

## Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool

**L**a lutte contre les conduites d'alcoolisation revêt de multiples aspects s'enchevêtrant et recouvre de vastes problèmes de différentes natures. C'est pourquoi nous n'avons pas voulu rechercher l'exhaustivité sur ce thème. Un premier parti a donc été pris de limiter notre propos à la *réponse* qui est apportée aux problèmes de santé, individuels ou familiaux, liés à une consommation excessive d'alcool ou à une alcoolo-dépendance ; tout ce qui a

trait à la prévention n'est donc pas développé ; pas plus que ne sont approfondis les différents processus d'alcoolisation.

Un deuxième parti pris nous a conduits à accorder une large place à l'histoire :

histoire d'une prise de conscience, histoire d'un mouvement associatif, histoire de la mise en place d'un dispositif, cet aspect historique nous paraissant nécessaire pour éclairer la situation actuelle. Toute la première partie lui est donc consacrée.

La deuxième partie s'efforce par contre de décrire la situation actuelle : réponse(s) offerte(s) au patient ou à sa famille, par un vaste réseau d'intervenants spécialisés ou non, et d'essayer d'éclairer pour les acteurs de santé ou sociaux qui n'appartiennent pas à ce réseau, ce qui le compose et ce qu'il propose.

Enfin, nous avons demandé pour la partie *Tribune* à quatre alcoologues leur point de vue sur la question qui reste au cœur de notre politique de lutte contre l'alcoolisme : spécificité ou non des phénomènes de dépendance à l'alcool et de leur prise en charge.

### Sommaire

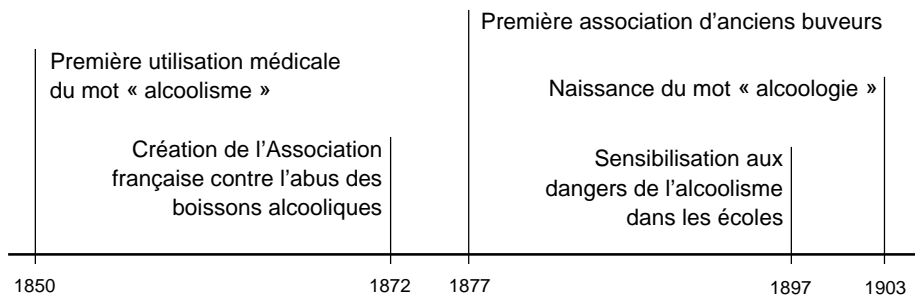
- II Histoire de la lutte contre un « fléau social »
- VII Intervenants, structures et prestations
- XIV Tribune
- XXII Annexes



# Histoire de la lutte contre un « fléau social »

En matière de lutte anti-alcoolique, l'initiative privée a précédé l'intervention des pouvoirs publics. Elle a contribué à la sensibilisation de l'opinion publique et des politiques, à l'implication de l'État, ainsi qu'à la modification de l'approche de l'alcoolisme.

## Une chronologie



## Les précurseurs

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, quelques travaux effectués sur la pathologie alcoolique montrent que l'alcoolisme, vu sous l'angle de la neuropsychiatrie, fait son entrée, timide encore, dans le champ médical (cf. « le buveur du XIX<sup>e</sup> siècle » de Didier Nourrisson). Cela contribue à alerter quelques scientifiques et professionnels de la santé sur le problème de la maladie alcoolique.

Cette prise de conscience se concrétise, à la

fin du siècle dernier, avec la création d'une structure ayant pour vocation la lutte contre l'alcoolisme. Cherchant à réagir au développement du fléau et à ses incidences, tant au plan sanitaire que social, des membres de l'Académie de médecine annoncent, le 12 mars 1872, la création de l'« Association française contre l'abus des boissons alcooliques ». C'est le plus ancien organisme français de prévention de l'alcoolisme, connu aujourd'hui sous le nom d'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA).

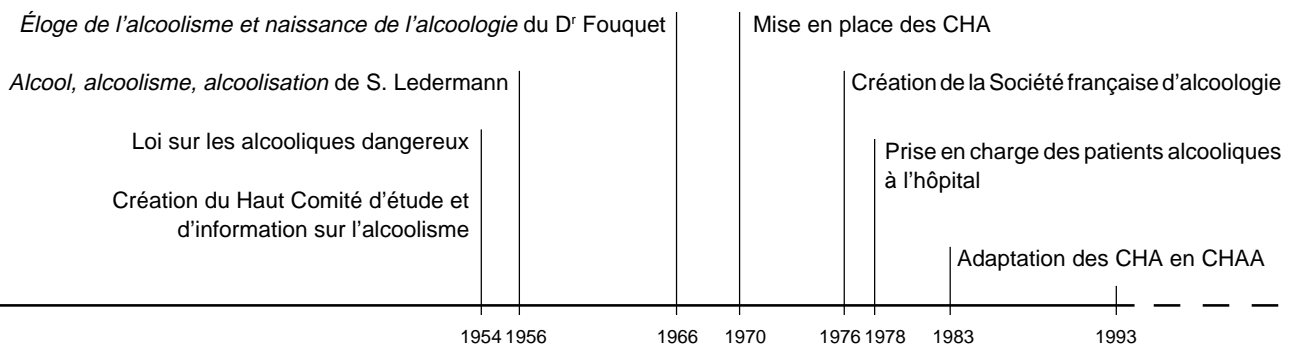
Peu à peu, cartes et tableaux statistiques se multiplient, déclenchant des cris d'alarme des milieux médicaux.

