

- - -
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

- - -
Sous-Direction de la Protection Sanitaire

- - -
DGS / 2266 / MS.1

LE MINISTRE DE LA SANTÉ

à

Messieurs les Préfets de Région
Messieurs les Chefs des Services
Régionaux de l'Action Sanitaire
et Sociale (pour exécution)

Messieurs les Directeurs Départe-
mentaux de l'Action Sanitaire
et Sociale (pour exécution)

Messieurs les Préfets
Messieurs les Médecins-Inspec-
teurs Régionaux de la Santé
(pour exécution)

Messieurs les Médecins-Inspec-
teurs Départementaux de la
Santé (pour exécution)

OBJET : Dépistage et traitement précoces de l'alcoolisme.

Circulaires de référence : Circulaire DGS/1252/MS.1 du 23 Novembre 1970 relative au renforcement des moyens de traitement des malades alcooliques et diffusant une note d'information du 13 Novembre 1970.

Circulaire DGS/1581/MS.1 du 28 Septembre 1972 relative à l'application de la loi N° 70-597 du 9 Juillet 1970 instituant un taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré.

*
* * *

Compte tenu de l'importance que revêt l'alcoolisme dans notre pays, il m'apparaît indispensable d'intensifier, au niveau du dépistage, du traitement et de la post-cure, l'action entreprise pour traiter les malades alcooliques.

En ce qui concerne le dépistage et le traitement de ce type de patients, je n'ignore pas qu'un effort important est, d'ores et déjà, mené depuis de longues années dans le domaine de l'Hygiène Mentale pour les soigner. Cependant, il m'apparaît indispensable de mettre en place un nouveau moyen d'approche des buveurs excessifs par la voie de Centres d'Hygiène Alimentaire, agissant en liaison avec les équipes de secteur psychiatrique, sans cependant être assurés par un psychiatre ou être présentés au public sous l'étiquette de la lutte contre les Maladies Mentales.

Je vous rappelle que, par circulaire en date du 23 Novembre 1970, votre attention avait déjà été appelée sur la nécessité de créer des consultations d'hygiène alimentaire.

Dans quelques départements, des réalisations de ce type ont déjà été entreprises. Ces expériences ayant été, dans l'ensemble, couronnées de succès, il m'apparaît indispensable de doter chaque département d'un équipement de ce type.

.../...

La création de tels organismes peut être assurée soit par :

- le département (gestion assurée par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale),
- un hôpital gestionnaire,
- enfin, une association dite "de soutien", telle que le Comité Départemental de lutte contre l'Alcoolisme, à la condition, toutefois, que son dynamisme et sa structure lui permettent de faire face aux exigences que posent la création et le fonctionnement d'un C.H.A.

Elle doit être subordonnée à la réunion des conditions suivantes :

- La constitution d'une équipe médico-sociale, fortement motivée et ayant reçu une formation appropriée,
- l'organisation d'un recrutement régulier et suffisant de malades, assurée par un certain nombre de médecins dépisteurs, médecins praticiens et hospitaliers, médecins du travail et du trafic, complétée par l'apport de malades désirant consulter directement au C.H.A.,
- le financement des frais de fonctionnement du C.H.A. par convention avec le Service de lutte contre l'alcoolisme ou par des subventions accordées par les organismes publics ou privés intéressés.

Vous trouverez, ci-joint, une annexe vous donnant toutes explications utiles concernant le but, les conditions administratives, techniques et financières de fonctionnement des C.H.A.

Par ailleurs, dans le domaine du soutien du malade alcoolique en traitement ainsi que dans celui, essentiel, de la post-cure, l'action menée par les Associations d'anciens buveurs doit être encouragée.

Il est incontestable que l'aide morale, la psychothérapie de groupe que ces Associations peuvent apporter à l'alcoolique, présentent un intérêt considérable. La diversité même de ces groupements, en permettant d'atteindre les différents types de personnalités, présente un avantage pour mener à bien la post-cure.

Je souhaite donc vivement qu'une aide technique et financière soit apportée à ces Associations.

Cependant, la diversité même des formes de lutte contre l'alcoolisme, par ailleurs extrêmement souhaitable, peut, dans un souci légitime d'éviter les doubles emplois, vous poser des problèmes.

J'ai été amené à constater que, dans certains départements, il était envisagé de confier au Comité Départemental de lutte contre l'Alcoolisme un rôle de coordination entre ces divers groupements.

