

*Centre de recherche  
pour l'étude  
et l'observation  
des conditions  
de vie*

**Sou1995-949**

*142, rue du Chevaleret*

*75013 PARIS*

*Tél. (1) 40 77 85 00*

*Fax (1) 40 77 85 09*

**CREDOC-DIRECTION  
IMPORTANT**

Ce rapport est actuellement soumis à embargo ou à diffusion restreinte par le commanditaire de l'étude dont il traite. Il vous est adressé au titre de vos responsabilités à l'égard du Centre.

**NOUS VOUS DEMANDONS DE NE PAS  
LE DIFFUSER**

**Entre mythe et technique - Le travail  
en réseau pour la prise en charge  
des personnes alcoolo-dépendantes /  
D. Bauer, É. Siéca, M.O. Simon. Nov.  
1995.**

CREDOC•Bibliothèque



**CREDOC**

L'ENTREPRISE DE RECHERCHE

**CREDOC**

**ENTRE MYTHE ET TECHNIQUE**

**Le travail en réseau  
pour la prise en charge  
des personnes alcoolo-dépendantes**

**Programme financé par le Fonds d'Intervention en Santé Publique  
Réseau National de Santé Publique**

**Denise BAUER  
Elisabeth SIECA  
Marie-Odile SIMON  
Michel LEGROS**

**NOVEMBRE 1995**

**142, rue du Chevaleret  
7 5 0 1 3 - P A R I S**

---



## SOMMAIRE

	<u>Page</u>
<b>INTRODUCTION</b>	17
<b>Première partie</b>	
<b>LES CONSULTANTS DANS LES RÉSEAUX</b>	61
<b>Premier chapitre</b>	
<b>MÉTHODOLOGIE ET CARACTÉRISTIQUES DES CONSULTANTS INTERROGÉS</b>	63
<b>I MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE</b>	65
I-1 Le lieu d'interrogation	65
I-2 Les différents lieux d'enquête selon les départements	66
<b>II LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES CONSULTANTS INTERROGÉS</b>	69
II-1 Les caractéristiques démographiques de l'ensemble de l'échantillon	69
II-1-a Une population masculine	69
II-1-b L'âge au moment de l'enquête	70
II-1-c La situation familiale	71
II-1-d Le logement	72
II-1-e Le niveau scolaire	73
II-1-f La situation par rapport à l'emploi	75
II-1-g Les ressources	76
II-2 Un profil de malades qui varie selon la structure où a eu lieu la rencontre	79
<b>Deuxième chapitre</b>	
<b>RÉSEAUX ET TRAJECTOIRES</b>	83
<b>I LE REGARD DES MALADES SUR LEUR PRISE EN CHARGE</b>	85
I-1 Les intervenants les plus proches des consultants	85
I-2 Nature de l'aide apportée par les différents organismes	87
I-2-a Les associations d'anciens buveurs	87
I-2-b Les médecins	89
I-2-c Les foyers de cure et de postcure	92
I-2-d Les CHAA	93
I-3 La prise en charge idéale	95
I-3-a La qualité de l'accueil et des relations intervenant-malade prime face à la méthode utilisée	95
I-3-b Une majorité de malades préfère être en contact avec plusieurs référents	97
I-4 La définition de l'alcoolisme selon les anciens buveurs	98
I-5 Comment sortir de l'alcoolisme	107

	<b>II LES TRAJECTOIRES</b>	109
	<b>II-1 Quelques données sur les contacts</b>	109
	II-1-a Le nombre de contacts	109
	II-1-b Les différents contacts	111
	<b>II-2 L'entrée dans le réseau</b>	113
	II-2-a L'âge au moment du premier contact	113
	II-2-b Nombre d'années écoulées depuis la première démarche effectuée pour résoudre le problème d'alcool	114
	II-2-c Les partenaires par qui on entre dans le réseau	116
	II-2-d Les taux de rechute selon l'entrée dans le réseau	122
	II-2-e L'influence de l'entrée dans le réseau sur le reste de la trajectoire	123
	<b>II-3 Passage d'une structure ou d'une personne à une autre</b>	123
	<b>II-4 Les trajectoires complètes</b>	126
	<b>II-5 Quelques critères influençant les trajectoires les plus fréquentes</b>	131
	II-5-a Le nombre d'années	131
	II-5-b Les rechutes	132
	<b>III LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS</b>	135
	<b>III-1 Les variations départementales</b>	139
	<b>III-2 L'influence des autres variables socio-démographiques</b>	142
	<b>LES TRAJECTOIRES PAR DÉPARTEMENT : TROIS EXEMPLES</b>	145
	<b>SEINE-SAINT-DENIS</b>	146
	<b>AUDE</b>	148
	<b>DRÔME</b>	150
Deuxième partie	<b>MONOGRAPHIES DÉPARTEMENTALES</b>	155
	<b>AUBE</b>	157
	<b>CHER</b>	177
	<b>DROME</b>	199
	<b>MORBIHAN</b>	221
	<b>NORD</b>	239
	<b>BAS-RHIN</b>	257
	<b>SEINE-SAINT-DENIS</b>	277
	<b>PRÉCISER ET CONCLURE</b>	297
	<b>I LES ACTEURS ET LES STRUCTURES</b>	303
	<b>I-1 Implantation des structures et positionnement dans les réseaux</b>	304
	<b>I-2 Contacts et place dans le réseau</b>	305
	<b>I-3 Représentation de la centralité des structures</b>	308
	<b>I-4 animateurs ou personnes-clefs</b>	311
	<b>I-5 La force des liens</b>	314

<b>II</b>	<b>LA CAPACITÉ DE MOBILISATION DU RÉSEAU</b>	<b>315</b>
<b>III</b>	<b>LE FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU PROFESSIONNEL</b>	<b>327</b>
<b>III-1</b>	<b>Les portes d'entrée des malades dans le dispositif de prises en charge</b>	<b>328</b>
<b>III-2</b>	<b>Le processus d'orientation des malades</b>	<b>329</b>
<b>Chapitre complémentaire</b>	<b>LA PRISE EN CHARGE DANS LE QUOTIDIEN DES RÉSEAUX DES PERSONNES DÉPENDANTES DE L'ALCOOL : ACTEURS ET INSTITUTIONS</b>	
<b>I</b>	<b>LES CONSULTANTS DE L'AUDE : PRATIQUES DE RÉSEAU</b>	<b>2</b>
<b>I-1</b>	<b>Les associations d'anciens buveurs</b>	<b>2</b>
I-1-1	Deux sections de Vie Libre	2
I-1-2	Une section de Croix d'Or	3
I-1-3	Un bénévole rattaché à la SNCF	4
<b>I-2</b>	<b>Les intervenants en milieu hospitalier</b>	<b>4</b>
<b>I-3</b>	<b>Un bénévole hors association</b>	<b>6</b>
<b>I-4</b>	<b>Les intervenants médico-sociaux</b>	<b>7</b>
<b>II</b>	<b>LES CONSULTANTS DU CHER : PRATIQUES DE RÉSEAU</b>	<b>10</b>
<b>II-1</b>	<b>Les associations d'anciens buveurs</b>	<b>10</b>
II-1-1	Une section de Joie et Santé	10
II-1-2	Une section de Vie Libre	11
II-1-3	Une section de Croix d'Or	12
II-1-4	Une personne participant au collectif « Allô-Esprit »	13
<b>II-2</b>	<b>Les intervenants médico-sociaux</b>	<b>13</b>
II-2-1	Deux intervenants de la DDASS et de la CAF	14
II-2-2	Les services de Justice	15
II-2-3	Des travailleurs sociaux dans un club de prévention et un centre médico-social	16
II-2-4	Le point de vue d'un médecin du travail	17
II-2-5	Une unité de cure dans un département proche	18
II-2-6	Le point de vue du président départemental d'une association d'action sociale auprès du personnel d'une administration	18
<b>II-3</b>	<b>Le délégué du CDPA et responsable du CHAA</b>	<b>19</b>
<b>II-4</b>	<b>Les intervenants hospitaliers</b>	<b>20</b>
<b>II-5</b>	<b>Les médecins libéraux</b>	<b>21</b>
II-5-1	Un gastro-entérologue en clinique	21
II-5-2	Un médecin généraliste ayant des contacts privilégiés avec des mouvements d'anciens buveurs	22

