 La prise en charge sanitaire

2.1.1 Le service de médecine alcoologie – addictologie au sein du CH4V

a) Le Centre Hospitalier des Quatre Villes

Le Centre Hospitalier des Quatre Villes (CH4V), établissement public de santé doté de 510 lits et places, relève du territoire de santé 92-2, territoire situé au centre du département des Hauts-de-Seine, et limitrophe des départements de Paris et des Yvelines. Il a été créé par la fusion, au 1^{er} janvier 2006, du Centre hospitalier de Saint-Cloud et du Centre hospitalier intercommunal Jean Rostand (Chaville, Sèvres, Ville-d'Avray). En 2009, la Synthèse actualisée du projet d'établissement a permis d'identifier plusieurs points forts au sein de l'établissement :

- *« Un pôle femme-enfant (obstétrique, gynécologie, néonatalogie, PMA) conséquent, dont la compétence et la qualité de prise en charge sont largement reconnues.*
- *Un pôle médecine-SSR (médecine polyvalente, médecine gériatrique, hémodialyse, SSR à orientation gériatrique) performant, qui répond parfaitement aux besoins de la population environnante.*
- *Une filière d'alcoologie qui comporte une unité de médecine alcoologie – addictologie de 27 lits (l'une des seules de la région Ile-de-France de cette ampleur), deux centres de consultation ambulatoire en alcoologie (CCAA), à Saint-Cloud et à Boulogne-Billancourt, des partenariats étroits avec des centres de post-cure et une prise en charge médico-sociale des patients à domicile ou placés en famille d'accueil.*
- *La filière gériatrique composée d'une prise en charge externe (consultations de gériatrie, consultations mémoire, accueil de jour en EHPAD), d'une phase*

⁴⁷ CLAVREUL J. et FOUQUET P., 1956, *op.cit.*, Lettre VIII, p. 21.

diagnostique et thérapeutique dans les services de médecine et de SSR, d'un hébergement adapté dans ses deux EHPAD et son USLD.

- *Un accueil des urgences de proximité 24 h/24 sur les 2 sites, avec un flux de 26 000 passages par an et la présence sur place de lits d'aval dans plusieurs spécialités (y compris chirurgicales) bien que pénalisées dans leur capacité de prise en charge des patients du fait des limitations d'accès à un plateau complet d'imagerie moderne.*
- *Un plateau technique performant [...]. »*

Il présente toutefois certaines faiblesses :

- *« Un environnement fortement concurrentiel [...].*
- *Des recettes d'activité insuffisantes en chirurgie et en réanimation au regard du modèle médico-économique actuel (tarification à l'activité – T2A).*
- *Une activité chirurgicale (hors gynécologie) à la limite des seuils préconisés.*
- *Une activité de réanimation/surveillance continue fragilisée par le départ de médecins anesthésistes/réanimateurs et l'activité insuffisante au regard des exigences du SROS et de l'autorisation accordée en 2007.*
- *Des transformations architecturales planifiées sur la période 2009-2013 qui ne permettent pas dans l'immédiat le regroupement des activités et l'optimisation des ressources et qui vont occasionner de fortes contraintes organisationnelles et financières pendant les travaux.*
- *Une démographie médicale préjudiciable à la nécessité de recruter de nouveaux médecins dans certaines spécialités [...].*
- *L'absence de scanner et d'IRM dédiés et un accès limité aux équipements détenus par le Centre René Huguenin⁴⁸, notamment pour les urgences. »*

b) La filière de médecine alcoologie – addictologie

La filière de médecine alcoologie – addictologie est une compétence ancienne et reconnue au CH4V : les premières activités de prise en charge spécifique des patients alcooliques ont été créées en 1950, sous l'impulsion du docteur Haas, à Saint-Cloud. Si l'alcoologie s'est maintenue à Saint-Cloud depuis cette période, elle a été plus ou moins visible au fil des années : en 1950, c'est en tant que responsable du service de gastro-entérologie que le docteur Haas a commencé à développer l'activité ; l'alcoologie a, rapidement, occupé la majeure partie des lits de ce service, mais s'est heurtée au refus de différents acteurs (médecins comme directeurs) de l'autonomiser, jusqu'en 2007, où le

⁴⁸ Centre de lutte contre le cancer voisin du CH4V, et qui abrite les équipements d'imagerie qu'utilise le CH4V.

service de gastro-entérologie a été remplacé par un service de médecine alcoologie – addictologie de 27 lits, sous la responsabilité du docteur Anastassiou.

Cette activité, fondée sur un protocole thérapeutique complet et innovant, comprend un volet sanitaire, un volet ambulatoire et des partenariats diversifiés. En plus des consultations (2 975 consultations en alcoologie en 2008), le service de médecine alcoologie – addictologie a été reconnu en 2008 par l'Agence régionale d'hospitalisation comme une structure de soins addictologiques de recours, de niveau 2. En 2008, le service a vu l'hospitalisation de 703 patients, pour une durée moyenne d'hospitalisation de 13,31 jours (soit un taux d'occupation de 94,7%). Le personnel non médical de ce service comprend une cadre de santé à plein temps, 1,7 équivalent temps plein (ETP) de psychologue, 1 ETP d'assistante sociale, 4,8 ETP d'infirmière, 5,8 ETP d'aide-soignante (AS) et 4 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH). Le fonctionnement normal du service suit ces règles : deux AS et deux ASH le matin, et une AS et une ASH le soir ; trois infirmières sont présentes dans la journée, suivant des rythmes différents : l'une travaille de 6h45 à 14h15, une deuxième de 7h00 à 19h00 et la troisième de 13h30 à 21h00 (soit deux rythmes de 7h30 et un de 12h00).

Le pôle de soins ambulatoires comprend les deux Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les activités de l'association d'entraide des « rétablis » (les néphalistes) de l'Unité pour la recherche et les soins en alcoologie (URSA).

Les équipes comportent, sous la responsabilité du docteur Anastassiou, des praticiens reconnus et réputés, comme le docteur Sokolow, présidente d'honneur des Alcooliques anonymes, et le docteur Craplet, médecin délégué de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) et médecin expert auprès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Commission européenne.

2.1.2 De « l'avenance de la parole » aux soins

Les patients viennent adressés par une association d'alcooliques anonymes, sur le conseil de leur médecin traitant ou d'un service psychologique, ou encore par le bouche-à-oreille (celui-ci porte loin : certains patients sont hospitalisés au CH4V alors qu'ils habitent en Corse, à Toulon ou encore dans les départements d'Outre-mer).

De plus en plus de patients sont polydépendants, en particulier au cannabis et, de plus en plus souvent, à la cocaïne. Ces patients sont alors en général jeunes (entre 25 et 35 ans) : le cannabis prépare à la dépendance à l'alcool et accroît ses effets néfastes. Le service de médecine alcoologie accueille aussi de plus en plus de personnes âgées (plus de 75 ans) : vivant seules, isolées, ces personnes constituent une population à risque.

Comme l'explique le docteur Descombey :

« La cure est un processus plus riche que le seul sevrage (qu'elle comporte) et n'a aucun rapport avec la prétendue « cure de désintoxication ». Elle concerne à la fois le

corps et le psychisme. D'où l'importance du bilan somatique et biologique, dont le patient doit se voir expliquer les résultats jour après jour, et non pas au terme du traitement, car la prise de conscience du malade ne peut être que progressive et doit faire l'objet d'un travail psychique. D'où aussi l'importance du récit de l'histoire personnelle, où il restitue l'alcool au même titre que tous les problèmes familiaux, professionnels, psychologiques qui émergent. Le but de la cure est double : il est d'exclure l'alcool de la vie du sujet, parce qu'il la menace, et de l'aider à vivre ainsi sans être malheureux, ce qui n'est pas simple. La cure ainsi revalorisée dans son contenu a donc une unité : elle va de la précure (qui assure l'engagement dans le traitement) à la cure hospitalière (épisode qui n'est pas obligatoire) et à la « postcure », en institution ou dans la vie normale, qui n'est qu'une nouvelle phase de la cure⁴⁹. »

Cette « philosophie du soin » se retrouve au sein du service de médecine alcoologie – addictologie du CH4V⁵⁰. Suivant l'idée du docteur Haas que l'alcoolisme est notamment « *une maladie de la communication* », de nombreuses réunions sont organisées pour les patients. Chaque patient, en plus des entretiens avec l'équipe soignante, doit ainsi assister à deux réunions quotidiennes en moyenne ; les médecins et les soignants essaient aussi d'organiser des réunions avec les proches du patient. En effet, et selon le docteur Craplet, l'alcoologue n'est pas tant dans la « *neutralité bienveillante* » du psychiatre que dans « *l'avenance de la parole* » : il dit les choses, énonce les faits, et conseille⁵¹. D'où l'accent mis sur des réunions telles que le « Grand Cirque », qui se tient une fois par mois (traditionnellement, le deuxième vendredi du mois) et réunit des membres de l'équipe soignante, des patients (issus de l'hospitalisation comme des consultations sanitaires et médico-sociales) et des « rétablis ». Ce « grand cirque » se déroule en trois temps : d'abord un exposé, fait par un médecin ou un psychologue, pour retracer le développement de la maladie alcoolique. Sont aussi abordés les modalités du traitement et ses limites, la nécessité de l'abstinence et sa justification, ou encore le rôle de la solidarité entre anciens buveurs. Puis la parole est donnée à ceux qui désirent témoigner du soutien offert par un groupe d'anciens buveurs. Des participants de ces groupes sont invités et n'hésitent pas à témoigner. Enfin, la troisième partie est réservée à la discussion. D'autres réunions groupales sont organisées tout au long de l'hospitalisation, comme celle présentant les « lettres de Fouquet⁵² », des projections suivies de débat, ou encore des ateliers d'art-thérapie.

⁴⁹ DESCOMBEY J.-P., 1998, *L'Homme alcoolique*, Paris : Editions Odile Jacob, p. 131 et 134.

⁵⁰ Les paragraphes qui suivent reprennent les explications du docteur Sokolow lors d'un entretien, le 21 avril 2009.

⁵¹ Source : entretien avec le docteur Craplet, 25 juin 2009.

⁵² Il s'agit de lettres rédigées par le docteur Fouquet et présentant, aussi bien aux patients qu'à leurs proches, l'alcoolisme et son traitement. Au cours de la lecture et de l'explication de ces lettres, les patients sont invités à rédiger leur autobiographie, pour objectiver leur relation avec l'alcool.

Durant la phase de sevrage, qui dure environ trois jours, le personnel paramédical joue un rôle très important : les patients sont très demandeurs de soins psychologiques et affectifs, ils ont besoin d'être écoutés et rassurés (le docteur Sokolow a par exemple employé à plusieurs reprises l'image des enfants : les patients hospitalisés en alcoologie ont besoin de repères et d'un soutien affectif).

L'hospitalisation dure environ quinze jours : durant la première semaine a lieu le sevrage et se tiennent les premiers retours sur l'alcoolisme ; durant la seconde semaine, les patients continuent ce travail de retour, se livrent à un travail d'écriture de leur dépendance, et de préparation à la sortie et au suivi.

En hospitalisation, est recherché un sevrage ; par conséquent, la ligne suivie est celle d'une abstinence totale. Mais ce sevrage s'accompagne de multiples syndromes, comme la sueur, des tremblements, des cauchemars, de l'angoisse, et même des crises d'épilepsie, voire de *delirium tremens*. Pour prévenir ces risques, les patients se voient prescrire des tranquillisants et des vitamines et l'équipe s'assure qu'ils se réhydratent. D'autres traitements sont ajoutés en fonction de l'état psychologique : des antidépresseurs, des somnifères et des tranquillisants en cas d'insomnie, ou encore des neuroleptiques en cas de problèmes psychotiques ou d'agressivité. La dose prescrite baisse rapidement : le patient doit prendre le moins de médicaments possible pour éviter à la fois une nouvelle dépendance et un mélange entre alcool et médicaments en cas de rechute. A sa sortie, il se voit remettre une ordonnance pour quinze jours, afin de s'assurer qu'il consulte un médecin rapidement.

2.1.3 L'importance du suivi *ex post*

Selon le docteur Sokolow, ce qui fait l'efficacité de l'hospitalisation, c'est le suivi *ex post* : il faut environ trois jours pour un sevrage, mais un an pour réapprendre à vivre normalement, sans dépendance de l'alcool. Les patients en alcoologie sont souvent des personnes inhibées qui, sevrées, risquent de se retrouver paralysées par la peur. Pour faire face à ce risque, le suivi au CH4V est assuré dans trois domaines : médical, psychologique et par les groupes d'anciens buveurs (les Alcooliques anonymes, la Croix d'Or, la Croix bleue, ou encore l'unité propre au centre hospitalier : l'Unité pour la recherche et les soins en alcoologie, URSA). Dès l'hospitalisation, chaque patient se voit remettre une feuille présentant les différentes structures d'entraide auxquelles il pourra s'adresser après sa sortie. Par exemple, l'URSA, association de néphalistes créée dans les années 1980 par le docteur Rivière, en charge de l'alcoologie après le départ du docteur Haas, propose des ateliers de relaxation, d'art thérapie, de théâtre, ou encore des promenades. Des réunions, enfin, sont assurées par les médecins pour continuer le travail de communication, de reprise de pouvoir sur soi-même. L'enjeu est de redevenir

actif. Les anciens buveurs, appelés « rétablis » au CH4V, occupent ainsi une place essentielle dans la prise en charge quotidienne et le soutien aux patients actuels.

Paradoxalement, le suivi des anciens hospitalisés peut constituer un frein à la prise en charge de nouveaux patients : il prend beaucoup de temps, si bien qu'il n'est pas rare que quelqu'un s'adressant au CH4V pour une première consultation se voie opposer un délai de quatre, voire six semaines, ce qui se révèle rédhibitoire.

Après l'hospitalisation, au moins la moitié des patients part en post-cure pour continuer le travail sur soi et la psychothérapie. En fonction des besoins du patient, le suivi peut porter sur les aspects psychologiques, physiques, des réunions de groupe, ou encore des questions de polytoxicomanie. Mais, du fait d'un manque de places disponibles, les délais sont parfois longs entre la sortie de l'hospitalisation et leur admission en post-cure, si bien que certains rechutent entre-temps ; c'est pourquoi le CH4V a cherché à nouer des partenariats privilégiés avec des établissements de post-cure et a commencé à s'interroger sur la création d'un centre de soins de suite.