J'estime, pour ma part, que cette coordination indispensable doit être assurée par le service public afin de sauvegarder la spécificité des actions tant des Comités de lutte contre l'Alcoolisme que des Associations d'anciens buveurs.

C'est pourquoi je crois devoir vous conseiller de créer une Commission de lutte contre l'alcoolisme, dans laquelle serait représentée chacune des institutions concourant à l'action entreprise dans votre département

et qui constituerait l'organisme de concertation et de coordination qui vous est nécessaire. Cette Commission serait présidée par le Préfet ou par le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale et pourrait comporter des représentants des élus locaux.

Bien évidemment, une liaison entre cette Commission et les Conseils de Santé Mentale de secteur devrait être organisée.

En vous rappelant que l'Alcoolisme représente la troisième cause de décès dans notre pays, après les maladies cardio-vasculaires et le cancer, je suis persuadé que vous comprendrez l'intérêt qui s'attache à la mise en place rapide de ce dispositif.

le Ministre

Simone VEIL

ANNEXE

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CREATION ET LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES D'HYGIENE ALIMENTAIRE

- - -

D O N N E E S M E D I C A L E S

Le développement de la Médecine du Travail et la multiplication des examens systématiques annuels, celui de la Médecine du Trafic et le dépistage des alcoolémies excessives sur la route ont apporté de nouvelles précisions sur l'alcoolisation de la population française.

A côté des alcooliques notoire, on a mis en évidence l'existence d'un nombre très important de sujets des deux sexes de toutes conditions sociales faisant quotidiennement une consommation excessive de boissons alcooliques. La plupart de ces buveurs excessifs deviennent des alcoolomanes, tombés sous la dépendance de l'alcool après une durée variable d'intoxication progressivement croissante.

Toutefois, si ces buveurs sont dépistés et traités précocement, ils peuvent être ramenés à une saine tempérance dans deux tiers des cas.

Une intervention médicale précoce apparaît donc comme un moyen efficace de réduire le nombre des alcoolomanes et d'éviter la mise en oeuvre de traitements prolongés aux résultats aléatoires qui, trop souvent, ne peuvent empêcher ni les graves complications viscérales et psychiques de l'alcoolisme chronique ni les incapacités professionnelles et les décès prématurés qu'il entraîne.

En 1970, le rapport du Groupe de travail sur les problèmes de l'alcoolisme entre autres conclusions, préconisait la création de consultations d'un type nouveau dites "Consultations d'hygiène alimentaire" destinées, en particulier, à diagnostiquer et traiter les buveurs excessifs et gros buveurs d'habitude ne présentant pas de problèmes psychiatriques lourds.

Depuis lors, a été poursuivie une action vigoureuse tendant à multiplier les Consultations d'hygiène alimentaire dans divers départements et villes. Ces consultations expérimentales ont répondu à des formules diverses adaptées aux besoins et possibilités locaux.

Le moment est venu de tirer les enseignements de ces expériences multiples en vue d'améliorer le fonctionnement de certaines consultations existantes et d'étendre le réseau de ces consultations dans un souci d'efficacité maximale.

Après rappel de quelques définitions nécessaires, nous exposerons les principales directives applicables à la création et au fonctionnement des Centres d'hygiène alimentaire.

PRINCIPES GENERAUX DU TRAITEMENT DU BUVEUR EXCESSIF

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, le traitement du buveur excessif (B.E.) n'est pas des plus aisés.

.../...

En effet, le B.E. ignore le plus souvent son intoxication naissante et la nie, en toute bonne foi, quand on la lui affirme.

Encore peu imprégné, il ne présente, en général, que peu de malaises qu'il attribue d'ailleurs à bien d'autres causes que l'alcool. Son comportement familial, social, professionnel n'est encore que peu troublé. Les signes physiques qu'il présente échappent, non seulement à lui-même, mais encore à son entourage et bien souvent à son médecin.

Quant à sa consommation d'alcool, toute excessive qu'elle soit, elle ne dépasse guère celle de ses camarades qui, comme lui, ignorent les doses que l'organisme peut tolérer.

Si l'incident qui l'amène à consulter est une alcoolémie excessive relevée sur la route, il considère ce fait comme incompréhensible, étant donné qu'il n'a consommé ce jour là "pas davantage que d'habitude" et sans ressentir d'anomalies dans son état ou comportement.