<b>III</b>	<b>LES CONSULTANTS DE LA DROME : PRATIQUES DE RÉSEAU</b>	<b>24</b>
<b>III-1</b>	<b>Les associations d'anciens buveurs</b>	<b>24</b>
<b>III-2</b>	<b>Les intervenants médico-sociaux</b>	<b>25</b>
III-2-1	Deux intervenants plus éloignés des contacts avec les alcooliques	25
III-2-2	Deux responsables de foyers	27
III-2-3	Deux responsables de structures d'accompagnement social à vocation plus généralisée	28
<b>III-3</b>	<b>Les intervenants en CHAA et CPDA</b>	<b>29</b>
<b>III-4</b>	<b>Deux intervenants hospitaliers</b>	<b>30</b>
<b>III-5</b>	<b>Deux médecins de ville</b>	<b>32</b>
<b>IV</b>	<b>LES CONSULTANTS DU MORBIHAN : PRATIQUES DE RÉSEAU</b>	<b>33</b>
<b>IV-1</b>	<b>Les associations d'anciens buveurs</b>	<b>33</b>
IV-1-1	Une section de Croix d'Or	33
IV-1-2	Une association « Espoir-Amitié »	34
IV-1-3	Une section bretonne de Vie Libre	34
IV-1-4	Un représentant des Alcooliques Anonymes	35
IV-1-5	Une association d'origine locale	36
IV-1-6	Un mouvement féminin	37
<b>IV-2</b>	<b>Les intervenants médico-sociaux</b>	<b>37</b>
IV-2-1	Deux centres de postcure : l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes	37
IV-2-2	Un centre de postcure	38
IV-2-3	Deux intervenants dans des structures départementales sociales	39
IV-2-4	Un responsable d'une mission locale	40
IV-2-5	Un responsable dans une mutuelle	40
<b>IV-3</b>	<b>Les intervenants en CPDA et CHAA</b>	<b>41</b>
<b>IV-4</b>	<b>Les services hospitaliers</b>	<b>42</b>
<b>IV-5</b>	<b>Deux médecins libéraux</b>	<b>43</b>
<b>V</b>	<b>LES CONSULTANTS DU NORD : PRATIQUES DE RÉSEAU</b>	<b>44</b>
<b>V-1</b>	<b>Les associations d'anciens buveurs</b>	<b>44</b>
V-1-1	L'association Renaître	44
V-1-2	Les deux sections de l'association Vie Libre	45
V-1-3	Une section de la Croix Bleue	45
<b>V-2</b>	<b>Les intervenants médico-sociaux</b>	<b>46</b>
V-2-1	Cinq foyers de réinsertion des personnes alcooliques spécifiques	46
V-2-2	Un foyer de postcure	47
V-2-3	Le médecin-inspecteur de la DRASS et le chef de service du Comité de probation	48
V-2-4	Trois établissements originaux d'accueil des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme	49
<b>V-3</b>	<b>Les CHAA</b>	<b>51</b>
<b>V-4</b>	<b>Les services hospitaliers</b>	<b>51</b>

<b>VI</b>	<b>LES CONSULTANTS DU BAS-RHIN : PRATIQUES DE RÉSEAU</b>	<b>53</b>
<b>VI-1</b>	<b>Les associations d'anciens buveurs</b>	<b>53</b>
VI-1-1	Une section des Alcooliques Anonymes	53
VI-1-2	Une association originale : ANGI	54
VI-1-3	Les Amis de la Santé 67	54
VI-1-4	Les deux sections alsaciennes de Vie Libre	55
VI-1-5	Deux sections d'une association d'ancien de ...	56
VI-1-6	Une association « indépendante »	57
VI-1-7	Une association alsacienne de la Croix Bleue	57
VI-1-8	Une association alsacienne de la Croix d'Or	58
VI-1-9	Une association du FITPAT	59
VI-1-10	Une association originale en redémarrage	60
VI-1-11	La fédération des associations du département	60
<b>VI-2</b>	<b>Les intervenants médico-sociaux</b>	<b>61</b>
VI-2-1	Un centre de postcure mixte	61
VI-2-2	Un centre de postcure de longue ancienneté	62
VI-2-3	Le médecin-inspecteur de la DDASS	63
<b>VI-3</b>	<b>Les intervenants du CPDA et des CHAA</b>	<b>63</b>
<b>VI-4</b>	<b>Un psychiatre chef de clinique</b>	<b>64</b>
<b>VI-5</b>	<b>Un médecin généraliste</b>	<b>65</b>
<b>VII</b>	<b>LES CONSULTANTS DE SEINE-SAINT-DENIS : PRATIQUES DE RÉSEAU</b>	<b>66</b>
<b>VII-1</b>	<b>Les associations d'anciens buveurs</b>	<b>66</b>
VII-1-1	Une section de la Croix d'Or	66
VII-1-2	Deux sections de la Croix Bleue	67
VII-1-3	Sept sections de Vie Libre	68
VII-1-4	Une association récente à vocation plus originale	69
VII-1-5	Une association de proches d'alcooliques	70
<b>VII-2</b>	<b>Les intervenants médico-sociaux</b>	<b>70</b>
<b>VII-3</b>	<b>Les intervenants en CHAA</b>	<b>71</b>
<b>VII-4</b>	<b>Les services hospitaliers</b>	<b>73</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1	Lieu où la personne a été interrogée	65
Tableau n°2	Liste des structures où des personnes ont été interrogées par département	66
Tableau n°3	Une population masculine	69
Tableau n°4	Qualité des rapports avec les personnes logeant dans le même domicile	73
Tableau n°5	Comparaison du niveau de diplôme avec un échantillon représentatif de la population française, redressé selon l'âge	74
Tableau n°6	Situation par rapport à l'emploi des personnes interrogées au moment de l'enquête	75
Tableau n°7	Raison de la fin de l'emploi précédent pour les personnes qui sont au chômage au moment de l'enquête	76
Tableau n°8	Ressources mensuelles par UC des personnes interrogées	77
Tableau n°9	Liste des personnes ou organismes par qui les personnes interrogées considèrent avoir le mieux été prises en charge	86
Tableau n°10	Des contacts fréquents avec les associations	87
Tableau n°11	Sentiment sur l'efficacité du soutien apporté par les associations	87
Tableau n°12	Fréquence des contacts avec les médecins généralistes ou spécialistes	89
Tableau n°13	Sentiment sur l'efficacité du soutien apporté par les médecins	91
Tableau n°14	Sentiment sur l'efficacité du soutien apporté par les foyers	92
Tableau n°15	Fréquence des contacts avec le CHAA	93
Tableau n°16	Sentiment sur l'efficacité du soutien apporté par les CHAA	94
Tableau n°17	Les éléments dont dépend la qualité de la prise en charge	95
Tableau n°18	Nombre idéal de référents qui doivent suivre le malade	97
Tableau n°19	Sentiments des malades sur l'affirmation «un alcoolique est guéri s'il ne boit plus»	108
Tableau n°20	Plusieurs méthodes pour guérir	108
Tableau n°21	Nombre de contacts déclarés par les malades	110
Tableau n°22	Nombre moyen de contacts selon le département	110
Tableau n°23	Fréquence des contacts avec les médecins spécialisés et non spécialisés	111
Tableau n°24	Fréquence des contacts avec les associations d'anciens buveurs	112
Tableau n°25	Fréquence des contacts avec les autres structures ou personnes	112
Tableau n°26	Age au premier contact	113
Tableau n°27	Nombre d'années écoulées depuis la première démarche	114
Tableau n°28	Coefficients d'une régression logistique sur les différentes entrées dans le réseau	117
Tableau n°29	Taux de personnes ayant déclaré que leur premier contact était la conséquence d'un événement particulier	121
Tableau n°30	Événements ayant amené les personnes interrogées à contacter un des membres du réseau pour se faire soigner	121

