



Les personnes en difficulté avec l'alcool

Usage, usage nocif, dépendance

Les problèmes liés à la consommation d'alcool sont largement sous-estimés. Le rapport présenté ici dresse un bilan de la situation et émet des propositions pour améliorer les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool.

Michel Reynaud
Professeur, chef du service Psychiatrie d'adultes, CHU de Clermont-Ferrand, co-rapporteur du rapport sur les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions

Le rapport « Les personnes en difficulté avec l'alcool » est le fruit d'une mission confiée aux professeurs Reynaud et Parquet par le directeur général de la Santé et le directeur des Hôpitaux. Remis à Bernard Kouchner fin 1998, il constitue une critique forte et étayée de la réponse sanitaire de notre pays aux problèmes liés à l'alcool. Ce rapport a participé à la prise de conscience de la gravité du problème et surtout de la faiblesse des politiques menées en ce domaine depuis de nombreuses années.

La mission s'est appuyée sur un noyau permanent d'experts et a entendu, pendant près d'un an, plus d'une centaine de spécialistes du champ provenant de toutes les origines socioprofessionnelles et de toutes les structures concernées. Il est possible d'essayer de synthétiser ce rapport en s'appuyant sur trois axes de réflexions :

- La nécessité d'une conceptualisation claire des conduites de consommation ;
- Les raisons sociologiques qui empêchent le repérage et le traitement des troubles liés à l'alcool ;
- L'évaluation du peu de cohérence et d'efficacité du dispositif de soins.

À partir de ces constatations et en s'appuyant sur des expériences positives déjà existantes, les auteurs

ont pu émettre dix groupes de propositions destinées à améliorer et à valoriser les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool en France.

La nécessité d'une conceptualisation claire des conduites de consommation

Les concepts d'usage, d'usage nocif et de dépendance représentent un ensemble de bases solides, que l'ensemble des acteurs peut s'approprier aisément. Il convient, en effet, de distinguer, en accord avec les grandes instances scientifiques internationales :

- l'usage individuellement et socialement réglé ;
- l'usage nocif unissant un comportement de consommation et les dommages biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et culturels induits ;
- la dépendance.

Les comportements de dépendance et d'usage nocif (Cim 10 ou « abus » DSM IV) sont les deux catégories les plus validées, leurs critères de définition font l'objet d'un vaste consensus international.

L'abus d'alcool peut-être défini comme un mode d'utilisation inadéquat de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative.

De multiples raisons sociologiques et économiques, tendent à occulter l'abus d'alcool derrière la consommation habituelle, dite « normale ». L'abus d'alcool se caractérise par des dommages et des souffrances liés à une consommation



répétée (sans qu'il y ait encore de dépendance). Mais tout se conjugue pour confondre cette consommation pathologique avec la consommation habituelle ou festive de la population française. Le retard au diagnostic, aggravé par l'absence de connaissances des stratégies thérapeutiques dans cette phase des conduites d'alcoolisation, permet l'installation ultérieure d'une véritable alcoolodépendance ou, plus précocement, l'apparition des conséquences familiales et sociales souvent dramatiques de l'abus d'alcool, en y incluant, évidemment, une part importante de l'accidentalité routière et des violences.

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet. À ce stade le diagnostic ne pose en général pas de problèmes, s'appuyant sur la tolérance, les symptômes de sevrage et la place prise par l'alcool dans la vie du patient.

Les représentations de la consommation

L'alcool ayant un poids culturel et économique très important, des raisons sociologiques extrêmement fortes empêchent le repérage et le traitement des troubles liés à l'alcool.

En contrepoint des représentations très positives de la consommation d'alcool, il existe une représentation négative caricaturale, l'« alcoolisme », identifiée à l'alcoolodépendance. Mais il n'existe pas de représentations sociales des phases intermédiaires de la consommation nocive.

Quatre modèles positifs de consommation peuvent être distingués dans les textes littéraires, religieux ou médicaux :

- La consommation « alimentaire » et bénéfique (essentiellement de vin ou de bière) comme complément du repas. Un bon repas « bien arrosé » en France comporte vin et viande de façon obligatoire, surtout s'il y a un homme à table. La consommation de vin est donc aussi une manière de marquer un certain mode de vie reconnu comme « national ». Cette consommation de vin « alimentaire » est favorisée par certaines publications médicales qui prescrivent la mesure dans la consommation.

- La consommation d'alcool comme symbole de sociabilité. En règle générale, la consommation de boissons sera d'autant plus alcoolisée que l'occasion est socialement investie. Lors de grands événements sociaux positifs ou négatifs, contrats, alliances, changements de vie, de métier, même les plus tempérants s'autoriseront une consommation d'alcool, comme s'il y avait une sorte de nécessité sociologique au boire alcoolisé.