Pour amener ce sujet à un traitement, il faut donc :

- 1°) lui administrer la preuve de son imprégnation chronique;
- 2°) gagner sa confiance pour qu'il admette cette preuve;
- 3°) le persuader qu'il est engagé sur une voie dangereuse et qu'il doit modifier radicalement ses habitudes de consommation excessive pour revenir à une saine tempérance;
- 4°) lui faire constater que la réduction de sa consommation d'alcool ou sa suppression améliore son état.

Chez l'alcoolique notoire, la prise en main repose sur des bases différentes.

Le sujet connaît ses excès, sinon ses ivresses répétées. Sa santé est déjà visiblement altérée, son comportement familial, social ou professionnel, profondément modifié. Il peut difficilement nier une imprégnation alcoolique le diagnostic s'imposant au médecin comme à l'entourage du patient.

La nécessité du traitement est évidente. Le refus de soins a contre lui de puissants arguments. La difficulté essentielle et redoutable reste la dépendance du sujet, son assuétude au toxique et sa faible résistance à la tentation de rompre l'abstinence indispensable.

Quoi qu'il en soit, ces deux types de malades doivent donc être traités dans des conditions bien différentes.

Alors que l'alcoolique notoire réclame le plus souvent l'intervention du psychiatre, la cure de désintoxication, une abstinence totale et définitive et un service de suite qui facilitera sa réinsertion familiale et sociale, le B.E. doit faire avant tout, l'objet d'une rééducation et d'une psychothérapie de soutien complétées au besoin par une médication appropriée.

MODALITES DE TRAITEMENT DU BUVEUR EXCESSIF

Sans doute, tout buveur excessif peut-il être traité par un médecin compétent, capable de dépister et de diagnostiquer l'intoxication alcoolique naissante, d'en suivre l'évolution et de conduire son traitement.

Toutefois, cette tâche complexe réclame une disponibilité et un temps supérieurs aux possibilités de la plupart des praticiens.

Par ailleurs, les médecins du Travail et du Trafic, et de nombreux spécialistes appelés à dépister les buveurs excessifs n'ont pas vocation pour assurer le diagnostic et le traitement.

C'est pourquoi il a paru nécessaire de créer de nouvelles structures répondant à ces besoins nouveaux. Ces structures sont les Consultations et Centres d'Hygiène Alimentaire.

Par Consultation d'Hygiène Alimentaire, on entend une consultation généralement hebdomadaire assurée par un médecin compétent en alcoologie. Il est assisté, durant la consultation, par une infirmière faisant office de secrétaire médicale.

L'expérience a montré qu'une simple consultation médicale périodique ne répond en général qu'imparfaitement aux nécessités d'un traitement de sujets souvent indisciplinés, aux résolutions fragiles, ayant un vif besoin de se conforter auprès de l'équipe soignante.

La consultation, vite encombrée, ne permet que des contacts trop brefs, reportés à échéances trop lointaines pour être efficaces. L'assiduité du malade a tôt fait de se relâcher et le traitement mal suivi donne souvent des résultats aléatoires.

Pour pallier ces inconvénients, la formule de la Consultation tend à être remplacée par celle du Centre d'Hygiène Alimentaire, poste d'accueil, d'écoute et d'urgence ouvert en permanence ou pour le moins chaque jour, afin de recevoir dans les plus brefs délais des malades qui le désirent et ceux que les médecins dépisteurs veulent adresser sans retard au Centre.

Cette dernière formule fait appel à une équipe médico-sociale plus complète placée sous la direction d'un médecin spécialement formé et comprenant une ou plusieurs infirmières, une secrétaire médicale, une assistante sociale ou un "visiteur" (1)

La présence de ce personnel est modulé en fonction du nombre de malades à traiter. C'est ainsi qu'au début du fonctionnement du Centre, alors que le nombre des patients pris en charge est encore réduit, on peut assurer une permanence suffisante avec trois vacations d'infirmière, cinq ou six de secrétaire, deux d'assistante ou de visiteur social et une seule vacation médicale hebdomadaire.

Le Centre, cependant, est ainsi ouvert tous les jours par chevauchement des présences des différents membres de l'équipe groupée au complet le jour de la consultation médicale.

L'EQUIPE MEDICO-SOCIALE DU CENTRE D'HYGIENE ALIMENTAIRE

1°) SA COMPOSITION

- a) le médecin chargé de diriger le C.H.A. peut être un généraliste ayant reçu un entraînement particulier concernant le dépistage précoce des intoxiqués alcooliques, le diagnostic de ces sujets et le traitement des malades débutants. Il doit être spécialement motivé

.../...