Tableau n°31	Taux de personnes ayant recommencé à boire	122
Tableau n°32	Nombre moyen de contacts	123
Tableau n°34	Les probabilités de passage d'une structure ou d'un organisme à un autre	124
Tableau n°35	Trajectoires les plus courantes	130
Tableau n°36	Nombre moyen d'années de traitement par trajectoire	131
Tableau n°37	Proportion de personnes ayant recommencé à boire au moins une fois depuis le début de leur traitement selon les trajectoires	132
Tableau n°38	Différents traitements dont ont bénéficié les personnes interrogées	135
Tableau n°39	Coefficients d'une régression logistique sur le recours aux différents partenaires du réseau	137
Tableau n°40	Présentation des intervenants rencontrés	160
Tableau n°41	Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenant de l'Aude avec les malades, en colloques, en séminaires	161
Tableau n°42	Participation des intervenants de l'Aude aux actions de formation, prévention, information, sensibilisation et type de publics visés	162
Tableau n°43	Combinaisons de soins apportés part les différents intervenants de l'Aude	164
Tableau n°44	Champ d'intervention théorique des différentes structures	164
Tableau n°45	Provenance des consultants de chaque intervenant de l'Aude	166
Tableau n°46	Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de l'Aude	173
Tableau n°47	Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de l'Aude	175
Tableau n°48	Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de l'Aude	176
Tableau n°49	Présentation des intervenants rencontrés	179
Tableau n°50	Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenant du Cher avec les malades, en colloques, en séminaires	181
Tableau n°51	Participation des intervenants du Cher aux actions de formation, prévention, information, sensibilisation et type de publics visés	182
Tableau n°52	Combinaisons de soins apportés part les différents intervenants du Cher	184
Tableau n°53	Champ d'intervention théorique des différentes structures des intervenants	185
Tableau n°54	Provenance des consultants de chaque intervenant du Cher	187
Tableau n°55	Fréquence des contacts avec les intervenants du Cher	189
Tableau n°56	Sens de l'orientation des consultants entre partenaires du Cher	192
Tableau n°57	Nature des contacts entre les intervenants du Cher	194
Tableau n°58	Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification des intervenants potentiels d'un réseau dans le Cher	195
Tableau n°59	Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Cher	197
Tableau n°60	Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Cher	197

Tableau n°61	<b>Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Cher</b>	198
Tableau n°62	<b>Présentation des intervenants rencontrés</b>	201
Tableau n°63	<b>Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenant de la Drôme avec les malades, en colloques, en séminaires</b>	203
Tableau n°64	<b>Combinaisons de soins apportés part les différents intervenants de la Drôme</b>	205
Tableau n°65	<b>Champ d'intervention théorique des différentes structures des intervenants de la Drôme</b>	206
Tableau n°66	<b>Provenance des consultants de chaque intervenant de la Drôme</b>	208
Tableau n°67	<b>Sens de l'orientation des consultants entre partenaires de la Drôme</b>	214
Tableau n°68	<b>Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de la Drôme</b>	218
Tableau n°69	<b>Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de la Drôme</b>	219
Tableau n°70	<b>Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de la Drôme</b>	220
Tableau n°71	<b>Présentation des intervenants rencontrés</b>	223
Tableau n°72	<b>Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenant du Morbihan avec les malades, en colloques, en séminaires</b>	225
Tableau n°73	<b>Combinaisons de soins apportés part les différents intervenants du Morbihan</b>	226
Tableau n°74	<b>Champ d'intervention théorique des différentes structures des intervenants du Morbihan</b>	227
Tableau n°75	<b>Fréquence des contacts avec les intervenants du Morbihan</b>	229
Tableau n°76	<b>Sens de l'orientation des consultants entre partenaires du Morbihan</b>	231
Tableau n°77	<b>Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification des intervenants potentiels d'un réseau dans le Morbihan</b>	232
Tableau n°78	<b>Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Morbihan</b>	233
Tableau n°79	<b>Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Morbihan</b>	236
Tableau n°80	<b>Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Morbihan</b>	237
Tableau n°81	<b>Présentation des intervenants rencontrés</b>	241
Tableau n°82	<b>Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenant du Nord avec les malades, en colloques, en séminaires</b>	243
Tableau n°83	<b>Combinaisons de soins apportés part les différents intervenants du Nord</b>	244
Tableau n°84	<b>Champ d'intervention théorique des différentes structures des intervenants du Nord</b>	245
Tableau n°85	<b>Provenance des consultants de chaque intervenant du Nord</b>	247
Tableau n°86	<b>Fréquence des contacts avec les intervenants du Nord</b>	249
Tableau n°87	<b>Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Nord</b>	252

Tableau n°88	Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Nord	254
Tableau n°89	Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Nord	255
Tableau n°90	Présentation des intervenants rencontrés	259
Tableau n°91	Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenant du Bas-Rhin avec les malades, en colloques, en séminaires	262
Tableau n°92	Combinaisons de soins apportés part les différents intervenants du Bas-Rhin	264
Tableau n°93	Champ d'intervention théorique des différentes structures des intervenants du Bas-Rhin	264
Tableau n°94	Provenance des consultants de chaque intervenant du Bas-Rhin	266
Tableau n°95	Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification des intervenants potentiels d'un réseau dans le Bas-Rhin	271
Tableau n°96	Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Bas-Rhin	273
Tableau n°97	Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Bas-Rhin	274
Tableau n°98	Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Bas-Rhin	276
Tableau n°99	Présentation des intervenants rencontrés	279
Tableau n°100	Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenant de Seine-Saint-Denis avec les malades, en colloques, en séminaires	281
Tableau n°101	Combinaisons de soins apportés part les différents intervenants de Seine-Saint-Denis	284
Tableau n°102	Champ d'intervention théorique des différentes structures des intervenants de Seine-Saint-Denis	285
Tableau n°103	Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification des intervenants potentiels d'un réseau dans la Seine-Saint-Denis	290
Tableau n°104	Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de Seine-Saint-Denis	292
Tableau n°105	Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de Seine-Saint-Denis	294
Tableau n°106	Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de Seine-Saint-Denis	295
Tableau n°107	Degré de centralité des intervenants de chaque département d'après le taux de contacts jugés « réguliers » avec les différents partenaires du dispositif	306
Tableau n°108	Taux de contacts dont bénéficient les psychiatres des trois départements	317
Tableau n°109	Intensité des contacts établis par les psychiatres	318
Tableau n°110	Intensité des contacts des intervenants de l'Aude dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction	319
Tableau n°111	Intensité des contacts des intervenants de la Drôme dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction	320

Tableau n°112	<b>Intensité des contacts des intervenants de la Seine-Saint-Denis dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction</b>	321
Tableau n°113	<b>Fréquence des contacts réguliers des différents intervenants avec les médecins de ville</b>	323
Tableau n°114	<b>Provenance des malades tous intervenants confondus</b>	324
Tableau n°115	<b>Proportion des trajectoires commençant par un médecin non spécialisé en alcoologie</b>	324

