

## 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 alcoolodépendance ; 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

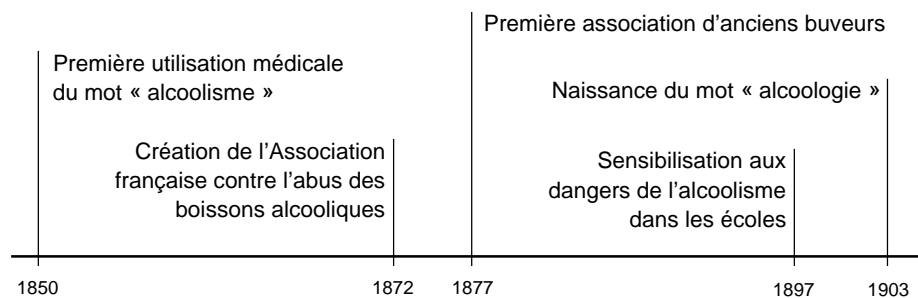
- II Histoire de la lutte contre un « fléau social »
- VII Intervenants, structures et prestations
- XIV Tribune
- XXII Annexes



# 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).

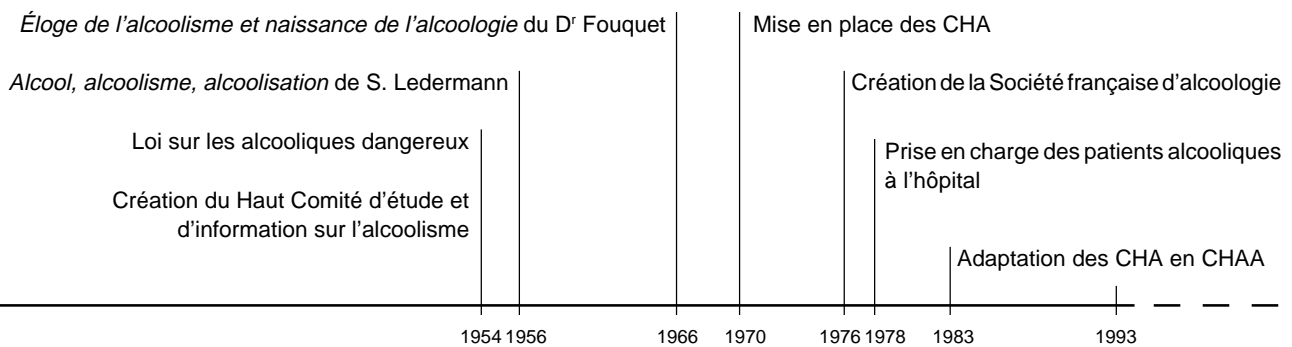
Peu à peu, cartes et tableaux statistiques se multiplient, déclenchant des cris d'alarme des milieux médicaux.

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.

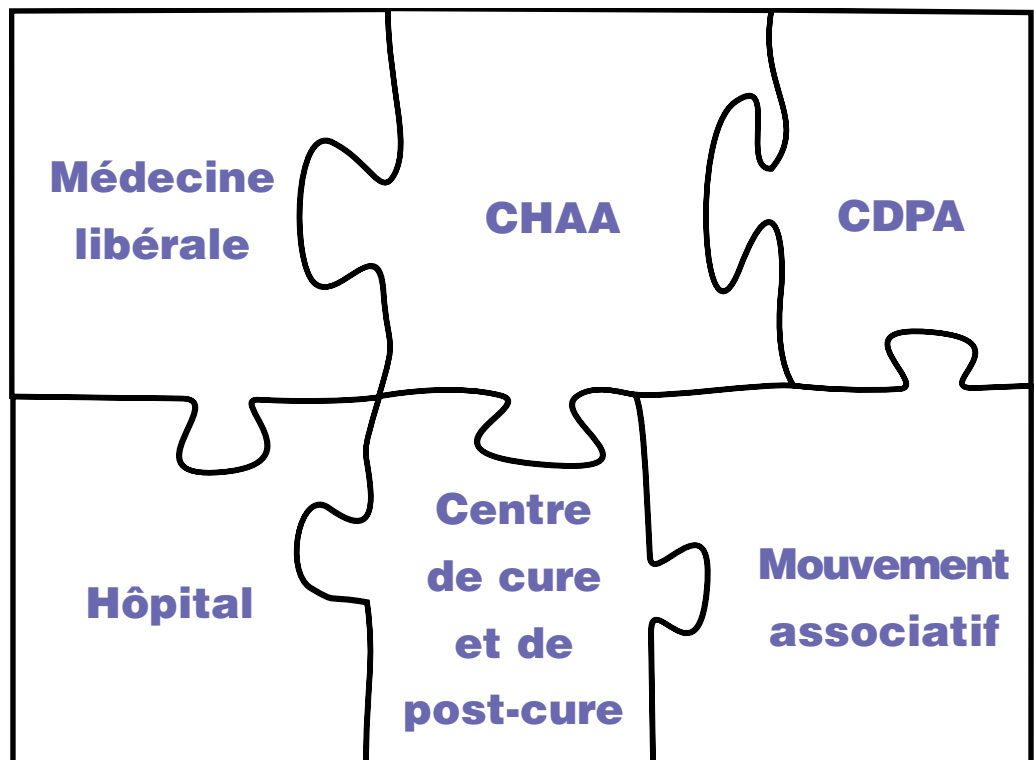
Ce dispositif est institué par une circulaire du ministre chargé de la santé du 23 novembre 1970. Cette circulaire a pour objet le renforcement des moyens de traitement des malades alcooliques. Il s'agit alors de compléter les structures de soins aux malades alcooliques. La circulaire propose la création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

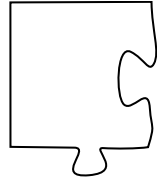




# **Intervenants, structures et prestations**

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 :

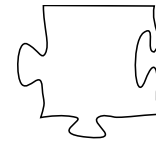
- demande d'avis à un spécialiste en fonction de la symptomatologie (psychiatre, gastro-entérologue...).
- prescription d'un séjour en milieu hospitalier ou en centre de cure pour cure de sevrage.

➤ 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

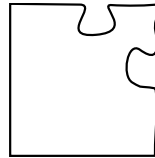
Bien que la prise en charge ne soit pas la vocation première des CDPA, il est difficile de ne pas les mentionner dans le réseau de prise en charge.

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).



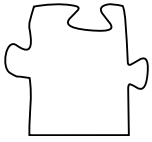
### Où effectuer un sevrage ?

#### 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



### 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.

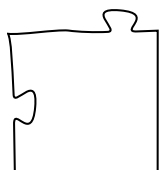
Le coût de la prise en charge en médecine de ville, *a fortiori*, est inconnu.

(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

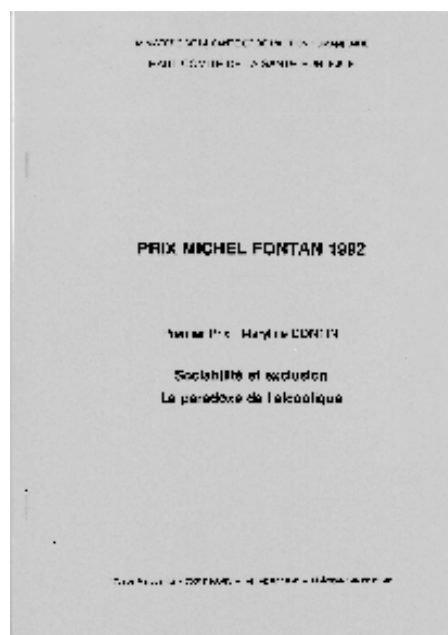
Le mouvement associatif continue d'occuper une place importante auprès des personnes ayant un problème lié à l'alcool.

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.

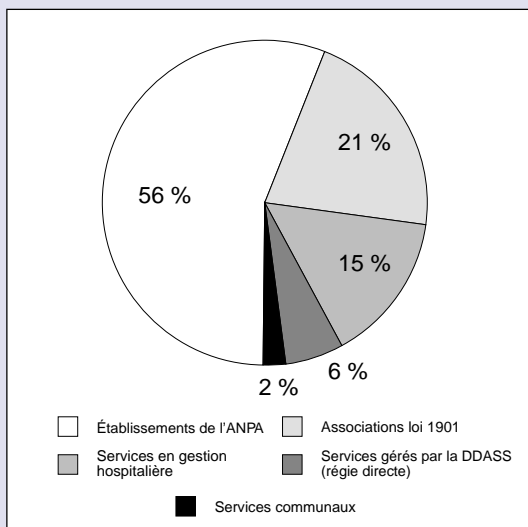
L'ANPA oriente ses activités vers trois pôles principaux : la prévention, l'aide au malade alcoolique, l'application de certaines dispositions du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme. Elle cherche à promouvoir une politique globale à l'égard de l'alcoolisme. Elle garde une place 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.

# Ampleur des besoins et complémentarité des intervenants

**L**e titre de ce dossier paraît afficher une volonté, celle de centrer l'information et la réflexion sur les « personnes », en prenant la distance nécessaire à l'égard des définitions et des concepts théoriques.

Mais, chacun le sait, ces derniers sous-tendent la pratique... et aucune formulation n'est à l'heure actuelle en mesure de gommer la complexité du problème posé. À l'extrême variété des consommateurs d'alcool qui ont à pâtir de leur comportement répond, en écho, la diversité des soignants et le polymorphisme des structures de soins.