- La consommation d'alcool comme symbole de fête. Depuis les Grecs, le vin évoque la joie, la vie, le sang, le bien-être, la chaleur, la puissance virile, il inspire toute poésie et toute œuvre lyrique. Cette symbolique s'est étendue au cours des siècles aux autres boissons alcooliques. Les vertus notamment anxiolytiques et désinhibitrices accordées à l'alcool font qu'on lui confère un rôle majeur dans la réussite d'une fête, en particulier les jeunes.

- La consommation d'alcool comme marqueur culturel. La connaissance œnologique fait partie du bagage culturel des élites françaises depuis au moins le XIX^e siècle.

À l'opposé de toutes ces représentations positives, il existe une représentation franchement négative : l'alcoolisme. Le boire pathologique, opposé au boire festif ou au boire esthétique, serait un échec du savoir boire, caractérisé par des troubles du comportement, des pathologies psychologiques et somatiques, un retentissement social négatif, une alcoolodépendance, une mortalité élevée. Ce boire pathologique serait dommageable pour la personne, pour son entourage, pour la société. Il entraîne des dépenses médico-sociales élevées, des désordres sociaux importants notamment des comportements délictueux voire criminels. Il s'illustre par les stéréotypes de l'alcoolisme : l'ivrogne, la femme alcoolique, la clochardisation... Le paradoxe de l'ivresse en est la meilleure illustration : valorisée en cas de fête, elle a une représentation uniquement négative chez l'ivrogne.

L'abus d'alcool bénéficie d'une absence de représentation de la consommation identifiée comme nocive : l'alcool (vin, champagne, cognac...) est pour la France un marqueur identitaire, symbole de l'identité française dans ce qu'elle a de plus positif : la gaieté, la paillardise, le bien vivre, la qualité de vie... Tous les symboles positifs précédemment décrits recouvrent

de leur grande ombre l'apparition progressive des difficultés liées à la consommation d'alcool, et ne permettent à notre société que de se représenter l'alcoolodépendance et ses complications : il n'y a aucune représentation de la progressivité des consommations nocives. On passe sans transition de la consommation très « positive », extrêmement valorisée socialement, à « l'alcoolisme » de l'ivrogne. Toute la longue phase des consommations à risque et de l'abus d'alcool est un « trou noir sociologique ».

Il faut enfin rappeler que la grande majorité des Français ne bénéficient que des éléments positifs de la consommation d'alcool, ce qui rend d'autant plus difficile la conduite d'une politique publique de lutte contre l'alcoolisme et surtout contre l'abus d'alcool.

L'évaluation du dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool

On peut schématiquement énoncer que ce dispositif de soins est, dans l'ensemble, peu efficace.

Il ne s'agit évidemment pas là de stigmatiser tel ou tel acteur des soins. Mais bien au contraire, de faire percevoir que l'efficacité insuffisante du dispositif général de soins n'est que la traduction du peu d'intérêt porté, au plan national, aux problèmes liés à l'alcool. L'insuffisance du dispositif, son inorganisation, son peu d'efficacité sont liés au déni social de la gravité du problème et au peu d'intérêt des décideurs et non aux carences des praticiens.

L'organisation des soins aux personnes en difficulté avec l'alcool se caractérise principalement par son incohérence. Cette incohérence est liée à l'absence de politique clairement définie, au refus ou à l'impossibilité de repérer et donc de traiter les consommations nocives, et au peu d'intérêt et de valorisation portés aux soins aux alcooliques (les soins aux alcooliques s'identifient à l'abstinence, position culturellement peu valorisée, alors que, pour une immense majorité des gens, l'alcool a une valeur essentiellement positive).

« L'alcoolisme » a été considéré comme un fléau social, ce qui en a fait une compétence d'État. Cette conception hygiéniste (« lutte contre un fléau ») s'est associée à un fonctionnement militant, « antialcoolique ». Paradoxalement « la lutte contre l'alcoolisme »

et la prise en charge des alcooliques ont été essentiellement déléguées à des structures associatives (les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie devenus centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), l'ANPA). Par voie de conséquence le dispositif général de soins a pu se sentir déchargé de ce problème ; l'État ne lui ayant pas fixé clairement cet objectif. Toutefois, les CHAA ont été reconnus en tant que structures médico-sociales intégrées le 29 décembre 1998 à la loi du 30 juin 1975. Il s'agit là d'un premier pas, symbolique et important certes, mais qui ne s'est pas, pour le moment, accompagné d'une augmentation des moyens.

La conception, ancienne mais commode, de l'alcoolisme identifié à la dépendance et aux complications, imprègne toute l'organisation du dispositif de soins. Cette conception empêche de se représenter et de traiter toutes les consommations nocives et les buveurs à problèmes. Elle ne permet pas, non plus, de mener des actions d'information et de prévention sur les usagers à risque.

Toute la période avant l'installation de la dépendance, qui s'étale sur une quinzaine d'années, durant laquelle survient et s'aggrave l'essentiel des complications familiales, sociales et psychologiques, et éventuellement les accidents, traumatismes et violences, n'est donc pas prise en compte par le système de soins.