## LISTE DES GRAPHIQUES

Carte n°1	les départements français selon la valeur de l'indice de synthèse sur la base de cinq éléments sur la mortalité	50
Graphique n°1	Comparaison entre l'évolution du taux de mortalité et la consommation d'alcool au niveau national	21
Graphique n°2	Comparaison de la pyramide des âges avec un échantillon représentatif de la population française	70
Graphique n°3	Situation matrimoniale passée et au moment de l'enquête	71
Graphique n°4	Situation familiale au moment de l'enquête	72
Graphique n°5	Logement des personnes interrogées au moment de l'enquête	72
Graphique n°6	Niveau de fin d'études	73
Graphique n°7	Comparaison des ressources mensuelles par UC avec un échantillon représentatif de la population française redressé par âge	78
Graphique n°8	Catégories de population sur-représentées dans les associations d'anciens buveurs	79
Graphique n°9	Catégories de population sur-représentées dans les consultations hospitalières	80
Graphique n°10	Catégories de population sur-représentées dans les centres de cure	81
Graphique n°11	Catégories de population sur-représentées dans les centres de postcure	82
Graphique n°12	Type d'aide apportée par les associations d'anciens buveurs	88
Graphique n°13	Type d'aide apportée par les médecins selon leur spécialité	90
Graphique n°14	Type d'aide apportée par les foyers	93
Graphique n°15	Type d'aide apportée par les CHAA	94
Graphique n°16	Raisons justifiant la réponse sur les éléments dont dépend la qualité de la prise en charge	96
Graphique n°17	Raisons invoquées pour justifier le traitement pour un ou plusieurs référents	98
Graphique n°18	Comparaison de la structure par âge des personnes interrogées au moment de l'enquête et au premier contact	114
Graphique n°19	Corrélation entre l'âge et le nombre d'années écoulées depuis la première démarche pour soigner le problème d'alcool	115
Graphique n°20	Les partenaires d'entrée dans le réseau	116
Graphique n°21	Variations de la probabilité de débiter par une association d'anciens buveurs suivant les différents départements	119
Graphique n°22	Variations de la probabilité de débiter par une autre personne ou structure suivant les différents départements	120

Graphique n°23	<b>Représentation des flux décrits par les malades au sein du réseau</b>	125
Graphique n°24	<b>Probabilité d'apparition d'une liaison en fonction de la trajectoire passée</b>	126
Graphique n°25	<b>Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir participé à des réunions d'anciens buveurs selon le département</b>	139
Graphique n°26	<b>Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir séjourné dans un hôpital pour une cure</b>	139
Graphique n°27	<b>Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir séjourné dans un foyer de cure</b>	140
Graphique n°28	<b>Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir suivi un traitement par un médecin spécialisé</b>	140
Graphique n°29	<b>Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir consulté dans un CHAA</b>	141
Graphique n°30	<b>Variations de la probabilité de l'individu d'avoir séjourné dans un hôpital psychiatrique</b>	141
Graphique n°31	<b>Graphe de l'orientation des malades alcooliques par les intervenants des différentes structures de prise en charge dans le département de l'Aude</b>	172
Graphique n°32	<b>Graphe de l'orientation des malades alcooliques par les intervenants des différentes structures de prise en charge dans le département de la Drôme</b>	216
Graphique n°33	<b>Graphe de l'orientation des malades alcooliques par les intervenants des différentes structures de prise en charge dans le département du Bas-Rhin</b>	269
Graphique n°34	<b>Graphe de l'orientation des malades alcooliques et de la fréquence des relations par les intervenants des différentes structures de prise en charge de Seine-Saint-Denis</b>	283
Graphique n°35	<b>Graphe de l'orientation des malades alcooliques entre les différentes structures de prise en charge de Seine-saint-Denis</b>	287
Graphique n°36	<b>Mesure de la centralité des structures de l'Aude en fonction du taux de leurs contacts réguliers avec les différents partenaires du réseau</b>	310
Graphique n°37	<b>Mesure de la centralité des structures de la Drôme en fonction du taux de leurs contacts réguliers entre les différents intervenants</b>	312
Graphique n°38	<b>Mesure de la centralité des structures de la Seine-Saint-Denis en fonction du taux de contacts réguliers des différents intervenants avec celles-ci</b>	313

## INTRODUCTION



Quels sont les éléments à notre disposition pour prendre la mesure du phénomène alcoolisme sur le territoire français ? Il ne semble pas exister un indicateur idéal comme par exemple, **le taux de morbidité alcoolique**. On peut éventuellement procéder à une estimation, dans ce cas, on a coutume de situer le taux de malades alcooliques à environ 8 % de la population française. C'est un chiffre qui semble recueillir les suffrages du plus grand nombre, peut-être par habitude, peut-être en l'absence d'un autre chiffre mieux argumenté.

Il est, en revanche, d'usage de considérer **le taux de mortalité pour cause d'alcoolisme** défini à partir de la nomenclature des causes de mortalité, la Classification Internationale des Maladies (CIM). On y trouve plusieurs causes spécifiées alcooliques (comme notamment les psychoses alcooliques et les cirrhoses du foie), mais elles ne représentent qu'une modeste partie des causes d'origine alcoolique. Ceci est dû au fait que l'on prend généralement en compte seulement la cause principale du décès. Dès qu'on s'intéresse aux causes secondaires de la mort, on peut considérer plus largement d'autres causes (réf : Population et études régionales de morbidité et de mortalité), c'est le cas notamment des cancers des voies aéro-digestives supérieures (CVAS). On peut d'autre part imputer la responsabilité de certaines morts par accidents de la circulation à l'alcoolisme, mais il est plus difficile de le prendre en compte : les tests d'alcoolémie ne sont pas systématiquement effectués. Selon une enquête française<sup>1</sup> 40 % des accidents mortels de la circulation sont liés à l'alcool.

**Le niveau de consommation d'alcool** peut constituer le troisième indicateur du niveau d'alcoolisme français. Sully LEDERMAN<sup>2</sup> fut l'un des premiers à établir un rapport entre le niveau moyen de consommation d'alcool par tête et la proportion de buveurs excessifs par exemple. Si l'on compare la courbe du taux de mortalité lié à l'alcoolisme pour 100 000 hommes âgés de 35 à 64 ans et la courbe d'évolution de la consommation annuelle d'une personne en litres d'alcool pur au carré (données tirées de l'article Nizard et Munoz-Perez dans Population - réf), il semble effectivement que les deux courbes connaissent des sens d'évolution comparables.

---

<sup>1</sup> Cl. GOT, G. FAVERJON et C. THOMAS, "Alcool et accidents mortels de la circulation" Bulletin d'information du H.C.E.I.A., 29ème année, n°1-2, la Documentation Française, Paris, 1984

<sup>2</sup> LEDERMAN S. Alcol, alcoolisme, alcoolisation, INED, PUF, n° 41, 1964.

### Une consommation en baisse et des changements dans le mode de boire

Depuis 1975, les indices de consommation d'alcool pur baissent régulièrement en France métropolitaine. Ainsi la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de 15 ans ou plus a diminué de 25 % entre 1975 et 1990. On note parallèlement un développement de la consommation de boissons non alcooliques, comme les eaux minérales, les jus de fruits, les sodas, les limonades, etc.

Cette baisse de la consommation des boissons alcoolisées ne se réalise pas de manière homogène en fonction du type de boisson alcoolique considérée. Selon les chiffres présentés par le HCSP dans "Les indicateurs d'alcoolisation 1992 : la consommation, la mortalité", c'est la consommation des vins courants qui a le plus chuté sur la période, celle des vins de qualité a au contraire augmenté de moitié sur la période. La consommation de bière baisse régulièrement, celle du cidre restant marginale. En revanche, la consommation d'alcools forts et de spiritueux après une décroissance jusqu'au milieu des années 80 semble remonter.

Ces évolutions sembleraient refléter de profonds changements de mode de vie et d'alimentation, où pour la santé et le maintien de la forme, on laisse de côté la bière "qui fait grossir". Les vins de qualité seraient préférés dans une logique de recherche de qualité de vie, l'augmentation de l'attrait pour les spiritueux, et notamment pour les alcools de grain ou de céréales, étant le fruit d'une mode actuelle, "à l'américaine". Cette évolution des modes de consommation d'alcool touche de manière transversale l'ensemble de la population, mais se révèle le plus nettement au travers des comportements des plus jeunes.