L'objectif affiché est la sensibilisation de la population aux dangers de l'alcool par la diffusion d'informations fondées sur des études scientifiques. Ainsi, des chercheurs vont lancer une action d'éducation sanitaire ambitieuse. Il s'agit véritablement de changer les mentalités, d'écarter les préjugés à l'égard de l'alcool. Notamment, deux idées antagonistes doivent être combattues : les propriétés hygiéniques des boissons alcooliques d'une part, le postulat selon lequel l'alcoolisme est une tare, un vice, d'autre part. Peu à peu, de par ses multiples actions et sa dimension nationale, cette association acquiert ses « lettres de noblesse » et une autorité morale certaine. Elle sensibilise l'opinion publique et incite au développement d'autres mouvements de lutte contre l'abus d'alcool.

Presqu'à la même époque, les mouvements d'anciens buveurs se mettent en place, avec la

lytisme d'autant plus affiché que l'inquiétude s'accroît face à l'augmentation de la consommation d'alcools forts, notamment d'absinthe, à la fin du siècle.

L'âge d'or des associations anti-alcooliques se situe au début du xx<sup>e</sup> siècle. En 1903, elles sont déjà 23 en France, aux origines diverses : à caractère confessionnel, mais aussi à l'initiative du patronat ou des ouvriers, et d'autres vont encore être créées. On peut mentionner Croix d'or (1910), Vie libre (1952), Joie et santé..., mais aussi des mouvements corporatifs tels que Santé de la famille des chemins de fer français (1892) et Union des cheminots abstinents (fusionnés en 1972), Amitié PTT, Amitié EDF-GDF, Amitié présence RATP, Santé amitié ville de Paris, Sobriété éducation nationale, Amitié préfecture, ou encore la Fédération interprofessionnelle pour le traitement et la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (FITPAT)... (voir liste en annexe). Citons enfin un mouvement venu des États-Unis, les Alcooliques anonymes.



préoccupation, là aussi, de sensibiliser l'opinion publique et les politiques au fléau social qu'est l'alcoolisme. L'apparition de ces associations anti-alcooliques va déclencher les débats au niveau politique.

Ces mouvements sont des associations de membres généralement abstinents dont l'objectif est de venir en aide aux personnes en difficulté avec l'alcool, ou à leur entourage. Ils assurent les premiers sevrages ambulatoires.

Ils se développent parmi les couches populaires, s'ouvrant à tous, avec un souci de prosé-

L'engagement de plus en plus ferme des Églises est également un facteur déterminant dans la création de ces associations anti-alcooliques dans les années 1880. Ainsi, à titre d'exemple, la première association d'anciens buveurs mise en place en 1877 en Suisse, la Croix Bleue, est d'obédience protestante, la Croix Blanche, organisée dans les années 1890 est de confession catholique.

Deux écoles s'opposent : l'une, sous l'influence anglo-saxonne, prône l'abstinence, l'autre la tempérance, celle-ci étant à l'époque

## Les grandes dates de l'ANPA

12 mars 1872

Création de l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques à l'initiative de l'Académie de médecine

1873

Changement d'appellation, Société française de tempérance

5 août 1905

Elle devient la Ligue nationale contre l'alcoolisme (fusion avec l'Union française anti-alcoolique)

1949

Nouvelle désignation, Comité national de défense contre l'alcoolisme

1989

Prend son appellation actuelle, Association nationale de prévention de l'alcoolisme

la mieux perçue car moins radicale. L'objectif des mouvements d'anciens buveurs est de modifier le rapport de la population à l'alcool. Ils organisent des campagnes anti-alcooliques très virulentes, parfois même provocatrices puisqu'en rupture avec les mentalités d'alors, basées sur la pédagogie de la peur, montrant l'ivrogne dans toute son horreur et sa dégénérescence.

Sous cette pression, les pouvoirs publics commencent à réagir. En 1897, le ministre de l'Instruction publique introduit par circulaire dans l'enseignement scolaire des cours de sensibilisation aux dangers de l'alcoolisme aux points de

vue de l'hygiène, de la morale, de l'économie sociale et politique ; le ton est très moralisateur.

Cependant, la plupart des partis politiques, quelle que soit leur tendance, sont avant tout soucieux de ménager l'opinion publique et manifestent fort peu d'enthousiasme pour voter des mesures anti-alcooliques. Bien sûr des mesures sont prises, qui forment l'embryon de l'actuel code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, dans le but de réglementer la production, la distribution et l'offre de boissons plus que dans le souci de prendre en charge les malades alcooliques. Les préoccupations d'alors font transparaître la volonté d'affaiblir le rôle « politique » que peuvent jouer les débits de boissons.

Dans ce contexte, les mouvements associatifs qui ont perçu la dimension sociale, psychologique et médicale de l'alcoolisme ont déjà une perception très moderne de l'alcoolisme.

## Le tournant des années 50

À partir des années 50, on assiste à une évolution des motivations des volontés politiques, avec un intérêt croissant porté à l'aspect sanitaire de l'alcoolisme. Parallèlement, les professionnels de la santé se mobilisent dans le même sens.

L'institution en novembre 1954 du Haut

Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA) auprès de la présidence du Conseil, illustre bien l'élan nouveau que prend la lutte contre ce fléau. Cette instance a pour mission de « réunir tous les éléments d'information sur les questions relatives à l'alcoolisme, de proposer au gouvernement les mesures de tous ordres susceptibles de diminuer l'importance de ce fléau, d'entreprendre en liaison avec les œuvres intéressées, une campagne d'information du public portant à la fois sur les dangers de l'alcoolisme et sur la possibilité d'arrêter son développement ». C'est l'origine de « l'anti-alcoolisme » d'État.