2.2 La prise en charge médico-sociale : CCAA, RAFTA, CSAPA

2.2.1 L'amont : les CCAA

Pour assurer la prise en charge médico-sociale, le Centre Hospitalier des Quatre Villes dispose de deux Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), tous les deux créés en 1984, l'un situé au sein même de l'hôpital, sur le site de Saint-Cloud, à proximité du service de médecine alcoologie – addictologie, et l'autre, le Centre Arthur Rimbaud, à Boulogne-Billancourt.

Les CCAA sont des structures d'accueil, d'écoute et de soins assurant le suivi ambulatoire de toute personne confrontée à un problème d'alcoolisation. Animés par une équipe pluridisciplinaire, ils sont, pour les CCAA du CH4V, en relation étroite avec les professionnels du secteur sanitaire. Les deux CCAA proposent une offre variée de prise en charge : accueil et conseils ; consultations médicales et entretiens individuels et familiaux ; accompagnement social ; prévention et information ; formation et interventions.

Les CCAA du CH4V ont pour mission, tout d'abord, de soulager la souffrance manifestée par le « symptôme alcool », en mettant à disposition des soins alcoologiques médicaux et une aide psychologique, par une activité d'accompagnement social, en relation avec les acteurs des secteurs sanitaire et social. Ils visent aussi à participer à l'information du public, que ce soit de façon ponctuelle par des conseils et des orientations individuelles, ou plus formellement, en participant à des interventions auprès de publics spécifiques (milieu scolaire, associations de quartier, ou encore interventions en entreprise), et à participer à des actions de formation professionnelle.

Personnel des structures médico-sociales du CH4V et du RAFTA :

	CCAA Saint-Cloud	CCAA Arthur Rimbaud	RAFTA
ETP :			
- Médecin généraliste	0,9	0,6	0,5
- Psychiatre	0,4	0,5	0
- Infirmière	0	1	0
- Psychologue	2,1	1	1,5
- Aide-soignante	0,5	0	0
- Assistante sociale	0,5	0	0,7
- Secrétaire	0,5	1	0
- Agent administratif	0	0,25	0
- Coordinatrice	0	0	1
- Chargée d'accueil	0	0	0,75
Total ETP	4,9	4,35⁵³	4,45
File active 2008 :			
- Patients	584	202 ⁵⁴	
- Actes	3 155	1 880	

La distinction entre les CCAA et les consultations ambulatoires au sein d'un service d'addictologie, comme le service de médecine alcoologie – addictologie du CH4V, peut n'être pas évidente, comme le reconnaît le docteur Anastassiou, qui souligne par ailleurs que plusieurs études ont, au cours de ces dernières années, conclu à l'inutilité d'opposer prise en charge ambulatoire et prise en charge hospitalière⁵⁵. Cependant, la distinction est en réalité surtout d'ordre psychologique : dans le domaine des addictions en général, et de l'alcoolisme en particulier, de nombreuses personnes sont dans le déni de la maladie. Entre la prise en charge hospitalière, lourde de symboles, et le refus de soins, la prise en charge dans des CCAA peut ainsi apparaître comme un moyen terme acceptable car non stigmatisant par les personnes présentant des difficultés avec l'alcool mais refusant de le reconnaître, ou refusant de voir dans leurs problèmes une éventuelle maladie. L'avantage des deux CCAA est qu'étant gérés par un établissement de santé présentant une spécialisation forte en alcoologie, ils peuvent tout de suite orienter la personne accueillie vers une prise en charge hospitalière si le besoin s'en fait sentir.

⁵³ L'équipe est renforcée à l'automne 2009 par le recrutement d'un pédopsychiatre.

⁵⁴ Sa file active moyenne a été de 316 patients par an entre 2001 et 2007, pour 2 224 actes par an en moyenne ; en 2008, suite au départ d'un praticien, cette file active a diminué d'un tiers

⁵⁵ Notamment une étude de l'université Stanford, dirigée par J. W. Finney en 1996, et une étude multicentrique « MATCH » copilotée par Th. Babor en 2008.

2.2.2 L'aval : le RAFTA

Il est souvent difficile, pour des patients souffrant ou ayant souffert de difficultés avec l'alcool, de reprendre une vie normale après une cure : nombre d'entre eux ont rompu les liens familiaux, professionnels, ou encore sociaux, ce qui rend nécessaire une phase d'adaptation, pour réapprendre à vivre en société. Mais peu de structures permettent une telle phase d'adaptation : c'est ce constat qui a motivé la mise en place du Réseau d'accueil familial thérapeutique pour malades alcooliques (RAFTA), créé en mars 2007 à titre d'expérimentation (arrêté préfectoral n°2007-009 du 11 janvier 2007). Il s'agit de la première structure d'accueil familial thérapeutique en alcoologie. L'objectif de ce Réseau, localisé au CH4V, à Saint-Cloud, est de permettre l'accueil de 10 personnes alcooliques par 5 familles d'accueil, soit deux personnes hébergées par famille. Ses missions sont d'accueillir et d'informer les patients candidats adressés par leur médecin référent, d'organiser la rencontre et de favoriser la communication avec les familles d'accueil pressenties et d'accompagner le patient, épaulé au quotidien par sa famille d'accueil avec l'équipe du RAFTA.

Le premier patient a été accueilli le 29 mars 2007. Entre mars 2007 et le 31 décembre 2008, 23 patients ont été pris en charge (17 hommes et 6 femmes), dont 17 en 2008, avec un taux de succès très satisfaisant (certains, sortis prématurément de l'accueil, ont été ensuite de nouveau hébergés par de nouvelles familles) :

Durée de l'accueil familial thérapeutique pour les patients sortis (y compris les patients ayant effectué deux séjours après une première rupture de séjour) :

	De mars à décembre 2007	2008
Sortie durant le 1 ^o mois du séjour	2	3
Sortie entre 1 et 3 mois	1	3
Sortie entre 3 et 6 mois	3	4
Sortie entre 6 et 9 mois	2	1 (au 2 ^o séjour)

En comptant ceux qui ont interrompu leur séjour, 57% des patients étaient abstinents à leur sortie du séjour. A l'exception d'une personne dont le RAFTA n'a pas de nouvelles, tous les sortants restent en contact avec la structure.

Les familles d'accueil sont recrutées sous la forme de contrat à durée déterminée (CDD), qui peut être requalifié en contrat à durée indéterminée (CDI). Les « accueillants » ont un âge assez élevé (50 à 69 ans).

Le RAFTA a développé un principe de visites à domicile, programmées en fonction du projet thérapeutique et de l'évolution de l'accueilli, une fois par semaine au minimum le premier mois. Ces visites à domicile sont assurées dans un premier temps par une psychologue et peuvent ensuite l'être par une chargée d'accompagnement en alcoologie – addictologie ou par une assistante sociale. Les familles d'accueil étant réparties sur tout le territoire (la distance maximale autorisée est de 100 km à partir de la structure

coordonnatrice, c'est-à-dire à partir de Saint-Cloud), ces visites à domicile sont coûteuses en temps et en déplacements. En 2008, le RAFTA a permis d'héberger 17 patients, pour un total de 1 326 journées d'hébergement. L'ensemble de ses charges s'est élevé à 499 685,05 euros, soit un coût total de 376,84 euros par jour d'hébergement. La DDASS considère ce coût comme trop élevé et a souvent paru réticente à prolonger l'expérience du RAFTA. Il est toutefois difficile d'établir des comparaisons, puisque le RAFTA est une structure pionnière.

2.2.3 L'évolution réglementaire vers des CSAPA

Les centres d'hygiène alimentaire ont été créés par circulaire en 1970 et ont été axés autour d'un public ayant une consommation excessive d'alcool ou risquant de le devenir⁵⁶. S'imposent alors les enjeux de dépistage et de traitement précoce. Ces centres sont complétés et transformés par la circulaire DRT n° 5-83 du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool ; celle-ci consacre le terme d'alcoologie en créant les Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) et précise qu'ils ont vocation à s'occuper de toute personne ayant des difficultés avec l'alcool. Ils s'occupent de prévention et de traitement. La circulaire prévoit aussi la possibilité de créer, dans chaque hôpital, une unité d'alcoologie.

La loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et le décret n° 98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique remplacent les CHAA par les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), avec pour mission d'assurer « *le diagnostic, l'orientation, la prise en charge thérapeutique des personnes en difficulté avec l'alcool ainsi que l'accompagnement social de ces personnes et de leur famille*⁵⁷. » Les CCAA sont dotés d'une équipe pluridisciplinaire, regroupant un médecin et au moins deux professionnels : psychologues, infirmiers, diététiciens, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, ou encore aides-soignants. Ce sont des établissements médico-sociaux financés par l'Assurance-maladie, sur l'enveloppe de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Les consultations sont gratuites pour les usagers, qui doivent fournir une attestation d'affiliation à un régime d'assurance-maladie.

Enfin, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie ont créé lesdits Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), qui doivent

⁵⁶ Le premier centre d'hygiène alimentaire a été fondé en 1957 par le docteur Le Go.

⁵⁷ Les centres du CH4V ont été transformés en CCAA par arrêtés préfectoraux du 29 juin 1999.

fusionner les CCAA et d'autres dispositifs de prise en charge des addictions. Selon cette circulaire, ces CSAPA peuvent être généralistes, et prendre en charge l'ensemble, ou du moins la plupart, des addictions, ou spécialisés, par exemple sur l'alcool.

2.3 La conduite du dossier d'autorisation de CSAPA

2.3.1 Deux projets différents et deux visions différentes de la prise en charge des patients alcooliques

La préparation du dossier de CSAPA du CH4V s'est trouvée perturbée par l'irruption d'un acteur inattendu : le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) « Le Trait d'Union ». Géré par l'association Oppelia, présidée par le docteur Alain Morel, l'un des spécialistes actuels en matière d'addictologie, ce CSST est un acteur reconnu et compétent dans la prise en charge des toxicomanes ; il est situé à Boulogne-Billancourt, à proximité du CCAA Arthur Rimbaud, et les deux centres ont travaillé de façon plus ou moins rapprochée depuis leur création. Dans le cadre de la transformation des structures en CSAPA, il avait été envisagé un partenariat des deux futurs CSAPA pour des actions spécifiques, ou pour des transferts de patients (le Trait d'Union commence, depuis quelques années, à prendre en charge des patients alcooliques, dans une proportion qui reste toutefois très minoritaire), jusqu'à ce que le CH4V apprenne que le Trait d'Union avait l'intention de demander que le centre Arthur Rimbaud lui soit rattaché.

Le projet de création de ce CSAPA permet de distinguer deux conceptions de prise en charge des addictions : l'une qu'il est possible de qualifier d'horizontale, et l'autre, de verticale. La première correspond à la conception du Trait d'Union : il s'agit de constituer une structure capable de prendre en charge, pour la partie médico-sociale uniquement, l'ensemble des addictions (la volonté du Trait d'Union est d'ailleurs de créer un CSAPA généraliste, tandis que le CH4V souhaite créer un CSAPA spécialisé sur l'alcool). Dans ce cadre, le projet prévoit la fusion des équipes et la mutualisation des moyens, et une différenciation des accueils selon les populations et selon les activités.

A l'inverse, le projet défendu par le CH4V peut s'apparenter à une conception verticale de la prise en charge : l'établissement se spécialise certes sur une addiction, mais s'assure que, dans le cadre de cette spécialité, tous les cas de figure, médico-sociaux comme sanitaires, puissent être pris en charge, directement par l'établissement, ou en partenariat avec d'autres structures.

En d'autres termes, et si chacun des projets semble pertinent dans son domaine, tandis que l'approche du Trait d'Union paraît plus proche de l'esprit de la circulaire du 28 février 2008 relative aux CSAPA, elle témoigne aussi d'une défiance vis-à-vis de la coopération entre les secteurs sanitaires et médico-social, s'éloignant en cela des

objectifs de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, loi dont au contraire le CH4V se rapproche.

Une réunion, organisée le 9 avril 2009, n'ayant pas permis d'aplanir les divergences, chaque structure présente un projet différent à la DDASS, à qui il reviendra de trancher, notamment sur la question de la gestion du centre Arthur Rimbaud. Il semble toutefois que celle-ci penche en faveur du projet du CH4V, ne serait-ce que parce que ce centre est déjà géré, depuis plus de dix ans, par le CH4V.

2.3.2 Le dossier d'autorisation

Le « dossier de demande d'autorisation de création de CSAPA » a été reçu le 17 juin 2009. Il se composait de cinq parties : le dossier administratif ; la description du projet ; le projet architectural ; le personnel et le tableau des effectifs ; et la partie financière. Le docteur Anastassiou, chef du service de médecine alcoologie – addictologie, a été chargé, dans la partie consacrée à la description du projet, de compléter les éléments médicaux (par exemple sur la mise en œuvre des missions). J'ai été chargé de coordonner la rédaction du dossier et de ses annexes, ce qui m'a notamment fait travailler avec la direction des affaires financières et avec la direction des travaux pour la partie architecturale. A plusieurs reprises, des réunions avec la Direction ont été organisées pour faire le point.

Certaines difficultés ont eu trait au fait que ce dossier s'adressait prioritairement à des établissements médico-sociaux : la présentation des documents, notamment financiers, obéissait à des règles qui différaient de celles des établissements de santé. La direction des affaires financières s'est chargée de la mise en forme des documents.

D'autres difficultés tenaient au contenu même du dossier. Ainsi était-il demandé une file active prévisionnelle ; or la dernière file active des deux CCAA n'apparaissait pas satisfaisante, du fait de carences de personnel en 2008, ce qui a entraîné une diminution de la file active par rapport aux années précédentes. Il a par conséquent été décidé de procéder comme suit : la file active prévisionnelle pour 2010 a été établie compte tenu de la moyenne des années précédentes, sans absence de personnel, à laquelle a été ajoutée une légère hausse, pour prendre en compte la hausse de temps médical prévue à partir de l'automne 2009 avec le recrutement d'un médecin à temps plein, pour remplacer un médecin à temps partiel. Ensuite, pour les années 2011 et 2012, a été appliquée une hausse annuelle de 5%, certes élevée par rapport à l'augmentation d'activité moyenne du CH4V en 2008 (sur l'ensemble de l'établissement, l'activité a augmenté de 0,08% en 2008 et l'état des prévisions de recette et des dépenses pour 2009 a été bâti sur l'hypothèse d'une hausse de l'activité de 1%), mais réaliste : les différents partenariats que le CH4V est en train de nouer devraient permettre d'accroître la fréquentation de ses structures médico-sociales.