(1) appartenant à une Association privée de lutte contre l'alcoolisme

pour prendre en main et suivre ce type de patients, aux facettes multiples, qui ignorent la gravité de leur état et qu'il faut à la fois informer avec tact et convaincre patiemment de suivre les prescriptions nécessaires.

Il doit donc posséder, à côté d'une connaissance approfondie des problèmes de l'intoxication débutante, une ouverture d'esprit particulièrement marquée de finesse et capable d'exercer sur le patient une autorité bienveillante et simple.

- b) l'infirmière aura reçu une formation spéciale dans un Centre existant pour acquérir les connaissances théoriques et pratiques nécessaires, notamment dans le domaine de la relation qu'elle aura à établir et entretenir avec le malade.

Son rôle d'accueil, complémentaire de celui de la secrétaire, tend à favoriser la réceptivité du malade aux conseils et prescriptions du médecin qu'elle explique au patient en les motivant.

Elle a aussi pour rôle de surveiller les traitements médicamenteux, en particulier les cures ambulatoires éventuelles. Elle effectue également les actes médicaux de sa compétence sous le contrôle du médecin.

C'est elle qui est responsable du fonctionnement du C.H.A. entre deux consultations médicales.

- c) la secrétaire médicale joue au C.H.A. un rôle particulièrement important. Non seulement elle accueille souvent la première le malade se présentant au C.H.A., mais encore surveille le bon déroulement des traitements en fixant les rendez-vous sur indication du médecin, contrôlant les assiduités des sujets, faisant les rappels nécessaires, assurant les liaisons diverses avec les médecins dépisteurs qu'elle renseigne et les organismes sociaux en rapport avec le C.H.A.

Par ailleurs, la secrétaire est responsable de la tenue et du classement des dossiers et des statistiques indispensables. Elle assure également la permanence téléphonique, recueille les appels des malades, les demandes de renseignements divers et celles de rendez-vous. A elle reviennent les problèmes de courrier et de dactylographie.

C'est dire combien est important le rôle de la secrétaire médicale dans le fonctionnement du C.H.A. Son choix doit être fait très soigneusement en raison des qualités personnelles qu'exige son rôle essentiel en même temps que des qualités professionnelles requises.

- d) l'assistante sociale - assistant aux réunions de travail qui suivent les consultations médicales, elle reçoit à cette occasion les instructions et directives que le médecin désire mettre en oeuvre en faveur des malades à visiter à domicile, en raison des difficultés ou impossibilités pour ces derniers de se déplacer autant qu'il est nécessaire.

Sa connaissance du milieu familial et de l'environnement du patient lui permet de recueillir pour le médecin des renseignements du plus haut intérêt.

Enfin, elle effectue, à la demande du médecin, les démarches souvent nécessaires auprès des employeurs, de l'agence pour l'emploi, des assistantes sociales, des Caisses d'Allocations Familiales ou de Sécurité Sociale et, le cas échéant, des hôpitaux, des foyers de pos cure ou des mouvements d'abstinents.

2°) SON ROLE

a) l'accueil du malade :

Le malade qui se présente au C.H.A. est, dans la majorité des cas, adressé après dépistage par le médecin du travail, le médecin du trafic, le médecin hospitalier ou le médecin de famille. Rarement il se présente de lui-même.

Aussi vient-il, le plus souvent, réticent, sceptique sinon hostile, et parfois agressif.

Il faut donc, avant tout, le mettre à l'aise et s'efforcer de réduire ses craintes, ses réserves, ses réactions de défense et d'agressivité.

C'est-à-dire l'importance du premier contact et de l'accueil au cours des rencontres successives, afin de gagner, d'entrée, puis progressivement, sa confiance, facteur capital de la réussite du traitement.

Le malade doit être reçu d'une façon personnalisée, sans qu'il soit jugé, mais accepté tel qu'il est, dans un climat chaleureux, inspirant confiance et sécurité.

b) la conduite de l'enquête personnelle :

Ainsi sera-t-il amené à parler de lui, de ses problèmes et difficultés, d'autant mieux qu'il se sentira écouté avec bienveillance, compréhension et intérêt,

A travers les propos d'un entretien bien mené, la secrétaire, puis l'infirmière, s'efforceront de recueillir les renseignements nécessaires, leur objectif essentiel étant de connaître ce qui, consciemment ou non, perturbe la vie du malade,

De cette façon seront réunies de précieuses précisions sur les habitudes alimentaires solides et liquides du patient, ses habitudes de vie, de travail, de loisirs, ses difficultés particulières et aussi ses centres d'intérêt.

c) le diagnostic positif et le traitement :

A la lumière des renseignements recueillis, le médecin procédera alors à l'examen clinique du sujet qu'il aura mis en confiance par un entretien préalable.