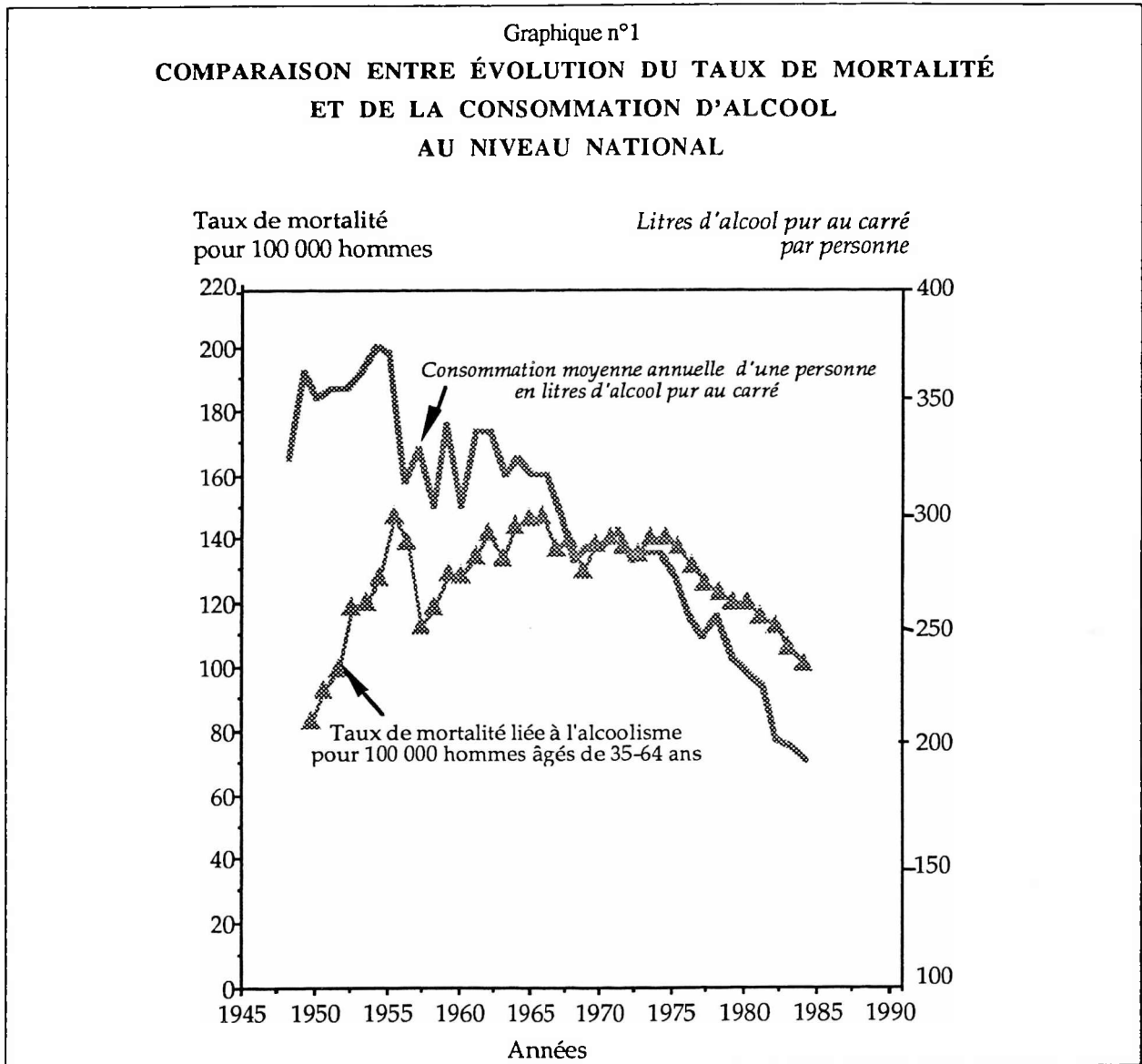
Dans l'enquête menée par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), on classe l'ensemble de la population selon la fréquence déclarée de la consommation d'alcool en quatre catégories :

- personnes qui n'ont jamais bu d'alcool (7,0 %)
- abstinents actuels ( 6,6 %)
- buveurs occasionnels (56,0 %)
- buveurs réguliers (30,4 %)

Les résultats présentés font apparaître la forte augmentation de la part de consommateurs réguliers entre 45 et 64 ans, surtout chez les hommes. Alors que l'âge moyen du consommateur occasionnel est de 38,3 ans, celui du consommateur régulier est de 49,7 ans. Les plus jeunes sont les plus nombreux à déclarer avoir été ivre au cours des 12 derniers mois, et les hommes plus que les femmes. L'habitude de consommer de l'alcool en solitaire ne peut venir qu'à partir de l'âge de trente ans.

Selon les enquêtes publiées par le SESI, on pourrait en conclure que la baisse de la consommation d'alcool en France résulte de la diminution de la population de buveurs réguliers plutôt que d'une moindre consommation par buveur. Cette diminution serait provoquée par l'amenuisement des entrées avec l'avancement en âge, d'une génération à l'autre, plutôt que par la progression des sorties.

On peut objecter que s'il existe globalement des corrélations entre le niveau de consommation moyen et celui de la mortalité pour cause d'alcoolisme, il reste cependant que l'alcoolisme ne touche qu'une sous-partie des consommateurs d'alcool, celle qui en absorbe le plus, même s'il est difficilement concevable de fixer un seuil au delà duquel le consommateur ou la consommatrice devrait être considéré(e) comme virtuellement alcoolique.



Source : Population 1994

L'évolution générale va dans le sens d'une diminution du volume global de la consommation française au cours du temps et en parallèle de celle du taux de mortalité pour cause d'alcoolisme. Il reste cependant difficile d'appréhender la réalité de ces évolutions en termes de niveau d'alcoolisme, dans la mesure où les systèmes de prévention et de soins s'améliorent, permettant une meilleure prise en compte du phénomène, sans pour autant

autoriser - pour le moment encore - de réelles évaluations. La stigmatisation des conduites d'alcoolisation rend complexe toute forme d'enquête générale auprès de la population, et l'enquête du CRÉDOC bien que limitée à l'espace des structures de prise en charge s'est aussi trouvée en but à de multiples obstacles d'ordre éthique, ou plus simplement psychologique, etc.

Parallèlement à ces évolutions des indicateurs mesurant la mortalité et la consommation d'alcool, ces dernières décennies ont vu naître une prise de conscience spécifique, qui s'est matérialisée par la création ou la reconnaissance de structures d'accueil et de prévention spécifiques, des prises de position politiques plus nettes sur la nécessité d'une action contre l'alcoolisme, le vote de mesures pour la limitation de la publicité incitant à la consommation de boissons alcoolisées, la mise en place d'heures de formation en alcoologie dans le cycle général des études de médecine, etc. Tous ces éléments légitiment et institutionnalisent la lutte contre l'"alcoolisme".

Au moment, où comme nous le verrons dans l'enquête, l'alcoolisme tend de plus en plus à être reconnu d'abord comme une maladie, paradoxalement les pouvoirs publics mettent en place des actions contre l'alcoolisme, un "fléau social". Il semble d'ailleurs exister de multiples contradictions entre la volonté de définir l'alcoolisme comme une maladie, et l'affirmation par beaucoup que la seule issue de sortie de l'alcoolique est d'adopter une conduite d'abstinence.

## **L'alcoolisme : une maladie comportementale particulière ?**

Comme le dit la définition stricto-sensu du glossaire d'alcoologie, l'alcoolisme désigne d'abord une dépendance à l'alcool, comme la toxicomanie évoque une dépendance à une drogue, le tabagisme une dépendance au tabac.