D'autre part, la répartition par âge fait apparaître qu'en 2008, les mineurs ont représenté 0,4% de la population prise en charge par les deux CCAA, les 18/24 ans, 1,1%, les 25/50 ans, 51,5% et les plus de 50 ans, 47%. Il ne semblait pas possible, pour les trois ans à venir, de reprendre exactement cette répartition, alors même que le CH4V annonçait, au cours du dossier de candidature, sa volonté d'assurer une plus grande prise en charge des jeunes et des personnes âgées. Les prévisions d'activité ont ainsi été bâties sur la base d'une baisse de la part des 25/50 ans (de 51,5% à 45%) et sur une hausse de 0,4% à 2% pour les mineurs et de 1,1% à 8% pour les 18/24 ans. Pour les personnes âgées, la part devrait passer de 47% à 45% même si la file active va continuer à croître, les autres catégories de population prise en charge augmentant rapidement, ce qui s'explique d'une part par la volonté du CH4V de mettre l'accent sur les jeunes, d'autre part par le fait qu'il s'agit d'une population plus isolée, et par conséquent plus difficile à repérer, tandis qu'il est possible, par exemple, de travailler avec des éducateurs sociaux ou des associations sportives pour les jeunes.

Enfin, l'origine géographique des patients est légèrement modifiée, avec une baisse des patients issus du département (de 63% à 61%), une hausse de ceux issus de la région (de 34% à 36%) et une stabilité de ceux issus du reste du territoire, pour prendre en compte les effets prévisibles de conventions avec des établissements situés hors du département et souhaitant avoir recours aux structures médico-sociales du CH4V pour leurs patients.

2.3.3 Une difficulté particulière : l'intégration d'une structure associative

L'une des principales difficultés a en réalité concerné la reprise du RAFTA : il s'agit en effet d'une structure associative expérimentale, avec son fonctionnement propre, et notamment soumise, pour la rémunération de son personnel, aux règles de la Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 ; celle-ci s'est révélée particulièrement plus généreuse que les règles de la fonction publique hospitalière en matière de rémunération : pour certains personnels, les différences peuvent atteindre jusqu'à 30%.

Un dilemme s'est présenté au CH4V : il était injuste, aussi bien de reprendre les salaires tels quels, que de les aligner sur le régime général de la fonction publique ; dans le premier cas, les personnels de la fonction publique hospitalière auraient pu s'estimer désavantagés ; dans le second cas, le personnel du RAFTA aurait aussi pu l'être.

L'article L. 1224-3 du Code du travail dispose que « *Lorsque l'activité d'une entité économique employant des salariés de droit privé est, par transfert de cette entité, reprise par une personne publique dans le cadre d'un service public administratif, il appartient à cette personne publique de proposer à ces salariés un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée selon la nature du contrat dont ils sont titulaires. Sauf*

disposition légale ou conditions générales de rémunération et d'emploi des agents non titulaires de la personne publique contraies, le contrat qu'elle propose reprend les clauses substantielles du contrat dont les salariés sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération. En cas de refus des salariés d'accepter les modifications de leur contrat, la personne publique procède à leur licenciement, dans les conditions prévues par le présent code et par leur contrat. » Il a donc été décidé de proposer au personnel du RAFTA un contrat de droit public, reprenant les « *clauses substantielles* » de son ancien contrat, tout en minorant sa rémunération ; d'autres avantages ont en contrepartie été proposés. A la date de rédaction de ce mémoire, la réponse du personnel du RAFTA n'est pas encore connue, mais il semble que l'ensemble des agents soient d'accord pour accepter le contrat de droit public qui leur a été proposé.

Le dossier de demande d'autorisation de CSAPA, déposé à la DDASS des Hauts-de-Seine le 3 août 2009, doit être étudié en décembre 2009. Sans attendre cette échéance, le CH4V s'est concentré sur d'autres projets pour assurer une meilleure continuité des soins.

« Les malades de l'alcool ont encore trop souvent un parcours erratique dans le système hospitalier, car la plupart des spécialistes qui les accueillent se limitent à traiter les complications somatiques ou psychiatriques liées à l'alcool et ne savent pas organiser un véritable projet de soins alcoologiques efficace, poursuivi et évalué. Les rares alcoologues font un travail très utile, mais très ingrat compte tenu du désintérêt habituel pour la question⁵⁸. »

3 Assurer la continuité des soins à l'hôpital

L'objectif du Centre Hospitalier des Quatre Villes est aussi de renforcer la prise en charge sanitaire des patients alcooliques. Pour cela, diverses modalités de prise en charge sanitaire ont été étudiées, afin que le CH4V puisse s'inspirer des meilleures pratiques⁵⁹. A partir de ce constat, le CH4V a mis en évidence plusieurs axes de développement, axes qui ont fait l'objet d'un Projet stratégique, que j'ai rédigé sous la supervision de la directrice du CH4V et qui a été approuvé par les instances en juin et juillet 2009⁶⁰. C'est pourquoi cette partie présentera d'abord les exemples sur lesquels s'est appuyé le CH4V, puis les axes de développement envisagés, et enfin les travaux mis en place pour assurer l'avenir de la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes alcooliques au CH4V.

3.1 Modalités de prise en charge des structures environnantes

3.1.1 Le secteur privé non lucratif : l'Institut Paul Sivadon⁶¹

L'Institut Paul Sivadon émane de l'Association l'Elan retrouvé, fondée en 1948 dans le but de favoriser la réinsertion et la réadaptation des malades mentaux et handicapés physiques. Cette association, qui adhère à la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratifs (FEHAP), gère cinq établissements à Paris, dans les Hauts-de-Seine et dans le Val-de-Marne, dont l'Institut Paul Sivadon, implanté dans trois sites à Paris (dans les V^o, IX^o et XI^o arrondissements).

⁵⁸ NORDMANN R. et HAAS Ch., *op. cit.*, p. 2.

⁵⁹ L'objet de ce mémoire n'est pas de proposer une nouvelle organisation théorique de prise en charge des personnes alcooliques en France, mais d'étudier, dans le cadre législatif et réglementaire actuel, comment assurer une bonne prise en charge. Par conséquent, les établissements étudiés à titre de comparaison ne sont pas des exemples étrangers, où le contexte est différent, mais des établissements français, et même franciliens, afin de rester le plus près possible de la problématique et des contraintes locales et juridiques.

⁶⁰ Vote à l'unanimité du Comité technique d'établissement le 30 juin, de la Commission médicale d'établissement le 1^{er} juillet et du Conseil d'administration le 2 juillet 2009.

⁶¹ L'ensemble des informations relatives à l'Institut Paul Sivadon émane des Projets synthétiques et orientations stratégiques des services et établissements sanitaires et médicaux sociaux de l'Association l'Elan retrouvé (décembre 2007), notamment les pages 47 à 56, et du Projet d'établissement de l'Institut Paul Sivadon (décembre 2007), notamment les pages 85 à 99.

Cet Institut est doté d'une Unité d'alcoologie proposant une offre de soins étendue, au carrefour de la psychiatrie et de l'alcoologie. Il présente la particularité d'avoir une unité dédiée aux patients alcooliques et de proposer une continuité de prise en charge à travers plusieurs structures (hôpital de jour, ou encore service de soins de suite et de réadaptation) qui, elles, ne sont pas dédiées à l'alcoologie mais sont généralistes.

La diversité des structures relevant de l'Association l'Elan retrouvé permet, en plus du sevrage, d'envisager une hospitalisation à partir de l'unité d'alcoologie, et avec des services de médecine, de psychiatrie, de cure et de soins de suite. Le travail thérapeutique repose sur « l'écoute thérapeutique », qui « *permet au patient d'exister en tant que sujet avec son histoire (lui qui se place fréquemment en position d'objet vis-à-vis du corps médical qu'il contraint souvent à décider pour lui) et non pas seulement au travers de ses alcoolisations. C'est ainsi qu'il peut se réapproprier les soins qui prendront sens pour lui, permettant que ceux-ci s'inscrivent dans son histoire thérapeutique.* »

L'équipe soignante de l'unité d'alcoologie est composée de 4,26 ETP : 1,1 ETP de médecin psychiatre (le chef de service représentant 0,6 ETP), 0,23 de médecin gastro-entérologue, 0,5 de psychomotricien, 0,79 de psychologue, 0,31 d'assistante sociale, 0,33 de responsable administratif et 1 de secrétaire médicale.

L'Institut Paul Sivadon dispose aussi d'un hôpital de jour de grande taille (la capacité d'accueil est de 120 places) ; cinq places sont spécifiquement dédiées aux patients alcooliques. 55 patients ont été hospitalisés dans cette structure pour des problèmes d'alcoologie en 2006, dont 16 nouveaux patients, pour un total de 2 929 actes réalisés. En 2006, 232 patients ont été pris en charge dans l'unité de soins ambulatoires en alcoologie, dont 93 nouveaux patients, pour un total de 879 actes réalisés.

La prise en charge en alcoologie passe par des prises en charge individuelles (consultation et suivis psychiatrique, psychothérapique et alcoologique ; consultation et suivi somatique ; entretien avec l'assistante sociale ; relaxation individuelle) ; des prises en charge de couple et de famille (l'alcoolisme étant alors considéré comme un symptôme du dysfonctionnement familial) ; et des prises en charge de groupe, assurées par des thérapeutes : groupes de parole, d'arts plastiques, d'informatique, d'écriture, de chant, ou encore d'information autour de l'alcool.

3.1.2 Un soin de suite associatif : le Centre Gilbert Raby

Fondé en 1954 par « La Santé de la famille des chemins de fer français » (association de soutien aux personnels des Chemins de fer souffrant de problèmes avec l'alcool), d'abord sous le nom de « Curatorium de Thun », le Centre Gilbert Raby (CGR), centre à gestion associative, a obtenu le statut d'établissement participant au service public hospitalier (PSPH) en 2004. C'est un établissement de soins spécialisé dans la

maladie alcoolique, intervenant pour la cure comme pour la post-cure ; c'est l'établissement de référence de l'Île-de-France pour les soins de suite en alcoologie⁶². Le service de cure est doté de 50 lits ; l'établissement est agréé en psychiatrie non sectorisée et le prix de journée est d'environ 300 euros. L'établissement est agréé pour 60 lits de soins de suite, avec un prix de journée de 138 euros.

Situé dans les Yvelines, à Meulan, le CGR comprend au total 89 ETP pour 110 lits. Il procède à une médicalisation progressive des équipes. L'équipe soignante se compose de quatre psychiatres, six médecins généralistes, trois psychologues, trente infirmières et aides-soignantes, un kinésithérapeute, une diététicienne, six ergothérapeutes, un éducateur spécialisé, deux assistantes sociales, une assistante en économie sociale et familiale et trois animateurs loisirs.

Si le CGR accepte des patients souffrant de plusieurs addictions, il prend d'abord en charge des patients présentant des problèmes avec l'alcool. Le nouveau projet médical prévoit une spécialisation sur trois addictions : l'alcool, les médicaments et le tabac.

En 2007 (dernière année pour lesquelles des données étaient disponibles à la date de rédaction de ce mémoire), le CGR a accueilli 523 patients en cure et 279 patients en soins de suite, avec une durée moyenne de séjour de respectivement 31 et 71 jours⁶³, soit un taux d'occupation moyen de respectivement 89% et 90,17% (le nombre de patients accueillis en soins de suite est en légère hausse par rapport aux années précédentes, marquées par des opérations de travaux : entre 2001 et 2006, le CGR a accueilli de 268 à 278 patients par an ; mais, par rapport aux années 1990, où il avait accueilli de 280 à 321 patients par an, il est en légère baisse).

Les patients sont, pour un quart, des femmes (la mixité a été introduite en 1993).

Les patients du service de SSR proviennent pour un tiers du centre de cure du CGR et pour les deux tiers d'autres structures, principalement régionales (en particulier des Yvelines et de Paris). La liste d'attente va de deux à six mois et est plus importante pour les femmes que pour les hommes. Le CGR n'a pas de service de consultation externe, même si les médecins, travaillant en temps partiel au centre, peuvent assurer une part du « recrutement » des patients. Les services médicaux de la SNCF assurent encore environ 5% des recrutements.

Les patients admis en SSR doivent obligatoirement être sevrés ; mais, du fait du long délai d'attente, ils ne sortent pas toujours d'un service de cure et la réalité du sevrage peut poser problème.

⁶² Deux services de SSR en alcoologie ont été créés récemment dans la région parisienne : à Limeil-Brevannes, sous la tutelle de l'AP-HP, avec une orientation comportementaliste, et à Clichy, à l'hôpital Guin, à partir d'un service de gastro-entérologie. Un établissement relevant du secteur privé lucratif et doté de 70 lits environ devrait être créé prochainement à Herblay.

⁶³ La DMS « souhaitée » étant de 30 jours en cure et de 90 jours en soins de suite.

Le CGR propose de multiples activités à chaque patient⁶⁴ : à son entrée, un examen somatique et psychologique a lieu. Il est vu par une infirmière et assiste à une réunion d'entrants. Il est ensuite orienté vers un atelier d'ergothérapie : ceux-ci sont au nombre de six (Serre ; Menuiserie ; Journal ; Arts graphiques ; Emaux, arts et textiles ; Poterie), chacun comportant une dizaine de personnes. Les horaires sont de 8h30-11h30 puis 13h30-16h30. A son arrivée en SSR, le patient choisit un atelier, qu'il suit tout au long de son séjour. Le CGR évite de lui proposer un atelier trop proche de son milieu professionnel. Le patient est sous la responsabilité d'un référent thérapeutique. Aucun système n'est prévu pour pallier les absences (congés maladie, congés annuels...) des animateurs des ateliers. En cas d'absence, le groupe est orienté vers un autre atelier, l'animateur de ce groupe se trouvant alors responsable d'une vingtaine de personnes durant l'absence de son collègue. Un atelier loisirs est possible en soirée. Des ateliers de remise en forme d'une heure ont lieu trois fois par semaine, sur les heures d'atelier, sous la responsabilité d'une éducatrice spécialisée (exercices respiratoires, d'assouplissements, etc.). Une salle dédiée est prévue pour cette activité. Il existe d'autres ateliers obligatoires : atelier mémoire, sophrologie, groupe parole, groupe parents (pour les patients qui sont aussi parents), groupes familiaux, etc. ; des modules particuliers sont proposés : réinsertion sociale ; troubles cognitifs ; ou encore mise en situation (thérapie comportementale).

