



OBSERVATOIRE  
FRANÇAIS DES  
DROGUES ET DES  
TOXICOMANIES

# **Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions**

**Analyse sociologique du fonctionnement  
de quatre dispositifs départementaux de prévention  
des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge  
des personnes en difficulté avec l'alcool**

**Henri BERGERON**

CAFI

Centre d'Analyse, de Formation, de Formation et d'Intervention

BP 49-07 – 75325 PARIS Cedex

Dispositifs spécialisés « alcool »  
et « toxicomanie », santé publique  
et  
nouvelle politique publique des addictions

Analyse sociologique du fonctionnement de quatre dispositifs  
départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation  
et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool

Henri BERGERON

Centre de Sociologie des Organisations – CNRS

Février 2001



# Tables de matières

Remerciements .....	1
Introduction .....	3
1. Contexte et objectifs de l'étude .....	3
1.1. Objectifs principaux .....	3
1.2. Objectifs spécifiques.....	5
2. Méthodologie de l'enquête .....	7
2.1. Choix des terrains départementaux .....	7
2.2. La logique de constitution des échantillons des acteurs interviewés .....	9
Partie I : Contextualisation socio-historique de la politique publique française de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool .....	13
Chapitre I : Quelques repères historiques sur la constitution du champ français de l'alcoologie.....	13
1. Naissance de l'alcoologie française .....	13
2. Le développement institutionnel d'un champ autonome : la « dépsychiatriation » des soins et la polarisation curative des dispositifs spécialisés .....	16
Chapitre II : La nouvelle politique française des addictions et des pratiques addictives .....	18
1. Naissance française de l'addictologie .....	18
2. La neurobiologie comme étalon scientifique d'une politique publique .....	22
3. Nouvelles définitions, nouvelles cibles, nouvelle politique de santé publique .....	28
Partie II : Pratiques professionnelles, engagements thérapeutiques et recherche des patients à traiter .....	31
Chapitre I : Les deux formes d'une intervention principalement curative .....	31
1. Un dispositif centré sur la maladie, favorisant l'action curative de l'intervention sanitaire.....	31
2. Etape ou suivi ou long cours : les deux modes de l'intervention curative .....	35
Chapitre II : A la recherche de certains patients .....	40
1. La définition subjective du « bon patient » à traiter .....	42
2. Des pratiques sélectives.....	45
3. Des partenaires associés de la prise en charge relativement sélectifs.....	49
4. Deux outils de gestion des flux de patients : l'externalisation des « mauvais » patients sur certains partenaires et la formation des fournisseurs potentiels .....	53
Partie III : Coopération, conflit et positionnement de l'institution.....	59
Chapitre I : Les relations entre institutions spécialisées (UA et CCAA) et les autres partenaires de la prise en charge.....	59
1. Les fournisseurs : sélection ou envoi indifférencié.....	59
2. Les partenaires associés de la prise en charge .....	65

Chapitre II : Les relations au sein du dispositif spécialisé.....	78
1. UA et CCAA : le bon appariement.....	78
2. Situations de conflit ou des positionnements thérapeutiques trop proches .....	82
Partie IV : Santé publique et rapprochement des dispositifs spécialisés .....	85
Chapitre I : Vers une nouvelle politique de santé publique : le cas de la prévention .....	85
Chapitre II : Le rapprochement des deux dispositifs.....	92
1. Des univers professionnels aux cultures contrastées et les logiques de champs .....	94
2. Le problème des populations accueillies et des compétences nécessaires.....	99
3. L'hôpital : au cœur du rapprochement des deux dispositifs ?.....	103
Conclusion .....	107
Bibliographie .....	111
Annexes .....	117
1. Liste des abréviations et des sigles .....	117
2. Guides d'entretien .....	119
2.1. Guide d'entretien « Thérapeutique ».....	119
2.2. Guide d'entretien « Financement » .....	121
2.3. Guide d'entretien « Prévention » .....	122
2.4. Quelques questions plus spécifiques suivant le type d'acteur interviewé.....	124

## REMERCIEMENTS

Nous tenons d'abord à remercier la MILDT et l'OFDT qui ont soutenu, de bien des manières, ce travail de recherche.

Nous voudrions également remercier l'ensemble des professionnels qui pourtant surchargés de travail, ont accepté de répondre, des heures durant parfois, à nos nombreuses questions.

Il s'agit aussi ici de rendre grâce aux étudiants de l'IEP Paris qui ont su mener habilement et avec sérieux les interviews sur les quatre départements retenus, et produire les monographies qui ont servi de base à ce document.

Personnellement, je tiens à remercier Patricia Loncle pour son aide matérielle, psychologique, et intellectuelle ; Michel Devigne, pour le soutien logistique qu'il n'a jamais hésité à m'accorder ; les cinq tuteurs concernés par la phase de terrain : Isabelle Hemery-Bourgeois, François Dedieu, Valérie Lozach, Florence Brunet et François-Mathieu Poupeau. Mes remerciements s'adressent enfin à Thierry Tirbois pour ses lectures critiques et son professionnalisme.



# INTRODUCTION

## 1. Contexte et objectifs de l'étude

### 1.1. Objectifs principaux

Comme nous le soulignons dans le document présentant le projet de recherche ainsi que dans le rapport d'étape que nous avons transmis à l'OFDT en juin 2000, l'objectif principal de cette étude consistait à apporter des éléments de connaissance concernant le fonctionnement actuel de quatre dispositifs départementaux spécialisés de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Il ne s'agissait en aucun cas d'une étude d'évaluation cherchant à statuer sur l'efficacité de tel ou tel dispositif ou de telle ou telle prise en charge thérapeutique – nous n'en avons guère les compétences. On ne trouvera donc pas non plus, dans ce document, de propositions ou de recommandations.

Le cœur de ce travail portait sur l'activité locale des Centres de consultation ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des Unités d'alcoologie (UA) situées en milieu hospitalier : il s'agissait de rendre compte des représentations professionnelles concernant les problèmes liés à l'alcool et l'alcoolisation forgées par les spécialistes sur le terrain, de leurs modes de fonctionnement, de leurs pratiques de travail, des rationalités et des logiques d'action qui sous-tendent leur activité, des relations qu'ils nouent avec leurs partenaires pertinents, des réseaux dans lesquels ils s'insèrent ou qu'ils évitent, des alliances et des conflits qui parcourent le champ de l'alcoologie. À cette fin principale, cette étude prévoyait dans un premier temps la réalisation de quatre monographies départementales, censées resituer les activités spécialisées dans la singularité de leur contexte local. Dans un deuxième temps, sur la base des résultats pointés par ces quatre monographies, devait s'élaborer une réflexion plus synthétique sur les convergences et les régularités de fonctionnement qui se dégagent au-delà des nécessaires particularismes des activités locales étudiées. Devait être ainsi modélisé le fonctionnement typique des « dispositifs alcool »<sup>1</sup>. C'est à ce deuxième objectif que se consacre ce document. Et il ressort ainsi de nos quatre monographies :

1. Que les dispositifs spécialisés (CCAA et UA) sont (à l'époque), pour une grande majorité d'entre eux, polarisés sur le versant curatif de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool : comme l'ont déjà souligné bien des analyses portant sur ce champ (Thiry-Bour, 1996 ; Parquet et Reynaud, 1999, notamment), dans la plupart des structures visitées,

---

<sup>1</sup> Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que la typification et la modélisation en sociologie s'obtiennent par un travail de réduction analytique, laquelle réduction ne peut rendre grâce – c'est un truisme – à la complexité du réel. Il faut ajouter, pour être précis, qu'il s'agit ici non de présenter une modélisation au sens fort du terme, mais un essai de formalisation du fonctionnement typique des institutions étudiées.



le traitement curatif de l'alcoolodépendance avérée est la principale activité non seulement réalisée mais surtout professionnellement valorisée.

2. Qu'en conséquence (nous argumenterons sur ce lien de causalité plus tard), les institutions spécialisées, au-delà de leurs spécificités théoriques, thérapeutiques et institutionnelles, tendent et cherchent typiquement (et à l'époque) à retenir dans l'espace clinique des populations d'alcoolodépendants présentant trois caractéristiques principales mais relatives : motivation certaine à l'abstinence (et donc population bien avancée dans la trajectoire de consommation, et plus précisément dans celle de l'alcoolodépendance), relative insertion sociale et faible comorbidité psychiatrique.
3. Que dans le cadre de ces objectifs curatifs, il existe (à l'époque) deux formes typiques d'engagement dans le traitement de l'alcoolodépendance<sup>2</sup> : soit l'institution spécialisée conçoit son intervention comme ponctuelle, c'est-à-dire limitée dans le temps à une étape spécifique de la chaîne thérapeutique (accueil, sevrage, postcure, réadaptation, etc.). Elle a dans ces conditions nécessité d'articuler son activité à celle d'un réseau susceptible non seulement de l'approvisionner en « bons patients » mais également de prendre le relais une fois l'étape menée à terme ; soit l'institution spécialisée considère devoir assurer, autant que faire se peut, le suivi du patient tout au long de sa trajectoire thérapeutique (on notera avec attention que ce suivi curatif s'étale dans l'ensemble sur une période plus courte que celui typiquement réalisé dans le champ de la toxicomanie) ; l'institution spécialisée (CCAA ou UA) doit dans une telle perspective constituer un réseau de partenaires, si elle ne possède pas en son sein la prestation thérapeutique ou sociale nécessaire, qui lui assure le retour du patient ; une telle institution sera dite captante dans les pages qui vont suivre ;

Une fois restitués ces trois constats principaux, il fut possible de relire la diversité des situations locales rencontrées comme autant de variations autour de ces thèmes communs : les principaux conflits (et réciproquement collaborations) constatés localement pouvaient s'interpréter comme opposant (et réciproquement réunissant) des partenaires qui ne peuvent (et réciproquement qui peuvent) articuler leur logique de fonctionnement : ainsi en est-il par exemple des conflits récurrents entre justice et institutions spécialisées, la première envoyant souvent aux secondes des patients qui ne sont pas alcoolodépendants avérés et qui ne cadrent donc pas avec la cible principale de l'activité déployée (constat n° 1 du caractère curatif des dispositifs) ; c'est également grâce à cette grille de lecture que l'on pouvait comprendre les méfiances et les incompréhensions parfois constatées entre, par exemple encore, des services sociaux non spécialisés qui adressent des personnes dans la plus grande des misères sociales à des CCAA qui ne peuvent et ne veulent s'occuper de patients ne répondant pas au profil typique qu'ils s'estiment compétents à traiter (constat n° 2 de la rétention sélective des patients) ; c'est enfin comme cela que l'on pouvait rendre compte des concurrences existant, par exemple toujours, entre le secteur psychiatrique réputé captant et certains CCAA qui le sont tout autant (constat n° 3 du positionnement thérapeutique des structures).

---

<sup>2</sup> Nous essaierons, dans les pages qui vont suivre, de formuler quelques hypothèses permettant de rendre compte de ces différents positionnements thérapeutiques.

Comme nous le montrerons dans le texte, ces constats structurants permettaient de comprendre la diversité des situations locales et de dépasser les classifications sommaires et généralisations abusives qui laissent croire à l'existence de « recettes organisationnelles » : « tel type d'acteurs ne collaborent jamais avec tel autre » ou encore, « un réseau fonctionne bien quand il réunit tel ou tel type de partenaires ». De telles généralisations ne résistent pas à l'examen minutieux des situations locales : il n'était en effet pas si rare de constater que dans telle ville, par exemple, les associations d'anciens buveurs travaillaient très bien avec leur CCAA de proximité et que dans telle autre, ce n'était point le cas. Notre grille de lecture nous permettait de saisir cette diversité sous un autre prisme, en montrant, pour reprendre l'exemple précédent, que dans un cas, il y avait confrontation de deux structures captantes et que dans l'autre, rencontre entre une structure captante et une autre qui ne l'est pas. Mais si cette grille de lecture nous permettait d'éviter les pièges des généralisations hâtives, elle nous offrait aussi, et à l'inverse, l'occasion de dépasser les explications qui focalisent cette fois leur argumentation sur les spécificités locales, sur la culture singulière et l'histoire particulière des acteurs de la zone géographique considérée ou encore sur les affinités électives et les relations interpersonnelles (« tel réseau fonctionne parce que les gens s'aiment bien »), en montrant qu'il est possible d'interpréter conflits et collaborations comme découlant de la confrontation ou de l'appariement de partenaires développant des rationalités qui peuvent ou ne peuvent s'épouser.

Refuser les généralisations rapides n'empêche cependant pas de dégager des tendances : nous nous attacherons ainsi à montrer que tel type de structures (CCAA, UA, secteurs psychiatriques, services des urgences des hôpitaux, etc.) ou telle catégorie de professionnels (médecins généralistes, assistantes sociales de mairie, etc.) est susceptible d'être classé comme tendanciellement plus axé sur le versant curatif de l'intervention sanitaire, comme globalement plus sélectif ou encore comme typiquement plus captant : discerner de telles tendances permet de dégager des conclusions plus globales sur la capacité différentielle des acteurs de terrain à collaborer ou à s'affronter.

## 1.2. Objectifs spécifiques

Dans quels buts apporter des éléments de connaissance sur le fonctionnement concret des dispositifs départementaux spécialisés de prévention des conduites d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ? Essentiellement pour comprendre les probables résistances et possibles adhésions suscitées par les transformations récentes de la politique publique française concernant le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes et les drogues illicites<sup>3</sup>. Nous reviendrons dans la première partie sur le détail de ces changements, mais nous voudrions rappeler (cf. notre projet de recherches) que l'opportunité d'une telle étude nous paraissait justifiée – au moins à l'époque c'est-à-dire en 2000 – pour deux raisons principales :

---

<sup>3</sup> En cela, ce rapport a moins une vocation de théorisation sociologique que celle d'apporter des éléments de connaissance concret sur le fonctionnement des dispositifs.

La première, on s'en souvient, tient au fait que le gouvernement (et la MILDT) avait décidé d'inscrire la politique sanitaire en matière d'alcoolisme dans une logique de santé publique. Cette inscription signifiait, entre autre chose, que la politique sanitaire spécialisée ne devait plus, comme c'est le cas depuis la fin des années 70, s'adresser aux seuls alcoolodépendants. Il était convenu désormais que le dispositif spécialisé, censé incarner et mettre en œuvre cette politique sur le terrain, s'intéresse (à nouveau<sup>4</sup>) aux abuseurs mais également aux usagers « simples » (cf. le concept de pratiques addictives promu par Parquet et al., 2000) ; de leur côté, les hôpitaux et les médecins généralistes devaient devenir (redevenir) des lieux de diagnostic et de traitement de l'alcoolodépendance et ne plus se contenter de traiter les seules conséquences somatiques, psychologiques ou psychiatriques de la consommation. En un mot, une telle réorientation prévoyait de réactiver le volet préventif de la politique (les abuseurs), d'y ajouter les usages et de favoriser la coordination, jugée limitée par de nombreux experts, entre dispositif spécialisé et dispositif de droit commun. L'extension de la cible visée par la politique sanitaire (prise en compte des usagers, des abuseurs) et l'inscription du champ dans une logique de santé publique devaient ainsi conduire à la constitution d'un dispositif cohérent, œuvrant de concert pour la prévention, le traitement et la prise en charge des conséquences de toutes les pratiques d'alcoolisation (et non de la seule alcoolodépendance). La politique sanitaire et le dispositif institutionnel devaient donc se confronter à un défi d'importance : passer d'un modèle public de santé organisé principalement autour de la maladie (alcoolisme, dispositif spécialisé) à un modèle de santé publique fondé sur la prévention et le traitement non seulement des alcoolodépendants avérés mais aussi des conséquences d'un comportement, qu'il soit pathologique ou non (pratiques addictives, articulation concertée du dispositif spécialisé et du dispositif général).

La deuxième raison justifiant une telle étude concernait une autre évolution du champ (qui à l'époque faisait encore figure de nouveauté), tout aussi déterminante : comme le soulignaient depuis quelque temps déjà nombre de professionnels, d'experts et de rapports, l'usage d'alcool ne semblait plus devoir être distingué de la consommation des autres produits psychoactifs, qu'ils soient licites (médicaments psychotropes) ou illicites (drogues et stupéfiants) : d'un point de vue social et sanitaire, les usages de ces différents produits seraient à bien des égards comparables et les frontières établies entre dépendance, abus, et usage doivent se penser indépendamment des produits ingérés. Or, la transformation des conceptions en ces matières rendait incontournable, selon ces experts<sup>5</sup>, un rapprochement de structures professionnelles – dispositif toxicomanie et dispositif alcool – travaillant jusqu'alors de manière assez cloisonnée.

Extension de la cible de la politique sanitaire concernant les problèmes d'alcool (usager, abuseurs, et alcoolodépendants), inscription de cette dernière dans une logique de santé publique (prévention des usages et traitement de la pathologie et des conséquences des différents usages) et rapprochement des structures de soins de la toxicomanie furent autant de défis auxquels devait désormais se confronter le dispositif spécialisé alcool : comment fonctionnait-il concrètement à

---

<sup>4</sup> « A nouveau », dans le sens où les consommateurs excessifs et les abuseurs étaient à l'origine, dans les circulaires de 1970 et 1975, la cible privilégiée de la politique spécialisée. Mais on le sait, une telle cible, pour des raisons et selon des mécanismes que l'on ne peut ici exposer, va progressivement être délaissée au profit, le plus souvent, des alcoolodépendants (Thiry-Bour, 1996).

l'époque et comment pouvait-il (peut-il ?), en conséquence, s'adapter à ces transformations, furent donc les deux questions essentielles qui ont guidé notre étude.

## 2. Méthodologie de l'enquête

### 2.1. Choix des terrains départementaux

L'étude que nous avons menée a investi le niveau local de l'intervention publique : en l'espèce, nous nous sommes focalisés sur la prise en charge et les actions de prévention mises en œuvre au niveau départemental, même si une quinzaine d'interviews ont été menées auprès d'acteurs intervenant plus spécifiquement sur le contenu et le déroulement de la politique à l'échelon national (DGS, ANPA, etc.). Pour mener à bien cette enquête et répondre aux questions que nous nous étions posées, nous avons, après consultations des services techniques du Ministère de la santé et l'audition de quelques responsables de l'ANPA, retenu quatre départements. Deux critères principaux ont guidé notre sélection :

1. D'abord, un critère socio-démographique et géographique : dans le souci réel, quoique secondaire<sup>5</sup>, d'appréhender une réalité diversifiée et croyant que les caractéristiques socio-démographiques et géographiques avaient quelques impacts sur les modes d'organisation et les jeux institutionnels locaux, nous avons retenu quatre départements fort différents sur ces aspects : un département urbain et proche de Paris réputé pour sa forte prévalence en « difficultés sociales et sanitaires » (La Seine Saint-Denis, 93), deux départements semi-urbains (L'Ille-et-Vilaine, 35 et le Nord, 59) comportant une ville centre d'envergure (Rennes et Lille) et un département semi-rural (L'Oise, 60). On s'en doute, ces différentes situations ne sont pas sans conséquences sur l'épidémiologie générale de l'alcoolodépendance et des usages d'alcool. Partant, elles ne devaient pas être pas non plus sans influence sur les caractéristiques des populations accueillies, la perception qu'ont les acteurs des problèmes principaux à résoudre, des actions à développer, des solutions tant institutionnelles que cognitives qu'il convient d'inventer. Pourtant, et c'est là un autre constat remarquable, ces contrastes socio-démographiques et géographiques n'apparaissent pas avoir été décisifs sur les solutions cognitives et institutionnelles déployées par les acteurs de terrain : comme suggéré plus haut, les dispositifs locaux étaient presque tous principalement curatifs et recherchaient tendanciellement le même type de patients à traiter, quels que soient les départements étudiés. Si une analyse statistique précise pourrait montrer peut-être que les populations accueillies dans les institutions des différents départements présentaient à l'époque quelques variations d'importance d'un point de vue épidémiologique, il apparaît que la perception de ce qu'il faut faire en matière de traitement de l'alcoolodépendance et des solutions à mettre en œuvre avait la même structure

---

<sup>5</sup> Nous donnerons bien sûr les références de ces affirmations plus loin dans le texte.

<sup>6</sup> Il faut rappeler que notre étude n'avait pas pour objectif affiché d'établir un état des lieux complet et strictement représentatif de l'ensemble de la situation française : il s'agissait différemment de repérer des modèles d'organisation et des configurations institutionnelles différentes répondant à quatre réalités locales contrastées.

fondamentale (curatif et recherche de « bons patients ») dans les 4 départements, tandis que la différence des arrangements institutionnels et des solutions déployées (type d'engagement – captant/non captant, suivi plus ou moins psychothérapeutique ou plus ou moins médicalisé, utilisation ou non de médicaments spécialisés, etc.) ne pouvait strictement se déduire de l'implantation des institutions sur un territoire particulier : il est difficile, par exemple, d'avancer que les institutions spécialisées de tel département étaient plus orientées sur le suivi social sous prétexte que ce département connaissait nombre de problèmes sociaux. De même, dans un autre département, l'existence simultanée d'antennes de CCAA plutôt tournées vers le suivi psychothérapeutique et d'autres plutôt orientées vers le suivi médicalisé n'apparaissait pas pouvoir être directement corrélée à leur zone d'implantation respective<sup>7</sup>.

2. Mais compte tenu de la perspective théorique (l'Analyse stratégique<sup>8</sup>) et méthodologique retenue et des objectifs de l'étude, ce dernier critère n'a pas été décisif ; nous avons surtout choisi quatre départements présentant des configurations institutionnelles différentes<sup>9</sup> ; en l'espèce, c'est le type de gestion des CCAA – structures qui sont l'un des cœurs de notre étude – qui a orienté notre choix : nous avons ainsi retenu l'Ille-et-Vilaine parce que les CCAA y sont principalement gérés par les hôpitaux, l'Oise parce qu'ils y sont tous gérés par l'ANPA, la Seine Saint-Denis parce qu'ils y sont pour la plupart aux mains des municipalités et le Nord, parce qu'au contraire, aucune institution particulière n'y exerce de monopole de gestion (ANPA, autres associations, municipalités, hôpitaux, etc.). Nous ne pouvons ici nous étendre encore sur les hypothèses qui militent en faveur d'un tel échantillon, si ce n'est en faisant valoir que ce contraste institutionnel devait a priori sous-tendre d'éventuelles différences en termes de modèles, de solutions et d'organisations thérapeutiques. Et effectivement, à la fin de ce travail, comme on en avait fait l'hypothèse, ces différences locales donnent naissance à des formes relativement variées d'arrangement institutionnel et de configurations réticulaires ; les monographies le font bien ressortir : être géré par une municipalité ou par une petite association isolée, par exemple, suppose contraintes et ressources spécifiques. Mais là encore, on ne peut déduire perceptions et solutions mises en œuvre de cette seule appartenance institutionnelle. Dans ces conditions, présentant ici des réflexions de synthèse, nous insisterons, comme indiqué plus haut, sur les convergences et les régularités de fonctionnement

---

<sup>7</sup> Bien sûr, comme l'ont montré les monographies, la situation locale n'est pas sans effet sur l'organisation des structures ; mais il faut rappeler que nous nous focalisons dans ce rapport comparatif sur les convergences, convergences d'autant plus remarquables qu'elles s'expriment dans quatre contextes bien différents.

<sup>8</sup> Nous ne reviendrons pas (cf. le projet de recherches) dans ces pages sur cette perspective théorique. Notons toutefois que cette perspective place au cœur de son attention, les relations de pouvoir qu'entretiennent des acteurs placés en situation de dépendance réciproque. Elle considère ainsi les organisations — et plus généralement toutes les formes d'action collective — comme des « construits sociaux », c'est-à-dire comme les résultats de jeux de pouvoir s'exprimant aussi bien en leur sein que dans les rapports qu'elles nouent avec leur environnement. Pour mettre à jour ce type de jeux, sont ainsi menés des entretiens qualitatifs, semi-directifs, auprès des principaux acteurs concernés : il s'agit, dans ces entretiens, de comprendre leurs philosophies d'action, les buts qu'ils poursuivent, les moyens et ressources dont ils disposent, les problèmes qu'ils rencontrent dans la réalisation de leur entreprise, ainsi que les contraintes qui pèsent sur leur activité quotidienne. La récolte, l'analyse et la confrontation de ces données permet ainsi de reconstruire les stratégies qui les animent et de comprendre à terme, par agrégation et composition, comment fonctionnent réellement les dispositifs organisationnels mis en place sur le terrain. Ces données qualitatives collectées sont également dépouillées et recoupées entre elles et avec des données formalisées (statistiques disponibles, documents écrits, rapports d'activité produits par les différents organismes et acteurs du champ, etc.). Au total, ce vaste corpus permet d'avoir une idée assez précise des systèmes et des réseaux que constitue l'ensemble de ces acteurs, et les forces et limites de leurs capacités collectives à agir (Crozier, 1963 ; Crozier et Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1987 ; Friedberg, 1993).

<sup>9</sup> Nous rappellerons que la répartition nationale des modes de gestion des CCAA (à l'époque CHAA) était la suivante en 1993 : 56 % étaient gérés par L'ANPA ; 21 % par une association indépendante ; 15 % en gestion hospitalière ; 6 % en

qui émergent au-delà de ces spécificités institutionnelles. Il nous arrivera cependant d'utiliser, au cas par cas, certains exemples locaux pour montrer comment certaines particularités locales (variété des modes de gestion des CCAA) donnent éventuellement une forme plus singulière – une « déclinaison locale » – aux constats principaux présentés plus haut, sans pour autant remettre en cause leur caractère structurant.

## 2.2. La logique de constitution des échantillons des acteurs interviewés

Dans chaque département, il s'agissait d'analyser la façon dont s'organise, coopère ou s'affronte la multitude des acteurs concernés, qu'ils soient professionnels ou administratifs : médecins généralistes, CCAA, unités d'alcoologie, centres de postcure, foyers de postcures et hébergements (CHRS), centres de cure, comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (et leurs relations avec l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme — ANPA), services hospitaliers (médecine générale, services spécialisés : gastro-entérologie, neurologie, etc.), DDASS, associations néphalistes, travailleurs sociaux non spécialisés, institutions spécialisées de soins pour toxicomanes (CSST), justice, etc.

Afin de faire ressortir les différentes rationalités et logiques d'action dans lesquelles s'inscrivent les différents acteurs concernés par la politique spécialisée, et dans un même mouvement, de comprendre comment ces derniers réagissent ou ne réagissent pas aux transformations de la politique sectorielle, nous avons constitué, dans chaque département, trois grands groupes d'acteurs à interviewer<sup>10</sup> :

### Les partenaires du réseau thérapeutique

Le cœur de notre recherche est l'étude du fonctionnement du dispositif spécialisé en alcoologie – CCAA et unités d'alcoologie des hôpitaux – et la façon dont ces institutions travaillent avec 1. le dispositif non spécialisé (en amont et en aval, avec une attention particulière sur les hôpitaux psychiatriques et généraux) et 2. le dispositif spécialisé sur la toxicomanie. Au niveau de chacun des quatre départements, nous avons donc interviewé tous les CCAA et un grand nombre des unités d'alcoologie : dans chacune de ces structures, nous avons vu plusieurs professionnels, la plupart du temps leurs responsables et des membres de l'équipe. Au total, ces professionnels du réseau spécialisé ont représenté entre 30 et 50 % de nos échantillons départementaux. Fidèles aux objectifs que nous nous étions fixés, ce qui nous a intéressés, lors de ces investigations de terrain, ce sont moins les relations internes nouées dans chacune de ces institutions que les relations que ces professionnels entretiennent avec les acteurs des autres institutions ; c'est-à-dire les relations que nos

---

régie directe de la DDASS ; 2 % dépendait de services communaux (Rayssac et al., 1993). En cela, encore fois notre échantillon de départements ne peut être considéré comme statistiquement représentatif.

<sup>10</sup> Pour chacun de ces trois groupes d'acteurs, nous avons élaboré un questionnaire particulier ainsi qu'une liste de questions spécifiques posées suivant le type de personne rencontrée dans l'institution (voir annexes).

professionnels entretiennent avec les autres acteurs du champ dans le cadre de leur activité essentielle : le soin (70 à 80 %).

Dans toutes ces structures, il s'est donc agi de faire parler les professionnels spécialisés sur la façon dont ils travaillent ou pas, coopèrent ou pas avec toute une autre série de partenaires, dont la liste était partiellement à découvrir. « Partiellement », car l'enquête exploratoire<sup>11</sup> nous avait permis de pré-identifier un certain nombre de ces partenaires ; grosso modo, ces derniers se rangent en deux catégories relativement<sup>12</sup> distinctes : 1. Ceux qui leur envoient des patients – les fournisseurs (Tribunal d'Instance (substitut, juge d'application des peines, etc.), Services hospitaliers, Services des Urgences des hôpitaux et médecins généralistes principalement) ; 2. Ceux dont ils ont besoin dans le cadre de leur prise en charge, que l'on pourrait appeler les « partenaires associées de la prise en charge » et avec lesquels, dans beaucoup de cas, ils doivent négocier pour coopérer (Secteur psychiatrique : Centre Hospitalier Spécialisé et Centres Médico-Psychologiques, médecins généralistes et personnes de services sociaux et/ou sanitaires de mairie, principalement).

Mais si nous sommes allés interviewer l'ensemble des CCAA et des unités d'alcoologie des quatre départements, nous ne pouvions voir, pour chacun de ces CCAA et unités d'alcoologie, la totalité de leurs partenaires (impossibilité matérielle). Nous avons donc décidé de retenir, sur chacun des quatre départements, trois villes dont la situation a été plus particulièrement explorée : sur chacun de ces trois sites, nous ne nous sommes pas contentés d'interviewer les CCAA et les unités d'alcoologie concernant leurs relations avec leurs fournisseurs et leurs partenaires, mais nous avons également rencontré ces partenaires et ces fournisseurs afin de leur demander leur « avis, attitudes et opinions réciproques » concernant leur éventuelle collaboration ou conflit avec les CCAA et les unités d'alcoologie de leur secteur.

Nous avons également interrogé des acteurs « plus transversaux », dont l'activité est moins localement enracinée ou que l'on n'a pas retenus sur un site particulier pour des questions d'organisation pratique : Associations d'anciens buveurs (AAB), Associations caritatives, Hébergements thérapeutiques, Hébergements sociaux d'urgence et Unités d'alcoologie en maison d'arrêt. Enfin, compte tenu de l'accent porté sur le rapprochement entre dispositif alcool et dispositif toxicomanie (un des deux thèmes clefs), nous nous sommes bien évidemment rendus dans quelques structures spécialisées pour toxicomanes, afin d'y rencontrer responsables et membres d'équipes amenés, du moins théoriquement, à collaborer avec les structures spécialisées en alcoologie.

#### Partenaires politiques, financiers et administratifs

Mais, pour le dire simplement, comme on ne fait rien sans argent (il suffit de noter l'incidence des modes et des jeux financiers sur la régulation locale des dispositifs), notre échantillon comprenait également les acteurs qui participent de près ou de loin au financement des structures et à leur

---

<sup>11</sup> Dans chacun des quatre départements, nous avons en effet réalisé une enquête exploratoire (novembre 1999 – janvier 2000), comprenant entre 6 et 10 interviews par département, afin d'identifier les acteurs pertinents des différents dispositifs, de constituer notre échantillon pour la phase extensive d'interviews (mars 2000), de formuler quelques hypothèses, de repérer quelques thèmes particuliers et d'élaborer nos guides d'entretien.

<sup>12</sup> Pour certains types d'acteurs, comme les médecins généralistes qui peuvent être simultanément partenaires ou fournisseurs, l'appartenance à l'une de ces deux catégories n'est pas exclusive.

évaluation : DDASS, CPAM, DRASS et Élus : des maires adjoints à la santé. Cette dernière catégorie d'acteurs – les élus – a été également retenue sur les trois villes test dans chacun des quatre départements : il s'agissait de voir comment ils considèrent l'action des CCAA qui agissent sur leur commune, s'ils interviennent pour leur financement, comment ils tentent, le cas échéant, d'infléchir leur politique, etc. Notons qu'en Seine-Saint-Denis et pour un ou deux CCAA dans le Nord, les interviews menées avec les élus furent particulières dans la mesure où, dans ces cas précis, les CCAA sont directement gérés par la municipalité : il s'agissait donc ici de comprendre, plus spécifiquement, comment l'élu oriente la politique et l'activité des CCAA qu'il gère et comment les CCAA gèrent eux-mêmes le fait qu'ils aient un double financement État-municipalité (et maintenant CPAM-municipalité).

### Partenaires de la prévention

Enfin, les partenaires de la prévention ; notre étude avait des ambitions limitées sur cet aspect : d'abord, parce que la prévention implique un nombre considérable d'acteurs différents et qu'elle mériterait, en conséquence, une étude spécifique ; ensuite, parce que l'activité des CCAA et des unités d'alcoologie est essentiellement curative. Respectant ainsi le cadre méthodologique défini par l'Analyse stratégique, notre étude se devait d'épouser les contours réels du champ analysé. Nous avons donc étudié les aspects préventifs sous l'angle particulier des liens qui existent entre acteurs demandeurs d'opérations de prévention et de formation et CCAA/CDPA ; c'est la logique financière et réticulaire de leurs relations qui nous a essentiellement intéressés : si une première partie de l'interview avec ces acteurs concerna leur activité en termes de prévention sur le département, nous nous sommes focalisés sur la façon dont ceux-ci mobilisent ou non les professionnels de l'alcool pour ce type d'opérations et donc en quoi, ils constituent une ressource éventuelle pour les CCAA. Comment s'organise la prévention, qui forme, qui communique, quelle cohérence, quels réseaux ? ont été les points essentiels abordés dans ces entretiens.

La liste (liste variant en fonction des départements) des acteurs interviewés fut ainsi la suivante : Conseil général, Comité départemental d'éducation pour la santé, Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse, CPAM, organismes spécialisés dans la prévention et la formation en alcoologie, et, bien sûr, le CDPA quand il existe (partout sauf en Seine Saint-Denis). Pour le CDPA, il faut noter que l'interview a essentiellement porté sur les relations qu'il entretient avec les CCAA qu'il gère, et sur les soins quand il en fait aussi (ce qui est souvent le cas).

Les quatre études départementales ont finalement été menées sans difficulté : la plupart des interviews programmées ont été réalisées pour atteindre un total estimé entre 280 à 310 interviews (études locales et nationales). Comme prévu, à l'issue de cette phase de terrain (début mars 2000), un long travail de dépouillement a été entrepris par les étudiants du DEA de Sociologie de l'IEP Paris, encadrés à l'occasion par un tuteur docteur ou doctorant du Centre de Sociologie des organisations — CNRS (mars 2000). Des constats principaux ont été dressés et des hypothèses explicatives



sommairement formulées dans les quatre monographies rendues au responsable de l'étude – Henri Bergeron – entre mai et juin 2000.

Avant d'entamer ce rapport de synthèse nous voudrions rappeler que les entretiens réalisés furent confidentiels et que nous avons « anonymisé » les citations resituées dans ce texte.

# PARTIE I : CONTEXTUALISATION SOCIO-HISTORIQUE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FRANÇAISE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN DIFFICULTE AVEC L'ALCOOL<sup>13</sup>

## Chapitre I : Quelques repères historiques sur la constitution du champ français de l'alcoologie

### 1. Naissance de l'alcoologie française

En nous servant de certains travaux (Babor, 1997 ; Hillemand, 1995, 1997, 1998 ; Mossé, 1987 ; et principalement, Thiry-Bourg, 1996, travail sur lequel repose une grande part des développements qui vont suivre) qui se sont penchés sur les évolutions historiques de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool, nous aimerions retenir un certain nombre de constats dont la prise en compte permettra d'éclairer nos arguments et réflexions à venir. Si Babor (1997) distingue trois grandes phases historiques – 1. Phase pré-scientifique (1850-1940) ; 2. L'époque de Jellinek (1940-1970) –, la dernière qu'il nomme « phase alcoologique » (depuis 1970<sup>14</sup>) retiendra notre attention en priorité : elle est celle de la naissance de l'alcoologie entendue que « discipline » spécifique et autonome, mais elle est surtout celle pendant laquelle se forme en France ce qu'il est désormais convenu d'appeler le champ spécialisé de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool : la circulaire de 1970<sup>15</sup> qui institue les Centres d'hygiène alimentaire (CHA) à titre expérimental, puis celle de 1975<sup>16</sup> relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme et qui en généralise l'expérience, sont les actes réglementaires fondateurs du champ institutionnel. Si l'alcoolisme est reconnu depuis longtemps déjà comme « maladie »<sup>17</sup>, ces deux circulaires assignent pourtant au dispositif naissant des ambitions essentiellement préventives ; pour comprendre ces objectifs spécifiques, il nous faut revenir quelques années en arrière.

C'est au lendemain de la seconde guerre mondiale, selon Thiry-Bourg (1996), que l'idée de l'alcoolisme comme « maladie » se propage au-delà des cercles professionnels : de vice, il devient maladie susceptible de traitement. À cette époque, en France, c'est la psychiatrie publique qui a

---

<sup>13</sup> Dans la suite de ce texte, contrairement à l'introduction, nous avons décidé de maintenir le temps présent, temps de conjugaison le plus adapté au moment où nous rédigeons ces lignes (2000-début 2001). Mais aujourd'hui, en ce début 2003, il est probable que les situations que nous décrivons et analysons ici n'aient plus cours et se soient considérablement transformées. Le passé serait donc peut-être préférable.

<sup>14</sup> Thiry-Bourg (1996), elle, situe plutôt son début au cours des années 1960.

<sup>15</sup> Circulaire DGS/1252/MSI du 23 novembre 1970.

<sup>16</sup> Circulaire DGS/2266/MS du 31 juillet 1975.

<sup>17</sup> Encore que ce caractère de maladie ait été contesté par certains, comme le montre Hillemand (1999).

affirmé son emprise sur cette « pathologie » (Thiry-Bourg, 1996)<sup>18</sup>. Et c'est dans ce contexte de « sanitarisaton » de la question, pour reprendre l'expression de Fassin (1998), qu'est votée la loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui : l'alcoolique qui n'est ni dément ni délinquant doit être considéré comme un malade et placé sous la tutelle de l'autorité sanitaire. Il s'agit de protéger la société contre les alcooliques dangereux pour autrui tout en leur offrant une possibilité de se soigner. À cette fin, la loi prévoit la mise en place de centre de réadaptation. C'est, selon Thiry-Bourg toujours, la première fois qu'un espace institutionnel spécialisé est envisagé. Bien que ces velléités de constitution d'un dispositif spécifique restent lettre morte, quasiment jusqu'en 1970, date de la première circulaire suscitée, cette loi marque pourtant le début de la remise en cause du monopole de la psychiatrie sur cette « pathologie ».

En effet, la fin des années 50 et le début des années 60 signent la conjonction de deux phénomènes qui vont contribuer à l'affirmation de l'alcoologie comme discipline autonome, requérant dispositif et compétences spécialisés :

1. D'une part, un certain nombre de psychiatres de la psychiatrie traditionnelle (dont Fouquet) vont commencer à critiquer le modèle asilaire français (courant de l'antipsychiatrie) : trop répressif, trop porté sur des objectifs de contrôle social par l'internement, trop proche d'un modèle biologique et des médicaments, pas assez proche des structures sociales, tels sont en substance et sommairement les principaux reproches adressés à la psychiatrie traditionnelle ; il faut que la psychiatrie se rapproche de la société civile, qu'elle « aille sur le terrain ». Ce mouvement général à la psychiatrie n'est pas sans conséquence dans domaine précis de l'alcoolisme, et se traduit par la naissance de ce que l'on va appeler l'alcoologie : pour Fouquet en effet, la psychiatrie traditionnelle relève d'un modèle médical trop restrictif qui sous-estime la dimension sociale des alcoolopathies. Celui-ci revient donc sur l'importance du milieu dans la genèse de l'alcoolisme avec une définition proche de celle qu'Olievenstein formulera un peu plus tard pour la toxicomanie : un homme, un produit et un milieu. Fouquet a l'ambition de constituer une discipline scientifique qui dépasse la seule psychiatrie ou la seule médecine générale : c'est l'alcoologie<sup>19</sup>. Selon lui, elle doit se consacrer « à tout ce qui a trait dans le monde à l'alcool éthylique : production, conservation, distribution, consommation normale et pathologique avec les complications 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 » (cité par Thiry-Bour, 1996, p. 91). C'est là la naissance du deuxième Fouquet : « Il est vrai que le polymorphisme des alcoolopathies est tel qu'une large fraction des alcooliques échappe totalement à l'observation psychiatrique » (cité par Thiry-Bour, 1996, p. 104). Désormais, à défaut d'être complètement légitimes dans le monde médical, nous y

---

<sup>18</sup> Comme le note fort justement Thiry-Bourg, on peut aisément distinguer deux Fouquet : pour le premier, celui des années 50, tous les types d'alcoolisme ressortent à la psychiatrie : « Pour nous, celui qui boit, recherche désespérément et névrotiquement son passé : l'intoxication l'aidera tour à tour, soit à échafauder des rêves très infantiles de gloire ou de puissance, soit à revivre des cauchemars primitifs et terrifiants » (Fouquet cité par Thiry-Bour, 1996, p. 51). Et c'est donc dans ce contexte que l'on considérera en France que l'alcoolisme revient en priorité aux psychiatres du service public. Le deuxième Fouquet, un peu plus tard, nous allons le voir, reviendra sur cette exclusivité.

reviendrons, peuvent au moins exister des spécialistes : ils ne sont ni médecins généralistes, ni psychiatres, ni gastro-entérologues, etc., mais d'abord alcoologues, à l'image de ceux en charge du soin des toxicomanes qui ont eu également, en leur temps et en leur champ, l'ambition de dépasser les catégories professionnelles et statutaires pour s'afficher et s'affirmer comme avant tout « intervenants en toxicomanie » (Bergeron, 1999).

2. Au même moment – c'est notre deuxième phénomène, on assiste à une diversification des acteurs professionnels qui veulent intervenir dans le champ : certains médecins généralistes, éducateurs spécialisés, personnels infirmiers, assistantes sociales, et quelques psychologues s'engagent en alcoologie. Il y a là, comme pour la toxicomanie, une volonté de constituer un champ spécifique, stratégie de valorisation par la spécialisation. Le monopole des psychiatres traditionnels commence donc à être discuté et il faut souligner le rôle actif de ce qui deviendra plus tard, en 1990, l'ANPA (alors Comité National de Défense contre l'Alcoolisme) dans cette volonté d'élargissement et de diversification des personnels et des compétences. Il faut tout autant souligner le rôle des mouvements des anciens buveurs dans cette « dépsychiatisation » du soin des alcooliques, pour reprendre l'expression de Thiry-Bourg.

Au risque d'être quelque peu caricatural, nous dirons donc que ces années marquent la rencontre entre des psychiatres aux idées teintées d'antipsychiatrie et toutes sortes d'autres professionnels – médicaux, paramédicaux et sociaux – dans une volonté commune de constitution d'une discipline autonome. Comme le montre classiquement la sociologie des professions, pareille stratégie de spécialisation et d'autonomisation s'accompagne fréquemment de l'élaboration d'un argumentaire affichant les carences du dispositif existant ; en l'espèce, il s'agit de répéter à l'envie que les alcooliques, ou tout du moins une bonne partie d'entre eux, ne veulent point côtoyer les « fous » : « Force est de constater que les solutions proposées et conçues jusqu'ici pour soigner la maladie alcoolique, qu'il s'agisse d'hospitalisation dans un service de médecine, de psychiatrie ou d'un suivi par le dispositif sectorisé, ne donnent pas pleinement satisfaction et mettent en avant la difficulté qu'a le malade alcoolique à s'inscrire dans ces espaces thérapeutiques quelque peu rigides, marqués par l'empreinte de la psychiatrie » (Thiry-Bour, 1996, p. 97). C'est également le moment où l'on réaffirme l'évidente nécessité de créer des institutions pour les buveurs excessifs qui, encore une fois, ne sont guère « fous »<sup>20</sup> : « L'éventail nosologique des alcoolopathies déborde largement le champ psychiatrique (le regard des psychiatres ne leur permet pas l'observation de nombreux alcooliques cirrhotiques soignés en médecine générale ou en gastro-entérologie), d'autre part les conséquences de la consommation des boissons alcooliques provoquent des troubles comportementaux de tous ordres qui sont loin d'être toujours réductibles aux traditionnelles manifestations liées à des structures psychotiques, névrotiques ou perverses. L'étiologie de ces états, non encore élucidée, ne se réduit pas à la présence d'une éventuelle structure psychopathologique spécifique mais fait intervenir le rôle de facteurs individuels physiopathologiques probables associés à

---

<sup>19</sup> Cf. le fameux article de Fouquet dans *Alcool ou Santé* de 1967.

<sup>20</sup> Cf. sur cet aspect, le rôle du contrôle de l'alcoolémie routière (1955) et la mise en place de l'alcootest (1970).

des facteurs socio-économiques tout aussi déterminants. Nouveau chapitre d'une pathologie nouvelle, exigeant des thérapeutes nouveaux, œuvrant au sein de structures originales (le plus souvent encore à créer), les alcoolopathies font partie du champ alcoolique irréductible au seul champ de la psychiatrie » (Malka, Fouquet et Vachonfrance, 1983, cité p. 111).

## 2. Le développement institutionnel d'un champ autonome : la « dépsychiatisation » des soins et la polarisation curative des dispositifs spécialisés

La première expérience de centre spécialisé est celle du Dr Le Gô à la SNCF dans l'Aisne. Il met en place un modèle de dépistage précoce (qui s'inspire de celui de la tuberculose) et dont le but est précisément d'accueillir les patients qui échappent à la psychiatrie. C'est important : il y a dans ce positionnement et dans la restriction de la cible à une partie des personnes en difficulté avec l'alcool, la volonté de ne pas affronter – au moins officiellement – la psychiatrie. Si nécessité est faite de créer des lieux spécifiques, il n'est cependant guère question de présenter le dispositif spécialisé en gestation comme devant remplacer une psychiatrie publique qui pourrait s'opposer à pareil projet et militer contre lui au Ministère chargé de la santé. Très vite, le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme (qui deviendra l'ANPA) soutient le Dr Le Gô et son expérience : l'idée de transposer le modèle de la SNCF un peu partout en France fait son chemin et c'est dans ce contexte que naissent les circulaires de 1970 et 1975<sup>21</sup>, dont nous parlions plus haut. Ainsi peuvent peut-être s'expliquer les visées officiellement préventives de circulaires qui prennent soin d'inviter les nouvelles structures à articuler leur activité avec celle de la psychiatrie de secteur : n'attaquant pas la même cible, on pense ménager les susceptibilités de l'establishment psychiatrique. Il s'agit de remettre les buveurs excessifs sur le droit chemin de la modération avant qu'ils ne soient trop tard et qu'ils ne soient obligés à une abstinence totale et définitive<sup>22</sup>.

Mais que l'on ne s'y trompe pas : ces circulaires et la création des CHA qui lui fait suite signent le début du retrait de la psychiatrie du champ de l'alcoolisme et la polarisation progressive du dispositif spécialisé sur le versant curatif de l'intervention. Expliquer les raisons de cette polarisation curative n'est pas entrepris aisée et n'était pas l'objectif de ce travail synchronique. Il reste que l'on peut avancer l'hypothèse suivante : outre le fait, souvent allégué, que les spécialistes de l'alcoologie ont progressivement compté de plus en plus d'alcoolodépendants dans leur clientèle à mesure que la psychiatrie se retirait du champ des soins<sup>23</sup>, on peut également faire remarquer que la logique de spécialisation pousse à se focaliser sur ce qui permet de se distinguer le plus manifestement ; or,

---

<sup>21</sup> A partir de 1973, le CNDA demande à ses comités départementaux d'ouvrir des CHA.