## **Des personnes vivant avec un problème lié à l'alcool**

Afin d'en préciser la typologie, les définitions ne cessent de se succéder, dont l'imprécision ou les limites alimentent régulièrement la controverse.

En théorie, la « dépendance à l'alcool » paraît devoir se distinguer nettement de l'« abus d'alcool » (terme dont il faut souligner une nouvelle fois au passage la regrettable connotation morale). Particulièrement hétérogène, cette nébuleuse recouvre un ensemble de conduites occasionnelles, ou régulières, dont l'évolution vers la dépendance est possible, mais non inéluctable. C'est là qu'intervient la vulnérabilité individuelle et le poids res-

pectif de ses composantes étiopathogéniques.

En contraste, dans la pratique quotidienne, devant une personne vivant avec un problème lié à l'alcool, il est souvent aussi difficile d'affirmer l'existence d'une dépendance que de percevoir d'emblée la réalité, la nature et l'intensité d'une demande de prise en charge...

## **Des thérapeutes**

Diversité des statuts, de la formation, de l'expérience et des motivations caractérisent plus que dans nul autre champ les personnels de santé concernés.

Le médecin de ville, « de famille », pourrait avoir le rôle central, clé, qui lui incombe dans le diagnostic précoce, la prise en charge, la prévention, les relais, si la médecine n'avait pas subi, entre autres évolutions, la dérive spécialisée que l'on sait. Des réalisations exemplaires en sont le vivant témoignage.

Morcelée, soucieuse d'une efficacité centrée sur le symptôme relevant de sa spécialité, la médecine hospitalière n'est pas dans l'ordre général à même de répondre aux besoins en ce domaine. Toutefois, un certain nombre de services souvent concernés, tels ceux de gastro-entérologie ou de psychiatrie ont évolué peu à peu vers une perspective alcoologique.

À l'hôpital, le rôle dévolu à l'alcoologue reste à mon sens capital. Au delà de l'efficacité thérapeutique du secteur ou du service d'alcoologie dont il a la charge, sa fonction de « consultant » est à développer. Il ne s'agit pas de décharger les autres services des difficultés posées par tel ou tel patient, mais d'être, avec disponibilité et détermination, le catalyseur qui inlassablement « sur le terrain de l'autre » informe à la faveur de chaque cas concret, contribuant ainsi au changement insidieux des attitudes, prélude indispensable à celui des comportements à l'égard des alcooliques.

Dans leur diversité adaptée aux situations locales, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie restent l'une des pierres angulaires de la prise en charge.



La nature de leur fonctionnement évite les effets délétères de la stigmatisation par étiquetage. Elle est particulièrement favorable aux actions concertées avec les autres intervenants médico-sociaux et les associations d'anciens buveurs.

À la lumière des dernières connaissances acquises, en particulier dans la clarification des inter-relations complexes entre « alcoolisme » et « troubles mentaux », l'on pourrait être tenté de légiférer... et de réserver aux seuls services de psychiatrie hospitaliers l'exclusivité des formes secondaires de l'alcoolisme, où l'auto-médication par la « drogue alcool » n'a rien de spécifique. De la même façon avait-on avant 1983 limité l'action des centres d'hygiène alimentaire aux seules fonctions de dépistage et de traitement précoce des consommateurs à risque.

Ce serait méconnaître une nouvelle fois l'ampleur des besoins, qui impose le maintien et le développement de toutes les structures en place. Ce serait surtout ne pas tenir compte du génie évolutif de « la maladie », et du parcours, souvent singulier, de celui ou de celle qui vit avec un problème lié à l'alcool. Au gré des hasards, des circonstances et des rencontres, il passe en effet d'un soignant à l'autre, d'une structure à l'autre. Le résultat heureux finalement obtenu n'est souvent que la résultante positive d'expériences cumulées et du temps nécessaire à la maturation de la demande de soins.

## Des autres intervenants

Dans un tel parcours, l'intervention d'acteurs sociaux situant leur responsabilité hors du champ de la santé (police, gendarmerie, justice, etc.), parfois initiale, est souvent déterminante, que ce soit dans un sens positif ou négatif.

C'est souligner ici l'importance d'une perspective alcoologique, transdisciplinaire, qui ne saurait être réservée au seul domaine des personnels de santé.

Le rattachement initial du « Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme » au premier Ministre prenait acte de cette donnée, qu'un élargissement de l'éventail des experts de la com-

mission permanente alcool du Haut comité de la santé publique pourrait continuer à refléter.

## De la prévention et d'une politique de santé publique

Une telle assertion prend toute sa force dans le champ de la prévention où politiques, enseignants, éducateurs, familles, médias, publicitaires, producteurs et bien d'autres sont des intervenants « naturels ».

Encore faut-il bien définir les objectifs et délimiter les champs d'action de chacun.

La distinction n'est pas toujours claire entre l'éducation et la promotion de la santé d'une part, et les mesures de prévention spécifiques d'autre part.

Les premières s'adressent à la grande majorité de la population qui, jouissant d'une « liberté interne » et d'une capacité de jugement suffisantes, est à même d'être à l'écoute de messages adaptés et de modifier ses comportements. Nul n'ignore ici le rôle non exclusif mais très important des comités d'éducation pour la santé. Mais cela reste l'affaire de tous. La prévention des « situations à risque » (conduite d'un véhicule en état d'ivresse par exemple) relève du même registre.

En revanche, la prévention de l'alcoolisation pathologique est l'affaire de spécialistes.

En effet, la population « à risque », de mieux en mieux cernée par les études épidémiologiques récentes (Marie Choquet - INSERM) n'est pas accessible à la seule information, même spécifique. Il s'agit d'une population à haut risque souvent placée dans un contexte social, familial, parfois même déjà conjugal, difficile. Les manifestations répétées d'inadaptation et les troubles des conduites que présentent ces adolescents ou post-adolescents sont les témoins de problèmes psychologiques, d'une souffrance psychique, ou de difficultés psychosociales parfois favorisées par la nature d'un « terrain » dont la modification n'offre pas de prise en l'état actuel des connaissances.

Les conduites pathologiques, simulta-

nées ou successives interchangeable, que l'on constate alors sont à la fois un symptôme et une tentative de résolution d'un problème existentiel. Dans l'approche singulière, une attitude de persuasion focalisée sur un seul aspect du problème, ici la suppression de l'alcool, ne saurait constituer à l'évidence une solution globale satisfaisante. L'éradication d'un symptôme n'a jamais empêché la maladie « d'évoluer ». L'alcool une fois éliminé peut laisser le champ libre à d'autres comportements plus préjudiciables à l'individu comme à la collectivité. À l'inverse, on pressent que cette population de jeunes adultes à haute vulnérabilité risque de nouer des rapports privilégiés avec l'alcool dans une ambiance sociale facilitante ; d'où bien sûr l'intérêt des mesures préventives concernant l'environnement et la disponibilité des boissons alcooliques. Mais cet abord différent du problème ne prévient pas l'avènement de troubles du comportement substitutifs. On perçoit ici les limites et la vanité d'une prévention ou d'une éducation qui se voudrait spécifique, avec dissociation des actions préventives de l'alcoolisme, du suicide, des toxicomanies, etc. isolée d'un éventuel contexte psycho-pathologique, social et culturel.

Ainsi, sur le terrain, et pour ce qui concerne une population ciblée « à risque », la prévention de l'alcoolisme paraît d'autant plus efficace que dépouillée de sa spécificité. Dégagée d'un modèle médical exclusif, elle doit faire appel au plus grand nombre dans une approche multidisciplinaire adaptée. Cette évolution n'est pas contradictoire à l'approfondissement et le développement de la recherche des différents fondamentalistes et des spécialistes en alcoologie. Par leur approche spécifique et respective, ils participent à l'information nécessairement évolutive des acteurs de la prévention. ■

## Maurice Bazot,

Président de la Société française d'alcoologie, membre de la commission permanente alcool et santé publique du Haut Comité de la santé publique

# L'alcoologie clinique

## une discipline et une pratique

**D**errière la question : spécificité ou non de la prise en charge du patient vivant avec un problème lié à l'alcool, se pose en réalité celle de l'intérêt ou non d'un dispositif spécialisé en alcoologie. Se poser cette question, c'est en quelque sorte déjà reconnaître l'existence de l'alcoologie clinique. Reste aux décideurs de choisir quels moyens donner à cette pratique afin de lui permettre de vivre, de se développer ou de disparaître ?

Ce n'est pas aux médecins de faire les choix qui incombent aux politiques ; mais des moyens ne peuvent être attribués par la collectivité que par rapport à des objectifs. C'est à tous les praticiens de l'alcoologie de faire connaître leurs pratiques et de réfléchir au devenir de celles-ci. Mais au delà d'une pratique, seule la reconnaissance d'une véritable discipline ayant des racines biologiques, psychologiques et sociales permettra à terme une prise en compte effective de l'alcoolisation et de ses conséquences, à hauteur des enjeux humains en cause.

Des dispositifs spécialisés en alcoologie clinique existent en France depuis environ 40 ans. Leur création repose sur des textes : loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui ; circulaire du 31 juillet 1975 relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme ; circulaire n° 454 du 28 mars 1978 relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux ; circulaire du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

Si ces 40 dernières années ont permis de

voir se développer de nombreuses expériences dans le champ de l'alcoologie, il nous semble qu'actuellement cette alcoologie clinique reste morcelée. C'est pourquoi, nous parlons de dispositifs spécialisés au pluriel.

