

Pr Mickaël Naassila*

* Vice-président de la Fédération française d'addictologie, Président de la Société française d'alcoologie



Journée interassociative de la Fédération française d'addictologie

Plan national alcool – PNA : pour une réduction des risques et des dommages

14 mars 2017, Villejuif

Préambule

Le présent compte rendu de la Journée interassociative "Plan national alcool" a été finalisé en mars 2018, peu de temps après les déclarations du Président de la République lors du Salon de l'agriculture. La teneur de ces déclarations a jeté un froid au sein de la communauté addictologique car elle est en totale contradiction avec l'enjeu de santé publique que constitue la prévention des dommages liés à la consommation d'alcool en France. Déclarer "boire midi et soir", "n'émmerdez pas les Français sur leur consommation d'alcool" et "pendant mon mandat, aucun durcissement de la loi Évin" vient brouiller encore plus les messages adressés au grand public et signe la priorité donnée aux enjeux économiques sur les enjeux de santé. En juillet 2018, la remise d'un rapport par les alcooliers à la demande de l'Élysée et en vue de préparer le volet alcool du prochain Plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives a confirmé la haute influence du lobby alcoolier sur les politiques publiques. Au niveau européen, il est question de financer les alcooliers pour la promotion de la consommation d'alcool "responsable".

Les dommages individuels et sociaux liés à la consommation d'alcool ne sont donc plus seulement un enjeu

de santé publique, mais aussi et surtout un enjeu politique et de lutte contre le lobby alcoolier qui est maintenant présent à l'Élysée. Ce lobby ne parle plus à l'oreille du politique, il fait la politique.

La situation est inacceptable et, dans le contexte actuel, il est urgent de mobiliser tous les acteurs du champ des addictions pour qu'un lobbying de santé publique soit en mesure de contrer les manœuvres du lobby alcoolier et d'ouvrir les yeux des décideurs politiques.

Synthèse de la journée

Le Pr Benyamina ouvre la journée en rappelant qu'elle a pour objectifs de poser les fondations d'un Plan national alcool (PNA) et de faire des propositions communes entre les différentes associations représentées. Stratégie globale ou stratégie spécifique à chaque produit : quelle est la meilleure stratégie dans la lutte contre les conduites addictives ? Le Plan national de réduction du tabagisme justifie l'approche par produit et c'est donc maintenant tout naturellement que se pose la question d'un Plan national de réduction des dommages liés à la consommation d'alcool à risque ou nocive.

• Pourquoi un PNA ?

L'alcool présente des spécificités et une place à part dans notre société, du point de vue des représentations, des dommages, de la loi et des lobbies. Même si la consommation d'alcool en litre d'alcool pur per capita a diminué de manière substantielle en 30 ans, le nombre de sujets en difficulté avec leur consommation d'alcool est resté stable. La très grande majorité de la population française est consommatrice d'alcool. Les représentations extrêmement positives, la grande tolérance vis-à-vis du produit et la force des lobbies affaiblissent le côté réglementaire et la pénétrance des actions de santé publique. L'alcool évoque avant tout le plaisir et cela freine la prise de conscience sur l'ampleur des dommages. Une piste intéressante serait celle de la prise de conscience de "l'alcoolisation passive" et des dommages infligés aux autres, à l'entourage et à la société (*harm to others*, toutes les nuisances infligées à autrui, tous les "dommages collatéraux", des nuisances sonores aux victimes sur la route ; une sorte de pollution environnementale). Bien entendu, les dommages ne sont pas liés exclusivement à la dépendance, mais aussi et surtout à la consommation à risque et nocive d'alcool. C'est dans ce contexte que la réduction des risques en alcoologie prend tout son sens. Cette stratégie liée à la reconnaissance des dommages permettrait d'avoir le soutien nécessaire de la population sur laquelle les actions de santé publique pourraient trouver un appui et donc un écho auprès de nos décideurs et politiques. Les dommages sont aussi ceux causés par la consommation excessive, comme ceux induits par le *binge drinking* et donc les dommages causés aux autres. Il est aussi essentiel d'expliquer le lien de causalité entre la consommation d'alcool et les dommages. Par exemple, si le lien entre tabac et cancer est bien connu à l'heure actuelle dans la population, il en est tout autrement pour l'alcool. À côté des représentations et des dommages se pose aussi la question de la publicité et de la nécessité de repenser une autorisation a priori pour s'assurer au préalable du respect de la loi. L'alcool est aussi à part car il fait partie des aliments, mais possède une dérogation quant à l'étiquetage et à la transparence sur la composition (pesticides, sulfites) et la valeur nutritive. Comme le tabac, la loi interdit la vente aux mineurs, mais tout le monde reconnaît que cette loi n'est pas du tout respectée.