Pendant le séjour, des consultations médicales sont prévues : psychiatriques toutes les deux ou trois semaines le plus souvent, généralistes si besoin est ; des consultations psychologiques sont possibles.

L'organisation des sorties thérapeutiques hebdomadaires (sous permission de sortie) obéit à des règles strictes : le premier week-end, aucune sortie n'est autorisée ; le premier mois, 5 jours de sortie au maximum sont autorisés ; le deuxième mois, sept jours de sortie ; le troisième mois, autant de jours de sortie sont autorisés qu'il y a de jours de week-ends. Il peut ainsi y avoir jusqu'à 20 jours de sortie autorisés, sur une durée prévue de séjour de 90 jours environ.

Après leur sortie de SSR, en cas de rechute, les patients ne sont pas repris avant un an ; le CGR essaie alors de leur proposer un mode de séjour différent.

3.1.3 L'hôpital de jour : le centre hospitalier Paul-Brousse

Il existe actuellement deux hôpitaux de jour spécialisés sur les addictions en Ile-de-France : l'un à l'hôpital Emile-Roux, à Limeil-Brévannes, et l'autre à l'hôpital Paul-

⁶⁴ Le CGR présente l'avantage d'être situé dans un château, doté de dépendances et d'un vaste parc, ce qui lui permet d'organiser bien plus d'activités que le CH4V, qui est contraint par la densité urbaine.

Brousse, à Villejuif. Ce service est intégré au Centre d'enseignement, recherche et traitement des addictions (CERTA), qui comprend 18 lits d'hospitalisation de plus de 24 heures, des consultations d'alcoologie et de tabacologie, un « plateau thérapeutique » animé par un médecin, une ergothérapeute et une animatrice sportive, et l'hôpital de jour. Celui-ci, créé en 2004 et financé en T2A, est doté d'une capacité d'accueil théorique de 7 patients et accueille en réalité 12 patients en moyenne chaque jour. Il est ouvert aux patients présentant une dépendance alcoolique, celle-ci pouvant être polypathologique (par exemple, dépendance à l'alcool et au cannabis, ou dépendance à l'alcool et au jeu). L'équipe est composée de deux animateurs, deux infirmières, deux aides-soignantes, deux psychologues, un médecin à temps partiel (le temps partiel n'apparaissant pas suffisant), un interne⁶⁵ et une assistante sociale (un bilan social des patients étant systématique)⁶⁶. L'équipe cherche, autant que possible, à promouvoir la diversité des compétences de chacun de ses membres. Chaque jour, sont présents au moins une infirmière, une aide-soignante, un animateur et le médecin. L'hôpital de jour est ouvert du lundi au vendredi, tout au long de l'année.

Le patient suivi en hôpital de jour est d'abord vu en consultation de pré-admission ; l'addictologue référent décide alors de son éventuelle orientation vers l'hospitalisation complète ou l'hospitalisation de jour, en fonction de son état. Il ne doit en effet pas présenter de contre-indication médico-psychologique au sevrage (par exemple une comorbidité lourde) ; les patients présentant un début de trouble cognitif sont acceptés, mais pas les patients démentiels comme ceux présentant un syndrome de Korsakov. Est admise toute personne alcoolodépendante souhaitant être soignée mais dont la tentative de sevrage en ambulatoire (en CCAA) a échoué. Les patients recherchant l'hôpital de jour plutôt que l'hospitalisation complète sont souvent des mères de famille, aussi la patientèle est-elle majoritairement constituée de femmes de 35 à 50 ans. Les patients sont souvent à cheval entre la psychiatrie et la gériatrie : leur pathologie ne relève pas de la psychiatrie classique, mais ils sont trop jeunes pour entrer dans une structure de prise en charge gériatrique. Ils sont dirigés vers l'hôpital de jour par un établissement psychiatrique, par un CCAA ou encore par des médecins généralistes⁶⁷.

Les patients peuvent être hospitalisés pour un temps « court » (un mois) ou, le plus souvent, pour plusieurs mois. La durée moyenne de séjour est d'environ six mois, avec des pics allant jusqu'à douze mois. Du fait de cette durée longue de séjour il s'agit majoritairement d'une patientèle de proximité.

⁶⁵ A la date de visite de l'hôpital de jour, le 11 juin 2009, aucun interne n'avait été accueilli par l'équipe depuis plusieurs mois.

⁶⁶ Il n'a pas été possible d'obtenir les équivalents temps plein de l'équipe.

⁶⁷ Comme il n'y a que deux hôpitaux de jour en Ile-de-France, l'hôpital Paul-Brousse n'a pas besoin de beaucoup communiquer autour de cette structure, l'information des professionnels étant jugée satisfaisante : un courrier est envoyé régulièrement aux professionnels du Val-de-Marne.

L'hôpital de jour en alcoologie dispose, grâce au plateau thérapeutique, de salles de sports, d'ergothérapie, de relaxation, ou encore d'une salle de balnéothérapie. Une journée d'hospitalisation classique comporte deux activités, ou une activité et une consultation, et un repas le midi. L'accueil des patients se fait entre 9h30 et 10h00 : un café leur est alors servi, puis, à 10h00, la première activité de la journée commence, jusqu'à 12h00. Le repas est pris de 12h30 à 13h30 et la seconde activité de la journée se tient de 14h00 à 16h00, voire 16h30. Chaque vendredi, chaque patient est reçu par l'équipe pour faire un bilan de la semaine écoulée et pour préparer la semaine suivante.

Les activités ressemblent beaucoup à celles proposées dans un hôpital de jour gériatrique. En effet, une semaine-type se déroule ainsi : le lundi, ont lieu le matin un atelier mémoire et, l'après-midi, un « groupe information » pour les patients pendant les quatre premières semaines de leur hospitalisation, puis un « atelier sensoriel » durant le reste de l'hospitalisation. Le mardi, ont lieu le matin soit une randonnée, soit un atelier presse (un journal est publié tous les trimestres et diffusé dans les services d'addictologie et de gériatrie) et, l'après-midi, soit une sortie culturelle, soit un atelier de relaxation puis un atelier de sport. Le mercredi, ont lieu le matin soit un atelier d' « Affirmation de soi » (par exemple, apprendre à accepter la critique, à dire non, à demander...), soit un exposé culturel, soit un atelier « Projet de vie » (celui-ci faisant intervenir des travailleurs sociaux ou réapprenant aux patients les règles de base de la vie en société) et, l'après-midi, un atelier scénique, de chant ou de relaxation. Le jeudi, ont lieu, le matin soit le compte rendu de la sortie du mardi soit un exposé culturel, puis une sortie à la piscine, et, l'après-midi, un atelier « Groupe de parole » et un atelier « Prévention de la rechute ». Le vendredi est consacré aux bilans individuels. Les autres patients peuvent faire du sport puis assister à un atelier « Expression – création » ou avoir une activité libre.

L'hôpital de jour ne dispose pas de données précises sur le maintien de l'abstinence à un an de ses patients mais l'estime à la moitié de l'effectif. Il souhaite notamment créer un hôpital de jour centré sur les jeunes patients, souvent polyconsommateurs et réticents à entrer dans des activités groupales .

3.2 La continuité des soins au CH4V

3.2.1 Diversifier les modes de prise en charge : créer un hôpital de jour

Certains patients présentent un alcoolisme lourd ou des comorbidités multiples, justifiant des explorations ou des traitements complexes, s'étirant sur un temps long, sans pour autant nécessiter une hospitalisation à plein temps.

L'hospitalisation de jour semble une réponse adaptée à ces situations cliniques, d'autant plus que par sa forme, elle autorise un retour progressif vers une vie familiale et sociale normale ; elle sollicite, en outre, les compétences des familles sans que la

contrainte soit trop lourde. L'hospitalisation de jour peut également proposer des traitements plus intensifs que les prises en charge ambulatoires effectuées dans le cadre d'un CSAPA mais dans un cadre moins contraignant qu'une hospitalisation à temps plein.

Le cadre de soins d'un hôpital de jour addictologique au CH4V correspondrait à des patients hospitalisés, sevrés, ayant une médication lourde et dont la motivation de maintenir l'abstinence n'est pas encore consolidée ; des patients présentant des troubles cognitifs légers, séquelles d'un alcoolisme chronique, disposant d'une autonomie entamée et nécessitant des traitements et des protocoles de rééducation longs ; des patients abstinents dont la rechute est à craindre et ne pouvant être admis d'urgence en alcoologie hospitalière ; des patients sevrés, fragiles, qui ne restent abstinents qu'au contact très régulier et très fréquent du système de soins addictologiques ; des patients addictifs, non abstinents, souhaitant recevoir un traitement addictologique et dont une certaine psychopathologie, ou des particularités sociales et/ou culturelles, font craindre qu'ils supporteront mal les contraintes institutionnelles d'une hospitalisation à temps plein ; ou encore des patients addictifs, non abstinents, ayant besoin de traitements motivationnels longs avant qu'une cure ne soit envisagée.

L'hôpital de jour du CH4V devra ainsi accueillir des personnes présentant des pathologies cliniques hétérogènes et nécessitant des traitements diversifiés. L'équipe soignante travaille, sous la responsabilité du docteur Anastassiou, à la définition d'un projet médical propre à cet hôpital de jour. L'objectif du CH4V est de créer cette structure dès 2010 et des travaux sont en cours pour définir le nombre optimal de places ainsi que les équipes soignantes et les activités nécessaires : évaluations multidisciplinaires, activités sportives et de relaxation, ou encore thérapies de groupe.

3.2.2 Assurer le suivi immédiat en post-cure : un service de soins de suite et de réadaptation

D'après les équipes soignantes, les premiers temps après la cure se révèlent souvent particulièrement pénibles pour le malade, qui, tout en restant fragile psychologiquement et conscient de ses handicaps psychologiques parfois graves, doit se confronter aux problèmes qui se sont accumulés pendant son alcoolisation chronique comme la désocialisation et la perte des repères familiaux et professionnels.

Les postcures en addictologie, qui rejoignent progressivement le champ des soins de suite et de réadaptation conformément aux objectifs fixés par la Circulaire DGS/6B/DHOS/02 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, cherchent à répondre à ces difficultés et à assurer une gestion thérapeutique des problèmes liés aux contextes social, financier, familial pendant ce temps où la réhabilitation psychosociale du patient se prépare.

Le Centre Hospitalier des Quatre Villes souhaite enrichir son offre de soins par la mise en place d'un service hospitalier SSR en alcoologie – addictologie

L'offre de soins reste en effet très limitée ; traditionnellement, les patients franciliens bénéficient de l'offre d'autres régions en France en matière de soins de suite (par exemple l'association Le Renouveau à Dijon). C'est une réponse intéressante pour les patients ayant besoin d'une rupture marquée avec leur cadre de vie et leur cadre de soins habituels ; mais elle est moins pertinente lorsque la demande du patient se fait dans la perspective d'une resocialisation et d'une réinsertion. Du fait de cette insuffisance de lits de soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie, des patients sortant d'hospitalisation et de sevrage doivent souvent attendre plusieurs semaines avant d'être pris en charge en SSR, ce qui accroît les risques de rechute.

Le projet de SSR spécialisé en addictologie – alcoologie du CH4V s'oriente vers une structure hospitalière SSR de 25 places environ, proposant un séjour thématique et évolutif, avec des objectifs thérapeutiques et dans la perspective de la réinsertion sociale.

Néanmoins, le caractère urbain n'autorise guère un séjour long de quelques mois ; c'est pourquoi le pré-projet médical de SSR prévoit un séjour de 8 semaines.

3.2.3 Calcul de faisabilité financière⁶⁸

En 2008, les deux GHM les plus fréquents du service de médecine alcoologie – addictologie étaient le GHM 20Z04Z (Ethylisme avec dépendance) et 19M03Z (Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives)⁶⁹. En 2009, en « V11 », ils correspondent, pour l'hospitalisation de jour, aux GHM 20Z06T (Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, très courte durée), valorisé à 537,91 euros, et 19M02T (Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, très courte durée), valorisé à 571,95 euros. L'application du coefficient géographique, de 7% en Ile-de-France, porte ces tarifs à respectivement 575,56 et 611,99⁷⁰ euros.

Pour calculer les recettes tirées de l'activité d'hospitalisation de jour, je suis parti d'une simplification : j'ai supposé que ces deux GHM se répartissaient à part égale dans l'activité de l'hôpital de jour. Si certaines pathologies provoquées par l'alcoolisme, comme les maladies chroniques actives du foie et les cirrhoses, font partie des affections de longue durée exonérant du ticket modérateur, ce n'est pas le cas de l'éthylisme en lui-même : il faut donc, pour calculer les recettes attendues, prendre en compte une recette

⁶⁸ Voir Annexes 6 et 7.

⁶⁹ Voir Annexe 4. Les autres GHM ont une valeur non significative (le 3^e GHM le plus fréquent n'a concerné que 35 patients, contre 273 pour le GHM 20Z04Z et 233 pour le GHM 19M03Z).

composée de 80% du GHS et de 20% du prix de journée. Celui-ci s'élève, au CH4V, à 607,00 euros, soit, pour 20%, 121,40 euros. Je suis aussi parti de la supposition que l'hôpital de jour serait ouvert toute l'année, moins 104 jours correspondant aux week-ends et 11 jours correspondant aux jours fériés annuels, soit 250 jours d'ouverture. Le taux d'occupation des lits de médecine alcoologie – addictologie en 2008 a été de 94,7% : j'ai supposé un taux d'occupation d'hôpital de jour de 90%. On obtient alors une prévision de recettes de 1 341 945,18 euros pour dix places autorisées et de 670 972,59 euros pour cinq places.