Le plus ancien et longtemps le plus dynamique de ces dispositifs spécialisés, repose sur l'action des mouvements d'aide aux malades alcooliques, dont il n'a pas lieu ici de faire l'historique, mais dont il faut rappeler la très forte implication dans les soins et dans la prévention.

Par la suite, la loi de 1954 puis la circulaire Denoix de 1978, ont permis timidement, mais réellement, le développement d'une alcoologie hospitalière. En quelques années, ce dispositif a considérablement fait évoluer les concepts en matière de soins aux malades alcooliques, en permettant à des équipes d'avoir une pratique et de réfléchir sur cette pratique. Mais, en même temps, cette alcoologie hospitalière reste encore trop souvent synonyme de « cure de désintoxication » comme seule perspective thérapeutique ; avec comme conséquence, la non reconnaissance de l'urgence possible en alcoologie, puisqu'il n'y a jamais urgence à faire une « cure ». Alors que la pratique nous apprend qu'il y a souvent urgence à écouter un malade alcoolique et/ou à l'aider à arrêter de prendre de l'alcool, la « cure » devient alors seulement une des formes possibles d'aide à ne pas reprendre d'alcool.

L'alcoologie sociale, souvent avec l'appui des mouvements d'aides aux malades alcooliques, s'est développée vers la création de foyers de « post-cure » et de foyers de « hébergement ». Là encore, si « post-cure » et « hébergement » restent l'aspect extérieur le plus visible de cette alcoologie sociale, de nombreuses expériences mal reconnues se sont développées aussi bien vers la prévention en milieu professionnel ou dans les quartiers, que dans une prise en compte dans un projet thérapeutique de la dimension sociale et psychologique.

Enfin plus récemment et reconnue par les circulaires Veil en 1975 et Ralite en 1983, on a vu se développer une alcoologie ambulatoire axée à la fois sur les soins et sur les actions de prévention. Trop souvent, cette alcoologie ambulatoire s'est développée de manière isolée, plus comme une alternative à l'alcoologie hospitalière que comme son complément.

Face à cette richesse d'expériences, de savoir faire et pour que cela ne disparaisse pas, il est temps que se fasse un véritable travail pour aboutir non plus à des dispositifs, mais à un dispositif spécialisé en alcoologie, un dispositif qui se doit d'être cohérent, efficace, fonctionnant en réseau et, comme tout autre, soumis à évaluation.

Ce travail de cohérence des pratiques et de réflexion sur les concepts qui sous-tendent ces pratiques, ne pourra se faire qu'à partir de personnes ayant à la fois une pratique et du temps professionnel pour réfléchir à cette pratique. Cela nécessite la reconnaissance d'une véritable discipline faute de quoi ne pourront se développer ni une véritable recherche, ni un véritable enseignement à hauteur des besoins.

Reconnaître l'intérêt d'une spécificité de l'alcoologie clinique comme discipline et comme pratique, peut se faire en raison de l'efficacité et de la qualité des actions que l'on souhaite voir menées. Mais c'est aussi en fonction du volume des besoins de santé (nombre de pathologies, nombre de personnes concernées) liés aux conduites d'alcoolisation, que l'on peut à une période donnée justifier de l'existence de moyens spécifiques.

Quel que soit le devenir de l'alcoologie clinique, elle ne peut que s'inscrire dans une conception globale de la santé où il existe déjà de nombreux partenaires qui en font sa richesse.

Dans ce réseau de santé, sauf à vouloir « pour l'autre », c'est la personne en difficulté, ou qui se croit en difficulté avec l'alcool, qui va rentrer en contact avec le réseau. C'est alors aux partenaires de ce réseau de santé de repérer ce qui est de leur domaine ou ce qui ne l'est pas. Dans ce sens, il faut bien définir ce qu'est l'alcoologie clinique et ses objectifs, et par là même repérer ce qui ne relève pas de l'alcoologie clinique mais d'autres disciplines.

On peut considérer que l'alcoologie est centrée sur les rapports entre une personne et le produit alcool, et que si ce rapport entraîne une souffrance ou un risque important de souffrance, le projet de l'alcoologie sera d'aider cette personne à modifier son rapport à l'alcool, afin de diminuer ou de supprimer cette souffrance ou ce risque ; ceci se faisant dans une vision de santé globale en tenant compte de la trajectoire dans le temps.

C'est dire que l'alcoologie se préoccupe beaucoup plus de souffrances liées aux con-

duites d'alcoolisation : usage, abus et dépendance, qu'aux éventuelles souffrances, qui dans certains cas peuvent être à l'origine des conduites d'alcoolisation. Cela ne traduit pas un désintérêt face à d'éventuelles causes pathologiques d'alcoolisation, mais un respect de l'efficacité d'autres types de soins dans un réseau de santé.

Les points de contact entre une personne en difficulté avec l'alcool et le système de santé sont multiples ; mais les plus souvent concernés sont probablement les médecins généralistes, les travailleurs sociaux et les services d'accueil des hôpitaux généraux et/ou psychiatriques.

Il est illusoire, inefficace et dangereux, de croire que toute personne en difficulté avec l'alcool relève obligatoirement du dispositif spécialisé. Considérant la fréquence des problèmes liés aux conduites d'alcoolisation, tout soignant, tout travailleur social doit être à l'écoute de ces problèmes. mais aussi doit-il pouvoir dans son réseau de santé faire éventuellement appel et orienter vers une structure spécialisée s'il le juge nécessaire. Seule une réelle pratique en réseau permet clairement à chacun de jouer son rôle, celui pour lequel il est formé et reconnu.

Justifier d'un dispositif spécialisé peut se faire avec des arguments théoriques et pratiques.

Un courant théorique, fort en vogue actuellement, voudrait que l'on regroupe en des mêmes lieux de soins des malades présentant des conduites addictives : alcoolo-dépendances, tabagisme, toxicomanie, boulimie, joueurs pathologiques... Il est évident qu'il existe des éléments communs aux conduites de dépendance, mais au niveau des soins, la spécificité induite par le rapport à l'alcool nous semble plus importante à prendre en compte que le noyau commun aux divers conduites de dépendance. Rien que le choix lui-même de l'objet de dépendance n'est pas sans signification. D'autre part, la spécificité de l'effet attendu et obtenu, la toxicité spécifique du produit, son image culturelle, impliquent une singularisation forte de parcours dans la dépendance à un objet donné. Enfin, on ne peut réduire les souffrances liées à l'alcoolisation au seul phénomène de dépendance, et centrer une pratique uniquement sur une conduite nous semble avoir plus d'inconvénients que d'avantages.

De même en prévention, si une réflexion et des actions communes sont indispensables vis-à-vis du risque de dépendance, plus axées sur une problématique commune que sur la diversité des produits, il ne faut pas oublier les conduites à risques qui sont, elles, beaucoup plus spécifiques de l'objet utilisé et, dans une large part, indépendantes du risque de dépendance.

Sur un plan pratique, le nombre de gens touchés par une pathologie est certainement un élément important pour justifier de lieux de soins spécifiques et du niveau géographique, où doivent être implantés ces lieux : quartiers, villes, départements...

D'autre part, une pratique quotidienne en service d'alcoologie ainsi que la fréquentation de services d'accueil et d'urgence d'un hôpital général montrent bien la disparité notamment entre toxicomanes et alcoolo-dépendants. Leur trajectoire de vie est différente, leur inscription sociale n'est pas la même, les complications de l'intoxication ne sont pas du même ordre. Lorsque ponctuellement un toxicomane, voire un « ancien toxicomane » s'alcoolisant actuellement, entre dans le service, il se retrouve le plus souvent en marge du groupe, comme en décalage culturel par rapport aux patients alcoologiques.

Pour remplir son contrat vis-à-vis de la société qui lui donne les moyens de fonctionner, un dispositif spécialisé doit surtout se garder d'un fonctionnement isolé avec un sentiment de toute puissance, mais s'inscrire véritablement dans un fonctionnement en réseau avec une vision globale : biologique, psychologique et sociale de la santé.

D'autre part, il ne s'agit pas de créer un modèle rigide : « la cure de désintoxication » auquel le malade doit se plier, mais de proposer des projets thérapeutiques qui respectent la demande du malade à un moment donné, dans sa propre trajectoire pour se sortir de sa souffrance avec prise en compte des moments de crises, des moments de sevrage, des moments de prise de distance par rapport à l'alcool. ■

**Docteur Didier Playoust,**

Unité d'alcoologie clinique, centre hospitalier de Tourcoing

# La spécificité des conduites dommageables d'alcoolisation et de leur prise en charge

**D**epuis une trentaine d'années se sont développées de multiples toxicomanies à des stupéfiants d'utilisation illégale, mais aussi à des produits médicamenteux, des solvants, des produits chimiques. Pourtant l'absorption de quantités dommageables de boissons alcooliques reste toujours en France la conduite addictive qui par sa fréquence et sa gravité a le plus de conséquences médicales, familiales et sociales.

Nous rencontrons de plus en plus des polytoxicomanes ayant des conduites addictives avec des produits très divers dont l'alcool. On pourrait ainsi se demander si l'alcoolisme reste une toxicomanie à part nécessitant des modalités particulières de prise en charge.