<sup>22</sup> « A côté des alcooliques notoires, on a montré l'existence d'un nombre très important de sujets des deux sexes de toutes conditions sociales, faisant quotidiennement une consommation excessive de boissons alcooliques. La plupart de ces buveurs deviennent des alcoolomanes, tombés sous la dépendance de l'alcool après une durée variable d'intoxication progressivement croissante. Toutefois, si ces buveurs sont dépistés et traités précocement, ils peuvent être ramenés à une saine tempérance dans les deux tiers des cas. Une intervention médicale précoce apparaît donc comme un moyen efficace de réduire le nombre des alcoolomanes et d'éviter la mise en œuvre de traitements prolongés aux résultats aléatoires qui, trop souvent, ne peuvent empêcher ni les graves complications viscérales et psychiques de l'alcoolisme chronique, ni les incapacités professionnelles et les décès prématurés qu'il entraîne. » in Circulaire du 31 juillet 1975.

<sup>23</sup> On l'a vu pour le champ de la toxicomanie : la constitution d'un dispositif spécialisé marque le début du renvoi quasi systématique des toxicomanes du dispositif de droit commun : en situation de pénurie de moyens et face à une clientèle difficile et rarement la bienvenue, l'évitement est une stratégie tentante (Bergeron, 1996).

c'est quand l'alcoolodépendance est avérée, que la pathologie s'est installée, que les compétences spécifiques et l'art singulier de l'alcoologue sont le plus à même de s'exprimer ; prévenir un buveur excessif des risques qu'il court en continuant sa pratique d'alcoolisation ou soigner les conséquences somatiques d'un usage abusif mobilisent des compétences qu'un praticien non-spécialiste peut affirmer posséder, au moins en partie<sup>24</sup>. Autrement dit, le caractère irréductiblement spécifique de la discipline alcoologique s'affirme, dans toute sa distinction, au travail de la pathologie avérée. C'est peut-être pour cela que les alcoologues se sont lentement polarisés, à partir des années 70, sur les alcoolodépendants : c'est en travaillant avec cette population que leur spécialité s'est au mieux épanouie, s'est le plus sûrement légitimée. Polarisation curative et légitimation d'une compétence spécifique opèrent, selon nous, de concert : plus on s'éloigne de l'usage pour se rapprocher de l'alcoolodépendance, plus manifestement s'affirme la compétence spécifique. Partant, c'est au contact de cette population et au traitement de la pathologie avérée que l'identité professionnelle des alcoologues s'est certainement forgée. Nous le verrons, ces éléments liés à l'identité professionnelle, à l'autonomisation de la discipline et à la spécialisation de la compétence ne sont pas étrangers à certaines des résistances exprimées à l'endroit de la nouvelle politique menée par les pouvoirs publics depuis juin 1999.

La circulaire de 1983<sup>25</sup> officialise finalement ce que les pratiques de terrain avaient déjà consacré : l'activité des CHA est élargie « à toute personne confrontée à des problèmes d'alcoolisation, quel que soit le stade de celle-ci ». C'est une étape essentielle de la stratégie de spécialisation pour des structures qui prennent à cette occasion la bien symbolique appellation de Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA). Les financements sortent logiquement de l'enveloppe budgétaire « psychiatrie », et se crée une ligne spécifique à la lutte contre l'alcoolisme (la 47-17). Le soin de l'alcoolisme, tout comme celui de la toxicomanie, devient compétence d'État, au titre de la solidarité nationale contre « les fléaux sociaux » (Code de la santé publique). Mais il serait erroné de considérer terminé ce lent processus d'institutionnalisation d'une spécialisation. Si l'alcoologie est une discipline, elle n'est point une spécialité dans le monde médical vers lequel elle regarde encore.

« Un des gros problèmes, c'est les luttes de pouvoir entre disciplines médicales. Si on reconnaît à l'alcoologie une spécificité médicale, la psychiatrie et la gastro vont y laisser des plumes. Quand on regarde au ministère qui défend l'alcoologie, ce sont ceux qui ont déjà une place dans le champ : ils sont gastro ou autres. Du coup, ils ont aussi des missions vis-à-vis de leurs confrères. C'est normal, on ne peut pas le leur reprocher. Malgré les luttes de pouvoir, on arrive quand même à exercer notre activité, mais le problème qui suit c'est le manque de reconnaissance des gens. Pour moi, c'est bon, pour les infirmières c'est plus dur car elles ont la réputation de ne rien foutre, d'où l'importance de reconnaître l'alcoologie comme une véritable discipline médicale. C'est valable pour tout le milieu et pas seulement pour le secteur hospitalier (...). Je voudrais la reconnaissance d'une problématique (...). La bagarre n'est pas finie, l'alcoologie est encore la petite sœur de la gastro et de la psychiatrie. »  
Un responsable, UA, 59

---

<sup>24</sup> Et ce même si d'aucuns affirmeront qu'il faut posséder l'art subtil de la relation avec les abuseurs pour que le message de prévention soit efficace.

<sup>25</sup> Circulaire DGS/137/2D du 15 mars 1983, relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool.

D'autant que le passage récent des CHAA dans le cadre de loi du 30 juin 1975 sur les établissements médico-sociaux (et leur financement consécutif par l'assurance maladie à partir de l'année 2000), s'il implique nombre de transformations perçues comme autant de menaces pour le champ de l'alcoologie, nous y reviendrons, peut également s'interpréter comme l'ultime étape consacrant la polarisation du dispositif spécialisé sur le versant curatif de l'intervention sanitaire : désormais appelés Centres de consultation ambulatoire en alcoologie (CCAA) (disparition significative des termes « d'hygiène alimentaire »), les institutions spécialisées se voient officiellement financées sur des enveloppes soins des CPAM.

« La première fois qu'il y a une note là-dessus, c'était il y a dix ans. C'était la DGS qui le voulait : 1. Pour pérenniser les financements ; 2. Qu'il y ait une enveloppe soins et que donc les CCAA aient enfin légalement le droit de faire des soins. Enfin, certains CCAA... En fait, les CCAA gérés par des Centres Municipaux de Santé ou gérés par des hôpitaux en avaient déjà le droit. Mais les CCAA associatifs et notamment ceux de l'ANPA n'avaient pas le droit normalement de faire des prescriptions (médicaments et analyses, etc.)... Alors, ils trichaient : le médecin généraliste venait en CCAA avec ses ordonnances (comme la consultation est gratuite, il n'avait pas besoin de feuille de soins). Généralement les CPAM fermaient les yeux, mais certaines refusaient de rembourser. Tout ça parce que les établissements n'étaient pas des établissements de soins. Pour cela, il fallait soit être hôpital, soit une clinique soit rattaché au médico-social. Ils pouvaient accueillir des buveurs excessifs mais pas des malades. Ils ne pouvaient normalement pas faire de prescriptions de sevrage. Donc le passage au médico-social (loi de 1975) était nécessaire. »

Un responsable, DGS

Nous le verrons, ces éléments sont d'importance au moment où il est question de la naissance française de l'addictologie : l'alcoologie peut-elle renoncer à son institutionnalisation dans le cadre d'une discipline forgée de haute lutte et sur le point de triompher comme spécialité dans le champ médical ?

## Chapitre II : La nouvelle politique française des addictions et des pratiques addictives

### 1. Naissance française de l'addictologie

Anthropologues et sociologues s'interrogent depuis quelque temps déjà, comme le montrent certaines synthèses des résultats de leurs principaux travaux (Bergeron, 2002 et 2003 ; Ogien, 1992, 1995, 2000) : où situer les frontières entre les fonctions thérapeutiques et « les fonctions dites de confort » des drogues légales, médicaments psychotropes, benzodiazépines (anxiolytiques et hypnotiques), et antidépresseurs avec effets secondaires réduits (Ehrenberg, 1998b) ? Sachant que la prise d'héroïne apparaît, de son côté et dans bien des cas, relever de l'automédication, que les polytoxicomanies, mélangeant souvent alcool et médicaments, ont tendance à se développer, et que

l'usage toxicomane – à des fins de « défonce » – de l'alcool se répand chez certains usagers (Parquet et Reynaud, 1999), ne faut-il pas admettre que ce sont les frontières entre les usages de tous les produits psychoactifs, licites ou non, qui se brouillent ? Finalement, le constat selon lequel il convient désormais de raisonner en termes d'usage, de pratique ou de comportement, plutôt que selon les produits, est sociologiquement bien établi.

Il l'était également pour nombre de professionnels du champ de la toxicomanie<sup>26</sup> et de l'alcoolisme (Voir par exemple pour l'alcoologie, Danel et Parquet, 1993 ; Pedinielli, 1993 ; Gonnet, 1993 ; Rouillet-Volmi et al., 1994 ; Lambin et al., 1995) depuis quelque temps déjà, mais ce qu'il y a aujourd'hui de nouveau est sa prise en compte par les pouvoirs publics<sup>27</sup> : depuis au moins le rapport Roques (1999) qui marque certainement l'aboutissement d'un long travail visant à établir la légitimité politique de ce constat scientifique, drogues illicites, médicaments psychotropes, alcool et tabac, au moins dans le champ sanitaire, se pensent désormais de concert comme tous susceptibles de conduire à des usages risqués, voire à la dépendance. Addictologie, addiction et pratiques addictives sont devenues les trois vocables certainement les plus usités dans les publications<sup>28</sup>, les journées de réflexion, les colloques spécialisés, etc., et dans les documents attestant des directions prises par la nouvelle politique française<sup>29</sup> ; contenu du plan triennal de la MILDT du 16 juin 1999, création d'un Courrier des addictions, changement d'appellation de la Revue Alcoologie qui devient Alcoologie et Addictologie, requalification du bureau de la DGS en bureau des « Pratiques addictives »<sup>30</sup>, création d'une Société d'addictologie francophone (SAF), mise en place d'un Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) d'Addictologie et de son Collège national des enseignants universitaires d'addictologie (CNEUA), etc., sont autant de traductions concrètes de ce que les politistes (Jobert et Muller, 1987) appellent un référentiel de politiques publiques<sup>31</sup>.

Mais encore une fois ne nous y trompons pas : la naissance française de l'addictologie ne signe pas la rencontre nécessaire entre des scientifiques, des universitaires, des professionnels de terrain, des cliniciens, des personnels administratifs et politiques, unanimes pour s'accorder sur des constats d'une évidente objectivité : l'activité qui consiste à installer un référentiel comme guide cognitif et normatif principal d'une politique publique est fondamentalement politique ; derrière l'unanimité affichée se trouvent des réseaux d'acteurs (les médiateurs) qui ont su traduire dans le langage politique certains savoirs scientifiques particuliers et certaines options normatives et

---

<sup>26</sup> Que l'on se rappelle, par exemple, les conclusions des « Rencontres nationales sur l'abus de drogues et la toxicomanie », organisées à Paris les 12 et 13 décembre 1997 par le ministère de la Santé, faisant valoir l'accord unanime des professionnels du champ de la toxicomanie sur la nécessité d'instituer et de mener une politique de soin des abus de produits psychoactifs, quels qu'ils soient.

<sup>27</sup> Comme le soulignent Lambin et al., en 1995, parlant des distinctions issues de CIM et DSM entre usages, usages nocifs ou abus et dépendance, « il n'est pas certain que cette conception soit partagée par l'ensemble des médecins, et encore moins par les responsables politiques (...) » (Lambin et al., 1995, p. 196).

<sup>28</sup> Alors que les écrits d'il y a quelques années portant sur le rapprochement de l'alcoolisme et de la toxicomanie utilisaient plus rarement le vocable d'addiction (par exemple, Danel et Parquet, 1993 ; Pedinielli, 1993 ; Gonnet, 1993 ; Rouillet-Volmi et al., 1994 ; Lambin et al., 1995), les nouvelles productions en usent abondamment : voir par exemple, Les passions dangereuses. Addictions et conduites de dépendance de Jolly (1998), Les addictions de Le Poulichet (2000), Les pratiques addictives de Parquet, Reynaud et Lagrue (2000).

<sup>29</sup> Attention, nous rappelons que ce rapport a été rédigé durant l'année 2000 et au début 2001. Il n'est pas sûr que le nouveau gouvernement et le remplacement de N. Mastracci garantissent la pérennité d'une telle politique. Mais cet éventuel changement confirme le bien-fondé d'une approche politiste et sociologique des politiques publiques, contre une lecture essentiellement positiviste des relations entre science et politique.

<sup>30</sup> Seule la MILDT semble encore devoir, pour des questions de prudence politique certainement, résister à cette tendance.

<sup>31</sup> Le référentiel est compris comme « l'ensemble des normes ou images de référence en fonction desquelles sont définis les critères d'intervention de l'État ainsi que les objectifs de la politique publique considérée » (Muller, 1990, p. 26).



instrumentales spécifiques, autour desquelles ne se rassemble qu'une partie des acteurs susceptibles d'être concernés par la politique publique spécialisée. Il n'était pas dans les objectifs de ce travail de tracer précisément les contours historiques et politiques concernant l'avènement de ce nouveau référentiel de politique publique mais nous aimerions, rapidement dans les pages qui vont suivre, avancer quelques hypothèses dont la connaissance sera des plus utiles pour la suite de nos propos.

L'addictologie, telle qu'elle semble être définie dans la nouvelle politique française<sup>32</sup>, trouve certainement sa forme la plus achevée dans trois textes principaux, identifiés par une grande partie des acteurs spécialisés de terrain mais également par nombre de décideurs politiques et administratifs, comme des documents de première importance : La dangerosité des drogues du Pr Roques (1999), Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions, des Pr Parquet et Reynaud (1999) et enfin, Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives, des Pr Parquet, Reynaud et Lagrue (2000). L'addictologie peut être définie comme la discipline chargée « d'étudier les pratiques de consommation et les conduites addictives, en s'intéressant aux mécanismes d'acquisition de la dépendance notamment à leurs déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. Elle a pour finalité d'affiner le traitement et la prévention de ces pratiques et d'analyser leurs conséquences économiques et sociales » (Reynaud, 2000, p. 5)<sup>33</sup>. Si cette définition, comme l'argumentent d'ailleurs certains de ceux qui en sont à l'origine, est des plus générales et qu'en particulier elle est réputée ne pas établir de hiérarchie a priori entre les différents savoirs scientifiques et disciplines censés en toute égalité participer à son succès, une analyse plus minutieuse des documents dans lesquels elle s'insère peut laisser penser que cela n'est pas exactement le cas.

Soulignons d'abord que ces documents reprennent les distinctions entre usage, abus ou usage nocif et dépendance (et leurs définitions respectives) qu'ont contribué à diffuser la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS et le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) de l'American Psychiatric Association<sup>34</sup>. Or, ces classifications, et particulièrement le DSM (à partir du DSM III), ont été de ceux qui ont initié le mouvement, relativement récent, de la psychiatrie vers les neurosciences et le cognitivo-comportementalisme, très en vogue

---

<sup>32</sup> A titre d'illustration symptomatique, après qu'il ait expliqué ce qu'il entend par pratiques addictives et ce qu'il convient de faire d'un point de vue sanitaire en matière d'addiction, le Pr Reynaud se voit demander par un journaliste s'il ne définit pas là « toute la charpente du nouveau plan triennal de Madame Maestracci » (Reynaud, 2000, p. 6).

<sup>33</sup> Il peut être intéressant de rapprocher cette définition de celle que donnait Fouquet de l'alcoolologie comme discipline « consacrée à tout ce qui a trait dans le monde à l'alcool éthylique : production, conservation, distribution, consommation normale et pathologique avec les complications 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 » (Fouquet, 1967). On y trouve tout autant une tentative de juxtaposition de différentes disciplines, d'étude des causes variées et des conséquences de tous ordres, de distinction des différents types d'usages, etc.

<sup>34</sup> Certains articles, produits par certains de ceux qui ont participé à ces rapports, argumentent depuis un certain temps déjà en faveur de l'adoption des distinctions établies par l'OMS et le DSM : ils montrent ainsi que l'OMS en 1967, après avoir longtemps insisté sur les différences, « constate (...) les questions de la dépendance à l'alcool et à l'égard des drogues évoluent progressivement vers une approche commune. L'accent est mis sur les similitudes importantes dans l'étiologie et le traitement de ces deux états. Cette évolution conceptuelle trouvera sa pleine expression dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux dit DSM III de l'American Psychiatric Association. Dans le DSM III et le DSM III-R, alcool et drogues sont regroupés dans le même chapitre traitant des "troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives". Deux nouvelles catégories diagnostiques sont individualisées, l'abus et la dépendance, décrites et détaillées pour chacune des substances. Le terme d'alcoolisme, de drogue et de toxicomanie n'apparaissent plus désormais que comme des références historiques » (Lambin et al., 1995, p. 196). De même, pour Hillemand (1997), jusqu'à 1985, la synthèse de Fouquet (alcoolisme = alcoolodépendance) est encore valable ; mais à partir de 1985, les DSM III et DSM IV établiront la dichotomie entre abus et dépendance : il découle de cela que la dépendance physique ne suffit plus pour parler de dépendance et que la dépendance psychologique peut faire partie de l'abus. L'alcoolisme, pour sa part, ne peut plus être défini par la seule dépendance (isolée), ni par la seule nocivité, ni par l'abus prolongé.

dans les milieux psychiatriques anglo-saxons. Comme le rappellent Ehrenberg et Lovell (2001), les rédacteurs du DSM III, constatant que la trop grande liberté laissée à l'interprétation des symptômes (diagnostics trop divers, mauvaise fidélité interjuge, etc.) en raison de l'existence de différentes écoles de psychiatrie qui ne partagent pas les mêmes vues sur les causes des maladies ou des troubles mentaux, nuisait à l'établissement de la psychiatrie comme « véritable médecine », ont opté pour la construction d'un langage présenté comme commun : il s'agissait d'abandonner, dans ce document, les références à la recherche des causes pour laisser place à des réflexions purement syndromiques ; mais ce faisant, ce sont des considérations plus portées sur l'organogenèse et le cognitivo-comportementalisme qui sont venues sous-tendre les classifications proposées. Au point que « le consensus obtenu sur le diagnostic des syndromes a pour résultat de laisser penser qu'il s'agit d'entités naturelles dont on découvrira un jour les dysfonctionnements biologiques sous-jacents qui les produisent comme cela se fait pour le cancer ou l'hypertension » (Ehrenberg et Lovell, 2001, p. 25-26). Les tenants d'approches plus portées sur la psychogenèse des troubles mentaux l'ont bien noté : depuis de nombreuses années, CIM 10 mais surtout DSM IV sont régulièrement dénoncés comme des documents partiels et partiaux ne respectant point les différentes perspectives étiologiques existantes encore actuellement ; certains psychanalystes notamment, en dépit de quelques tentatives de synthèse et de mise en perspective (voir, par exemple, Friedler, 1995), se montrent sans complaisance par rapport au DSM, et critiquent, dans le cas précis des addictions, la définition de la dépendance établie par le psychiatre américain Goodman, régulièrement mobilisée dans les documents dont nous parlions plus haut : « Il est maintenant assuré qu'avec la catégorie des nouvelles addictions "comportementales" et le "Trouble Addictif", c'est bien le cognitivo-comportementalisme qui se propose aux nouvelles classifications pour constituer la théorie et la pratique thérapeutique de référence. Avec A. Goodman, nous apercevons que cette théorie soutient un projet pragmatique qui vise bien plus l'adaptation et la normalisation du comportement que la résolution des conflits, qu'ils se déploient dans la réalité ou qu'ils soient intra-psychiques. Un tel projet est donc bien plus proche du traitement moral que de la perlaboration psychanalytique » (Jacquet et Rigaud, 2000, p. 62). Ou encore : « Là où pour la psychanalyse il s'agit de permettre au sujet de résoudre ses difficultés en découvrant et en perlaborant dans la répétition transférentielle "ce savoir qui ne se sait pas", l'addictionologie tente de réduire les symptômes et de promouvoir l'abstinence du comportement addictif par un enseignement directif, cognitivo-comportemental, et par l'apprentissage de manières plus saines et adaptées » (Jacquet et Rigaud, 2000, p. 65).

Il s'agit là, bien sûr, d'un mouvement et de transformations qui dépassent les seuls champs de la toxicomanie et de l'alcoolologie, et qui concerne la psychiatrie dans son ensemble<sup>35</sup>. Comme l'a notamment montré Zarifian (1996), on passerait lentement d'une clinique psychiatrique à une clinique des symptômes : la psychiatrie s'alignerait ainsi « sur le modèle de la médecine somatique et

---

<sup>35</sup> Cf. par exemple le cas intéressant de la schizophrénie : « Selon ces théories, dites aussi modèles de vulnérabilité, la schizophrénie est une maladie aux causes biologiques, mais qui ne se développe que la personne est confrontée à des événements de vie et à un entourage social stressant et pathogène. Les biologistes se sont donc efforcés ces dernières années de découvrir les causes organiques de la maladie. Au niveau cérébral, la neurophysiologie a permis de comprendre beaucoup plus finement le mode d'actions des médicaments psychotropes. On connaît maintenant les anomalies de la chimie cérébrale des schizophrènes : ils présentent une sur activation du système dopaminergiques sur lequel agissent les neuroleptiques. Par ailleurs, des études de neuroanatomie et d'imagerie cérébrale montrent des troubles du fonctionnement

(banaliserait) son intervention par une réponse technique à des troubles identifiés » (Jaeger, 1998, p. 143). La psychiatrie semble en effet devoir de plus en plus s'alimenter des réflexions et conclusions de plusieurs disciplines, qui dans le cas des addictions, paraissent travailler de concert : neurobiologie, génétique, biologie moléculaire et cognitivo-comportementalisme<sup>36</sup>. Et il n'est pas exagéré d'affirmer que la psychopharmacologie et la psychologie cognitive conteste la légitimité tant théorique que thérapeutique de la psychanalyse (Mucchielli, 1993) : la neuropsychopharmacologie a « remis en valeur le "modèle médical" des maladies mentales » (Hillemand, 1999, p. 311), « tandis que les progrès de la génétique apportaient leur contribution propre » (Ibid., p. 311). On ne s'étonnera pas, dans ces conditions, de constater que ces diverses disciplines, formant le socle scientifique de ce que l'on pourrait qualifier un nouveau paradigme de politique publique, aient une place de choix dans les documents référentiels dont nous parlions plus haut : comme le note le neurobiologiste Arwidson, ce sont ces rapports qui sont venus « sortir du ghetto des laboratoires universitaires les connaissances acquises et (ont) également révélé toutes celles qui nous manquaient » (Arwidson, 2000, p. 21).

## 2. La neurobiologie comme étalon scientifique d'une politique publique

Les approches biologiques prennent un rôle dans la définition des addictions qu'elles n'avaient pas dans le champ de la toxicomanie où les explications d'obédience psychanalytique étaient dominantes (Bergeron, 1999). L'explication étiologique, dans ce champ, relevait en effet principalement d'un « causalisme endogène » (Hervé, 1995 ; Morel et al., 1997), et, en l'espèce, d'une causalité psychique : dans la grammaire (Ogien, 1998) sanitaire professionnelle française de la toxicomanie, la drogue, en soi, n'existait pas ou si peu<sup>37</sup>, et à la limite, pas plus que la toxicomanie comme l'ont finalement montré certains spécialistes (Delrieu et Zafirooulos, 1988) arguant qu'elle ne constituait pas une structure psychopathologique spécifique : la toxicomanie était perçue essentiellement comme secondaire, c'est-à-dire comme le symptôme d'une structure psychopathologique sous-jacente, névrose, psychose ou perversion (le cas de la dépression est plus problématique comme le montre bien Ehrenberg, 1998a).

Dans le champ de l'alcoolologie, ces approches biologiques n'ont pas eu de rôle aussi effacé. En effet, en alcoolologie, la relative discrétion des références psychanalytiques<sup>38</sup>, la reconnaissance déjà ancienne de l'existence probable d'un déterminisme génétique, au moins pour certaines alcoolopathies, la forte prégnance des conséquences somatiques de l'alcoolisation et la plus grande médicalisation consécutive du dispositif thérapeutique (nous y reviendrons) contribuaient à rendre le

---

cérébral. L'origine de ces dysfonctionnements serait à rechercher dans les développements cérébraux, au cours du deuxième trimestre de la vie du fœtus » (Chapelle, 2000, p. 18).

<sup>36</sup> On parle ainsi de la révolution cognitive (Gradner, 1993) au point que, comme le note Dortier (1997), certains n'hésitent pas à assimiler la psychologie dans son ensemble à la psychologie cognitive.

<sup>37</sup> On peut sur ce point faire remarquer que des connaissances comme la pharmacologie, par exemple, ne faisaient pas partie des ressources cognitives d'une bonne part des personnels des centres de soins de la toxicomanie jusqu'à peu (Arsever et Mino, 1996).

<sup>38</sup> Comme le note Rigaud et Louka, en France, les auteurs majeurs d'obédience psychanalytique « semblent s'être, à un moment ou à un autre, arrêtés de publiés » (1991, p. 105). Masselin, Clavreul, Charles Melman, Mijolla et Shentoub (un

champ plus à l'écoute des perspectives et des progrès des neurosciences et des sciences biologiques. Il reste que la « montée en politique » des références génétiques mais surtout neurobiologiques soient chose relativement nouvelle ; à chaque fois que la nouvelle politique des addictions doit être évoquée, c'est la neurobiologie qui est convoquée comme discipline légitimante : « "L'approche produits", ou du moins l'un de ses aspects, nous a permis de comprendre, en effet, qu'au-delà de leur génie pharmacologique propre, toutes ces substances possédaient des propriétés en commun et utilisaient des infrastructures du système nerveux central. La neurobiologie s'efforce, en effet, de mettre en évidence les bases physiopathologiques communes de ces comportements. En perturbant les sécrétions de dopamine, ces substances, quelles qu'elles soient, induisent une pharmacodépendance identique. (...[argument de la polyconsommation]). Tout ceci plaide bien en faveur d'une approche globale des comportements de consommation psychoactives. » (Reyraud, 2000, p. 5). Si l'approche psychanalytique, qui argumente elle aussi mais depuis peut-être plus longtemps et dans sa logique propre<sup>39</sup>, en faveur de la notion générique d'addiction (Jacquet et Rigaud, 2000 ; Jeammet, 2000 ; Pedinielli, 1993 ; Venisse, 1998), est parfois mentionnée comme complémentaire des approches neurobiologiques<sup>40</sup>, il apparaît finalement que ces dernières soient désormais dominantes : ce sont principalement elles, en effet, qui ont motivé la nouvelle politique française des addictions, l'argument scientifique au fondement de cette politique étant celui de l'existence de voies neurobiologiques communes (dopaminergiques) à l'ensemble des dépendances, plutôt que celui, par exemple, révélant la présence de difficultés communes « d'introjections et l'absence de constitution d'un objet interne, la fonction de décharge du passage à l'acte et le rôle du corps » (Pedinielli, 1993, p. 10). L'adoption « en politique » de la notion d'addiction s'est donc bien opérée au motif de conclusions d'abord neurobiologiques, plutôt que sur la base de travaux psychanalytiques qui en argumentaient pourtant la légitimité depuis longtemps. Comme le notent Parquet et al., dans leur introduction – détail important, « au-delà de la diversité de leur génie pharmacologique, toutes ces substances possèdent des propriétés en commun et utilisent des infrastructures du système nerveux central identiques, à côté de leurs actions propres. Il en est ainsi de leur capacité commune à déclencher une pharmacodépendance, en perturbant les sécrétions de dopamine. Lorsque le comportement de dépendance est installé, il est identique quelle que soit la substance qui l'a induite ; les personnalités dépendantes le savent bien, car lorsqu'elles ne disposent plus de leur produit habituel, elles en utilisent d'autres pour clamer les effets du sevrage » (Parquet et

---

seul ouvrage), François Perrier semblent être, pour eux, les seules références psychanalytiques en alcoologie. Mais elles n'ont finalement pas eu d'influence décisive dans le champ. Voir également, Saliba (1982).

<sup>39</sup> En fait, selon cette perspective, l'addiction serait due à une souffrance liée à des assises narcissiques défaillantes, qui se forment dans la très jeune enfance et qui s'actualisent au moment de l'adolescence : « Ainsi, on trouve des failles narcissiques du même ordre derrière des modalités particulières de la relation du sujet à ses investissements (...) dans différentes relations addictives » (Jeammet, 2000, p. 54). Ou encore : « Les principales caractéristiques du modèle des addictions sont de souligner les difficultés d'introjections et l'absence de constitution d'un objet interne, la fonction de décharge du passage à l'acte et le rôle du corps. Chez les sujets présentant des comportements addictifs, les impasses de l'identification sont déterminantes : échec de la constitution de l'objet transitionnel pour MacDougall, impossibilité d'introjection pour Gutton, ou défaillance des régulations narcissiques pour Brusset. L'addiction témoignerait ainsi d'un échec de l'introjection, au sens de constitution de l'objet interne, symbolique, sur le modèle de ce qui s'élabore à travers le jeu de la bobine. Cet échec conditionnerait les relations objectales, poussant le sujet à rechercher des objets externes – double d'un Moi Idéal omnipotent – qui assurent la permanence de son identité, mais dont les défaillances le confrontent à son vide interne » (Pedinielli, 1993, p. 10).

<sup>40</sup> « Cette conception globale des comportements addictifs a déjà été adoptée depuis de nombreuses années par les psychiatres et les psychanalystes qui ont d'ailleurs étendu leur réflexion aux dépendances sans drogue (...). La notion

al., 2000, p. 12). On peut aussi noter dans le rapport Roques : « Ce qui caractérise les recherches effectuées dans le domaine de la toxicomanie depuis environ 5 ans, c'est l'irruption des méthodes de la biologie moléculaire avec, en particulier, le clonage des gènes, l'utilisation des techniques de délétion de gènes, et la quantification des effecteurs biologiques intracellulaires et extracellulaires par microdialyse chez l'animal libre de ses mouvements. Cela a permis d'aborder plus directement l'effet des "drogues" sur la régulation de l'expression des protéines impliquées dans la messagerie cellulaire, d'étudier le rôle de l'environnement (conditions de stress, etc.) dans la prise répétée de ces substances et d'analyser les relations possibles entre addiction et processus mnésiques. Les modèles animaux ont été également adaptés afin de reproduire le mieux possible les conditions de consommation chez l'homme. En dépit de leur caractère très frustré, ces modèles se sont révélés prédictifs des risques d'abus et même d'addiction. Enfin les structures cérébrales impliquées dans la consommation et le phénomène de sevrage ou d'addiction ont été explorées de manière précise, y compris in vivo par les méthodes de la neuro-imagerie » (Roques, 1999, p. 25).

Le modèle neurobiologique paraît donc être aujourd'hui celui qui est le plus régulièrement convoqué pour cerner les phénomènes d'usages et de dépendance, notamment par la capacité qu'on lui accorde à pouvoir fournir (maintenant ou plus tard) des explications concernant des questions de première importance : les passages de l'usage à l'abus, et de l'abus à la dépendance : « La théorie qui semble le mieux étayée actuellement pour expliquer le passage de l'usage à l'abus découle de la définition neurobiologique des états émotionnels donnée plus haut. À ces derniers correspond une stabilisation de réseaux neuronaux régis par des concentrations définies de neurotransmetteurs, y compris de DA et de neuropeptides. L'administration d'une substance psychoactive, en modifiant cet équilibre, associe une sensation plus intense de plaisir à un changement dans les concentrations synaptiques de ces effecteurs, et crée un nouvel état émotionnel. Celui-ci devra être atteint lors d'une nouvelle confrontation avec une situation identique ou similaire. Dans le cas contraire, une sensation de malaise, puis après plusieurs expériences, d'anxiété, sera ressentie. L'usage prolongé d'une drogue et l'établissement de ces nouveaux seuils émotionnels modifient peu à peu les effets subjectifs de la drogue. Ainsi, au cours du développement de la dépendance, on peut observer une diminution progressive de la sensation de plaisir produite par l'administration de la substance accompagnée d'une augmentation de la sensation de malaise quand la drogue n'est plus présente dans l'organisme. La conséquence de ce phénomène est que les consommateurs excessifs vont être finalement incités à utiliser la drogue plutôt pour pallier ces malaises émotionnels que pour obtenir les effets positifs de celle-ci (...). Chez l'homme, la recherche compulsive de drogue est exacerbée lorsque le consommateur se trouve dans le même environnement que celui où il se trouvait lors d'une administration précédente. Une explication à ce phénomène serait que la mise en place de ce nouvel équilibre homéostatique créé par la drogue et caractérisé, en particulier, par un changement dans les concentrations synaptiques de dopamine et opioïdes endogènes est à nouveau exigée lors de la répétition de l'expérience (...). Si cet équilibre n'est pas atteint, il y a frustration émotionnelle qui se traduit par un besoin violent et impérieux de la drogue (...) » (Roques, 1999, p. 33-35).

---

d'addiction est bien référée à la description de comportement – notamment à ceux de consommation de psychotropes – et non aux effets spécifiques de produits » (Reynaud, 2000, p. 5).

En fin de compte, les approches psychodynamiques sont, dans les discours et les documents qui semblent définir la nouvelle politique française, moins souvent mobilisées<sup>41</sup>. La fréquence, par exemple, des dépendances secondaires à la dépression serait ainsi revue à la baisse : « S'il a souvent été considéré que les addictions venaient le plus souvent répondre à une dépression sous-jacente, les récents travaux cliniques, épidémiologiques et neurobiologiques viennent nettement nuancer cette position : la dépression est souvent secondaire à la prise chronique de ces substances psychoactives, à leurs effets biologiques et à leurs conséquences sociales. La dépression est, dans 20 à 50 % des cas, préexistante ; mais elle ne suffit pas à expliquer l'addiction et n'est un facteur de vulnérabilité que pour certains patients » (Parquet et al., 2000, p. 84). Au-delà des discours consensuels, la psychogenèse des addictions est donc de plus en plus contestée, c'est-à-dire réduite à un nombre de cas relativement plus limité ; s'il n'est pas question de nier le rôle de la vulnérabilité psychologique ou psychopathologique dans les mécanismes d'acquisition de la dépendance, il apparaît cependant que cette vulnérabilité n'est qu'un facteur précipitant, et ne s'affiche plus comme la cause essentielle de ces comportements pathologiques.

Il faut voir en fait, comme nous le soulignons plus haut, que la génétique a apporté sa pierre à l'édifice : on le sait, tous les usagers ne deviennent pas abuseurs ou dépendants : « Une raison avancée serait que certaines personnes auraient des systèmes hédoniques moins fonctionnels en raison de particularités de leur patrimoine génétique ou d'évènements de leur vie, avant même toute rencontre avec tel ou tel produit. Des personnes dont la satisfaction d'être spontanée est inférieure à la moyenne (anhédonie) ou ceux qui auraient spontanément besoin de nombreuses sensations nouvelles (sensation seekers), seraient plus particulièrement à risque de devenir dépendants de substances psychoactives, qui seraient en quelque sorte une autothérapie » (Arwidson, 2000, p. 22). Gorwood (2000), dans le cas de l'alcoolisme, montre ainsi que : 1. Il y a unanimité des études d'agrégation familiale : la présence d'une personne atteinte dans la famille augmente « la fréquence de la maladie chez les apparentés, et ce d'autant plus que le degré de proximité familiale est important » (p. 14). Il y aurait 2 à 5 % d'alcoolodépendants en population générale, contre 10 à 50 % dans la fratrie d'un malade alcoolique ; 2. Les études sur les jumeaux font ressortir 50 % de concordance pour les jumeaux monozygotes (ayant le même patrimoine génomique) et 35 % chez les dizygotes (qui ne partagent que 50 % des gènes) ; 3. Les études d'adoption (pour les hommes exclusivement) attestent d'un excès d'atteinte chez les parents biologiques par rapport aux parents adoptifs. Finalement, il y aurait existence d'une convergence d'éléments en faveur « d'un déterminisme génétique des dépendances non spécifique à la substance consommée. La comorbidité et la succession des différentes dépendances dans le temps (...) pourraient faire évoquer la possibilité d'un déterminisme commun aux différentes dépendances. Si la génétique des addictions est plus

---

<sup>41</sup> Les approches psychodynamiques sont même contestées sur un terrain, où l'on pourrait penser qu'elles échappent à la concurrence des neurosciences : les addictions sans drogues. Mais là aussi, une version neurobiologique serait en passe de se constituer : « On s'est rendu compte que ces "addictions sans produits" entretenaient peut-être une dépendance du cerveau à ses propres sécrétions ainsi accrue d'enképhalines : le stress, en effet, met en sur-régime les neurones à enképhalines et à endorphines, ce qui a, entre autres conséquences, d'activer les neurones dopaminergiques. Lorsque le stress disparaît, la sécrétion d'enképhalines est insuffisante, l'activité des neurones à dopamine est déprimée et le sujet est "en manque". Pour "s'auto-doper" en drogues endogènes (...), le sportif ou le joueur "accro" s'adonnerait donc de nouveau à son "addiction" qui, seule, le satisfait. Mais tout cela est encore loin d'être prouvé » (Stinus et al., 1999, p. 94).

pertinente que la génétique de telle ou telle dépendance, on devrait pouvoir repérer une participation significative de la génétique dans le déterminisme des dépendances » (Gorwood, 2000, p. 14).

Bien sûr, comme nous l'avons déjà dit, ces conclusions ne sont pas complètement nouvelles, notamment pour les professionnels de l'alcoologie qui se sont plus spécifiquement intéressés aux travaux des généticiens. Hillemand (1999), par exemple, envisage ainsi l'existence, pour certains sujets, d'une « maladie alcoolique », qui se déclencherait sur la base d'un facteur inné biologique (vraisemblablement d'origine génétique), à condition que « le sujet rencontre un facteur psychologique et un facteur social, ces derniers facteurs (étant) acquis » (Hillemand, 1999, p. 313)<sup>42</sup>. Il reste qu'ils reconnaissent également la possibilité d'un « alcoolisme symptomatique », sans composante biologique de vulnérabilité : l'alcoolisme devient, mais dans ce cas seulement, « un pur symptôme de difficultés psychiques ou de problèmes sociaux » (Hillemand, 1999, p. 75). Or, ce qu'il y a de nouveau, c'est l'idée que les recherches biologiques et en neurosciences parviennent à trancher le débat entre sociogénèse et psychogénèse d'une part, et organogénèse d'autre part : « La découverte de nouvelles données biologiques réduira vraisemblablement encore et peut-être jusqu'à l'extinction le cadre de l'alcoolisme symptomatique (...) » (Hillemand, 1999, p. 314, souligné par nous).

C'est effectivement une tendance des écrits en la matière, même si chacun prend les précautions nécessaires en précisant qu'il ne s'agit là que d'hypothèses et de conjectures. Ce débat, que l'arrivée des psychotropes en psychiatrie dans les années 50 et 60 autour de Delay et Deniker avait relancé (Trillat, 1994, p. 360), promet de s'ouvrir à nouveau même s'il le fera de manière complètement renouvelée. La recherche de médicaments dans le domaine des addictions jouera certainement un rôle clef dans cette perspective. L'hypothèse d'une mémoire cellulaire des addictions en est un bon exemple : « Une personne qui a été dépendante conserve en elle des modifications à long terme dans sa mémoire, mais également probablement au fond de ses cellules. Quelques hypothèses sont faites sur la nature des changements induits à long terme. On constate un changement durable dans l'axe du stress. Chez la personne dépendante, l'axe du stress serait désensibilisé, alors qu'il serait hypersensible après l'arrêt de la consommation. Au niveau intracellulaire, la stimulation des récepteurs membranaires par la dopamine ou les opioïdes conduit à l'activation de protéines qui ont différents rôles dans la cellule (...). La stimulation répétée des récepteurs conduirait à une accumulation de ces protéines activées dont la présence abondante ne pourrait être éliminée, ce qui expliquerait en partie la mémoire cellulaire de l'addiction. D'autres recherches sont encore nécessaires pour comprendre la manière dont les cellules "mémorisent" à long terme un phénomène addictif. Elles permettront peut-être de développer des médicaments permettant non plus seulement de passer le cap du sevrage, mais de traiter la modification cérébrale chronique qui subsiste » (Arwidson, 2000, p. 23, souligné par nous). La recherche de médicaments paraît ainsi devenir un axe de première importance de la recherche sur les traitements de l'addiction : « La connaissance des phénomènes neurobiologique et endocriniens associés à la recherche du produit et à la rémanence de ces effets, permettrait probablement de mettre en œuvre des traitements

appropriés à l'ensemble des addictions, pratiquement toujours associées à une polyconsommation. En l'absence de tels traitements, des efforts importants sont néanmoins consacrés à la mise au point de substances capables de bloquer ou d'atténuer les effets hédoniques d'un produit afin d'en faciliter le détachement et la normalisation des fonctions physiologiques altérées par la consommation abusive. Le bien-fondé de ces approches est désormais admis par la grande majorité des thérapeutes. L'efficacité des traitements pharmacothérapeutiques contre les toxicomanies conduit, d'après O'Brien (1996,) à des succès qui sont dans la gamme de ceux obtenus dans des domaines comme l'asthme ou le diabète » (Roques, p. 283-284, souligné par nous).

Mais en définitive, et c'est là où nous voulions en venir, que la vulnérabilité individuelle soit d'origine génétique ou dépende de l'histoire personnelle de l'individu en question<sup>43</sup>, il semble désormais « admis que la dépendance psychique traduit un dysfonctionnement neurobiologique durable des systèmes dopaminergique, mésolimbique et opioïde, provoqué par les substances psychoactives », qui expliquerait « le malaise psychique majeur que ressentent les sujets dépendants lors du sevrage » (Parquet et al., 2000, p. 27, souligné par nous). La dépendance aurait une traduction biologique, que l'on ne peut guère plus – c'est cela qui relativement nouveau – ignorer dans les traitements. Dans ces conditions, une stratégie médicamenteuse paraît de plus en plus nécessaire : présentée de façon provocante et en poussant au plus loin la logique de ces arguments, l'on est tenté de se demander, en effet, si la parole échangée dans le cadre d'une relation duelle et la perlaboration psychanalytique peuvent encore réussir à corriger l'allostasie, entendue comme un dérèglement durable, du système hédonique ?

Que l'on nous comprenne bien : il ne s'agit pas dans ces lignes ni de dénoncer la montée d'explications d'ordre biologique concernant les addictions, ni, bien sûr, d'affirmer que ces mêmes explications ont définitivement et objectivement triomphé dans le champ. Nous l'avons déjà fait remarquer, la plupart des écrits consultés et professionnels interviewés rappellent combien les incertitudes sont nombreuses et les conclusions de portée limitée : les territoires à défricher sont en ce domaine encore extrêmement vastes. Il s'agit cependant, dans le cadre de cette réflexion sociologique, de souligner les points suivants : 1. Les recherches biologiques et neurobiologiques, tout comme le cognitivo-comportementalisme, apparaissent comme des références de plus en plus mobilisées dans le cadre de la nouvelle politique française, et que conséquemment, les approches

---

<sup>42</sup> Voir également : « en l'absence de terrain génétique prédisposant, l'alcoolisation et même les états d'ivresse sont possibles sans conduire inéluctablement à l'alcoolisme. Inversement, lorsque ce terrain génétique existe (facteur causal), l'alcoolisme n'apparaîtra que sous l'effet inducteur des facteurs psychosociaux (facteurs déclenchants) » (CESSPF, 1997, p. 9).

<sup>43</sup> « Tous les individus qui utilisent des drogues ne deviennent pas nécessairement dépendants. Il existe donc des vulnérabilités individuelles ou des processus de protection vis-à-vis de la toxicomanie. Une part est bien sûr innée : nous venons d'envisager la part de la vulnérabilité génétique, la sensibilité aux substances psychoactives des circuits dopaminergiques diffère d'un individu à l'autre, comme nous l'avons vu dans les lignées pures animales. Mais la susceptibilité dépend aussi de l'histoire de l'individu, en particulier des situations stressantes ou conflictuelles qu'il a pu rencontrer au cours de son existence. De cette histoire individuelle dépendent le seuil de stimulation et la sensibilité des circuits dopaminergiques, mais aussi corticotropes et opioïdiques. – Des stress provoqués avant la naissance, ou juste après celle-ci, augmenteraient les comportements d'auto-administration (...) ; - Différents auteurs (...) ont montré que des stress répétés augmentaient l'auto-administration d'alcool et d'amphétamine ; - La privation de relations sociales entre animaux ou entre jeunes et adultes stimule l'auto-administration de composés très variés (alcool, héroïne, cocaïne, THC) par rapport aux groupes contrôle (...) ; Le stress active la libération de dopamine et, selon toute vraisemblance, des stress chroniques augmentent ce seuil (...) ; - Les sécrétions de corticoïdes induites par le stress augmentent la réactivité aux produits toxicomanogènes des neurones libérant la dopamine. Ces différents travaux mettent en évidence que la vulnérabilité neurobiologique, traduisant une sensibilité des circuits impliqués dans les différents mécanismes de dépendance, est variable d'un individu à l'autre. Cette sensibilité des différents circuits est influencée et modulée par les



psychodynamiques semblent être moins défendues dans les réseaux de politiques publiques qu'elles n'ont pu l'être par le passé, au moins dans le champ de la toxicomanie ; 2. Ces explications, en cela, peuvent être considérées comme construisant la légitimité scientifique du nouveau référentiel de politique publique concernant les addictions et les pratiques addictives ;

« Petite précision : cette fameuse histoire de dopamine comme élément commun. Ce que les non neurobiologistes ne savent pas c'est que la dopamine représente en fait un élément commun à toute expression comportementale. La dopamine est nécessaire à la motricité, à la focalisation de l'attention autant qu'à l'activation du circuit de la récompense... De toute évidence, certains produits ont des effets très faibles sur la dopamine, tout en ayant des effets addictifs non négligeables. Il existe par ailleurs des produits qui augmentent la libération de dopamine et qui ne déclenchent pas de comportements addictifs. Pour comprendre les mécanismes de la toxicomanie, il faut évidemment tenir compte d'autres facteurs. Cette idée de communauté dopaminergique entre les substances addictives (...) est en fait une astuce de présentation qui a dépassé plus ou moins volontairement les chercheurs et qui a été récupérée, d'abord par certains cliniciens, puis ensuite utilisée par les politiques afin de "mettre un peu d'ordre là-dedans". »  
Un Chercheur travaillant dans le champ

3. Ces approches ne recueillent l'adhésion que d'une partie des professionnels concernés ; autrement dit, leurs succès « politique » n'implique aucunement l'adhésion mécanique des secteurs qui auront à mettre en œuvre la nouvelle politique publique sur le terrain ; ce succès consacre plutôt la montée d'une nouvelle forme d'expertise et d'experts, plus proches de la recherche universitaire que ne l'étaient leurs prédécesseurs, plutôt cliniciens ; finalement, ceci signifie que tous les professionnels de terrain ne sont pas également disposés à accepter pareille politique ; 4. Enfin, les conclusions actuelles d'une bonne part de ces travaux sur la chronicité des dysfonctionnements neurobiologiques, qu'ils s'établissent sur la base d'une vulnérabilité innée ou acquise, conduisent à placer la découverte de médicaments comme l'un des cœurs de la recherche, (et donc des thérapies ?)<sup>44</sup> à venir : en cela, elle participe d'une tendance à la médicalisation du soin de « pathologies », qui sur le terrain, ont pris coutume de mobiliser d'autres types de ressources, comme nous allons le voir.