Il pourra compléter cet examen par une enquête socio-professionnelle et certains examens biologiques (alcoolémies, alcooluries) ou psychotechniques.

Les résultats du dépistage étant confirmés, il s'efforcera de déterminer le degré de dépendance du sujet et de mettre en oeuvre le traitement rééducatif nécessaire, aidé au besoin par un traitement

médicamenteux approprié. Il pourra recourir régulièrement ou occasionnellement aux services de médecins spécialistes et notamment au psychiatre.

L'infirmière apportera au médecin son concours en expliquant au malade les prescriptions médicales édictées en les commentant de façon détaillée, en le soutenant dans ses efforts de tempérance, en lui donnant toutes informations utiles quant à l'hygiène des boissons, etc...

d) l'aide permanente :

Ce serait réduire singulièrement l'efficacité du traitement et sa rapidité que de limiter les contacts avec l'équipe soignante aux seuls entretiens que le malade peut avoir avec les différents membres de l'équipe le jour de la consultation médicale.

C'est pourquoi, dans toute la mesure du possible, l'équipe se tiendra-t-elle à la disposition permanente du sujet de manière à l'aider toutes les fois qu'il éprouvera le besoin d'être informé, renseigné ou encouragé.

Plus encore, il pourra demander à l'assistante sociale ou au visiteur médical son concours pour lui permettre de résoudre les problèmes sociaux qui se posent à lui du fait de son état de santé ou de son comportement antérieur ou actuel (perte de l'emploi, reclassement, difficultés familiales, etc...)

En résumé, l'équipe soignante a pour objectif de préparer, de soutenir, d'élargir et de prolonger l'action du médecin, en appliquant ses directives, en les modulant et les complétant en fonction de l'attitude et du comportement d'un malade aux facettes diverses selon l'interlocuteur en question.

RECRUTEMENT DES MALADES

Les malades pris en charge au C.H.A. proviennent généralement de sources très différentes.

Les uns sont adressés par le médecin du travail qui les détecte à l'occasion des examens de santé annuels, à l'embauche ou à la suite d'accidents de trajet ou de travail.

Les autres proviennent des Commissions Médicales Primaires, soit qu'il s'agisse de candidats au Permis de conduire de certaines catégories de véhicules, soit de sujets subissant les examens de contrôle périodiques, soit enfin de conducteurs dont le permis a été suspendu par la Commission à la suite d'une alcoolémie excessive dépistée sur la route et qui doivent subir un examen médical avant restitution du permis.

A ce propos, il convient de préciser que la D.D.A.S.S. peut inviter par lettre les alcoolémiques excessifs dont elle a connaissance par la fiche "C" à se présenter au C.H.A. le plus proche de leur domicile, bien avant leur comparution devant la Commission de suspension du Permis de conduire. Ainsi peut être faite, préalablement à la compa-

ruption du contrevenant, une utile discrimination entre les alcoolémies occasionnelles et chroniques, et commencer sans retard le traitement qui permettra à l'intéressé de récupérer au plus tôt son aptitude à la conduite.

Par ailleurs, des malades peuvent être adressés au C.H.A. par les médecins de famille, certains spécialistes, le service social, l'autorité administrative, quelques employeurs ou d'anciens buveurs excessifs redevenus tempérants.

Il faut également noter que certains services hospitaliers procèdent au dépistage de leurs entrants, ces derniers peuvent être mis en rapport avec le C.H.A. dès le début de leur hospitalisation, de manière que soit préparée leur venue au C.H.A. à la sortie de l'hôpital.

Enfin, on constate qu'après un certain temps de fonctionnement quelques sujets se présentent spontanément au C.H.A. en vue d'un examen et d'un traitement éventuel.

LOCAUX DU C.H.A.