Toujours sur les représentations, la campagne de sécurité routière sur le conducteur désigné – "celui qui conduit c'est celui qui ne boit pas" – a montré ses limites en favorisant l'interprétation que ceux qui ne

conduisent pas peuvent boire sans limites. Il est devenu périlleux de communiquer sur la réduction des risques puisque les lobbies ont repris les messages à leur avantage en prônant la "modération", un concept confus, et en faisant eux-mêmes de la prévention avec, par exemple, la mise à disposition d'éthylotests. Les risques aigus ne concernent pas que la sécurité routière, mais sont bien plus larges, comme par exemple les relations sexuelles non consenties (autre campagne "le matin tu te réveilles, tu sais plus qui est à côté de toi"). Il faut bien réfléchir aux messages qui peuvent paraître quelques fois comme trop binaires et ne reflètent pas suffisamment la complexité des situations et l'idée de continuum.

Dans une perspective de prévention, il est important de se poser la question de la motivation à consommer. Qu'est-ce qui pousse les individus à consommer ? Il est aussi primordial de porter une attention particulière sur la sémantique et, par exemple, le terme "alcoolisme" qui devrait être abandonné.

L'alcool tient donc bien une place à part en termes de représentations, de dommages, de lobby et d'aspects réglementaires.

• La prévention : offre et demande

En prévention, il y a les actions dont on sait qu'elles sont efficaces et les actions que l'on mène parmi celles qui sont efficaces (une minorité ?). La question est donc d'arriver à, bien entendu, ne favoriser que les actions dont on a prouvé l'efficacité. Si l'on s'inspire des travaux du Pr Babor, ce sont les aspects réglementaires (taxations, prix minimum, réduction de l'accès, interdiction de la promotion, réduction de l'alcoolémie légale au volant, aide aux buveurs à risque) qui paraissent comme les meilleurs du point de vue coût-efficacité. Alors que selon les leaders des politiques publiques, les mesures éducatives viendraient en soutien, mais ne seraient pas les plus efficaces, ce qui freine ainsi leur développement. Il est donc quelque peu contre-productif de mettre en avant exclusivement ce qui serait le plus coût-efficace. Les dix leviers connus et proposés par l'Organisation mondiale de la santé sont : formalisation d'une stratégie nationale engageant les différents acteurs ; réponses sanitaires adaptées ; prévention et interventions sur les lieux de vie ; politiques de lutte contre l'alcool au volant ; réduction de l'accessibilité au produit ; encadrement de la publicité et du marketing ; politiques de prix et de fiscalité ; réduction des conséquences du mésusage

d'alcool ; lutte contre la fraude et les produits illicites ; suivi contrôle et évaluation.

Il serait peut-être très risqué de se focaliser exclusivement sur les actions qui ont démontré leur efficacité car cela pourrait se faire au détriment d'actions systémiques et peut-être très efficaces, mais dont on n'aurait pas encore démontré l'efficacité. L'un des enjeux majeurs et actuels est de développer le contre-marketing et le contre-lobbying. Les campagnes sont essentielles car même si nous ne disposons pas encore d'études concernant l'alcool, les campagnes légitiment les actions de tous les acteurs.