Les principales dépenses sont quant à elles représentées par les charges de personnel. Le calcul est nécessairement approximatif, puisqu'il faut tenir compte des différents échelons et grades de chaque personnel : c'est pourquoi il a été décidé de se fonder sur des moyennes⁷¹. Pour calculer le nombre d'ETP nécessaires, des raisonnements différents ont été appliqués en fonction des statuts : pour les uns, c'est un raisonnement par paliers qui a été retenu : ainsi, sont prévus un ETP de psychologue de 5 à 10 places ouvertes et deux de 15 à 20 places ; pour d'autres, le nombre ne change pas : il est prévu 0,5 ETP de cadre de santé, un ETP d'assistante sociale et 2 ETP d'éducateurs spécialisés. Pour les aides-soignantes et les infirmières, c'est un autre calcul qui a été retenu, en fonction du temps horaire : il a été considéré que ces agents devaient être présents tout au long de l'ouverture de l'hôpital de jour. Un calcul horaire a alors été appliqué : si l'on suppose que l'hôpital de jour est ouvert 250 jours par an pendant huit heures, soit 2 000 heures par an, et que chaque agent de l'hôpital est présent environ 1560 heures par an⁷², alors il faut compter 1,5 ETP d'infirmière et 1,5 ETP d'aide-soignante. Enfin, la présence d'un médecin n'étant pas nécessaire en continu, il a été décidé, pour simplifier les calculs, de partir sur la base d'un ETP de médecin pour l'hôpital de jour. Au total, les charges annuelles de personnel représentent alors 460 000,00 euros de 5 à 10 places et 611 000,00 euros de 15 à 20 places.

Au CH4V, les charges de personnel représentaient 68% des charges totales en 2008, mais l'addictologie est une discipline peu consommatrice d'équipements médicaux lourds ; par comparaison, les charges de personnel des deux CCAA de l'établissement représentent environ 80% des charges totales (81% en 2007 et 79% en 2008) ; il semble

⁷⁰ Le coefficient de transition ayant vocation à disparaître, après discussion avec la directrice chargée des finances, il a été décidé de ne pas l'inclure dans le calcul.

⁷¹ Après discussion avec la directrice chargée des finances et le directeur chargé des ressources humaines, il a été décidé de retenir les salaires annuels suivants, charges comprises : 100 000 euros pour un praticien hospitalier ; 60 000 euros pour un cadre de santé ; 45 000 euros pour une IDE ; 39 000 euros pour une aide-soignante et pour une assistante sociale ; 50 000 euros pour une psychologue ; et 45 000 euros pour un éducateur spécialisé.

⁷² Soit, pour un agent à repos fixes et travaillant sur l'année 35 heures hebdomadaires, 1 600 heures de présence par an, en tenant compte des week-ends, des jours fériés et des congés, heures auxquelles l'établissement retranche des jours d'harmonisation, de fractionnement et de congés hors saison et ajoute la journée de solidarité. On aboutit à 1,28 ETP nécessaire, arrondi à 1,5 ETP compte tenu de l'absentéisme.

par conséquent possible de reprendre ce ratio, ce qui monterait les charges totales de l'hospitalisation de jour en alcoologie – addictologie à 575 000,00 euros par an pour 5 à 10 places et 763 750,00 euros pour 15 à 20 places.

Au total, en développant une activité d'hospitalisation de jour en addictologie – alcoologie et en retenant comme hypothèses les plus plausibles un taux d'occupation de 90% et des charges de personnel représentant 80% des charges totales, le Centre Hospitalier des Quatre Villes réaliserait un bénéfice annuel de 766 945,18 euros pour 10 places. Il s'agit là d'un montant considérable, qui s'explique par la spécificité de l'hospitalisation de jour en addictologie : la tarification à l'activité ne la prend pas véritablement en compte, si bien que des forfaits sans réelle correspondance avec les coûts induits par l'activité lui sont appliqués. Il n'y a pas, au contraire, par exemple, de l'hospitalisation de jour en dialyse, de GHM correspondant à des séances balisées.

C'est ce qui explique la réticence des tutelles à accorder un régime de T2A à l'hospitalisation de jour d'addictologie : celles-ci optent plutôt pour les tarifs de SSR, plus proches des coûts réels. Par comparaison, si l'on reprend les calculs effectués ci-dessus, le CH4V serait à l'équilibre avec un tarif de 255,56 euros par jour.

D'autre part, en ce qui concerne le SSR, le ratio retenu est celui d'un ETP non médical pour un lit, soit environ 25 ETP plus 2 ETP de médecins. Les charges de personnel représenteraient ainsi environ 1 279 500,00 euros, soit, en supposant que les dépenses de personnel représentent 80% du total, des charges totales s'élevant à 1 599 375,00 euros. Si les 25 lits connaissent un taux d'occupation de 85%, l'hôpital serait en équilibre avec un prix de journée de 206,20 euros.

3.3 Assurer l'avenir

3.3.1 De nouveaux locaux pour renforcer la cohérence et la qualité de la prise en charge...

Le service d'alcoologie – addictologie est situé dans des locaux insalubres et qui doivent faire l'objet d'une restauration à partir de la fin de l'année 2010. Par conséquent, il est prévu le déménagement de l'ensemble de l'alcoologie (hospitalisation, consultations, CSAPA et RAFTA) de Saint-Cloud à Sèvres en novembre 2010. A la fin des travaux, prévue en 2014, des services de gynécologie – obstétrique actuellement situés à Sèvres iront à Saint-Cloud, ce qui permettra alors de créer le service de soins de suite et de réadaptation en alcoologie – addictologie prévu dans le projet d'établissement. Les consultations de médecine et du CSAPA, pour leur part, pourront être installées au rez-de-jardin du site de Sèvres, dans un espace actuellement occupé par le laboratoire, les activités de ce laboratoire étant d'ores et déjà regroupées à Saint-Cloud. L'espace

dégagé permettra de disposer de plus de 330 m² pour ces consultations et pour mettre en place l'hôpital de jour. Des réunions sont prévues entre les personnels pour définir la future organisation des locaux et la répartition des équipes.

Ce déménagement, qui perdurera au-delà de la durée des travaux à Saint-Cloud, présente des avantages certains : l'hospitalisation sera située dès 2010 sur un étage entier et disposera de locaux modernes et d'un plateau thérapeutique ; en 2014, l'apport des soins de suite lui permettra de disposer de la continuité des soins recherchée. Du fait d'un foncier contraint, cette situation n'aurait pas été possible à Saint-Cloud.

3.3.2 ... Qui se heurtent à l'opposition d'une partie de l'équipe médicale

Ce projet se heurte toutefois à une très forte réticence de certains médecins du service d'alcoologie – addictologie de Saint-Cloud, qui y voient une menace pour l'activité du service. Des discussions avec eux ont permis d'établir deux sortes de contestation : d'une part ils sont attachés à l'aspect historique des activités d'alcoologie de l'ancien hôpital de Saint-Cloud et pensent que le déménagement va se traduire par une perte de visibilité ; d'autre part, ils estiment que le site de Sèvres est difficilement accessible et que cette situation découragera les patients et les bénévoles de l'URSA.

Ces craintes, dont la presse locale s'est fait l'écho il y a quelques années, ne me paraissent que partiellement fondées. En effet, le site de Sèvres est certes moins facilement accessible que celui de Saint-Cloud, mais il n'en reste pas moins situé en centre ville et desservi par le métro, le bus et le Transilien. Surtout, l'étude de l'origine géographique des patients hospitalisés en 2008 permet de s'apercevoir que sur 793 patients, seuls 314 étaient originaires du département, soit moins de 45%⁷³, et que 36 n'étaient pas originaires de la région⁷⁴. On peut raisonnablement supposer que des patients prêts à se déplacer, parfois de loin, pour aller jusqu'à Saint-Cloud pourront aussi se déplacer pour aller à Sèvres.

Reste l'opposition de certains des personnels et des membres de l'URSA, opposition qui se révèle en réalité reposer sur des bases affectives plus que rationnelles, mais qu'il faut prendre en compte. L'abandon pur et simple du déménagement des activités n'est pas possible : non seulement les locaux nécessitent une rénovation, ce qui implique de déplacer, au moins durant les travaux, l'équipe, mais en plus ce déménagement est prévu dans un ensemble cohérent : le remettre en cause impliquerait de devoir remettre en cause l'ensemble du projet architectural et de réorganisation des

⁷³ Et, sur ces 314 patients, seuls 16 venaient de Saint-Cloud, soit moins que les patients venant de Sèvres...

⁷⁴ Voir annexe 4.

soins (l'objectif final étant que les activités recourant à un plateau technique soient centralisées à Saint-Cloud, et les autres à Sèvres).

Cette opposition a néanmoins conduit l'équipe de direction et les responsables des travaux à proposer un compromis : l'activité du centre Arthur Rimbaud serait développée, avec un accroissement du personnel et des horaires d'ouverture, et des consultations seraient maintenues à Saint-Cloud, suivant des modalités qui restent à valider par l'équipe médicale. Parmi les hypothèses envisagées, l'une est d'assurer des consultations d'alcoologie aux urgences ; une autre est de mettre à disposition des équipes les autres salles de consultation disponibles à Saint-Cloud avec des horaires aménagés : le soir et le samedi. Suivant l'idée du docteur Craplet, afin de ne pas désorienter les patients qui voudraient consulter à l'hôpital de Saint-Cloud, la première consultation pourrait avoir lieu à Saint-Cloud, le patient étant ensuite orienté sur Sèvres ou sur Boulogne-Billancourt.

3.3.3 Développer les partenariats : vers un réseau de soins en addictologie

Afin d'assurer la meilleure continuité possible de prise en charge des personnes alcooliques, le CH4V souhaite mettre en place un réseau transrégional de structures médico-sociales réunies autour d'un projet thérapeutique commun.

Pour ce faire, le CH4V a noué des contacts et passe des conventions de partenariat avec plusieurs établissements d'Ile-de-France et de Bourgogne : l'association Le Renouveau à Dijon, l'association Espoir du Val-d'Oise, le centre d'hospitalisation et de soins de suite et de réadaptation Gilbert-Raby, dans les Yvelines, le CSST Chimène à Issy-les-Moulineaux, l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt, ou encore le Centre Armançon à Migennes, dans l'Yonne. J'ai ainsi, au cours de mon stage, été amené à rédiger ou à modifier les projets de convention avec ces structures, à l'exception du Centre Armançon, avec qui le CH4V a contractualisé en 2008, avant le début de mon stage, et de l'hôpital Ambroise-Paré, où les discussions n'en sont qu'au commencement.

L'objectif de ces conventions est de faciliter les transferts de patients entre les différents établissements, de renforcer les complémentarités en matière de prise en charge addictologique, par l'échange des bonnes pratiques et des réunions régulières entre les équipes, et de proposer des formations communes. L'ensemble de ces actions doit permettre, non seulement d'améliorer la qualité et la rapidité de la prise en charge, mais aussi de développer, entre plusieurs établissements, une culture commune d'approche sanitaire et médico-sociale. L'enjeu est ainsi la mise en place d'un réseau d'addictologie, qui fait partie des objectifs fixés par la Circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

Il est d'autre part envisagé un renforcement des liens avec l'association Espoir du Val-d'Oise, renforcement pouvant éventuellement déboucher sur une fusion avec le

CH4V. En effet, cette structure d'hébergement de personnes addictives en post-cure de 26 lits et 10,8 ETP est actuellement menacée par l'avis défavorable à sa transformation en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) émis par le Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) au printemps 2009. Le refus du CROSMS ne paraissant pas toujours bien motivé (il est notamment fait état de documents manquants, alors que le dossier avait, lors de sa déposition, été déclaré complet), un recours gracieux a été déposé par le directeur de l'établissement. Ce refus menace en effet l'avenir de l'association, en remettant en cause son fonctionnement, son financement et ses projets (l'établissement avait prévu, pour le passage en CHRS, de mener des travaux pour construire 12 lits supplémentaires). Or le CH4V, travaillant depuis longtemps avec lui, est intéressé par la possibilité de renforcer ses liens avec cet établissement si son avenir était pérennisé, notamment en lui donnant des moyens techniques et humains afin de lui permettre, à terme, de déposer un dossier de demande d'autorisation de soins de suite et de réadaptation en addictologie. L'enjeu immédiat est toutefois d'assurer la pérennité à court et moyen terme de l'association EDVO ; c'est pourquoi ce projet de rapprochement n'en est actuellement qu'au stade de la réflexion.

Conclusion

« Lettre à Monsieur le législateur de la loi sur les stupéfiants

Monsieur le législateur de la loi de 1916, agrémentée du décret de juillet 1917 sur les stupéfiants, tu es un con.

La loi sur les stupéfiants met entre les mains de l'inspecteur-usurpateur de la santé publique le droit de disposer de la douleur des hommes : c'est une prétention singulière de la médecine moderne que de vouloir dicter ses devoirs à la conscience de chacun.

Tous les bélements de la charte officielle sont sans pouvoir d'action contre ce fait de conscience : à savoir, que, plus encore que la mort, je suis le maître de ma douleur.

Messieurs les dictateurs de l'école pharmaceutique de France, vous êtes des cuistres rognés : il y a une chose que vous devriez mieux mesurer ; c'est que l'opium est cette imprescriptible et impérieuse substance qui permet de rentrer dans la vie de leur âme à ceux qui ont eu le malheur de l'avoir perdue.

Il y a un mal contre lequel l'opium est souverain et ce mal s'appelle l'Angoisse, dans sa forme mentale, médicale, physiologique, logique ou pharmaceutique, comme vous voudrez.

L'Angoisse qui fait les fous.

L'Angoisse qui fait les suicidés.

L'Angoisse qui fait les damnés.

L'Angoisse que la médecine ne connaît pas.

L'Angoisse que votre docteur n'entend pas.

L'Angoisse qui lèse la vie.

L'Angoisse qui pince la corde ombilicale de la vie.

Par votre loi inique vous mettez entre les mains de gens en qui je n'ai aucune espèce de confiance, cons en médecine, pharmaciens en fumier, juges en mal-façon, docteurs, sages-femmes, inspecteurs-doctoraux, le droit de disposer de mon angoisse, d'une angoisse en moi aussi fine que les aiguilles de toutes les boussoles de l'enfer.