Pour fonctionner de façon satisfaisante, le C.H.A. nécessite trois pièces et une salle d'attente de petite capacité; les malades doivent, en effet, être reçus sur rendez-vous pour de multiples raisons dont la discrétion souhaitable n'est pas la moindre. Les locaux peuvent être trouvés notamment dans les différents dispensaires à vocations diverses qui fonctionnent rarement de façon continue et dont certaines activités sont parfois en voie de régression.

Notons que, pour faciliter l'accès des malades, il paraît judicieux de fixer la consultation médicale soit le soir de 17h à 20h, soit le samedi matin ou après-midi. Ces horaires sont d'ailleurs de nature à éviter les chevauchements avec les heures d'ouverture de nombreux dispensaires.

En résumé, le CENTRE D'HYGIENE ALIMENTAIRE apparaît comme la formule la mieux adaptée au dépistage, au diagnostic et au traitement des buveurs excessifs et des malades au premier stade de l'alcoolisation.

Il constitue, à la fois, un poste d'accueil, d'écoute et d'urgence, ouvert en permanence pour recevoir sans délais les malades et répondre immédiatement aux besoins que nécessite leur état.

DONNEES ADMINISTRATIVES

Le C.H.A. s'adresse essentiellement à des buveurs excessifs non encore parvenus au stade de l'alcoolomanie. Mais si l'évolution de la maladie se poursuit en dépit des soins donnés, la dépendance peut apparaître progressivement et nécessiter l'intervention du psychiatre.

Cette éventualité impose donc au C.H.A. de travailler en liaison étroite avec le ou les secteurs de psychiatrie, tout en évitant d'apparaître au public comme faisant double emploi avec les Consultations d'Hygiène Mentale.

Pour assurer la liaison nécessaire, il convient que le C.H.A. s'assure du concours d'un psychiatre consultant, appartenant à une équipe de secteur. Le secrétariat du C.H.A. tiendra ses informations à la

disposition des équipes de secteurs intéressées, celles-ci fournissant, en retour, aux C.H.A. les précisions utiles à la bonne conduite d'un traitement.

Dans tous les cas, la prise en charge du sujet devra être assurée par l'équipe la mieux placée, en vue de poursuivre le traitement nécessaire.

Ainsi s'établira une collaboration étroite entre le C.H.A. et l'Hygiène Mentale, sur la base d'un échange mutuel de services au bénéfice du malade.

La place des C.H.A. dans l'organisation sectorielle ordonnée en vue de la lutte contre l'alcoolisme est donc bien définie. C'est au C.H.A. que revient essentiellement la prévention de l'alcoolomanie.

C'est dire qu'on ne saurait repousser ou retarder la création d'un C.H.A. et, bien moins encore, supprimer les Consultations d'Hygiène Alimentaire existantes sous prétexte d'un remodelage d'attributions dans le cadre ou le dessein de la mise en place de la sectorisation psychiatrique.

CONSTITUTION DE L'EQUIPE MEDICO-SOCIALE

Quelle que soit la formation de base du médecin, de l'infirmière ou de la secrétaire médicale, il sera extrêmement souhaitable que les intéressés aient effectué, préalablement à leur prise de fonctions, un stage de durée variable dans un C.H.A. particulièrement bien organisé et au fonctionnement efficace de manière à se familiariser avec les méthodes et mesures expérimentées qu'ils auront à appliquer.

Ainsi seront évités des tâtonnements inutiles sans que toutefois soient négligés les modifications que peuvent nécessiter les adaptations particulières aux situations rencontrées.

On notera également qu'il est envisagé d'organiser des séminaires de courte durée comportant un enseignement théorique avec présentations cliniques destinés tout spécialement aux médecins des C.H.A., du travail et du trafic, en vue de parfaire leur entraînement dans le domaine du dépistage, du diagnostic et du traitement des buveurs excessifs et alcooliques débutants.

Des stages destinés aux infirmières et secrétaires médicales sont d'ores et déjà assurés dans certains C.H.A. particulièrement qualifiés.

ROLE DE L'ASSOCIATION DE SOUTIEN

La multiplication, la diversité et la poursuite des tâches requises en vue de la création et du fonctionnement régulier d'un C.H.A. rendent hautement souhaitable le concours d'une association de soutien du C.H.A.

Cette association aura pour mission :

1°) de préparer la création du C.H.A.

a) en lançant une campagne préalable d'information auprès :

- des autorités départementales et des organismes médico-sociaux intéressés;
- du corps médical et para-médical concerné;
- des collectivités susceptibles de bénéficier des services du C.H.A.