### 3. Nouvelles définitions, nouvelles cibles, nouvelle politique de santé publique

Comme suggéré plus haut, cette nouvelle politique entend donc distinguer 1. L'usage individuellement et socialement réglé, qui n'entraîne pas de complications ni de dommages ; bien sûr, le caractère licite ou illicite des produits n'est pas retenu comme un critère ; c'est important : ce que nombre de sociologues (Par exemple : Biernacki, 1986 ; Preble et Casey, 1969 ; Castel et Coppel, 1991, 1992, 1994 ; Feldman, 1968, 1973 ; Granfield et Cloud, 1996 ; Hanson et al., 1985 ; Vedelago ; 1994 ; Zinberg, 1974) avaient pointé dans leurs recherches trouve enfin sa traduction dans une politique sanitaire : il est expressément reconnu que des comportements d'usage de produits illicites,

---

stress environnementaux, que ceux-ci soient périnataux, infantiles ou même de l'âge adulte (en particulier pour les stress sociaux ou les privations relationnelles) » (Parquet et al., 2000, p. 111).

<sup>44</sup> Parler ne serait-ce que de l'éventualité de médicaments traitant l'addiction à proprement parler, aura fait rire aux éclats bien des intervenant en toxicomanie il y a quelques années seulement.

y compris (?) ceux réputés les plus tyranniques, peuvent ne pas entraîner de dommages ; 2. L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM), présentés comme des comportements entraînant des dommages biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et/ou culturels : « le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits » (Parquet et al., 2000, p. 24) ; 3. La dépendance, enfin, définie (reprise des définitions établies dans la CIM 10 et le DSM IV) « comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet » (Parquet et al., 2000, p. 25-27). C'est en fait la définition de Goodman qui est ici mobilisée : la dépendance est, selon lui, un « processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. »

Sur la base de ces définitions sont posées de nouvelles ambitions : une politique de santé publique en direction des personnes en difficulté avec les produits psychoactifs doit être menée ; d'une certaine manière, cette nouvelle politique des pratiques addictives est une « chance » pour les problèmes liés à l'alcoolisation, « vieux » risques sanitaires qui ont connu pendant longtemps « quelques difficultés à exister comme problème(s) public(s) » (Gilbert, 1999, p. 13), et qui se voient, à cette occasion, accéder à l'agenda public. En effet, l'alcoolodépendant et le toxicomane ne doivent plus être les seules cibles de la politique sanitaire en la matière : « Les comportements de dépendance et d'usage nocif (ou « abus ») sont les deux catégories les plus validées, leurs critères de définition font l'objet d'un vaste consensus international. (...) L'usage nocif nécessite qu'un très grand nombre d'acteurs sanitaires et sociaux œuvrent ensemble avec les intervenants des actuels dispositifs spécialisés alcool/toxicomanie (...). C'est dans le cadre de l'usage nocif que se situe la politique dite de réduction des risques, les risques devant être compris bien au-delà des risques sanitaires, et notamment infectieux » (Parquet et al., 2000, p. 14). Alors que le champ de la toxicomanie avait été, sous le coup de l'arrivée du Sida, sommé, il y a quelques années déjà, de mener une politique de réduction des dommages à destination de tous les injecteurs, qu'ils soient occasionnels, réguliers ou dépendants, et qu'ils souhaitent ou non arrêter leur consommation de produits, le champ de l'alcoologie, dans le cadre de cette nouvelle politique des addictions, doit suivre pareille direction : « Les dommages induits par les conduites d'alcoolisation, correspondant aux problèmes de santé les plus nombreux et les plus graves, sont pris en charge par le dispositif général de santé, qui néglige le plus souvent les conduites d'alcoolisation elles-mêmes. C'est ce que l'on appelle l'alcoologie implicite. La lutte contre l'usage nocif (définition de l'OMS) ou l'abus d'alcool, lequel précède durant de longues années la dépendance, doit être un objectif nouveau et prioritaire. Trois objectifs prioritaires doivent donc être développés : l'optimisation de la prise en charge du comportement d'alcoolodépendance ; la prise en charge de l'usage nocif qui est, de beaucoup, le problème de santé publique le plus important ; le développement de la prévention de l'ensemble des conduites d'alcoolisation de la population, notamment dans les populations à risque » (Parquet et Reynaud, 1999, p. 13).

En définitive, cette politique de santé publique a une cible considérablement élargie : elle doit s'atteler aux pratiques addictives. Or, pour les documents dont nous avons parlé plus haut, l'addiction désigne tout autant la dépendance que l'usage nocif ou l'abus<sup>45</sup> ; de son côté, les pratiques addictives concernent toutes les formes d'usages : les addictions ainsi définies, mais aussi les usages simples<sup>46</sup> ; deux fusions conceptuelles sont donc opérées dans ces documents : 1. Une fusion dans la notion générique d'addiction de tous les comportements pathologiques, c'est-à-dire ceux des abuseurs et ceux des dépendants et ce, quels que soient les produits utilisés ; 2. Une fusion dans le vocable de « pratiques addictives » des trois catégories repérées : usage, abus et dépendance. Au total, une telle politique est susceptible de concerner un nombre considérable de personnes.

Au terme de cette partie, on comprend mieux dans quel contexte se situent les décisions du gouvernement (et de la MILDT) consistant à vouloir inscrire la politique sanitaire en matière d'alcoolisme dans une logique de santé publique. On comprend mieux aussi qu'une telle politique doive également s'intéresser aux abuseurs et aux usagers « simples », en recommandant que les hôpitaux et les médecins généralistes redeviennent des lieux de diagnostic et de traitement de l'alcoolodépendance et ne se contentent plus de ne traiter que les seules conséquences somatiques, psychologiques ou psychiatriques de la consommation. L'extension de la cible visée par la politique sanitaire (prise en compte des usagers, des abuseurs) et l'inscription du champ dans une logique de santé publique doivent ainsi conduire à la constitution d'un dispositif cohérent, œuvrant de concert pour la prévention, le traitement et la prise en charge des conséquences de toutes les pratiques (addictives) d'alcoolisation.

On comprend mieux, enfin, pourquoi un rapprochement de structures professionnelles – dispositif toxicomanie et dispositif alcool – travaillant jusqu'alors de manière cloisonnée soit aujourd'hui rendu incontournable : bases neurobiologiques communes aux différentes formes d'addiction, répétition des pratiques addictives, importance des comorbidités entre addictions, fréquence du passage d'une addiction à l'autre (Valleur, 1998), augmentation des conduites d'alcoolisation chez les substitués au Subutex® et à la méthadone<sup>47</sup> et croissance de la polyconsommation chez les jeunes usagers sont autant de constats qui militent en faveur d'un rapprochement institutionnel et de la conduite d'une politique d'ensemble. Sur quelles bases ? est une question, nous le verrons, d'une importance certaine.

---

<sup>45</sup> Parlant de la définition de la dépendance de Goodman : « Un certain nombre d'auteurs ont assimilé cette notion d'addiction au comportement de dépendance, ce qui ne permet pas de travailler sur la période précédant la dépendance, sur les mécanismes de "craving" déjà présents lors de l'usage nocif, et de comprendre pourquoi certains sujets poursuivent un comportement malgré la connaissance qu'ils ont des conséquences négatives. Nous considérons donc, quant à nous – et ceci est contenu dans la définition de Goodman –, que l'addiction inclut les comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives : l'usage nocif (CIM 10), l'abus (DSM IV) et la dépendance "Reynaud" » (Parquet et al., 2000, p. 15).

<sup>46</sup> « Nous proposons que soit appelé "pratiques addictives" l'ensemble des comportements de consommations de substances psychoactives, car ils présentent, à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive, reposent sur les mêmes déterminants. Les pratiques addictives sont définies, dans une démarche descriptive, de l'ensemble des comportements de consommations de substances psychoactives – usage, usage nocif et dépendance – et dans une démarche compréhensive, par l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution – pérennisation ou cessation » (Parquet et al., 2000, p. 15-16).

<sup>47</sup> « 25 % environ des sujets sous méthadone développeraient une dépendance à l'alcool. Là encore, certaines données tendent à indiquer que ce sont les jeunes toxicomanes qui avaient connu l'alcool avant le début de leurs conduites toxicomaniaques qui se tournent préférentiellement vers une consommation abusive d'alcool après l'arrêt de l'usage de drogues (...) » (Parquet et al., 2000, p. 49).

## PARTIE II : PRATIQUES PROFESSIONNELLES, ENGAGEMENTS THERAPEUTIQUES ET RECHERCHE DES PATIENTS A TRAITER

C'est à partir de l'analyse du fonctionnement typique des dispositifs départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool, que nous voulions réfléchir sur les modalités de la mise en œuvre d'une politique globale des addictions. Le parti-pris de ce travail de synthèse est de présenter ce qui est finalement commun à l'ensemble des dispositifs locaux étudiés : il s'agit de trouver des critères d'organisation et de compréhension qui puissent rendre compte de la diversité des réalités de terrain. Il s'agit donc, dans cette partie, de documenter et d'étayer les trois constats principaux que nous avons présentés en introduction.

### Chapitre I : Les deux formes d'une intervention principalement curative

#### 1. Un dispositif centré sur la maladie, favorisant l'action curative de l'intervention sanitaire

##### 1.1. La polarisation curative : quelques hypothèses d'explication

Le constat d'une polarisation curative des dispositifs locaux dépasse bien évidemment les différences de perspectives thérapeutiques existant sur le terrain, les engagements politiques des acteurs, la culture et l'histoire particulière de tel ou tel département, etc. ; presque partout où nous nous sommes rendus était mis en avant l'action principalement curative des structures et des soignants : quand on travaille dans un centre spécialisé en alcoologie, en France, l'on se préoccupe essentiellement du traitement de l'alcoolodépendance et de certaines de ses conséquences<sup>48</sup> ; et si l'on n'hésite pas à informer et mettre en garde les buveurs excessifs que l'on rencontre nécessairement, ceux-ci ne sont pourtant pas considérés comme le cœur de cible des CCAA et bien sûr des UA ; il arrive même parfois que certains professionnels considèrent leur rencontre comme une perte de temps et d'énergie, eu égard au travail qu'ils ont déjà avec les « vrais malades de l'alcool » et au manque de moyens correspondants à leur disposition. D'une manière générale, la prévention, si elle peut représenter jusqu'à 30 % des activités déclarées de certains CCAA (les UA sont, bien sûr, peu concernées par ce volet d'intervention), est regardée comme secondaire et est parfois même, instrumentalisée au service du soin, du « bon soin » (nous y reviendrons plus tard).

---

<sup>48</sup> Ainsi, dans les CCAA, 66.1% des patients rencontrés sont perçus comme alcoolodépendants ; 21.3% comme des buveurs excessifs et 12.6% comme buveurs occasionnels (Ministère de l'Emploi et de la solidarité, 1998).

« On fait de la prévention sur le secteur, c'est très difficile, car on cherche encore comment faire. Mais on ne peut pas se contenter de faire des soins, même si la dérive est de ne faire que ça, d'autant plus qu'on est dans un CMS. »  
Un médecin, CCAA, 93

Ce constat n'a rien de nouveau : en 1946 déjà (Thiry-Bour, 1996), puis souvent depuis cette date (Cf. la circulaire de 1975 que nous citons en note un peu plus haut), il a été recommandé au dispositif spécialisé d'intervenir plus en amont, et de ne point se focaliser sur la seule alcoolodépendance avérée. Récemment, le rapport des Pr Parquet et Reynaud ne montrait pas autre chose ; le dispositif spécialisé repose depuis longtemps sur deux principes : la désintoxication (sevrage) et la consolidation de l'abstinence (postcure). Il a été créé dans une économie de plein emploi. Mais il y a, selon ces auteurs, nécessité aujourd'hui de le modifier de façon à ce qu'il s'adapte au nouveau contexte socio-économique et aux nouveaux comportements d'alcoolisation. « 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 en direction des usagers à risque. Toute la période précédant l'installation de la dépendance, qui s'étale sur une quinzaine d'années durant lesquelles surviennent et s'aggravent la plupart 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 » (Parquet et Reynaud, 1999, p. 101).

Comme souligné dans la première partie, il est difficile dans ces pages de rendre compte de la polarisation curative d'un dispositif pourtant régulièrement appelé par les textes à engager de nombreuses actions de prévention. On peut cependant rappeler que l'accent sur le traitement curatif est une tendance lourde de la médecine, du modèle public de santé et des politiques de santé en France (Morelle, 1996 ; Murard et Zylberman, 1996 ; Setbon, 1993). Selon Setbon, le triomphe de la démarche curative individuelle en France « tient plus à sa capacité à épouser les valeurs dominantes d'égalité (par l'accès), de liberté individuelle (par le choix) et de solidarité (par mutualisation) qu'à une pertinence face aux différents problèmes » (Setbon, 1996, p. 17). Toujours est-il qu'il est tout à fait significatif que dans les années 80, la part des dépenses de santé pour la prévention ne dépasse pas les 2, 5 % : en effet, « l'action collective sur le risque a été délaissée au profit d'une approche centrée sur l'individu » (Steffen, 2000, p. 11). Il a fallu, en fait, attendre l'arrivée du Sida pour que l'on assiste à l'introduction d'une logique de santé publique en France<sup>49</sup>, même si les supports de prévention ont dû être, pour cela et au départ, inventés « à la périphérie de l'Etat-providence » (Ibid., p. 11).

Tout compte fait, on voit mal, dans ces conditions, comment le champ spécifique de l'alcoologie aurait pu échapper à une tendance d'envergure nationale. D'autant, comme nous l'avons déjà noté, que les champs en formation doivent impérativement savoir construire leur légitimité dans le champ de référence, et dans notre cas, à l'intérieur du champ médical : or, si les valeurs légitimes dans le champ de la santé français sont celles attachées au traitement individuel de la pathologie, il est compréhensible que les spécialistes en alcoologie, en quête de reconnaissance, aient recherché à

se spécialiser sur l'alcoolodépendance ; on pourrait finalement postuler l'hypothèse qu'un sous-champ, en France, est d'autant plus porté sur le versant curatif de l'intervention, qu'il souffre d'un manque de légitimité dans le champ plus général de la santé ; nous le verrons, par exemple, pour les médecins des UA en milieu hospitalier : réaliser des sevrages pour des patients bien motivés, c'est-à-dire bien avancés dans la trajectoire de l'alcoolodépendance, et qui ne reviennent pas (ou moins souvent) pour de multiples autres sevrages, est l'un des moyens, vis-à-vis de leurs collègues des autres services hospitaliers, de montrer qu'ils savent soigner, qu'ils peuvent être efficaces ; c'est, autrement dit, l'un des moyens de se construire une certaine crédibilité médicale dans un environnement qui se gausse souvent des pratiques spécialisées de l'alcoologie.

## 1.2. Essai de chaîne thérapeutique

Afin de rendre clair les propos qui vont suivre, il nous paraît nécessaire de présenter la chaîne thérapeutique de la prise en charge de l'alcoolodépendance, en précisant bien évidemment qu'il s'agit là d'une formalisation, qu'elle n'épuise donc pas l'ensemble des pratiques des acteurs sur le terrain, et qu'elle est, bien sûr, constamment retravaillée dans le cadre des prises en charge de patients. Cette formalisation, qui s'appuie sur celles établies par le CESSPF (1997) et par Parquet et Reynaud (1999) mais surtout sur celle de Hillemand (1999), va ainsi nous permettre de positionner les structures les unes par rapport aux autres dans le champ de l'alcoologie, mais aussi dans celui de la toxicomanie, dans la mesure où toutes ne se conçoivent pas intervenir sur toute sa longueur et concentrent plus volontiers leur activité sur un de ses segments.

Notons, avant de commencer, qu'à de rares exceptions près (présence minoritaire dans notre échantillon de quelques partisans du « boire contrôlé »), la majorité des structures qui traitent l'alcoolodépendance, considèrent l'abstinence totale et définitive comme une fin, mais surtout comme un moyen : les alcoolodépendants, qui ont « perdu la liberté de s'abstenir » pour reprendre la célèbre formule de Fouquet, doivent arrêter toute consommation d'alcool et envisager durablement leur vie sans éthanol.

Selon Hillemand (1999), il existe trois grandes phases dans le traitement des alcoolodépendants :

1. **Phase 1** de maturation de l'éclosion du désir de sevrage avec :
  - a) Une période de déni de l'alcoolisme, même si le patient peut le comprendre intellectuellement parlant ;
  - b) Puis survient une période d'acceptation de son alcoolodépendance : c'est ici que se forme, pour parler de manière imagée, le « déclic » du désir de sevrage. Cela peut prendre quelques semaines, quelques mois et parfois plusieurs années. Sans cette maturation, les soins seraient voués à l'échec. Dans ce contexte, le but du premier accueil et des premiers

---

<sup>49</sup> C'est une thèse qui est d'ailleurs en partie contestée par Borraz et Loncle-Moriceau (2000) dans le cas des politiques locales de prise en charge du VIH / Sida.

entretiens tient en la reconnaissance du problème, le renforcement de sa demande de sevrage, et l'établissement d'une relation de confiance. D'où la difficulté régulièrement pointée par les professionnels de soigner un alcoolique sous injonction ou astreinte aux soins. Cet accompagnement, en principe, n'est pas forcément entrepris par un médecin, mais le plus souvent par la personne avec laquelle le patient a « accroché » : il peut être éducateur, assistante sociale, membre d'une association d'anciens buveurs, etc. ;

2. **Phase 2** dite de mutation. Selon Hillemand (1999) toujours, c'est une double mutation que doit réaliser le malade : 1. Passage d'une vie avec à vie sans alcool ; 2. Passage d'une marginalité (alcoolodépendance) à une autre (abstinent dans une société de buveurs). Là encore, dans les soins, on peut distinguer deux phases et, éventuellement, une troisième :

a) Le sevrage à proprement parler : prévention d'un syndrome de manque : réhydratation massive, vitaminothérapie (B 1), tranquillisants et anxiolytiques. Il dure une petite semaine. Il peut être ambulatoire ou hospitalier quand la nécessité de couper avec le milieu d'origine du patient est constatée, quand il s'agit de prévenir une forte dépression consécutive à l'abstinence, un risque de delirium tremens ou quand le patient a échoué à de nombreuses reprises en milieu ambulatoire ;

b) L'initiation à l'abstinence : il s'agit de la remise en forme physique (vitaminothérapie, diététique) du patient, phase qui dure de 15 jours à 3 semaines. Elle peut se réaliser en ambulatoire, notamment quand il n'y a pas de dépression masquée par l'alcool, ou à l'hôpital ; un suivi médical est recommandé (dépression sévère et syndrome de manque) et les associations d'anciens buveurs à ce stade-là, tant pour le sevrage que pour cette initiation à l'abstinence, ne seraient pas considérées par la plupart des professionnels comme compétentes. C'est pendant cette période que l'on s'occupe du traitement des complications somatiques ou psychiatriques. Cette initiation :

– Prévoit souvent un soutien psychothérapeutique : psychothérapie de groupe (aider à recomposer avec autrui) comme le psychodrame, l'analyse transactionnelle, les psychothérapies familiales ; psychothérapie individuelle : psychothérapie de soutien. Mais l'ergothérapie (rééducation du geste et des relations), les méthodes gymniques de relaxation et les psychothérapies comportementales sont également mobilisées ;

– Est souvent accompagnée de médicaments : a) médicaments aversifs – dont l'usage est très discuté – comme l'Espéral (Disulfirame) qui provoque un effet dit « antabuse » : flush (chaleur intense du visage, larmoiement, tachycardie, hypotension, nausées, vomissements diarrhéiques et céphalées). Ces cures sont appelées des crises de dégoût : « Leur principe, fondé sur les théories comportementales, est de créer un conditionnement aversif pour l'alcool. Elles sont, en France, de moins en moins pratiquées, certains centres y restant cependant attachés » (CESSPF, 1997, p. 66) ; b) Piqûres chauffantes (Sulfate de magnésium) qui crée un conditionnement positif à l'eau ;

c) Médicaments visant à réduire l'appétence à l'alcool : le plus connu est l'Aotal dont l'usage tendrait à se développer ; d) Les psychotropes : antidépresseurs et anxiolytiques<sup>50</sup>.

c) Une phase de réadaptation et de consolidation est parfois nécessaire, pour ceux dont la motivation à l'abstinence est faible ou « dont les atteintes somatiques, neurologiques et psychiatriques nécessitent encore du temps et des soins » (Parquet et Reynaud, 1999, p. 154). On a donc poursuite des soins somatiques et psychologiques pendant 1 à 3 mois en moyenne, mais ceux-ci peuvent se prolonger. Ils s'opèrent le plus souvent dans des structures de moyen séjour et de réadaptation au sens de la loi hospitalière du 31 juillet 1991.

3. **Phase de l'abstinence absolue et définitive** : cette phase peut être là encore distinguée en deux périodes :

a) Une phase de réinsertion : c'est la phase réputée la plus délicate, celle de la réalité quotidienne sans alcool. Au moindre problème, il y aurait risque de rechute. Quand la désinsertion sociale est forte, il est donc nécessaire d'envoyer le patient en postcure ; il faut un suivi avec un médecin généraliste, un alcoologue, un psychiatre, quelque fois un psychanalyste ou des groupes d'anciens buveurs pour consolider son abstinence et sa motivation ;

b) Phase de consolidation : sa durée reste indéfinie. Le plus grand danger reste les phases de « craving », « véritables orages au bout d'intervalles libres de trois, six voire dix-huit mois avec envie fulgurantes de boire » (Hillemand, 1999, p. 119). Ici, rôle des anciens buveurs peut être clef.

## 2. Étape ou suivi ou long cours : les deux modes de l'intervention curative

Typiquement, nos enquêtes de terrain dans les quatre départements concernés font ressortir deux formes d'engagement, tout autant polarisé sur l'action curative, dans le traitement de l'alcoolodépendance : 1. La première forme d'engagement dans le traitement concerne des structures qui se perçoivent agir ponctuellement, à un moment donné de la prise en charge, et qui de ce fait ont nécessité d'articuler leur activité avec un réseau de partenaires susceptibles de prendre le relais, une fois l'étape menée à terme ; ces structures considèrent ainsi être un des maillons d'une chaîne

---

<sup>50</sup> En général, les tranquillisants ne seraient pas justifiés au-delà des premières semaines de sevrage sauf : « dans les alcoolismes secondaires aux états névrotiques (anxiété généralisée, troubles anxieux aigus, troubles phobiques) ; dans certaines formes primaires d'alcoolisme marquées par l'intensité du besoin impulsif de boire entraînant des consommations intermittentes et massives ; lorsqu'une anxiété importante réapparaît, malgré la poursuite du sevrage, témoignant de difficultés à aménager les relations interpersonnelles sans le support de l'alcool » (CESSPF, 1997, p. 67). Les antidépresseurs sont, eux, donnés en cas de dépressions tardives du sevrage, quand l'état dépressif perdure malgré l'arrêt de l'intoxication, « en cas de maladie dépressive primaire dont l'alcoolisme apparaît comme une conséquence » (CESSPF,



thérapeutique qu'elles ne contrôlent pas ; 2. La deuxième forme d'engagement est celle de structures spécialisées qui considèrent devoir assurer le suivi au long cours du patient, et qui en conséquence, n'ont besoin de coopérer avec d'autres structures, spécialisées ou non, que dans les cas où la prise en charge nécessite une prestation ou une ressource qu'elles ne possèdent pas en interne. Ces structures, inscrivant leur activité dans la longue durée, seront dites captantes, dans le sens où elles doivent, autant que possible, maintenir des liens sérés avec les patients et rester leurs référents principaux tout au long de leur parcours thérapeutique : elles se conçoivent donc comme le centre d'un réseau disposé en étoile et établissent dans cette optique des relations avec les structures qui leur assurent un retour à l'envoyeur des patients.

S'il n'est pas possible d'associer systématiquement un type d'organisation à une forme d'engagement<sup>51</sup>, on peut cependant dresser quelques tendances ; ces dernières sont au nombre de trois : les CCAA sont plus captants que les UA ; les CCAA plus portés sur le suivi psychothérapeutique le sont tendanciellement plus que ceux qui le sont moins ; et les CCAA qui sont moins bien dotés en personnel le sont moins que les autres.

### 2.1. UA et CCAA : étape contre suivi

C'est la plus évidente des tendances, notamment parce qu'elle était fonctionnellement recherchée : dès le départ, pour le dire de manière caricaturale, le dispositif spécialisé s'est constitué sur une répartition des rôles, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, qui prévoyait que les CCAA (alors CHAA) se consacrent au suivi au long cours tandis que les sevrages, pour des personnes aux profils plus abîmés, qui nécessitent un plateau technique et un encadrement étoffé, soient réalisés, c'est une évidence, à l'hôpital. Les UA ont donc eu tendance, naturellement, pour ainsi dire, à se spécialiser sur l'étape de sevrage et le court soutien qui lui fait suite, sans être à même d'assurer elles-mêmes un suivi au long cours. Cette compétence technique, médicalisée, s'inscrivant dans le court terme, est d'ailleurs très souvent revendiquée dans les UA.

« Il faut souvent faire attention avec les patients pour qu'ils ne deviennent pas hospitalophiles, ici ce n'est pas leur résidence secondaire. »  
Une infirmière, UA, 59

« Il ne faut pas que leur dépendance passe d'un produit à notre service. On a eu le cas d'un patient qui a déménagé pour pouvoir voir l'hôpital de sa fenêtre. »  
Une surveillante, UA, 59

« L'idée du service c'est de ne pas maintenir la dépendance du patient au service. C'est un lieu de passage, tout s'amorce ici, ensuite ils sont orientés vers des post-cures. »  
Un infirmier, UA, 59

---

1997, p. 67). Les neuroleptiques sont, eux, prescrits quand l'alcoolisme est secondaire à une schizophrénie, psychose alcoolique avec délire et hallucination, et quand il y aurait existence de conduite d'ivresse avec de graves actes antisociaux.

<sup>51</sup> En effet, nous avons pu constater que parmi les CCAA, qui sont en général des structures plutôt captantes, certains se limitent, faute de moyens en personnel, à faire de l'accueil et de l'orientation de patients, sans assurer de suivi au long cours ; à l'inverse, s'il s'avère que la plupart du temps les UA limitent leur activité au sevrage et au court suivi qui lui fait suite (1 à 3 semaines), on a pu en rencontrer certaines qui s'étaient données les moyens d'assurer un suivi au long cours.

Il faut voir également que la consultation en alcoologie, parce qu'elle ne peut se faire dans un temps limité qu'au risque de ne pas nouer de relation de confiance avec le patient, est une activité coûteuse pour les hôpitaux (cf. PMSI et points ISA) : le système d'évaluation hospitalier, on le sait bien, favorise la comptabilisation d'actes purement médicaux et rapides, ce qui n'incite guère le développement au sein des hôpitaux d'activités reconnues pourtant comme nécessaires par les professionnels de l'alcoologie qui y travaillent.

« À l'hôpital, on ne rencontre pas d'hostilité particulière mais il y a des problèmes. Le budget est régi par un système de points ISA attribués selon le nombre de malades, les pathologies, les actes. Le total obtenu est ensuite multiplié par un coefficient fixé par l'ARH qui fixe in fine les budgets. Nous sommes exclus de ce système (avec la toxicomanie et l'hémodialyse). On coûte beaucoup mais on ne rapporte rien à l'hôpital, nous on n'opère pas... »  
Un médecin, UA, 59

« En ce qui concerne l'UA, avec le système PMSI et les points ISA, tout est évalué en termes d'actes médicaux : c'est la même chose de filer simplement des médicaments ou d'organiser des ateliers, de faire des suivis psychologiques... Du coup, en termes d'actes, on n'a pas grand chose à l'UA. Pour un CH, ce n'est pas très intéressant d'avoir une unité d'alcoologie, ça ne rapporte pas de fric. »  
Un responsable, UA, 59

Pareil constat peut, d'ailleurs, être fait pour certains des CCAA rattachés à des centres municipaux de santé : certains d'entre eux, en effet, vivent l'appartenance à un dispositif institutionnel plus axé sur la médecine générale non spécialisée comme nuisant aux consultations d'alcoologie et niant les contraintes spécifiques de cette clinique particulière ; s'inscrivant d'emblée dans le cadre d'un suivi, ils ressentent, encore plus difficilement que leurs confrères d'UA, ces contraintes comptables : car là aussi, évaluation et comptabilisation à l'acte, réduction des coûts et rationalisation des soins sont perçues comme n'étant guère favorables à la pratique alcoologique.

« Le plus important, c'est la première consultation ; il faut être disponible pour préparer le travail ultérieur, mais ce n'est pas toujours possible quand on a des rendez-vous pris par le CMS tous les quart d'heure. Alors qu'il faudrait une heure. On fait quand même par petits bouts en bricolant. J'ai réussi, à force, à imposer des consultations plus longues. J'ai une mauvaise moyenne horaire tous les ans, ça m'est reproché, mais je n'ai pas craqué, et mon attitude est reprise par d'autres confrères. »  
Un responsable, CCAA, 93

D'une manière générale, donc, la plupart des CCAA rencontrés estiment devoir travailler sur une plus longue période : c'est le suivi du patient, plus ou moins étendu (cf. sous-partie suivante), qui structure l'organisation de la prise en charge ; comme l'avait finalement déjà montré le rapport Ten (Rayssac et al., 1993, p. 25), si 53 % des personnels des CCAA sont des professions médicales et paramédicales, les heures travaillées sont principalement le fait des professions non médicales : autrement dit, l'accompagnement et le suivi sont au centre de l'activité des CCAA (23 % de l'activité est consacré à l'accueil, 45 % au suivi des consultants, 17 % à la prévention primaire et 15 % à d'autres activités) tandis que les UA ont moins tendance à s'y engager et se concentrent sur le sevrage et, souvent, le court suivi qui lui fait suite.

## 2.2. CCAA, psychothérapie et suivi au long cours

Là, encore cette tendance ne heurte pas le sens commun et paraît bien intuitive : les CCAA, qui pour une raison ou pour une autre, notamment compte tenu de la formation de leur personnel, considèrent le travail psychothérapeutique comme le cœur de leur activité, et particulièrement ceux qui se positionnent plutôt dans la perspective d'un alcoolisme symptomatique, ont tendance à être plus captants que les autres. Il nous faut ici préciser un point important : la majorité des professionnels de CCAA rencontrés acceptent l'idée que le traitement de l'alcoolodépendance « est centré sur une psychothérapie nuancée et adaptée », quelle que soit la technique mobilisée dans le cadre de cette psychothérapie, individuelle ou en groupe (CESSP, 1997, p. 56). Mais si ce point suscite l'accord du plus grand nombre, tous les CCAA n'envisagent cependant pas pour autant de mener eux-mêmes un travail de suivi au long cours : souvent, ils se limitent à un soutien psychothérapeutique après sevrage, soutien qui peut, il est vrai, parfois durer une année ; mais ils envisagent volontiers passer la main par la suite à un autre partenaire, association d'anciens buveurs, médecin généraliste de famille, psychologue en ville, etc.

« C'est sur la dernière étape de nos cures que les associations d'anciens buveurs peuvent nous aider, c'est-à-dire sur le "comment envisager la vie sans l'alcool ?". »

Un membre, CDPA, 60

Il existe en revanche certains CCAA qui considèrent plus manifestement devoir assumer ce suivi au long cours, et plus particulièrement dans le cadre d'une relation duelle : or ce travail psychothérapeutique, s'il veut agir sur les causes profondes de la dépendance, doit s'épanouir dans le temps.

« On fait un travail de longue haleine. L'évolution de la maladie est cyclique, jamais linéaire. Il faut que l'équipe soit consciente de ça. On est pour l'ingérence dans les nouvelles. On peut les relancer quand on n'a pas de nouvelles par exemple. On s'attache à ce que les termes du contrat soient respectés. On ne les lâche pas dans la nature. Certaines structures sont pour ça. C'est un travail d'équipe. On a une équipe stable. »

Un Responsable, CCAA, 93

« Le but du premier entretien, c'est de soulager. On va s'occuper de lui. Je lui explique la prise en charge, qu'il ne sera pas seul (...), que ça va être un suivi long cours, avec un sevrage physique puis psychologique. »

Une infirmière, CCAA, 93

Dans ces centres, comme nous l'avions constaté pour le champ de la toxicomanie, les médecins, également, assument et revendiquent ces perspectives de suivi psychothérapeutique au long cours : le statut formel importe peu, seule compte ici la pratique.

« Je fais avec eux des pratiques, des exercices qui repèrent le temps et l'espace. Ca peut être des trucs de ciné, de peinture, de lecture, de recettes de cuisine, d'organisation de promenades... Oui, si vous voulez, c'est une "vision psychothérapeutique, mais vous savez, les histoires de corps de métier, ça ne

m'intéresse pas. Mais effectivement, si vous tenez vraiment à le savoir, j'ai suivi une formation de psychothérapeute. »  
Un médecin généraliste, CCAA, 93

Du coup, quand le thérapeute a réussi à accrocher avec un patient, qu'il arrive à nouer une relation relativement stable dans le temps, il lui paraît nécessaire de pouvoir continuer lui-même le suivi ; c'est ici, au plus tard, que s'affirme le caractère captant de ce mode de suivi : la relation psychothérapeutique se voit définit souvent de manière exclusive.

« La question de demain est que l'alcoologie ne disparaisse pas au profit de la médecine générale. Il y a une réalité du patient qui échappe dans d'autres circuits de soins, le médecin qui a investi et établi la relation avec le patient est un peu amer si son patient passe dans une structure différente, en médecine générale. »  
Un responsable, CCAA, 93

À l'inverse, les CCAA moins portés sur le versant psychothérapeutique des soins, même s'ils conçoivent le traitement de l'alcoolodépendance comme une entreprise de longue haleine, qui s'étale dans le temps et ne peut se suffire d'un sevrage, concentrent leur activité sur un soutien moins long, quelques mois après le sevrage, comme nous l'avons vu. Leur suivi, quoique plus long dans le temps que celui des UA, est plus donc plus limité que celui des centres à vocation psychothérapeutique. Ces CCAA qui affirment vouloir passer le relais après un soutien psychologique de relativement courte durée représentent une majorité des CCAA que nous avons rencontrés. C'est là une différence notable avec le traitement de la toxicomanie à proprement parler (hors traitement de substitution et réduction des risques) : les professionnels de CCAA sont plus médicalisés et interviennent en moyenne dans un temps plus court que leurs confrères des CSST. Leur clinique est tendanciellement plus celle d'une réduction de l'alcoolodépendance que de la découverte de causes psychopathologiques sous-jacentes.

« Le sevrage, c'est un objectif. On le tente en ambulatoire. On donne de l'Espéral qui dégoûte de l'alcool. Pour traiter le patient alcoolique, il faut lui faire prendre conscience du problème, lui faire chercher dans sa vie ce qui pourrait remplacer l'alcool, une béquille. Il faut lui montrer qu'on peut vivre sans alcool. Je donne aussi des anxiolytiques. »  
Un médecin généraliste, CCAA, 93

« Moi je pense que la meilleure personne pour prendre en charge les toxicomanes ou les alcoolodépendants, c'est le médecin généraliste : il ne fait pas que du psy ou que du somatique. »  
Un responsable, CCAA, 93

Il y a là, comme on l'a dit dans la partie précédente, une différence importante de culture professionnelle entre les deux champs : « Rechercher pourquoi le patient s'est mis à boire et tenter de traiter ses motivations est moins important, au stade de la dépendance, que le traitement de cette dépendance elle-même. En effet, sauf dans l'alcoolisme de compensation circonstancielle où l'on peut parfois atténuer ou supprimer l'unique cause du stress, la plupart des motivations profondes sont intriquées et d'un ordre social ou psychologique difficile à corriger. Elles permettent de comprendre

non de traiter valablement. De plus, elles s'estompent au fur et à mesure que la dépendance se développe. C'est donc essentiellement elle qu'il convient de considérer » (CESSPF, 1997, p. 57).

Soulignons pour terminer, et c'est important pour la suite de nos propos, que si les CCAA les plus portés sur le suivi psychothérapeutique, et parmi ceux-ci, ceux qui se situent en priorité dans une perspective d'un alcoolisme symptomatique, sont en général plus captants que les autres, cela n'empêche pas certaines structures d'être captantes sans mener pour autant de suivi psychothérapeutique en bonne et due forme : il arrive, en effet, que certains CCAA proposent un suivi plus socio-éducatif ou plus communautaire, qui, s'il comporte nécessairement une dimension de soutien psychologique, n'en reste pas moins articulé autour de pratiques cliniques différentes.

### 2.3. Le facteur taille

Très brièvement, il nous faut enfin relever que le facteur taille de l'équipe est relativement prédictif du caractère plus ou moins captant des structures : il est bien évident qu'une institution peu dotée en personnel et/ou en vacations est moins bien placée pour mener des suivis au long cours, à moins, ce que nous n'avons pas constaté dans notre échantillon, qu'elle se donne comme mission principale le suivi d'un nombre très limité de patients ; ainsi il n'était pas rare (cf. dans l'Oise et l'Ille-et-Vilaine) de constater que les CCAA ou les antennes de CCAA dont la mission essentielle était celle du premier accueil et de l'orientation vers les partenaires pertinents de la prise en charge étaient aussi ceux comptant un nombre des plus limités de vacations et/ou de professionnels. Cette faiblesse en moyens humains disponibles, caractéristique chronique du champ de l'alcoologie spécialisée, contribue peut-être à expliquer le contraste existant avec celui de la toxicomanie, réputé plus captant : si l'on suit Parquet et Reynaud (1999), les CCAA comporteraient entre 1 et 8 personnes avec une moyenne nationale de trois professionnels par structure ; pour le champ de la toxicomanie, en 1991, le nombre des personnels employés équivalent temps plein se répartissait comme suit (nombre de centres consultés : 119) : de 1 à 4 : 22 % ; 5 à 10 : 56 % ; 11 à 20 : 18 % ; plus de 20 : 03 % ; SR/NSP : 01 % (Institut français de Démoscopie, 1991).

## Chapitre II : A la recherche de certains patients

Avant d'entamer cette partie concernant le caractère relativement sélectif du dispositif spécialisé, nous aimerions pointer deux constats guère originaux mais dont il semble important de rappeler l'acuité : le premier est celui du manque généralisé et chronique de moyens qu'il s'agisse du nombre des structures par département ou du nombre des équivalents temps plein disponibles par établissement ; le second, en partie conséquence du premier, est le sentiment exprimé par une grande part de nos interlocuteurs, selon lequel ils seraient confrontés à une clientèle très abondante : les personnels des CCAA, tout comme ceux des UA, font régulièrement valoir la liste d'attente à l'entrée (formalisée ou non) de leur structure et l'impression qu'ils ne sont absolument pas à même de traiter, voir simplement de s'occuper de, tous ceux qui se présentent chez eux.

« De toute façon, nous n'avons pas de mal à remplir le Centre. »  
Un directeur, centre de post-cure, 35

« Comme on est saturés aux consultations, on dit aux médecins qu'on voit leurs patients en alternance (...), les médecins trouvent ça bien. »  
Un médecin, CCAA, 35

On le sait, il y aurait 1.5 à 2 millions d'alcoolodépendants en France d'après Parquet et Reynaud (1999), pour une capacité de traitement, en CCAA, de l'ordre de 10 % de cette population (200 000 personnes en 1999 pour 220 CCAA environ). Si ces constats ne sont pas nouveaux, et qu'ils font même figure de serpent de mer dans le champ de l'alcoologie, les conséquences que l'on peut en tirer le sont peut-être un peu plus : considérons déjà que l'on se situe dans un secteur, où la prise en charge n'est pas tâche aisée et peu valorisée dans le champ médical général, où les échecs et rechutes sont monnaie courante, et où l'évaluation de son travail n'est point une entreprise évidente.

« Les services psy, alcool et toxicomanie ne sont pas forcément reconnus. On n'a pas beaucoup de taux de réussite. C'est pas la même réputation que la chirurgie. On ne peut pas dire : on a tant d'interventions, on aura tel budget. »  
Une infirmière, UA, 59

« On a peur du quantitatif. Quand on a une personne en souffrance devant soi, c'est dur de mettre un bâton dans une case. Il y a un gros travail à faire sur les critères. On ne sait pas comment le robinet va fonctionner. Quand on a toute une famille pendant une heure, qu'on travaille avec plusieurs personnes, qu'en est-il de la quantification, de l'évaluation ? »  
Un médecin, CCAA, 59

« Comment savoir si on a réussi ce qu'on a entrepris ? On n'a pas d'outil d'évaluation. Évidemment, ce serait facile de dire quand les gens ne boiront plus, ce sera une bonne évaluation, on peut évaluer l'activité par exemple, mais si on évalue les résultats, c'est impossible, ça veut rien dire que la moitié des personnes ont arrêté de boire, il n'y a rien de fixe en alcoologie. »  
Une assistante sociale, CCAA, 59

Or, ce sentiment d'une tâche difficile et peu reconnue dans le champ de la médecine, quand il est couplé à une faiblesse des moyens d'accueil et à une surabondance de clientèle, peut pousser les professionnels de CCAA et d'UA à ne tendanciellement retenir – consciemment ou non – dans l'espace thérapeutique que les patients qui leur offrent les plus grandes chances de succès ou, plus exactement, le moins de risques d'échecs : autrement dit, l'écart perçu entre capacités existantes de traitement et patients disponibles, dans un champ où les occasions de valorisation professionnelle sont structurellement plus limitées que dans le reste de la médecine, invitent les professionnels à rechercher et à sélectionner, de façon consciente ou non – tel n'est pas le débat, la clientèle pour laquelle ils s'estiment compétents à traiter.

« Ceux pour qui on se sent compétent ici, on travaille avec eux ici. »  
Un médecin généraliste, CCAA, 60

Finalement, en dépit des souhaits de matching thérapeutique souvent exprimés (Adès et Lejoyeux, 1997 ; Babor, 1997 ; Barrucand, 1997 ; Batel in Le Monde, 2000, par exemple), les organisations de terrain auraient tendance à conformer la clientèle qu'ils traitent aux normes et aux formes thérapeutiques qu'elles ont contribuées à institutionnaliser ; ce n'est là en rien un constat spécifique au seul champ de l'alcoologie : le champ de la toxicomanie (Bergeron, 1999), mais plus généralement celui de la médecine (Freidson, 1970) ou de l'aide sociale publique (Lipsky, 1980) montre pareille tentative de sélectivité ; d'un point de vue sociologique, celle-ci doit s'interpréter comme le comportement relativement rationnel d'acteurs répondant à de multiples contraintes qui limitent leur marge de manœuvre.

Nos quatre études monographiques départementales jettent un regard particulièrement convergent sur ce constat, au point que de manière caricaturale, on puisse dresser le profil type des patients recherchés dans les CCAA, et dans une moindre mesure dans les UA : il s'agirait d'un individu dépendant à un seul produit – l'alcool –, volontaire et profondément motivé à l'arrêt, capable d'une certaine autonomie (notamment, pas de dépendance à la structure), doté d'une relative insertion sociale, ne présentant pas de pathologies psychiatriques lourdes et n'étant pas violent (pas de comportements antisociaux). Il n'est pas ici question d'affirmer que les CCAA et les UA ne rencontrent point d'individus présentant au moins une de ces caractéristiques, ni même de d'affirmer qu'ils sont systématiquement renvoyés lorsqu'ils se présentent ; il s'agit, différemment, de montrer qu'un certain nombre de pratiques professionnelles liées à l'accueil et au travail en réseau, répondant souvent à une faiblesse structurelle de moyens et aux contraintes de l'action collective, tendent à rendre plus difficile, et dans certains cas, impossible, l'entrée de ce type de patients à l'intérieur de l'espace clinique spécialisé. Il s'agit également de montrer que quand l'écart perçu entre la définition « subjective du bon patient à traiter » et la réalité de ceux qui se présentent à l'entrée est trop grand, il existe des risques de conflits entre ceux qui envoient et ceux qui accueillent les patients.

## 1. La définition subjective du « bon patient » à traiter

### 1.1. Un alcoolodépendant motivé à l'arrêt

Le premier critère susceptible d'entraîner une relative sélection est la volonté quasi unanime des CCAA et des UA de se positionner sur le versant curatif de l'intervention : ils estiment que leur dispositif est d'abord un dispositif de traitement de l'alcoolodépendance et qu'en conséquence, ils s'adressent prioritairement aux alcoolodépendants. Or, pour soigner un alcoolodépendant, pour l'aider à rompre avec l'alcool et vivre sans lui, la première des nécessités, selon eux, est la volonté de s'en sortir, la motivation à l'arrêt.

« (...) Je préfère m'investir avec un alcoolodépendant qui veut s'en sortir dans la durée, d'autres (alcoolémie routière) viennent chercher un certificat et s'en fichent. »  
Un médecin, CCAA, 59

« S'il le patient qui vient au CCAA ne veut pas, on n'insiste pas ; il faut qu'il soit motivé. »

Une animatrice accueil, CCAA, 60

Certains personnels des centres estiment ainsi que leur travail ne peut se déployer avec toute son utilité qu'en présence de personnes motivées : sans cette motivation initiale, l'action paraît, dans la logique des professionnels concernés, c'est-à-dire dans une logique curative, sans efficacité.

« Quand ils ne sont pas motivés, il faut attendre. Ça n'ira pas. C'est pas la peine de leur imposer quoique ce soit. En sachant qu'un jour ou l'autre, il y aura le déclic qui fera qu'ils seront décidés. »

Un médecin, CCAA, 59

« Si je m'aperçois qu'il n'y a pas de réelle volonté de la part du patient de se prendre en main, alors j'estime que c'est une perte de temps. »

Un psychologue, CCAA, 35

Encore une fois, on ne s'en étonnera pas que les CCAA les plus tournés vers le suivi au long cours d'abord psychothérapeutique se présentent comme les plus sélectifs : les patients susceptibles d'engager un suivi de ce type ne sont pas forcément les plus nombreux, et ces professionnels n'hésitent pas ainsi, à aiguiller les patients vers d'autres types de structures, lorsque les soins demandés ne correspondent pas à l'offre proposée.

« Notre activité de soin la plus importante, c'est la psychothérapie. Mais on est ouvert à d'autres types de demandes. Si jamais on ne peut pas répondre à celles-ci, il nous arrive de renvoyer à des associations d'anciens buveurs. (...) On fonctionne ici avec des patients qui ont envie d'engager un travail, qui cherchent à comprendre leur dépendance. (...) Ceux qui ne veulent pas aller trop loin dans leur enfouissement, on travaille pas avec eux et ils trouveront leur compte dans les associations d'anciens buveurs. »

Un Responsable — thérapeute, CCAA, 60

« Je ne reçois pas un patient qui arrive trop alcoolisé. Il doit pouvoir participer à l'entretien, être cohérent. Il peut y avoir rechute, consommation d'alcool, mais le malade doit en parler. Ça doit être mis au travail. Je ne reçois pas les malades alcooliques profonds. Car ils ne sont pas dans la mise en mots de ce qu'ils vivent. Mes patients ont un alcoolisme réactionnel, lié à un événement. »

Une psychologue, CCAA, 60

## 1.2. Un patient pas trop précarisé

Les CCAA ou les structures qui assurent un suivi, et notamment certaines UA, considèrent souvent qu'une certaine capacité d'autonomie du patient est nécessaire : le traitement de alcoolodépendant, comme l'a montré, entre autre, Mossé (1987), est l'un de ceux où la bonne volonté préalable et la coopération des patients sont les plus recherchées et mobilisées : en alcoologie, c'est une évidence pour les professionnels de terrain, le patient ne doit pas être passif ; il est sollicité par le thérapeute qui finalement, comme le dit Hillemand, ne le prend pas en charge, mais l'accompagne et lui fournit des outils qu'il doit lui-même manipuler.



« Le but est de trouver des outils pour gérer le problème. Moi, j'essaie de chercher des causes avec le patient pour voir son mode de fonctionnement. Mais on n'a pas toujours trouvé la solution. Or moi, c'est ça que je fais : de l'accompagnement avec des outils. (...) Moi, je dis aux patients que je ne donne pas la solution, on est dans l'optique d'une auto-gestion des problèmes. Ce que je donne, ce sont quelques outils. »

Un médecin, CCAA, 59

Or, la trop grande précarité des patients semble être, aux yeux de nombre d'alcoologues, un handicap à la forme de soins qu'ils proposent dans leur CCAA ou UA. Elle semble gêner la prise en charge thérapeutique, la démarche de soin nécessitant une forte implication et mobilisation que les patients en situation précaire seraient réputés moins à même de témoigner.