Il existe la base OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé – <http://www.oscarsante.org/>) créée en 2005 pour suivre les actions menées sur le terrain. De 2007 à 2017, 1 097 actions locales sur l'alcool (954 et 330 financées respectivement par les Agences régionales de santé et les collectivités) : 563 pour la prévention (donc pas l'intégralité), 413 pour l'accompagnement et 121 autres (formations, réseau, coordination, colloques). Les actions concernaient majoritairement les populations en difficulté, la périnatalité et le milieu festif, mais on retrouve aussi des actions originales concernant une approche intergénérationnelle, les personnes âgées, des concours de nouvelles et de vidéos, le RPIB (repérage précoce – intervention brève) en milieu scolaire et la recherche interventionnelle aux urgences (les jeunes). Actuellement, il manque une mobilisation nationale du type “tester votre indépendance vis-à-vis de l'alcool pendant trois jours” ou *Dry January* (déjà existant en Angleterre). 20 % des actions de prévention (110 fiches sur 563 dans la base OSCARS) concernent le milieu scolaire et l'on retrouve des programmes étrangers validés comme, par exemple, en primaire *Good behaviour game* (GBG) et dans le secondaire *Unplugged*. Il faut se poser la question de savoir si cela est suffisant. 19 actions concernent le soutien aux parents avec, par exemple, le *Strengthening families program* (SFP – <https://www.strengtheningfamiliesprogram.org/>). Les parents d'étudiants semblent un peu oubliés. On sait qu'en ciblant à la fois les enfants et les parents, l'efficacité des actions est plus forte. Beaucoup de choses ont été faites sur les alcoolisations festives (guide pour les élus, “monte ta soirée”, veilleurs de soirée dans de nombreuses municipalités). Concernant les soins, un sentiment de déception semble prédominer sur le développement du RPIB, sur les connaissances et l'implication des généralistes sur le risque alcool (alcool et cancer par exemple). Il n'existe que 15 fiches et principalement de formation sur le RPIB. Il est donc clair

ici que l'offre (en termes d'action) est insuffisante. Le kit RPIB “ouvrons le dialogue” n'est demandé qu'à 3 000 exemplaires par an. Pour l'offre web, l'Alcoomètre (avec usage de l'AUDIT) a démontré son efficacité dans une étude randomisée avec une différence de deux verres par semaine comparativement à une population témoin (étude en révision dans *Health Education Research*). Mais ce type d'outil vieillit très rapidement et demande une mise à jour régulière. Sur la prévention numérique chez les jeunes, il existe une web série “esquive la tise”, astuce pour refuser le verre suivant, qui a montré son efficacité. Les applications : Alcoomètre, Stop-alcool, *Health wise smart*. Plusieurs centaines d'applications existent, elles sont ludiques et devraient être réglementées. Seulement 11 % des applications concerneraient la promotion de la santé et la réduction de la consommation. Très peu sont évaluées (seulement quatre), dont seulement deux seraient efficaces. Les Anglais étudient actuellement la possibilité de faire reposer les mécanismes des applications sur les protocoles qui ont démontré leur efficacité (Garnett C et al., *BMC Public Health*, 2016).

À la différence du tabac, il n'y a pas d'études sur l'impact de campagnes de communication sur le risque alcool. Actuellement, les études portent sur le suivi de cohorte avec des groupes exposés ou non aux campagnes afin de révéler des changements de comportement. On sait déjà que des relations dose-effet existent entre le niveau d'exposition et le changement de comportement, sauf pour l'alcool où cela n'a pas encore été démontré.

Il existe maintenant le Moi(s) sans tabac en France. Le mois sec sans alcool ou *Dry January* existe en Angleterre depuis 2012. Il semble impérieux et urgent de développer ce type d'action sur l'alcool en France à savoir des actions qui concernent tout le monde avec l'objectif de promouvoir le “boire moins c'est mieux”. Il est important d'avoir une action où tout le monde puisse s'interroger et faire le point sur sa propre consommation d'alcool.

Le contrôle et la réglementation font partie de la prévention structurelle et sont certainement coût-efficace, mais ils ne sont qu'une partie de la prévention. C'est l'une des évolutions de la prévention. L'interdiction de vente d'alcool aux mineurs est essentielle, pourtant elle n'a pas mobilisé le côté éducatif et préventif du côté des parents et des jeunes, et elle n'est donc pas efficace, ce qui est au final révoltant. Ce ne sont pas seulement les actions ponctuelles qu'il faut évaluer, mais aussi les politiques publiques.

L'expérience islandaise nous montre le chemin de l'intérêt d'une prévention multifocale : information, réglementation et un travail auprès des parents pour développer des occupations alternatives des jeunes. Il faut cibler le plaisir procuré par l'alcool et ne pas se focaliser exclusivement sur les dommages. L'intervention précoce est une stratégie multifocale pour assurer un environnement favorable aux jeunes en impliquant les parents.