## La spécificité de l'alcool comme drogue

Cette spécificité est avant tout culturelle et sociale. Si tous ceux qui ont soigné des malades de l'alcool, si tous ceux qui ont eu à subir dans leur famille un malade alcoolique considèrent que l'alcool est une drogue, cette notion est volontairement « oubliée » dans notre société. Celle-ci, qui interdit par la loi l'usage d'autres drogues ou rend difficile l'utilisation toxicomaniaque de certains médicaments, admet et encourage la consommation de boissons alcooliques, sous couvert de

modération lorsqu'elle ne semble pas avoir de conséquences néfastes trop visibles. Celle-ci est intégrée dans la vie sociale et fait partie de nos rites. Elle est liée dans nos esprits à la notion de plaisir, en particulier gustatif, de bons repas, de convivialité, d'événements heureux, de fêtes. Les principaux lieux de rencontre sont des lieux de consommation d'alcool. Dans toutes les communes de France, l'éthanol est le produit psychotrope le plus consommé et nombreux sont nos concitoyens qui l'utilisent comme une sorte de « médicament » qui les euphorise, les désinhibe, anesthésie leur fatigue, leur angoisse ou leur mal-être, en recherchant un effet immédiat, sans conscience autre que floue des effets psychotropes et pathologiques ultérieurs. Dans de nombreuses régions la culture de la vigne, la fabrication et le commerce du vin sont une des principales activités.

Tout ceci contribue à l'appréciation plutôt favorable qu'ont nos concitoyens sur les boissons alcooliques. La plupart sauront limiter leur consommation pour ne pas en subir de dommages. D'autres ne sauront pas ou ne le pourront pas. Nombreux sont encore ceux pour qui une alcoolisation excessive est dans une certaine mesure un témoignage de virilité, un signe de savoir « bien vivre ».

Ceux qui ont la charge de gouverner le pays sont obligés de prendre en compte l'importance des boissons alcooliques dans notre économie, notre commerce extérieur et dans les ressources fiscales de l'État, mais doivent aussi accepter qu'une partie de ces ressources sert à soigner ceux pour qui l'alcool est devenu un fléau.

## La spécificité de l'alcoolisme parmi les toxicomanies

Les modalités de consommation dommageable d'alcool sont très diverses (réparties dans la journée ou en « flash », avec ivresse ou aux limites de celle-ci, en groupe ou seul, quotidiennement ou épisodiquement, etc.), les conséquences pathologiques très variées, les raisons et les répercussions psychologiques multiples,

les facteurs favorisants nombreux. Il existe aussi de très grandes différences parmi les malades de leur consommation d'alcool, mais si l'alcoolisme est multiforme il a des caractéristiques propres différentes des autres toxicomanies :

► il se rencontre partout, dans tous lieux, à tous les âges, dans tous les métiers, tous les milieux ;

► ceux qui deviennent victimes de l'alcool ont considéré pendant des années qu'ils ingéraient leurs boissons favorites d'une façon « normale » ; lorsqu'ils prennent conscience des répercussions de leur alcoolisation, leur souhait serait de pouvoir continuer à « boire normalement » ;

► ils n'ont rien fait d'illégal ni de défendu ; beaucoup ne se sont pas cachés ;

► ils ont été dans leur majorité longtemps bien intégrés dans la société et ce n'est que tardivement qu'ils ont pu être mis « en marge » ;

► ils présentent ou craignent de présenter des complications organiques spécifiques, cliniques ou biologiques directement liées à l'alcool (le sida ou l'hépatite n'est pas lié à l'héroïne mais à la contamination par une aiguille ou une seringue). Ils connaissent ce risque, en sont inquiets, souhaitent que l'on s'occupe de leur santé physique, d'autant plus qu'ils associent souvent un tabagisme important dont ils savent le rôle pathogène ;

► ils souhaitent plus savoir pourquoi eux sont devenus malades de l'alcool que pourquoi ils boivent. La plupart rejette toute suggestion de consulter un psychiatre.

### **La spécificité de l'accompagnement thérapeutique du malade alcoolique**

Celui ou celle dont la consommation d'alcool est dommageable ne consulte pas volontiers un médecin. Il sera plus ou moins tardivement conduit à rencontrer un généraliste en raison d'une maladie intercurrente, un accident, ou à la demande d'un médecin du travail. Tous les omnipraticiens français ont à soigner des

patients victimes de leur absorption d'alcool. Beaucoup d'entre eux considèrent qu'il s'agit de malades difficiles pour lesquels il est malaisé d'obtenir un changement de comportement. Ils estiment que ces malades « mentent » en minimisant ou en niant leur consommation de boissons alcooliques. Ceux qui abordent la question de l'alcool limitent souvent leur intervention à des conseils de modération.

Ils sont pourtant très bien placés pour être des intervenants efficaces chez ces consultants ayant besoin d'une prise en compte globale des répercussions physiques et psychologiques de leur ingestion d'éthanol. Mais ils n'ont en général reçu aucune formation particulière pour aider ces patients à se prendre en charge et leur emploi du temps ne leur permet souvent pas de consacrer lors d'une première consultation les  $\frac{3}{4}$  d'heure nécessaires à l'écoute, l'examen clinique et le dialogue.

Cette première consultation est pourtant la plus importante car elle doit conduire à la décision de rompre la liaison avec l'alcool.

Ces malades ne sont pas plus des menteurs que ne le sont tous les automobilistes qui franchissent un « feu orange bien mûr ». Ils nient devant le gendarme qui les accuse. Ils acceptent par contre sans difficulté le diagnostic d'un médecin, qui n'a fait aucun interrogatoire policier mais a su longuement les examiner, concluant qu'ils ne tolèrent plus leur consommation de boissons alcooliques. Ils l'avaient parfois soupçonné, avaient essayé de diminuer mais ne s'étaient pas senti mieux. Ils ont besoin d'un interlocuteur, qui les considère comme un adulte responsable, capable d'arrêter, s'il l'a décidé.

Au médecin de trouver les arguments convainquants, qui les conduiront à prendre une telle décision, sans leur faire peur mais en les aidant à se projeter vers un futur de mieux-être.

L'outil médical essentiel n'est pas alors l'écoute, il est une parole de bienveillance et d'espoir.

Le médecin a une relation thérapeutique avec les autres toxicomanes très différente de celle qu'il peut avoir avec un

patient faisant usage abusif d'alcool. Celui-ci vient voir un soignant et non un prescripteur possible de sa drogue qu'il peut trouver chez l'épicier ou au café, contrairement au toxicomane aux médicaments ou à l'héroïnomanie en quête d'un produit de remplacement.

Il est le plus souvent nécessaire que le sevrage de l'alcool soit médicalisé en raison des complications graves que peut entraîner chez un patient physiquement dépendant le sevrage d'alcool. L'alcool est la seule drogue qui pourrait tuer lors d'un sevrage si celui-ci ne s'accompagne pas de médicaments.

C'est aussi la seule drogue pour laquelle existe un produit médicamenteux « interdicteur » le disulfirame qui peut être prescrit, lorsqu'un patient bien informé des effets le demande, car il considère que la prise de ce produit l'aidera à être abstinent.

Après le sevrage physique, l'héroïnomanie ou le cocaïnomanie doivent apprendre à vivre comme les autres sans l'aide de la drogue, ni la recherche de ses effets. Le patient ayant un problème lié à l'alcool doit, lui, apprendre, et il faudra l'y aider, à s'affirmer différent, voire à se justifier, lorsqu'il ne consomme pas de boisson alcoolique lors des repas amicaux ou les fêtes de famille. Il côtoie quotidiennement des gens qui lui proposent de rechuter en acceptant un verre.

Plus que tout autre toxicomane celui qui a eu un problème avec l'alcool doit être instruit des effets de ce produit, des dangers de la rechute à l'absorption d'un seul verre de boissons alcooliques. Il aura parfois besoin de vivre une ou plusieurs rechutes souvent très culpabilisantes pour le comprendre ou l'accepter. Les associations d'anciens malades alcooliques peuvent avoir une action déterminante pour faire mieux comprendre leur intoxication à l'éthanol à ceux qui ont eu à la subir.

### **La diversité des lieux de soins des patients ayant un problème lié avec l'alcool**

► Des établissements se sont spécialisés dans les soins avec hospitalisation de



ces malades. Ils les accueillent pour un séjour de un à trois mois dans un lieu souvent éloigné de leur domicile. Certains sont de statut privé, d'autres de statut public. Quelques uns furent créés après la loi de 1954 qui prévoyait un établissement de « cure » par département.

► Des services hospitaliers au sein d'hôpitaux généraux ou de centres hospitaliers spécialisés ont développé, souvent à l'initiative de leurs chefs de service, une activité spécifique de soins pour ces malades qui y sont hospitalisés des temps courts, de 2 à 4 semaines, puis sont ensuite suivis en consultation.

► Des structures de soins ambulatoires furent également créées grâce à des initiatives associatives ou publiques. L'expérience de ceux qui organisèrent de tels soins ambulatoires, avec une équipe médico-sociale bien formée à l'accompagnement de ces patients et l'aide d'associations, leur permit de considérer que, sauf pour les patients n'ayant ni milieu familial ni lieu de vie, la pratique ambulatoire offrait la même sécurité et donnait des résultats comparables à une pratique avec hospitalisation.

Depuis 20 ans de nombreux établissements de soins ambulatoires se sont créés, en particulier après la circulaire de Simone Veil en 1975 sur les centres d'hygiène alimentaire, et celle de Jack Ralite en 1983 qui y ajoutait le mot alcoologie et précisait toutes les missions que pouvaient accomplir ces CHAA. Ceux-ci fonctionnaient alors grâce à un financement croisé « État/département » mais, depuis les textes de décentralisation répartissant les compétences entre les collectivités territoriales et l'État, ils sont à la charge du budget national sans toujours bénéficier ces dernières années d'une impulsion ni d'un intérêt majeur de leur financeur.