« Le problème c'est quand on est confronté à un comportement agressif. Au départ, l'accueil c'est pour tout le monde. Il faudrait apprendre à ces gens à respecter les règles. L'alcool, on a justement ce genre de problèmes : gérer les rapports violents. Là, la règle c'est de mettre dehors. On ne peut rien faire avec elle. Et par rapport à l'image du P... (...) c'est quand même un lieu convivial où chacun respecte tout le monde. Si quelqu'un les agresse, c'est pas facile à vivre. Dans ce cas on ferme le rideau, on demande de sortir. On a des règles de vie en société à respecter. (...) c'est difficile de toucher les gens hors circuit, les gens qui sont insérés ont le RMI, un logement. Les gens complètement à la rue, ils viennent difficilement. »

Une bénévole, CCAA, 59

« On a du mal à travailler avec la population des désinsérés en échec, des gens de la rue car il est difficile d'éveiller un désir. Il est quasi-impossible d'établir une relation thérapeutique avec ces gens et ça, quelle que soit la structure. »

Un responsable, CDPA, 60

On rejoint là des conclusions chiffrées : Facy et al. (2000) cite l'enquête de l'ANPA qui montrerait qu'environ 30 % des nouveaux consultants de leurs CCAA sont chômeurs ou bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI). Or, parmi ceux-ci, seuls 5 % sont sans domicile fixe.

D'une manière plus générale, il apparaît qu'un minimum de pré-requis soit nécessaire pour que les thérapeutes et les médecins des centres puissent travailler convenablement avec les patients : il semble difficile pour eux d'accueillir des personnes désinsérées, mobilisées par toutes sortes de problématiques sociales et qui ne développent pas de motivation profonde pour l'arrêt ; les individus n'ayant plus de repères spatio-temporels feraient également figures de « patients délicats à accueillir et à traiter ». D'ailleurs, les effectifs relativement réduits des centres ne leur permettent pas d'effectuer des permanences, comme on peut en voir dans certaines boutiques-solidarité ou centre d'accueil bas seuil, pour des patients dont la prise en charge est réputée chronophage. Pour que le travail ait le plus de chance de s'épanouir dans de bonnes conditions, il faut pouvoir engager des relations stables et durables, que les patients trop désinsérés ne semblent pas pouvoir accorder.

### 1.3. Une faible comorbidité psychiatrique

Dans le même ordre d'idée, les patients présentant une pathologie psychiatrique associée ne sont pas considérés comme appartenant à la cible privilégiée des dispositifs spécialisés.

« Ici au CCAA j'ai mes limites qui m'appartiennent, principalement je ne reçois pas les malades psychiatriques lourds. Je ne suis pas partisan de recevoir des schizophrènes, on n'est pas équipés pour recevoir des patients, il faut être formé et nombreux. Dans ce cas-là je les oriente, je ne veux pas leur dire qu'on les renvoie je fais attention aux mots. (...) J'ai de bonnes relations avec le secteur psychiatrique mais ils sont surchargés et certains patients ne veulent pas y aller parce que c'est toujours délicat d'annoncer ça à son entourage. (...) Pour ces personnes je peux faire des exceptions et les prendre en charge. Ils s'éliminent d'eux-mêmes au bout d'un moment, ils ne trouvent pas ce qu'ils veulent ici. »  
Un médecin, CCAA, 60

En définitive, ce sont plus volontiers les compétences de l'offre, et moins les caractéristiques de la demande, qui structurent l'accueil et donc le déroulement de la prise en charge : les patients ne doivent pas être trop désinsérés, ne pas présenter de comorbidités psychiatriques et surtout attester d'une certaine capacité d'autonomie et d'une motivation profonde à l'arrêt de leur consommation ; le dispositif peut donc être défini comme recherchant sélectivement certains patients plutôt que d'autres : ne serait-ce que parce qu'il ne recherche guère les buveurs excessifs et les alcoolodépendants qui ne sont pas encore mûrs pour exprimer une volonté profonde de se soigner. Une rencontre a peut-être eu lieu, parfois un premier travail sur le déni s'est opéré, une adresse de CCAA ou d'UA et un thérapeute sont désormais connus, pour la suite, mais ces patients n'ont, en général, qu'une existence fugitive dans l'espace clinique. Ceux qui sont suivis et se maintiennent dans cet espace sont ceux qui témoignent d'une plus grande capacité à respecter les formes thérapeutiques déployées.

## 2. Des pratiques sélectives

### 2.1. Une motivation testée à l'entrée

Fonctionnant dans l'objectif d'un traitement de l'alcoolodépendance, lequel nécessite la motivation et la coopération préalable des patients, les institutions spécialisées ont souvent coutume de tester, lors du premier entretien, la solidité de l'engagement du postulant. Si celui-ci révèle une motivation non éprouvée, il n'est pas rare que ce rendez-vous soit sans lendemain immédiat. D'ailleurs, comme on le verra par la suite, quand certains « fournisseurs » adressent en trop grand nombre des patients qui ne se situent pas encore dans cette démarche d'arrêt profondément motivé, cela suscite souvent incompréhensions et relations conflictuelles.

« Ici ils prennent rendez-vous. Ils sont souvent envoyés par la justice pour un passage à l'acte sous emprise de l'alcool. Dans ce contexte je les vois souvent une fois, moins fréquemment deux fois et encore moins fréquemment plusieurs fois. Je les revois si les personnes sont convaincues que, outre le certificat, ils peuvent entreprendre autre chose. (...) N'allez pas croire que les gens viennent nous voir parce qu'ils le veulent. Ils viennent sous la pression de la famille et de la justice. En général, ça leur trotte dans la tête, trop, c'est trop, c'est la pression qui amène les gens à consulter. »  
Un médecin, CCAA, 59

« Il y a des obstacles dans la relation quand on a une personne qui vient se soigner par obligation, par exemple l'injonction de soin. C'est une démarche qui n'est pas légale mais les gens pensent que si. Ils se précipitent trop tôt auprès de nos services. Les gens sont poussés, ils disent qu'ils veulent se faire soigner mais ce n'est pas vrai. Il y a une réelle incompréhension. »  
Un psychologue, UA, 59

Ces tests de motivations et ces entretiens d'estimation de la fiabilité de la demande ne sont pas l'apanage des seules CCAA ou UA : nous le verrons, la sélection du profil adéquat est le leitmotiv d'une partie des structures travaillant à la prise en charge des personnes alcoolodépendantes, au moins celles qui se situent dans une optique curative principale.

## 2.2. Le refus d'une certaine urgence

Comme dans le champ de la toxicomanie, quand on traite l'alcoolodépendance, il s'agit parfois de refuser l'urgence des demandes exprimées par certains malades, sauf, bien sûr quand de trop grands risques sont courus : tentatives de suicide, comas éthyliques, hémorragies digestives, décompensations ascitique, etc., (Gonnet, 1998). Ce refus de monter des projets thérapeutiques dans l'urgence s'explique principalement dans le souci de faire mûrir la motivation d'un consultant quand celle-ci n'est pas assez démontrée ; il s'agit également de réfléchir de manière plus raisonnée et avec plus de distance aux solutions offertes et d'éviter ainsi qu'un climat de précipitation ne masque certaines difficultés susceptibles de compromettre la suite du traitement. Il arrive ainsi fréquemment que les CCAA ou les UA ne donnent de rendez-vous à leurs possibles clients que quelques jours après le premier appel, parfois même une semaine : la surcharge de l'emploi du temps est une des raisons essentielles expliquant ces rendez-vous différés. Il reste que ce laps de temps est également, faute de pouvoir agir plus promptement, un moyen de tester la « qualité » de la demande.

« Un premier rendez-vous est donné 8 jours après l'appel téléphonique. Il se passe soit avec le médecin généraliste, soit avec le psychothérapeute, soit avec les deux. Lors des premiers entretiens, on ne fait aucune prescription, ni médicale, ni psychologique. Puis on fait une proposition de suivi ambulatoire, avec tout ce que cela peut comporter comme risques mais aussi comme chances de retrouver un équilibre dans son milieu actuel, par rapport à l'alcool. On peut être amené à imposer l'hospitalisation mais c'est rare. Sinon, la fréquence des entretiens est de une à deux fois par semaine. La cure intervient souvent après un temps long, notamment après un échec en ambulatoire. »  
Un thérapeute, CCAA, 93

Si l'on refuse généralement une hospitalisation en urgence à un nouveau consultant, et que l'on cherche d'abord à s'assurer de sa motivation, il n'est pas rare en revanche qu'un ancien patient, en cas de rechute, ait lui le droit à une nouvelle chance immédiatement. Il est vrai qu'il a fait preuve de bonne volonté et qu'il a finalement été déjà sélectionné.

« Pour les personnes déjà connues par les soignants, on procède à une hospitalisation rapide pour désamorcer la crise, que le patient soit réalcoolisé ou pas. Ce type d'hospitalisation n'est pas programmé. »  
Un médecin, UA, 59

Mais d'une manière générale, l'accueil en CCAA ou en UA<sup>52</sup> ne prévoit guère le sevrage en urgence, qu'il soit réalisé en ambulatoire ou en milieu hospitalier. Et une fois encore, cela peut provoquer quelques difficultés avec certains partenaires qui ne fonctionnent pas selon la même logique.

« Mon problème c'est que je fais de l'urgence, je peux pas faire la psy et je ne connais personne vers qui le renvoyer dans l'urgence. Les gens ont du mal à comprendre, quelles que soient les structures, qu'il y a une population démunie, avec qui il faut faire de l'urgence, sinon... »

Une assistante sociale, CCAS, 60

« Les associations d'anciens buveurs sont importantes mais on sent qu'ils sont dans les limites de leur expérience. Ils nous renvoient que donner un rendez-vous dans deux jours n'est pas bien. La personne veut le rendez-vous maintenant ! Le CCAA a dit : "nous on est dans une démarche inscrite dans le temps. Vous, vous êtes dans une dimension émotionnelle, dans une détresse folle." C'est la plus grosse difficulté avec eux. »

Une assistante sociale, CCAA, 59

« Les services d'urgence de X et de Y nous fournissent des patients mais pour nous, c'est plus compliqué : il n'y a pas d'urgence pour nous en alcoologie, on hospitalise sous huitaine. Les services en question ne comprennent pas toujours. »

Une aide médico-psychologique, CCAA, 60

L'art de l'alcoologue est donc de deux ordres : d'abord « susciter ce dégoût » (CESSPF, 1997, p. 55) de l'alcool sur lequel se construira la motivation d'arrêt ; ensuite, préparer, dans le cadre d'une relation confiante, la cure : il est en effet admis, en alcoologie tout comme dans le champ de la toxicomanie, que le sevrage est « d'autant plus efficace qu'un temps préparatoire ou "précure" l'aura précédé. Le but de la "précure" est d'établir une relation de confiance avec l'alcoolique, de le convaincre de la nécessité d'un sevrage, de l'aider, souvent, à franchir le stade "dénégation" ou de minimisation de l'alcoolisme, donc d'initier une motivation authentique à l'abstinence » (CESSPF, 1997, p. 65). Mais comme pointé plus haut, faute de temps, de moyens, et confronté à une clientèle abondante, ce travail de motivation est difficilement entrepris pour ceux qui sont encore trop loin du-dit dégoût ; les relations avec la justice l'attesteront : si les manuels recommandent « de profiter de cette contrainte en tentant de la transformer en véritable désir d'abstinence, exactement comme les sociétés ont su transformer en devoirs la plupart de nos contraintes sociales » (CESSPF, 1997, p. 55), il n'est pas rare en réalité que les professionnels de CCAA et d'UA n'aient pas le temps ou les moyens, ni finalement l'envie, de s'engager dans pareil exercice de transformation.

### 2.3. Une sélection par manque de moyens

Enfin, les listes d'attente établies par certains CCAA ou UA dans l'espoir de gérer tant bien que mal la surabondance de clientèle, si ce n'est bien sûr pas là leur fonction première, n'en restent pas moins facteur de sélection : les candidats s'autosélectionnent, nombreux renonçant à attendre les

---

<sup>52</sup> Quand ces dernières ne demandent pas à ce que le patient passe avant en CCAA et qu'elles pratiquent donc elles-mêmes ces premiers entretiens.

délais imposés (parfois quatre semaines dans certaines UA) : il y a, en effet, nombre de désistements sur les listes d'attentes. Et on l'aura deviné, ceux qui tiennent les délais, sont souvent ceux qui sont les plus résolus, les plus avancés dans la motivation et dans la trajectoire de l'alcoolodépendance.

« Au niveau de l'accueil, en 1999, on était à 102 % de nos capacités. On a 10 lits, en avoir 12 nous obligerait à une augmentation de personnel. On fonctionne donc avec des listes d'attente. Pendant ce temps-là, les patients continuent à boire, nous avons 50 % de désistement sur les listes. »

Un surveillant général, UA, 59

« Les patients qui vont à X reviennent satisfaits, mais il faut attendre longtemps pour les rendez-vous. Le délai est d'un mois et demi en urgence. Les places en alcoologies ne sont pas en nombre suffisant, et les délais sont trop longs. Quand un patient demande un rendez-vous en alcoologie, c'est qu'il est à bout ; il faudrait qu'il soit reçu dans la journée, sinon... Il faudrait plus de médecins spécialisés en alcoologie. »

Un Médecin généraliste, 35

« Pour faire admettre un hébergé à X [hôpital], j'ai dû lui conseiller de simuler un comportement suicidaire ; il a piqué une crise aux urgences, et du coup il a été admis tout de suite ! (...) Ce côté déshumanisé est gênant pour traiter les cas pas ordinaires, il y en a beaucoup. J'en arrive à être violente, au moins verbalement. En plus, les locaux de X sont dans un état déplorable, vétustes ! Leurs moyens sont insuffisants, il n'y a pas assez de lit en alcoologie. Il y a un type qu'on a envoyé hier aux urgences parce qu'il délirait, et aujourd'hui on nous le renvoie car il n'y a pas assez de place. »

Une infirmière, CHRS, 35

La faible plage des horaires d'ouverture et le manque de personnel, également, pour les centres les moins dotés en moyens et en personnel, est un handicap à la consultation, et un facteur supplémentaire d'autosélection des patients, qui, en situation de crise, quand émerge soudain une volonté de soin, veulent consulter ; parfois personne ne peut les recevoir, ni même répondre à leur appel téléphonique. Comme le dit un médecin généraliste de l'Ille-et-Vilaine : « Le CCAA, ses horaires d'ouverture c'est 9 – 16 h ; après, c'est terminé ! »

Si l'on reprend la typologie établie par Babor, estimée comme l'une des plus établies et des plus vérifiées statistiquement, les CCAA accueilleraient principalement des patients de type A (Adès et Lejoyeux, 1997, p. 304), patients caractérisés par un début d'alcoolisation tardif (après 20 ans), connaissant une évolution lente, avec moindre fréquence de psychopathologie associée, de moindres complications, moindre fréquence de facteurs de risques dans l'enfance et surtout présentant un meilleur pronostic ; tandis que les patients hospitalisés seraient, de leur côté, plutôt de type B, c'est-à-dire caractérisés par un début précoce de l'alcoolisation, une plus grande fréquence de l'alcoolisme familial, une dépendance plus sévère, des toxicomanies associées, plus de comorbidités psychiatriques, plus de facteurs de risque dans l'enfance (comportements agressifs et impulsivité). Si nos conclusions vont dans le sens de celles établies par Babor sur la répartition des populations pour ce qui est de l'ambulatoire, il apparaît que, dans les départements étudiés, les UA que nous avons rencontrées, affichaient assez souvent des pratiques tout autant sélectives que les CCAA : les patients sont certes perçus comme plus abîmés et ont tenté de nombreux sevrages ambulatoires sans succès, mais ils restent, aux dires des professionnels concernés, relativement motivés, sans

complications psychiatriques majeures et relativement insérés ; il est d'ailleurs fréquent que les UA n'acceptent de patients pour sevrage qu'après qu'ils aient été « auditionnés » par les CCAA de proximité.

### 3. Des partenaires associés de la prise en charge relativement sélectifs

Cette dernière remarque nous permet en effet d'introduire le constat suivant : si les pratiques en CCAA ou UA (quand elles-mêmes font des premiers accueils) sont tendanciellement sélectives, c'est certes parce que ces structures recherchent des patients susceptibles de s'adapter à leurs compétences, leurs contraintes et qui offrent le plus de chances de réussite, mais c'est aussi parce que les partenaires associés de la prise en charge exigent souvent eux-aussi une clientèle relativement triée.

#### 3.1. Les hôpitaux sans unité d'alcoologie

Les CCAA n'ont pas tous la chance de voir exister, à proximité, sur leur zone d'implantation, d'UA : s'ils prescrivent un nombre important de sevrages ambulatoires, notamment parce qu'ils reçoivent, comme nous l'avons vu, une clientèle dont le profil correspond plus volontiers à ce type d'indication, il leur arrive aussi d'accueillir des patients qui souhaitent ou qu'ils estiment devoir hospitaliser pour une cure en milieu plus protégé. Or, ces CCAA doivent négocier la bonne volonté de services hospitaliers, qui ne s'engagent pas forcément avec le plus grand des enthousiasmes dans pareille entreprise et qui, en outre, ne sont point formés et rompus à la gestion de ces patients un peu particuliers. Comme nous l'avons constaté pour le champ de la toxicomanie (Bergeron, 1996), ces CCAA se trouvent donc dans une situation où ils ne peuvent se permettre d'envoyer des patients trop fragiles quant à leur motivation d'arrêt ou qui connaissent des difficultés à se socialiser. C'est donc le CCAA qui fait office de filtre pour l'admission.

« Avec les CCAA (...), il y a un échange de patients, il y a des fois où un traitement ambulatoire est plus adapté. Si les personnes ont besoin d'un psychologue, alors je les envoie au psychologue du CCAA, par contre beaucoup de fois, c'est les CCAA qui m'envoient des patients pour le sevrage. »

Un médecin, service de gastro-entérologie, 60

« C'est l'hôpital qui m'envoie le plus de patients, le service de gastro est un bon service, avec des praticiens accueillants. Ce n'était pas le cas au départ, ils ne supportaient pas les alcooliques et les considéraient comme des déchets, mais l'équipe a changé, ils me font confiance, ne me posent pas de problèmes quand je demande une consultation. Ça se passe bien, ils le disent eux-mêmes, quand un patient vient d'un CCAA pour un sevrage, il n'y a pas de problèmes. Mais il faut du temps, de la confiance partagée. »

Un responsable, CCAA, 93

« Parfois, cela se passe très bien à X, d'autres fois moins. Du genre : mais il n'a pas du tout envie de faire une cure ce gars ! Pourquoi vous nous l'avez envoyé ? C'est rare qu'une personne soit refusée d'emblée. Par contre c'est fréquent qu'elle

soit renvoyée le lendemain. À l'hôpital, ils nous disent qu'il ne veut rien entendre, qu'il ne veut pas se soigner ! »  
Une infirmière, centre d'hébergement, 35

Le service n'étant pas spécialisé sur l'alcoologie, et ne souhaitant souvent pas le devenir, accueille d'autres patients qui ne doivent pas être dérangés par les alcoolodépendants ; d'autant que ces services ne se considèrent pas équipés pour gérer ce type de patients.

« Le pourcentage des alcooliques dans le service est très important, cela représente un tiers des mes patients mais il y a un manque des moyens pour les prendre en charge... On a déjà demandé à la direction régionale des ressources pour ouvrir une unité d'alcoologie, mais on n'a pas eu de réponse pour l'instant. »  
Un chef du service, service de gastro-entérologie, 60

Autrement dit, la relation qui unie les services des hôpitaux qui n'ont pas d'unité spécialisée et les CCAA est une relation déséquilibrée, fragile, qui nécessite d'être entretenue : la sélection et l'envoi de patient motivés et réputés de ne pas avoir d'écart de comportement est l'un des moyens d'assurer la stabilité d'une coopération entre des partenaires qui ne sont pas formellement tenus de collaborer (dans le sens où cette coopération dépend essentiellement de la bonne volonté des parties engagées).

### 3.2. Les unités d'alcoologie

On pourrait croire a priori que quand il existe une UA dans un hôpital à proximité, c'est-à-dire quand il existe une équipe hospitalière formée et à même de gérer la relation avec ces patients, l'envoi par le CCAA de patients moins motivés et/ou à la moins grande capacité de sociabilité soit possible. Il est certes vrai que les profils des personnes hospitalisées en UA sont jugés plus délicats par les professionnels eux-mêmes. Il reste cependant que la motivation, la capacité d'autonomie, la relative insertion et une faible comorbidité psychiatrique sont des critères d'importance même en UA. D'abord, il faut voir que les personnels d'UA adhèrent tout autant que leurs confrères de CCAA à l'idée que le soin de l'alcoolodépendance est potentiellement plus efficace quand les patients sont profondément motivés, même s'il l'on reconnaît aisément que les rechutes sont monnaie courante et qu'elles font partie du processus thérapeutique. Toujours est-il que les patients qui paraissent trop loin d'une motivation avérée et encore trop proches de la dénégation, ne sont pas ceux qui sont prioritairement recherchés : leurs soins, les équipes l'ont appris à leur dépend le plus souvent, sont les plus difficiles et la faiblesse du nombre de lits disponibles pousse, encore une fois, à privilégier les patients dont on estime qu'ils ont le plus de chance de faire fructifier un sevrage hospitalier. Ensuite, les UA, comme elles nous l'ont souvent affirmé, souffrent d'un manque de reconnaissance au sein de l'hôpital : leur travail est parfois jugé avec une certaine forme de mépris par les autres services et il n'est pas rare que l'on doute de leur capacité à prodiguer des soins efficaces.

« Je ne comprends pas pourquoi la médecine sociale (alcoologie, toxicologie, HP, IVG) est excentrée par rapport au reste de l'hôpital. On ne mélange pas les torchons et les serviettes [le service social est situé dans un ancien garage à vélo]. Nous aussi, on aurait besoin d'accéder aux autres services médicaux (gastro, médecine générale...). En plus, maintenant nos patients, on en voit dans tous les services. Il y a un sérieux manque de reconnaissance : on croit qu'on passe notre temps à jouer aux cartes. C'est difficile de valoriser notre activité. »

Un surveillant général, UA, 59

« En 1985, quand on a commencé, il était important que l'UA se situe dans le CH. Il fallait que la prise en charge d'un alcoolique se fasse comme celle de n'importe quel malade : c'était le désigner comme un sujet de soin. Pour ce faire, on pouvait avoir des parcs et des jardins mais le docteur [directeur de l'UA] ne voulait pas les envoyer à la campagne comme les fous ou les tuberculeux. Les gens de l'hôpital nous observaient. On était la bête curieuse. Mais comme il n'y avait pas de bazar, on a vite dit qu'on était des planqués... Quand on peut faire prendre conscience aux autres de nos problèmes, on le fait mais c'est pas évident. »

Une surveillante, UA, 59

Dans ces conditions, l'un des moyens de garantir un certain professionnalisme serait d'accueillir des patients qui ont une certaine motivation à l'abstinence et qui sont donc moins susceptibles de revenir pour de multiples sevrages. Cette réussite « objectivée », outre le fait qu'elle est source d'une certaine forme de contentement professionnel<sup>53</sup>, permettrait également de gagner en légitimité dans un monde hospitalier qui leur reste globalement si ce n'est hostile du moins indifférent. Les UA reconnaissent, dans ces conditions, soit pratiquer elles-mêmes des entretiens de motivation à l'entrée, soit accueillir des populations qui ont été envoyées et donc sélectionnées par d'autres partenaires et notamment les CCAA.

« On ne sait pas trop comment marche la sélection, elle se fait en partie par l'attente. Mais il y a aussi des indésirables, tous ceux qui sont étiquetés "psy" et ceux qui ont un comportement violent. On a un classeur et on vérifie les identités au moment des premiers appels téléphoniques. De même les patients sont codés "vert", "jaune", "rouge", selon les problèmes qu'ils posent et après il y a les indésirables. »

Une psychologue, UA, 59

« On n'a jamais d'entrées directes dans notre service, il y a toujours une consultation soit par les médecins de ville, soit par les urgences soit par l'hôpital, notre service ou un autre. Sinon, W... et le CCAA la font. Les seules personnes que l'on prend autrement sont ceux que l'on connaît déjà et avec qui on n'a pas eu de problèmes de comportement. »

Un surveillant général, UA, 59

---

<sup>53</sup> Insistons encore une fois sur l'importance de cette donnée : le burn out des professionnels, et notamment des infirmières, travaillant dans ces champs doit être considéré comme l'un des facteurs explicatifs des sélections opérées ; quand il est rare de pouvoir se valoriser sur des cas de réussites facilement objectivables, les professionnels ont tendance, dans le temps, à privilégier les patients qui non seulement sont susceptibles d'offrir les plus grandes chances de succès, mais aussi dont on estime qu'ils seront les moins difficiles à gérer. Sur l'importance du burn out dans les conflits du travail, voir le passionnant ouvrage historique de Loriol (2000).



### 3.3. Les foyers d'hébergement, les CHRS, les maisons de repos et les centres de postcure

Si certains centres d'hébergement sont positionnés sur un accueil bas seuil et reçoivent une partie de ceux dont personne ne veut (nous allons y venir plus loin), une bonne part d'entre eux, des CHRS ou des centres de postcures que nous avons rencontrés et qui affirment être en contact avec les CCAA, paraît aussi exprimer des conditions à l'entrée des patients dans leur établissement.

« Sélection ? Je n'aime pas ce mot. On fait un repérage sur les gens qui sont à X [un centre d'accueil bas seuil] : X, c'est notre premier interlocuteur. Avant d'arriver ici, les gens sont soumis à un entretien préalable, ça se peut que les gens ne fassent pas l'affaire : ceux qui sont violents, ceux qui sont psychologiquement malades. »

Un éducateur et un responsable, Centre d'hébergement, 60

« Les gens viennent volontairement à notre centre, mais ils sont recrutés sur dossier. Ce dossier est rempli en partie par le corps médical avec qui nous sommes très en contact puisque nous sommes nous-mêmes issus du milieu hospitalier spécialisé, et en partie par le malade lui-même. Lorsque nous recevons le dossier du patient, nous nous réunissons entre médecins pour voir si la personne correspond au profil de la structure, si la personne va être capable de s'insérer dans une structure de travail, si elle est motivée pour le faire. Nous n'écartons pas systématiquement les malades les plus alcoolisés. Bien sûr, plus on a été loin dans la maladie, plus il est dur de se raccrocher au monde du travail. Mais plus on a été loin aussi, plus on est désireux d'en sortir. (...). Aussi recrutons-nous la personne si elle est motivée, si nous sentons qu'elle est prête à s'inscrire dans une démarche d'effort permanent. »

Un responsable, centre de postcure, 35

Et les professionnels le savent bien : celui qui ne respecte pas les conditions exigées par ces partenaires de la chaîne thérapeutique s'expose au risque de cessation d'une collaboration fragile dont il a pourtant besoin, au moins pour certains de ses patients.

« [Les hôpitaux] n'envoient des gens qu'en dernière issue, que s'il n'existe pas de solution. C'est un peu gênant. Nous ne voulons pas nous occuper que des gens désinsérés. Notre revendication porte sur un accompagnement des gens avant qu'il ne soit trop tard. Nous voulons éviter la création de lieu de survie ad vitam eternam. Une intervention plus tôt serait le mieux. L'hôpital gêne cette démarche d'accompagnement. Le sevrage n'entraîne pas la suppression du problème. L'image des foyers est négative dans les hôpitaux. Les vieux médecins donnent volontiers cette image. Ils ne bougent pas et s'enferment. Je ne sais pas s'ils cherchent à garder un certain pouvoir mais ils bloquent souvent la transmission d'information. Ils cachent les problématiques des personnes pour s'en débarrasser (comme les psychopathes... etc.). Cette rétention d'information provoque de la méfiance par la suite. C'est dommage. »

Un adjoint au directeur, CHRS, 59

Finalement, si les professionnels de CCAA ou d'UA veulent conserver un réseau stable de coopération avec les partenaires qui leur sont nécessaires dans le cadre de certaines prises en charge, ils doivent prêter attention au profil des patients qu'ils envoient. Mais il existe, comme nous

allons le voir maintenant, des structures et des professionnels qui ne sont pas sujets à pareille considération : vers eux paraissent converger les patients que la filière curative ne veut ni ne peut traiter.

#### 4. Deux outils de gestion des flux de patients : l'externalisation des « mauvais » patients sur certains partenaires et la formation des fournisseurs potentiels

##### 4.1. L'externalisation des « mauvais » patients sur certains partenaires

Il arrive souvent que des patients au profil non complètement conformes se présentent dans les structures spécialisées, quand ils ne se sont pas eux-mêmes autosélectionnés (cf. partie précédente). Qu'advient-il de ces individus ? Une partie, on le sait, si elle n'est pas prise en charge dans les centres spécialisés, suspendra pour un temps tout contact avec le dispositif sanitaire, peut-être jusqu'à la prochaine crise, mais une autre est aiguillée vers d'autres structures ; les hôpitaux psychiatriques, les services de psychiatrie des hôpitaux généraux et les Centres médicaux psychologiques de secteur ont longtemps été pensés comme ceux devant accueillir les patients présentant des pathologies psychiatriques associées ; mais ils se sont également vite retrouvés confrontés avec une population qui ne présentait pas forcément cette caractéristique principale, et dont on ne voulait pas ailleurs (cf. partie suivante).

« On travaille beaucoup avec X, c'est pas toujours facile. En cas de crise, ils nous envoient leur patients et refusent de les reprendre. En plus, c'est souvent trop tard quand ils nous les envoient. »

Un psychothérapeute, CMP, 59

Hormis l'existence, au cas par cas, de quels exemples de collaboration entre CCAA et UA, d'une part, et secteur psychiatrique, d'autre part, la psychiatrie sectorisée semble, en général, adopter une stratégie de rejet d'une population dont elle a souvent l'impression qu'elle ne correspond pas à sa cible : là encore, faiblesse des moyens et abondance de clientèle militent en faveur d'une hiérarchisation des patients à accueillir ; et les alcoolodépendants qui présentent des caractéristiques non « traitables » par les autres dispositifs ne sont pas forcément les bienvenus.

« Il y a une dérive. Quand il y a une urgence, on envoie toujours les gens en psychiatrie alors qu'ils ne sont pas toujours dépressifs. D'ailleurs, certains simulent la dépression pour avoir le lit et le couvert. Parfois, des personnes sont trouvées ivres sur la voie publique. Les pompiers les envoient à l'hôpital général qui à son tour nous les renvoie, ce qui ne devrait pas avoir lieu ! En cas d'urgence, on envoie toujours au CMP ! »

Un psychiatre, CMP, 60

« Quand on a des "merdes", on est obligé de les appeler. Par exemple, quand je fais un plaquage de rugby à un patient, lui il a des chances de se retrouver en psychiatrie. Mais souvent, ils [la psychiatrie] tentent de freiner certains patients pour cause de surcharge. »

Un chef de service, UA, 60

Nous le verrons, la psychiatrie de secteur ou d'hôpital général ne veut point devenir « les pompiers du social », d'autant qu'il existe, selon eux, des dispositifs spécialisés qui ont été constitués à dessein pour ces populations.

En fait, les services des urgences paraissent être parmi les principaux destinataires des patients que les autres dispositifs ne se sentent pas capables d'accueillir : envoyés par les médecins généralistes de ville, « ramassés » sur la voie publique par la police et les pompiers<sup>54</sup>, adressés par certains CCAA ou tout autre type de structures, les urgences sont le point de convergence des personnes aux profils difficiles.

« Tant qu'on demandera aux urgences de prendre en charge cela... Le médecin traitant envoie aux urgences... Nous sommes la poubelle de la ville en général, le SDF, on nous le ramène. Eux [les sapeurs pompiers] sont les éboueurs de la ville. »

Un médecin, Urgences, 59

« Est-ce que les médecins généralistes sont au courant ou non des réseaux de soins pour alcooliques ? Est-ce qu'ils nous envoient ces patients parce que le problème les dépasse ou parce que l'hôpital est la facilité ? Est-ce qu'ils connaissent les CH mais que la réponse est trop longue ? »

Un médecin, Urgences, 93

« Les foyers nous envoient aussi les patients alcoolisés qu'ils ne peuvent pas garder, pour des raisons de règlement, de risques pour les autres... On ne sait pas pourquoi ils arrivent là. On a déjà les IPM, les SDF bourrés... »

Un médecin, Urgences, 59

Le service des urgences garde, en général, ces patients 24 h et leur donne ensuite un rendez-vous auprès d'un médecin à l'hôpital. Ensuite, ce dernier est censé les orienter vers un CCAA ou vers l'unité d'alcoologie quand l'hôpital en question en possède une. Néanmoins, on le sait, entre le moment où la personne est hospitalisée en urgence et le moment du rendez-vous, beaucoup de patients ne reviennent pas. Le taux de déperdition de l'aiguillage services non spécialisés/structures spécialisées est très important.

« Aux urgences, on reçoit les alcooliques aigus, on les garde 24 h pour surveillance, car ils ne sont pas capables de rentrer. En fait, on les garde une nuit. (...) Certaines personnes partent d'elles-mêmes des urgences, sans qu'on les voit. On ne peut discuter avec ces personnes. »

Un médecin, Urgences, 60

« Nous, on redirige le patient vers le médecin, parce qu'il doit passer par une consultation. Il faut que la démarche soit volontaire. Parce qu'au moment où ils arrivent aux urgences, ils sont encore imprégnés et l'on ne peut rien faire. (...) Pour faire des cures, on est souvent obligé d'envoyer les patients dans d'autres hôpitaux : à X, à Y, où les listes d'attente sont longues. (...) On leur [les malades alcooliques] conseille d'aller au CCAA, on leur fournit de la doc dessus. Mais bien sûr, on ne sait pas s'ils y vont. Ou alors, on leur dit de prendre un rendez-vous avec le médecin de l'hôpital. »

Un médecin, Urgences, 60

---

<sup>54</sup> Ces derniers peuvent être prévenus par les bénévoles de la ronde hivernale de la croix rouge.

Dans ces conditions, il est possible de supposer que ceux qui vont effectivement au rendez-vous, sont précisément ceux qui sont déjà dans une démarche volontaire et motivée. Autrement dit, la déperdition de patients aux urgences – ceux qui ne vont pas aux rendez-vous – est involontairement compatible avec la logique de fonctionnement curative des institutions spécialisées : elle les confronte, la plupart du temps, à une population d'alcoolodépendants qui est tendanciellement plus motivés. Comme on le verra d'ailleurs un peu plus tard, la mise en place d'une consultation alcoologique aux urgences ou l'installation d'une équipe de liaison en alcoologie dans l'hôpital ne permet pas forcément de résoudre ces problèmes : ces consultations sont plus souvent l'occasion de repérer les « bons patients », tels que nous les avons définis plus haut, que d'amener les « mauvais » à consulter en leurs mûrs ; si des buveurs excessifs ou des alcoolodépendants avérés toujours dans le déni sont informés par ce biais des dangers et des possibilités thérapeutiques qui existent à leur endroit – ce qui n'est pas rien, reconnaissons le –, les équipes de CCAA et d'UA ne peuvent cependant pas s'en occuper : pour les raisons que nous avançons plus haut (surcharge de travail, faiblesse du nombre de lits, abondance de clientèle, burn out de certains professionnels, etc.), les UA ou les CCAA ne peuvent qu'augmenter marginalement leur file active de personnes suivies régulièrement. Finalement, la mise en place d'unité de liaison, de réseau « addictions » et de consultation spécialisée aux urgences ou dans d'autres services très concernés par les problèmes d'alcool ne peut permettre une prise en charge adaptée de ces patients non captés que si elle suppose l'augmentation simultanée des compétences et des moyens en CCAA et en UA.

« On a un projet de réseau autour des dépendances, que l'on voudrait créer avec les généralistes. Attention, le but n'étant pas de drainer les gens vers les structures, il y en a déjà trop, mais d'opérer un rééquilibrage (augmentation des champs de connaissance des généralistes dans le domaine des dépendances) et d'autre part, favoriser le renforcement des liens entre hôpital et généralistes. »  
Un médecin, CCAA, 59

De leur côté, certains CHRS et certains dispositifs de première ligne semblent être le pendant dans le secteur social des services des urgences dans le secteur sanitaire : ils « récupèrent », pour utiliser l'expression de certains de leur professionnels, les patients dont personne ne veut.

« Les séjours hospitaliers sont de plus en plus courts et par conséquent les problèmes psychologiques sont de moins en moins vus. Des cas à risque nous sont ainsi transférés. Et après dans les centres d'hébergement, on constate que ces gens là ne supportent pas le règlement intérieur. »  
Un adjoint au directeur, CHRS spécialisé, 59

« Le caritatif accueille le tout venant, c'est la dernière structure avant la rue ; ils ont donc diminué leur seuil d'exigence. Avant les CHRS faisait de la réinsertion par le logement, maintenant ils prennent des personnes pas réinsérables. »  
Un médecin inspecteur, DDASS, 59

« Il y a une grande sollicitation du CCAA de notre part car on est démuni face à ce public d'alcooliques et face à cette problématique. Pendant longtemps, on n'a pas communiqué, personne bossait ensemble. En plus, les gens qui viennent à la boutique ils font peur, ils puent et ils sont sales. (...) Avant, on n'avait aucun

échange avec les CCAA, aucune communication. Notre population n'est pas appréciée. »  
Un référent à la santé, Boutique solidarité Emmaüs, 60

Finalement, centres d'hébergement d'urgence (quand ils ne mettent pas eux-mêmes des critères de sélection à l'entrée), dispositif sociaux de première ligne mais surtout services des urgences sont les acteurs permettant la régulation de la filière curative : en absorbant une partie de la population dont personne ne veut (l'autre restant certainement en dehors des circuits institutionnels) et en se trouvant dans l'incapacité, le plus souvent, de la réorienter sur des dispositifs de prises en charge spécialisés, elles épargnent à de nombreux acteurs sanitaires et sociaux (dont les CCAA et les UA) d'être confrontés trop manifestement à une population pour laquelle ils n'estiment n'avoir ni les compétences, ni les moyens de gérer.

#### 4.2. La formation des fournisseurs pour gérer les flux de patients

Le deuxième facteur de régulation du dispositif est la formation des fournisseurs. Notons déjà que la mise en relation, initiée par les DDASS ou par tout autre acteur, des différents professionnels travaillant sur les problèmes d'alcool mais aussi plus généralement dans les domaines sanitaire et social, permet non seulement à chacun de prendre connaissance de l'existence des autres (ce qui n'était parfois pas le cas avant ces rencontres), de réfléchir ensemble sur les lacunes, les manques et les difficultés rencontrés sur un territoire géographique déterminé, d'échanger des savoir-faire et de « collectiviser » certaines informations, voire d'adopter une stratégie commune vis-à-vis des pouvoirs publics, mais aussi, et c'est là où nous voulions en venir, de faire reconnaître ses compétences et ses incompétences ; autrement dit, la création et l'institutionnalisation de rencontres entre professionnels d'un secteur est un moyen de dire à tous ce que l'on se sent capable de faire et de ne pas faire. De telles rencontres ont donc comme objectif, entre autre, de rendre ses partenaires et ses fournisseurs à même d'orienter la « bonne clientèle » (en son sens sociologique, c'est-à-dire de conforme aux compétences déployées) vers sa structure. Il s'agit, en fin de compte, de rendre les autres acteurs capables d'effectuer eux-mêmes, en amont de la structure spécialisée, la sélection nécessaire.

« Le but [de ce réseau, autrement dit de ces rencontres], c'est de savoir ce que l'on fait afin de mieux orienter les personnes. Si on se connaît mieux, on travaille mieux. Ça évite de mal renvoyer les gens (...). On va aller visiter les structures de chaque partenaire afin de mieux comprendre comment il travaille et de savoir ce qui conviendra mieux à la personne quand on l'orientera. »  
Une assistante sociale, CCAS, 60

« Les plus motivés sont les travailleurs sociaux avec la justice. On a de plus en plus de demandes de consultation de leur part maintenant qu'on nous connaît. Ils demandent à être informés sur nos structures et sur les moyens que l'on met en œuvre. »  
Un responsable, CCAA, 59

La formation des autres acteurs professionnels paraît connaître pareille ambition : elle est d'abord une activité, tout comme la prévention, de valorisation professionnelle, qui permet aux soignants de sortir des murs de leur institution et de quitter, pour un temps seulement, le difficile travail de relation et de soins avec les alcoolodépendants ; elle assure également une reconnaissance et une légitimité professionnelle des CCAA dans leur environnement<sup>55</sup>.

« L'activité de prévention permet la légitimation du CCAA vis à vis des autres acteurs de terrain. (...) L'accès aux soins précoces nous donne une légitimité sur tout l'arrondissement de C, c'est-à-dire 113 communes. »  
Un médecin, CCAA, 59

Elle est aussi, pour certains (la majeure partie des CCAA, on l'a vu, sont surchargés de travail) un moyen de s'assurer un approvisionnement en client, puisqu'elle permet de donner une visibilité à des structures qui sont parfois mal repérées.

« Comme on fait davantage de prévention, on fait connaître l'équipe du CCAA, on a plus de consultants, mais on est limité. »  
Un responsable, CCAA, 93

Elle est, en outre, une activité qui permet de rendre chacun des acteurs professionnels plus autonomes, à sa place, en le formant à des spécialités qu'ils ne maîtrisant guère jusqu'alors. Ce faisant, il s'agit de rendre les autres acteurs capables de gérer une population dont les CCAA et le UA ne veulent et ne peuvent s'occuper, et notamment les buveurs excessifs ou ceux qui ne veulent pas encore arrêter de boire.

« Un panel d'outils, des moyens, de la confiance aussi, afin qu'ils soient ensuite capables d'agir au mieux et au plus près, dans leurs quartiers. Nous sommes donc dans une démarche de responsabilisation de ces agents (...). »  
Une animatrice-formatrice, CDPA, 35

« Il existe une société de médecins, à X, organisée par les médecins en association (...). L'alcoologie ce n'était pas du sérieux. En faculté on n'apprend pas l'alcoologie, mais certains reconnaissent qu'il existe une difficulté et sont plus au clair dans leur pratique pour nous les adresser. Seulement nous, on n'en a pas besoin, on en a assez. Il faut qu'ils sachent eux-mêmes gérer le patient par une aide technique. »  
Une assistante sociale, CCAA, 59

Et ce, même si une fois formé, tout le monde ne joue pas pour autant le jeu de l'autonomie, comme le fait remarquer cet urgentiste.

« Il y a parfois des incompréhensions avec les médecins généralistes. On se demande parfois si nos collègues généralistes ne voient pas l'hôpital comme un lieu où tout sera réglé. Or c'est clair que maintenant les médecins généralistes

---

<sup>55</sup> Il n'est d'ailleurs pas rare que l'on conteste aux associations d'anciens buveurs leur légitimité sur ce type d'activité : « Sur la prévention, ils [les associations néphalistes] sont autant sans limites que sur l'alcool. La Croix d'Or est dans une phase qui me pose problème (...) On regarde leur projet, ils font un projet bus. On va leur dire que c'est un danger car c'est le vieux modèle médical : on fait 80% de la population vaccinée, le tout mélangé avec un modèle magique. » Un membre, CDPA, 59.

sont formés à l'alcoologie. Ils sont capables de remarquer si leurs patients ne sont pas conscients du problème et s'ils ne veulent pas se soigner. Il y a des incompréhensions mutuelles qui sont un peu hypocrites. Des médecins généralistes nous appellent pour dire : "j'ai envoyé quelqu'un aux urgences, vous l'avez renvoyé trois jours après. Qu'est ce que ça veut dire ?" »  
Un responsable, Urgences, 35 (souligné par nous)

Elle est, enfin, un moyen de leur faire comprendre les fonctions que les CCAA et les UA se sentent en mesure d'assumer et celles qu'ils ne se voient point remplir ; il s'agit de rendre connus de tous rôles possibles et missions impossibles : ici, on formera, comme dans l'Oise, une boutique Solidarité Emmaüs qui avait la fâcheuse tendance d'adresser tout type de personne sous prétexte qu'elle consommait, même modérément, de l'alcool ; là, on s'adressera à des médecins du travail ou des infirmiers d'hôpitaux pour tenter de leur apprendre l'art subtil de l'orientation des patients connaissant de sérieuses difficultés avec l'alcool et qui se trouvent au seuil de la motivation.

« Il faut du temps pour travailler la motivation, j'apprends aux infirmières à travailler sur la motivation des patients qu'elles rencontrent, de prendre le temps nécessaire. Elles sont parfois poussées à nous envoyer des personnes qui ne sont pas prêtes, la pression des gens, de la famille par exemple fait qu'elles n'arrivent pas à dire non. »  
Une psychologue, UA, 59

« On sent nettement que les partenaires sociaux sont des gens qui vont sur le terrain. Ils vont au domicile des patients. Ce sont des partenaires précieux, importants. Ils amènent le patient au soin une fois dépassé les problématiques sociales. »  
Une infirmière, CCAA, 59

Au bout du compte, externalisation des « mauvais clients » sur d'autres structures qui n'ont ni les moyens de les refuser ni la possibilité de les réorienter (si ce n'est entre elles), autonomisation des partenaires et formation des fournisseurs sont autant d'instruments qui permettent la régulation de la filière curative : ils évitent, autant que faire se peut, aux dispositifs spécialisés d'être trop régulièrement confrontés à des populations qui ne sont pas dans leur cible pour les raisons que nous avons déjà évoquées (raisons « positives » : pas le profil du « bon patient » ; raisons « négatives » : pas les moyens suffisants). Ce faisant, une telle configuration renforce réciproquement le maintien d'une prise en charge essentiellement curative.

## PARTIE III : COOPERATION, CONFLIT ET POSITIONNEMENT DE L'INSTITUTION

Comme nous le mentionnons dans l'introduction de ce travail, l'établissement des trois principaux constats révélés par nos monographies, dont la pertinence a été, nous semble-t-il, documentée dans les pages précédentes, devait nous permettre de relire la diversité des situations locales rencontrées comme autant de variations autour de ces thèmes communs. Une telle grille de lecture, en effet, va nous permettre :

1. De rendre compte la récurrence des situations de coopération et de conflit existant entre dispositifs spécialisés (UA, CCAA) d'une part, et dispositifs de droit commun ou acteurs non spécialisés, d'autre part. Il est désormais possible de dresser des tendances générales au conflit ou à la coopération suivant les types de partenaires considérés : médecins généralistes, justice, hôpitaux psychiatriques, urgences des hôpitaux généraux, etc. C'est là au plus tard qu'apparaît la logique de champ : le dispositif spécialisé a, en effet, développé des modes de travail et de coopération qui lui sont propres et qui s'accordent sélectivement avec ceux constitués par les acteurs de chacun des autres champs.
2. De rendre compte, à l'inverse, de la plus grande diversité des situations de coopération et de conflit entre partenaires spécialisés eux-mêmes (même s'il y a là encore des tendances repérables).

Finalement, on s'apercevra que ce que le sociologue entend par fonctionnement en réseau n'est pas l'alignement de partenaires que l'on décrète complémentaires, mais le terme d'un processus social d'appariement entre professionnels qui se sont choisis pour leur capacité à faire coexister, de manière plus ou moins harmonieuse, leurs logiques respectives de fonctionnement.