Je te souhaite que ta loi retombe sur ton père, ta mère, ta femme, tes enfants, et toute ta postérité. Et maintenant avale ta loi⁷⁵. »

Ces paroles d'Antonin Artaud, pour violentes qu'elles soient, sont là pour nous rappeler une évidence : les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, quelles que soient leur qualité et leur pertinence, ne se justifient que s'ils sont acceptés par les patients ; les

⁷⁵ ARTAUD A., 1993, « Lettre à Monsieur le législateur de la loi sur les stupéfiants », in *L'Ombilic des limbes* [1925], Paris : Poésie / Gallimard, p. 68-72 (extraits).

plus belles structures hospitalières, les constructions les plus intelligentes et ambitieuses, ne servent à rien lorsqu'elles sont vides.

L'équipe d'alcoologie du Centre Hospitalier des Quatre Villes n'a eu de cesse de réfléchir à partir des besoins du patient, de ses attentes et de ses réticences éventuelles ; en témoigne la place essentielle accordée aux « rétablis », qui apparaissent comme parties prenantes au processus de soins. Le souci de la direction du CH4V et, à un autre degré, le souci de ce mémoire, ont été et continuent d'être de respecter ce choix et de tout faire pour qu'il puisse perdurer : les modifications, institutionnelles comme géographiques, ont pu sembler à l'équipe une perte de temps, des contraintes ; l'enjeu a toujours été de se servir de ces contraintes pour en faire une occasion de répondre encore mieux aux besoins des patients. A la date de rédaction de ce mémoire, il est encore trop tôt pour dire si cet objectif a réussi ou échoué : la DDASS n'a pas encore étudié les demandes de CSAPA, l'hôpital de jour n'est pas encore en place, le déménagement n'est pas prévu avant l'année prochaine. Le chantier paraît toutefois en bonne voie et devrait aboutir de la meilleure façon possible : dans l'intérêt du patient.

Ce schéma n'est certes pas parfait et une pierre d'achoppement demeure : la question du déménagement des activités de médecine, de Saint-Cloud à Sèvres. Sa nécessité ne paraît pas pouvoir être remise en cause, mais ses modalités peuvent être discutées afin, sinon de contenter toutes les personnes concernées, du moins de mécontenter le moins de monde. Les solutions envisagées (l'accroissement de l'offre de soins du site de Boulogne-Billancourt et le maintien d'une activité de consultation à Saint-Cloud) paraissent satisfaisantes, mais posent encore la question de l'activité de l'URSA : seul l'avenir permettra de savoir si cette association se contentera de ses nouveaux locaux ou si elle choisira de mettre un terme à son activité.

L'un des intérêts de ce travail relatif à l'alcoologie et de ce mémoire a été de rappeler, si besoin était, que les directeurs d'hôpital ne sont pas seulement des fonctionnaires, mais aussi des managers de santé, au service des médecins et des soignants, pour leur permettre d'exercer leur métier dans les meilleures conditions possibles : cette préoccupation a été constante tout au long du dossier. Dans un environnement fortement concurrentiel sur l'offre de soins, l'alcoologie apparaît bien souvent comme un parent pauvre de la prise en charge sanitaire ; au Centre Hospitalier des Quatre Villes, au contraire, une équipe de qualité travaille depuis longtemps déjà pour assurer la meilleure prise en charge possible du patient ; le rôle de l'équipe de direction, dans ce contexte, est de s'assurer que cette équipe puisse continuer à faire son travail et de l'encourager, lorsque cela lui semble possible, à aller de l'avant, à diversifier ses activités, tout en prenant en compte des contraintes économiques de plus en plus prégnantes. La création d'une filière complète de prise en charge en alcoologie – addictologie semble alors, non seulement possible, mais aussi souhaitable. Reste le

domaine du soin proprement dit, et c'est là que l'équipe de direction s'efface devant médecins et soignants, sanitaires et sociaux. Reste le « colloque singulier » entre le médecin et un patient, souvent réticent à être pris en charge, et qu'il va falloir convaincre.

Et même cela n'est pas encore suffisant : comme l'écrit le docteur Fouquet à ses patients, « *Votre guérison totale sera acquise demain à deux conditions : la première : condition négative, ne pas ingérer d'alcool (limitation), la deuxième : condition positive, développer vos aptitudes au bonheur au cours d'une adaptation harmonieuse à une vie nouvelle*⁷⁶. »

⁷⁶ CLAVREUL J. et FOUQUET P., *op. cit.*, p. 29.

Bibliographie

- Etudes générales :

- CLAVREUL J. et FOUQUET P., 1956, *Entretiens pour une thérapeutique de l'alcoolisme*, Paris : Presses universitaires de France, 113 pages
- COUTERON J.-P., MOREL A., 2008, *Les Conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Paris : Editions Dunod, 328 pages
- DEMONGEOT M., SOKOLOW I., 2008, *Le Piège. L'alcool n'est pas innocent*, Paris : Editions Flammarion, 228 pages
- DESCOMBEY J.-P., 1998, *L'Homme alcoolique*, Paris : Editions Odile Jacob, 178 pages
- HAAS R.-M. et COUTIN A., 1976, *Médecin du Bateau ivre*, Paris : Editions Grasset, 324 pages
- PARQUET P.-J. et REYNAUD M., 1999, *Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions*, Paris, Editions CFES, coll. « Dossiers techniques »
- PARQUET P.-J., REYNAUD M. et LAGRUE G., 2000, *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Paris, Odile Jacob, coll. « Rapports »

- Eléments épidémiologiques, analyses, articles spécialisés :

- BERGERON H., 2001, *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions*, Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 134 pages
- BERGERON H., « Des décisions qui ont une histoire : l'exemple de l'alcool », intervention au colloque : *Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ?* 22, 23 et 24 novembre 2007, 14 pages.
Disponible sur Internet :

http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/CSO-Bergeron-Colloque%20SFSP1.pdf

- COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LENGAGNE P., « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », in *Questions d'économie de la santé IRDES* n°129, janvier 2008, 6 pages
Disponible sur Internet :

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes129.pdf>

- CRAPLET M., « La question alcool dans l'histoire de la France contemporaine », in *Revue Toxibase* n°16, 4° semestre 2004, 5 pages

- DANET S. et HAURY B. (dir.), 2008, *L'état de la santé de la population en France – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2008*. Disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>

- HUEBER B., LECAILLIER D., LIENHART M., « Comment répondre à une demande d'hospitalisation en urgence pour sevrage d'alcool », in *Alcoologie*, 1998, tome 20, p. 61 à 64.
- JARRAUD D., « Organisation des soins en alcoologie », in *Revue Toxibase* n°16, 4° semestre 2004, 3 pages
- KOPP P., FENOGLIO Ph., 2004, *Coûts et bénéfices économiques des drogues*, Paris : Bibliothèque des rapports publics, OFDT, 124 pages.

Disponible sur Internet :

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000594/0000.pdf>

- LE FOL A., « L'alcoologie clinique depuis Pierre Fouquet. Découvertes et redécouvertes. Continuité et discontinuité », in *Colloque de la Coordination des soins et de la recherche en alcoologie (CORSA) : Vers quelle alcoologie ?* 9 octobre 2003, 96 pages. Disponible sur Internet :

http://www.cosraabretagne.fr/docs/colloque_20ans_9-10-2003.pdf

- NORDMANN R. et HAAS Ch., 2005, *L'impérieuse nécessité d'améliorer le dépistage et l'accompagnement des consommateurs à risque. Contribution aux objectifs n°1 et 2 de la Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004*, Recommandations de l'Académie nationale de médecine.

Disponible sur Internet :

http://www.academie-medecine.fr/Upload/anciens/avis_153_fichier_lie.rtf

- ROQUES B., 1998, *Problèmes posés par la dangerosité des «drogues»* — Rapport effectué à la demande de Bernard Kouchner, Secrétariat d'Etat à la santé, Paris : Editions Odile Jacob, coll. « Rapports », 316 pages.
- « La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme », in *Rapport public 2003* de la Cour des comptes, 38 pages. Disponible sur Internet :

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/LutteContreAlcoolisme2.pdf>

- « Suivi des recommandations sur la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme », in *Rapport public 2006* de la Cour des comptes, 23 pages. Disponible sur Internet :

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/LutteContreAlcoolisme.pdf>

- Drogues, chiffres clés – Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), décembre 2007, 6 pages. Disponible sur Internet :

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dce.pdf>

- Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Evolutions, contextes d'usage et prises de risque – OFDT – Tendances, n°64, janvier 2009, 6 pages

Disponible sur Internet :

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxslp1.pdf>

- Actes des 1^o Rencontres parlementaires sur le problème de l'alcool : « L'alcool en France : un coût dénié », 27 juin 2006, 20 pages

Disponible sur Internet :

<http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/jparlalcool/cr.pdf>

- Eléments réglementaires et orientations nationales :

- Code de la santé publique. Disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090612>

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005632030&dateTexte=20090612>

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id#JORFARTI000020879483>

- Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

Disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/addictions/08_79t0.pdf

- Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. Disponible sur Internet :

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf

- Ministère de la santé, 2001, *Stratégie d'action alcool. Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool*. Disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/alcool/alcool.pdf>

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Disponible sur Internet :

http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_du_27_juillet_2004_2.pdf

- Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011.

Disponible sur Internet :

http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Disponible sur Internet :

http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-DF.pdf

- Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

Disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?idConvention=KALICONT000005635407>

- Sites Internet :

- Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie :

<http://www.anpaa.asso.fr>

- Base de données SCORE-Santé :

<http://www.score-sante.org/score2008/sindicateurs.html>

- Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie :

<http://www.alcoologie.org>

- Fédération Française d'Addictologie :

<http://www.addictologie.org>

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé :

<http://www.inpes.sante.fr>

- Institut de recherche et de documentation en économie de la santé :

<http://www.irdes.fr>

- Ministère de la Santé et des sports :

<http://www.sante-sports.gouv.fr>

- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie :

www.drogues.gouv.fr

- Observatoire français des drogues et des toxicomanies :

<http://www.ofdt.fr>

- Documentaire :

- BERTHIER A. et BRILLON E., 2009, *L'ivresse du silence*.

Liste des annexes

- ❑ Annexe 1 : Facteurs de dangerosité de l'alcool
- ❑ Annexe 2 : Une cure de sevrage dans les années 1960
- ❑ Annexe 3 : Principales données épidémiologiques liées à l'alcool en Ile-de-France et dans les Hauts-de-Seine
- ❑ Annexe 4 : Activité 2008 du service de médecine alcoologie – addictologie du CH4V
- ❑ Annexe 5 : Programme mensuel d'activités des patients hospitalisés dans le service de médecine Alcoologie – addictologie du Centre Hospitalier des Quatre Villes (exemple du mois de Juin 2009)
- ❑ Annexe 6 : Calcul de faisabilité financière d'un hôpital de jour en alcoologie – addictologie au CH4V
- ❑ Annexe 7 : Calcul de faisabilité financière d'un service de SSR spécialisé en alcoologie – addictologie au CH4V
- ❑ Annexe 8 : Exemple de convention de partenariat en addictologie (conclue le 25 juin 2009 entre le Centre Hospitalier des Quatre Villes et l'association Chimène)

Annexe 1 : Facteurs de dangerosité de l'alcool

□ *Tableau 1 : Facteurs de dangerosité des drogues*

(Source : ROQUES B., 1998, *Problèmes posés par la dangerosité des «drogues»* — Rapport effectué à la demande de Bernard Kouchner, Secrétariat d'Etat à la santé, Paris : Editions Odile Jacob, coll. « Rapports », page 182)

	Alcool	Héroïne	Cocaïne	MDMA	Psychostimulants	Benzodiazépines	Cannabinoïdes	Tabac
<i>Dépendance physique</i>	Très forte	Très forte	Faible	Très faible	Faible	Moyenne	Faible	Forte
<i>Dépendance psychique</i>	Très forte	Très forte	Forte mais intermittente	?	Moyenne	Forte	Faible	Très forte
<i>Neurotoxicité</i>	Forte	Faible	Forte	Très forte (?)	Forte	0	0	0
<i>Toxicité générale</i>	Forte	Forte ⁷⁷	Forte	Eventuellement forte	Forte	Très faible	Très faible	Très forte
<i>Dangerosité sociale</i>	Forte	Très forte	Très forte	Faible (?)	Faible (exceptions possibles)	Faible	Faible	(Cancer)
<i>Traitements substitutifs ou autres existants</i>	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non recherché	Non recherché	Oui

⁷⁷ Nulle pour méthadone et morphine en usage thérapeutique.

□ *Tableau 2 : Risques attribuables à l'alcool*⁷⁸

(Source : KOPP P., FENOGLIO Ph., 2004, *Coûts et bénéfices économiques des drogues*, Paris : Bibliothèque des rapports publics, OFDT, page 47. Disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000594/0000.pdf>)

Causes médicales de décès	Coeff. Hill (hommes)	Coeff. Hill (femmes)
<i>Troubles mentaux</i>		
Psy et syndrome de dépendance alcoolique	1,00	1,00
<i>Maladies de l'appareil digestif</i>		
Hépatite alcoolique aiguë	1,00	1,00
Cirrhose du foie	0,91	0,69
Pancréatite aiguë	0,40	0,40
Pancréatite chronique	0,70	0,55
<i>Cancers</i>		
Cavité buccale	0,84	0,24
Pharynx	0,89	0,30
Œsophage	0,86	0,55
Rectum	0,12	0,05
Foie	0,71	0,54
Larynx	0,76	0,15
Pancréas	0,20	0,20
Sein	-	0,16
<i>Maladies cardio-vasculaires</i>		
Cardiopathie ischémique	0,39	0,07
Cardiomyopathie alcoolique	1,00	1,00
Maladie vasculaire cérébrale	0,26	0,08
<i>Maladies respiratoires</i>		
Pneumonie, grippe	0,36	0,07
<i>Autres pathologies</i>		
Syndrome d'alcoolisme foetal	1,00	1,00
<i>Autres causes médicales de décès</i>		
Accidents de la circulation	0,34	0,34
Chutes accidentelles	0,49	0,11
Suicides	0,53	0,13
Homicides	0,50	0,50

⁷⁸ Un coefficient égal à 1 signifie que l'ensemble des cas sont dus à une consommation d'alcool.

Annexe 2 : Une cure de sevrage dans les années 1960 :

« Si vous le voulez bien, je vais vous faire partager ce que l'on appelle la cure de désintoxication alcoolique. Les 1^{er}, 2 et 3 mars 1968, mon médecin se contenta de discuter avec moi, afin de mieux me connaître et de recueillir le plus de renseignements possible à mon sujet. Bien entendu, toutes ces informations étaient gardées sous le sceau du secret professionnel.