## La loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux pour autrui

En son article 1, repris par l'article L.355 du code de la santé publique, elle pose que « tout alcoolique dangereux pour autrui est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire » saisie par les autorités administratives ou judiciaires dans les deux cas suivants :

- ▶ sur le certificat d'un médecin des dispensaires, des organismes d'hygiène sociale, des hôpitaux, des établissements psychiatriques.
- ▶ lorsque à l'occasion de poursuites judiciaires, sont établies des présomptions graves permettant de considérer la personne poursuivie comme atteinte d'intoxication éthylique. L'autorité sanitaire peut également se saisir d'office à la suite d'un rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à une enquête sociale,

La même année est votée une loi essentielle pour la lutte anti-alcoolique. Il s'agit de la loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, loi de santé publique qui s'intéresse à l'alcoolique en tant que malade. Elle est même jugée révolutionnaire dans la mesure où l'alcoolisme n'est plus assimilé seulement à un symptôme d'une maladie mentale ou considéré comme un problème de trouble de l'ordre public ; à travers cette mesure législative, l'alcoolisme devient un problème sanitaire, qui justifie la mise en place de toute une procédure de prise en charge des malades alcooliques. Cette loi, toujours en vigueur, ne vise que

les alcooliques dangereux, elle n'a pas pour ambition de répondre à toutes les formes d'alcoolisme. Mais c'est une étape déterminante dans l'évolution de la lutte contre l'alcoolisme, au regard de la prise en charge des pathologies liées et/ou dues à l'abus d'alcool.

Diverses autres initiatives voient le jour à la même époque.

En 1956, Sully Ledermann, démographe français, publie un ouvrage « Alcool, alcoolisme, alcoolisation ». Cette étude tend à démontrer l'incidence de la consommation moyenne d'alcool d'une population sur la proportion de buveurs excessifs dans cette population (« loi

familiale et professionnelle et parallèlement à un examen médical complet de l'intéressé qui est alors placé sous la surveillance des dispensaires d'hygiène social ou d'organismes sanitaires divers. Si le maintien en liberté est impossible, ou si la personne refuse de se faire soigner, et sur enquête d'une commission médicale, l'alcoolique estimé dangereux peut-être cité devant le tribunal civil. Celui-ci pourra ordonner son placement dans un centre de rééducation pour alcooliques pour une durée de 6 mois minimum.

Cependant, l'application de cette loi a rapidement posé des difficultés du fait que les centres de rééducation spécialisés qu'elle prévoyait n'ont pas été mis en place ; en conséquence, les malades ont été orientés vers les services de psychiatrie. Les médecins ont souvent préféré appliquer la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, remplacée par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Ledermann »). De nombreux scientifiques et politiques se fondent par la suite sur cette étude pour tenter de faire baisser la consommation moyenne d'alcool afin de faire diminuer le nombre de buveurs excessifs et corrélativement, de pathologies dues à l'alcoolisme. Ce document a constitué et constitue encore un ouvrage de référence.

À la même époque apparaît une nouvelle discipline, l'alcoologie. Le terme *alcoologie* est employé pour la première fois en 1903 par Koppe, puis repris par le docteur Édouard Ceresole à l'occasion d'une communication faite à la Société vaudoise de médecine. Déjà celui-ci

prône l'enseignement de l'alcoologie aux médecins. Toutefois, pour que ce terme trouve un véritable écho auprès des milieux intéressés à la lutte contre l'alcoolisme, il faut attendre l'intervention du docteur Fouquet, en novembre 1966, lors du symposium international de Gand (Belgique). Cet exposé, intitulé *Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie*, est à l'origine du succès rencontré depuis lors par ce mot. Ce concept a conduit à la création en 1978 de la Société française d'alcoologie, sous la présidence de Pierre Fouquet.

L'alcoologie est définie comme une discipline consacrée à tout ce qui a trait, dans le monde, à la relation de l'homme à l'éthanol : « production, conservation, distribution, consommation, avec les implications de ce phénomène, causes et conséquences, soit au niveau collectif, national et international, social, économique et juridique, soit au niveau individuel, spirituel, psychologique et somatique » (*Glossaire d'alcoologie*). L'individu ayant des problèmes plus ou moins graves avec l'alcool peut être désormais considéré comme un malade et soigné comme tel.

Pourtant, les pouvoirs publics prennent conscience que la prise en charge des malades alcooliques ne donne pas entière satisfaction. On réalise que l'alcoolisme n'est pris en compte par les praticiens que sous l'angle de ses conséquences pathologiques. C'est indispensable, mais insuffisant si l'on considère que la personne ayant des problèmes somatiques dus à l'alcool est malade médicalement mais aussi socialement. Cette dernière dimension échappe aux préoccupations des praticiens traitant les malades alcooliques, parce qu'il n'en ont pas toujours les moyens et qu'ils se sentent démunis face aux causes de l'alcoolisme.

**ALCOOLISME** [alkolism(ə)] *n. m.* (vers 1850 ; employé pour la première fois dans son acception médicale vers 1852 par un médecin suédois, Magnus Huss, pour résumer l'ensemble des symptômes pathologiques qu'entraîne l'abus d'alcool — 1885, dictionnaire Littré)

**I.** (*stricto sensu*) État pathologique caractérisé par une alcoolodépendance et/ou une alcoolopathie (« Glossaire d'alcoologie », HCEIA).