• **La prévention en milieux spécifiques (travail, sécurité routière)**

Tous les territoires sont couverts par des Services de santé au travail (SST). La loi du 8 août 2016 modifie le fonctionnement des SST avec la fin de l'aptitude systématique, le suivi de l'état de santé par des professionnels de santé, la possibilité renforcée de la visite (à la demande de l'employé, de l'employeur ou du médecin du travail) et le renforcement de l'action en milieu du travail. L'alcool pose problème au sein de l'entreprise (INSERM 2003, Baromètre santé INPES 2010). L'employeur a obligation de résultat et le salarié obligation de sécurité. La prévention des risques liés à la consommation des drogues en milieu professionnel est un objectif central des plans gouvernementaux. Les perspectives consistent actuellement à : 1) faire un état des lieux des problèmes actuels du mésusage ; 2) mobiliser les SST dans des actions ; 3) promouvoir la formation des professionnels ; 4) promouvoir des actions de communication (CCI, chambre des métiers et de l'artisanat) ; 5) intervenir dans les écoles ; 6) communiquer sur le réseau de prise en charge ; 7) cibler certaines populations salariées (jeunes).

En milieu professionnel, la consommation d'alcool et d'autres substances pour supporter une charge non plus seulement physique mais aussi mentale se pose aujourd'hui. Il est essentiel de préserver de bonnes capacités exécutives et cognitives et cela implique aussi de cibler les consommations excessives même en dehors du milieu du travail. Les choses ont évolué mais de manière hétérogène en fonction des entreprises en termes de règlement intérieur, dépistage, sécurité, visite médicale de pré-reprise, visite d'étude de poste, intervention ou consultation avec un médecin extérieur.

Il faut redonner de l'importance à la médecine du travail. La périodicité de cinq ans (au maximum) et la diminution du nombre de médecins du travail ne sont

pas en phase avec l'importance des problématiques addictives actuelles. L'interrogation concerne aussi la possibilité qui paraît limitée de faire de la prévention individuelle et/ou collective.

Au niveau de la sécurité routière, à côté des chiffres inquiétants et bien connus (30 % de mortalité routière attribuable à l'alcool et impliquant dans 90 % des cas un homme jeune et dans 55 % des cas une alcoolémie supérieure à 1,5 g/l), il faut souligner que 75 % des conduites sous l'empire de l'alcool sont imputables à des conducteurs qui ne sont pas alcoolodépendants (Rapport parlementaire Warsmann, 2009). Il est fréquent de présenter une alcoolémie positive le lendemain matin (élimination lente qui devrait être expliquée à des fins de prévention, ainsi que le verre standard/unité d'alcool d'ailleurs). Il faut continuer à sensibiliser sur l'effet désinhibant et modifiant le niveau d'impulsivité de la consommation d'alcool chez les sujets qui avaient pourtant décidé de ne pas prendre le volant initialement. De même, sur la potentielle "sur-alcoolisation" de ceux qui ne conduisent pas. L'étude EVACAPA (en 2000-2002) avait permis de démontrer l'efficacité d'une intervention collective (information, sensibilisation et motivation) sur la prévention de la récurrence. Cette étude soulève aussi le problème du travail/partenariat avec la justice (qui dépend souvent d'une personne, le procureur) et de la nécessité de financements spécifiques. L'aptitude médicale et l'éthylotest antidémarrage sont des outils intéressants.

Toutes les interventions législatives, réglementaires, juridiques, répressives comme sanitaires et sociales, de la prévention à l'intervention précoce, de la réduction des risques et des dommages à l'accès aux soins, doivent se concevoir et être mises en œuvre au service d'un continuum : sécurité routière, sécurité publique, santé publique, santé individuelle. Il faut des actions ciblant spécifiquement l'alcool si on veut améliorer le chiffre de 30 % de mortalité routière attribuable à l'alcool. Ces 30 % sont aussi à mettre en parallèle avec les 30 % de la clientèle des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire qui sont envoyés par la justice (deux tiers à trois quarts pour une infraction d'alcool au volant). La limite autorisée de 0,2-0,5 g/l pose toujours question dans le contexte de la sécurité routière et de la difficulté à évaluer précisément son alcoolémie avant de prendre le volant. Il serait intéressant de se diriger vers une harmonisation européenne de la réglementation de l'alcool au volant. Et quid de la sécurité maritime ?