Alcoolisme, tabagisme et toxicomanie sont souvent associés et rapprochés les uns des autres. Tous les trois sont liés à des comportements de consommation qui remettent en cause la santé de l'individu mais dont celui-ci ne peut se passer qu'au prix de grande difficultés.

Ces diverses dépendances relèvent de **problèmes de comportement**, et au delà d'une dépendance physiologique, que l'on peut soigner jusqu'à une certaine limite par un traitement médical, il faut agir sur le comportement de la personne dépendante, vis-a-vis du produit qui engendre son malaise.

**L'utilisation du terme de maladie** est extrêmement importante pour de nombreuses personnes intervenant dans le domaine de l'alcoolisme, parce qu'elle permet aux personnes atteintes d'affronter non plus en termes de culpabilité et de vice leurs problèmes, mais comme une affection physiologique, à laquelle on peut donner un nom et pour laquelle il existe un mode de traitement adéquat.

Le fait de rassembler les deux termes pour désigner l'alcoolisme comme **une maladie comportementale** induit l'idée qu'il faut aussi traiter les problèmes de comportement de consommation de l'individu, ce qui nécessite de prendre en compte l'individu dans sa totalité, sur tous les plans de sa vie, de mener une politique d'information et de prévention au niveau de l'ensemble des consommateurs, qui agisse autant sur les représentations du produit que sur des moyens de limiter les conséquences potentielles d'une mauvaise ou d'une sur-consommation.

Au delà de ces points communs, l'alcoolisme peut se distinguer des deux autres dépendances sur plusieurs points.

1) **La lutte contre l'alcoolisme est la plus ancienne des politiques menées** entre l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie. Elle trouve ses précurseurs au XIX<sup>ème</sup> siècle au sein de la communauté médicale et se concrétise par la création à la fin du siècle dernier d'une structure ayant cette lutte pour vocation. Cette lutte a beaucoup évolué dans ses moyens, comme dans ses principaux animateurs entre ses débuts et aujourd'hui. Notre but n'est cependant pas de refaire son histoire, même si celle-ci serait sans doute éclairante sur bien des changements ayant marqué les mentalités des diverses époques traversées.

Cette relative ancienneté de la politique de prévention de l'alcoolisme peut contribuer à lui prêter un caractère "vieillot", elle a en effet toujours existé pour les personnes vivant aujourd'hui en France, et sous bien des visages. Son but principal étant d'informer sur les dangers potentiels de sa consommation, les messages véhiculés sont bien souvent d'une très grande simplicité. L'une de ses principales difficultés est donc de trouver des arguments qui puissent attirer l'attention et convaincre une population française pour laquelle l'alcool est un produit intégré dans la vie courante, représentatif d'une certaine identité du pays, doté de nombreuses vertus dans le quotidien et instrument aussi d'une certaine convivialité.

En dehors d'une politique publique destinée au plus grand nombre, de multiples intervenants se soucient ensuite de s'occuper des personnes pour lesquelles l'alcoolisme est déjà devenu un problème. La nécessité d'aller à l'encontre de nombreuses idées reçues, pour aider les personnes alcooliques à sortir de leurs problèmes a conduit très tôt les associations d'anciens buveurs à adopter un discours représentatif d'une vision très moderne de l'alcoolisme, donc pas seulement du point de vue moral, mais aussi dans ses dimensions sociales, psychologiques et médicales.

Une telle vision est plus facile à imposer dans le cadre d'une politique de lutte contre la toxicomanie, puisqu'évoquer les problèmes sociaux, psychologiques et médicaux d'une population qui a déjà enfreint la loi en consommant un produit illicite paraît beaucoup plus cohérent, que de parler de ceux d'une population qui a pour seul défaut de "boire un coup de trop", "de ne pas savoir s'arrêter", etc.

2) A l'heure actuelle, le discours majoritaire du grand public définit **l'alcool comme un produit licite et toxique seulement en cas de mauvais usage**. En revanche, il est généralement considéré que les drogues sont des produits illicites et toxiques, le tabac, bien que licite, est aussi toxique.

On qualifie ainsi parfois l'alcool d'"agent double", puisqu'il est "bon" jusqu'à un certain point, puis il devient "mauvais". La principale difficulté tient dans cette dualité, la limite entre le bon et le mauvais étant extrêmement difficile à situer, fluctuante selon les individus et même mobile dans le temps pour un individu donné. Jusqu'à il y a quelques années, les qualités de l'alcool étaient essentiellement inscrites dans le discours populaire de manière assez triviale : on lui prêtait un haut pouvoir désaltérant, la faculté de délier les langues, c'était le symbole du partage entre amis ou collègues, etc. Des expériences récentes ont conféré à une consommation d'alcool régulière, mais limitée, certaines vertus médicales comme l'amélioration de la résistance des vaisseaux sanguins notamment, qui légitiment d'un point de vue scientifique l'intérêt de consommer un peu d'alcool. Une firme a même créé un médicament qui reprend et synthétise ces bons principes, en apportant ainsi les bienfaits, sans les inconvénients du risque associé de l'ivresse.

3) L'alcool est, dans nombre de cas, considéré comme **un élément entrant dans la composition du repas français**. Cela lui donne un "plus" comparativement aux deux autres produits. On peut objecter que le cigare était autrefois un moyen de signifier le moment de la fin du repas et que la cigarette aujourd'hui accompagne fréquemment le café, mais ni le cigare, ni la cigarette ne font partie intégrante du repas.

A la différence du tabac et de la drogue, les choix réalisés en matière d'alcool seront comme les autres produits alimentaires influencés par les changements dans les goûts et les valeurs, lesquels - comme le dit Claude FISCHLER - *"correspondent à des transformations sociales, économiques, civilisationnelles"*.

En outre, plus que la plupart des consommations, *"l'alcool possède des attributs symboliques que le consommateur s'approprie en l'absorbant"*; ces vertus imaginaires s'ajoutent donc à ses *"effets physiologiques, comportementaux et symboliques"*. Claude FISCHLER, pour souligner en outre les fonctions sociales de l'alimentation, utilise dans "l'omnivore" l'exemple de l'alcool, mettant en valeur *"sa vertu symbolique fondamentale : structurer socialement le temps et les relations interpersonnelles (...) Offrir un verre est une manière rituelle de signifier qu'une circonstance chargée de signification sociale survient, qu'il va y avoir de l'échange, de la communication, de la conversation ou autre chose."*

L'ensemble de ces éléments démontre d'autant plus clairement la difficulté pour la personne alcoolique de ne pas boire, car, dans nombre de situations, cela peut être perçu comme le refus d'une participation sociale, et parce que c'est de toutes façons un élément de distinction - au sens propre du terme - dont il lui faut se justifier.

## **la prise en charge des personnes : la diversité des intervenants**

La lutte contre l'alcoolisme et la prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes rassemblent un grand nombre d'intervenants et des structures très diversifiées. Il est assez difficile d'en donner d'emblée une idée claire et précise.

On peut distinguer avec le Haut Comité de la Santé Publique six types différents d'intervenants ou structures pour la prise en charge des personnes ayant un problème d'alcool. Ainsi dans un cadre non spécialisé en matière d'alcoolisme, on peut inclure les médecins libéraux et les établissements hospitaliers. Le dispositif spécialisé de prise en charge est constitué principalement des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA), des centres de cure et de post-cure et des Comités départementaux de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA). Enfin, dans une catégorie à part, on peut regrouper l'ensemble des associations d'anciens buveurs.

D'autres partenaires existent, qui s'ils ne procèdent pas à une prise en charge, sont cependant partie intégrante du dispositif dans la mesure où ils jouent fréquemment un rôle pour repérer les personnes ayant un problème d'alcool et les orienter vers les intervenants ou structures adéquats : on peut ainsi évoquer les services de justice, les services sociaux, les médecins du travail.

Enfin, il faut distinguer le cas particulier des services ou des hôpitaux psychiatriques, qui dans le domaine médical, ne s'insèrent pas comme une structure de prise en charge proprement dit, mais accueillent un certain nombre de personnes ayant des problèmes d'alcoolisme, de manière ponctuelle ou non..

