

Les conduites d'alcoolisation et les dommages qu'elles entraînent font l'objet dans notre pays d'un formidable déni. Les dommages ainsi créés apparaissent, certes, à tous comme considérables, mais paradoxalement ceci ne conduit pas à mettre en place les moyens adéquats susceptibles de modifier significativement cette situation.

L'enjeu est d'une importance centrale. Le dossier présenté dans ce numéro a pour objectif non seulement de rendre compte des faits et de dire tout ce qui a été réalisé, avec d'incontestables succès compte tenu de la modicité des moyens engagés, mais surtout de déclencher une prise de conscience aboutissant à la mise en action d'une vaste et ambitieuse politique de santé en ce domaine.

Longtemps l'objectif assigné a été la maîtrise et le traitement des *complications* médicales et sociales liées à la consommation d'alcool, ceci dans une perspective médicale réductionniste. Actuellement c'est la *conduite d'alcoolisation* elle-même qui est l'objet de nos préoccupations, de nos actions de prévention et de soins. Prendre pour objectif un comportement et tenter de le modifier inscrit très clairement toute action dans une dimension éthique : qu'est-ce qui fonde et légitime toute intervention si ce n'est l'idée que nous nous faisons de la nature de l'homme et de sa dignité ?

Si les conduites d'alcoolisation les mettent en péril, alors nous sommes autorisés à intervenir.

Il semble préférable d'utiliser le terme de *conduite d'alcoolisation* plutôt que celui d'alcoolisme qui n'a cependant pas démerité. Cela permet de montrer plus clairement la diversité des conduites et de distinguer clairement *l'usage*, *l'abus*, c'est à dire de l'usage entraînant préjudice et dommages, et *la dépendance*.

Autrefois on s'assignait pour tâche la

disparition de l'état de dépendance. Cela a fondé les stratégies thérapeutiques en usage actuellement, la notion de cure de sevrage, la place centrale de l'abstinence dans l'esprit des mouvements et des professionnels. S'intéresser à l'usage et à l'abus tout autant qu'à la dépendance entraîne une importante révolution des pratiques. *Unicité ou diversité des conduites*, tel est le grand débat actuel. Traditionnellement, on distingue les consommateurs d'alcool, de drogues, de tabac et on leur propose des intervenants et des structures sanitaires spécialisées. Mais l'usage, l'abus et la dépendance possèdent des caractéristiques originales et générales qui les définissent quelle que soit la nature de la substance psychotrope utilisée. Chacune cependant compte tenu de son génie pharmacologique propre, de son statut culturel n'entraînerait que des traits singuliers ; les processus bio-psychosociaux à l'œuvre dans ces conduites seraient identiques quel que soit le produit utilisé.

Largement répandue dans la communauté scientifique internationale, cette position est controversée en France. Pourtant la fréquence des consommations simultanées ou successives de psychotropes chez un même sujet est un argument solide en faveur de cette hypothèse. Seule cette position théorique permet de construire les bases d'une prévention globale donnant à la personne la capacité de gérer sa santé et de faire face aux sollicitations et aux risques proposés par l'environnement. Dans une même perspective doit être inclus ce qui concerne les conduites de consommation d'alcool, de drogues, de médicaments et les troubles comportementaux incluant par exemple la boulimie, ainsi que la recherche de sensations fortes au travers de comportements à risques.

Or que constatons nous ?

► un sous-développement des disposi-

tifs en personnes et en moyens visant à réduire les conduites d'alcoolisation.

► un discours bruyant sur les autres toxicomanies illicites, mais un flottement dans les actions, une hétérogénéité préjudiciable des objectifs et des moyens.

► une fragmentation des actions inscrites dans le dispositif de lutte contre l'alcool, les drogues, le tabac, le mésusage des médicaments.

► une absence d'harmonisation entre le dispositif spécialisé en alcoologie que l'on pourrait appeler *l'alcoologie explicite* et les dispositifs généraux que l'on pourrait dénommer *l'alcoologie implicite*.

► une place négligeable donnée à ces problèmes dans la politique générale de santé.

Une politique de santé doit-elle continuer à distinguer une politique quant à l'alcool, quant aux drogues, quant au tabac, ou regrouper sous le concept théorique de l'unicité des comportements toutes ces politiques fragmentaires ?

L'individualisation d'une Commission permanente alcool et santé publique au sein du HCSP témoigne de la volonté de l'État de s'affronter à ces problèmes. Ceci ne peut se faire sans les professionnels, sans les mouvements associatifs, sans l'ensemble de la population. Avoir les comportements comme objectifs implique une adhésion de l'ensemble de la population à une telle demande. Le désarroi profond de notre société trouve là une manière de s'exprimer, mais contre le désespoir, la promotion de valeurs donnant un sens à la vie semble aussi nécessaire que les actions à caractère plus technique. Une vaste réflexion devient de plus en plus nécessaire, une action d'envergure réfléchie et respectueuse est urgente. Elle ne peut se faire qu'avec l'accord de l'ensemble de la population.

Philippe-Jean Parquet