Le quatrième jour, commencèrent alors les examens préliminaires, à savoir : radios pulmonaires, électro-encéphalogramme, électrocardiogramme, prises de sang et j'en passe bien d'autres.

C'est seulement à partir du sixième jour, que la cure commença véritablement. Au petit matin, à 7 heures précises, l'infirmière de service vint me faire une piqûre pour soutenir le cœur. Après quoi, la femme de service m'apporta sur un plateau, mon petit déjeuner que j'avalais immédiatement. L'infirmière revient à nouveau, pour me faire absorber deux cachets d'Espéral, cachets qui vous donnent le mal de mer et vous dégoûtent à jamais de l'alcool (l'Espéral est le médicament de base dans les cures de désintoxication). Après avoir eu droit à ma piqûre, à mon petit déjeuner et à mes deux cachets, la femme de service me fit boire ½ litre de limonade. Tout ceci dans un laps de temps assez court, puisqu'à 7 h 30 tout devait être terminé. A 8 heures, l'infirmière déposa deux litres de gros rouge sur la table de nuit. Ces deux bouteilles devaient être absorbées de quart d'heure en quart d'heure et ceci jusqu'à 10 heures du matin. Et alors, jusqu'au soir, on renouvelait l'expérience : cachets, limonade, pinard, sans arrêt. Les dix premiers jours de ce traitement de cheval me comblèrent de joie, buvant du bon vin toute la journée sans pour autant me rendre malade. Par contre mes deux camarades de chambre, qui en étaient eux au vingtième jour de leur cure, avaient besoin de l'aide de l'infirmière pour absorber le vin. Cette infirmière s'y prenait vraiment d'une drôle de façon, jugez-en vous-mêmes.

Elle faisait asseoir le malade, lui attachait les poignets à l'aide d'un drap mouillé aux barres du lit. Elle lui pinçait alors le nez entre le pouce et l'index et lorsqu'il ouvrait la bouche pour prendre sa respiration, elle en profitait pour verser d'autorité le contenu du verre dans la gorge du malade.

A partir de 10 heures du matin, mes deux camarades avaient un seau hygiénique à leur disposition, et c'était alors à celui qui ferait le plus vomir l'autre. Ils viraient alors respectivement du jaune au rouge, du rouge au violet en passant par le vert. Ils étaient malades à en crever, mais chaque fois qu'ils avaient vomi, il fallait recommencer à boire immédiatement, et lorsqu'ils ne voulaient plus boire, l'infirmière se servait d'un entonnoir pour leur faire absorber la vinasse. Voilà ce qui m'attendait...

Quant à moi, rien ne se passa jusqu'au dixième jour. Mais alors, les quelques 20 jours d'hospitalisation à venir furent vingt jours de cauchemars atroces.

En termes techniques, la réussite de la cure s'appelle une réaction et cette réaction se traduit par une crise d'éthylisme. En ce qui me concerne, cette réaction s'opéra le dixième jour ; l'après-midi où je me mis à casser, avec une force surmultipliée, tout ce qui se trouvait devant moi : table de nuit, barres de lit, grillage des fenêtres, vitres... Le collègue se trouvant en face de moi, prit par la même occasion une correction maison.

L'infirmière, les deux aides-soignantes et le médecin de garde n'osaient même plus avancer dans ma chambre où je jouais les « Tarzan » depuis bientôt une demi-heure. Au dire du médecin, cette réaction s'était fait attendre, mais elle fut réussie car elle ressemblait étrangement à un champ de blé après le passage d'une horde d'éléphants. Après une demi-heure de pantomime infernale, je tombais dans l'inconscient pendant trois jours. Trois jours pendant lesquels je cauchemardais, inquiétant alors le chef de service. Mais, fait heureux après ces trois jours de semi-coma, je repris conscience et revins à mon état normal.

Pendant 30 jours encore et ceci chaque jour, je dus vivre un véritable calvaire : piqûres, cachets, limonade, vin, vomissements, re-piqûres, re-cachets, re-limonade, re-vin, re-vomissements étaient au programme de la journée et ceci pendant trente jours. [...]

Je quittais l'hôpital le trente-sixième jour dont trente jours de cure et j'accusais sur la balance le poids de 44.500 kg. En trente jours j'avais perdu 14 kg. »

Source : X, « Les marches de l'enfer », in *Gestions hospitalières* n° 187, juin/juillet 1979, p. 562-563

Annexe 3 : Principales données épidémiologiques liées à l'alcool en Ile-de-France et dans les Hauts-de-Seine⁷⁹

Décès liés à l'alcool (2005)	Hauts-de-Seine	Ile-de-France	Département minimum Ile-de-France	Département maximum Ile-de-France	Département minimum France	Département maximum France	Région minimum France
Décès liés à l'alcool : Cirrhose - hommes	75	634,0	66	102	5	408	5
Décès liés à l'alcool : Cirrhose - femmes	37	309,0	29	48	1	237	1
Décès liés à l'alcool : Cirrhose - ensemble	112	943,0	103	146	6	645	6
Décès liés à l'alcool : Psychose alcoolique - hommes	43	270,0	24	45	1	132	6
Décès liés à l'alcool : Psychose alcoolique - femmes	13	91,0	7	17	0	41	0
Décès liés à l'alcool : Psychose alcoolique - ensemble	56	361,0	32	56	3	173	9
Décès liés à l'alcool : Cancer des VADS - hommes	148	1078,0	97	189	4	510	4
Décès liés à l'alcool : Cancer des VADS - femmes	31	280,0	18	69	1	86	1
Décès liés à l'alcool : Cancer des VADS - ensemble	179	1358,0	118	258	5	596	5
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Cirrhose 25-44 ans	1	1,8	0,8	3	0	11	1
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Psychose alcoolique 25-44 ans	3	1,9	0,7	3	0	10	1
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Cancer VADS 25-44 ans	1	0,9	0,4	2	0	7	0,4
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Cirrhose 45-64 ans	4	4,2	3	5	1,6	9	2
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Psychose alcoolique 45-64 ans	2	1,7	1	2	0,9	5	1
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Cancer VADS 45-64 ans	5	5,1	5	6	0,6	8	0,6
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Cirrhose 65 ans ou plus	1	0,7	0,5	1	0,1	1	0,3
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Psychose alcoolique 65 ans ou plus	0,1	0,2	0,1	0,2	0	1	0,1
Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité : Cancer VADS 65 ans ou plus	1	1,3	1	2	0,5	2	0,6
Centres de cure ambulatoire en alcoologie : Nb de centres et de leurs antennes	5	45,0	2	15	0	15	0
Consultants dans les structures spécialisées en alcoologie : Consultants - nb	2527	18411,0	1350	4833	96	5255	485
Consultants dans les structures spécialisées en alcoologie : Consultants - pour 10000 hab. > 15 ans	210	203,2	105	439	637	1224	136

⁷⁹ Source : <http://www.score-sante.org/score2008/synthesefinalenrfr2008.html?reg=REG11&fiche=04-01>

Annexe 4 : Activité 2008 du service de médecine alcoologie – addictologie du CH4V

Source : Rapport d'activité 2008 du Centre Hospitalier des Quatre Villes

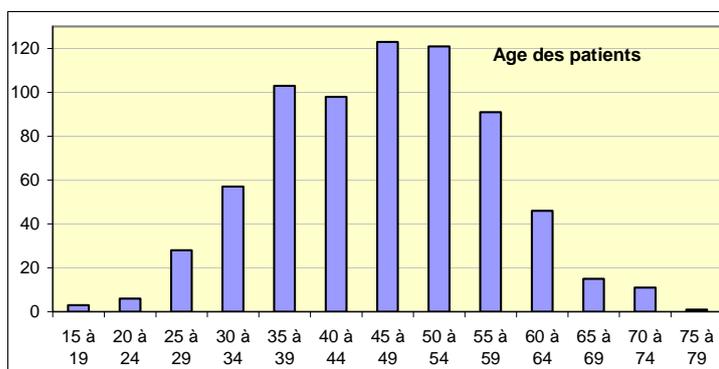
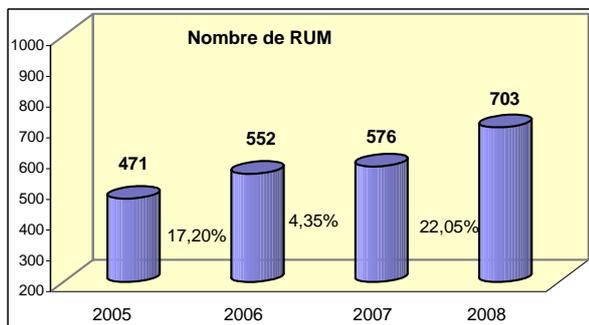
Données issues de Pmsi-Pilot

27 lits installés en 2008

Nombre de RUM : 703
 Nombre de jours extrêmes bas : 0
 Nombre de jours extrêmes haut : 68

Taux d'occupation : 94,7 %
 D.M.S. PMSI : 13,31

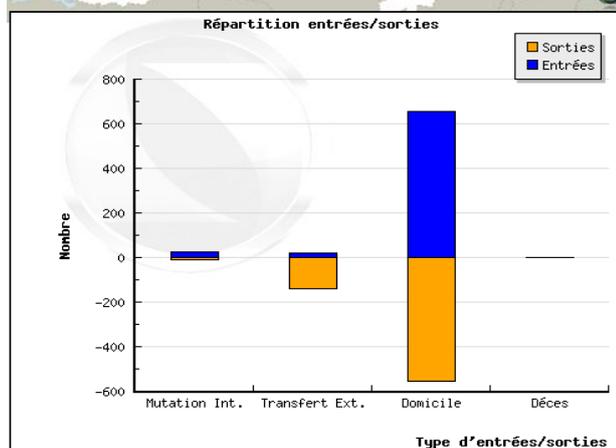
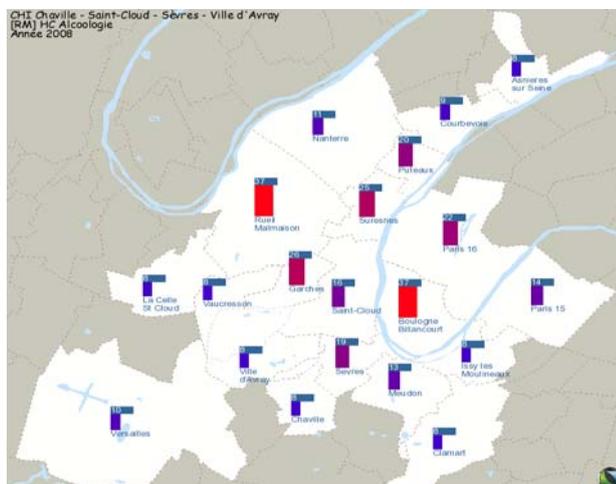
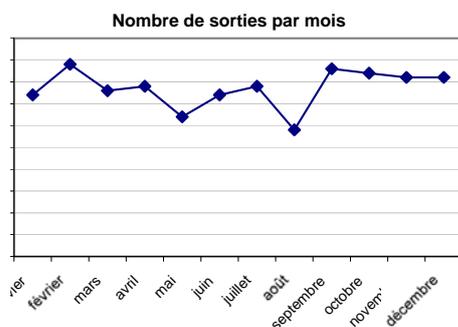
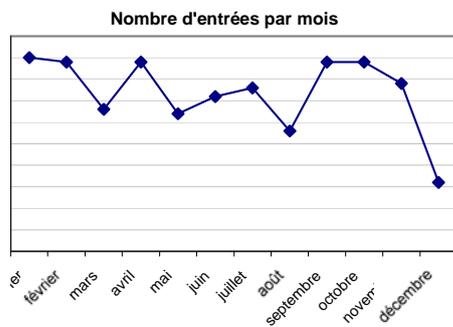
Chiffre d'affaires T2A 100 % : 3 222 692 €
 Chiffre d'affaires moyen par RUM : 4 584,2 €
 Chiffre d'affaires moyen par journée : 344,23 €

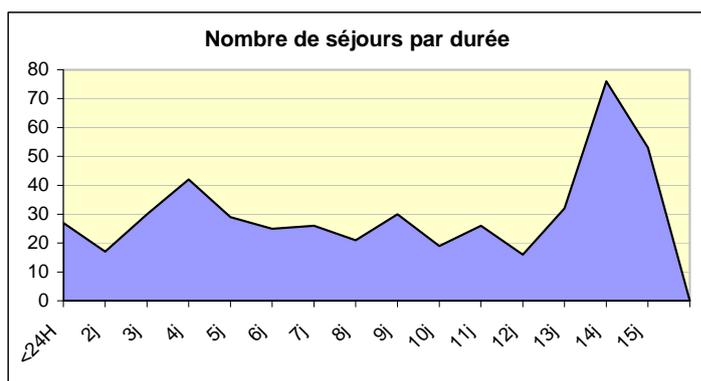


Origine des patients

Dont département 92	314
Dont département 75	150
Dont département 78	108
Dont département 93	34
Dont département 94	30
Dont département 91	20
Dont département 95	6
Dont département 77	5
total Ile de France	667

Age moyen par RUM : 47,72 ans





38 % des séjours ont une durée <= 10 j
 62 % des séjours ont une durée > 10 j
 33 % des séjours ont une durée > 15 j
 17 % des séjours ont une durée > 20 j

Les 10 GHM les plus fréquents en alcoologie							
GHM	Libellé	Effectif	Jours PMSI	DMS PMSI	DMS ENC	Indice performance	CA moyen
20Z04Z	Éthylisme avec dépendance	273	3736	13,68	9,05	0,66	4306,61
19M03Z	Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	233	3484	14,95	15,04	1,01	6013,72
19M02W	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	35	469	13,40	10,13	0,76	3730,90
19M05Z	Psychoses, âge inférieur à 81 ans	26	312	12,00	8,88	0,74	3505,78
19M11W	Névroses dépressives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	24	347	14,46	10,37	0,72	3981,19
20Z06W	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	18	256	14,22	11,45	0,81	4318,14
07M03W	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	11	158	14,36	12,17	0,85	4164,04
20Z06V	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge inférieur à 70 ans sans CMA	9	125	13,89	4,09	0,29	3504,36
23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	9	32	3,56	6,58	1,85	2494,62
24Z18Z	Affections de la CMD 20 : séjours de moins de 2 jours	8	7	0,88	0,77	0,88	535,92

⚠ Attention : La comparaison des DMS est réalisée à partir d'agrégats statistiques desquels il n'est pas possible de tirer des conclusions, lorsque l'échantillon est inférieur à 100. Tout au plus, alertent-ils (transferts de patients, nature du codage ??) et peuvent déclencher une étude complémentaire.