### **A - LES ASSOCIATIONS D'ANCIENS BUVEURS OU DE PROCHES D'ANCIENS BUVEURS**

S'il ne paraît guère possible de présenter toutes les structures existantes sur les sites étudiés, on peut cependant procéder à une description sommaire des principaux mouvements associatifs (constitués le plus généralement d'anciens buveurs) présents dans l'un ou l'autre département d'enquête.

Dans la présentation des "intervenants, structures et prestations" du n°4 de septembre 1993 de la Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique, dont le dossier est consacré aux personnes vivant avec un problème d'alcool, le mouvement associatif est considéré comme



un intervenant à part entière, il est dit qu'il "*continue d'occuper une place importante auprès des personnes ayant un problème lié à l'alcool.*"

Dans le glossaire d'alcoologie (édité en 1991 par le Haut Comité d'Étude et d'Information sur l'Alcoolisme), on donne cette définition : "*Association de membres généralement abstinents dont l'objectif est de venir en aide aux personnes en difficulté avec l'alcool ou à leur entourage.*"

Il est en outre précisé que "*la nature et l'intensité des rapports entre ces mouvements et les autres intervenants varient en fonction des contextes locaux et de la confiance réciproque qui a pu s'établir.*" Une partie de notre étude traite plus précisément de ce point, dans la mesure où elle analyse les relations existant entre les différents lieux de rencontre des mouvements associatifs, baptisés dans un certain nombre de cas des sections, et les autres lieux de prise en charge présents sur le site. On peut d'ores et déjà indiquer qu'il semble effectivement exister des relations avec d'autres partenaires, mais qu'on ne peut leur prêter en aucun cas un caractère systématique, et qu'elles semblent le plus souvent être le fruit des personnalités, plus que la résultante d'une organisation systématique.

A l'échelon des "centrales" des associations, la volonté d'ouverture est le plus souvent clairement exprimée et les grandes associations ont déjà eu l'occasion de travailler ensemble pour mettre au point notamment des actions communes, mais ces initiatives demeurent le privilège des responsables nationaux. Dans la plupart des cas, ces associations ont localement affirmé leurs différences réciproques et souligné l'intérêt de cette diversité dans l'absolu pour permettre aux personnes ayant un problème d'alcool de choisir le mouvement qui pourra répondre le mieux à leur demande d'aide. Cette diversité serait donc favorable à l'objectif global de ces associations de combattre les problèmes d'alcoolisme, même si des effets de concurrence existent entre elles dans l'un ou l'autre cas, au sujet de l'état d'esprit, du mode de fonctionnement de l'association voisine, etc.

Ces structures associatives locales sont rarement constituées d'un nombre important de membres, c'est d'ailleurs le fruit d'une volonté affirmée de conserver une dimension humaine, aux yeux du nouvel arrivant, favorable à son accueil chaleureux, et à une connaissance qui peut s'établir assez rapidement et éventuellement se continuer en profondeur selon les désirs de chacun. Ce principe d'ouverture a pu être aisément observé par les enquêteurs qui ont bénéficié dans la majorité des cas d'un accueil plutôt favorable. La méfiance qui a pu teinter certaines réponses à la demande des enquêteurs, a été plutôt rare et était alors essentiellement motivée par le souci d'éviter des perturbations extérieures à un groupe de personnes vulnérables.

On peut distinguer deux grands types d'associations. D'une part, il y a les associations à obédience nationale, d'autre part, il existe des associations plus localisées qui ont le plus généralement une aire d'influence locale, dans le département ou la région. Si le portrait des premières est assez facile à dessiner, nous ne connaissons les secondes qu'à la faveur d'une rencontre au cours de l'enquête.

## **1- Les associations d'obédience nationale**

Ces associations disposent d'une assise nationale. Souvent fédérées, elles bénéficient d'un siège central. Ce siège est en contact avec l'ensemble des structures, qui ont essaimé au fur et à mesure des années. Chacune de ces grandes associations a "sa petite histoire", un public plus ou moins caractéristique, quelques rituels à observer. Une description générale de chaque type d'association gomme la diversité de chacune des cellules les composant. Ces dernières fonctionnent généralement de manière autonome, les relations s'établissant le plus souvent par le biais de personnes qui transitent de l'une à l'autre, pour des raisons diverses.

Les quatre associations les plus connues sont les suivantes : Croix Bleue, Croix d'Or, Vie Libre et Alcooliques Anonymes. D'autres associations à définition nationale existent, mais elles sont de moindre importance, tant en termes d'implantation, qu'en termes de public touché. On peut penser ainsi à «Joie et Santé», «Bien être et Liberté», «les Amis de la Santé de ...» (suit généralement le nom du département).

Enfin, la Fédération française Interprofessionnelle pour le Traitement et la Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (F.I.T.P.A.T.) regroupe la majorité des associations de lutte contre l'alcoolisme dans diverses branches professionnelles. Les plus connues sont «Amitié PTT», «la Santé de la Famille SNCF», «Amitié EDF-GDF», etc. Au cours de l'enquête nous avons rencontré une personne des «Amitié PTT», une autre de «la Santé de la Famille SNCF», enfin deux personnes travaillant pour «l'Amitié Police Entraide Liaison» (APEL) à l'ANAS (Action Nationale d'Action Sociale).

## **2- Les associations à caractère local**

Ce second type d'association n'existe pas de manière équivalente dans toutes les régions françaises. On en trouve plus particulièrement dans les régions où l'alcoolisme est jugé plus affirmé : l'Ouest, l'Est ou le Nord de la France.

Ces associations ont deux principales origines. En premier lieu, elles peuvent être le fruit d'un regroupement d'anciens buveurs qui ont été ou sont traités dans une structure d'accueil. A l'image des "anciens de telle école .", il existe ainsi les "anciens de Marienbronn" en Alsace, qui accueille d'anciens malades traités dans la maison de Post-cure de Marienbronn à Lobsann. Il existe aussi l'association d'aide aux femmes éthyliques (A.M.A.F.E.), proche du foyer de Kerdudo, qui est un foyer féminin du Morbihan, etc. En second lieu, des associations à caractère plus spontané ont pu naître dans le cadre d'un collectif professionnel très localisé, comme des mariniers bretons regroupés dans "Amitié Santé Marine".

### **3 - Un cas particulier : les associations de proches**

Il existe aussi des associations qui regroupent des personnes proches de buveurs ou d'anciens buveurs. Ce peut-être au sein d'une association existante, ou, de manière complètement indépendante.

Au cours de l'enquête, nous avons rencontré une association indépendante dans la région parisienne : "Que dois-je faire : il/elle boit." Fonctionnant selon les mêmes principes que les associations d'anciens buveurs, elle accueille toute personne désireuse de s'ouvrir sur les problèmes qu'elle rencontre du fait d'un alcoolique dans son entourage proche.

Au sein de la Croix Bleue, Croix d'Or et Vie Libre, il existe aussi des personnes qui ne sont pas d'anciens buveurs, mais qui, en temps que proche, participent aux activités de l'association, on parle alors de membres solidaires. On y trouve beaucoup d'époux ou d'épouses de buveurs, ils s'engagent au côté de leur conjoint dans une action.

## LA CROIX BLEUE

Cette association loi 1901 est née sous l'influence d'un pasteur suisse en 1877. Elle est créée en France, par Pierre BARBIER en 1883, ancien buveur devenu abstinent. C'est la plus ancienne des associations d'anciens buveurs en France. S'adressant d'abord à un public protestant, elle s'est ouverte de plus en plus au cours des années. Mais elle revendique un rôle dans l'émergence de deux autres grandes associations, "Croix d'Or" et "Vie Libre" qui se seraient construites sur le même principe, les premiers ayant une coloration catholique, les seconds à tendance plus populaire, serait issus des mouvements ouvriers.