**II.** (*usage courant*) État pathologique lié à une consommation d'éthanol qui, par sa fréquence et/ou son intensité, est dangereuse pour l'individu (« Glossaire d'alcoologie »). « Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool. » (P. FOUQUET, in « Alcoologie » de P. BARRUCAND). « Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique ou mentale, leur relation avec autrui, leur bon comportement social et économique, soit des prodromes, des troubles de ce genre ; ils doivent être soumis à un traitement. » (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ). « L'alcoolique est celui qui est dans l'impossibilité de boire modérément : dès qu'il prend un verre, il ne peut plus s'arrêter. » (J.-C. ARCHAMBAULT, « Comprendre et traiter les alcooliques »).

**III.** (*collectivité*) Désigne la situation sociale résultant de l'atteinte d'un trop grand nombre d'individus (« Glossaire d'alcoologie »).

**IV.** (*médical*) Ensemble des lésions viscérales déterminées dans l'organisme par une consommation excessive d'éthanol (« Glossaire d'alcoologie »).

## À partir de 1970, une nouvelle implication de l'État

Devant l'ampleur des incidences sociales, humaines, sanitaires et économiques de ce fléau national, les pouvoirs publics prennent la décision d'institutionnaliser la lutte contre l'alcoolisme. Est alors mis en place un dispositif spécialisé de prise en charge des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool, afin d'assurer un accueil de proximité et de permettre une approche globale de l'alcoolisme, notamment en s'intéressant à ses causes.

C'est la naissance des centres d'hygiène alimentaire (CHA), qui deviendront en 1983

d'hygiène alimentaire, à titre expérimental dans un premier temps.

Le souci affiché des pouvoirs publics est de mettre en place des structures ouvertes à tous, localement implantées de façon à faciliter la collaboration avec les diverses structures impliquées à divers titres dans la lutte contre l'alcoolisme : organismes sociaux, justice, médecine du travail et scolaire notamment.

Ce dispositif se met progressivement en place sur le territoire (aujourd'hui, 10 départements sont encore dépourvus de CHAA). Les structures se multiplient après la circulaire du 31 juillet 1975 précisant les principes et modalités de traitement du buveur excessif et définissant la composition et le rôle de l'équipe médico-sociale du CHA, le recrutement de ses malades ainsi que son organisation administrative. Cependant, il apparaît que de nombreux CHA développent leurs activités au-delà des missions initialement dévolues.

La circulaire du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool, adaptant les textes à la réalité, transforme les CHA en CHAA, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Les CHAA y sont définis comme des structures d'accueil, de soins et de prévention où est assuré le suivi ambulatoire de toute personne confrontée de quelque manière que ce soit à un problème d'alcoolisation.

Le CHAA n'est plus seulement comme le préconisaient les précédentes circulaires, un poste d'accueil, d'écoute et d'urgence, ouvert en permanence, mais devient un lieu d'intervention thérapeutique « ouvert à toute personne ayant un problème d'alcoolisation pour lui-même ou pour un proche ».

Ainsi, en même temps que leur implantation se généralise, les CHAA voient leur vocation s'élargir.

Parallèlement, la circulaire du 28 mars 1978 a engagé les établissements hospitaliers à s'organiser pour pouvoir proposer une prise en charge aux patients ayant un problème d'alcool et certains hôpitaux ont créé une unité d'alcoologie. ■

### Les 3 objectifs de la circulaire du 23 novembre 1970

#### 1

Donner une importance particulière au traitement des maladies de la nutrition en général, la maladie alcoolique étant le principal mais non le seul objet de l'activité de ces consultations.

#### 2

Répondre aux besoins des gros buveurs d'habitude tolérants à l'alcool, qui n'ont pas de problèmes psychiatriques lourds.

#### 3

Répondre aux besoins de certains malades rebutés par l'étiquette psychiatrique des consultations d'hygiène mentale et qui accepteraient plus volontiers de se faire traiter dans des institutions où la prise en charge psychiatrique serait assurée de façon plus discrète.

