

Ampleur des besoins et complémentarité des intervenants

Le 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