► Par ailleurs certains médecins généralistes et psychiatres aident, dans le cadre de leur activité libérale ou de consultations hospitalières, des patients ayant un problème lié à l'alcool, à se prendre en charge.

L'expérience montre que dans la très grande majorité des cas, quelles que soient

les modalités de soins, l'accompagnement thérapeutique doit être de longue durée, souvent au moins d'un an, parfois plus long, et que, pour ceux qui l'acceptent, l'aide d'associations d'anciens malades de l'alcool peut compléter très utilement celle des thérapeutes professionnels.

Cette grande diversité des lieux de soins est sans doute utile compte tenu de la grande variance des situations cliniques, psychologiques, familiales et sociales, et des souhaits de ceux qui y ont recours, mais il serait bon que chacun puisse analyser l'efficacité et le coût de sa pratique grâce à des études comparatives des divers résultats à moyen et long terme, car cette diversité n'évite pas que le nombre de décès annuels par complications de l'alcoolisation reste plus important que l'addition de ceux dus aux accidents de la route, au sida et à la toxicomanie à l'héroïne.

### Après 25 ans de pratique alcoologique à l'hôpital et en CHAA

Je conclurai cette libre tribune par 5 vœux :

► que l'État accorde à la prévention des conduites dommageables d'alcoolisation et la prise en charge des patients ayant un problème lié avec l'alcool, des moyens en rapport avec la gravité de leurs conséquences et les ressources fiscales que lui fournit la vente des boissons alcooliques ;

► que la circulaire de 1978, signée du Professeur Denoix, alors directeur général de la santé, sur les soins dans les hôpitaux publics des malades ayant un problème lié à l'alcool, soit enfin appliquée. Elle n'a besoin d'aucune modification. Son application serait bénéfique pour les intéressés et éviterait en outre bien des dépenses hospitalières « peu utiles » ;

► que des lieux de soins ambulatoires spécifiques soient ouverts dans chaque département et grande agglomération, en particulier au sein de structures de santé déjà existantes, et que des moyens de financement adaptés à leur action leurs soient alloués ;

► que les médecins généralistes soient

plus formés à la prise en charge de ces patients, en particulier dans le cadre du 3<sup>e</sup> cycle de formation des médecins généralistes ;

► que pour ceux qui ont perdu lieu de vie, milieu familial et travail, soient créés dans chaque département ou grande ville, des lieux d'accueil, de soins et de réinsertion adaptés à leurs besoins. ■

#### Docteur Jean Buisson,

Directeur du Centre municipal de santé d'Aubervilliers,  
Unité d'alcoologie de l'hôpital Avicenne de Bobigny.



# Un lieu d'écoute unique et une équipe pluridisciplinaire

**L**es questions soulevées par « la prise en charge des personnes vivant avec un problème lié à l'alcool » sont multiples :

► Elles concernent la santé dans sa composante sociale et médicale et dans sa composante publique et privée.

► Elles posent le problème de ce qui est normal et de ce qui est anormal dans le rapport de l'homme à l'alcool.

► Elles interrogent la science, la morale, la médecine et l'économie.

Face à ces problèmes l'expérience sur le terrain a montré qu'il fallait un lieu d'écoute unique, un lieu où l'intégrité de la personne était respectée.

Pour répondre aux différents problèmes soulevés se sont constituées des équipes pluri ou multidisciplinaires où chacun, dans sa spécialité s'est formé à cette approche particulière. Cette formation se travaille en équipe et permet à chacun de ses membres de garder sa place dans un projet thérapeutique.

Il est apparu aussi nécessaire de mettre en place un lieu privilégié où l'alcool et les problèmes liés à sa consommation étaient nommés. Ce lieu privilégié d'écoute n'est possible que si les différents intervenants peuvent mettre une certaine distance vis-à-vis de la famille et de l'entourage de la personne.

Il apparaît, à l'évidence, que la même personne ne peut être tantôt intervenant médical, tantôt intervenant social, s'occuper à la fois du malade, de la mère, du père, de la fille et du fils sans être rapidement

disqualifiée. Si certains médecins généralistes qui se sont formés en alcoologie peuvent assurer une prise en charge, c'est qu'ils ont en fait reconstitué un réseau d'intervenants ou qu'ils ne se sont pas interrogés sur leur pratique.

Le réseau spécialisé (CHAA) n'est en fait que la traduction institutionnalisée de ce travail. Il est un outil mis à la disposition des médecins généralistes mais aussi des groupes d'anciens buveurs, leur apportant des références sociales et médicales. L'expérience a montré que s'ils travaillent dans le respect du fonctionnement des uns et des autres, leur collaboration est fructueuse.

L'existence des CHAA a permis de comprendre que l'indication d'une prise en charge thérapeutique par le secteur psychiatrique ne devait pas être banalisée. Elle correspond à des indications précises concernant moins de 20 % de cette population (dans notre expérience 10 %).

Le développement des CHAA pose le problème des relations de ces structures avec les lieux d'hospitalisation publics et privés. Les CHAA, par leurs missions interviennent en amont et en aval du soin hospitalier. Les possibilités d'accès aux lits d'hospitalisation, la nécessaire complémentarité entre les deux équipes (CHAA et hospitaliers) nécessitent une coordination. En l'absence de celle-ci les deux systèmes peuvent devenir concurrents.

Enfin, en face de tous ces intervenants et des mouvements associatifs, les CHAA sont nécessaires car ils ont permis de nommer le

problème d'alcool : le fait de venir dans un CHAA n'est pas un geste banal.

Si nous reprenons la formule « des personnes vivant avec un problème lié à la consommation d'alcool », on peut admettre que 4 % de la population présente directement ce problème (environ deux millions de personnes) mais, que chacune d'elle pose le problème à son environnement immédiat (parents, enfants, fraterie) ; c'est donc huit à dix millions de personnes qui sont concernées.

Devant l'ampleur de ce problème il faut le dédramatiser. Pour ce faire, il ne faut pas marginaliser les structures du dispositif spécialisé. La position de l'État est ambiguë, dans la mesure où, conscient du problème il ne le nomme pas clairement ; il n'attribue pas des moyens réels et permanents aux structures qu'il a lui même créées pour prendre en charge ce problème.

On peut dire que s'il y avait une politique globale de santé publique efficace il devrait y avoir une réduction des conduites d'alcoolisation. Mais aussi qu'il ne faut pas renvoyer le problème aux alcoologues, il s'agit d'un problème de société et donc de responsabilité d'État.

L'absence d'individualisation de la part des pouvoirs publics, des organismes payeurs (Sécurité sociale, mutuelles, assurances) de ce que l'on peut appeler « la maladie alcoolique » (positions différentes prises par ces acteurs en matière de sécurité routière) contribue à cette non prise en charge d'un problème spécifique. Ne repérant pas les personnes ayant un problème lié à la consommation d'alcool, le besoin est nié, les moyens ne peuvent être déployés.

Pourquoi les pouvoirs publics, les organismes de tutelle, les organismes financiers n'ont-ils pas mis en place des outils leur permettant d'avoir l'estimation du coût de cette pathologie ?

Dans le cadre d'une politique globale de santé publique leur engagement à nommer clairement le problème ne serait-il pas le premier acte d'une politique globale de santé publique ?

**Professeur Jean-Louis Balmes,**  
Centre hospitalier universitaire de Nîmes.



## Sommaire

- XXII **Circulaire relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux**
- XXIII **Circulaire relative aux centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie**
- XXVII **Mouvements associatifs, adresses utiles**
- XXVIII **Bibliographie Adresses utiles**

Circulaire n° 454 AS 2 du 28 mars 1978

### **relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux**

(Non parue au *Journal officiel*.)

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale à

Messieurs les préfets ;  
*Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.*

L'importance que revêt l'alcoolisme dans notre pays rend indispensable l'intensification des mesures prises au niveau du dépistage, du traitement et de la postcure des malades alcooliques des deux sexes.

Déjà est intervenue la circulaire du 31 juillet 1975 relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme qui a incité les départements à créer une structure nouvelle dite « Centre d'hygiène alimentaire » et destinée aux sujets non encore dépendants à l'alcool mais qui abusent chaque jour des boissons alcoolisées.

Ces buveurs excessifs sont essentiellement des buveurs d'habitude qui, non traités, deviendront de véritables alcooliques.

Il convient donc de dépister ces

buveurs, la plupart du temps inconscients de leur intoxication naissante, avant l'apparition de troubles graves d'ordre psychologique ou psychique, et de leur proposer un traitement somatique en même temps qu'une psychothérapie éducative et de soutien qui sont effectivement dispensés dans les centres d'hygiène alimentaire.

Mais à côté de cette catégorie de buveurs, ne présentant pas encore de troubles graves, de nombreux éthyliques des deux sexes sont traités dans les hôpitaux généraux pour les conséquences de leur alcoolisme (symptômes neurologiques, gastro-entérologiques, etc.) sans que leur pathologie soit appréhendée dans son ensemble.

Ainsi, il apparaît que ce sont les effets et non les causes de leur maladie qui font l'objet du traitement et les patients, après disparition des symptômes, sont renvoyés à leur vie familiale et professionnelle sans qu'ait été abordé le problème de leur alcoolisme.