Dans ce but, seront multipliés conférences et colloques dont le contenu sera adapté aux auditoires en présence. En particulier des conférences avec présentation audiovisuelle seront organisées pour les médecins. Les causeries dans les collectivités feront oeuvre de prévention primaire, tout en alertant les buveurs excessifs sur les dangers qu'ils courent et les possibilités que leur offre un dépistage et un traitement précoces;

- b) en constituant l'équipe médico-sociale appelée à travailler au C.H.A.;
- c) en aménageant les locaux destinés au C.H.A.;
- d) en assurant les liaisons nécessaires avec les diverses autorités administratives départementales (D.D.A.S.S., Service de la réglementation du Permis de Conduire, Services d'Hygiène Mentale, Institutions médico-sociales diverses, Autorités municipales, Sécurité Sociale, Mutualité agricole, Juges d'enfants, Chefs d'entreprises, etc...)

2°) de soutenir l'action du C.H.A.

- au plan financier en passant convention avec le Département et en sollicitant des subventions des différents organismes intéressés;
- au plan administratif en se chargeant des problèmes matériels posés par le fonctionnement du Centre et la gestion de son personnel;

3°) de maintenir l'intérêt porté au C.H.A. par les Autorités et Organismes concernés en leur faisant parvenir des rapports et statistiques périodiques sur l'évolution des résultats médicaux obtenus et les initiatives nouvelles prises ou suggérées;

4°) de coordonner l'activité des différents C.H.A. d'un même département placés sous l'égide de la même association de soutien, d'harmoniser leur action, de mettre en commun leur expérience, de coordonner leurs efforts et de se prêter un appui mutuel dans le traitement des malades changeant de domicile dans le cadre du département;

5°) de participer d'une manière générale à l'information et à la formation du personnel médical et para-médical en matière de dépistage, diagnostic et traitement des buveurs excessifs

- soit en ouvrant largement les C.H.A. aux médecins en exercice ou en formation, de façon à parfaire leurs connaissances et leur entraînement au dépistage précoce de l'intoxication alcoolique;

- soit en organisant des stages en faveur des membres des équipes médico-sociales se préparant à exercer dans les C.H.A. en voie de création.

En conclusion, si le C.H.A. peut évidemment être créé par un département et géré par la D.D.A.S.S., ou bien ouvert dans un hôpital et géré par lui, encore faut-il que soient respectées les conditions nécessaires au bon fonctionnement du Centre d'Hygiène Alimentaire sur lesquelles on ne saurait trop insister.

FINANCEMENT D'UN C.H.A.

Lorsque les modalités de création et de fonctionnement d'un C.H.A. sont conformes aux présentes instructions, le C.H.A. s'intègre dans le service de lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme.

Les consultations et entretiens, et plus généralement les interventions des C.H.A. étant jusqu'ici gratuites, leurs ressources sont constituées par les subventions des collectivités locales, des organismes de Sécurité Sociale, du Comité National de défense contre l'Alcoolisme et autres organismes sociaux. Elles sont complétées par la participation aux dépenses de fonctionnement des C.H.A. qui sont imputées sur les crédits départementaux d'hygiène mentale comme il est indiqué dans la note du 13 Novembre 1970 et la lettre du 23 Novembre 1970 à MM. les Médecins-Inspecteurs régionaux de la Santé et les Chefs de Service régional de l'Action Sanitaire et Sociale. Ces dépenses à caractère obligatoire bénéficient de la participation de l'Etat, conformément aux dispositions du décret N° 55-681 du 21 Mai 1955.

De plus, pour faire face aux dépenses exceptionnelles nécessitées par le lancement d'un C.H.A., il peut être accordé, sous certaines conditions, des subventions non renouvelables de démarrage.

EN CONCLUSION, il convient de développer largement et méthodiquement le réseau de C.H.A. en vue de prévenir médicalement l'apparition de l'alcoolomanie chez les buveurs d'habitude grâce à un diagnostic et un traitement précoces de l'intoxication éthylique.

De plus, à partir des C.H.A. pourra être assurée la formation clinique des médecins dépisteurs susceptibles d'amener aux C.H.A. les malades au premier stade de l'alcoolisation qui en relèvent.

Ainsi, le C.H.A. apparaît-il comme une des pièces maîtresses de la lutte contre l'alcoolisme grâce à la double action éducatrice qu'il peut exercer tant au profit des médecins que des malades.