De façon schématique, on peut dire qu'il existe :

- une alcoologie explicite qui est organisée sous la forme d'un dispositif spécialisé avec un budget spécifique, essentiellement représenté par les CCAA et les centres de post-cure (CPC), dédiés à l'alcoologie, totalement insuffisants, servant d'alibi à l'État et à notre société. Ce dispositif spécialisé est précaire, insuffisamment doté, peu valorisé, tant sur le plan médiatique que par les responsables politiques nationaux, régionaux ou départementaux. Il est totalement insuffisant pour faire face à l'importance et à la gravité du problème : les CCAA soignent 88 000 personnes par an, soit 2 à 4 % des personnes en difficulté avec l'alcool ;
- une alcoologie implicite infiniment plus importante, puisque l'immense majorité des personnes en difficulté avec l'alcool s'adresse au système sanitaire général. Il s'agit là essentiellement des médecins généralistes, des médecins traitants et des

hôpitaux, tant au niveau des urgences que des différents services, spécialisés ou non.

Schématiquement : les personnes en difficulté avec l'alcool représentent 20 % des personnes hospitalisées ou consultantes, chez lesquelles 7 % ont des pathologies directement liées à l'alcool et 13 % ont l'alcool comme facteur de risque des pathologies présentées.

L'organisation choisie, qui a consisté à attribuer la lutte contre l'alcoolisme à un dispositif totalement insuffisant, tout en assimilant les problèmes d'alcool à l'alcoolodépendance, à ses complications et à son traitement a entraîné de fait un désintérêt de la plupart des acteurs de premier rang, ceux qui soignent plus de 95 % des personnes en difficulté avec l'alcool.

Ces acteurs, en général, se sentent et sont peu compétents. Ils ont en effet eu une formation insuffisante et peu pragmatique qui, dans la majorité des cas, n'insiste que très peu sur le problème essentiel : le diagnostic et le traitement de l'abus d'alcool. Rappelons que l'efficacité insuffisante du dispositif de soins n'est que la traduction du peu d'intérêt porté au plan national, aux problèmes liés à l'alcool.

Dans ces conditions, les acteurs non spécifiques (qui voient, rappelons-le encore, plus de 95 % des personnes en difficulté avec l'alcool) se limitent à traiter les complications somatiques ou psychiatriques de l'alcoolodépendance et ne savent pas organiser un véritable projet de soins alcoologiques efficace, poursuivi et évalué. L'argent utilisé pour soigner les alcooliques dans le dispositif général de soins est ainsi dépensé de façon très peu efficace, puisqu'il ne permet pas, à l'heure actuelle, de traiter les conduites d'alcoolisation.

On comprend alors que :

- la moitié des personnes en difficulté avec l'alcool ne soit diagnostiquée ni à l'hôpital (enquête Yvelines) ni en pratique libérale (Huas et al.) ;
- les ivresses aux urgences ne donnent pas lieu, dans leur immense majorité, à un programme de soins, et ne sont pas reconnues comme pathologiques, mais comme un trouble de l'ordre social ;
- les sevrages sont effectués dans tous les services sans donner lieu là encore à une prise en charge alcoologique spécifique et à un suivi au long cours ;
- les unités de soins spécifiques en al-

coologie, les hôpitaux de jour, et les équipes d'alcoologie de liaison sont en nombre infime, et peuvent disparaître lors du départ du chef de service du fait de leur absence d'inscription administrative ;

- l'outil d'attribution des moyens hospitaliers, le PMSI, ne permet pas de prendre en compte les activités de soins alcoologiques ;

- l'absence de système d'information stable participe au déni général de la gravité du problème. C'est sûrement un des points sur lesquels il faudrait agir en priorité si l'on décide de mobiliser la population.

En résumé, tel qu'il est organisé, le système ne permet pas, d'une part, le diagnostic de l'abus d'alcool, qui est pourtant la phase où les risques familiaux et sociaux sont majeurs et où l'intervention a le plus de chance d'être efficace, et, d'autre part, ne soigne que très imparfaitement les sujets alcoolodépendants, en prenant en charge essentiellement les complications, car n'ayant pas les compétences pour le traitement spécifique des conduites d'alcoolisation.

Nous reprendrons, en guise de conclusion, quelques lignes de la préface de Bernard Kouchner : « on le voit, de nombreux sujets de réflexion vont bientôt se poser à l'hôpital et aux établissements de soins en général. C'est l'un des mérites de ce rapport : il ouvre de multiples pistes de débats et d'actions utiles à tous les intervenants. Les agences régionales de l'hospitalisation, les services déconcentrés du ministère de l'Emploi et de la Solidarité accompagneront ce mouvement dans le cadre de programmes régionaux de santé pour mieux mettre en pratique les politiques ainsi définies. L'abus d'alcool est un véritable problème de santé publique. Il nous appartient d'y apporter des réponses pragmatiques et adaptées à nos modes de vie. » ■