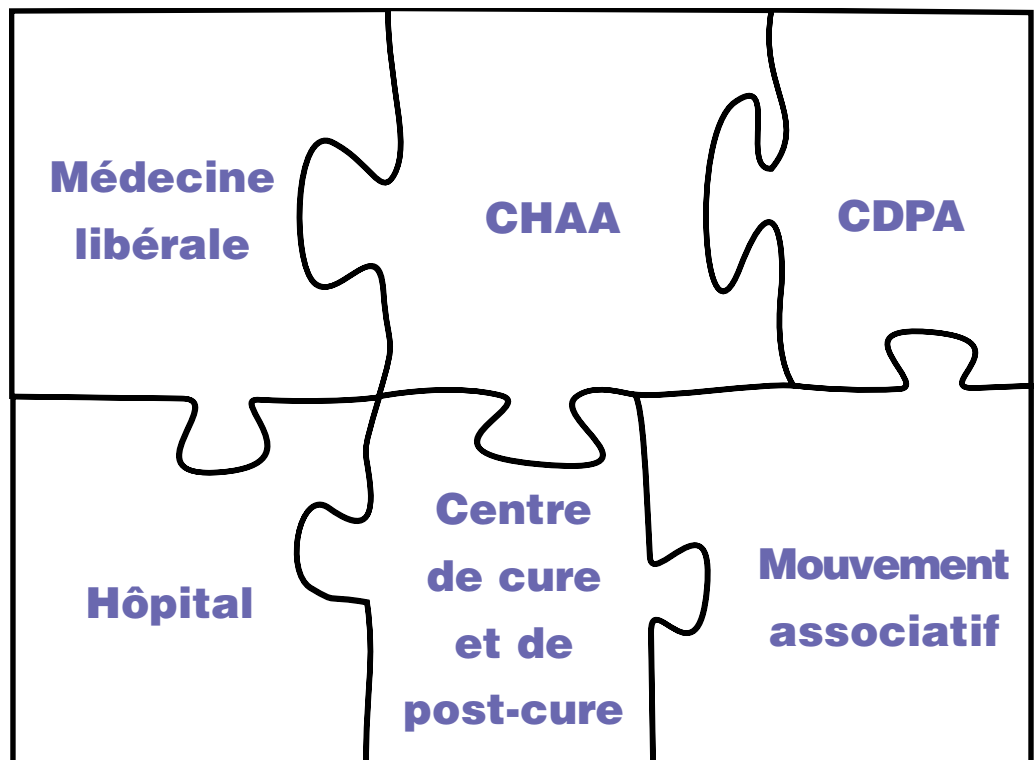
les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) et du dispositif d'État de lutte contre l'alcoolisme.

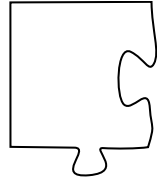
Ce dispositif est institué par une circulaire du ministre chargé de la santé du 23 novembre 1970. Cette circulaire a pour objet le renforcement des moyens de traitement des malades alcooliques. Il s'agit alors de compléter les structures de soins aux malades alcooliques. La circulaire propose la création de consultations



# **Intervenants, structures et prestations**

Depuis 1970, il existe un dispositif spécialisé de prise en charge des personnes vivant avec un problème d'alcool. Cependant, celui-ci n'a pas le monopole de la prise en charge, les services hospitaliers et la médecine de ville jouent un rôle important, de même que, sur un mode très différent, les associations d'anciens malades alcooliques. Le parcours de chaque malade est donc variable, et propre à la fois à la situation du malade et aux particularités des structures et intervenants qu'il est amené à contacter.





## La prise en charge en médecine libérale

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur du malade alcoolique, qui vient à lui spontanément parce qu'il ne se sent pas bien, peut-être pour tout autre chose que l'abus d'alcool, soit que le patient nie son problème d'alcoolisme, soit qu'il n'en a pas pris conscience. La consultation peut devenir conflictuelle, le patient acceptant mal le diagnostic du médecin si celui-ci a pu le poser.

Le médecin généraliste a plusieurs options s'il a détecté l'alcoolisme :

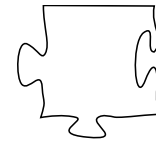
- demande d'avis à un spécialiste en fonction de la symptomatologie (psychiatre, gastro-entérologue...).
- prescription d'un séjour en milieu hospitalier ou en centre de cure pour cure de sevrage.

➤ orientation vers un CHAA, une association d'anciens malades, un dispensaire d'hygiène mentale.

Le médecin généraliste peut également prescrire un traitement en vue d'un sevrage en ambulatoire. Mais cette « prescription » nécessite d'accompagner le patient pendant et après le sevrage et suppose une disponibilité suffisante.

L'intervention du médecin généraliste devrait s'accompagner d'une analyse des origines du processus d'alcoolisation et de la dimension existentielle du problème.

Son implication sera d'autant plus importante qu'il aura suivi une formation en alcoologie.



## Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie

Les CHAA sont des structures de soins, d'accueil et de prévention. Leur vocation médico-sociale est très large et s'adresse à des patients à tous les stades d'alcoolisation : buveurs occasionnels, buveurs excessifs, alcoolodépendants. Ils offrent un accompagnement médical, relationnel et social.

Plusieurs démarches peuvent conduire un patient ayant un problème d'alcoolisme à s'adresser aux CHAA : le patient peut s'y rendre à son initiative personnelle, sans intermédiaire, ou au contraire sur les conseils d'un praticien ou d'une structure avec lesquels il aura eu des contacts. Ainsi les médecins généralistes, les médecins du travail, les services de la DDASS, les centres d'examen de santé, les services hospitaliers, ou encore les associations d'anciens malades sont amenés à diriger des consultants vers les CHAA. Les commissions de permis de conduire ou les services chargés du contrôle d'alcoolémie routière peuvent éga-



### Devant un problème d'alcool, à qui s'adresser ?

Tout intervenant médical ou social est susceptible d'aider les personnes ayant un problème d'alcoolisation. Mais il existe des professionnels spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme qui sauront, dans tous les cas, prendre en charge ou orienter ces personnes en difficulté :

- dans des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA)
- dans des comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA)
- dans des consultations hospitalières d'alcoologie

Les diverses associations d'anciens buveurs sont également des interlocuteurs privilégiés

Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales sauront indiquer les adresses de chacun de ces intervenants.



lement inciter un automobiliste, buveur occasionnel ou dépendant, à consulter dans un CHAA.