### Chapitre I : Les relations entre institutions spécialisées (UA et CCAA) et les autres partenaires de la prise en charge

#### 1. Les fournisseurs : sélection ou envoi indifférencié

N'étant pas, dans ce rapport, dans une perspective d'exhaustivité, nous nous contenterons ici d'aborder le cas de seulement deux types de fournisseurs : les urgences des hôpitaux et la justice. Ces deux cas sont intéressants à traiter dans la mesure où ils présentent deux figures opposées des relations qui peuvent unir ou désunir les CCAA et UA, et leurs fournisseurs : celles de la compatibilité et de l'incompatibilité des logiques de fonctionnement concernant la circulation des patients.



## 1.1. Les urgences

Nous en avons déjà abondamment parlé dans la partie précédente, mais nous voudrions ici souligner le fait que les services des urgences, bien que les UA et les CCAA leur adressent bien des griefs, tout en comprenant leurs difficultés pratiques, ne sont finalement pas des partenaires avec lesquels les relations sont si difficiles que cela. D'abord, comme nous l'avons vu plus haut, il arrive souvent que le fort volume d'activité des urgences ne leur permette pas ne serait-ce que de donner une adresse ou un nom de structure aux patients ayant des difficultés avec l'alcool qu'ils rencontrent et que ces derniers quittent l'hôpital après dégrisement, sans autre formalité et autre contact avec le dispositif sanitaire au sens large (spécialisé et de droit commun).

« Si par malchance quand [les malades] arrivent, on est trop occupé pour prendre le temps de leur parler, ou s'il n'y a pas de lits de disponibles, on les réoriente vers le CHA et on demande au patient de faire la démarche lui-même. Dans ce cas, il y a une grosse déception. En plus, on prend le risque qu'ils ne poursuivent pas leur démarche. Pourtant, quand il y a volonté de soin, il faudrait en profiter tout de suite. Par contre, si on a assez de lits, on va l'hospitaliser pour créer ce lien. Sur le fonctionnement du CHA, je n'en ai pas la moindre idée. Ce que je sais, c'est que c'est pas forcément évident de les joindre quand on a besoin d'eux. »  
Un médecin, Urgences, 93

Si, malgré eux, les urgentistes ne donnent pas l'occasion aux CCAA et UA de rencontrer des patients que ces structures spécialisées voudraient pourtant accueillir (patients « conformes » ou « bons patients »), et qu'il y a là une déperdition regrettable, comme le souligne la citation précédente, remarquons cependant que simultanément, ils ne les confrontent pas non plus avec des patients pour lesquels ces mêmes CCAA et UA ne sentiraient pas capables d'intervenir (faute de temps, de moyens ou d'être une cible adaptée). Les relations sont donc à cet égard relativement neutres dans de telles conditions, même si une fois encore, les professionnels concernés pourront faire valoir que pareille situation n'est pas acceptable, car non optimale, dans le cadre d'une politique de santé publique. Submergés par le travail, nous nous sommes parfois demandé si un tel échec d'aiguillage n'en arrangeait pas quelques uns.

Comme nous l'avons également souligné, quand les urgentistes parviennent cependant à s'occuper d'un patient ayant un problème avec l'alcool, et à lui communiquer une adresse et un nom de thérapeute spécialisé, qu'ils réussissent, en fait, à prendre un peu de temps pour sensibiliser le patient en question, il s'avère que, dans la plupart des cas, seuls les plus motivés des patients franchissent le pas du rendez-vous. Or, ceci a pour conséquence de confronter les UA et les CCAA à des patients tendanciellement plus conformes, mieux à même de s'intégrer à l'offre thérapeutique qu'ils proposent. Dans ces conditions, on peut affirmer, d'une manière purement analytique, c'est-à-dire qui ne reflète certainement pas la façon dont les acteurs concernés vivent effectivement cette situation, qu'un tel aiguillage, supposant l'évasion (c'est-à-dire l'abandon) du plus grand nombre, et l'orientation des plus motivés, est une situation satisfaisante pour les UA et CCAA, dans le sens précis où elle est compatible avec leur logique de fonctionnement.

En cela, il n'est pas difficile pour les UA et les CCAA, ayant des moyens et personnels limités, de travailler avec des urgentistes, et d'une manière générale, avec des services hospitaliers, quand ceux-ci se contentent de fournir une adresse et un nom, voir un rendez-vous, et que ces efforts d'orientation ne sont suivis d'effet que pour une frange limitée de ceux à qui ils sont destinés (les plus motivés). À n'en point douter, comme l'exemple de la justice va nous le montrer, les relations entre UA et CCAA d'une part, et services des urgences, d'autre part, seraient certainement beaucoup plus tendues si toutes les personnes ayant des difficultés avec l'alcool (usagers, buveurs excessifs, et toutes les catégories d'alcoolodépendants avérés – marqués encore par le déni, proches de la motivation, profondément motivés, etc.) aiguillés vers eux, postulaient effectivement pour un rendez-vous. À moins, une fois de plus, que l'on augmente leur moyens, leurs compétences et le nombre de leur personnel.

Mais le service des urgences (et on pourrait étendre cette analyse à tous les services hospitaliers concernés par l'affaire), comme le chapitre sur la formation le suggérait, qui présente le profil le plus intéressant pour les CCAA et les UA, au sens de son plus grand degré de compatibilité avec leur logique de fonctionnement, est, bien sûr, celui qui a su développer en son sein une compétence alcoologique le rendant capable d'informer et de prévenir lui-mêmes les « mauvais clients » (notamment les abuseurs), de repérer les « bons patients » et de les orienter, avec un certain taux de réussite, vers les unités spécialisées. Nos monographies montrent que quand de telles compétences sont réunies, les coopérations sont effectivement jugées satisfaisantes par les partenaires concernés.

« Quand quelqu'un arrive pour une demande d'aide au sevrage, on essaye de lui donner une réponse quitte à faire passer le patient par X, cela permet de faire le bilan, d'évaluer le sérieux et la motivation de la demande, on profite de ce séjour hospitalier pour prendre contact avec l'unité d'alcoologie, cela peut déboucher sur une semaine en unité d'alcoologie ou sur un traitement ambulatoire. »  
Un responsable, Urgences, 35

## 1.2. La Justice : des orientations inadaptées et trop nombreuses

Les relations avec la justice présente une figure opposée ; elles sont le plus souvent conçues comme tendues et conflictuelles, la raison principale étant que la population envoyée par la justice mobilise temps et énergie d'équipes qui sont surchargées de travail : si chacun reconnaît que cette population doit être informée et prévenue des dangers d'une alcoolisation prolongée, elle arrive trop nombreuse en CCAA et en UA alors qu'elle ne constitue pas leur cible principale, compte tenu, encore une fois, de leurs intérêts professionnels et de leurs moyens à disposition ; quand on estime avoir peu de temps, déjà, pour certains alcoolodépendants qui sont peu motivés et toujours dans le déni, on en a encore moins, pour le récidiviste de la soirée arrosée qui prend quand même le volant !

Mais la Justice a sa propre mission : celle de veiller à l'application des lois, cadre normatif qui ne prend pas en compte par nature les personnes mais le lien entre un comportement donné et les limites de la légalité. Même si la notion de « circonstances atténuantes » a fait rentrer dans les verdicts des considérations de parcours et la situation singulière des prévenus, la Justice se doit d'émettre une analyse en terme de légalité ou non d'un fait, et le cas échéant de son degré d'illégalité. Or, l'alcool, à la différence des drogues, étant une substance parfaitement autorisée, nul ne peut être condamné pour sa consommation, fut-elle excessive. Il reste que la Justice voit passer dans ses salles d'audience nombre de dossiers impliquant indirectement l'alcool : la liste est longue des délits plus ou moins graves commis sous l'emprise du produit, de l'accident de la route aux affaires de mœurs, des troubles sur la voie publique aux crimes les plus violents, etc. Même s'il n'apparaît pas en tant que tel, sauf peut-être dans le Code de la Route, l'alcool revient souvent d'une manière ou d'une autre sur les bureaux des magistrats. Indépendamment de sa mission de sanction et éventuellement de coercition (par la peine), dans le sillon d'une logique qui serait aussi bien celle de son Ministère de tutelle que celle de l'Intérieur, la Justice se doit de prévenir les récidives. Les problèmes d'alcoolodépendance, s'ils ne sont pas réglés, feront passer de manière récurrente les mêmes personnes contrôlées positives à l'éthylotest alors qu'elles conduisaient ou, pire, arrêtées pour une nouvelle affaire de mœurs, etc.

Il faut voir également que réduire la récidive, et notamment celle des petits ou moyens délits, c'est aussi diminuer la masse des dossiers les concernant qui encombrant les tribunaux et handicapent les magistrats dans le suivi de dossiers plus lourds. Eviter la récidive, c'est donc aussi éviter la surcharge administrative induite par le lot de ces petites condamnations. La Justice s'attribue en ce sens une fonction régulatrice et sociale, amenant à réinsérer et assainir la situation des prévenus, tout en contribuant à son propre bon fonctionnement. Mais il semble qu'en la matière l'obligation de se soumettre à une injonction aux soins ou à un suivi thérapeutique soit inadaptée voire contre-indicative pour les prises en charge considérées.

« Le gros problème, c'est que la Justice statue par type d'infraction alors que, dans le cas des alcoolodépendants, il faudrait pouvoir développer des réponses plus individualisées. »

Un Juge d'Application des Peines, T.G.I., 60

La Justice ne dispose pas des informations et des structures lui permettant de considérer les maux dont peuvent souffrir les prévenus. Ces derniers ont été arrêtés sur la base d'une infraction à un texte de loi et leur dossier n'est pas constitué de telle manière que l'on puisse reconstituer précisément leur parcours. Ce sera éventuellement le travail de l'avocat de reconstruire la situation du prévenu s'il juge que cela peut être mobilisé pour sa défense lors de la poursuite d'une instruction.

« Beaucoup de personnes que nous suivons sont ou ont été sous l'emprise de produits. (...) Mais pour autant, il est difficile de savoir s'ils sont dépendants. Par exemple, j'ai récemment eu dans mon bureau un homme arrêté au volant en état d'ivresse le lendemain de son mariage ; il avait bien fait la fête et il avait juste oublié qu'il n'avait pas dormi assez longtemps ! Son alcoolémie était positive mais ce n'était manifestement pas un dépendant. »

Ibid.

« Nous n'avons pas d'indices objectifs, et nous travaillons donc à partir de constatations subjectives pendant l'examen de la procédure pénale. »  
Un procureur, 35

Contraints d'adresser tous les prévenus, persuadés parfois d'orienter les patients au bon moment, mais conscients d'offrir une aide que seuls certains sauront saisir, les personnels de la justice sont dans une logique du « ne serait qu'un... » : si sur cent envois, un patient ayant commis une infraction en situation d'alcoolisation se prend en main et décide de s'engager dans une démarche thérapeutique, il y a déjà là motif à satisfaction.

« On saisit le moment de la procédure pénale pour offrir une perche aux individus qui sont intéressés (...), c'est une perche qu'on leur tend, certains la saisissent. »  
Un Procureur, 60

« Je consulte parfois une ou deux revues d'associations. C'est très bien, anti-judiciaire, mais c'est pas grave ! Ils ne nous aiment pas. Ils ont comme beaucoup de gens une idée négative de la justice. »  
Ibid., 60

Mais on comprend aisément que pareille logique ne soit guère compatible avec la polarisation de l'activité des CCAA ou des UA telle que nous l'avons analysée ; de leur côté, en effet, les alcoologues soulignent sans relâche l'inadaptation de la plupart des orientations émanant de la justice ; les professionnels de CCAA et d'UA estiment être cantonnés à des missions qu'ils ne se voient pas remplir volontiers et en priorité<sup>56</sup> : la logique curative principale du fonctionnement de CCAA et des UA ne s'accorde pas avec le rôle éducatif et préventif que les personnels de justice veulent leur voir jouer à maintes occasions.

« Ce que nous demande la Justice, ce n'est pas un travail de soin, c'est un travail éducatif (la relation éducative agit sur le Surmoi alors que la relation transférentielle travaille l'inconscient/le ça). Les thérapeutes ne sont pas habitués à livrer une telle prestation. La Justice ne comprend que l'éducation, ce n'est pas les soins. »  
Un psychologue, CCAA, 60

Ils regrettent également, dans le cas des alcoolodépendants avérés cette fois, le manque généralement constaté de motivation d'individus sommés de se soigner, confrontés à l'injonction paradoxale qui veut que l'on puisse être contraint au volontariat et à la motivation.

« Il y a un gros travail à faire avec les autorités judiciaires, on ne peut pas travailler avec un alcoolique qui est puni et qui a une remise de peine s'il suit un suivi. Car il ne prendra pas son suivi comme un soin qu'il a désiré et recherché : il ne se soigne pas, il exécute sa peine. C'est toujours le problème de l'obligation et de la contrainte. »  
Un responsable, CDPA, 60

---

<sup>56</sup> Comme nous l'avons déjà plusieurs fois relevé, la hiérarchisation des dossiers est au principe d'une bonne part des mécanismes et constats présentés dans ce travail : sélection tendancielle, conflits, coopérations, etc. Les acteurs reconnaissent tous le fort degré d'urgence et de gravité des différents dossiers, mais ils ne leur accordent pas tous pareille importance.

« Le traitement des patients qui nous sont envoyés par le comité de probation ne donne jamais rien parce qu'ils viennent pour remplir une corvée administrative et pas plus. D'ailleurs, je viens de voir un postier qui a récidivé pour alcool au volant, j'ai tout de suite vu que pour lui le problème n'existait pas alors je l'ai laissé partir. »

Un psychologue, CCAA, 35

« Parfois, on n'a pas les mêmes attentes. La justice nous envoie quelqu'un en urgence et elle est déçue parce qu'elle veut un soin obligatoire, pour nous le patient doit accepter de se soigner. »

Un infirmier, UA, 59

« (...) C'est le tribunal qui nous envoie des personnes soumises à une injonction de soins. Cette population n'est pas très motivée. Ils sont nombreux et nous sommes dépassés. C'est pareil pour les patients qui viennent sous le chantage de leur médecin du travail (certains médecins du travail conditionnent la signature d'un certificat d'aptitude d'un travailleur alcoolique au fait qu'il se soigne). »

Une animatrice, CCAA, 60

Dans ces conditions, les CCAA et les UA se voient souvent reprochés de ne pas jouer le jeu « de la perche tendue », de se contenter de ce que tous reconnaissent être une « mascarade » et de rendre opaque ces « soi-disant » prises en charge.

« On se heurte souvent au problème du secret médical qui nous est opposé. Ce n'est pas toujours facile d'obtenir des informations du médecin. Nous avons souvent des comptes rendus très laconiques, le médecin écrit seulement que le patient s'est rendu à la consultation sans nous indiquer s'il y va souvent ou pas, s'il suit réellement un traitement. Il y a un peu une incompréhension mutuelle, les médecins comprennent mal cette obligation de soin, du coup il n'est pas toujours facile de contrôler si la personne s'y soumet. »

Un juge d'application des peines, 35

« Je voudrais souligner un problème important de circulation de l'information entre nous et les CCAA. Le suivi du traitement est rendu très difficile, parce que, sous prétexte de secret médical, les thérapeutes – médecins et psychologues – refusent de nous parler des personnes que nous leurs avons envoyées. Or, nous ne voulons pas savoir ce que les patients racontent, on veut juste savoir comment cela se passe, si la thérapie est utile. »

Un conseiller d'insertion et de probation, Maison d'arrêt, 35

Certaines structures ont cependant trouvé des possibilités de régulation de ces difficultés chroniques : il s'agit, dans un de nos départements étudiés, de monter une formation pour les prévenus abuseurs, réunis tous à l'occasion dans les mêmes locaux et pour un nombre de séances limité, afin de leur faire comprendre les dangers d'une alcoolisation prolongée. Il y a là moyen de ne plus « emboliser » le CCAA ou l'UA, pour des consultations jugées chronophages parce que non prioritaires et trop nombreuses. Finalement, les conflits récurrents entre ces deux types de partenaires s'expliquent par la confrontation de deux logiques de fonctionnement difficilement conciliables : une logique préventive de gestion des récidives face à une logique individuelle de traitement curatif.

## 2. Les partenaires associés de la prise en charge

Si les principaux exemples de coopération et de conflit (avec toute la gamme des nuances possibles entre ces deux pôles) que nous venons de décliner répondent plus particulièrement à la logique pointée par les deux premiers constats (constant n° 1 du caractère curatif des dispositifs et constat n° 2 de la tendance à la recherche sélective des patients), les illustrations qui vont suivre peuvent se lire plus manifestement comme le résultat d'appariement ou de confrontation entre des structures captantes et/ou des structures qui ne le sont pas (constat n° 3 des positionnements différenciés des structures dans le traitement de l'alcoolodépendance). Là encore, c'est une tendance générale que l'on retrouve dans nombre de professions de santé, et donc en particulier, dans le champ de l'alcoologie : si l'on peut croire que cette logique de captation relève plus du phantasme dans les entretiens, on verra que l'analyse sociologique que nous avons menée atteste pourtant si ce n'est de sa réalité, du moins de son caractère structurant.

« Il faut pouvoir composer et s'adapter. On devrait en théorie considérer qu'une personne quitte un établissement pour un autre. Or personne ne fait la jointure comme cela. Ce n'est pas vrai. C'est important qu'il y ait un endroit où la personne puisse se stabiliser. (...) Mais c'est pas évident à instaurer. Chacun doit avoir peur de perdre quelque chose. Il y a cette toute-puissance du médical qui se pense souverain. »

Un responsable, centre d'hébergement, 35

### 2.1. Les hôpitaux psychiatriques et les CMP

On le sait, au moins depuis le rapport Parquet et Reynaud (1999), la psychiatrie serait la discipline médicale qui recevrait le plus d'alcooliques (« son rôle n'a jamais été affirmé par l'État, qui a préféré mettre en valeur l'action du dispositif spécialisé » (Ibid., p. 162)), qui susciterait cependant le plus de méfiance de la part des personnes en difficulté avec l'alcool, qui aurait les services les moins adaptés, et qui diagnostiquerait le moins les difficultés liées à l'alcool « alors que la communauté scientifique admet que l'on ne peut correctement soigner les troubles associés que lorsqu'on a traité le problème d'alcool » (Ibid., p. 162).

Pour la suite de nos propos, il est important de resituer le contexte plus général de la psychiatrie d'aujourd'hui : un grand nombre d'analyses, en effet, révèle que « (...) la psychiatrie se voit constamment attribuer des missions nouvelles, dont certaines, pour ne pas dire la plupart, appartiennent au domaine du contrôle social » (Vignat, 1999, p. 131). Bien évidemment, elle ne semble pas, au moins selon les professionnels concernés, connaître augmentation correspondante de ses moyens. Pourtant, si les troubles psychotiques classiques, dans la psychiatrie publique, « perdent de leur importance » (Ehrenberg et Lovell, 2001, p. 13), toute une série d'anciens et de nouveaux troubles se font jour : « toxicomanie, alcoolisme (quoiqu'il s'agisse d'une population psychiatrique traditionnelle), dépressions, automédications de longue durée, etc. » (Ibid., p. 13). Le secteur psychiatrique se voit ainsi « confronté à de nouvelles populations : souffrance psychique en situations

de précarité, troubles psychotiques parmi les détenus, sans compter les victimes de violences familiales, sexuelles, etc. » (Ibid., p. 13).

Il est dans ces conditions évident, comme nous l'avons déjà souligné, que sans majoration proportionnelle des moyens, la psychiatrie, pour ne point devenir les « pompiers du social », doit établir une hiérarchie des personnes à accueillir : il y a là tout autant une stratégie d'adaptation des populations rencontrées à des moyens d'accueil limités, qu'un acte de résistance politique et stratégique en vue de l'amélioration de son traitement budgétaire.

« Il faut savoir que la psychiatrie a de plus en plus de missions, et moi je trouve ça bien. Ce ne sont pas que des missions psychiatriques : on est par exemple tenu de s'occuper de la précarité. (...) Mais la clé ce sont des moyens supplémentaires parce qu'on a une pression considérable qui vient de la société. Si on n'a pas les moyens, il faut faire des choix : alcooliques ou précaires. »

Un psychiatre, CHS, 60

« On a juste du mal avec la psychiatrie. Les acteurs, j'ai l'impression, ont le même projet thérapeutique. Mais la psychiatrie n'assume pas ses responsabilités en matière d'alcool sur le département. Si un patient veut un rendez-vous avec le centre médico-psychologique, il attend 2 à 3 mois. C'est vrai que d'une manière générale, on demande énormément à la psychiatrie : ils doivent s'occuper de toute la souffrance humaine d'un département. Mais ils ont décidé de ne pas s'en occuper pour manifester le fait qu'ils n'ont pas assez de moyens. C'est ma difficulté principale. »

Un fonctionnaire, DDASS, 60

D'autant, comme ces professionnels l'invoquent souvent, qu'il existe des dispositifs spécialisés, au moins pour les alcoolodépendants et les toxicomanes ; et ils ne se sentent plus compétents pour pareille pathologie qui relève de secteurs spécialisés à dessein.

« On voit des toxicomanes et des alcooliques mais la place de la psychiatrie polyvalente n'est pas très importante car elle a boudé la toxicomanie après la loi de 70 et l'alcool après celle de 83. Ces champs lui ont progressivement échappé. Aujourd'hui, nous voyons peu de cas pathologiques et nous avons perdu la main pour les soigner. La toxicomanie nous reproche de ne plus nous occuper de ses patients et d'être intolérants. »

Un psychiatre, CHS, 93

Ceci peut parfois déboucher sur la situation paradoxale suivante : celle qui voit certains psychiatres de secteur estimer qu'ils n'est pas nécessaire pour eux de s'engager dans le traitement de l'alcoolodépendance puisque les populations qu'ils accueillent n'en présenteraient guère les signes.

« Je suis psychiatre au CMS. Par ailleurs, j'exerce en libéral à Y. Je travaille aussi en tant que praticien hospitalier à l'hôpital psychiatrique de Z. Je ne suis pas spécialisé en alcoologie. Il m'arrive très rarement de voir quelqu'un spécifiquement pour l'alcool. »

Un psychiatre, CHS, 93

« Je n'ai pas beaucoup le temps de travailler avec les CHA. Dans mon carnet d'adresse, je n'ai pas un nom ou une adresse, c'est significatif. Une fois seulement, j'ai envoyé un patient au CHA de X après m'être renseigné. »

Un psychiatre, CMP, 93

Il faut voir que, dans cette querelle d'attribution des missions, l'établissement du diagnostic peut être le jeu de toutes sortes d'interprétations divergentes : en l'espèce, la fameuse et délicate distinction entre troubles psychiatriques primaires et troubles psychiatriques secondaires à l'alcoolisation. Beaucoup de psychiatres avancent ainsi que, contrairement à ce que pensent les membres des CCAA ou des UA, c'est souvent l'alcool qui est à l'origine des troubles psychologiques et non l'inverse. La situation devient alors inextricable : les CCAA ou les UA envoient des patients en psychiatrie parce qu'ils n'arrivent pas à soigner les problèmes de dépendance à cause, selon eux, de troubles psychiatriques primaires, tandis que la psychiatrie sectorisée n'en veut point car, d'après eux, ces troubles seraient consécutifs, principalement, à la dépendance. Vrai débat ou fausse querelle, il reste que les relations sont tendues.

« Est-ce que c'est forcément pertinent d'accueillir un alcoolique en hôpital psychiatrique ? En CMP, c'est une chose, mais de là à l'hospitaliser ! Alcoolisme n'est pas forcément associé à dépression. »  
Un médecin, CMP, 60

Dès lors qu'il n'est pas possible d'identifier clairement si l'alcool est une cause ou un symptôme de problèmes psychiatriques – identification des plus délicates à réaliser, on le sait –, de vains allers-retours entre les secteurs psychiatriques et les CCAA ou les UA rythment parfois la destin de certains patients, qui restent alors en marge des dispositifs de prise en charge.

« En fait, il y a des allers-retours des patients entre les structures, ça dure des années ! »  
Un psychiatre, CMP, 60

Il apparaît finalement que la psychiatrie sectorisée soit tentée d'adopter une stratégie minimaliste vis-à-vis des personnes ayant des difficultés avec l'alcool et qui lui sont cependant envoyés, allant du rejet pur et simple, en passant par l'imposition de délais d'attente considérables pour un rendez-vous (délais, on l'a vu, le plus souvent décourageants), jusqu'à l'accueil de très courte durée et sans investissement dans les prises en charge.

« Un partenaire qui pose des problèmes, c'est l'hôpital psychiatrique. Ils ne donnent pas beaucoup de temps au patient et, ensuite, ils ne peuvent pas comprendre les problèmes spécifiques de chacun. »  
Un médecin, service d'hépatogastro-entérologie, 60

« Il n'y a que des poste à temps partiel dans les CMP, ils sont surchargés, ils fixent des rendez-vous peu rapidement : deux à trois mois entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même. »  
Une assistante sociale, CCAA, 59

« On a également localement une relation difficile avec le secteur psychiatrique. Toutes les comorbidités que l'on rencontre et qui relèvent du secteur spécialisé sont difficiles à gérer. Il y a bien des consultations au CMP, mais c'est le parcours du combattant pour y parvenir. »  
Un responsable, CCAA, 93



Si nous venons de décrire certaines tendances générales qui paraissent traverser les quatre départements étudiés au-delà de leurs spécificités, il existe cependant des coopérations possibles entre dispositif alcool et secteur psychiatrique. Elles reposent précisément, à l'inverse de ce que nous venons de mentionner, sur des orientations jugées adéquates par les deux parties : CCAA, UA et secteur psychiatrique de proximité se sont rencontrés et ont appris à définir ensemble les rôles respectifs qu'ils étaient chacun en mesure de tenir. Elles reposent également, et c'est là où nous retrouvons le caractère structurant de notre constat n° 3, sur la rencontre entre des partenaires qui présentent des logiques conciliables, au sens où elle rassemble structure captante et structure qui ne l'est guère.

« Quand le courant passe avec un patient, j'aime bien m'impliquer dans le suivi. Je le prends en charge aussi du point de vue psychologique, selon mes limites bien sûr. Quelques fois je passe la main à un psychiatre. J'ai deux ou trois collègues qui aiment bien ce genre de patients. Ils les voient une fois par semaine. Je travaille toujours avec les mêmes psychiatres. En général, je m'occupe du renouvellement des médicaments et eux se chargent du soutien psychologique. »

Un médecin généraliste, CCAA, 35

« Nous n'avons pas les moyens de faire du suivi psychothérapeutique, il nous arrive de faire quelques articulations sur le CMP. On a besoin de l'apport psychologique pour les patients à problèmes psychiatriques et pour ceux dont le sevrage provoque une dépression. »

Un médecin, CCAA, 60

Le choix est toujours le même dans ce genre de situation : soit l'on s'engage soi-même dans le suivi psychologique au long cours, et l'on devient plus captant, soit l'on a besoin de s'associer avec un partenaire qui assume ou est censé assumer cette mission.

« Quand on travaille sur l'alcool, on a besoin de la psychiatrie : les psychotiques qui boivent, ça nous dépasse. (...) On aimerait aussi mieux prendre en compte les événements psychologiques qui suivent le sevrage. Cela éviterait les rechutes imprévisibles. Mais pour cela, il faudrait soit développer une activité psychologique en interne soit s'articuler mieux avec la psychiatrie. »

Un chef de service, CH, 60

Mais dès que s'opère la rencontre entre deux partenaires captants, les difficultés de coopération apparaissent. Quand il ne refuse pas tout simplement les patients ou qu'il n'adopte pas la stratégie minimaliste dont nous parlions plus haut, le secteur psychiatrique, étant un partenaire tendanciellement captant, collabore difficilement avec les structures qui considèrent devoir être le référent unique du patient tout au long de sa trajectoire.

« Si au CCAA, on détecte une maladie mentale sous-jacente, on envoie le patient au CMP, mais le CMP capte le patient et le suivi devient exclusif au CMP, alors que le patient présente un problème psy mais aussi un problème d'alcool. (...) Là dessus, on est pas d'accord avec eux. »

Une intervenante communautaire, CCAA, 93

« Je vais parfois au CMP, mais les psy, eux, ne viennent pas spontanément vers nous. Ils ne nous envoient pas tous leurs patients qui ont un problème d'alcool. Ils

doivent penser qu'ils s'autosuffisent, ou que c'est pas un problème, que la pathologie autre est à régler et que l'alcool viendra après. »  
Une diététicienne, CCAA, 93

En conclusion, les relations entre dispositif spécialisé et secteur psychiatrique sont souvent tendues : la psychiatrie de secteur paraît avoir majoritairement opté pour une position de retrait vis-à-vis des alcoolodépendants ; il faut dire qu'elle s'est vue souvent adressée, tout comme les urgences, les populations dont personne ne voulait et qu'elle a dès lors appris à se protéger. Dans ce contexte général difficile, quelques cas de collaboration émergent, le plus souvent sous forme de réseaux personnellement constitués plus qu'institutionnellement contractés. Mais si, dans certains cas, elle accepte de jouer le jeu pour quelques patients présentant les « bonnes indications » au regard de ce qu'elle considère être ses compétences, il arrive aussi que sa tendance à la captation la place dans une situation conflictuelle avec certaines des institutions alcoolologiques qui sont le tout autant.

## 2.2. Les associations d'anciens buveurs

Croix bleue, Croix d'Or, Vie libre, Alcooliques anonymes, etc., les associations d'anciens buveurs (AAB) sont implantées depuis longtemps dans le paysage sanitaire spécialisé français (Hillemand, 1998). Travaillant spécifiquement sur les problèmes d'alcool depuis de nombreuses années, elles ont appris, peut-être plus que tous les autres partenaires dont nous avons jusqu'ici parlé, à trouver leur place, à négocier leur rôle et leurs missions avec les CCAA et les UA. Et comme le souhaite le rapport Parquet et Reynaud, leur mission apparaît bien être principalement celle « d'un accompagnement social » (Parquet et Reynaud, 1999, p. 149) des alcoolodépendants et d'un soutien des familles.

Dans l'ensemble, elles paraissent entretenir de bonnes relations avec le monde spécialisé (UA et CCAA) et, ce quels que soient leurs positionnements confessionnels, idéologiques et leurs conceptions respectives de l'alcoolisme (fléau social, maladie essentiellement biologique, etc.) ; ce paradoxe est intéressant à noter, dans le sens où il confirme la validité de nos constats : bien qu'un nombre important de médecins et d'alcoologues expriment une certaine réserve, et parfois même une importante méfiance, à l'égard de leurs pratiques, de leur idéologie sous-jacente et de leur éventuelle fermeture (cf. le cas des AA), la plupart y ont recours.

« On ne va pas comparer le groupe de parole ici le vendredi après-midi avec celui des AA, où chacun parle à son tour suivant des règles établies et où il n'y a pas de conversation en commun (...). Il y a des groupes plus ou moins à connotation spirituelle, moi je dis il faut y aller et voir si cela convient au patient. Il n'y a pas mieux ou pire, simplement les associations d'anciens buveurs, ce ne sont que des anciens buveurs (...). De mon point de vue, il y a des discours qui n'entrent pas dans ma façon de voir les choses [à propos des associations d'anciens buveurs] moi, ce qui m'intéresse c'est que les patients franchissent toutes les portes et trouvent les outils pour s'en sortir. Si mon patient y trouve une aide, c'est le plus important : je leur dis « allez-y », vous pouvez toujours en sortir si vous n'êtes pas satisfait. Ce qui fait la richesse, ce sera la rencontre individuelle. Parfois on est très surpris des moyens de s'en sortir des patients. »  
Un psychologue, CCAA, 59

Il est vrai, en effet, qu'elles rendent bien des services : elles ont appris à capter le patient au moment où les autres structures veulent passer la main. On ne s'étonnera donc pas que les relations avec ce type de partenaires illustrent à merveille notre grille de lecture ; moins on est captant, mieux on travaille avec elles : les UA, mieux, en général, que les CCAA, et les CCAA moins axés sur le suivi au long cours mieux que les autres.

En effet, les AAB jouent un rôle clef pour les acteurs qui ne veulent ou ne peuvent assurer un suivi au long cours de l'alcoolodépendant : souples, disponibles, elles interviennent immédiatement quand l'étape est menée à terme, afin que le suivi ne soit pas rompu ; elles prolongent l'action de ceux qui peuvent dès lors s'investir sur les missions qui leur tiennent à cœur. En cela, elles colmatent en partie le manque de moyens du dispositif spécialisé.

« Avec les associations d'anciens buveurs, c'est impeccable. Sur X, c'est surtout les Alcooliques anonymes et la Croix d'Or. Je donne des informations au kilo. C'est bien de donner un choix supplémentaire aux personnes. »  
Un éducateur, CCAA, 59

« Quand on les fait sortir, on parle aux patients des associations d'anciens buveurs. On leur donne des listes de mouvements associatifs. »  
Un responsable, CCAA, 93

« Nous voudrions établir des contacts plus réguliers avec les associations d'anciens buveurs qui peuvent prolonger un encadrement plus léger à la sortie de l'hébergement. »  
Une infirmière, Maison de repos et de convalescence, 35

Les UA semblent particulièrement attachées à la venue des AAB dans leurs locaux : concentrées tendanciellement sur une des étapes les plus courtes de la chaîne thérapeutique, n'ayant généralement pas les moyens, en temps et/ou en personnel, de faire des consultations de suivi, les AAB sont pour elles une ressource de premier plan ; il est ainsi fréquent que les AAB soient invitées à être les plus nombreuses possibles dans l'enceinte de l'hôpital, à faire le tour des hospitalisés et à tenir, parfois, des conférences de présentation dans les locaux mêmes de l'UA.

« Avec les associations d'anciens buveurs, on a un devoir. Chaque semaine, à tour de rôle, un représentant d'une association d'anciens buveurs intervient avec une infirmière. Cela fait partie de notre programme. Et tous les soirs, quelqu'un d'une association tient une permanence. C'est pour tous les hospitalisés. Nous là, on n'intervient pas du tout, on n'est pas témoin de ces réunions. Cela se passe bien. Une ou deux fois pas an, on répond à une association. On travaille bien avec les associations d'anciens buveurs, on n'a pas de problème. »  
Un médecin, UA, 35

« Nous travaillons tout particulièrement avec trois associations : Vie Libre, la Croix d'Or et Abstinence 2000. Nous les avons incitées à travailler en commun, c'est-à-dire que quand un malade vient les voir, et qu'il n'obtient pas une réponse adéquate à son problème, il est réorienté vers une des deux autres associations. Cela permet aux personnes de trouver l'ambiance qui leur convient le mieux. »  
Une Animatrice, 35

Il est vrai que les AAB ont aujourd'hui, pour l'essentiel, renoncé à intervenir sur le traitement médical des malades. Elles peuvent ainsi se prévaloir d'une fonction qui n'entre pas (plus) en concurrence avec les soins dispensés dans l'hôpital. Cette position leur permet, dès lors, de travailler en bonne intelligence sans intervenir sur-le-champ d'action des médecins.

« Dans les associations il y a quand même eu des conneries de faites. On avait le droit d'administrer de l'Espéral autrefois, mais sans connaître les doses. Et il y a eu des cas où l'on a forcé les malade à ingurgiter le médicament. C'était de la folie. Aujourd'hui, on ne prescrit rien, ce sont les médecins qui le font, notre rôle n'est pas médical au sens strict. »

Un membre, AAB, 35

« Au début, les médecins voyaient notre action un peu d'un mauvais œil, craignant sans doute qu'on leur prenne leur clientèle. Mais comme ils ont compris que notre action n'est pas médicale, on commence à bien travailler avec eux. »

Un membre, AAB, 35

D'une manière plus générale, c'est-à-dire pour l'ensemble des professionnels, et pas simplement pour ceux des UA, les AAB jouent un rôle de « gouttière » : elles permettent, autant que faire se peut, de prévenir les risques d'évasion des alcoolodépendants ; on le sait, le traitement est long, et les rechutes monnaie courante : mobiles, les AAB peuvent ainsi intervenir, quand les professionnels ne le peuvent pas, pour soutenir les patients dans leur démarche.

« Le malade vient vers nous ou nous appelle (parfois ce sont ses proches qui nous contactent) et nous demande de venir. Dans les deux cas, notre première mission est la même : effectuer un énorme travail d'écoute, travail que nous sommes à même de faire dans la mesure précisément où nous sommes passés par-là, et donc que l'on comprend le malade. Notre deuxième mission est d'accompagner le malade, c'est-à-dire de le suivre, ou plutôt de le soutenir psychologiquement lors de son traitement, mais aussi de l'accompagner très concrètement chez le médecin, de prendre rendez-vous pour lui, de l'y conduire. En effet, l'alcoolique n'est souvent plus capable d'accomplir cette démarche tout seul. »

Un membre, AAB, 35

« On oblige les patients à venir nous voir et à faire un effort. Pour le cas où les patients ne souhaitent pas se déplacer, on fait appel aux associations d'anciens buveurs. »

Une animatrice, CCAA, 60

Si dans la plupart des CCAA, les relations sont jugées satisfaisante avec AAB, il arrive cependant que ces dernières décident de prendre en charge, plus en amont, un patient et, de ce fait, de ne pas se cantonner au rôle de gouttière et de relais que veulent les voir jouer les autres partenaires : il s'agit, en effet, pour certaines d'entre elles d'élargir leur spectre d'intervention et donc d'empiéter sur celui dévolu aux CCAA : c'est le cas notamment quand elles accueillent un patient et qu'elles veulent lui indiquer elle-même un sevrage : elles apprennent, dans ces cas-là, à nouer des relations avec des médecins généralistes en ville, voir avec certaines UA qui acceptent de jouer le jeu en échange du rôle de relais qu'elles assument le plus souvent pour elles. De leur côté, les CCAA refusent bien souvent ce qu'ils considèrent être une instrumentalisation : une simple mise à

disposition de moyens pour un sevrage physique. Là encore, la plus grande tendance à la captation des CCAA par rapport aux UA nous permet de comprendre cette différence de comportement vis-à-vis d'une même demande.

« Avec les associations, il y a une concurrence de malades. On travaille parfois avec Vie Libre ou Croix d'Or, mais beaucoup plus avec des personnes qu'avec des structures. Par exemple, Vie Libre voudrait trouver dans notre structure des soins en termes de prescription, c'est-à-dire qu'on leur fasse des ordonnances et qu'ils s'occupent du reste. Je souhaiterais pouvoir travailler en collaboration avec des associations d'anciens buveurs, mais pour le moment c'est difficile de se croiser. Leur travail devrait se limiter au maternage et à l'aide à l'insertion. Sous cet aspect, il est possible d'avoir une relation amicale et de collaboration. Ils n'ont pas de compétences pour autre chose, mais avec leur excessivité ils ne s'en rendent pas compte. »

Un membre, CDDPA, 60

Mais les relations se dégradent un peu plus, on l'aura deviné, à mesure que l'on considère le cas des CCAA les plus psychothérapeutiques. Ce n'est pas un conflit nouveau : Hillemand montre bien que, outre Clavreul qui a longtemps sévèrement critiqué les AA, une bonne part des psychiatres exprimait de la réticence vis-à-vis d'une démarche associative paraissant « radicalement opposée à la démarche psychiatrique ou psychothérapeutique habituelle » (Hillemand, 1998, p. 144).

« J'ai les adresses, je me suis présenté pour qu'on me connaisse. Parfois, il existe une concurrence, une animosité, entre les médecins et le réseau associatif. Les associations envoient rarement du monde, moi je leur envoie des patients tout le temps, à un moment donné de leur trajectoire. Certains disparaissent et sont voués corps et âme au groupe. »

Un responsable, CCAA, 93

« Leur méthode de travail ne correspond en rien au travail que nous tentons de faire auprès des alcooliques. Un ancien buveur milite de façon excessive contre l'alcoolisme, mais l'excessivité dans la militance ou dans l'alcoolisme est la même : il est donc difficile de faire un travail réel et approfondi avec des gens militants. »

Un responsable — thérapeute, CCAA, 60

En conclusion, les relations sont donc globalement satisfaisantes avec les AAB : au-delà de la méfiance que l'on ressent parfois vis-à-vis de certaines de leurs méthodes ou de leurs idéologies respectives, elles remplissent d'importantes missions non seulement compatibles mais souvent complémentaires de celles des UA et des CCAA ; le cas des AA est symptomatique : cette association est bien souvent sévèrement jugée dans les discours, tout en étant, à de nombreuses reprises, associée dans le cadre des prises en charge. Il reste que les AAB doivent savoir rester dans ce rôle de relais, ne point remonter la chaîne thérapeutique au risque d'empiéter sur le terrain des CCAA.

### 2.3. Les médecins généralistes

Les consommateurs d'alcool sont aussi des gros consommateurs de soins en général : « non seulement ils consultent plus, mais aussi plus souvent (9 consultations ou visites en moyenne

par an, 5,8 en moyenne pour les autres patients » (Parquet et Reynaud, 1999). On estime ainsi qu'un patient adulte sur 5 (18,4 %) consultant en médecine générale présente un risque ou une pathologie associée à son alcoolisation : 5,6 % d'entre eux seraient des consommateurs à risque, 4 % des consommateurs excessifs (nocifs), 2,5 % des abstinents secondaires et 6,3 % des alcoolodépendants. Force est de constater que la médecine générale ne se mobilise pas en conséquence, tant en ce qui concerne le repérage qu'en ce qui a trait à la prévention : « Les médecins généralistes sous-estiment l'importance et l'impact du facteur alcool : moins de 50 % des patients en difficulté avec l'alcool sont identifiés en tant que tels. De plus, le rôle de l'alcoolisation n'est souvent identifié par le médecin qu'en tant que comorbidité associée, les complications de l'alcoolisation excessive passant alors au premier plan » (Ibid., p. 121). Et dans conditions, il n'est pas étonnant que les patients adressés aux CCAA par les médecins généralistes ne représentent pas plus de 15 % de leur clientèle.

L'alcoologie et les usages d'alcool semblent peu concerner la médecine générale : comme nous l'avouait désespéré un de nos interlocuteurs d'Ille-et-Vilaine, la dernière journée d'information qu'ils avaient organisée à leur endroit n'avait pas connu le succès escompté : elle aurait réuni 3 praticiens pour 150 invitations envoyées. Pourtant, les médecins généralistes sont doublement centraux, au moins sur le papier, pour les CCAA et les UA : ils sont tout à la fois fournisseurs potentiels de clientèle et relais possibles de prise en charge. Mais, la plupart de nos interviewés regrette leur manque d'implication sur ces deux volets de coopération possible.

« Quelques médecins généralistes nous envoient des patients, mais pas beaucoup. »

Un responsable, CCAA, 93

« L'accompagnement d'un malade demande beaucoup de temps, nous avons des problèmes avec les médecins traitants, les médecins généralistes car ils ne se sentent pas concernés. Souvent ils ferment les yeux, ne parlent pas du problème d'alcool, ne le révèlent pas aux patients. En fait, tout le monde ferme les yeux. »

Un médecin, CCAA, 35

Il faut rappeler que l'on demande aux médecins généralistes de s'engager, voire d'être au cœur, d'une multitude de réseaux de santé publique : toxicomanie, VIH, alcoolisme, etc. ; ils semblent être devenus le recours et la solution la plus valorisée dans les discours concernant la santé publique, la surveillance et le recueil de données épidémiologiques, etc. Finalement, comme ce fut longtemps le cas dans le champ des drogues illicites, seuls quelques-uns d'entre eux, par idiosyncrasie le plus souvent, s'engagent dans l'aventure : faute de temps et d'envie égale pour tous ces engagements réclamés, leur investissement ne peut être que sélectif.

« Parmi les médecins généralistes, il y en a qui s'engagent vraiment dans les problèmes d'alcool et ceux qui disent qu'ils ne veulent pas y toucher, qu'ils ne veulent pas les voir, que ce ne sont que des picolos... On a tous des alcoolodépendants parmi nos patients, on s'en occupe plus ou moins. Il y en a qui leur filent des médicaments et qui les envoient chez un psychiatre. Moi, je n'appelle pas ça de l'engagement ! »

Un médecin généraliste, Cabinet privé, 35

Le manque de formation en alcoologie fait figure de serpent de mer : comment s'occuper, seul en cabinet, sans les ressources d'une équipe pluridisciplinaire et sans aucune formation ni habitude, de ce type de patients particuliers ? est une réponse souvent donnée pour expliquer les réticences de la médecine générale vis-à-vis de la prévention, du repérage et de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Ne faut-il pas maîtriser l'art subtil de la relation que les seuls spécialistes, dans une stratégie de légitimation vis-à-vis des pouvoirs publics, ont longtemps défendu posséder ?

« La formation des généralistes est insuffisante. Comment réagir face à un patient qui refuse d'admettre son problème d'alcool ? Comment aider ces gens qui sont alcooliques sans se reconnaître ? Dans mes études j'ai eu une heure de psycho sur l'alcool, et j'ai étudié en gastro-entérologie les effets de l'alcool, mais je n'ai rien appris sur la façon de m'adresser aux gens. »

Un médecin généraliste, Cabinet privé, 35

Mais une autre réponse récurrente est celle qui a trait au coût de ces prises en charges. Cela ne surprendra personne, l'engagement des médecins généralistes se heurte, en effet, à une contrainte économique forte qui revêt l'aspect principal suivant : les consultations alcoologiques, pour être entreprises de manière satisfaisante, doivent dépasser le quart d'heure conventionnel ; elles sont donc, à leurs yeux, bien mal rétribuées.

« On travaille avec des gens qui sont très motivés et qui ont aussi une consultation d'alcoologie. On a une grande majorité d'individus qui ont conscience du problème d'alcool et qui se réfugient souvent derrière le manque de temps. Il y a aussi un autre aspect qui est le découragement qu'on peut avoir à traiter des patients ayant des difficultés avec l'alcool. Il y a aussi le fait que de traiter un alcoolique, ça prend beaucoup de temps et que le net n'est pas rémunéré à hauteur du temps passé. »

Un médecin, CCAA, 59

« On n'arrive pas à leur faire arrêter l'alcool. Ma fierté, c'est que j'ai une réussite avec une patiente (...). Les alcooliques cherchent aussi des anxiolytiques, ils viennent voir les médecins (...). De toutes façons, ils se remettent toujours à boire (...). En tant que profession libérale, je suis un peu coincé, ce n'est pas facile d'aborder le sujet. On agit plus quand il y a une demande (...). Je ne travaille pas en réseau, c'est une question de temps et de rémunération. En plus, on n'a pas de formation là-dessus. »

Un médecin généraliste, Cabinet privé, 59

Comment ne pas comprendre, quand on ne connaît pas d'intérêt particulier pour ce type de problématique, que l'on refuse de s'engager dans une prise en charge réputée coûteuse, difficile et exténuante ? Les non-spécialistes que s'y sont engagés le savent bien : il faut être motivé, au moins tout autant que les patients auxquels on s'adresse, et passionné pour pareille entreprise.

« Dans toute ma carrière, je n'ai eu qu'un seul succès avec les alcooliques : une femme qui a mis 5 ans à se sortir de là. Ouais, non, enfin, peut-être trois ou quatre succès... Ca nécessite un suivi immense. Les rechutes sont plus que fréquentes, parfois au bout de deux ou trois ans. »

Un psychiatre, CMP, 60

C'est en outre sans compter le fait que la clientèle d'alcoolodépendants peut « faire désordre » dans la salle d'attente et contribuer à effrayer une partie des autres patients du médecin généraliste. Et puis, comme on l'a dit et redit, au-delà de la cécité culturelle nationale concernant les problèmes d'alcool, aborder ce genre de difficultés avec ses « bons clients » est une entreprise perçue comme des plus risquées.