• La prévention dirigée vers des populations spécifiques

La prévention du risque alcool figure dans le Plan gouvernemental avec un intérêt tout particulier à la prévention basée sur les preuves scientifiques avec les objectifs : de limiter et retarder l'initiation de la consommation, réduire les risques avec des approches globales transversales et intégrées, universelles et sélectives envers les personnes vulnérables. Il s'agissait de cibler principalement les jeunes, les femmes et les personnes en situation de précarité. La MILDECA a sollicité Santé publique France et l'INCa afin de revoir les repères de consommation et le discours public sur les risques liés à la consommation d'alcool. Il faudrait développer des actions du type Alcochoix pour cibler les consommateurs à risque pour prévenir la dépendance et rester dans le cadre du continuum des risques (consommations à risque, consommations nocives, dépendance). Les approches spécifiques sont requises dans le but de réduire les inégalités de santé (territoriales).

L'offre de prévention doit profiter à tous, mais d'abord aux personnes en difficulté (et donc tenir compte d'un "gradient social"). Une priorité serait aussi les enfants des parents en difficulté avec la consommation d'alcool, ce qui pose la question de leur identification/repérage. Cela nécessite un partenariat notamment avec les acteurs du champ social et de définir la prise en charge de ces enfants. Un programme de soutien à la parentalité et aux familles est expérimenté actuellement. Une autre cible est celle des femmes et notamment les femmes jeunes pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, et il y a une convergence ici avec la prévention du *binge drinking*. Le pictogramme de prévention de l'alcoolisation fœtale doit être rendu plus visible. La question du repérage systématique est posée, par qui et avec quels outils ? Cela renvoie au sempiternel problème de la formation des professionnels. Les publics en situation de très grande précarité demandent une intervention très précoce et du "aller vers". Il faut viser à ne plus exclure du système ceux qui en ont le plus besoin avec par exemple des exigences trop fortes des structures.

Les personnes sous main de justice sont elles aussi à cibler spécifiquement et à accompagner dans une démarche de soins. La sévérité semble accrue notamment après récurrence de problématique d'alcool au volant avec des incarcérations. Le partenariat justice-santé est primordial et doit devenir encore plus étroit en respectant les objectifs spécifiques. Relativement à l'incarcération,

les acteurs de l'addictologie sont insuffisamment présents, et lorsqu'ils le sont, l'articulation est faible avec les acteurs du soin des unités sanitaires. Doivent être développées des stratégies visant les groupes et non les individus et aussi celles incluant les associations d'entraide. Les risques de rechute à la sortie doivent être ciblés avec une prise en charge plus précoce.

La politique interministérielle doit être cohérente et favoriser les stratégies d'accompagnement. L'échec de la mise en œuvre du RPIB doit servir d'exemple.

Une politique nationale forte doit s'accompagner d'une déclinaison territoriale importante (ARS, délégués MILDECA, collectivités territoriales). Tout le problème réside dans la mise en œuvre de cette politique. Les actions sont à réaliser dans un objectif commun avec une méthodologie commune. Il faut un espace de rencontre de tous les acteurs politiques et de terrain. C'est ce maillon qui est un frein majeur à la mise en œuvre d'une politique forte. Il faudrait remettre en place une commission addictions.

La mise en œuvre de la prévention sur le terrain demande la mise en relation de tous les acteurs concernés opérateurs et institutionnels : une "commission addictions" avec un sous-groupe prévention, un sous-groupe soins et un sous-groupe recherche ? Les Projets régionaux de santé (PRS portés par les ARS) devraient tous comporter un volet addictions et travailler sur le parcours de santé (prévention, offre de soins, formations des professionnels et communication). Le volet addictions doit également interagir avec celui de la santé mentale. Les problèmes de maltraitance et d'exposition fœtale à l'alcool nécessitent des interventions dès le plus jeune âge, en milieu scolaire avec une implication forte de l'Éducation nationale (compétences psychosociales, parcours éducatif santé). Le travail des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) notamment sur les diagnostics régionaux revêt une importance capitale pour faire progresser les choses à un niveau national.