Le médecin du CHAA décide de la prise en charge la plus appropriée au consultant : il peut considérer qu'un traitement plus ou moins poussé en ambulatoire suffit ou, au contraire, qu'une hospitalisation est nécessaire (dans un service hospitalier ou dans un centre de cure) : le mode de prise en charge choisi diffère en fonction des « recrutements ». Ainsi, les CHAA gérés par les hôpitaux reçoivent un pourcentage plus élevé de malades alcooliques dépendants et n'ont généralement pas la même activité soignante que les autres CHAA.

La prise en charge est globale, elle n'est plus que médicale. La composition pluridisciplinaire de la majorité des équipes favorise cette prise en charge globale. Médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues, diététiciens,... sont les différents intervenants assurant la réponse aux besoins des consultants. Toutefois la taille et la composition de chaque équipe sont très variables.

Par ailleurs, toujours dans un souci de globalité, l'équipe du CHAA est appelée à travailler avec le médecin libéral, les services hospitaliers, les dispensaires d'hygiène mentale, les CHS, mais également l'entourage du malade, les associations,...

Les prestations fournies dans les CHAA sont gratuites. Leur financement incombe à l'État conformément aux dispositions de l'article L 355-1 du code de la santé publique.

La répartition géographique actuelle des CHAA fait apparaître des disparités régionales. Ceci s'explique par l'histoire (on est passé de l'expérimentation sur quelques sites à une politique d'implantation sur tout le territoire) et par la diversité des initiatives locales.

Cette dépendance aux initiatives locales découle de la souplesse des textes régissant les CHAA. Les circulaires instituant les CHAA offrent un cadre juridique peu contraignant dans la mesure où elles n'imposent pas la création de ces structures, ni de critères ou indicateurs d'implantation géographique. Ainsi cette souplesse a permis de s'adapter aux besoins et aux ressources locales, mais elle a également généré des disparités régionales pas toujours justifiées par des différences de besoins.

Enfin, il faut souligner que le fait que l'ensemble de ce dispositif ne repose que sur des circulaires fragilise celui-ci et notamment ses

financements qui peuvent être remis en question chaque année.

Au delà de la prise en charge, les CHAA assurent très souvent également une fonction d'information, d'éducation à la santé voire d'enseignement et de recherche. Leur partenaires privilégiés à cet égard sont les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme.

### Lexique

**Sevrage**, n.m., cessation de l'alcoolisation

Note : le mot sevrage désigne tantôt la cessation d'alcoolisation, tantôt le procédé thérapeutique d'arrêt de cette alcoolisation, et parfois même abusivement les conséquences de cet arrêt : il faut alors parler de syndrome de sevrage.

**Traitement**, n.m., mise en œuvre des moyens destinés aux sujets ayant un problème avec l'éthanol.

**Programme thérapeutique**, l.m., ensemble cohérent et prévisionnel des moyens de soins (médicamenteux, psychologiques ou sociologiques), choisis par le thérapeute, le plus souvent avec l'accord du patient, employés simultanément ou successivement, pour aider l'alcoolique et son entourage.

(extraits du *dictionnaire d'alcoologie*, HCEIA, 1987, La Documentation française)



## Les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme

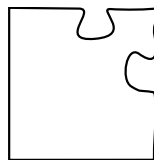
Bien que la prise en charge ne soit pas la vocation première des CDPA, il est difficile de ne pas les mentionner dans le réseau de prise en charge.

Les CDPA ont pour mission essentielle la prévention de la consommation abusive d'alcool. Cette mission s'exerce en direction de tous les publics, sur de multiples lieux : établissements scolaires, entreprises,... (par exemple

éducation pour la santé, campagne locale d'information, formation,...)

Mais leur activité, leur histoire et leur gestion sont très imbriquées avec celles des CHAA. Les CDPA sont nés de l'initiative privée et ne reposent sur aucun texte. Ils se sont multipliés à la même époque que les CHAA et sont financés sur la même ligne du budget de l'État. La très grande majorité des CDPA (80 %) est gérée par l'ANPA ; cependant 37 % des CHAA sont gérés par des CDPA de l'ANPA. Enfin 84 % des CHAA et 50 % des CDPA déclarent assurer à la fois une activité de prise en charge de consultants et une activité de prévention.

## L'intervention des services hospitaliers



L'hôpital joue un rôle important dans la prise en charge des patients ayant une consommation excessive d'alcool. Mais la situation y est très variée et les prestations très différentes selon la plus ou moins grande sensibilité que les services ont développée à l'égard de ce problème.

Plusieurs services peuvent être concernés : médecine générale, services spécialisés (gas-

tro-entérologie, neurologie...), ou quand elle existe unité d'alcoologie.

Le patient est admis soit pour une complication clinique de sa consommation excessive d'alcool, soit pour sa dépendance à l'alcool.

Il va souvent être pris en charge d'abord pour sa pathologie clinique qui demande une intervention urgente. Ensuite, selon sa demande et surtout selon la sensibilisation du service hospitalier au problème d'alcoolisme et au dispositif qu'il a su mettre en place, le patient pourra faire l'objet d'une prise en charge pour son problème d'alcoolisme.

Diverses situations se présentent :

- ▶ l'hôpital a une unité d'alcoologie, c'est-à-dire un service ou un réseau de services qui propose une prise en charge globale, en hospitalisation ou en consultation. Le patient peut y bénéficier d'une cure de sevrage, puis d'un suivi.
- ▶ l'hôpital propose le sevrage mais dans un service plus ou moins spécialisé dans ce type de prise en charge. Il devra donc orienter le patient vers une autre structure pour un suivi, après cette étape.
- ▶ l'hôpital oriente le patient vers une autre structure, centre de cure pour un sevrage en hospitalisation ou un CHAA ou un médecin généraliste pour un sevrage et un suivi en ambulatoire

Un clivage a longtemps existé entre la prise en charge hospitalière clinique et la prise en charge psychiatrique des malades alcooliques. En effet, l'une traitait principalement les complications organiques de l'alcoolisme, alors que l'autre traitait la maladie alcoolique elle-même et ses traductions psychiatriques.