De plus dans un certain nombre de cas, des malades alcooliques se présentent à l'hôpital sans symptomatologie particulière mais en exprimant le souhait d'être traités pour leur alcoolisme.

C'est pourquoi je vous demande d'inciter messieurs les directeurs des hôpitaux généraux à créer, sans ouverture de lits complémentaires, une structure d'accueil et de traitement des malades éthyliques des deux sexes, grâce à la collaboration d'une équipe médicale particulièrement informée des problèmes de l'alcoolisme.

Cette équipe pourrait dans le cadre d'une coordination multidisciplinaire des soins, telle qu'elle a été recommandée par la circulaire du 5 mai 1976, aider les différents services dans lesquels sont hospitalisés les malades alcooliques à prendre en charge chaque cas dans sa pathologie globale.

Une telle organisation exigerait naturellement une coordination entre les praticiens, spécialistes ou non, appelés à donner leurs soins aux malades alcooliques, quelle que soit la nature de leur affection et le service dans lequel ils se trouvent hospitalisés, en liaison avec les équipes de secteur psychiatrique chaque fois que cela est nécessaire.

Aussi conviendrait-il d'inviter chaque commission médicale consultative à rechercher au sein du corps médical hospitalier un médecin (médecine générale, neurologie, gastro-entérologie, psychiatrie, etc.) 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.

Bien évidemment, l'équipe devrait comprendre un assistant des attachés ainsi que du personnel paramédical et social, dont le nombre sera fonction des besoins.

J'ajoute que cette équipe devra travailler en liaison étroite avec les associations d'anciens buveurs qui jouent un rôle essentiel que j'ai déjà eu l'occasion de souligner, dans le domaine du soutien psychologique du malade alcoolique en traitement.

Je vous demande de bien vouloir veiller à ce que, dans toute la mesure du possible, ces équipes soient constituées dans les hôpitaux généraux de votre département et disposent des moyens nécessaires à leur action.

J'attacherai du prix à être informé avant le 1er octobre 1978 des réalisations entreprises compte tenu des recommandations de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :  
Le directeur général de la santé,  
Pr Pierre Denoix

Circulaire DGS/137/2 D du  
15 mars 1983 relative à

**la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool. Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.**

(Non parue au *Journal officiel*)

*Le ministre de la santé à Messieurs les commissaires de la République de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales). Madame et Messieurs les commissaires de la République de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) [pour exécution].*

Les centres d'hygiène alimentaire ont été créés selon les orientations fixées dans la circulaire DGS/1252/MS du 23 novembre 1970 puis développés grâce

aux recommandations concernant leur création et leur fonctionnement contenues dans la circulaire DGS/2266/MS du 31 juillet 1975. Cette circulaire a notamment précisé les principes et modalités de traitement du « buveur excessif » et défini la composition et le rôle de l'équipe médico-sociale du centre d'hygiène alimentaire, le recrutement de ses malades ainsi que son organisation administrative.

Le centre d'hygiène alimentaire a été décrit comme « un poste d'accueil, d'écoute et d'urgence ouvert en permanence » et l'accent a été mis sur le recrutement du « buveur excessif » et le « traitement rééducatif ».

Depuis 1975, le nombre des centres d'hygiène alimentaire s'est accru en même temps que se multipliaient les variantes dans leur mode de fonctionnement ; si certains ont limité leurs actions aux recommandations de la circulaire de 1975, voire sont restés en deçà de celle-ci, nombreux ont été ceux qui ont été conduits à développer une activité débordant très largement le cadre prévu par cette circulaire. L'expérience ainsi acquise permet aujourd'hui d'analyser différemment les possibilités de prise en charge des personnes consommant trop de boissons alcoolisées et d'élargir le champ d'activité des centres d'hygiène alimentaire. Il y a donc nécessité de reconsidérer leur définition, leur mission, leur place dans le dispositif départemental d'aide aux malades alcooliques et la composition de leur équipe.

**I La transformation des centres d'hygiène alimentaire en centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie**

La circulaire de 1975 mettait l'accent sur le dépistage et le rôle particulier du centre d'hygiène alimentaire en faveur du « buveur excessif », « les cas sévères d'alcoolisme » étant considérés comme des malades trop difficiles pour cette institution en raison des problèmes psychiques, somatiques et de réinsertion socioprofessionnelle. Pourtant, bon nombre de centres d'hygiène alimentaire assurent l'accompagnement du malade présentant un alcoolisme chronique sévère, sans forcément recourir à une hospitalisation. Les travaux menés au cours des dernières années montrent que, dans de nombreux cas, l'accompagnement ambu-

latoire peut être mené avec des résultats équivalents, voire supérieurs, à ceux d'une hospitalisation, dans des conditions peu onéreuses. Initialement conçu comme structures de « prévention de l'alcoolomanie », les centres d'hygiène alimentaire se sont transformés en structure de prévention et de soins. Quelques principes de la circulaire du 23 novembre 1970 doivent donc être modifiés :

tout en maintenant son activité de dépistage et de conseils d'hygiène alimentaire à ceux qui ont une consommation de boissons alcoolisées excessive ou risquant de le devenir, le centre d'hygiène alimentaire ne doit pas se limiter à cette seule action ;

l'équipe du centre d'hygiène alimentaire doit envisager son intervention comme thérapeutique, les soins étant prodigués le plus précocement possible. Toute personne ayant un problème d'alcoolisation, pour lui-même ou pour un proche, doit donc trouver au sein de cette structure une réponse adaptée à sa demande.

Cette transformation en institution de prévention et de soins rend moins nécessaire l'abord des consultants par « l'hygiène alimentaire ». À l'appellation de centre d'hygiène alimentaire, il est préférable maintenant de substituer le nom de centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Toutefois, les institutions qui le souhaiteront pourront s'appeler centre d'alcoologie, voire conserver pour un temps leur dénomination antérieure. Ces appellations de caractère administratif n'empêchent pas les gestionnaires de nommer les centres du terme « Centre » ou « Institut » suivi d'un nom propre.

**II Les missions du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie**

**A L'accompagnement du malade alcoolique**

Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie sont des structures d'accueil, de soins et de prévention ou est assuré le suivi ambulatoire de toute personne confrontée, de quelque manière que ce soit, à un problème d'alcoolisation, quel que soit le stade de cette alcoolisation.

Cet accompagnement est médical, relationnel et social :

**a Médical**

L'alcoolisation importante conduit

presque toujours à une intervention médicale, soit en raison des complications, soit par la nécessité d'évaluer l'évolution des symptômes cliniques et biologiques.

Si le centre doit pouvoir effectuer la plupart des interventions d'ordre médical, il n'est cependant pas conçu pour assumer certaines urgences qui nécessitent une hospitalisation.

**b** Relationnel

Le suivi du patient doit être assuré par des entretiens avec un ou plusieurs membres de l'équipe médico-sociale du centre, qui, pour certains cas, devra travailler en étroite coordination avec le secteur psychiatrique. L'accompagnement du patient, qui peut être de longue durée, peut s'adresser également à la cellule familiale très souvent perturbée. Il nécessite donc une bonne coordination des membres de l'équipe soignante qui doit prévoir dans son emploi du temps des réunions de synthèse.

**c** Social

On assiste souvent chez le malade alcoolique à une lente et progressive désinsertion du tissu social où se mêlent difficultés familiales et professionnelles. L'équipe pluridisciplinaire du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, par l'intermédiaire de ses travailleurs sociaux, peut aider à la resocialisation grâce à d'étroites coordinations avec les autres structures sociales de la cité.

**B** *Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. L'information, l'enseignement et la recherche*

**a** L'information

L'expérience et le savoir-faire de l'équipe en matière d'accompagnement du malade alcoolique font du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie une structure particulièrement opérationnelle pour des actions de prévention comme l'information ou l'éducation pour la santé.

Ces actions de prévention sont de deux types :

celles auprès du consultant qui n'est pas encore dépendant mais qui a « un problème d'alcool » ; il s'agit alors souvent d'information et de conseils d'hygiène alimentaire proprement dits pour lesquels la présence d'une diététicienne peut être utile ;

celles réalisées en milieu du travail, en milieu scolaire, universitaire ou hospitalier ; le centre doit jouer

un rôle moteur dans ces activités qui peuvent être dispensées par les organismes spécialisés départementaux (comité d'éducation pour la santé, comité de défense contre l'alcoolisme, mouvement d'anciens buveurs).

**b** La formation

Structure de prévention et de soins spécialisés, le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie peut accueillir et encadrer des personnels qui se préparent au travail dans un autre centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie ou aux carrières médico-sociales (travailleurs sociaux, psychologues, diététiciens, infirmiers, internes, médecins désirant acquérir une expérience de l'accompagnement du malade alcoolique, etc.). Lorsque la demande en est formulée par des centres de formation (écoles d'infirmières, de travailleurs sociaux, U.E.R. de médecine ou de psychologie, etc.), les membres de l'équipe peuvent participer à l'enseignement des étudiants. Le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie peut également participer à la formation des anciens malades (en collaboration avec les mouvements d'aide aux buveurs), à la formation médicale continue des personnels hospitaliers ou sociaux.

**c** La recherche

La recherche en alcoologie est insuffisamment développée et pêche par manque de données et absence de coordination. Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie représentent une source d'informations inexploitées. Vous veillerez à ce que les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie de votre région ou de votre département puissent procéder à une exploitation épidémiologique des données qu'ils recueillent, si possible en suivant un protocole commun. Les observatoires de santé pourraient y apporter utilement et efficacement leurs concours.

