

L'alcoologie clinique

une discipline et une pratique

Derrière 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