La situation a évolué notamment avec la mise en place de services et de consultations spécialisés en alcoologie sans création cependant de lits. La circulaire du 28 mars 1978, préconise qu'au sein du corps médical hospitalier existe un « référent alcool », médecin qui accepterait d'être l'animateur de l'équipe d'accueil des malades alcooliques et d'assurer la coordination interdisciplinaire pour le traitement global des sujets présentant des affections d'origine alcoolique (cf. annexes). Mais cela ne s'est pas généralisé.

Les centres hospitaliers spécialisés gardent cependant un rôle particulier. Ils accueillent notamment les alcooliques « dangereux », en application de la loi sur les alcooliques dangereux ou de celle sur l'hospitalisation d'office (cf. encadré page V).



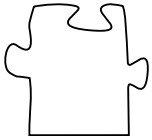
### Où effectuer un sevrage ?

#### En ambulatoire suivi par

- ▶ un médecin généraliste
- ▶ l'équipe d'un CHAA

#### En hospitalisation

- ▶ dans un service spécialisé en alcoologie
- ▶ dans un service de médecine générale
- ▶ en centre de cure



## Les centres de cure et de post-cure

Les centres de cure sont des lieux avec hébergement spécialisés dans le traitement de la dépendance à l'alcool qui accueillent des patients pour effectuer un sevrage.

Ils proposent une prise en charge lourde, accompagnant la privation d'alcool de toutes les précautions nécessaires. La durée de séjour peut être de 3 jours à 3 semaines.

L'admission en centre de cure se fait sur prescription médicale. Les frais sont couverts par l'assurance maladie.

Il existe 11 centres de cure en France, certains sont intégrés dans des hôpitaux.

Si après le sevrage, il apparaît une difficulté à rester dans l'abstinence et/ou une détresse sociale et psychologique importante, la consolidation du sevrage peut être proposée dans un centre de post-cure. Les centres de post-cure sont donc réservés aux personnes ayant suivi un sevrage et n'ayant plus besoin d'un suivi médical constant. On en compte 16 en France.

Il existe deux types de centre (ou des centres proposant deux types de prise en charge) :

- les centres de consolidation proposant un séjour de courte durée (1 à 2 mois)
- les centres de réhabilitation, proposant un séjour pouvant aller jusqu'à 6 mois, plus réservés aux malades alcooliques ayant une alcoolisation déjà ancienne et ayant besoin de réapprendre la vie sociale et, le cas échéant, professionnelle.

L'admission en centre de post-cure se fait également sur prescription médicale et les frais sont couverts par l'assurance maladie.

Les centres de cure et de post-cure sont souvent intégrés. Ils peuvent être gérés par des associations à but non lucratif, par les collectivités publiques ou des collectivités locales ; d'autres sont à but lucratif.

Il existe également des centres d'hébergement ou des centres de réinsertion qui assument une fonction proche de celle des centres de

### i

#### Dispositif financé par l'assurance maladie

On ne dispose que de très peu de données chiffrées sur les structures ou prestations financées par l'assurance maladie.

Le ministère des Affaires sociales dénombre :

49 unités hospitalières d'alcoologie ou proposant un programme de suppression de l'alcoolisation (sevrage), regroupant 1 063 lits.

11 centres de cure regroupant 639 lits

16 centres de post-cure regroupant 674 lits

Aucune donnée globale sur leur coût n'est disponible.

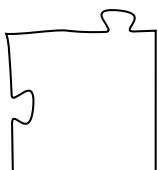
Le coût de la prise en charge en médecine de ville, *a fortiori*, est inconnu.

(source : *Alcool et santé, faits et chiffres*, ministère des Affaires sociales et de la solidarité, direction générale de la santé, 1990)

### La place de la psychiatrie

Alcoolisme et psychiatrie sont étroitement liés. La psychiatrie s'intéresse aux affections entraînant une perte de liberté mentale et un débordement habituel du contrôle émotionnel et comportemental. L'alcool peut perturber ou altérer gravement la liberté mentale ainsi que les moyens de contrôle de l'émotion et des comportements. Si l'alcoolisation ne génère pas nécessairement de troubles psychiques, elle peut provoquer, et c'est très fréquent, des difficultés d'ordre psychologique. Il est bon dans tous les cas de travailler en collaboration avec un médecin psychiatre, hospitalier ou extra-hospitalier. Lui aussi est amené à traiter tous les stades de l'alcoolisme, du malade dangereux pour autrui auquel le tribunal a ordonné un placement en établissement hospitalier, à l'accompagnement psychologique de la personne ayant développé une pathologie liée à l'abus d'alcool. Le rôle du psychiatre est primordial, plus encore lorsqu'il se trouve confronté à des patients en « multidépendance », phénomène en développement.

post-cure, mais ces centres non médicalisés sont financés sur des crédits d'aide sociale.