• Les soins

Il faut être en mesure de proposer aux patients le niveau et le type de soins les mieux adaptés à leurs besoins à un moment donné (le juste soin). Les patients sont très différents (sévérité, gravité des comorbidités, motivation ; objectifs, trajectoire, environnement). L'offre de soins doit donc être graduée (ambulatoire, ambulatoire

intensif, résidentiel, résidentiel intensif). Les parcours de soins doivent donc être rationalisés et optimisés avec une offre de soins complète, diversifiée et coordonnée (ville/structures non spécialisées, médico-social, hospitalier, associatif). Quelle que soit la “porte d’entrée”, le patient doit être évalué (de façon multidimensionnelle) et orienté vers les personnes/structures les mieux adaptées à ses besoins.

Il existe un continuum entre prévention et soins. La manière d’aborder les soins conditionne aussi la réussite de la prévention (accès, motivation, vision).

Le parcours de soins est long et il existe différentes filières. Le patient est très exigeant. Plusieurs options et outils s’offrent au patient après la sortie du déni (médecin généraliste, médecin du travail, psychologue, psychiatre, addictologue, sevrage médicalisé, posture parfois et aussi mouvements d’entraide). Un ou plusieurs outils seront nécessaires à différentes étapes. Le patient est en attente de non-jugement, de prise en soins par des personnes formées, d’empathie, de disponibilité, d’informations et de bienveillance. Le délitement social, les problèmes d’hébergement et la question de la stabilité sociale peuvent compliquer le projet de soins.

Le premier contact est bien souvent le médecin généraliste qui, pour de nombreuses raisons, ne peut pas toujours proposer une prise en soins efficace (temps, formation, représentations). Il doit donc être intégré dans un réseau pluridisciplinaire, sans oublier le lien important entre la ville et l’hôpital (et les ELSA) et les associations d’entraide. Le médecin généraliste devrait jouer le rôle primordial de coordinateur sur les territoires. Et le patient devrait peut-être aussi être en mesure de choisir son coordinateur même s’il semble important que le patient ait un médecin traitant. L’esprit de réseau qui tend actuellement à être noyé doit être remis à l’ordre du jour.

Des progrès sont à faire en termes de formation universitaire en alcoologie et des personnels soignants, de communication, de réalisation d’outils et de partage (travailler ensemble inter-médical et médico-associatif), de coordination sur le terrain. Le concept d’addictologie est à conserver, mais il ne faut pas oublier que l’alcoologie doit demeurer, la prise en soins d’un patient alcoolodépendant a ses propres spécificités. L’idée d’avoir une stratégie de gestion de type “cas complexes” semble intéressante dans le cadre de l’alcoologie.

• La formation

“Des formations différentes pour des professionnels qui devront travailler ensemble” peuvent expliquer, au moins en partie, les difficultés actuelles. La formation concerne de très nombreuses disciplines ou encore les associations d’entraide ou encore les chercheurs en sciences biologiques ou humaines, les juristes, les policiers, etc.

La formation devrait être systématique (programme national) et systématisée (formateur lui-même formé). Des formations complémentaires et spécialisées sont nécessaires (infirmier spécialisé en alcoologie ?).

La formation doit intervenir dès la première année du cursus et faire partie du tronc commun. Il faut aussi des cours de sensibilisation dans certaines spécialités ciblées (notamment visant les comorbidités). La Formation spécialisée transversales (FST) d’addictologie remplacera le Diplôme d’études spécialisées complémentaires (DESC) et spécialisera le médecin en addictologie. MOOC (cours ouverts en ligne et massifs) et formation médicale continue doivent être renforcés dans le champ de l’addictologie.

La formation en addictologie concerne de très nombreux métiers (médico-psychosocial, ressources humaines, juriste, paramédical, etc.) et doit ouvrir à une spécialisation. Elle doit être dispensée par des spécialistes et comporter un programme multidisciplinaire. Il ne faut pas oublier les libéraux qui sont eux aussi en attente de formation/information.