« Il y a différents types de patients, avec ceux qui dénie, c'est difficile. Je mets les pieds dans le plat, certains partent en claquant la porte puis ils reviennent. C'est un jeu d'échec. »

Un médecin généraliste, Cabinet privé, 35

« Souvent les médecins généralistes hésitent à s'investir dans des problèmes d'alcool, car reconnaître un problème d'alcool peut signifier une perte de clientèle. Le médecin va peut-être faire un accompagnement thérapeutique mais pas d'accompagnement de communication auprès du malade concerné, parce qu'il ne veut pas prendre le temps (prendre le temps de faire un accompagnement au niveau de la communication signifierait une consultation de quarante-cinq minutes au lieu d'une consultation classique de 10 minutes), en plus le médecin ne veut pas risquer de perdre sa clientèle en se spécialisant dans les problèmes d'alcool, il préfère ignorer le problème et juste prescrire des médicaments. »

Un responsable, AAB, 35

Mais quand certains ont décidé de s'investir sur l'alcoolodépendance de quelques-uns de leurs patients – nous ne parlons pas ici des « engagés » qui travaillent généralement en étroite collaboration avec les CCAA –, les CCAA n'apparaissent pourtant pas être les partenaires ressources auxquels ils s'adressent en priorité : un problème de concurrence entre deux types de professionnels relativement captant, ou tout du moins, pensant pouvoir remplir les mêmes fonctions, est ici un handicap de première importance à l'articulation des activités des CCAA et des médecins généralistes.

« Les médecins généralistes ont une vision unique de la cure : ils adressent le patient directement vers la cure hospitalière, ils ne considèrent pas que les CCAA puissent être d'une aide quelconque. En effet, les médecins généralistes pensent avoir le privilège du soin ambulatoire, ils estiment que si ce soin n'a pas marché alors il faut obligatoirement une cure en milieu hospitalier, l'aide d'un CCAA étant inutile. »

Un psychologue, CCAA, 35

Ce problème de concurrence prend une acuité particulière pour certains des CCAA que nous avons rencontrés et qui se situent au sein d'un centre municipal de santé, offrant en un même lieu une palette de ressources, de consultations et de services médicaux, susceptibles, pense-t-on, de retenir certains des patients envoyés par les médecins généralistes.

« Les médecins de ville ont peur de centres de santé. Quand les patients viennent d'eux-mêmes par contre, ils ne veulent pas revoir leur médecin : "s'il m'en avait parlé, je ne serais pas dans cet état-là" disent-ils. Ils leur en veulent beaucoup et reste se faire soigner pour tout ici. On a même un dentiste dans le CMS. »

Un médecin généraliste, CCAA, 93



Ces médecins alcoologues de CCAA, adossés aux services municipaux, savent de quoi ils parlent, quand ils évoquent la concurrence des CMS, pour l'avoir parfois eux-mêmes vécue avec leurs propres patients.

« Les patients circulent mal au sein du CMS et ne sont pas assez orientés vers le CCAA. »

Un thérapeute, CCAA, 93

« Il y a aussi les médecins du centre. Ils ont tous plus ou moins une sensibilité par rapport à ces problèmes là. Mais il faudrait arriver à avoir des liens très étroits avec les différents services, pour que ça s'instaure, qu'il y ait un renvoi des patients. Il faudrait que les médecins fassent appel à nous dès qu'il y a un problème d'alcool. »

Une diététicienne, CCAA, 93

La position du dispositif spécialisé apparaît finalement relativement ambiguë vis-à-vis des médecins généralistes : comme pour le cas des urgences, si tout le monde s'accorde sur le bien-fondé d'une politique de santé publique qui vise le repérage, la prévention ou le traitement du plus grand nombre, il y a fort à parier que des médecins généralistes mieux formés, mais non autonomes, qui enverraient toutes les personnes rencontrées ayant des difficultés avec l'alcool dans les CCAA ou les UA ne seraient pas forcément du goût de tous les professionnels. Or ces médecins généralistes ont-ils envie d'être autonomes sur ces problèmes ?

« Il faut faire une grosse action de création de réseau et de partenariat [avec les médecins généralistes], [de] bien délimiter les zones de frontières et baliser tout ça, sinon, le malade risque de s'y perdre. »

Un responsable, CCAA, 93

Aussi naïve qu'elle puisse paraître, la question mérite d'être à nouveau posée : peut-on militer en faveur d'un rapprochement du dispositif général et du dispositif spécialisé, sans, dans un même mouvement, rendre autonomes les premiers et plus « riches » les seconds ? Le problème est donc moins celui d'une articulation entre acteurs que celui d'une véritable politique de santé publique, supposant formation et moyens de ses ambitions.

Ce problème de l'articulation entre dispositif non spécialisé et dispositif spécialisé peut être illustré par le cas des unités d'alcoologie de liaison dont le positionnement renvoie, selon nous, au même type de problématique : il s'agit moins, pour celles que nous avons étudiées<sup>57</sup>, de drainer l'ensemble des patients séjournant dans les autres services de l'hôpital vers les UA ou les CCAA de proximité, que de rendre autonomes les autres services et de repérer les clients dont les UA et CCAA peuvent s'occuper (patients « conformes »).

« Les autres services, notamment les urgences, attendent que les équipes se déplacent sur chaque patient alcoolique : ils considèrent qu'ils n'ont pas les moyens. (...). Y'a des malades qui viennent pour leur sixième cure de sevrage. Pour moi, y a pas de limites. Mais c'est très mal vu par les autres services. Les

---

<sup>57</sup> Trop peu nombreuses dans notre échantillon, nous n'avons pas ici pour ambition de donner une vision représentative de la situation française de ces unités de liaison.

autres médecins nous rigolent au nez, ils disent qu'on a que ça à faire. C'est une énorme difficulté de voir que les autres médecins ne reconnaissent pas ces gens comme des gens normaux. Et du coup, les médecins qui s'en occupent ne sont pas considérés comme des médecins. Ces malades sont considérés comme vicieux, c'est leur faute, etc. »

Un responsable alcool en hôpital, 93

Nous présentons ici brièvement les résultats d'une analyse menée dans un hôpital d'Ille-et-Vilaine, qui selon nous, illustre bien nos propos. Rappelons qu'avant l'instauration d'une unité de liaison, les patients qui entraient à l'hôpital pour une autre pathologie, mais qui présentaient des signes évidents d'alcoolodépendance ou d'abus, constituaient un véritable problème pour l'ensemble du personnel soignant. Celui-ci ne savait effectivement pas comment traiter ces malades, il se trouvait démuné.

« Les médecins ne savaient pas quoi faire de ces patients [les alcoolodépendants]. Ils étaient frustrés car ils ne savaient pas comment s'en occuper. »

Un médecin, UA, 35

Or ce que l'équipe d'alcoologie de liaison a réussi à instaurer, ce n'est pas le rapatriement de tous les malades hospitalisés et ayant un problème d'alcool vers l'UA ou les CCAA (seuls sont orientés là-bas ceux qui entrent dans leur cible) ; non, ce qu'elle a réussi à obtenir, c'est le maintien des autres patients ayant un problème d'alcool dans leur service d'origine, moyennant disponibilité, suivi et accompagnement spécialisé dans ces services.

« Depuis, on observe qu'il y a beaucoup moins de rejet par rapport aux malades alcooliques. On n'a presque plus d'appels où les médecins disent : "Bon alors, qu'est-ce que vous faites ?" Nous, on leur fait bien comprendre qu'on est dans un cadre d'accompagnement. »

Un médecin, UA, 35

Finalement, cela leur permet de s'occuper de plus de patients, et « à moindres frais » puisque ceux-ci restent pris en charge dans le service qui les a accueillis à l'origine ; et ce, sans pour autant encombrer les UA et CCAA avec des patients qui n'appartiennent pas à leur cible curative principale. On peut, dès lors, se demander si les alcoologues ne préfèrent pas l'alcoologie de liaison à un grand service d'alcoologie. Toujours est-il qu'un tel exemple illustre parfaitement la question que nous soulignons précédemment : l'articulation entre dispositif non spécialisé et dispositif spécialisé ne doit pas suivre une logique de l'entonnoir, où tous les patients en difficulté avec l'alcool convergeraient en un seul lieu.

## Chapitre II : Les relations au sein du dispositif spécialisé

D'une manière générale, les UA et leur CCAA de proximité ont su, dans le temps, trouver des formes de complémentarité qui rendent les relations entre ces deux types de partenaires le plus souvent non conflictuelles : les rôles, les missions et les attentes respectives sont connaissances partagées, et les flux de patients et de compétences ne paraissent pas inhibés par des positionnements thérapeutiques inconciliables : en effet, ce type de rencontre est, le plus souvent, celle unissant un partenaire captant à un autre qui ne l'est pas. On pourrait considérer ce constat comme trivial, puisque, comme nous l'avons déjà indiqué, le fonctionnement du dispositif a été pensé à l'origine dans une logique de répartition de missions complémentaires : à eux, le sevrage hospitalier, pour des patients aux profils plus abîmés, les bilans et les quelques semaines de remise en forme psychologique, sociale et somatique ; aux autres, le sevrage, le suivi ambulatoire et le travail sur la relation au produit. Il reste, comme nous le monterons dans la partie suivante, que cette bonne répartition des missions est aussi la conséquence de contraintes que les acteurs n'ont pas, cette fois, choisies. On verra en effet que quand un hôpital met à disposition des UA les moyens en personnels, et éventuellement en locaux, pour des suivis ambulatoires, les relations se dégradent vite entre les deux types de partenaires. Pour le dire de manière un peu provocante, c'est donc aussi à la sous-valorisation de l'alcoologie en milieu hospitalier, ayant, entre autre, pour conséquence de rendre les UA matériellement incapables de suivis au long cours et donc dépendantes des CCAA (mais aussi, pour les mêmes raisons, des AAB), que l'on doit la qualité de ces relations de coopération : n'étant en concurrence ni sur les patients (certains ne sont pas communs, tandis que les autres circulent de l'un à l'autre), ni sur les missions, UA et CCAA peuvent plus harmonieusement s'associer.

### 1. UA et CCAA : le bon appariement

Pour illustrer ce type d'appariement entre structures différentes (UA et CCAA de proximité), nous avons pris le parti de nous arrêter quelques instants sur un cas particulier, rencontré dans l'Oise (il est évident que pareille structure de fonctionnement aurait pu être choisie dans l'un des trois autres départements). Cet exemple met en jeu une unité d'alcoologie qui reçoit ses patients en provenance essentiellement des CCAA, pour les raisons que nous avons indiquées plus haut, à savoir que les CCAA font office de filtre pour l'accueil d'une population relativement conforme (telle que nous l'avons définie). Les autres fournisseurs sont les services de l'hôpital, les associations d'anciens buveurs (essentiellement Vie Libre), un foyer d'hébergement, la Justice, quelques généralistes, quelques médecins du travail, etc. Une fois le sevrage terminé, l'unité d'alcoologie redirige en priorité les patients sevrés vers les CCAA (en fonction du lieu de résidence du patient), mais la plupart est orientée vers celui qui est situé dans la même commune d'implantation que celle de l'UA et qui est son premier fournisseur. Un va-et-vient permanent de patients existe donc entre le CCAA et l'unité d'alcoologie en question. Bien sûr, comme nous le mentionnions plus haut, certains patients sont aussi dirigés vers les associations d'anciens buveurs à leur sortie de l'hôpital : celles-ci (Vie Libre,

mais aussi, dans une moindre mesure, Alcooliques anonymes et Joie et Santé) viennent se présenter à l'hôpital durant le sevrage. En outre, les patients pour lesquels une cure de trois semaines est jugée insuffisante sont parfois orientés dans des centres de post-cure, situés principalement dans le département. Très rarement, ce qui n'est pas étonnant si l'on sait que les CCAA ont déjà filtré la clientèle en amont de l'UA, certains clients sont envoyés en psychiatrie.

Réalisant un suivi de très court terme, l'unité d'alcoologie étudiée peut être comparée à un aiguilleur : pour pouvoir adresser ses patients à la sortie de la cure à d'autres acteurs, et éviter que ceux-ci ne se « fixent » dans son établissement, elles doivent entretenir un réseau de destinataires : la recherche de partenaires « aval » est donc un enjeu de première importance pour l'unité d'alcoologie.

Celle-ci doit donc pouvoir bénéficier d'une bonne image chez la plupart de ses partenaires. Mais l'image n'est point suffisante, et pour stabiliser la coopération, lui donner une certaine solidité, elle a pris soin de signer une convention avec son CCAA de proximité : il y est prévu que le CCAA puisse bénéficier des locaux et de la logistique de l'hôpital, en retour de quoi, il est censé fournir certains services à l'unité d'alcoologie : des professionnels travaillant au CCAA interviennent pendant la cure, par exemple pour animer les groupes de parole, afin de maximiser les occasions d'engager un suivi à la sortie. Il y a là un échange gagnant-gagnant pour les deux partenaires : les CCAA évitent une éventuelle congestion de l'UA par accumulation d'une population qu'elle ne peut suivre, tandis que le CCAA obtient des places de sevrage pour ses clients, des locaux et une aide logistique pour certaines de ses prises en charge.

« On collabore pour les consultations, le secrétariat, les entrées en cure... Le CCAA chapeaute les consultations du service. »  
Un cadre-infirmier, UA, 60

Leurs relations sont donc tout sauf celles d'une concurrence ou d'un conflit de compétences : chacun respecte des missions aux contours bien délimités. Le fait, par exemple, qu'il existe à l'unité d'alcoologie toutes sortes d'ateliers pour les patients, des séances de groupes de parole, etc., et qu'un soutien psychologique postcure soit réalisé, n'empiète en rien sur le territoire d'action du CCAA : d'abord, il apparaît que ce soutien psychologique mené à l'unité d'alcoologie soit à dessein bien différent de celui entrepris au CCAA : il consiste davantage en un accompagnement du sevrage, qu'en un suivi plus profond portant sur la relation au produit ; ensuite, de nombreux employés du CCAA interviennent à l'unité d'alcoologie, et quand une relation à caractère psychothérapeutique paraît s'instaurer entre un professionnel et un patient, celle-ci est davantage entreprise par le personnel du CCAA que par celui de l'hôpital. En fin de compte, les professionnels du CCAA n'ont jamais le sentiment d'être dépossédés de leurs attributions. Cette étroite imbrication des activités, qui suppose la mobilité des personnels de CCAA, permet des transferts plus faciles de patients, du CCAA vers l'UA et de l'UA vers le CCAA : les risques d'évasion du patient sont minorés, la trajectoire de ce dernier étant cadrée par les professionnels concernés.

« Si un patient veut faire une cure, le Dr Y peut l'envoyer à [l'UA], et quand il sortira, il le suivra ici à X s'il n'habite pas loin. »  
Un thérapeute, CCAA, 60

« Pour les personnes avec qui on est en échec, on travaille avec le centre de cure de X. Là-bas, ils sont traités à l'Esperal, l'encadrement est fort et le centre d'hospitalisation est complètement fermé. Ils y restent trois semaines et reviennent nous voir. »

Une aide médico-psychologique, CCAA, 60

D'une manière générale, profitons de cet exemple, pour souligner, comme nous l'avons constaté dans les quatre départements étudiés, que l'intervention des équipes de CCAA dans les unités d'alcoologie (et d'une manière plus générale, dans les services non spécialisés qui ont des lits pour des sevrages d'alcoolodépendants), est un moyen non seulement de soulager les UA d'une population qui ne peut rester dans l'hôpital et qu'elles ne veulent point suivre, mais aussi de limiter les risques de concurrence.

« Travailler dans les deux structures (UA et CCAA) est un bon facilitateur. Je ne dis pas que c'est le modèle idéal mais ça évite les rivalités et les concurrences entre les structures. On peut jouer sur les complémentarités. »

Un médecin directeur, CCAA, 59

Il faut dire que les UA, le plus souvent, souffrent d'un manque de reconnaissance au sein même de leur propre hôpital : en devenant un partenaire incontournable et reconnu du dispositif spécialisé alcool, les UA peuvent espérer gagner en légitimité et en crédibilité vis-à-vis de leurs confrères hospitaliers, et rêver, peut-être, à des moyens supplémentaires. Que ce soit pour affirmer leur professionnalisme ou pour trouver des partenaires qu'elles ont du mal à mobiliser en interne, il est vitales pour elles de se tourner vers un réseau de partenaires externes.

« [Nos relations avec le CCAA] sont étroites, on fait des réunions de synthèse ici où le travailleur social vient tout le temps car 30 à 40 % de nos patients ont un suivi là-bas. Il y a plus de consultations là-bas qu'ici. En général, les gens acceptent bien le passage à une structure externe. Le travailleur social du CCAA permet de faire de la réinsertion au logement, professionnelle... car il a ses filons. On détourne en fait notre clientèle de l'assistante sociale de l'hôpital (...). On a toujours des problèmes d'attente avec les différentes institutions, eux sont plus souples. Ça fait partie de la trajectoire des patients, donc, c'est important. »

Un surveillant général, UA, 59

Revenons à notre exemple : le CCAA et l'UA ont donc trouvé des modes de coopération qui satisfont les deux parties. D'autres éléments permettent d'étayer ce constat. En effet, le CCAA pourrait éprouver certaines craintes au sujet de la concurrence possible que pourraient leur faire les associations d'anciens buveurs à la sortie de la cure de sevrage : celles-ci venant se présenter à l'hôpital pendant le sevrage, un patient préalablement envoyé par le CCAA pourrait être tenté de s'engager avec une AAB à sa sortie ; on le sait, pour les AAB, l'hôpital est un lieu de recrutement de première importance. Pourtant, il n'en est rien : l'unité d'alcoologie parvient à limiter cette concurrence potentielle par une coopération efficace avec chacun des deux partenaires. Ainsi, pour éviter ce qui peut être vécu par les uns comme le recrutement d'un nouvel adhérent, et comme une « appropriation de clientèle » par les autres, l'unité d'alcoologie s'emploie, autant que possible, à renvoyer le patient

sevré au CCAA qui l'avait initialement adressé. La présence régulière d'un des leurs dans l'UA est ainsi perçue comme l'un des moyens de limiter ces possibles « appropriations ».

« Nous avons avec eux des rapports privilégiés car une personne de chez nous, travaille dans l'unité d'alcoologie de X. »  
Un thérapeute, CCAA, 60.

À l'inverse, les patients dirigés vers l'unité d'alcoologie par les AAB sont, après la cure, majoritairement renvoyées dans ces mêmes associations. Il n'y a donc guère comportement d'appropriation, ni dans un cas, ni dans l'autre. L'UA régule des relations potentiellement concurrentes et conflictuelles. Ceci contribue certainement à ce que l'unité d'alcoologie soit perçue comme un partenaire fiable : elle joue, autant que possible, le jeu des circuits sélectifs d'orientation.

« On a mis en place un système de liaison informel. (...) Nos réseaux informels existent parce que notre service est en place depuis 32 ans, donc on est connus dans la profession. »  
Un responsable, UA, 60

On a donc là l'exemple d'un figure réticulaire associant des structures dont les logiques de fonctionnement sont non seulement compatibles mais également complémentaires : elles s'emboîtent au regard des trois critères que nous avons élaborés : curatif, sélectif et rencontre non captant/captant. Retenons pour finir, cela sera important pour la prochaine partie concernant le possible rapprochement dispositif alcool et dispositif toxicomanie, que l'hôpital, et en l'espèce l'UA, est acteur régulant les relations entre des intervenants possiblement concurrents, car ayant des positionnements dans la chaîne thérapeutique (au sens où nous l'avons entendu) qui peuvent se révéler comparables.

Mais cette imbrication peut avoir son revers, notamment dans les situations où le CCAA est trop faiblement doté en moyens et en personnel : les risques d'une disparition du CCAA et d'une tendance à l'hospitalo-centrisme ont été révélés par certaines de nos études de terrain. Ces risques sont bien illustrés par des exemples pris en Ille-et-Vilaine : dans certains CCAA d'Ille-et-Vilaine, l'équipe soignante intervient également dans les hôpitaux, où elle assure des consultations externes. Si cette pratique de consultation externe permet de soulager les CCAA, elle semble également avoir pour effet de renforcer le pouvoir d'attraction de l'hôpital.

Expliquons nous : la consultation externe, quand elle est assurée par un thérapeute qui exerce au CCAA, peut être une solution pour pallier le manque de moyens de ce dernier. En permettant aux professionnels de recevoir les patients soit au CCAA, soit à l'hôpital, la combinaison « CCAA + hôpital » apporte de la souplesse aux traitements ambulatoires. Quand les horaires d'ouverture du CCAA sont limités, le recours à la consultation externe permet de proposer au patient un rendez-vous plus rapide, à une heure qui lui convienne. Les soignants tendent alors à concevoir leur activité comme un tout, considérant l'hôpital et le CCAA comme deux lieux de consultation (dans les cas où ce dernier conserve une localisation en ville) plutôt que comme deux entités distinctes. Ainsi, les consultations externes qui pourraient apparaître comme l'expression d'une concurrence vis-

à-vis des CCAA s'inscrivent plutôt dans une continuité du soin après l'hospitalisation du patient. Qu'importe si le médecin alcoologue continue de voir le patient à la fin de son hospitalisation en milieu hospitalier plutôt qu'au CCAA, la qualité du soin sera, selon eux, de toute façon la même puisque l'équipe qui soigne l'est tout autant. Toutefois, si ce type de pratique perdure, le risque est grand de voir les CCAA devenir de simples appendices de l'hôpital ; leur visibilité risque de s'en trouver diminuer, et, en conséquence, ils risquent de se voir adresser moins de patients.

« Je ne connais pas les CCAA, ils ont un problème de visibilité, ils devraient se faire connaître. »

Un médecin généraliste, Cabinet privé, 35

« Il faudrait vraiment extérioriser le service d'alcoologie, tout en gardant une gestion hospitalière. »

Un psychiatre, CCAA, 35

« Notre salut, c'est d'être en dehors de l'hôpital pour avoir le plus d'autonomie possible. »

Un médecin, CCAA, 35

Finalement, le recours aux consultations externes pour soulager le CCAA peut se révéler contre-productif à terme. Il peut, en effet, justifier aux yeux de la CPAM une stagnation ou une moindre augmentation des budgets (consécutive à une baisse de la file active) de CCAA qui sont déjà les moins bien dotés. C'est là le paradoxe du bon fonctionnement de la liaison CCAA/hôpital : elle permet de limiter les tensions au niveau du CCAA en lui évitant de refuser des patients ou de donner des rendez-vous trop lointains (ce qui parfois revient au même), mais elle minimise aux yeux d'observateurs extérieurs les conséquences de l'insuffisance des moyens alloués.

## 2. Situations de conflit ou des positionnements thérapeutiques trop proches

Les exemples, on l'aura compris, de relations conflictuelles entre UA et CCAA sont précisément ceux qui unissent des partenaires, qui se veulent tout autant captants : les difficultés apparaissent quand les unités d'alcoologie obtiennent des moyens leur permettant de « descendre » la chaîne thérapeutique vers le suivi ambulatoire. Dès lors, elles entrent en concurrence avec leurs CCAA de proximité : si la clientèle est abondante, les risques d'appropriation par l'équipe de l'hôpital lors d'un sevrage hospitalier d'un patient envoyé par le CCAA existent. Mais ce n'est pas tant de cela dont il s'agit : ce sont surtout les ressources symboliques, et donc souvent financières, qui sont ici disputées ; en France, un hôpital qui se dote des moyens de couvrir l'ensemble de la chaîne thérapeutique et qui n'a donc plus besoin, fondamentalement, d'articuler son travail avec celui des CCAA, en un mot qui n'est plus dépendant des CCAA, attire forcément à lui, comme nous l'évoquions plus haut, reconnaissance, prestige et donc financement : il devient vite, localement, celui qui fait figure de spécialiste et de référent pour l'alcool.

Un exemple de pareil chevauchement des missions peut être trouvé dans le département du Nord, où une unité d'alcoologie a réussi à cumuler nombre de ressources, au point que son offre thérapeutique couvre désormais une grande partie de la chaîne thérapeutique et qu'elle soit devenue un grand service d'alcoologie<sup>58</sup>. Or, comme le montre notre monographie dans ce département, cette stratégie d'intégration de l'offre en un seul lieu est source de concurrence avec le CCAA situé à proximité ; par exemple, la présence nouvelle de l'équipe de liaison aux urgences a suscité quelques émois au sein du CCAA : ce dernier, en effet, avait jusque-là, la mainmise sur l'ensemble du centre hospitalier. La mise en place, également, au centre alcoologique de jour, de consultations pour le suivi en ambulatoire, empiète tout autant sur l'activité du CCAA.

« Quatre semaines d'hospitalisation ne règlent pas le problème, loin de là. Quatre semaines, c'est se séparer de l'alcool, y réfléchir et mettre en place un projet. On propose au patient de se faire aider. Nous avons une palette d'outils assez large pour correspondre à la réalité de chacun. D'une consultation médicale une fois par mois, ce qui est un outil très économique, jusqu'à une hospitalisation de jour 5 fois par semaine en passant par un accueil thérapeutique à temps partiel, nous sommes adaptable. C'est la mission du centre de jour. »

Un cadre infirmier, UA, 59

Si les dispositifs, sur le papier, peuvent être vus comme complémentaires, il est facile de comprendre qu'ils puissent être vécus, en réalité, comme concurrents ; il est aisé d'admettre qu'un petit CCAA, pour qui les ressources sont limitées, ait subitement l'impression d'avoir du mal à exister face à pareille institution. Il lui faut trouver un autre positionnement, celui de la prévention, par exemple, que ne peut faire l'hôpital. Mais, cette stratégie, comme nous le verrons, est risquée au moment où les financements passent à la CPAM sur « enveloppe soin » et que les DDASS ne peuvent en rien garantir la reconduction à l'identique des enveloppes prévention d'une année sur l'autre.

Dans l'Oise également, on peut trouver trace de positionnement tout aussi concurrents. Si comme on l'a vu, une réelle complémentarité peut s'installer entre CCAA et unité d'alcoologie dans une ville donnée, il apparaît qu'il peut en aller bien autrement dans une autre commune. Ainsi, en est-il de la collaboration entre le CCAA de X et le service d'alcoologie<sup>59</sup> d'un centre hospitalier, tout proche. Là encore, il s'avère que ce service hospitalier ne se limite pas au sevrage mais a développé une grosse activité de suivi ambulatoire ; finalement, il fonctionne à la manière d'un CCAA, ayant, en outre, les moyens de l'hôpital à disposition. Cette situation a des incidences directes sur le parcours des patients que le CCAA pourrait lui envoyer : il apparaîtrait ainsi que les quelques patients adressés pour sevrage ne reviennent pas au CCAA qui les avait orientés. Dans ces conditions, les thérapeutes du CCAA préfèrent travailler avec une autre unité d'alcoologie, pourtant située plus loin que le service dont il est question ici.

---

<sup>58</sup> Il ne s'agit à proprement parler d'un service d'alcoologie, mais pour des questions de confidentialité et de commodité, nous emploierons ce terme.

<sup>59</sup> Même remarque que celle de la note précédente.



Si les professionnels de notre service d'alcoologie sont conscients de la nécessité qu'il y a à travailler en complémentarité avec le CCAA, il reste que, intégrée dans une structure hospitalière qui lui demande des comptes régulièrement et qui n'est pas parfaitement convaincue de la nécessité d'héberger une telle activité en son sein, l'unité d'alcoologie se doit de valoriser sa mission en la diversifiant : le suivi ambulatoire participe de cette stratégie de diversification.

« Pour eux [l'hôpital], il y a beaucoup d'échecs dans le suivi des alcooliques. Ils ont souvent les mêmes personnes qui viennent les voir en consultation parce qu'elles ont rechuté et ils ne croient pas toujours au succès de notre démarche. (...) [Le responsable de l'UA] se bat continuellement avec le directeur de l'hôpital et l'infirmière générale pour défendre notre activité. »

Une aide médico-psychologique, UA, 60

Assumer une mission de soin ambulatoire, c'est donc aussi gagner en crédibilité, comme nous l'avons déjà noté. Là encore, s'opposent deux formes d'engagement : d'un côté, un réseau de CCAA conçu et développé pour être la courroie de transmission de tout le système thérapeutique alcool ; dans ce cadre, il doit pouvoir s'appuyer ponctuellement sur des services hospitaliers. De l'autre, un service d'alcoologie développé pour être au centre d'un réseau de soin et assumer toutes les activités, du sevrage hospitalier au suivi psychothérapeutique ; dans cette optique, il aimerait pouvoir profiter des CCAA comme dispensaires de proximité, à la manière dont un centre hospitalier spécialisé peut s'appuyer sur son réseau de CMP.

« Il est nécessaire de pouvoir avoir des liens de proximité avec les patients (ils ne peuvent pas tous se déplacer jusqu'à nous). Les CCAA pourrait servir à ça. »

Un alcoologue, Service d'alcoologie, 60

On le voit, ce sont donc les formes que l'aimerait voir prendre le réseau autour du soin des personnes alcoolodépendantes – formes que l'on peut déduire du positionnement choisi dans la chaîne thérapeutique – qui expliquent les difficultés de coopération, pour ne pas dire, les conflits entre acteurs spécialisés.

## PARTIE IV : SANTE PUBLIQUE ET RAPPROCHEMENT DES DISPOSITIFS SPECIALISES

Avant de commencer cette partie concernant le rapprochement des dispositifs spécialisés alcool et toxicomanie, il convient de noter que les résultats ici présentés reflètent des situations vécues et des positions tenues il y a près de trois ans (mars-avril 2000) : il est vraisemblable, dans ces conditions, que certaines des conclusions que nous formulons maintenant soient marquées d'une certaine obsolescence.

### Chapitre I : Vers une nouvelle politique de santé publique : le cas de la prévention

Nous l'avons vu, les activités de prévention, si elles ne sont pas au cœur de l'activité des CCAA, restent un moyen de valorisation professionnelle, de construction d'une visibilité et d'une certaine légitimité dans l'environnement local, de positionnement vis-à-vis des hôpitaux, et notamment des UA qui n'en font guère, etc., de former les fournisseurs et les partenaires associés de la prise en charge – et ce faisant de contribuer à les rendre plus autonomes, d'obtenir des ressources financières complémentaires, et bien évidemment d'œuvrer, autant que faire se peut, à ce que la société civile et les professionnels non spécialisés prennent conscience des dangers liés aux pratiques d'alcoolisation.

Le passage récent du financement des CCAA, dans le cadre de la loi de 1975, sur des enveloppes soins des CPAM a cependant eu des incidences certaines sur ce volet de l'intervention locale des CCAA. Dans le cadre d'une précarité financière avérée (la plupart des CCAA estiment avoir des moyens financiers qui ne sont en rien proportionnés aux activités qu'ils mènent ou qu'ils aimeraient mener), et sachant que les DDASS n'étaient pas en mesure de garantir la reconduction à l'identique des enveloppes prévention d'une année sur l'autre, le transfert des fonds s'est largement effectué, dans les départements que nous avons étudiés, dans une logique de consolidation de l'activité des soins.

« En général, on a juste une reconduction de l'existant, on n'a pas de mesures nouvelles. Pour l'année 2000, on a même une diminution de l'enveloppe prévention. Il va falloir négocier. Or, comme moi, je finance du personnel avec cette enveloppe, alors que dans X [un autre département de la région], ils ne financent que des actions de prévention, j'espère que cela sera à eux que l'on retirera de l'argent. »

Un fonctionnaire, DDASS, 60

« On s'est trouvé confronté à un problème : il fallait que nous, DDASS, on évalue la part prévention et la part soins de chacune de nos structures sur les 5 millions

de budget global. La toxicomanie a trois ou quatre fois plus, c'est là le problème. On a donc discuté avec le MIS de cette répartition, sachant que les CCAA ne savaient pas à quelle sauce ils allaient être mangés (...). Nous, on a décidé de dire que tout le monde faisait 100 % de soins car on voulait qu'ils soient payés. Si on avait dit qu'ils faisaient 20 % de prévention, par exemple, il aurait fallu qu'ils se dépêchent de monter un dossier prouvant qu'ils allaient faire des opérations de prévention. Mais, nous, on était pas sûr de pouvoir leur assurer ces 20 % : cette partie du financement est ponctuelle, pas forcément reconductible. Vous ne pouvez pas payer de personnel avec. D'un autre côté, on a récupéré une enveloppe de 450 000 francs pour la prévention. »

Un fonctionnaire, DDASS, 93

« Quand les CCAA sont passés en CROS, ils ont dû rendre à la DDASS un document donnant la part de leur budget total affecté au soin. Le message a été de dire qu'on risquait d'avoir une part minimale sur la prévention donc on a sauvé les meubles sur le soin car on savait que la sécurité sociale reprenait le soin et l'État la prévention sans aucune garantie pour la réaffectation du budget par ce dernier. On a donc déclaré 90 % pour le soin et 10 % pour la prévention. Certains ont voulu jouer un autre jeu. Les circulaires n'interdisaient pas la prévention mais il était dit que si on piochait dans le budget soin pour faire de la prévention, il faudrait trouver des financements pour compenser. »

Un responsable, CDPA, 59

Ce passage « à la Sécu », pour le dire trivialement, est vécu, dans une grande partie des CCAA rencontrés, comme une étape décisive : il signe la reconnaissance officielle que les CCAA font du soin, qu'ils sont des structures positionnées principalement sur le versant curatif de l'intervention sanitaire ; comme souvent, des dispositions réglementaires ou administratives viennent finalement avaliser ce qui se faisait déjà sur le terrain.

« Le passage à la Sécu, c'est bien et c'est normal parce que jusqu'à preuve du contraire les patients sont malades avant de s'alcooliser et sont malades de s'alcooliser. »

Un responsable, CCAA, 93

« En passant de CHA au CCAA, on est devenu établissement médico-social, c'est un élargissement qui est plus conforme à ce que nous avons créé. Dans les faits avant ça nous étions déjà établissement médico-social. »

Une équipe, CCAA, 93

« Sur le dispositif de soin, vous n'ignorez pas que les moyens ont été insuffisants et que les CCAA ont été, faute de moyens, pas bien reconnus par les professionnels : généralistes, libéraux, hôpital. Ca, les derniers rapports l'ont bien montré (...). Je trouve ça souhaitable [le passage du financement à la CPAM] et pour les professionnels c'est important. Ils se sentent probablement plus reconnus car leur discipline est comme les autres. »

Un fonctionnaire, DDASS, 59

Ce passage, c'est aussi, pour nombre de CCAA, l'assurance d'une plus grande stabilité de leur financement : les CPAM payent en date et en heure, et ce sont les difficultés chroniques de trésorerie que l'on espère ainsi voir s'éloigner. Il faut rappeler que, à l'image de ce qui se passait dans le champ de la toxicomanie jusqu'au décret de juin 1992, les structures alcool ne savaient pas en cours d'année exactement de combien d'argent elles allaient finalement disposer pour fonctionner.

« Lorsque les CCAA étaient en mode de gestion DDASS, le financement était vraiment arbitraire : la DDASS donnait vraiment à la tête du client (...). Le passage des CCAA en Sécurité sociale est aussi une bonne chose. Avant, le dispositif était fragilisé tous les ans, maintenant les financements sont assurés. »

Un psychologue, CCAA, 35

« Le CCAA est ravi : c'est une dotation globale et ils obtiennent maintenant un versement tous les mois, alors qu'avec nous, ils avaient des acomptes, il fallait jongler avec la trésorerie. Avec la Sécurité sociale, il suffit d'un arrêté et l'argent est versé. »

Un fonctionnaire, DDASS, 60

Il reste que, au moins au moment où nous avons réalisé l'enquête de terrain, les CCAA redoutent l'application d'une logique plus comptable dont ils croient capables les CPAM au moment de l'attribution des budgets : un peu partout, en effet, les CCAA affirment se méfier d'un processus que mèneraient bientôt les CPAM en faveur d'une rationalisation des activités de soins, des missions et du fonctionnement de leurs institutions, sur la base d'évaluations chiffrées et sommaires qui ne peuvent, selon eux, épuiser la complexité de leur travail quotidien. Il est vrai que le champ de l'alcoologie, et notamment les activités de soins, ne se considère pas comme très en avance en matière d'évaluation : elle serait des plus réduites, voire inexistante, et ce, depuis longtemps.

« Je n'ai pas de chiffres à vous donner, j'ai tout recueilli pendant 5 ans mais je n'ai pas les moyens d'extraire les données (...). Il nous manque quelque chose pour l'évaluation (...). Nous sommes évalués sur rien. »

Un responsable, CCAA, 93

« Le fonctionnement effectif est différent du fonctionnement théorique, chaque CCAA dit "je suis beau, je suis utile, donc il faut continuer à me financer". L'évaluation c'est donner des critères d'activités et certains CCAA ont du mal à étayer. »

Un médecin, CCAA, 93

« On sait en France que l'évaluation est souvent liée à une restriction de crédit donc tout le monde triche. »

Un responsable, CCAA, 93

« Ils nous présentent aussi leurs budgets mais ce sont des chiffres qu'ils gonflent. Chaque structure a tendance à comptabiliser selon ses propres critères (...). On a des difficultés à les comparer entre eux (...). Si la structure surévalue, on ne peut pas juger et on ne voulait pas se mettre en position de casser le partenariat. »

Un fonctionnaire, DDASS, 60

« Maintenant que le financement des soins est passé de la DDASS à la CPAM, je pense qu'on aura des relations différentes avec la CPAM que celles qu'on avait avec la DDASS car à la CPAM ils sont plus strict et plus pointilleux. »

Une secrétaire, CCAA, 59

Mais la principale incidence du passage à la CPAM serait la polarisation quasi exclusive, perçue comme inévitable, sur le soin au détriment de la prévention. La plupart des professionnels de CCAA interviewés redoute, en effet, le caractère absolu de pareille transformation de leurs missions : s'ils sont, de fait, en faveur d'une polarisation de leur activité sur le volet curatif de l'intervention sanitaire, ils se montrent, pour la majorité d'entre eux<sup>60</sup>, hostiles à un recentrage exclusif.

« Jusque-là, la mission était mal définie. C'était faire de l'accueil, des soins, de la prévention et du réseau. Cette année, c'est bien clair, c'est faire du soin. On est bien dans la cure et dans le soin. »

Un intervenant communautaire, CCAA, 93

« L'arrivée de la CPAM, c'est la reconnaissance de la fonction soin. C'est normal, mais le financement que de la maladie, c'est pas normal. En effet, la prévention participe au soin et vice-versa. »

Un directeur, CCAA, 59

Si le bien-fondé d'une plus grande médicalisation du dispositif, induite par ce passage au médico-social, n'apparaît pas en lui-même contesté, ce que l'on discute, une fois de plus, c'est la focalisation supposée exclusive du dispositif, et les renoncements inévitables qu'il s'agit en conséquence d'effectuer : les centres doivent réviser les modes de fonctionnement jusqu'alors institutionnalisés.

« On a remplacé un animateur qui faisait de la prévention par un psychologue. Ça a été la volonté du CDPA, mais ça correspond à un consensus. C'est vrai qu'au début on était un CHAA. Maintenant, les postes de diététiciennes et nutritionnistes sont menacés. »

Un responsable, CCAA, 59

« La diététicienne a été évincée du CCAA, car on ne fait plus d'hygiène alimentaire, alors que dans les autres centres elle est toujours là. C'est toujours une histoire de financement, de prévention... Pourtant on a fait un projet intégrant la diététicienne... »

Une assistante sociale, CCAA, 59

« Devenir une structure de soin nous a obligés à prendre un docteur dans notre équipe. Mais comme il arrive, mon poste saute. À croire que ce sont les textes de loi qui déterminent la compétence des gens et leur reconnaissance ou non. »

Un responsable, CCAA, 59

« Pour le CCAA, l'intervenant communautaire n'existe pas mais on compte bien sur lui ! Si son financement avait été CCAA depuis le début on aurait pas pu. Mr X, c'est le même problème, on ne sait plus comment le financer maintenant (...). Et leur boulot ne peut être fait que par des professionnels comme eux... »

Un responsable, CCAA, 93

---

<sup>60</sup> Seule une minorité s'est exprimée en faveur de l'abandon total de la prévention : « En formation - prévention, il y a une faible demande de la ville qui se passe de nous. De toutes les manières, on n'a pas le temps ou la compétence, même si normalement la formation et la prévention sont inscrites dans nos missions. » Un responsable, CCAA, 93.

Le passage en CPAM est parfois même considéré comme un risque de normalisation des spécificités des structures de prévention et de prise en charge, telles qu'elles existaient jusqu'alors : la logique de rationalisation que les CPAM seraient sur le point d'engager déboucherait, selon certains, sur une négation des originalités du dispositif spécialisé.

« Au terme de cinq ans, cela m'étonnerait que le dispositif alcool ait encore son petit caractère original par rapport aux autres soins de la santé. Il n'est pas sûr que la CRAM s'aligne sur ce que dit le préfet. Tout cela est lié aux batailles sur l'assurance maladie. En plus quand une institution met les pieds dans un engrenage de financement, il lui est très difficile de faire marche arrière. Il a fallu s'adapter notamment en prévision des réévaluations : on m'a dit si votre budget de départ est de 100 francs, les réévaluations seront faites sur cette base, s'il est de 300... On avait intérêt à jouer de cette manière même quitte à avoir énormément de travail pour trouver des financements pour la prévention. »

Un responsable, CDDP, 59

« Désormais il y a une uniformisation du fait de la réglementation. J'ai fondé une clinique privée à X pour faire ce qu'on a envie de faire. »

Un responsable, CCAA, 59

On le comprendra fort bien, cette situation est particulièrement mal vécue par les CCAA qui étaient plus axés que la moyenne de leurs confrères sur les activités de prévention : qu'ils soient rattachés à une mairie qui exigeait pareille mission, ou qu'ils aient décidé de se positionner sur ce créneau vis-à-vis de leur hôpital de proximité, ce recentrage est cette fois sévèrement critiqué.

« Je vais vous dire, les CHAA ont de grosses difficultés parce qu'ils viennent de changer de statut et qu'ils sont beaucoup plus axés maintenant soins que prévention. Et, de ce dont on a pu discuter ces derniers temps avec le CCAA de X, les inquiétudes tournent autour de leur avenir et ils se rendent compte que n'étant plus Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, la prévention devient vraiment très secondaire. »

Un responsable, CPAM, 59

« La Municipalité finançait avec plaisir un dispositif qui était clairement sur la prévention même si par ailleurs on faisait aussi du soin. On formait les médecins, les infirmières, le grand public, les collèges, la jeunesse de la ville. J'ai peur qu'elle se retire maintenant. »

Un responsable, CCAA, 93

Mais la crainte de voir baisser ses sources de financement est une raison très souvent invoquée pour justifier la méfiance des professionnels de CCAA vis-à-vis de pareille focalisation. Ces financements, en situation d'abondance de clientèle et de faiblesse chronique en personnel, étaient des plus nécessaires pour les CCAA : ils leur permettaient de financer non seulement des activités administratives dont ils ont foncièrement besoin mais aussi des pratiques directement liées aux soins.

« On avait une particularité [avant le passage à la CPAM] : on finançait un quart de poste de secrétaire par des actions de prévention. On ne sait pas comment ça va évoluer. »

Une assistante sociale, CCAA, 35

« Auparavant, les actions de prévention permettaient des rentrées financières de 10 à 15 % sur un budget annuel de 350 000 francs... Tout ça c'est terminé. »  
Un responsable, CCAA, 59

« Désormais, ça va être dur de se financer. Des financeurs potentiels et notamment la CPAM et la CAF ne financent plus la prévention car ils sont devenus financeurs de soin. Le problème, c'est que la pérennité de notre structure dépend en partie de la prévention. Si on ne fait plus de prévention, on est fini. On peut mettre la clé sous la porte car on n'aura plus assez de sous pour financer le soin. »  
Un responsable, CCAA, 59

On retrouve le même type de scénario pour les centres, qui face à cette instabilité financière chronique, avait choisi de changer de statut en passant de la gestion associative à la gestion hospitalière ; ce passage révélerait des risques en tout point comparables : si chacun reconnaît que cela est un moyen de pérenniser les financements.

« Ca fait deux mois et demi qu'on est passé sous administration de l'hôpital, après avoir été sous gestion associative. Nous sommes passés d'un CDI à un CDD. Mais l'avantage, c'est qu'il n'y aura pas de rupture dans le budget comme avec l'association où on n'était pas sûr d'être payé en temps et en heure. La structure est donc pérennisée. On peut donc s'engager sereinement dans des relations avec les gens durant des années. J'ai envie de m'engager ici, et d'assurer un "service après-vente." J'apprécie le passage de la gestion à l'hospitalier, car sous gestion associative c'était un truc bâtarde. Et ça me convient de passer à un statut public, ça permet un rapprochement avec le secteur hospitalier et [le CSST]. Il faut embaucher davantage de gens qui ont envie, qui sont compétents et disponibles. On peut devenir une structure ambitieuse qui existe à côté des unités d'alcoologie et des unités d'hospitalisation. »  
Un médecin, CCAA, 59

L'on sait bien, au même moment, que la prévention devient une activité sacrifiée : dans les deux configurations (passage en CPAM ou en gestion hospitalière), les centres semblent devoir choisir entre sécurité, stabilité financière et activités de prévention.

« Il y a un hic à cause de cette tutelle différente. [À l'hôpital], ils ne veulent pas entendre parler de prévention primaire. »  
Un responsable, CCAA, 59

« Nous ici, on fait de la prévention, mais l'hôpital nous rappelle qu'on n'est pas payé pour faire de la prévention. »  
Une assistante sociale, CCAA, 59

À cette occasion, les DDASS n'apparaissent pas avoir su accompagner ces changements, et il n'est pas rare que les CCAA aient un discours très critique sur le rôle d'informateur et de coordinateur qu'elles sont normalement censées jouer : comme on pouvait déjà le noter en 1995, les DDASS n'assureraient « en général aucune direction, ni coordination du dispositif spécialisé de prévention à l'échelon du département, alors que les financements sont acheminés par leur intermédiaire et sous leur responsabilité » (Rousille, 1995, p. 241). En 2000, pareil retrait est de nouveau stigmatisé.

« Le Directeur, lui on ne peut pas dire que ce soit quelqu'un qui entraîne. Avant on avait quelqu'un d'extra mais il en faisait trop (...). C'était intéressant de travailler avec lui mais pas avec celui-là : c'est lui le coordonnateur général et on ne sait pas ce qu'il pense ; il fait gérer la pénurie, ne monte pas au créneau alors qu'il faut faire de la discrimination positive ! »

Un responsable, CCAA, un département étudié

« La DDASS ne nous a jamais donné d'impulsion sur comment travailler (...). Nos tutelles ne nous donnent pas d'impulsion. On ne nous a pas dit ce qu'il fallait mettre dans le projet thérapeutique. On n'a aucun retour du rapport d'activité. Ça me met hors de moi car on se demande qui lit les dossiers. »

Une assistante sociale, CCAA, un département étudié

« On essaye d'affiner la prise en charge, mais on n'arrive jamais à obtenir des financements (...). On nous a demandé de faire des rapports d'activité, des projets thérapeutiques. On y a passé des jours et des nuits et ça doit être dans un tiroir à la DDASS. Quatre à cinq mois, on n'a toujours pas de retour. »

Un responsable, CCAA, un département étudié

« Par exemple, la circulaire sur le réseau vient de sortir (novembre 1999). Les gens vont se mettre d'accord pour soumettre un projet à la DDASS. Ils vont arriver à 4 et la DDASS va leur dire mais on ne peut donner l'argent qu'à une institution. Donc on va se poser la question de savoir à qui donner les sous. Et cela provoquera des conflits. Et puis on va se demander si c'est une enveloppe soins ou prévention. Et puis on ne saura pas sur quelle ligne la prendre, etc. Tout cela décourage et focalise les gens sur l'accessoire. L'administration ne fait pas de politique de santé, mais gère des enveloppes et lance des actions sans savoir ce que cela donne concrètement. »

Un chargé de mission, Une administration centrale

Il faut dire, en outre, que la régionalisation de la santé publique n'a pas aidé à rassurer les CCAA sur ces aspects : vecteur de rigidité, les PRS, par exemple, sont devenus un passage exclusif qui brouille les jeux habituels. Si la transversalité des problématiques liées à l'alcool pourrait être une ressource permettant à l'alcoologie de s'inscrire dans ces différents programmes, il faudrait que ces financements soient lisibles par les acteurs du terrain et que leurs porteurs soient facilement identifiables, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle, selon les CCAA.

