

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

Depuis 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^e 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.