## Le mouvement associatif

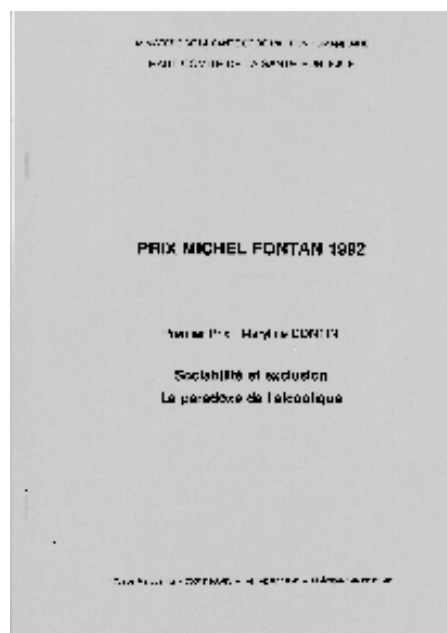
Le mouvement associatif continue d'occuper une place importante auprès des personnes ayant un problème lié à l'alcool.

Les mouvements d'anciens malades sont fréquemment associés à la prise en charge des malades alcooliques. Ces mouvements proposent des psychothérapies de groupe, offrent aux personnes en difficulté la possibilité de s'informer, de communiquer, de pratiquer des activités, et parfois même de s'investir par la suite dans la lutte contre l'alcoolisme.

La nature et l'intensité des rapports entre ces mouvements et les autres intervenants varient en fonction des contextes locaux et de la confiance réciproque qui a pu s'établir. Le principe d'abstinence totale préconisée par ces

### Sociabilité et exclusion Le paradoxe de l'alcoolique

de Maryline Contini  
Prix Michel Fontan 1992



Disponible auprès du Haut Comité de la santé publique sur simple demande écrite.



### Et après le sevrage ?

Différents soutiens sont proposés :

- ▶ en centre de post-cure
- ▶ en consultation hospitalière dans une unité d'alcoologie
- ▶ en centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie
- ▶ dans un dispensaire d'hygiène mentale
- ▶ par un médecin généraliste ou un psychiatre
- ▶ par une association d'anciens buveurs

L'entourage, la famille, les collègues de travail, les amis, ont aussi leur rôle à jouer, en apportant un soutien affectif indispensable à toute personne ayant, ou ayant eu un problème avec l'alcool.

associations crée parfois un clivage important avec le milieu médical et peut nuire au dialogue et à la collaboration.

L'ANPA, riche de son histoire, poursuit son action tant au plan national qu'au plan départemental. Elle gère tout un réseau de comités départementaux de prévention de l'alcoolisme et une partie des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

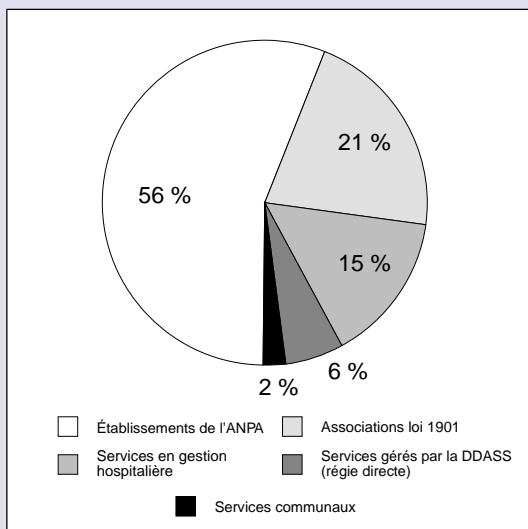
L'ANPA oriente ses activités vers trois pôles principaux : la prévention, l'aide au malade alcoolique, l'application de certaines dispositions du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme. Elle cherche à promouvoir une politique globale à l'égard de l'alcoolisme. Elle garde une place particulière dans la lutte contre les phénomènes d'alcoolisation et reste l'un des partenaires privilégiés de l'État.

## Les CHAA et les CDPA en chiffres

Les données exposées ici ne concernent que les structures du dispositif dit « dispositif spécialisé », financé sur le chapitre 47-14 du budget du ministère des Affaires sociales qui recouvre les CHAA et les CDPA. Elles sont extraites du rapport « évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme » effectué par le groupe TEN en 1992 pour la direction générale de la santé. Les données portent sur 269 structures qui ont rempli un questionnaire qui a pu être exploité.

Au 31 juillet 1992, on dénombrait 311 structures sur l'ensemble du territoire français (structure au sens « unité fonctionnelle qui exerce une activité de prévention ou de prise en charge de manière autonome »)

### Statuts



### Personnel

L'ensemble des structures salarie 1322 personnes et bénéficie de la mise à disposition de 173 personnes pour un total de 98 911 heures mensuelles de travail soit 603 équivalents temps plein.

Les médecins et les professions paramédicales représentent 53 % des effectifs du dispositif et 32 % des heures travaillées.

### Activité

Les structures ont reçu en moyenne 326 consultants en 1991

Au total, elles reçoivent chaque année environ 100 000 consultants.

Ces structures consacrent 23 % de leur temps pour l'accueil, 45 % pour le suivi des consultants, 17 % pour des activités de prévention primaire.

### Budget

Les budgets sont très disparates : de 6 000 F à 9 000 000 F la médiane se situant à 450 000 F.

Les recettes proviennent largement de l'État : 82 % au titre du chapitre 47-14, plus quelques financements divers sur projets ;

les deux autres sources de financement principale sont les caisses d'assurance maladie (12 %) et les collectivités locales (12 %).

147 MF. étaient inscrits en loi de finances initiale sur le chapitre 47-14 du budget 1993 de l'État, pour leur financement.