**III** **L'insertion des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et leur coordination avec les autres structures**

**A** *Le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, structure au sein de la cité*

Le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, pour être efficace, doit être facilement accessible et être en étroite relation avec les différents organismes ou établissements qui

concourent à la réinsertion du malade alcoolique (établissements hospitaliers spécialisés ou non, secteurs de santé mentale, services sociaux, justice, ANPE, mouvement d'aide aux buveurs, etc.). Il doit pouvoir assurer la coordination et le suivi des recours et démarches du malade alcoolique.

Le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie doit être inséré dans les lieux de vie de la cité ; son lieu d'implantation sera donc soigneusement choisi en fonction des réseaux de transport, des différentes ressources commerciales, culturelles, sociales, etc. Le local sera de préférence situé soit dans une habitation aménagée selon les besoins, soit au sein d'un centre de santé, d'un dispensaire ou d'un autres établissement de prévention ou de soins. Vous choisirez la formule qui correspond le mieux aux caractéristiques et besoins locaux.

La circulaire de 1975 a défini la configuration architecturale des centres d'hygiène alimentaire en précisant qu'ils devaient comporter « trois pièces et une salle d'attente de petite capacité » ; ces caractéristiques n'ont qu'un caractère indicatif et peuvent varier suivant les besoins : les seules exigences concernent l'existence d'un lieu d'accueil, d'une salle d'attente et des pièces permettant les entretiens individuels. De même, la grille horaire suivant laquelle s'échelonnent les activités du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie doit s'accorder à la disponibilité des consultants (ouverture au moins partiellement en dehors des heures habituelles de travail de la population desservie).

**B** *Les relations du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie*

L'accompagnement du malade alcoolique impose parfois de recourir à des institutions spécialisées où peuvent être pris en charge des problèmes particulièrement lourds (urgences chirurgicales, maladies mentales, etc.). Ces institutions, notamment psychiatriques, ne peuvent évidemment être le lieu unique de prise en charge du malade alcoolique, qui, généralement, tient à se démarquer des malades mentaux et tend à rejeter ce type d'institution. Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie doivent donc assurer le suivi des malades en collaboration active avec les institutions vers lesquelles ils les auront orientés, afin d'assurer la con-

tinuité de l'accompagnement thérapeutique.

#### 1 Relation avec les médecins libéraux

La collaboration des médecins libéraux aux activités du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie local est une nécessité car leur connaissance de la pratique quotidienne en fait des éléments indispensables de l'équipe technique, comme l'a prévu la circulaire de 1975.

Par ailleurs, il est essentiel pour l'avenir du malade que les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie entretiennent avec les praticiens libéraux des relations régulières à propos des patients suivis conjointement. Cette concertation permet au médecin de famille de mieux connaître l'évolution de la dépendance et les méthodes de prise en charge, et à l'équipe du centre de savoir quels éléments nouveaux interviennent dans la vie du patient. Elle se fera dans le respect du code de déontologie et du secret professionnel.

#### 2 Relation avec les secteurs psychiatriques

En raison des troubles psychiatriques qu'ils représentent, certains consultants ne peuvent être suivis par le centre et doivent être hospitalisés en milieu spécialisé. Il convient donc de souligner la nécessité des liaisons étroites qui doivent être établies entre les équipes médico-sociales des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et celles des secteurs psychiatriques. Ces relations sont d'autant plus importantes que le traitement de tels patients se poursuit bien souvent par une psychothérapie de soutien au long cours.

#### 3 Relation avec les établissements hospitaliers

Dans les établissements hospitaliers, la brièveté des séjours des malades, l'insuffisante disponibilité de temps des équipes médicales et soignantes, ainsi que leur absence fréquente de motivation et de formation spécifique, ne permettent pas, dans la majorité des cas, une bonne prise en charge du problème alcool des malades hospitalisés pour une complication de leur alcoolisation ou pour toute autre raison apparemment sans lien direct avec leur alcoolisation. Certains hôpitaux refusent même l'hospitalisation à des malades alcooliques qui ont besoin d'une courte hospitalisation pour débuter leur

sevrage.

Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, celle-ci devrait pourtant être un temps privilégié de sensibilisation et d'amorce efficace de l'accompagnement thérapeutique qui devra être poursuivi après l'hospitalisation. Ce constat nécessite :

- 3.1 Que dans chaque centre hospitalier, *quelques lits puissent être réservés à l'accueil des malades alcoolique pris en charge par un personnel motivé et compétent, existant ou à former en tant que de besoin, pour répondre aux exigences thérapeutiques précédemment évoquées, et que dans les établissements hospitaliers où cela est nécessaire, soit créée une véritable unité d'alcoologie.* Je vous rappelle les termes de la circulaire DGS/454/AS 2 du 28 mars 1978 relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux. Cette instruction permet d'organiser une prise en charge efficace des personnes hospitalisées présentant un problème lié à la consommation de l'alcool. Je vous demande d'organiser dans votre département la prise en charge dans les établissements hospitaliers, de ces personnes après avoir évalué les besoins à partir d'enquêtes épidémiologiques auxquelles vous associerez les différents intervenants en alcoologie. Vous m'informerez, avant le 1<sup>er</sup> octobre 1983, des résultats de ces travaux et des mesures que vous aurez prises en faveur des personnes hospitalisées présentant un problème d'alcoolisation, afin que je puisse procéder à la réalisation d'une brochure destinée aux professionnels et au grand public, brochure qui devra en particulier comprendre toutes les adresses des structures pouvant apporter des soins spécifiques à ces personnes.
- 3.2 Que des membres de l'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie participent effectivement à la prise en charge des malades alcooliques lors de leur hospitalisation dans les différents services afin de mieux pouvoir amorcer l'accompagnement thérapeutique qui doit être pratiqué à la sortie de l'hôpital.

Le souci d'une bonne prise en charge des personnes hospitalisées a conduit dans certains départements à la création de centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie au sein d'établissements hospitaliers. Si cette so-

lution a parfois donné des résultats exemplaires, elle n'a pas, dans de nombreux cas, eu l'efficacité espérée car les personnels ont parfois été utilisés pour d'autres tâches et l'implantation de l'hôpital, souvent excentrée, n'a pas permis le recrutement souhaité. Je vous demande de ne concevoir de tels centres que si l'importance de l'établissement le justifie, si une équipe distincte du personnel des services y est affectée et que si leur situation géographique leur assure une bonne implantation au sein de la cité avec une grande facilité d'accès.

#### 4 Relations avec les organismes sociaux

Elles sont essentielles pour les raisons précédemment évoquées et l'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie comportera une personne chargée plus particulièrement des relations avec différents organismes tels que services d'aide sociale, ANPE, services médicaux du travail, etc.

Les malades désocialisés, momentanément ou non, ont besoin souvent d'un hébergement de « dépannage ». C'est la raison pour laquelle, en dehors de l'hôpital, il sera parfois utile de créer un petit centre d'hébergement temporaire au sein de la cité, où l'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie assurera la continuité de la prise en charge des malades.

#### 5 Relation avec les mouvements d'aide aux buveurs.

Certains centres se sont attachés la coopération de mouvements d'aide aux buveurs en leur demandant d'assurer bénévolement dans les locaux du centre une permanence de quelques heures par semaine. La complémentarité des actions de ces mouvements par rapport à celles du centre peut être une aide précieuse pour certains consultants. Lorsque cela sera possible, vous veillerez à ce que cette coopération puisse devenir effective tout en précisant bien le cadre dans lequel elle s'inscrit, notamment en ce qui concerne la liberté de choix des malades.

La bonne insertion des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie au sein de la cité et les liens qu'ils créeront avec tous les établissements sanitaires et sociaux doivent les conduire à devenir des structures de base



et des lieux de référence en alcoologie.

**IV L'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, pluridisciplinaire et compétente en alcoologie**

**A Pluridisciplinaire**

La variété des champs d'activité (sanitaire, social, culturel, etc.) du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie implique un pluralisme des intervenants.

Les indications concernant le personnel, prévues par la circulaire DGS/2266

MS1 du 31 juillet 1975, restent valables.

Toutefois, j'appelle expressément votre attention sur le fait qu'il est particulièrement souhaitable, en vue d'assurer une véritable permanence de l'activité, de pourvoir les centres en personnels employés à plein temps.

Chaque agent à plein temps peut être remplacé par deux agents à mi-temps, l'essentiel étant de réaliser la continuité dans l'ouverture du centre.

Cette équipe minima, qui permet le début des activités, doit pouvoir s'étoffer progressivement en fonction de l'accroissement de la demande et de l'élargissement de son spectre d'activités, mais le nombre de ses membres doit rester limité.

L'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie doit être pluridisciplinaire, regroupant des personnes pouvant avoir des formations professionnelles variées (parmi lesquelles peuvent notamment être citées celle d'éducateur, de psychologue, de diététicien, de conseiller conjugal, etc.) ou ayant une expérience personnelle (anciens buveurs, visiteur social).

**B La formation du personnel**

Le suivi du malade alcoolique se fonde sur une relation thérapeutique où se mettent en jeu la personnalité du patient et celle du soignant. Chaque cas pose un problème spécifique et nouveau auquel doit faire face le thérapeute. Cela implique l'institution de contrôles thérapeutiques réalisés au cours de séances de synthèses, de confrontations périodiques avec d'autres institutions ou équipes ou encore d'apprentissage de techniques nouvelles. Par ailleurs, il est souhaitable que le personnel ait une formation initiale en, alcoologie dont

il sera tenu compte pour le recrutement et poursuive son perfectionnement en cours de carrière en bénéficiant d'une formation continue.