Consultations en alcoologie (hors CCAA)

	2004	2005	2006	2007	2008	08/07
alcoologie	2534	2210	2374	2446	2975	21,63%
tabacologie	487	654	104	132	26	-80,30%
nb total patients	3 021	2 864	2 478	2 578	3 001	16,41%

CCAA Arthur Rimbaud

	2004	2005	2006	2007	2008	08/07
nombre de patients	300	284	304	259		
nombre de personnes reçues, y compris familles ou entourage	321	313	304	275	Non disponible	
nombre d'actes médicaux ou thérapeutiques	3409	2883	2886	2527		
nombre de groupes	15	12	11	10		

CCAA Saint-Cloud

	2004	2005	2006	2007	2008	08/07
nombre de patients	245	232	569	520		
nombre de personnes reçues, y compris familles ou entourage	352	349	304	590	Non disponible	
nombre d'actes médicaux ou thérapeutiques	3580	3088	2877	3050		
nombre de groupes	12	7	-	NC		

Annexe 5 : Programme mensuel d'activités des patients hospitalisés dans le service de médecine Alcoologie – addictologie du CH4V (exemple du mois de Juin 2009)

LUNDI 1 ^{ER}	MARDI 2	MERCREDI 3	JEUDI 4	VENDREDI 5	SAMEDI 6
<p>11h-12h : Le Cercle</p>  <p>18h45 -20h : Réunion des femmes</p>	<p>13h45 – 15h45 : Séance cinéma + débat</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>	<p>9h30 – 10h30 : lettres du Dr FOUQUET</p> <p>14h30 -15h30 : Les complications organiques</p> <p>16h15-18h Relaxation</p>	<p>11h 30 - 12h : atelier cocktails</p> <p>14h – 16h30 Accueil (URSA)</p> <p>16 h 30 -17h30 Réunion du Dr Craplet</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>	<p>11h30-12h : réunion concernant votre hospitalisation</p> <p>14h30 – 16h30 Théâtre</p>	<p>11 h –12h Rencontre avec des rétablis</p> <p>13h – 14h : Film : « chambre 120 »</p> <p>14 h - 18 h Accueil (URSA)</p>
<p>LUNDI 8</p> <p>11h-12h : Le Cercle</p> <p>14h – 16h « Jeu et Expression » 16h – 16h30 : debriefing atelier</p> <p>18h45 -20h : Réunion des femmes</p>	<p>MARDI 9</p> <p>13h45 – 15h45 : Séance cinéma + débat</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>	<p>MERCREDI 10</p> <p>9h30 – 10h30 : lettres du Dr FOUQUET</p> <p>14h30 -15h30 : Les complications organiques</p> <p>16h15-18h Relaxation</p>	<p>JEUDI 11</p> <p>9h 12h : atelier cuisine (3 patients)</p> <p>14h – 16h30 Accueil (URSA)</p> <p>16 h 30 -17h30 Réunion du Dr Craplet</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>	<p>VENDREDI 12</p> <p>10h30-11h30 : Le grand cirque</p> <p>14h30 – 16h30 Théâtre</p>	<p>SAMEDI 13</p> <p>11 h –12h Rencontre avec des rétablis</p> <p>14 h - 18 h Accueil (URSA)</p>
<p>LUNDI 15</p> <p>11h-12h : Le Cercle</p> <p>14h – 16h « Jeu et Expression » 16h – 16h30 : debriefing atelier</p> <p>18h45 -20h : Réunion des femmes</p>	<p>MARDI 16</p> <p>13h45 – 15h45 : Séance cinéma + débat</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>	<p>MERCREDI 17</p> <p>9h30 – 10h30 : lettres du Dr FOUQUET</p> <p>14h30 -15h30 : Les complications organiques</p> <p>16h15-18h Relaxation</p>	<p>JEUDI 18</p> <p>11h 30 - 12h : atelier cocktails</p> <p>14h – 16h30 Accueil (URSA)</p> <p>16 h 30 -17h30 Réunion du Dr Craplet</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>	<p>VENDREDI 19</p> <p>11h30-12h : réunion concernant votre hospitalisation</p> <p>14h30 – 16h30 Théâtre</p>	<p>SAMEDI 20</p> <p>11 h –12h Rencontre avec des rétablis</p> <p>14 h - 18 h Accueil (URSA)</p>
<p>LUNDI 22</p> <p>11h-12h : Le Cercle</p> <p>14h – 16h « Jeu et Expression » 16h – 16h30 : debriefing atelier</p> <p>18h45 -20h : Réunion des femmes</p>	<p>MARDI 23</p> <p>13h45 – 15h45 : Séance cinéma + débat</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>	<p>MERCREDI 24</p> <p>9h30 – 10h30 : lettres du Dr FOUQUET</p> <p>14h30 -15h30 : Les complications organiques</p> <p>16h15-18h Relaxation</p>	<p>JEUDI 25</p> <p>9h 12h : atelier cuisine (3 patients)</p> <p>14h – 16h30 Accueil (URSA)</p> <p>16 h 30 -17h30 Réunion du Dr Craplet</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>	<p>VENDREDI 26</p> <p>11h30-12h : réunion concernant votre hospitalisation</p> <p>14h30 – 16h30 Théâtre</p>	<p>SAMEDI 27</p> <p>11 h –12h Rencontre avec des rétablis</p> <p>14 h - 18 h Accueil (URSA)</p>
<p>LUNDI 29</p> <p>11h-12h : Le Cercle</p> <p>14h – 16h « Jeu et Expression » 16h – 16h30 : debriefing atelier</p> <p>18h45 -20h : Réunion des femmes</p>	<p>MARDI 30</p> <p>13h45 – 15h45 : Séance cinéma + débat</p> <p>18h30-20h30 : Art thérapie</p>				

Annexe 6 : Calcul de faisabilité financière d'un hôpital de jour en alcoologie – addictologie au CH4V

RECETTES HDJ		
	5 places	10 places
Valorisation GHM 20Z06T	537,91	537,91
Coefficient géographique (+7%)	37,65	37,65
<i>Recettes totales par GHM 20Z06T</i>	<i>575,56</i>	<i>575,56</i>
Recettes du GHM pour 250 jours d'ouverture et taux d'occupation de 90%	647 509,16	1 295 018,33
Valorisation GHM 19M02T	571,95	571,95
Coefficient géographique (+7%)	40,04	40,04
<i>Recettes totales par GHM 19M02T</i>	<i>611,99</i>	<i>611,99</i>
Recettes du GHM pour 250 jours d'ouverture et taux d'occupation de 90%	688 484,81	1 376 969,63
Moyenne des deux GHM	667 996,99	1 335 993,98
<i>Application du coefficient de 80% (1)</i>	<i>534 397,59</i>	<i>1 068 795,18</i>
Prix de journée	607,00	607,00
20% du prix de journée	121,40	121,40
<i>Recettes prix de journée pour 250 jours d'ouverture et taux d'occupation de 90% (2)</i>	<i>136 575,00</i>	<i>273 150,00</i>
Recette attendue (1+2)	670 972,59	1 341 945,18

DEPENSES HDJ		
	5 à 10 places	15 à 20 places
<i>Personnel (en ETP)</i>		
Médecin (1)	100 000,00	100 000,00
Cadre de santé (0,5)	30 000,00	30 000,00
IDE (1,5 à 3)	67 500,00	135 000,00
Aide-soignante (1,5 à 3)	58 500,00	117 000,00
Assistante sociale (1)	39 000,00	39 000,00
Psychologue (1 à 2)	75 000,00	150 000,00
Educateur spécialisé (2)	90 000,00	90 000,00
Sous-total	460 000,00	661 000,00
Ajout autres charges :		
<i>Ratio Autres charges = 30%</i>	<i>197 142,86</i>	<i>283 285,71</i>
Total	657 142,86	944 285,71
<i>Ratio Autres charges = 25%</i>	<i>153 333,33</i>	<i>220 333,33</i>
Total	613 333,33	881 333,33
<i>Ratio Autres charges = 20%</i>	<i>115 000,00</i>	<i>165 250,00</i>
Total	575 000,00	826 250,00
<i>Ratio Autres charges = 15%</i>	<i>81 176,47</i>	<i>116 647,06</i>
Total	541 176,47	777 647,06
<i>Ratio Autres charges = 10%</i>	<i>51 111,11</i>	<i>73 444,44</i>
Total	511 111,11	734 444,44

Bénéfice si 10 places, taux d'occupation de 90% et charges de personnel de 80% des charges totales: 766 945,18

Si tarification SSR, prix de journée à partir duquel l'hôpital est en excédent pour 10 places: 255,56

Annexe 7 : Calcul de faisabilité financière d'un service de SSR spécialisé en alcoologie – addictologie au CH4V

Dépenses SSR			
<i>Dépenses de personnel</i>			
<i>Statut</i>	<i>Nombre (ETP)</i>	<i>Salaire unitaire (charges comprises)</i>	<i>Salaire total</i>
Médecin	2	100 000,00	200 000,00
Cadre de santé	0,5	60 000,00	30 000,00
IDE	6	45 000,00	270 000,00
Aide-soignante	7	39 000,00	273 000,00
Assistante sociale	1	39 000,00	39 000,00
Psychologue	2	50 000,00	100 000,00
Educateur spécialisé	2,5	45 000,00	112 500,00
Secrétaire médicale	1	60 000,00	60 000,00
ASH	5	39 000,00	195 000,00
Total	27		1 279 500,00
		Montant Autres charges	Charges totales
<i>Ajout autres charges:</i>			Prix de journée à partir duquel l'hôpital est en excédent pour 25 lits disponibles et un taux d'occupation de 85% :
Ratio Autres charges = 20%		319 875,00	1 599 375,00 206,20
Ajout Autres charges = 25%		426 500,00	1 706 000,00 219,95
Ajout Autres charges = 30%		548 357,14	1 827 857,14 235,66

Annexe 8 : Exemple de convention de partenariat en addictologie (conclue le 25 juin 2009 entre le Centre Hospitalier des Quatre Villes et l'association Chimène)

Convention de Partenariat

Entre les soussignés,

Le Centre Hospitalier des Quatre Villes, sis 3, place Silly, 92 210 Saint-Cloud, représenté par délégation de sa Directrice, Madame Elisabeth PACREAU-LEDAIN

D'une part,

Et

Le Centre Chimène, sis 35 boulevard Gambetta, 92130 Issy-les-Moulineaux, représenté par son directeur, Monsieur Jean-Yves NOËL,

D'autre part,

Préambule

Le Centre CHIMENE est un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement de Prévention en Addictologie) ; à ce titre il prend en charge sur les plans psychologique, médical et social les patients souffrant de troubles en lien avec des conduites addictives.

Le service alcoologie du Centre Hospitalier des Quatre Villes répond aux mêmes missions au sein de l'hôpital.

Il est conclu une convention de partenariat à durée indéterminée :

Article 1er : Objet de la convention

Ce projet vise à renforcer et élargir un accueil et une prise en charge globale dans le domaine des addictions entre professionnels des champs sanitaires et médico-sociaux de ville et d'hôpital. Il a pour but de pérenniser des pratiques coopératives interdisciplinaires sanitaires et sociales et de les développer avec d'autres partenaires pour répondre aux besoins de santé de ce public.

Article 2 : Champs d'application

- ↳ La coordination de soins de qualité auprès des patients souffrant d'addictions et leur famille, les patients infectés par le VIH et le VHC,
- ↳ La formation et l'information des partenaires de santé,
- ↳ La coordination des acteurs de santé dans le but d'améliorer les pratiques professionnelles.

Article 3 : Axes de coopération

Le Centre Hospitalier des Quatre Villes s'engage à garantir et à développer, dans le cadre de la coopération avec le centre Chimène, l'accès aux soins pour toute personne ayant des conduites addictives, dans l'ensemble des disciplines médicales représentées au sein de l'établissement.

Les actions au sein de l'hôpital se conçoivent en complément ou en préambule des actions réalisées par le Centre Chimène : hospitalisations pour sevrage, mise en place de traitements substitutifs, soins d'urgence, consultations spécialisées.

Cette coopération a pour but de :

- ↳ Favoriser l'accès aux soins et à la prévention de patients souvent fragilisés par leur maladie (infection par le VIH, le VHC) ou leur dépendance (usage de drogues illicites, alcool, tabac, psychotropes).
- ↳ Coordonner l'offre de soins en sollicitant les acteurs sanitaires et médico-sociaux qui existent dans le sud du département des Hauts de Seine et, grâce à une cohérence des interventions, permettre une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée à chaque patient et intégrée dans le dispositif de soins commun à la population générale.
- ↳ Développer le partenariat ville - hôpital et l'interdisciplinarité dans le respect de la personne soignée.

Article 4 : Modalités de coopération

Le Centre Chimène et le Centre Hospitalier des Quatre Villes s'engagent à collaborer en vue de mettre en place :

- ↳ Des actions de formation et de sensibilisation des personnels du Centre Hospitalier des Quatre Villes et du Centre Chimène aux problématiques des conduites addictives (protocoles de soins et actualisation des conduites à tenir, prise en charge des hospitalisations pour sevrage)
- ↳ Des collaborations pratiques pour améliorer les prises en charge individuelles avec un accès privilégié aux services des deux établissements.

Article 5 : Evaluation

L'évaluation du partenariat et des pratiques professionnelles se fera grâce à des travaux de recherche clinique.

Article 6 : Durée de la convention

La présente convention prend effet à la date de signature et est renouvelable annuellement par tacite reconduction. Elle peut être modifiable par avenant.

Elle peut être résiliée à l'initiative de l'une ou l'autre des parties en cas d'inobservation des clauses qu'elle contient, par lettre recommandée avec accusé de réception, avec effet immédiat.

En l'absence de tout manquement, elle peut également faire l'objet d'une demande de résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, sous réserve d'un préavis de 2 mois, formalisée par lettre recommandée avec accusé de réception.