« Maintenant on doit faire attention, on a moins d'autonomie qu'avant, moins de lisibilité sur à qui on peut demander des financements car tout devient transversal. Je pense par exemple aux Programmes Régionaux de Santé qui sont établis d'après les conférences régionales de santé. Il y a beaucoup d'accords d'institution à institution, mais nous, association, qu'est-ce qu'on fait ? Une fois que les financements entre partenaires sont définis, à qui doit-on s'adresser ? À la commune ? Avant, on déposait nos dossiers à la DRASS, maintenant on me dit de faire ma démarche dans le cadre des PRS. Il y a un gâteau mais on ne sait pas où il est (...). Les contrats d'agglomération, le grand projet urbain ont aussi compliqué les choses. On sent les dispositifs s'éloigner... On a essayé d'avoir le partenaire qui pouvait mettre les autres autour d'une table. On n'a jamais trouvé. La Fondation de France n'a pas pu le faire. La DDASS n'a pas donné suite non plus. »

Un membre, CDPA, 59



Finalement, dans le cadre de ces transformations d'ensemble, la prévention, aux yeux des CCAA, paraît devoir être une activité progressivement écartée : le recentrage, perçu comme exclusif, sur les activités de soins ne leur laisse pas, selon eux, les moyens de s'y investir alors même qu'elle leur était jusqu'alors bien nécessaire. Il y a là un surprenant paradoxe : c'est au moment où les CCAA passent sur enveloppe soins et sont contraints de se polariser un peu plus en ce sens, qu'on leur demande de « reprendre contact » avec des populations qu'ils avaient quelque peu délaissées : les usagers et les abuseurs ; c'est au moment où ils s'imaginent devoir faire du soin de manière quasi intensive qu'on leur demande par ailleurs de faire de la prévention des pratiques addictives.

## Chapitre II : Le rapprochement des deux dispositifs

L'accord sur l'existence de bases communes, qu'elles soient d'ordre neurobiologique, psychopathologique, etc., aux différentes addictions est un constat largement partagé ; il en va de même pour ce qui est de la distinction des usages par les comportements ou les pratiques plutôt que par les produits : les professionnels de chacun des deux champs – alcool et drogues illicites – le savent depuis longtemps, et l'idée qu'il puisse y avoir des usages non nocifs de produits psychotropes (tels que définis par Parquet et al., 2000), y compris de produits illicites réputés jusqu'alors tyranniques, avait fait son chemin depuis longtemps chez les spécialistes. En cela, les récentes transformations de la politique publique de prévention et de traitement des pratiques addictives sont plus le signe d'un changement d'attitude politique, voire sociale, que professionnelle.

Dans ces conditions, on ne s'étonnera pas que les activités de prévention de toutes les pratiques addictives soient non seulement envisagées sous les meilleurs auspices par les professionnels de terrain (si on leur en laisse le temps), mais également, pour une bonne part d'entre eux au moins, déjà menées depuis quelques années ; par les spécialistes mais également par les partenaires locaux de la prévention, et plus particulièrement, les conseils généraux et les municipalités.

« Au niveau de la prévention, nous ne fonctionnons pas avec la frontière drogues dures/drogues douces. Nous raisonnons en terme de conduites à risques. »  
Une animatrice-formatrice, CDPA, 35

« La politique de la MILDT, je m'en fiche, je ne les ai pas attendus pour faire évoluer mon discours auprès des élèves. (...) Vu que mon discours dépend des questions que l'on va me poser, je suis bien obligée de répondre à des questions concernant la toxicomanie, le tabac et même l'anorexie ! (...) Je parle toujours du CSST dans les préventions. On se doit d'expliquer qu'il y a d'autres structures que le CCAA. Parfois, je leur dis d'appeler le CSST, s'ils sont plus intéressés. »  
Une animatrice, CCAA, 60

« À X, on n'a pas voulu qu'il y ait de groupe drogues licites/illicites, on a choisi de les mettre ensemble depuis 5 ans. »  
Un maire adjoint chargé de la santé, municipalité, 35

« On travaille beaucoup sur alcool et dépendances, le lien entre pratiques de substitution et alcool. On a travaillé avec le collectif alcool, drogues et dépendances, l'association Généralistes et Toxicomanies, l'association de réduction des risques C3R et le CH pour établir un réseau avec également les foyers, les structures RMI... »

Un responsable, Conseil général, 93

« Avec les différents rapports sur l'exclusion, le plan triennal de la MILDT, on a fait évoluer notre travail. On a supprimé la commission "Toxicomanie" au profit d'une commission "Dépendances". On va faire de la prévention des dépendances et des conduites à risque. On va développer un programme qui va prendre en charge tout ça. (...) Le CCAA, qui a une consultation à l'hôpital, d'autres consultations en CMS et une consultation à X, devra trouver des liens avec le service toxicomanie de l'hôpital dans le cadre des polyconsommations car tous deux ont vocation à faire de la prévention. À terme, le CCAA aura vocation d'animer la prévention dans le cadre des dépendances au sens large. »

Un maire adjoint à la santé, municipalité, 93

Si la prévention primaire, comme on nous l'a signifié à quelques reprises, aurait été, dans certains CSST, quelque peu délaissée au profit de la prévention secondaire...

« Je ne travaille pas avec [le CSST] (...). On a eu des contacts avec eux et puis... ça n'a rien donné, ils ne font plus tellement de prévention. Ils ont quelques difficultés, et on entend plus parler d'eux. »

Une animatrice – formatrice, CCAA, 60

« Ici, on est donc plus axé sur la minimisation des risques réels que sur la communication autour des conduites à risques (pouvant conduire à la toxicomanie). »

Un responsable, CSST, 60

... la majorité des professionnels concernés considère une prévention primaire d'ensemble comme non seulement souhaitable mais également possible : depuis quelque temps, des projets communs entre acteurs spécialisés ont été conçus et menés, même si comme on l'a vu plus haut, le dispositif alcool éprouve des difficultés à désormais s'engager sur la prévention. La recherche de fonds supplémentaires n'est pas étrangère à un positionnement désormais explicite sur les dépendances et les pratiques addictives : on reprend ainsi le vocabulaire de la nouvelle politique dans la formulation des projets, dans le nom des réseaux, etc. ; la MILDT est d'ailleurs souvent perçue à cette occasion comme un bailleur de fonds de première importance, qu'il ne faut pas décevoir.

Ce n'est pas une surprise : les méfiances surgissent en vérité quand il s'agit, non plus de prévention, mais de pratiques thérapeutiques : si la plupart des professionnels acceptent l'idée d'une possible fondation scientifique et théorique de l'addictologie, ils restent des plus prudents quant à l'éventualité et la viabilité de centres communs et de protocoles thérapeutiques unifiés, si tant est qu'il en soit question.

« D'un point de vue théorique je suis d'accord ; l'idée d'addictologie est intéressante. D'un point de vue thérapeutique, je ne sais pas. »

Un médecin, CCAA, 93

« Je pense que c'est intéressant au plan théorique, mais que persisteront des différences pratiques pendant longtemps. »  
Un responsable, CCAA, 93

Toute une série de raisons peuvent permettre d'expliquer ces méfiances : on le verra, une bonne partie d'entre elles se déduisent des conclusions concernant l'histoire respective des deux champs et de leurs modes de fonctionnement tels que nous avons tenté de les expliciter dans ce document.

## 1. Des univers professionnels aux cultures contrastées et les logiques de champs

Nous l'avons souligné dans la première partie de ce travail : les acteurs spécialisés des deux champs restent tendanciellement marqués par des cultures professionnelles différentes, et cela n'est pas sans effet sur les problématiques qui nous intéressent ici.

Dans le champ de la toxicomanie, comme nous l'avons montré par ailleurs (Bergeron, 1996, 1999), les addictions ont longtemps été considérées comme ayant des causes psychogènes principalement : la toxicomanie est le symptôme d'une structure psychopathologique sous-jacente (névroses, psychose<sup>61</sup>, perversion), voire d'une dépression ; conséquemment, le dispositif spécialisé était plus fondamentalement organisé autour d'une prise en charge psychothérapeutique au long cours des patients. Longtemps, il est demeuré assez peu médicalisé. La mise en place d'une politique de réduction des risques, et l'introduction massive des produits de substitution qui lui était liée, au milieu des années 90, ont à la fois changé beaucoup et peu de choses : la mise en place de structures bas seuil, le développement des PES et des distributeurs, la médicalisation des équipes, le développement de l'offre en méthadone et en Subutex®, l'organisation de réseaux « villes hôpitaux », l'engagement plus conséquent de la médecine générale et des dispositifs de droit commun, etc., ont marqué un vrai tournant dans le sens où le dispositif toxicomanie s'est ouvert plus manifestement à une population, qui, sans forcément s'inscrire dans une démarche de soin (traitement curatif de la toxicomanie à proprement parler) et n'exprimant donc pas nécessairement de demande d'arrêt de sa consommation, devait cependant être concernée par une politique de réduction des dommages (prévention et traitement des conséquences somatiques, psychologiques et sociales liées à la pratique toxicomaniaque). Ce sont là des changements considérables, qu'il n'est point question de nier.

Il reste qu'en matière de thérapie curative, qu'en termes de traitement de la toxicomanie à proprement parler (nous insistons sur cette réserve), beaucoup de toxicothérapeutes demeurent aujourd'hui attachés aux pratiques psychothérapeutiques et aux approches psychodynamiques ; autrement dit, l'introduction des produits de substitution dans ce champ n'a en rien signifié le triomphe d'une perspective biologique, et ce même, si la pharmacologie s'est désormais octroyée une place plus importante comme discipline dans le champ.

---

<sup>61</sup> Sans entrer dans plus de détails, il faut également rappeler le cas des états limites.

La conséquence la plus évidente de cela est l'existence d'une certaine méfiance vis-à-vis du contenu du nouveau référentiel de politique publique dont nous esquissons les contours plus en avant dans ce texte. Si tous les intervenants en toxicomanie ne sont pas au fait de manière précise et documentée de toutes les transformations ayant lieu dans le champ des neurosciences, ils n'ont cependant pas mis longtemps, pour nombre d'entre eux, à comprendre que la nouvelle politique, consacrait, entre autre chose, le rôle de nouveaux experts, dont une bonne part est issue du champ de l'alcoologie. Pour le dire clairement, les entretiens que nous avons pu mener avec certains intervenants en toxicomanie montrent bien qu'ils ont conscience qu'ils sont désormais sous-représentés dans les réseaux de politique publique (ce constat est également celui de certains tabacologues comme le montre très bien le travail de Grynco, 2001) et qu'avec eux, c'est une certaine culture qui est peut-être en passe de s'effacer.

Mais il en va de même pour une partie des alcoologues de terrain, cliniciens de la première heure, souvent proches de l'ANPA, qui, quoique, moins axés le versant psychothérapeutique de l'aide aux patients<sup>62</sup> et plus proches d'une prise en charge somatique des alcoolodépendants, ne se reconnaissent cependant pas complètement dans les options théoriques et scientifiques mobilisées par ceux qui sont désormais perçus par les pouvoirs publics comme les représentants légitimes (au sens sociologique de l'expression) de l'addictologie, et donc, entre autre, de l'alcoologie. Certains n'hésitent pas à regretter que la SFA, par exemple, ait pris volontiers ce tournant.

« À la Société Française d'Alcoologie, on va de plus en plus vers les neurosciences. Ce sont les universitaires qui se trouvent au conseil scientifique et plus les cliniciens. Orsel est l'un des rescapés cliniciens, qui, en plus, est psychanalyste. Nous, cliniciens, si on s'intéresse à la dépendance, on s'intéresse aussi aux conséquences de l'alcoolisation, contrairement à la SFA. »

Un alcoologue très connu

« Il y a progressivement une fracture entre les cliniciens, dont certains sont plutôt sur le côté psychogénétique de l'addiction, qui travaillent avec des patients et des universitaires, plutôt neurobiologistes, qui travaillent sur des cohortes et font des expériences animales. »

Un alcoologue, CCAA

---

<sup>62</sup> Comme nous l'avons noté en première partie, les alcoologues les plus portés sur la psychogénèse des addictions se méfient depuis un certain temps déjà de la progressive domination des conceptions d'origine anglo-saxonne en la matière : « Ceci inscrit la consommation d'alcool et ses modalités comme signe diagnostic, l'abstinence comme visée thérapeutique prévalente, et les benzodiazépines ou les mouvements néphalistes comme principales thérapeutiques palliatives, palliatives au sens où ces façons de soulager la souffrance ne sont souvent qu'un changement de dépendance. Dans cet ordre médical, le corps du buveur est nécessairement réduit à sa dimension biologique pour être un corps toujours plus offert à l'investigation scientifique comme en témoignent les travaux toujours plus nombreux des alcoologues fondamentalistes. Encore une fois, cette démarche est nécessaire mais il convient de ne pas la confondre avec son entropie scientiste à laquelle s'abandonnent ceux de nos collègues alcoologues cliniciens qui sont les moins épistémologues. Il est douteux que l'on découvre un jour que le ressort secret de l'appétence et de la dépendance tiennent exclusivement à quelque gène commandant telle ou telle neuro-amine » (Rigaud et Louka, 1991, p. 107).

Il est d'ailleurs intéressant de constater que certaines des conclusions neurobiologiques revisitent la traditionnelle frontière établie entre le corps et l'esprit<sup>63</sup> : cette perspective conduirait à réviser le rôle de la volonté dans les traitements des addictions, « l'arrêt de la consommation [n'étant] pas une simple affaire de volonté » (Parquet et al., 2000, p. 27)<sup>64</sup>. Pareille conclusion est à mettre en perspective avec le constat d'un dispositif spécialisé de traitement de l'alcoolodépendance avérée, principalement organisé autour de la volonté des patients et de leur accompagnement. Il y a donc potentiellement, dans ce type d'approche, une remise en question d'un des principes et pré-requis essentiels sur lequel s'est fondé l'édifice thérapeutique de terrain<sup>65</sup>.

« Il y a une conférence de consensus sur le sevrage. Mais sur la posture, ce serait plus dur. Sinon, je dirais que l'on se rapproche de ce qui est fait en secteur psychiatrique, avec moins de médicaments (l'antabuse est de moins en moins utilisé, l'AOTAL et REVIA un peu). Les médicaments, c'est le supplément, ce n'est pas le cœur. En fait, l'important, c'est l'accompagnement de la volonté. »  
Un responsable administratif, DGS

« La substitution ça n'a aucun intérêt (...). Tout le biologique n'est pas passionnant. Moi ce qui m'intéresse, c'est la complexité. S'il y a une codification de l'alcool alors l'alcool ne m'intéressera plus. Mon truc à moi, c'est la thérapie de la complexité. »  
Un médecin, CCAA, 93

Si certains alcoologues et certains toxicothérapeutes s'unissent dans un même mouvement (mais au chef de raisons assez différentes) pour se méfier d'une montée en force de références scientifiques qu'ils ne contestent pas forcément mais dont ils ne se sentent pas proches « culturellement », il apparaît cependant que ces deux types de professionnels, dans l'ensemble, se vivent comme appartenant à des mondes assez différents ; nos entretiens sont assez explicites sur cet aspect : une bonne partie des spécialistes, après avoir, dans un premier temps, reconnu qu'il était nécessaire de se rapprocher de leurs collègues respectifs et qu'il y « avait certainement terrain à de fructueuses collaborations », n'hésite pas, dans un deuxième temps, à affirmer des différences importantes, susceptibles, selon eux, d'inhiber le rapprochement des deux dispositifs<sup>66</sup>.

---

<sup>63</sup> « Si la dépendance physique et la dépendance psychique ont longtemps été présentées de façon distincte et semblaient correspondre à deux réalités cliniques différentes, il convient à l'heure actuelle de nuancer considérablement cette distinction : - Un clivage théorique, philosophique, "corps-esprit" (psyché-soma) n'aurait évidemment plus aucune consistance scientifique, le fonctionnement psychique reposant sur le fonctionnement neurobiologique cérébral. Ceci concerne évidemment les affects, les émotions, le besoin, la volonté. Et il est désormais admis que la dépendance psychique traduit un dysfonctionnement neurobiologique durable des systèmes dopaminergique, mésolimbique et opioïde, provoqué par les substances psychoactives. Cette perturbation durable de ces systèmes explique le malaise psychique majeur que ressentent les sujets dépendants lors du sevrage » (Parquet et al., 2000, p. 27).

<sup>64</sup> Voir également : « De fait, la mise dans un environnement connu prépare les organismes et déclenche des mécanismes adaptatifs qui protègent l'animal contre les effets de la drogue. Les effets conditionnés sont bel et bien puissants. Dans le même temps, le déclenchement d'un syndrome de sevrage chez un toxicomane abstiné et confronté à un environnement lié à l'expérience passée ou à un milieu évoquant les effets de la drogue dépasse clairement sa volonté » (Stinus, 1998, p. 19).

<sup>65</sup> Sans parler du fait, que les nouvelles perspectives neurobiologiques poussent, comme nous l'avons vu, à la recherche de médicaments : or, comme le montrent les deux citations suivantes, certains des professionnels ne se sentent pas prêts à troquer leur rôle « d'accompagnateur » pour celui de prescripteur, que le médicament en question (qui n'existe pas) soit efficace ou non : il y a là un enjeu, non de vérité scientifique, mais d'identité professionnelle.

<sup>66</sup> Nous rappelons que ces positions ont été tenues il y a trois années maintenant et qu'il est possible que ces barrières culturelles aient été dépassées.

« Les relations sont difficiles avec le monde de la toxicomanie. Ils ont une histoire chaotique et violente avec de longues bagarres institutionnelles. Ils se sont enfermés sur eux-mêmes et font peu de prévention. »

Un responsable, CCAA, 93

« Le rapprochement de la toxicomanie et de l'alcool, je crains que la toxicomanie n'ait aucune envie d'être rejointe par l'alcool. Autant c'est noble de travailler dans l'illégal avec des patients jeunes, des cow-boys bruyants, autant nous nous sommes assimilés à la population que nous soignons, on fait figure de bonnes sœurs ou de curés. »

Un médecin, CCAA, 93

« Beaucoup de nos patients sont passés par le CSST de X où ils ont vu pour la plupart des psychothérapeutes ou des psychiatres. Cela les a marqués mais pas dans le bon sens. Certains sont arrivés ici en nous disant : "Ma mère va très bien, mon père va très bien, est-ce que je peux quand même venir ?" La plupart viennent pour discuter. Ca a été long de retrouver leur confiance. »

Un éducateur, CCAA, 60

« Pour les psys de la toxicomanie, le produit n'a pas d'importance. C'est le sujet. Ils ont raison sur ce point mais ils ont tort d'abandonner le produit pour autant. C'était comme ça à Y (l'unité toxicomanie hébergée à l'hôpital) : [le directeur] disait par exemple que la dose de méthadone n'était pas importante, que ce qui comptait, c'était la relation qui se nouait autour... Mais cela va changer avec la nouvelle équipe. »

Un responsable, CCAA, 93

« Le dispositif alcool est essentiellement constitué autour des conséquences somatiques de l'alcoolisme, autour des somaticiens. Le côté psy est trop négligé : nous, nous avons réussi l'alliance entre les psychothérapeutes et les éducateurs. Et puis, les alcoologues sont très liés aux anciens buveurs, donc proches de l'idée d'abstinence, qui est visée en soi, alors que chez nous, elle doit découler de la levée des troubles psychopathologiques. »

Un psychiatre, CSST, 93

C'est au rapprochement de deux dispositifs qui ont milité pendant de nombreuses années pour exister dans un champ médical souvent méprisant à leur égard que postule la nouvelle politique. Or, ce rapprochement peut signifier pour beaucoup une menace identitaire : la culture a ses raisons que la raison scientifique et épidémiologique n'entend pas.

« Cela a toujours été une politique défensive des CCAA : la cellule contre la DGS, puis la DGS au sein du ministère et le ministère face à celui du budget. On a toujours cherché à se battre contre les gels et les régulations. Il y a eu une ou deux belles années après la loi Evin (1991) et puis après, cela a été la disette. On a jamais cherché qu'à sauver le dispositif. Par exemple, le rapport TEN, c'était uniquement pour valoriser notre dispositif. On a dépensé un million et demi pour cela. Il fallait marquer le coup. On a aussi fait faire un rapport IGAS pour valoriser notre dispositif en 1993. »

Un responsable administratif, DGS

« Les gens sont tous d'accord pour dire que les dépendances ont quelque chose de commun ; la vraie question est : "que mettre derrière le concept d'addictologie ?". Est-ce que ce sont des choses de type fédératif (réseaux, liens) ou une grande soupe où chacun perd sa spécificité ? »

Un responsable, UA, 59

De ces considérations découlent des velléités bien compréhensibles de défense des champs et de leurs spécificités respectives : ces problèmes sont bien connus des spécialistes en stratégie d'organisation qui travaillent sur les regroupements, par exemple, de grosses sociétés commerciales : comment faire pour qu'un rapprochement ou une mise en commun ne soit pas perçu comme une stratégie offensive risquant de déboucher sur une assimilation pure et simple d'une des deux parties concernées ?

« L'ANPA ? Un réseau sur l'alcool, exclusivement sur l'alcool et peu sur la personne. C'est LEUR champ. Mais on a jamais évalué leur pertinence. Ils m'apparaissent vieillots. Je ne rien vu venir d'innovant, si ce n'est des demandes de moyens supplémentaires. »

Un chargé de mission, Une administration centrale

« Sur la prévention, on a un travaille en commun, mais sur les soins, d'un commun accord, c'est chacun sur son territoire. »

Une animatrice, CDPA, 60

« Je n'ai pas de relations avec le CSST. J'ai travaillé au service soin et prévention des toxicomanes de 95 à 97. Quand un patient devenait alcoolique, c'est qu'il était guéri ! Chacun son domaine... C'est au niveau des mentalités. C'est une plaisanterie qui a une réalité. La coopération, ça reste très timide. »

Un médecin généraliste, CCAA, 93

Il y a aussi un risque plus général de « normalisation » des politiques spécialisés, phénomène déjà étudié pour d'autres champs : par exemple, Borraz et Loncle montre que dans le champ de lutte contre le Sida, on aurait assisté ces dernières années à une « normalisation » de la politique dans le sens où elle aurait été « progressivement absorbée par des structures "généralistes" et [aurait] perdu sa spécificité. Cette normalisation résulterait d'un double processus d'inclusion : un mouvement de prise en charge privilégiant progressivement les organisations généralistes ; une inscription de lutte contre le VIH/sida dans l'éducation sexuelle, la formation à la santé et, plus généralement, une politique de santé publique » (Borraz et Loncle, 2000, p. 40). Le passage en CPAM pour les soins « alcool » et le projet récurrent de faire de même avec la toxicomanie, l'inclusion dans une politique plus large de santé publique, l'implication plus intensive des dispositifs de droit commun et de la médecine généraliste qui ne participaient guère, jusqu'à peu, à la prévention et à la prise en charge spécialisée (si ce n'est par le biais du traitement des conséquences), la montée de l'addictologie, etc., autant de phénomènes souvent perçus comme des vecteurs de normalisation de politiques jusqu'alors spécialisées. Le passage en CPAM révèle bien ces méfiances ; il revêt une figure ambivalente pour les professionnels concernés : satisfaisant parce qu'il intègre l'alcoolologie dans le champ général du médico-social et lui confère de ce fait une légitimité qu'elle a longtemps recherchée ; menaçant parce que, ce faisant, il la « déspecialise » et chahute une identité professionnelle construite de longues luttes.

L'on comprend mieux, alors, que les craintes s'expriment aussi en termes de restrictions budgétaires : ce rapprochement peut être vécu comme une menace de perte financière pour « sa » spécialité, pour une spécialité que l'on a si longtemps défendue.

« C'est vrai que l'alcool est le premier problème de santé publique, mais il ne faudrait pas qu'on nous réduise pour autant les crédits. »  
Un médecin généraliste, CSST, 35

« A priori, il ne devrait pas y avoir de problèmes au niveau des subventions car la directrice de la MILDT a précisé en venant en Bretagne que dans la région Bretagne le problème de dépendance concerne surtout l'alcool. »  
Un psychologue, CCAA, 35

« Souvent je me plains que la toxico a du fric mais je sais bien que ça n'est pas vrai. Le coût de l'hospitalisation est seulement beaucoup plus clair. Personne n'est capable de chiffrer ça en alcoologie. C'est une masse énorme et mal identifiée. Le financement de la Sécu ne représente qu'une masse infime des financements. En tant que [membre] du CDPA je peux vous dire qu'on est encore dans le flou. On prend l'argument comme ça nous arrange, chacun a ses fantasmes. Il y a eu les mêmes autour du SIDA. Moi c'est pas mon problème de baisser le budget des autres, c'est plus le problème des politiques. »  
Un responsable, UA, 59

« Je trouve génial le programme d'associer les différentes dépendances. Mais j'ai peur que l'ogre ne mange le petit Poucet, que tout l'argent aille à la toxicomanie... Si on regarde les morts de la toxicomanie et ceux de l'alcool... La toxicomanie est porteuse politiquement. Les financements n'ont rien à voir. »  
Un responsable, CCAA, 93

« Les alcoologues ont peur de se faire bouffer par les équipes de toxicomanie. »  
Un responsable, CSST, 93

« Le rapprochement alcool et toxicomanie, OK. Mais si c'est pour manger l'alcool et récupérer quelques pépètes mises dans l'alcool, c'est pas la peine. »  
Un responsable, CCAA, 93

Toutes ces citations montrent bien que les acteurs ne raisonnent pas (encore ?) en termes d'enveloppe globale pour l'addictologie, mais en termes de spécialité alcool ou toxicomanie : preuve supplémentaire, si besoin en était, que nombre de professionnels restent identifiés à leur champ, à sa culture et aux populations qu'ils accueillent.

## 2. Le problème des populations accueillies et des compétences nécessaires

Ces différences de culture professionnelle qui renvoient à des enjeux identitaires d'importance se prolongent, en effet, dans les populations que les dispositifs respectifs accueillent. C'est une évidence : les populations rencontrées sont des supports d'identification importants ; perçues comme radicalement différentes, les soignants ne se voient pas, bien souvent, pouvoir s'occuper de ceux avec lesquels ils ne peuvent point « accrocher ».

Remarquons d'abord que, conformément à nos conclusions concernant la relative sélection des patients dans les centres de soins, beaucoup des professionnels que nous avons rencontrés ne considèrent pas forcément nécessaire de mettre en place des projets de prise en charge commune dans le mesure où ils estiment être assez peu confrontés aux polytoxicomanes. Il y a là une conclusion classique de sociologie cognitive (effet de position) : on a beau savoir, théoriquement pour ainsi dire, que la polyconsommation se développe partout en France, que les passages d'une



addiction à l'autre sont fréquents, etc., quand on ne le constate pas in situ et de visu dans son centre, le caractère nécessaire d'un tel rapprochement n'est pas ressenti avec autant d'acuité que dans les lieux qui voient converger à eux pareille population.

« À mon avis, c'est un projet un peu théorique de vouloir prendre en charge dans les mêmes lieux les alcoolodépendants et les toxicomanes. C'est difficile... On va le faire, on n'a pas le choix. On freine mais c'est parce qu'on n'a pas beaucoup de patients toxicomanes. »  
Un thérapeute, UA, 35

« On a très peu de toxicomanes, seulement des ex plongés dans l'alcool ou alors des gens suivis par des généralistes, sous Subutex ou Méthadone, qui consomment de l'alcool. Mais c'est rare. »  
Une animatrice de centre, CCAA, 60

« Je pense que [la politique de rapprochement de la MILDT] est intéressante au plan théorique, mais persisteront des équipes différentes. (...) Je ne vois pas comment on pourrait rapprocher les équipes de soins parce que les patients sont différents. Il y a peu de polytoxicomanes. La majorité des alcooliques ne sont pas des toxicomanes. Ça doit rester des lieux différents avec des équipes différentes, même s'il y a un rapprochement conceptuel. »  
Un médecin, CCAA, 93

« On a des relations ponctuelles avec les CSST : X, Y car quelques patients sont à la fois alcooliques et toxicomanes. Mais c'est une minorité. On a des réunions communes sur la prévention mais ça n'a pas avancé plus que ça et on les fait depuis des années. »  
Un médecin généraliste, CCAA, 93

En fait, beaucoup considèrent que les aiguillages en amont de leur structure fonctionnent bien et qu'ils reçoivent une population, qui, sous l'angle de la distinction toxicomane/alcoolique, correspond à leurs missions : dans le cas, rare, de ce qu'ils considèrent être encore des erreurs d'orientation, ils adressent le patient « non conforme », respectivement au CCAA ou au CSST de proximité. Dans ces conditions, il n'y a pas, selon eux, suffisamment matière à développer des prises en charge communes ou à créer des centres rassemblant en un même mieux les deux équipes.

« Logiquement, on ne devrait pas avoir d'alcooliques. C'est une erreur d'aiguillage. Quand cela arrive, on réoriente sur le CCAA. Et ils font de même pour nous. On a de très bonnes relations à ce niveau-là. »  
Un psychologue, CSST, 60

« On a des toxicomanes mais on les réoriente vers des structures spécifiques, on collabore très bien avec [le CSST]. »  
Un psychologue, CCAA, 60

« Quand on fait le point sur les patients qu'on doit gérer en commun, on réalise vite qu'il y en a peu. Soit parce qu'ils sont encore dans la problématique explosive de la défonce (les tox), soit on peut faire des passerelles avec l'alcoologie une fois qu'ils sont sevrés (problèmes de ré-alcoolisation dans le traitement méthadone). Les passerelles sont plus conceptuelles qu'en termes de patients. »  
Un responsable, UA, 59

Mais le constat le plus récurrent dans les quatre départements étudiés est celui établissant des différences sociologiques irréductibles entre les deux populations, impliquant, selon les professionnels, des thérapies et des modes d'approche différents ; c'est un constat ancien : « Les données neurobiologiques actuelles tendent de plus en plus à mettre en évidence l'existence de schémas neurobiochimiques communs à la dépendance alcoolique et à la dépendance aux autres produits toxicomanogènes. Cela démontre l'existence de liens entre les deux types de dépendance. Sur ce point la clinique et la biologie se rejoignent volontiers, mais il n'en est pas de même lorsque l'on s'intéresse à l'étude clinique psychiatrique des comportements, ni même à l'étude sociologique. Bien qu'ayant de nombreux points communs, alcooliques et toxicomanes relèvent, au quotidien, d'un accompagnement psychothérapeutique différent (...) » (Rouillet-Volmi et al., 1994, p. 16). Au point que les deux types de spécialistes n'arrivent pas à se reconnaître et à s'investir dans le soin de populations dont ils ne se sentent, pour toutes sortes de raisons, guère proches. Finalement, on a vite l'impression que les différences qui existeraient objectivement entre les deux populations de patients (âge, catégorie socioprofessionnelle, profil psychologique, etc.) sont tout autant mobilisées pour justifier leur impossible – car ingérable – rencontre en un même lieu qu'un moyen d'affirmer une identité professionnelle spécifique que l'on ne veut point voir s'effacer dans une « grande addictologie ».

« Je pense qu'il y a des choses possibles. Mais pas n'importe comment... Déjà on a un problème d'âge pour ces deux populations : il y a des différences. Il y a aussi un problème psychologique : ce n'est pas la même configuration traumatique. (...) Je n'y crois pas trop, car ce sont deux cultures différentes entre les deux structures. Quant à une possible structure commune CCAA-CSST, c'est impossible, car ce sont deux énergies différentes. »  
Un psychologue, CSST, 60

« Dans les représentations, le licite et l'illicite reste toujours une frontière. La drogue c'est illicite et cela joue toujours dans le rapport avec la personne. Il y a un point qui disjoint l'alcoolique du drogué, c'est le rapport à la loi. Si on accueille quelqu'un qui a un problème d'alcool, on va l'aider. Par contre, si c'est quelqu'un qui se drogue et qui deale, ce qui va toujours de pair, on va le renvoyer. S'il y a un rapprochement conceptuel entre les deux, sur le terrain il y a toujours la loi qui les sépare (...). »  
Un directeur, centre d'hébergement, 35

« Je serais mal si un toxico venait me voir ici. Un alcoolique et un toxico, c'est différent dans le sens où l'alcoolique a plus besoin de reconnaissance. »  
Une secrétaire, CCAA, 60

« On ne travaille pas avec les CCAA. Car les toxicomanes ils préfèrent l'idée de toxicomanie. Et puis ils savent que du côté des soignants toxicomanie ils peuvent transmettre des modes de culture qu'on comprend. Même s'ils deviennent alcooliques, ils restent toxicomanes. »  
Un psychologue, CSST, 93

« On voit assez peu de toxicos parce qu'il existe une vraie rivalité entre le monde des toxicos (les bourgeois) et le monde des alcoolos (les pauvres). Ils ne représentent pas les mêmes coûts : c'est culturel et banalisé, la bière coûte moins cher dans les bars que les jus de fruits. »  
Une assistante sociale, CCAA, 59

« Avant, quand on percevait un problème d'alcool on leur envoyait [aux CCAA]. Maintenant [qu'il y a des problèmes de polytoxicomanie], on ne peut plus. C'est dangereux de saucissonner la personne entre différents organismes. Pour moi, c'est pas constructif (...). Les toxicomanes et les alcooliques ne se supportent pas. Ici, un alcoolique est hébergé, c'est la guerre ! Si on fait ce rapprochement [des deux dispositifs] je me demande comment les personnes vont le vivre. La perception de la maladie est différente. Alors que les toxicomanes mettent facilement en avant leur maladie, pour les alcooliques, c'est plus honteux, c'est caché. »

Un assistant social, CSST, 59

C'est ici au plus tard que l'on voit s'affirmer la logique de spécialisation des champs dont nous parlions en première partie : l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie ne sont pas simplement des champs de compétences qui s'occupent de patients spécifiques : ils sont aussi des mondes sociaux, ayant histoire et culture singulière que l'on ne peut réduire, même au chef des plus scientifiques légitimités : « l'existence d'une séparation institutionnelle entre toxicomanes ou alcooliques entraîne une spécialisation des discours soignants et scientifiques qui implique, pour des raisons matérielles mais aussi symboliques, la recherche d'une différence et non d'une parenté. (...) Les spécificités cliniques des alcooliques et de toxicomanes se redoublent donc de la constitution de spécialités institutionnelles pour lesquelles la connaissance d'une entité se traduit nécessairement par une partielle méconnaissance de l'autre, quand ce n'est pas une opposition stricte permettant aux cliniciens de conserver une identité » (Pedieli, 1993, p. 6). Car, derrière toutes ces raisons disparates avancées – qui s'inscrit dans une clinique du « visible » pour reprendre le terme de Pedieli –, dont certaines pourront être considérées comme plus fantasmées que réelles<sup>67</sup>, se cachent aussi, pour beaucoup, le manque d'envie de s'occuper d'une population qui finalement les intéresse moins.

« On ne veut pas s'occuper du vendeur des galerie Barbès de 50 ans qui picole joyeusement depuis des années. »

Un responsable, CSST, 93

« [Tout ça pour dire qu'] actuellement les gens se sentent bien dans les structures existantes, et qui font la distinction entre alcool et toxicomanie. »

Un délégué départemental, CDPA

Dans ces conditions, les soignants ne se considèrent pas complètement capables de gérer « l'autre » population : le supposé défaut de compétences est, en effet, souvent invoqué et le dispositif alcool se sentirait, sur cet aspect, plus vulnérable ; nombreux sont les professionnels de ce champ, notamment les personnels paramédicaux, qui ne se conçoivent pas à même de s'occuper d'un toxicomane, considéré volontiers comme « violent, manipulateur, moins demandeur de soin et

---

<sup>67</sup> Ainsi, par exemple, l'âge ne serait pas un critère valable, selon certains, justifiant la séparation des dispositifs de soins : « Un argument est également avancé pour justifier des lieux et de techniques de soins différents : l'âge. Or, il apparaît là aussi que les différences s'estompent quand il y a demande de soins de la part du patient, la moyenne d'âge des patients alcooliques diminue (globalement moins dix ans en dix ans dans notre service), la moyenne d'âge des toxicomanes en demande de soins augmente (27 ans en 1991). L'argument de l'âge semble indiscutable mais peut-être plus pour ce qu'il faut des prises en charge spécifiques pour adolescents que pour dire qu'il faut faire une différence selon les produits » (Danel et Parquet, 1993, p. 189).

nécessitant un cadre et un contrat plus rigide ». Sa collaboration au traitement serait ainsi réputée plus difficile à obtenir.

« Un des problèmes qui se pose pour ma discipline est l'accueil des polytoxicomanes. Ça a émergé avec les problèmes de relation entre UA, UT et les services de psychiatrie. En effet, ces patients mobilisent les équipes et ça fout en l'air les structures, les autres patients se demandent de qui on s'occupe. »  
Un chef de service, UA, 59

« Si on a un toxicomane dans notre service, il s'adapte, si on en a deux ou trois, il y a un risque de scission du groupe et de remise en cause de l'équipe soignante. (...) On a un protocole de soin de l'UA. On arrive à l'adapter pour éviter l'anarchie mais de toute façon, les toxicomanes, c'est des anarchistes et des rebelles et des révoltés face à tout. Alors que les alcooliques sont plutôt solidaires des soignants et demandeurs de soins. »  
Une infirmière, UA, 59

« Le rapprochement, je trouve ça très bien sur le plan clinique. Mais si je me trouve compétent pour prendre en charge les problèmes d'alcool, je me sens moins compétent pour les problèmes toxico. »  
Un médecin, CCAA, 93

« La différence entre toxicos et alcoolos, c'est que les toxicos peuvent guérir ; c'est pas la même chose. Quand on a un toxico dans le service et qu'il est encore proche de la drogue, c'est le bordel... Il faut un cadre beaucoup plus strict aux toxicos. Nos alcoolos, le petit panneau "Espace sans alcool" leur suffit. »  
Un responsable, UA, 59

De nombreuses années de lutte pour la professionnalisation et la reconnaissance d'une spécialisation, la construction d'une identité professionnelle spécifique qui fait écho, notamment, aux profils des patients accueillis, la plus ou moins grande médicalisation des chaînes thérapeutiques curatives, et les compétences que l'on ne croit pas posséder sont autant de raisons, au moment de l'enquête, justifiant la prudence et des intervenants en toxicomanie et des alcoolologues. Pourtant, des rapprochements ont déjà commencé : l'hôpital semble être le lieu principal de ces premières rencontres.

### 3. L'hôpital : au cœur du rapprochement des deux dispositifs ?

La forme minimale que peut prendre la coopération, nous l'avons suggéré plus haut, entre dispositif alcool et dispositif toxicomanie, est celle du réadressage de patients dont on estimait, et dont on estime toujours, qu'ils ont été mal orientés. Mais, pour les structures qui se trouvent les plus confrontés aux polyconsommateurs, il a fallu élaborer de nouveaux modes d'articulation. Ceux-ci peuvent prendre la forme d'une consultation commune pour les cas les plus équivoques (c'est-à-dire autres que l'alcoolodépendant avéré ou l'héroïnomanie quasi mono consommateur), qui, une fois « examinés », seront inscrits dans une des deux filières existantes sans que cela ne suppose qu'elles soient réorganisées en conséquence.

« On a ressenti un besoin de réadaptation par rapport à un nouveau public. Jusqu'à présent, soit ils partaient d'eux-mêmes, soit on les mettait dehors. On n'arrive pas vraiment à les soigner donc on essaie de monter une prise en charge inter-service entre l'unité d'alcoologie et le CCAA, l'unité de toxicomanie et le CHRS (...). On essaie d'élaborer un entretien spécifique pour diagnostiquer les polytoxicomanes, on pourra faire des consultations double entre l'unité d'alcoologie et de toxicomanie, avec une possibilité pour le patient de choisir ses priorités. »

Une psychologue, UA, 59

L'autre forme, plus régulière, prise par la collaboration inter-champ est celle qui s'opère entre CSST et UA : alors que de nombreux interviews en CSST révélaient la réticence de ces spécialistes à travailler avec les professionnels de CCAA (et notamment ceux de l'ANPA que l'on caricature là-bas, parfois, comme des somaticiens purs et durs, militants sans nuance de l'abstinence et réduisant le suivi à un soutien ayant plus avoir avec le « traitement moral » qu'avec l'approche psychothérapeutique de fond), il apparaît qu'ils n'hésitent pas en revanche à travailler avec les UA : on ne s'étonnera pas, une fois encore, de constater qu'il y a ici rencontre entre structure captante et structure non captante.

« On travaille aussi avec [le CSST], ils nous envoient des patients : on a le cas alcool ou polytoxicomanie. Dans le dernier cas, c'est un sevrage opiacé. »

Un chef de service, UA, 60

« S'il y a des problèmes d'alcoolisme, on réadresse [les patients] vers l'unité d'alcoologie de Y (...). Pour les soins, on travaille surtout avec l'hôpital de Y (Dr A) et de Z (Dr B). Il est nécessaire de s'adresser à des équipes de soins spécialisées pour éviter de grosses discussions à chaque fois. »

Un responsable, CSST, 60

La rencontre est perçue comme plus difficile quand il s'agit finalement d'articuler l'activité de structures qui veulent tout autant assurer le suivi au long cours du patient.

« On renvoie beaucoup plus au service d'alcoologie comme ça le médecin envisage vraiment comment réduire l'alcool et on travaille avec eux après la dépendance. Alors que si on les envoyait sur les CCAA, ils ne travailleraient que le côté psychologique qu'on travaille déjà avec eux. »

Une éducatrice spécialisée, CSST, 60

On retrouverait ici des conclusions exposées plus haut : certains CCAA reprocheraient aux CSST d'être tendanciellement plus captants et moins enclin à collaborer avec eux dans le cadre d'une politique de traitement de toutes les addictions.

« Ceux qui s'occupent des toxicomanes ne posent aucune question sur l'alcool, alors que nous on le fait pour les produits illicites depuis longtemps. On est plus ouvert. Eux ils sont enfermés dans leur bastion avec la méthadone. Nous, au contraire, on est vraiment intégrés dans un réseau. »

Un responsable, CCAA, 93

Finalement, dans trois des départements étudiés (60, 93, 59), l'hôpital apparaîtrait comme le lieu où pourraient s'établir si ce n'est des centres du moins des consultations partageant un socle minimum de moyens, de personnels et de pratiques : la neutralité sociale supposée générée par l'hôpital (phénomène participant d'ailleurs à ce que nous entendions plus haut par normalisation des politiques spécialisées) est peut-être le climat qui permet à des équipes ayant des cultures différentes de se sentir exister ensemble sans être simultanément niées, l'une comme l'autre.

« [Dans le cadre de l'hôpital], il va y avoir un rapprochement de notre structure avec [le CSST]. L'équipe voisine qu'il nous faut rencontrer pour une avancée des soins. On doit apprendre à mieux nous connaître, à aller vers les gens qui ne font pas toujours le même métier. »

Un médecin, CCAA, 59

« Le CCAA a été repris par le centre hospitalier de X, on s'est déjà vu, on doit se revoir dès que possible. La fusion peut se faire très vite. On aura un même service à deux têtes peut-être. L'idée est de mettre les moyens en commun pour mieux fonctionner. »

Un psychiatre, CSST, 59

« Jusqu'au 31.12.1999, l'unité toxicomanie d'à côté (hébergée par l'hôpital qui lui prête les locaux) appartient à l'enveloppe soins de la toxicomanie. Mais à compter du 1.1.2000, X, chef de service psychiatrie (...) devient aussi le chef de l'unité toxicomanie qui passe en gestion hospitalière. Il y a eu quelques départs dans l'équipe toxicomanie. Jusqu'à maintenant, il n'y avait aucune collaboration entre nous. On va enfin avoir le même chef et enfin, cela va marcher. La direction de l'hôpital voulait qu'il y ait un projet sur les dépendances. C'était dans l'air du temps compte tenu des orientations de la MILDT. Enfin, ce que je sais c'est que cela ne va pas être facile pour les autres. C'est vrai qu'en termes de budget, il y a le petit Poucet alcool face au géant toxicomanie. Ils nous regardent de haut... »

Un responsable, CCAA, 93

Il est difficile de conclure cette partie sur l'existence d'éventuelles tendances prises par les coopérations entre les deux dispositifs spécialisés : leur nombre, à l'époque où nous réalisons les entretiens, était des plus limités et leur mise en œuvre des plus récentes. Au contraire, la plupart des professionnels ne savaient pas encore exactement comment se positionner si ce n'est en affirmant que pareil rapprochement était possible et souhaitable sur la prévention et qu'il convenait effectivement de désormais penser avec la notion générique d'addiction, quelle que soit la nature des réflexions théoriques et scientifiques qui sous-tendent ce concept. Sur les aspects cliniques, mobilisant certainement plus profondément les identités professionnelles respectives des champs considérés, les avis étaient plus prudents : quand les enjeux, tout autant financiers que symboliques, sont forts, et que l'on a guère de visibilité sur ce qu'il va advenir, il est normal que l'on adopte une stratégie de prudence, voire de défense.



## CONCLUSION

Comme indiqué en introduction de ce texte, ce travail n'avait pas d'ambition évaluative et ne devait, en conséquence, déboucher sur aucune recommandation. Il reste qu'il a établi un certain nombre de constats dont nous voudrions ici rappeler la substance principale : au terme de ce travail, il apparaît en effet :

1. Que les dispositifs spécialisés (CCAA et UA) sont, pour une grande majorité d'entre eux et au moment où nous réalisons l'étude, polarisés sur le versant curatif de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool : comme souligné par bien des analyses, dans le cadre de moyens fort limités et d'une clientèle très abondante (conditions décisives), le traitement curatif de l'alcoolodépendance avérée est devenu la principale activité non seulement réalisée mais surtout valorisée ; bien sûr, les activités de prévention remplissent, en creux souvent, toute une série de fonctions non négligeables pour les spécialistes : elles peuvent être, comme nous l'avons vu, un moyen simultanément de valorisation professionnelle, de réduire les risques de burn out des équipes (quitter, pour un temps, un travail de soins, souvent vécu comme exténuant), de construction d'une visibilité et d'une certaine légitimité dans l'environnement local, de positionnement vis-à-vis des hôpitaux, et notamment des UA qui n'en font guère, etc., de former les fournisseurs et les partenaires associés de la prise en charge – et ce faisant de contribuer à les rendre plus autonomes, d'obtenir des ressources financières complémentaires, et bien évidemment d'œuvrer, autant que faire se peut, à ce que la société civile et les professionnels non spécialisés prennent conscience des dangers liés aux pratiques d'alcoolisation. Il reste que le traitement et la prise en charge curative de l'alcoolodépendance sont les activités auxquelles l'on s'identifie en priorité quand l'on se nomme alcoologue : c'est quand l'alcoolodépendance est avérée, que la pathologie s'est installée, que les compétences spécifiques et l'art singulier de l'alcoologue sont le plus à même de s'exprimer ; prévenir un buveur excessif des risques qu'il court en continuant sa pratique d'alcoolisation ou soigner les conséquences somatiques d'un usage abusif mobilisent des compétences qu'un praticien non-spécialiste peut affirmer posséder, au moins en partie. Autrement dit, la caractère irréductiblement spécifique de la discipline alcoologique s'affirme, dans toute sa distinction, au travail de la pathologie avérée ; or, la construction d'une spécialité, et la recherche de légitimité qui lui est liée, a été et est un enjeu de première importance pour le champ de l'alcoologie.
2. Qu'en conséquence (polarisation sur le traitement curatif), les institutions spécialisées, au-delà de leurs spécificités théoriques, thérapeutiques et institutionnelles, tendent typiquement à retenir dans l'espace clinique des populations d'alcoolodépendants présentant trois caractéristiques principales mais relatives : motivation certaine à l'abstinence (et donc population bien avancée dans la trajectoire de consommation), relative insertion sociale et



faible comorbidité psychiatrique. Nous avons ainsi montré, dans ce contexte, comment les UA et les CCAA tentaient de construire un environnement de fournisseurs susceptibles de leur adresser autant que possible pareille clientèle. En cas d'échec d'orientation, les Urgences des hôpitaux, et dans une moindre mesure la psychiatrie sectorisée, apparaissent être les lieux prioritaires de réorientation de ces patients que l'on s'estime incapable de traiter ou même de gérer. C'est également à la lumière de ce constat que peut se comprendre le conflit récurrent existant entre Justice et institutions spécialisées : la justice enverrait, en nombre trop important, des individus non « conformes » (en son sens sociologique), c'est-à-dire qui ne présentent souvent pas de motivation à l'arrêt ou qui ne sont pas alcoolodépendants, dans des structures qui n'ont déjà guère les moyens de traiter la population qu'elles accueillent par ailleurs. Ce type de conflits nous a permis de poser la question plus générale de l'articulation entre dispositif spécialisé et dispositif qui ne l'est pas (services hospitaliers, médecins généralistes, etc.) dans les termes suivants : peut-on militer en faveur d'un rapprochement du dispositif général et du dispositif spécialisé, sans, dans un même mouvement, rendre autonomes les premiers et plus « riches » les seconds ? L'articulation entre dispositif non spécialisé et dispositif spécialisé (tel qu'il existe actuellement) apparaît ne pas devoir suivre une logique de l'entonnoir, où tous les patients en difficulté avec l'alcool convergeraient vers un seul lieu, qui n'a ni les moyens ni l'envie (culture de la polarisation curative) de les traiter.