**V Le cadre administratif**

**A Gestion des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.**

La circulaire du 31 juillet 1975 a mis l'accent sur les centres gérés par une association, mais on trouve aussi aujourd'hui des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie communaux ou départementaux. La gestion associative n'est donc plus la seule à retenir. Si celle-ci est choisie lors de la création d'un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, il est très souhaitable que l'association de gestion soit une association ayant la personnalité morale, enregistrée dans le département où est implanté le centre et regroupant au sein de son conseil d'administration un ensemble de personnes participant le plus largement et le plus complètement possible à la vie de la collectivité (élus locaux, professionnels sociaux ou de la santé, magistrats, etc.)

**B Situation des professionnels des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie**

Afin de normaliser les situations et de permettre un fonctionnement efficace des centres, vous voudrez bien suivre les indications suivantes :

**Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie à gestion publique**

Lorsque les besoins justifieront la présence d'un médecin à temps plein ou à temps partiel dans le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, vous pourrez chercher à obtenir le détachement d'un praticien hospitalier compétent en alcoologie. Une convention sera alors passée par le centre hospitalier pour permettre la prise en charge par le département des charges salariales correspondantes.

**Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie à gestion privée.**

Les actions de prévention et de soins réalisées par des organismes privés sont financées au titre des dépenses obligatoires et donner lieu à l'établissement de conventions. Il m'est apparu que dans certains cas les coûts afférents aux centres conventionnés dépassent les frais de fonctionnement actuellement observés pour

les centres publics. Aussi, je vous demande de veiller à ce que toute nouvelle convention passée avec un organisme se rapproche le plus possible du coût de fonctionnement des centres à gestion publique, notamment en ce qui concerne les frais de personnels.

L'alcoolisme peut être considéré comme la troisième cause de morbidité et de mortalité en France et représente une charge importante pour les régimes de sécurité sociale. C'est dire l'intérêt qui s'attache aux structures de prévention et de soins comme les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

Je vous demande donc de veiller tout particulièrement à l'application de ces instructions et de les diffuser auprès de tous les intervenants concernés et notamment auprès des médecins inspecteurs de la santé de votre département.

Vous m'adresserez, au cours du dernier trimestre 1983, un rapport synthétique sur les besoins identifiés dans votre département et sur les dispositifs mis en place. Ces rapports feront l'objet d'une étude nationale qui vous sera diffusée par la suite.

Le ministre de la santé  
Jack Ralite



# Mouvements associatifs

## Adresses utiles

### Associations nationales d'anciens malades alcooliques

#### Alcooliques anonymes

21, rue Trouseau  
75011 Paris  
tél. (1) 48 06 43 68

#### Al anon

Inter groupe Paris : 43 48 31 12  
4, rue Fléchier  
75009 Paris  
tél. 42 81 97 05

#### Croix Bleue

47, rue de Clichy  
75009 Paris  
tél. (1) 48 74 85 22 ou 42 85 30 74

#### Croix d'Or

10, rue des Messageries  
75010 Paris  
tél. (1) 47 70 34 18

#### Fédération Nationale Joie et Santé

35, rue Ampère  
94400 Vitry-sur-Seine  
tél. (1) 46 81 43 29

#### Fédération nationale santé abstinence amitié, Les Amis de la santé

6, rue de Breuschwickersheim  
67117 Ittenheim  
tél. (16) 88 69 12 46

#### Les Bons Templiers

7, rue Major Martin (1<sup>er</sup> ét., Salle 7)  
69001 Lyon  
tél. (16) 78 69 14 92 (de 13 à 14h)

#### Vie Libre

8, impasse Dumur  
92110 Clichy  
tél. (1) 47 39 40 80

### Fédération française interprofessionnelle pour le traitement et la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (FITPAT)

22, rue de Chabrol  
75010 Paris  
tél. (1) 44 79 05 63  
*La FITPAT regroupe des associations agissant  
en milieu professionnel :*

#### Amitié Communautaires et Municipaux (ACM)

1, rue Adélaïde Perrin  
69002 Lyon  
tél. (16) 78 37 40 47

#### Amitié EDF-GDF

17, rue Pasquier  
75008 Paris  
tél. (1) 40 08 74 09 ou 40 08 74 81

#### Amitié Entraide Air France

Direction de la maintenance, Orly Sud 124  
94396 Orly Aéroports cedex  
tél. (1) 46 75 81 83 ou 46 75 59 76

#### Amitié Municipale Prévention Travail Alcool du Pays de Lorient (AMPTA)

Cité Allende, rue Colbert, BP 12  
56100 Lorient  
tél. (16) 97 64 64 61

#### Amitié Peugeot Talbot Poissy (APTP)

Groupe PSA, Usine Talbot  
45, rue Jean-Pierre Timbaud  
78307 Poissy cedex  
tél. (1) 39 71 33 91

#### Amitié Peugeot Vesoul (APV)

Groupe PSA, 24, rue d'Echenoz  
70000 Vesoul  
tél. (16) 84 96 40 40 - bip - 4767  
Amitié Police Entraide Liaison

#### ANAS - Réseau APEL

(Police Nationale et CRS)  
Château du Courbat  
37460 Le Liège  
tél. (16) 47 91 22 22

#### Amitié Présence RATP

Centre J. Leroy, 7 rue d'Alésia  
75014 Paris  
tél. (1) 45 89 11 56

#### Amitié PTT

206, rue du Faubourg St-Honoré  
75008 Paris  
tél. (1) 42 25 20 40

#### CETACE

CHR, 1, rue de la Porte Madeleine  
45000 Orléans  
tél. (16) 38 74 47 15

#### Espérance et Amitié (ESPAM)

Renault Flins, Usine P. Lefauchaux  
BP 3  
78410 Aubergenville  
tél. (1) 30 91 73 18

#### GRAAL

Institut géographique national (IGN)  
2, avenue Pasteur  
94160 Saint-Mandé  
tél. (1) 43 98 80 00 poste 7308

#### La Santé de la Famille - SNCF

1, impasse d'Amsterdam  
75008 Paris  
tél. (1) 48 74 34 41

#### Objectif Sobriété des Municipaux Stéphanois (OSMS)

28, rue Polignais  
42000 Saint-Etienne  
tél. (16) 77 37 97 80

#### Renault Vie Nouvelle

RNUR - DPR  
BP 6  
95611 Cergy Pontoise cedex

#### Santé Amitié Equipement du Doubs (SAED)

DDE, 82, rue de Mathey  
25700 Valentigney  
tél. (16) 81 35 67 57 (M. J. Guillaume)

#### Servair Sobriété Amitié

15, rue des Vignes  
95707 Roissy-en-France  
tél. (1) 48 62 18 50 (Infirmerie)

#### Solidarité SIBF

Ets Bertrand Faure, rue de Tabago  
44460 Saint-Nicolas-de-Redon  
tél. (16) 99 71 03 14

#### Vie Nouvelle (VNV)

DDE Phares et Balises  
8, rue du Commerce  
56019 Vannes  
tél. (16) 97 64 11 36 ou 97 21 90 38

## Bibliographie sommaire

Consultants des CHAA, qui êtes-vous ?, Résultats de l'enquête évaluative 1991 portant sur les nouveaux consultants des CHAA gérés par l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme.

Rapport TEN portant sur l'évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, 1993.

Alcoologie, Professeur Dominique Barrucand, Riom Laboratoires-CERM, 1988.

Comprendre et traiter les alcooliques, J.-C. Archambault, éditions Frison-Roche, 1992.

Le Buveur du XIX<sup>e</sup> siècle, Didier Nourrisson, éditions Albin Michel, 1990.

Adresses utiles, Haut Comité de la santé publique.

Glossaire d'alcoologie, Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme.

Les indicateurs d'alcoolisation 1992, la consommation, la mortalité, Haut Comité de la santé publique, 1993.

Sociabilité et exclusion. Le paradoxe de l'alcoolique, Maryline Contini, prix Michel Fontan 1992, HCSP.

Pour toute adresse ou  
renseignement complémentaire,  
pensez à consulter le minitel

**3 6 1 4 A L C O I N F O**

Service minitel du HCSP

**3 6 1 5 A N P A**

Service minitel de l'ANPA

## Adresses utiles

**Ministère des Affaires  
sociales, de la santé et  
de la ville**

1, place de Fontenoy  
75350 PARIS 07  
tél. 46 62 40 00

**Haut Comité  
de la  
santé publique**

2, rue Auguste Comte  
92170 VANVES  
tél. 46 62 42 80  
télécopie 46 62 42 55

**Association nationale de  
prévention de l'alcoolisme**

20, rue Saint-Fiacre  
75002 PARIS  
tél. 42 33 51 04  
télécopie 45 08 17 02

**Société française d'alcoologie**

16, rue Picot  
75016 PARIS

**Comité français  
d'éducation pour la santé**

2, rue Auguste Comte  
92170 VANVES  
tél. 46 45 45 00

**Marie Mauffret** a rédigé ce dossier avec l'aide de Ségolène Chappellon, Philippe Ferrero l'a mis en forme. Merci à Maurice Bazot, Didier Playoust, Jean Buisson et Jean-Louis Balmes pour leur tribune.