• La recherche

On ne peut pas dire que la recherche en alcoologie soit une priorité en France. À tel point que ce sont les alcooliers qui financent des recherches sur l’alcool (200 000 €/an, seulement !) et qui organisent une journée de la recherche en alcoologie. Cela favorise la recherche opportuniste et devrait interpellier l’État. Au niveau de la recherche clinique, on peut citer par exemple trois Programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) nationaux sur l’alcool financés en 2015 (MAGMA, NALMECIR et IFACAP). Les appels à projet ciblés en alcoologie/addictologie sont très peu nombreux et notre financeur national – Agence nationale de la recherche (ANR) – n’a lancé que deux vagues Santé mentale et addictions (SAMENTA) ces dernières années. Cela avait pourtant bien permis de lancer des grands projets de recherche fondamentale. L’ANR

et l'INCa, par exemple, devraient accorder une plus grande priorité à la recherche en alcoologie, au moins à la hauteur des dommages que crée l'alcool à la société.

La recherche nationale en alcoologie doit être plus lisible et visible. Elle doit être diffusée largement auprès du grand public et des professionnels concernés.

La MILDECA a créé en 2016 deux réseaux de recherche en addictologie : l'un en sciences médicales et l'autre en sciences humaines et sociales. Les réseaux sont importants car ils permettent de mettre en relation des chercheurs de différentes disciplines, ce qui est essentiel pour pouvoir répondre à des appels à projet d'envergure internationale et qui doivent être translationnels (clinique, préclinique et fondamental).

Nous manquons de cohortes dans les études sur l'addictologie en France. Il faut susciter des vocations pour les jeunes chercheurs et surtout être en mesure d'avoir des postes à leur proposer pour qu'ils reviennent en France lorsqu'ils sont allés faire leurs premières armes à l'étranger. Les représentations des chercheurs des autres disciplines doivent aussi changer, car certains n'ont pas du tout compris les enjeux à développer la recherche en alcoologie en France comparativement aux autres pathologies, voire aux autres drogues.

La recherche doit sortir des murs de l'université et impliquer beaucoup plus les autres centres, comme par exemple les CSAPA, afin notamment d'être en mesure de recruter différentes populations de patients.

Une question importante et sociétale est de savoir qui doit payer et comment trouver les fonds nécessaires pour la recherche en alcoologie en France. Ne faudrait-il pas taxer les boissons alcoolisées pour alimenter un fonds spécial de recherche en alcoologie ?

• La place des patients

Les associations d'entraide, dans le cadre de la Coordination des associations et mouvements d'en-

traide reconnus d'utilité publique (CAMERUP), tiennent une place tout à fait importante dans les actions de prévention, de formation et de soins, et ceci dans différents milieux, comme par exemple pénitentiaire, festif ou scolaire. Elles participent aussi aux actions visant à modifier les réglementations (publicité, étiquetage, etc.).

Ce sont des acteurs à part entière par le biais de leur savoir expérientiel de longue date et qui ont une reconnaissance de tous les acteurs de santé publique, sanitaires et sociaux qui œuvrent dans le champ de l'addictologie et plus spécifiquement de l'alcoologie. Leurs témoignages, exemplarité, compétence dans l'accompagnement dans le respect de la charte du parcours de soins et de la charte des associations d'entraide en font des acteurs à part entière, dans l'optimisation de l'accompagnement, de la qualité du service rendu et de la pertinence de la prise en charge, et ceci encadré par un projet associatif clair et revu périodiquement, comme c'est le cas pour l'intégration de la "réduction des risques et des dommages".

La priorité des associations d'entraide est d'aider, de faciliter et surtout de faire reconnaître le travail des acteurs de terrain dans l'accompagnement des malades et de leur entourer dans les meilleures conditions possibles, et de rester acteur de sa santé.

• Conclusions

Cette journée interassociative aura été l'occasion d'échanger sur l'une des addictions les plus problématiques : celle à l'alcool. L'une des plus compliquées à traiter scientifiquement, médiatiquement et politiquement. Beaucoup de choses nouvelles ont été évoquées grâce à ce "traitement associatif" et la FFA sera en première ligne pour défendre un PNA à la hauteur des enjeux sanitaires et sociaux. Il faut remercier toutes les associations présentes et aussi le soutien des partenaires institutionnels comme la Direction générale de la santé, la MILDECA et Santé publique France.