3. Que dans le cadre de ces objectifs curatifs, il existe deux formes typiques d'engagement dans le traitement de l'alcoolodépendance : a) soit l'institution spécialisée conçoit son intervention comme ponctuelle, c'est-à-dire limitée dans le temps à une étape spécifique de la chaîne thérapeutique (accueil, sevrage, postcure, réadaptation, etc.) et doit, de ce fait, articuler son activité avec un réseau de partenaires susceptibles de prendre le relais, une fois l'étape menée à terme ; ces structures considèrent ainsi être un des maillons d'une chaîne thérapeutique qu'elles ne contrôlent pas ; b) soit l'institution spécialisée considère devoir assurer le suivi au long cours du patient (on notera avec attention que ce suivi curatif s'étale dans l'ensemble sur une période plus courte que celui typiquement réalisé dans le champ de la toxicomanie), et, en conséquence, n'a besoin de coopérer avec d'autres structures, spécialisées ou non, que dans les cas où la prise en charge nécessite une prestation ou une ressource qu'elle ne possède pas en interne. Ces structures (principalement les CCAA mais aussi certaines UA qui se sont données les moyens d'entreprendre des suivis ambulatoires au long cours), inscrivant leur activité dans la longue durée, ont été dites captantes, dans le sens où elles doivent, autant que possible, maintenir des liens sérés avec les patients et rester leurs référents principaux tout au long de leur parcours thérapeutique : elles se conçoivent donc comme le centre d'un réseau disposé en étoile et établissent, dans cette optique, des relations avec les structures qui leur assurent un retour à l'expéditeur des patients. C'est dans ce cadre d'interprétation que nous avons analysé la bonne coopération entre UA et Associations d'anciens buveurs. D'où également les difficultés chroniques de travail entre les CCAA et la psychiatrie sectorisée, qui, quand

elle ne les rejette pas tout simplement, aurait tendance à capter les patients qui lui sont adressés par les CCAA. C'est dans cette optique, aussi, que nous avons interprété le bon appariement régulièrement constaté entre UA et CCAA : la coopération qui s'installe entre ces partenaires découle de la rencontre entre deux structures qui peuvent articuler, plus ou moins harmonieusement, leur logique de fonctionnement : une telle collaboration consacre, en effet, la rencontre entre une institution qui est tendanciellement non captante (UA) et une qui l'est (CCAA) plus volontiers.

Une fois restitués ces trois constats principaux, il nous a donc été possible de relire la diversité des situations locales rencontrées comme autant de variations autour de ces thèmes communs : les principaux conflits constatés localement ont pu s'interpréter comme opposant des partenaires qui ne peuvent faire cohabiter leur logique de fonctionnement (définie selon ces trois critères principaux).

Et c'est aussi à partir de cette grille de lecture que nous avons tenté de réfléchir sur le possible rapprochement du dispositif « drogues illicites » (essentiellement CSST) et du dispositif « alcool » (CCAA et UA, principalement). Nous concluons sur cet aspect que dans un paysage en pleine recomposition au moment où nous menions nos entretiens, les résistances paraissent être grandes : si l'on peut aisément y déceler les craintes « normales » exprimées par des professionnels qui n'ont guère de visibilité sur les évolutions de la politique et les formes que prendront les réaménagements opérés tout récemment (passage à la CPAM et nouvelle politique des addictions et des pratiques addictives), il ne faut pas, selon nous, sous-estimer les différences de culture professionnelle qui structurent les identités de chacun, le rôle qu'ils se voient jouer dans pareil dispositif, la perception des problèmes et des solutions qu'il convient d'y apporter. La mise en place d'une politique de réduction des risques dans le champ de la toxicomanie a au moins enseigné cela : l'élargissement des missions d'un dispositif ou d'un champ ne se fait pas non plus sans la mobilisation d'autres acteurs ; en d'autres termes, on ne fera guère faire, par exemple, de la prévention secondaire dans les squats à un psychanalyste.

Il reste que si ces contrastes culturels ne doivent pas être sous-estimés, on ne peut cependant leur accorder de caractère déterminant : sinon comment comprendre que CSST et UA, ayant pourtant des cultures professionnelles très différentes, aient déjà commencé à collaborer. Il apparaît ainsi que l'hôpital, par la relative impression de neutralité qu'il suscite mais surtout parce qu'il inscrit rarement son intervention dans le cadre d'une captation de clientèle (sauf cas particuliers dont nous avons parlé), pourrait peut-être devenir le lieu d'articulation entre CCAA et CSST. À l'image de ce que nous avons constaté dans la partie concernant le bon appariement entre UA et CCAA, l'hôpital pourrait être un aiguilleur vers plusieurs filières différenciées qui progressivement apprennent à se connaître.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Abenhaïm L., Nouveaux enjeux de santé publique : en revenir au paradigme du risque, *Revue française des affaires sociales*, 1999, n° 1, p. 31-44.
2. Adès J. et Lejoyeux M., Les classifications de l'alcoolisme. Principes et éléments des nosographies actuelles, *Alcoologie*, 1997, vol. 19, n° 3, p. 299-305.
3. Arsever S. et Mino A., *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*, Paris, Calmann-Lévy, 1996.
4. Arwidson P., Eléments de compréhension à partir des connaissances neurobiologiques, *La santé de l'homme*, 2000, n° 347, p. 21-23.
5. Babor T., La typologie et le traitement de l'alcoolisme : passé, présent et avenir, *Alcoologie*, 1997, vol. 3, n° 3, p. 293-298.
6. Barrucand D., Le choix du traitement en alcoologie, *Alcoologie*, 1997, vol. 19, n° 3, p. 331-334.
7. Bergeron H., « Définition des drogues et gestion des toxicomanies », in Becker H. S., *Qu'est-ce qu'une drogue ?*, Paris, Atlantica-Séguier, 2001.
8. Bergeron H., « Drug Addiction. Sociological aspects », in Smelser N. J. et Baltes P. B. (dir.), *International Encyclopaedia of the Social and Behavioral Sciences*, Londres, Pergamon-Elsevier Science, 2002.
9. Bergeron H., « Toxicomanie », in Boudon R., Cherkaoui M. et Valade B. (dir.), *Encyclopédie historique de la pensée sociologique*, Paris, PUF, à paraître 2003.
10. Bergeron H., *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, coll. « Sociologies », 1999.
11. Bergeron H., *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins, entre idéologie et action*, Paris, L'Harmattan, coll. « Dossiers sciences humaines et sociales », 1996.
12. Biernacki P., *Pathways From Heroin Addiction. Recovery Without Treatment*, Philadelphia, Temple University Press, 1986.
13. Borraz O. et Loncle-Moriceau P., Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le sida, *Revue française de sociologie*, 2000, vol. 41, n° 1, p. 37-60.
14. Bourgois M., « Aspects psychopathologique des addictions », in Jolly D. (dir.), *Les passions dangereuses. Addictions et conduites de dépendance*, Paris, Flammarion (coll. « Médecine-Sciences »), 1998.
15. Castel R. (dir.), *Les sorties de la toxicomanie. Types, Trajectoires, Tonalités*, Paris, MIRE, 1992.
16. Castel R. et Coppel A., « Les contrôles de la toxicomanie », in Ehrenberg A. (dir.), *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Éditions Esprit, coll. « Société », 1991.

17. Castel R., « Les sorties de toxicomanie », in Ogien A. et Mignon P., La demande sociale de drogue, Paris, La Documentation Française, 1994.
18. CESSPF, Les dossiers du comité : L'alcool, Paris, CESSPF, octobre 1997.
19. Chapelle G., Nouveaux regards sur la schizophrénie, Sciences humaines, 2000, n° 110, p. 16-20.
20. Crozier M. (1963), Le phénomène bureaucratique, Paris, Le Seuil, coll. « Points », 1971 ;
21. Crozier M. et Friedberg E. (1977), L'acteur et le système, Paris, Le Seuil, coll. « Points », 1981.
22. Danel T. et Parquet P.-J., Association Alcool et Drogues. Conséquences sur la prise en charge, Alcoologie, 1993, tome XV, n° 3, p. 187-189.
23. Delrieu A. et Zafiroopoulos M., Le toxicomane n'existe pas, Paris, Anthropos, coll. « Psychanalyse et pratiques sociales », 1988.
24. Dortier J. -F., La révolution cognitive, Sciences Humaines, 1997, Hors-série n° 19, p. 22-26.
25. Ehrenberg A. (dir.), Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières, Paris, Éditions Esprit, coll. « Société », 1998b.
26. Ehrenberg A. et Lovell A. M., « Pourquoi avons nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? », in La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et dépression, Paris, Odile Jacob, 2001.
27. Ehrenberg A., La fatigue d'être soi. Histoire contemporaine de la dépression, Paris, Odile Jacob, 1998a.
28. Facy F., Rabaud M. et Dally S., La prise en charge des sans domicile fixe dans les centres spécialisés en alcoologie, Alcoologie et Addictologie, 2000, vol. 22, n° 2, p. 107-111.
29. Fainzang S., Maladie, identité et guérison dans un groupe d'anciens buveurs : Vie Libre, Ethnologie française, 1992, vol. XXII, n° 1, p. 5-18.
30. Fassin D., Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique, in Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 1998.
31. Feldman H. W., Ideological Supports to Becoming and Remaining a Heroin Addict, Journal of Health and Social Behavior, 1968, vol. 9, n° 2, p. 131-139.
32. Feldman H. W., Street Status and Drug Users, Society, 1973, vol. 10, p. 32-39.
33. Fouquet P., Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie, Alcool ou Santé, 1967, n° 82, p. 3-11.
34. Freidson E., La profession médicale, Paris, Payot, coll. « Médecine et sociétés », 1970.
35. Friedberg E. (1972), L'analyse sociologique des organisations, Cahier de la revue Pour, n° 28, nouv. ed. revue et augmentée, Paris, L'harmattan, 1987.
36. Friedberg E., Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée, Paris, Le Seuil, coll. « Sociologie », 1993.
37. Friedler J., Psychanalyse et neurosciences, Paris, PUF (coll. « Sciences, histoire et société »), 1995.
38. Gardner H., Histoire de la révolution cognitive, Paris, Payot, 1993.

39. Gasser J. et Stigler M., « Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM », in Ehrenberg A. et Lovell A. M. (dir.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et dépression*, Paris, Odile Jacob, 2001.
40. Gilbert C., Risques sanitaires et sciences humaines et sociales : quelques pistes de recherche, *Revue française des affaires sociales*, 1999, n° 1, p. 9-19.
41. Gonnet F., Alcool – Toxicomanie : des thérapeutes pour des produits ou un thérapeute pour une personne ?, *Alcoologie*, 1993, tome XV, n° 1, p. 31-35.
42. Gonnet F., Le malade, le généraliste et l'alcoologue, *Alcoologie*, 1998, tome XX, n° 2, p. 173-178.
43. Gorwood P., Génétique de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de la dépendance ou des addictions ?, *Le courrier des addictions*, 2000, vol. 2, n° 1, 14-19.
44. Granfield R. et Cloud W., The Elephant That Non One Sees : Natural Recovery Among Middle-Class Addicts, *Journal of Drug Issues*, 1996, vol. 26, n° 1, p. 45-61.
45. Grynco C., Le champ de la tabacologie : acteurs, enjeux, stratégies et problématique de l'inscription de la lutte contre le tabagisme dans le cadre de la lutte contre les addictions, Paris, Rapport de recherches, MILDT-CNRS, 2001.
46. Hanson B., Beschner G., Walters J. et Bovelle E., *Life With Heroin*, Lexington, Lexington Books,
47. Hervé F., Représentations et efficacité, *Interventions*, 1995, n° 52, p. 17-22.
48. Hillemand B., L'alcoolisme est-il une maladie ?, *Alcoologie*, 1999, vol. 21, n° 2, p. 309-315.
49. Hillemand B., L'évolution conceptuelle de la thérapeutique de l'alcoolodépendance, *Alcoologie*, 1995, tome XVII, n° 4S, p. 451-458.
50. Hillemand B., Lectures alcoologiques, aperçus historiques, *Alcoologie*, 1997, tome XVII, Supplément au n° 4, p. 373-469.
51. Hillemand B., Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool, *Alcoologie*, 1998, vol. 20, n° 2, p. 137-151.
52. Institut Français de Démoscopie, Évaluation des centres d'accueil spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes, Paris, Direction Générale de la Santé, Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, 1991.
53. Jacquet M. -M et Rigaud A., « Emergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques », in Le Poulichet S. (dir.), *Les addictions*, Paris, PUF (coll. « Monographies de psychopathologie »), 2000, p. 11-79.
54. Jaeger M., « La médicalisation psychiatrique de la "peine à vivre" », in Aïach P. et Delanoë D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, 1998.
55. Jeammet P., Les conduites à risques des adolescents, *Le courrier des addictions*, 2000, vol. 2, n° 2, p. 52-55.
56. Jobert B., Muller P., *L'État en action. Politiques publiques et corporatisme*, Paris, P.U.F. (coll. « Recherches politiques »), 1987.
57. Kiritze-Topor P., Analyse sur deux ans du suivi de patients alcoolodépendants en cabinet de médecine générale, *La Revue du praticien*, 1998, vol. 12, n° 434, p. 35-40.

58. Kovess V. et Mangin Lazarus C., Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans abri à Paris, *Alcoologie et Addictologie*, 2000, vol. 22, n° 2, p. 121-129.
59. Lambin I., Parquet P.-J. et Bailly D., La place de l'alcool dans les toxicomanies actuelles, *Alcoologie*, 1995, tome XVII, n° 3, p. 195-200.
60. Le Moigne P., Anxiolytiques, hypnotiques. Les facteurs sociaux de la consommation, Paris, Documents du Groupement de Recherche « Psychotropes, Politique et Société » — CNRS/MILDT, n° 1, 1999.
61. Les nouveaux traitements de la dépendance à l'alcool, *Le Monde*, 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2000.
62. Lipsky M., *Street-level Bureaucracy Dilemmas of the Individual in Public Services*, New-York, Russel Sage Foundation, 1980.
63. Loriol M., *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos (coll. « Sociologiques »), 2000.
64. Malka R., Fouquet P. et Vachonfrance G., *Alcoologie*, Paris, Masson, 1983.
65. Ministère de l'Emploi et de la solidarité, *Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1996*, Paris, DGS, juin 1998.
66. Morel A., Hervé F. et Fontaine B., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.
67. Morelle A., *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, coll. « Forum », 1996.
68. Mossé P., *Les logiques du système de soins. Le cas de l'alcoolisme*, Marseille, Thèse pour le Doctorat d'État en sciences économiques, Faculté de sciences économiques, Université d'Aix – Marseille III, 1987.
69. Muchielli A., *La nouvelle psychologie*, Paris, n° 2807, PUF (coll. « Que sais-je ? »), 1993.
70. Muller P., *Les politiques publiques*, Paris, PUF (Coll. « Que sais-je ? »), 1990.
71. Murard L. et Zylberman P., *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, Paris, Fayard, 1996.
72. Ogien A., « Grammaire de la drogue », in Ehrenberg A. (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris, Éditions Esprit, coll. « Société », 1998.
73. Ogien A., « Situation de la recherche sur les toxicomanies en Europe et aux États-Unis », in Ehrenberg A., *Penser la drogue. Penser les drogues*, Paris, Éditions Descartes, 1992.
74. Ogien A., *Sociologie de la déviance et usages de drogues. Une contribution de la sociologie américaine*, Paris, Document du Groupement de recherche « Psychotropes, politique et société », n° 5, Avril-Juin 2000.
75. Ogien A., *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin, coll. « U », 1995.
76. Parquet P. -J et Reynaud M., *Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions*, Paris, Editions CFES, coll. « Dossiers techniques », 1999.
77. Parquet P. -J., Reynaud M. et Lagrue G., *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Paris, Odile Jacob, coll. « Rapport », 2000.
78. Pedinielli J. -L., *Dépendance alcoolique et toxicomaniaque : rupture et identité*, *Alcoologie*, 1993, tome XV, n° 1, p. 7-12.
79. Péron-Magan P., « L'ère moderne des thérapeutiques biologiques », in Postel J. et Quétel C. (dir.), *La nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994.

80. Preble E. et Casey J. J., Taking Care of Business, *International Journal of the Addiction*, 1969, n° 4, p. 1-24.
81. Rayssac G. -L., Roche F. et Tougard L., Evaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, Chapitre 47-17, Rapport final, Paris, Groupe TEN, janvier 1993.
82. Reynaud M., Les pratiques addictives, *Le courrier des addictions*, 2000, vol. 2, n° 1, p. 4-7.
83. Rigaud A. et Louka J.-M., Psychanalyse et alcoologie : quelques réflexions sur l'histoire et l'actualité de leurs places et rapports respectifs, *Alcoologie*, 1991, n° 3, p. 105-115.
84. Roques B. -R., Place et rôle de la neurobiologie dans les addictions, une discipline parmi d'autres, *La santé de l'homme*, 2000, n° 347, p. 19-20.
85. Roques B., La dangerosité des drogues, Paris, Odile Jacob – La documentation française, 1999.
86. Rouillet-Volmi M.-C. et Aubin H.-J., La place de l'alcoolisation dans l'histoire du toxicomane, *Alcoologie*, 1994, tome XVI, n° 1, p. 47-50.
87. Rousille B., « L'alcoolisme en France », in Delahaye V. (dir.), Les nouveaux enjeux des politiques de santé : santé publique, organisation et système d'information, Paris, ENA (promotion René Char) – La Documentation française, 1995.
88. Saliba J., La cure de désintoxication et ses prolongements, Lyon, PUL, 1982.
89. Setbon M., Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique, *Revue française des affaires sociales*, 1996, n° 2, p. 11-28.
90. Setbon M., Pouvoirs contre sida, De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède, Paris, Le Seuil, coll. « Sociologie », 1993.
91. Steffen M., Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie. France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie, *Revue française de sociologie*, 2000, vol. 41, n° 1, p. 5-36.
92. Stinus L., « Neurobiologie des addictions », in Jolly D. (dir.), Les passions dangereuses. Addictions et conduites de dépendance, Paris, Flammarion (coll. « Médecine-Sciences »), 1998.
93. Stinus L., Cador M. et Simon H., La toxicomanie est la conséquence des interactions entre le cerveau, l'environnement et les comportements, *Le courrier des addictions*, 1999, n° 3, p. 92-96.
94. Suissa A. J., Alcoolisme, boire contrôlé et abstinence : fondements scientifiques et enjeux sociaux, 1998, *Psychotropes*, vol. 4, n° 3, p. 35-55.
95. Touzeau D., Les dépendances, de quoi parle-t-on ?, *La santé de l'homme*, 2000, n° 347, p. 16-18.
96. Trillat E., « Une histoire de la psychiatrie au XXe siècle », in Postel J. et Quétel C. (dir.), La nouvelle histoire de la psychiatrie, Paris, Dunod, 1994.
97. Valleur M., au-delà des produits. Les conduites addictives, *Actualités et dossier en santé publique*, 1998, n° 22, p. XL-XLIII.
98. Vedelago F., « La carrière sociale du toxicomane », in Ogien A. et Mignon P., La demande sociale de drogue, Paris, La Documentation française, 1994.



99. Venisse J. -L., « Les concepts de dépendance et d'addiction », in Jolly D. (dir.), Les passions dangereuses. Addictions et conduites de dépendance, Paris, Flammarion (coll. « Médecine-Sciences »), 1998.
100. Vignat J.-P., La santé mentale en France : états des lieux, Santé publique, 1999, n° 2, p. 127-135.
101. Zarifian E., Le Prix du bien-être, Psychotropes et société, Paris, Editions Odile Jacob, 1996.
102. Zinberg N., Drug, Set and Setting, New Haven, Yale University Press, 1974.

# ANNEXES

## 1. Liste des abréviations et des sigles

<b>AAB</b> :	Associations d'anciens buveurs
<b>ANIT</b> :	Association nationale des intervenants en toxicomanie
<b>ANPA</b> :	Association nationale de prévention de l'alcoolisme
<b>AP-HP</b> :	Assistante publique — Hôpitaux de Paris
<b>ARH</b> :	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>ASUD</b> :	Association des usagers de drogue
<b>CCAA</b> :	Centre de consultation ambulatoire en alcoologie (à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1999)
<b>CCPD</b> :	Conseil communal de prévention de la délinquance
<b>CDES</b> :	Comité départemental d'éducation pour la santé
<b>CDLT</b> :	Conseil départemental de lutte contre la drogue
<b>CDPA</b> :	Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
<b>CDPD</b> :	Conseil départemental de prévention de la délinquance
<b>CDPDT</b> :	Conseil départemental de prévention de la délinquance et de la toxicomanie
<b>CH</b> :	Centre hospitalier
<b>CHA</b> :	Centre d'hygiène alimentaire (circulaire du 23 novembre 1970)
<b>CHAA</b> :	Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (circulaire du 15 mars 1983)
<b>CHRS</b> :	Centre d'hébergement et de réadaptation sociale
<b>CHS</b> :	Centre hospitalier spécialisé
<b>CHU</b> :	Centre hospitalier universitaire
<b>CMP</b> :	Centre médico-psychologique
<b>CMS</b> :	Centre municipal de santé
<b>CNAM</b> :	Caisse nationale de l'assurance maladie
<b>CNDT</b> :	Centre national de documentation sur les toxicomanies
<b>CPAM</b> :	Caisse primaire de l'assurance maladie
<b>CRAM</b> :	Caisse régionale d'assurance maladie
<b>CSST</b> :	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
<b>DAS</b> :	Direction de l'action sociale — ministère de la Santé
<b>DDASS</b> :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DDJS</b> :	Direction départementale de la jeunesse et des sports
<b>DGLDT</b> :	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (ancienne MILDT)
<b>DGS</b> :	Direction générale de la santé — ministère de la Santé

<b>DH :</b>	Direction des hôpitaux — ministère de la Santé
<b>DHM :</b>	Dispensaire d'hygiène mentale, ancien CMP
<b>DIV :</b>	Délégation interministérielle à la ville
<b>DRASS :</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>ECIMUD :</b>	Equipe de coordination et d'intervention auprès des usagers de drogue
<b>HCEIA :</b>	Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme
<b>HCSP :</b>	Haut comité de santé publique
<b>IGAS :</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>INSERM :</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>IREB :</b>	Institut de recherche et d'étude sur la boisson
<b>IREP :</b>	Institut de recherche et d'études sur la pharmacodépendance (rien à voir avec l'IREB)
<b>JAP :</b>	Juge d'application des peines
<b>MDM :</b>	Médecins du monde
<b>MILDT :</b>	Mission interministérielle à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
<b>MISP :</b>	Médecin inspecteur de santé publique
<b>OCTRIS :</b>	Office central de répression du trafic illégal des stupéfiants — ministère de l'Intérieur
<b>OEDT :</b>	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
<b>OFDT :</b>	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
<b>PES :</b>	Programme d'échange de seringues
<b>RMI :</b>	Revenu minimum d'insertion
<b>SESI :</b>	Service d'études statistiques et informatiques — ministère de la santé
<b>SFA :</b>	Société française d'alcoologie
<b>SMPR :</b>	Service médico-psychologique régional
<b>SROSS :</b>	Schéma régional de l'organisation sanitaire et sociale
<b>UA :</b>	Unité d'alcoologie

## 2. Guides d'entretien

### 2.1. Guide d'entretien « Thérapeutique »

#### 1. Le travail de l'interviewé

- 1) Dans le cadre de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool (CCAA – acteurs alcool) ou des toxicomanes (CSST), quelle est, selon vous, la mission de la structure dans laquelle vous travaillez ? Quelles sont les spécificités de cette structure, son positionnement ?
- 2) Quelle conception avez-vous de l'alcoolodépendance (CCAA – acteurs alcool) ou de la toxicomanie (CSST) ? Comment, selon vous, doit-on soigner un alcoolodépendant (CCAA – acteurs alcool) ou un toxicomane (CSST) ? Quelle est l'activité de soins la plus importante ? Quels types d'outils thérapeutiques utilisez-vous (sevrage, postcure, médicaments, type de suivi thérapeutique, etc.) ?
- 3) Pouvez-vous me décrire en quoi consiste votre travail ?
- 4) Quels sont les aspects les plus importants selon vous ? Pourquoi ?
- 5) Quels sont les aspects qui vous intéressent le plus ? Pourquoi ?
- 6) Quels sont les principaux problèmes que vous rencontrez dans votre travail ? (Relance : Problèmes professionnels de reconnaissance, problèmes matériels et problèmes liés à la clientèle qu'ils fréquentent)
- 7) Comment vous y prenez-vous pour résoudre ce type de problèmes, pour surmonter ce type de difficultés ?
- 8) Existe-t-il différents types de patients ? Lesquels ? Comment les traite-t-on ? Existe-t-il des patients particulièrement délicats ? Leurs proportions est-elle importante ? Comment s'en occupe-t-on ?
- 9) Pour les CCAA – acteurs alcool : Et les buveurs excessifs ? Quelle proportion de vos patients représentent-ils ? Comment travaillez-vous avec eux ?
- 10) Pour les CCAA – acteurs alcool : Avez-vous des clients toxicomanes (drogues illicites) ? Comment les traitez-vous ?
- 11) Pour les CSST : Avez-vous des clients ayant un problème d'alcool ? Comment les traitez-vous ?

#### 2. Les relations

- 1) Quels sont vos principaux partenaires dans votre travail ?
- 2) Quelles sont les personnes qui constituent pour vous un appui, une aide ?
- 3) Pourquoi et pour traiter quoi ?
- 4) Comment cela se passe-t-il ?
- 5) À l'inverse quelles sont les personnes avec lesquelles il est le plus difficile de travailler ?

- 6) Quels sont les partenaires qui vous envoient le plus de patients ? Pourquoi ? Comment cela se passe-t-il avec eux ?
- 7) Quels sont les partenaires de la chaîne thérapeutique avec lesquels vous travaillez plus spécifiquement ? Pourquoi ? Comment cela se passe-t-il avec eux ?
- 8) Existe-t-il des patients que vous envoyez régulièrement à d'autres partenaires ? Pourquoi ? Comment cela se passe-t-il avec ces partenaires ?
- 9) Relance, au cas où l'interviewé, n'en a pas lui-même parlé : médecins généralistes, CCAA, justice, police, hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et CMP, unités d'alcoologie en hôpital, unité d'alcoologie en maison d'arrêt, Associations d'Anciens Buveurs, Hébergements thérapeutiques et hébergements d'urgence, Associations caritatives, Services des Urgences des hôpitaux.
- 10) Relations avec le dispositif toxicomanie quand CCAA – acteurs alcool : Que pensez-vous de la nouvelle politique de la MILDT qui veut que l'on agisse de concert sur toutes les dépendances, indépendamment des produits consommés ? Peut-on rapprocher, selon vous, dépendance à l'alcool et dépendance aux drogues illicites et notamment à l'héroïne ? Avez-vous déjà établi des relations avec les CSST ? À quelles occasions ? Comment cela se passe-t-il ? Quels sont les points de rencontre ? Pourquoi ? Quels sont les points les plus délicats ? Pourquoi ?
- 11) Relations avec le dispositif alcool quand CSST : Que pensez-vous de la nouvelle politique de la MILDT qui veut que l'on agisse de concert sur toutes les dépendances, indépendamment des produits consommés ? Peut-on rapprocher, selon vous, dépendance à l'alcool et dépendance aux drogues illicites et notamment à l'héroïne ? Avez-vous déjà établi des relations avec les CCAA ? À quelles occasions ? Comment cela se passe-t-il ? Quels sont les points de rencontre ? Pourquoi ? Quels sont les points les plus délicats ? Pourquoi ?

### 3. Souhaits

- 1) Comment pourrait-on, selon vous, améliorer votre travail, l'activité de votre structure, la prévention et la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool (CCAA – acteurs alcool) ou de prise en charge des toxicomanes (CSST) ?
- 2) Quelles sont les évolutions à venir selon vous ? Pour votre travail, pour votre structure, pour le champ de la prise en charge de l'alcoolodépendance (CCAA – acteurs alcool) ou de la toxicomanie (CSST) ?
- 3) Parmi celles-ci, auxquelles pensez-vous pouvoir le plus facilement vous adapter ? Pourquoi ?
- 4) À l'inverse, lesquelles vont poser, selon vous, le plus de problèmes ? Pourquoi ?
- 5) Relance si l'interviewé n'a pas abordé lui-même ces thèmes : rapprochement avec le dispositif toxicomanie (CCAA – acteurs alcool) ou alcool (CSST) et politique de santé publique : prévention et traitement des buveurs excessifs ?

#### 4. Informations personnelles

- 1) Formation ?
- 2) Parcours professionnels et institutionnels ?
- 3) Pourquoi l'alcool (CCAA – acteurs alcool) ou la toxicomanie (CSST) ?
- 4) Les perspectives d'évolution ?

### 2.2. Guide d'entretien « Financement »

#### 1. Le travail de l'interviewé

- 1) Pouvez-vous me décrire en quoi consiste votre travail dans le cadre de la prise en charge de l'alcoolodépendance et des buveurs excessifs ?
- 2) Quels sont les aspects les plus importants selon vous ? Pourquoi ?
- 3) Quels sont les aspects qui vous intéressent le plus ? Pourquoi ?
- 4) Quels sont les principaux problèmes que vous rencontrez dans votre travail ?
- 5) Comment parvenez-vous à surmonter ces difficultés ?

#### 2. Les financements et l'évaluation

- 1) Quels sont les circuits de financements ? Comment cela se passe-t-il ? Quelles difficultés principales ?
- 2) Comment sont évalués les CCAA et les CSST (éléments chiffrés et éléments plus subjectifs) ? Cette évaluation joue-t-elle un rôle dans la distribution des financements ? Comment, pourquoi ?
- 3) Comment et par qui est, selon vous, décidée et menée la politique départementale de prévention et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ? La politique départementale de prévention et de prise en charge des toxicomanes ?
- 4) Existe-t-il une concurrence entre les structures ? Pourquoi ? Qui s'en sort le mieux ?
- 5) Quelles incidences a, selon vous, le type de gestion des CCAA (gestion municipale, gestion ANPA, gestion hospitalière, gestion par une autre association, gestion directe DDASS) ou des CSST ?

#### 3. La nouvelle politique de la MILDT

- 1) Que pensez-vous de la nouvelle politique de la MILDT qui veut que l'on agisse de concert sur toutes les dépendances, indépendamment des produits consommés ? Peut-on rapprocher,

selon vous, dépendance à l'alcool et dépendance aux drogues illicites et notamment à l'héroïne ? Comment se passe, selon vous, le rapprochement du dispositif alcool et du dispositif toxicomanie ? Quels problèmes ? Pourquoi ?

- 2) Quel est, selon vous, le rôle du nouveau chef de projet « Dépendances » mis en place par la MILDT dans chaque département (qui est-il, comment agit-il, est-il bien accepté, quels sont les contraintes de son travail, ses difficultés, etc.) ?

#### 4. Les relations

- 1) Quels sont vos principaux interlocuteurs dans votre travail ?
- 2) Quelles sont les personnes qui constituent pour vous un appui, une aide ?
- 3) Pourquoi et pour traiter quoi ?
- 4) Comment cela se passe-t-il ?
- 5) À l'inverse quelles sont les personnes avec lesquelles il est le moins facile de travailler ?
- 6) Relance : CCAA, CSST, CDPA, unités d'alcoologie des hôpitaux, unités d'alcoologie en maison d'arrêt, secteur psychiatrique, hôpitaux généraux, médecins généralistes, hébergements sociaux, associations d'anciens buveurs, tribunaux, justice, etc.

#### 5. Souhaits

- 1) Quelles améliorations pourraient être, selon vous, envisagées pour améliorer la politique alcool et toxicomanie au niveau du département ? Pourquoi ?
- 2) Quelles sont les évolutions à venir selon vous pour les deux dispositifs ?

#### 6. Informations personnelles

- 1) Formation ?
- 2) Parcours professionnel et institutionnel ?
- 3) Les perspectives de carrière ?

### 2.3. Guide d'entretien « Prévention »

#### 1. Le travail de l'interviewé

- 1) Quelle conception avez-vous de la prévention des dangers de l'alcoolisation ?
- 2) Quelle conception avez-vous de la prévention de la toxicomanie ?
- 3) Peut-on, selon vous, concevoir une politique de prévention qui concernerait tous les types de produits, indépendamment de leur caractère licite ou illicite ? Pourquoi ?

- 4) Sur la prévention alcool ou toxicomanie, pouvez vous me décrire en quoi consiste votre travail ?
- 5) Quels sont les aspects les plus importants selon vous ? Pourquoi ?
- 6) Quels sont les aspects qui vous intéressent le plus ? Pourquoi ?
- 7) Quels sont les principaux problèmes que vous rencontrez dans votre travail ?
- 8) Comment parvenez-vous à surmonter ces difficultés ?
- 9) Comment se montent des projets de prévention (financement, choix des intervenants, etc.) ?

## 2. Les relations

- 1) Quels sont vos principaux interlocuteurs dans votre travail concernant la prévention ?
- 2) Quelles sont les personnes qui constituent pour vous un appui, une aide ?
- 3) Pourquoi et pour traiter quoi ?
- 4) Comment cela se passe-t-il ?
- 5) À l'inverse quelles sont les personnes avec lesquelles il est moins facile de travailler ? Pourquoi ?
- 6) Quelles compétences doivent avoir, selon vous, les bons formateurs ?
- 7) Relance sur les partenaires si absents : CSST, CCAA, **CDPA**, **ANPA**, autres associations alcool, CPAM, Conseil général, DDASS, DRASS, autres organismes de prévention et de formation, etc.

## 3. Souhaits

- 1) Quelles améliorations serait-il nécessaires d'entreprendre pour une meilleure politique locale de prévention ?
- 2) Quelles sont les évolutions à venir, selon vous, en matière de prévention ?

## 4. Informations personnelles

- 1) Formation ?
- 2) Parcours professionnel et institutionnel ?
- 3) Les perspectives de carrière ?



## 2.4. Quelques questions plus spécifiques suivant le type d'acteur interviewé

### Les CCAA, les unités d'alcoologie et les CSST

#### Responsables des CCAA

Avec eux, le questionnaire va essentiellement porter sur les histoires de financement, d'évaluation et de relations avec les tutelles.

- 1) Quel est, selon vous, le rôle du nouveau chef de projet « Dépendances » mis en place par la MILDT dans chaque département (qui est-il, comment agit-il, est-il bien accepté, quels sont les contraintes de son travail, ses difficultés) ?
- 2) Quelles incidences a, selon vous, le type de gestion des CCAA (gestion municipale, gestion ANPA, gestion hospitalière, gestion par une autre association, gestion directe DDASS) sur l'activité de votre centre ? Avantages ? Inconvénients ? Pour la Seine Saint-Denis : A quelle hauteur se situe, en pourcentage, la participation de la mairie dans le budget global de votre CCAA ? Cela ne complique-t-il pas vos relations avec la DDASS qui est l'autre financeur de votre structure ? Pour les centres gérés par l'ANPA : Comment se traduit concrètement le fait de faire partie de l'ANPA ? Y a-t-il des lignes à suivre en termes d'activité ? De projets thérapeutiques ? De culture ? Pourquoi ? Quelles sont vos relations avec le CDPA ? Comment cela se passe-t-il ?
- 3) Que pensez-vous du passage des CCAA à la sécurité sociale ? Avantages ? Inconvénients ? Risques ? Quelles sont vos relations avec la DDASS à ce sujet ? Avec la DRASS à ce sujet ? avec la CPAM à ce sujet ?
- 4) Quelles sont vos relations avec la DDASS ? La DRASS ? La DGS ? La CPAM ? À quelles occasions ?
- 5) Craignez-vous une concurrence du dispositif toxicomanie sur les financements « prévention alcool » depuis la fusion des deux enveloppes ? Pourquoi ?
- 6) Sur quoi vous sentez-vous évalué (chiffres : file active, nombre d'actes, nombre de sevrages, etc. et éléments plus subjectifs) ? Est-ce que cela a une incidence sur vos financements ? Comment ?
- 7) Existe-t-il une concurrence entre les CCAA sur les financements ? Qui s'en sort le mieux selon vous ?
- 8) Existe-t-il des partenariats entre CCAA sur des questions thérapeutiques et des opérations de prévention et de formation ? Comment cela se passe-il ?
- 9) Avez-vous l'impression que les CCAA du département ont la même conception thérapeutique, ont la même conception de ce qu'il faut faire pour prendre en charge une personne ayant des difficultés avec l'alcool ?

## Responsables des CSST

Avec eux également, le questionnaire va essentiellement porter sur les histoires de financement, d'évaluation et de relations avec les tutelles.

- 1) Quel est, selon vous, le rôle du nouveau chef de projet « Dépendances » mis en place par la MILDT dans chaque département (qui est-il, comment agit-il, est-il bien accepté, quels sont les contraintes de son travail, ses difficultés) ?
- 2) Quelles sont vos relations avec la DDASS ? La DRASS ? La DGS ? À quelles occasions ?
- 3) Craignez-vous une concurrence du dispositif alcool sur les financements « prévention toxicomanie » depuis la fusion des deux enveloppes ? Pourquoi ? Avez vous peur de même que la DDASS ou la DRASS se servent de l'enveloppe « soins toxicomanie » pour financer du soin alcool ?
- 4) Sur quoi vous sentez-vous évalué (chiffres : file active, nombre d'actes, nombre de sevrages, etc. et éléments plus subjectifs) ? Est-ce que cela une incidence sur vos financements ? Comment ?
- 5) Existe-t-il une concurrence entre les CSST sur les financements ? Qui s'en sort le mieux selon vous ?
- 6) Existe-t-il des partenariats entre CSST du département sur des questions thérapeutiques et des opérations de prévention et de formation ? Comment cela se passe-il ?
- 7) Avez-vous l'impression que les CSST du département ont la même conception thérapeutique, ont la même conception de ce qu'il faut faire pour prendre en charge les toxicomanes ?

## Responsables des unités d'alcoologie des hôpitaux

Avec eux encore, le questionnaire va essentiellement porter sur les histoires de financement, d'évaluation et de relations avec les tutelles.

- 1) Quel est, selon vous, le rôle du nouveau chef de projet « Dépendances » mis en place par la MILDT dans chaque département (qui est-il, comment agit-il, est-il bien accepté, quels sont les contraintes de son travail, ses difficultés) ?
- 2) Quelles incidences a, selon vous, le fait d'être intégré à un hôpital sur l'activité de votre unité ? Avantages ? Inconvénients ?
- 3) Que pensez-vous du passage des CCAA à la sécurité sociale ? Avantages ? Inconvénients ? Risques ?
- 4) Quelles sont vos relations avec la DDASS ? La DRASS ? La DGS ? La CPAM ? À quelles occasions ?
- 5) Quelles sont vos contraintes de financement ? En quoi le fait d'être intégré dans un hôpital change la donne ?

- 6) Sur quoi vous sentez-vous évalué (chiffres : file active, nombre d'actes, nombre de sevrages, etc. et éléments plus subjectifs) ? Est-ce que cela a une incidence sur vos financements ? Comment ?
- 7) Avez-vous l'impression que les structures spécialisées sur la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool (CCAA et unités d'alcoologie) du département ont la même conception thérapeutique, ont la même conception de ce qu'il faut faire pour prendre en charge une personne ayant des difficultés avec l'alcool ?

#### Hébergements thérapeutiques et hébergements d'urgence

- 1) Accueillez-vous des toxicomanes ? Comment cela se passe-t-il ? Faites-vous une sélection à l'entrée ? Sur quels critères ? Avec quels CSST travaillez-vous le mieux ? Pourquoi ? Avec quels CSST la coopération est-elle plus difficile ? Pourquoi ?
- 2) Accueillez-vous des alcoolodépendants ? Comment cela se passe-t-il ? Faites-vous une sélection à l'entrée ? Sur quels critères ? Avec quels CCAA ou unités d'alcoologie travaillez-vous le mieux ? Pourquoi ? Avec quels CCAA ou unités d'alcoologie la coopération est-elle plus difficile ? Pourquoi ?
- 3) Avez-vous signé des conventions avec des CSST ou CCAA ?
- 4) Existe-t-il d'autres acteurs d'importance (autre que CCAA et CSST) qui vous adressent beaucoup d'alcoolodépendant ou de toxicomanes ?
- 5) Quand un problème survient lors de l'hébergement d'un toxicomane ou d'un alcoolodépendant, que faites-vous ? Qui consultez-vous ? Pourquoi ?

#### Services des Urgences des hôpitaux

- 1) Prenez-vous en charge les alcoolodépendants ? Les toxicomanes ? Comment procédez-vous ?
- 2) Connaissez-vous des CSST ? Des CCAA ? Avez-vous des relations avec eux ? Comment cela se passe-t-il ?
- 3) Quand vous donnez une adresse de CCAA ou de CSST à une personne en danger avec l'alcool ou à un toxicomane, savez-vous s'il s'y rend ? Pourquoi ?
- 4) Travaillez-vous avec d'autres services de l'hôpital sur les problèmes d'alcool ou de toxicomanie ? À quelle occasion ? Pourquoi ?
- 5) Existe-t-il, dans votre hôpital, une équipe de liaison sur l'alcool ? Sur la toxicomanie (ECIMUD) ? Travaillez-vous avec eux ? À quelles occasions ? Pourquoi ?

### Secteur psychiatrique

- 1) Considérez-vous que c'est une des missions de la psychiatrie que de travailler sur les questions d'alcoolodépendance et de toxicomanie ? Pourquoi ?
- 2) Quelle place doit avoir la psychiatrie dans le dispositif de prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie ?
- 3) Joue-t-elle ce rôle ? Pourquoi ?

### Médecins généralistes

- 1) Pourquoi vous êtes-vous engagé dans la prise en charge de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ? À l'inverse pourquoi ne le voulez-vous pas ?
- 2) Faites vous partie d'un réseau spécialisé ? Pourquoi ? Comment cela se passe-t-il ?
- 3) Comment pensez-vous, en général, que les médecins généralistes réagissent par rapport à ces deux problèmes de santé publique ?

### La DDASS

- 1) Comment s'est passé le passage des CCAA à la sécurité sociale ? Quels avantages ? Quels inconvénients ? Comment se passent vos relations avec la CPAM sur ces histoires de financements ?
- 2) Quelles sont vos relations avec la DRASS sur les financements toxicomanie et alcool ? Sur l'enveloppe prévention ? Sur l'enveloppe soins ? Qui décide des subventions à donner ?
- 3) Questions pour la Seine Saint-Denis : A quelle hauteur se situe, en pourcentage, la participation des mairies dans le budget global des CCAA ? Avez-vous des relations avec ces municipalités ? Comment cela se passe-t-il ? Dernière question un peu provo : N'est-ce pas difficile d'animer un réseau de CCAA qui dépend, d'un point de vue financier, essentiellement des mairies ?

### Élus : maires adjoints à la santé ou responsables administratifs alcool de la mairie

- 1) Quelle place doit avoir une mairie en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance ? Pourquoi ?
- 2) Quelle place doit avoir une mairie en matière de prise en charge de la toxicomanie ? Pourquoi ?
- 3) Soutenez-vous les projets des structures (CCAA ou CSST) qui sont sur votre commune au ministère de la santé ou dans différentes instances ?
- 4) Comment vous impliquez-vous concrètement dans la politique alcool ou toxicomanie sur votre commune (réunions de concertation avec les acteurs, financement d'associations d'anciens buveurs ou d'autres structures, mise à disposition de locaux, relations avec la DDASS, etc.) ?

- 5) Questions pour les communes gérant des CCAA (essentiellement pour la Seine Saint-Denis) : Quelles sont vos relations avec le CCAA que vous gérez ? Sur quoi portent-elles ? Comment cela se passe-t-il ? À quelle hauteur se situe, en pourcentage, la participation de la mairie dans le budget global du CCAA ? Avez-vous des relations avec la DDASS qui est l'autre financeur du CCAA ? Comment cela se passe-t-il ? Dernière question un peu provo : N'est-ce pas étonnant de voir une mairie financer une structure qui a une activité de soins essentiellement ?

### CPAM

Si vous rencontrez la personne en charge des financements CCAA alors posez les questions suivantes. Si vous rencontrez une personne de la CPAM qui travaille sur la prévention, reportez-vous alors au guide d'entretien « Prévention ».

- 1) Avez-vous des relations avec les CCAA depuis leur passage en financement sécurité sociale ? Pourquoi ? Comment cela se passe-t-il ?
- 2) Est-ce que vous avez évalué l'activité des CCAA dernièrement ? Comment ? Quels résultats ? Sinon, avez-vous l'intention de le faire ? Comment ? Avec quels objectifs ?

### DRASS

- 1) Quelles sont vos relations avec la DDASS (59, 35, 60 ou 93, suivant le département où vous vous trouvez) sur les financements toxicomanie et alcool ? Sur l'enveloppe prévention ? Sur l'enveloppe soins ? Qui décide des subventions à donner ?
- 2) Comment se passent les répartitions interdépartementales des financements « Prévention alcool et toxicomanie » et des financements « Soins toxicomanie » ? Qui décide in fine ?
- 3) Croyez-vous qu'il est nécessaire, dans certains cas, de prendre des financements alcool pour financer la toxicomanie (ou l'inverse) ? L'avez-vous fait ? Le ferez-vous ? Dans quels cas ?
- 4) Quelles sont vos relations avec la DGS sur les financements alcool et toxicomanie. Comment cela se passe-t-il ?

**OFDT**

**Observatoire français des drogues et des toxicomanies**

105 rue La Fayette

75010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16

Fax : 01 53 20 16 00

e-mail : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

**CAFI**

**Centre d'analyse,  
de formation,  
et d'intervention**

BP 4907

75325 Paris Cedex

ISBN : 2-11-093499-9