L'implantation de cette association reste confinée à des régions marquées par le protestantisme ( le Nord-Est, une partie du Nord, la vallée du Rhône vers le Sud, et des départements du bord sud de l'Atlantique), à l'exception toutefois de la Bretagne. La Croix Bleue existe aussi dans d'autres pays : le Portugal, le Royaume-Uni, la Belgique, les Pays-Bas, L'Allemagne, le Danemark, et même certains pays d'Afrique. Il existe des centres de post-cure Croix Bleue en France et même un camping.

Association reconnue d'utilité publique, elle recense régulièrement ses membres : en 1994, ils étaient environ 2500 en France. Elle distingue ses participants anciens buveurs selon la durée de leur abstinence : les adhérents (abstinents depuis trois mois, mais moins de neuf mois) les membres actifs (abstinents depuis neuf mois au moins, qui s'engagent pour une formation et à aider les autres à s'en sortir). Elle met à part les membres solidaires qui ne boivent pas, parce qu'engagés dans l'action de l'association, mais qui ne sont pas eux même d'anciens buveurs. Enfin, l'association a coutume de comptabiliser l'ensemble des contacts existants : ce sont les personnes qui viennent à l'association, appellent au téléphone et/ou maintiennent un contact quel qu'il soit.

Une fois, le "nouvel ancien-buveur" décidé à participer à l'association et à arrêter de boire, il lui est proposé de se fixer des engagements : ne plus boire sur une durée de vingt-quatre heures, puis progressivement augmenter la durée d'abstinence en restant en contact avec un correspondant de l'association. Cette personne peut être visitée, mais surtout il lui est proposé de participer à des réunions, qui ont lieu régulièrement. Ces réunions sont donc ouvertes, le chant occupe une place importante dans la vie de l'association.

Les personnes parviennent à l'association par différents moyens : sur les conseils du médecin, par le bouche-à-oreille, la presse spécialisée dans la santé grand-public, etc.

## Le mouvement national VIE LIBRE

Cette association loi 1901 est née en 1953. Elle est reconnue d'utilité publique de Jeunesse et d'Éducation Populaire et se définit comme un "mouvement de buveurs guéris, d'abstinents volontaires et de sympathisants". Ce mouvement est né autour de deux figures fondamentales, celle d'un prêtre André TALVAS et d'une ancienne alcoolique Germaine CAMPION, clocharde. Pour Vie Libre, le combat anti-alcoolique est très explicitement un "combat social". Le Père TALVAS qui a fréquenté la JOC a créé l'association dans le contexte historique de lutte sociale des années cinquante.

L'association est structurée au niveau national. En 1993, il était recensé 345 sections localisées dans quatre départements français sur cinq. 47 départements ont au moins deux sections et donc un Comité Départemental. Enfin, il existe 16 Comités Régionaux, mis en place dès que trois Comités départementaux fonctionnent. En 1993, l'association déclarait 19000 adhérents bénévoles. Des sections "Vie Libre" sont implantées également en Belgique et au Luxembourg. Des foyers de post-cure ont été initiés par des personnes issues du mouvement Vie Libre, qui ensuite se sont rendus indépendants vis-à-vis de l'association.

On distingue trois types d'adhérents à l'association : les "buveurs guéris", qui se sont sortis de l'alcoolisme, les "abstinents volontaires" de l'entourage d'anciens buveurs qui choisissent l'abstinence par solidarité avec les malades (ces deux catégories reçoivent une carte rose au bout de six mois d'abstinence, cette carte étant normalement renouvelée chaque année), et enfin les sympathisants non tenus à l'abstinence, mais qui adhèrent à la cause défendue par le mouvement (ces derniers disposent d'une carte verte).

Les réunions de Vie Libre bi ou pluri-mensuelles ne sont que faiblement formalisées, on peut cependant évoquer quelques coutumes : en arrivant chacun embrasse tous les autres; lorsqu'une question est posée, chacun s'exprime à tour de rôle; des récits et discussions s'engagent sur un ou des cas particulier(s); des boissons sobres sont disposées sur les tables. La remise de la carte rose, qui permet à une personne d'entrer dans la grande famille Vie Libre, se fait aussi selon un certain cérémonial.

Le public de l'association est à dominante populaire. Il est composé pour plus des deux tiers de personnes ayant une profession d'ouvrier ou d'employé; beaucoup vivent en couple, le conjoint devenant abstinent volontaire. La notion de couple est centrale dans l'idéologie Vie Libre. Jusqu'en 1990, comme le souligne S. FAISANG, le logo du mouvement représentait un homme et une femme se tendant les bras, l'ensemble formant les deux branches d'un V - comme Vie. La moitié des personnes parviennent à l'association par l'intermédiaire d'un autre membre; un quart arrivent sur les conseils d'un médecin. Les proches et les amis jouent aussi un rôle non négligeable.

## CROIX D'OR

L'association Croix d'Or a été fondée en 1910 par des prêtres. Association confessionnelle à l'origine, elle ne l'est plus depuis 1954. Association reconnue d'utilité publique depuis 1966, elle est implantée dans plus de 70 départements français. L'association est structurée comme une confédération avec un Centre National qui fédère des associations régionales, qui elles même regroupent des associations départementales : la base de la pyramide étant formée par les sections. Ces dernières sont de taille très variable, mais comprennent au moins cinq membres : des responsables, un secrétaire et un trésorier. Pour être un abstinent reconnu, quatre points sont essentiels : vouloir s'en sortir, accepter d'être aidé, aider les autres, avoir peur du premier verre.

## ALCOOLIQUES ANONYMES

L'Association a été créée en 1935 aux Etats-Unis par deux "ivrognes incorrigibles" : Bill W. agent de change de New York et Bob S. chirurgien de l'Ohio. Ils publient en 1939 le livre "Alcoholics Anonymous", qui donnera son nom au mouvement. C'est plus tard, en 1960, que cette association s'est implantée en France, comme dans plus de 130 autres pays. Au début des années 1990, l'association comptait plus de 2 millions de membres dans le monde répartis dans près de 100 000 groupes. En France, on évalue un effectif de 8000 personnes, dans 400 groupes locaux.

A.A. n'a pas de direction véritable. Chaque groupe est libre de travailler selon ses propres habitudes. Cependant, chaque année sont élus un président, un secrétaire et d'autres responsables; si elles ne donnent aucun ordre, ces personnes veillent au bon déroulement des réunions. Il n'existe pas non plus d'établissements labellés "alcooliques anonymes".

L'association n'est pas une organisation religieuse, chaque membre est libre d'avoir des idées personnelles sur le sens de la vie. Cependant le principe de Dieu est évoqué comme pour se substituer à une référence ancienne : l'alcool. Le principe de l'anonymat est au centre du fonctionnement de l'association, les alcooliques anonymes justifient l'anonymat de la manière suivante "C'est le fondement spirituel de nos traditions, nous rappelant toujours de placer les principes au-dessus des personnalités". Un autre point qui est particulièrement mis en avant dans la présentation de l'association est qu'on ne peut jamais guérir de l'alcoolisme, parce que l'alcoolisme est une allergie à l'alcool, une disposition biologique à l'intolérance à l'alcool : "On est et on naît alcoolique". Chaque réunion suit certaines règles dans son déroulement. Au début, le texte fondateur est lu avec l'énonciation de douze points essentiels. Chacun s'exprime à tour de rôle en donnant son prénom, déclarant qu'il est alcoolique et qu'il n'a pas bu depuis x jours ou x heures, avant toute chose. Des boissons sobres sont disposées sur les tables, ainsi que des bougies. Des phrases clés sont affichées un peu partout dans la salle. Ce sont ici les réunions ouvertes qui sont décrites, les réunions fermées étant bien entendu réservées exclusivement aux membres de l'association.

Le public de l'association est très divers, on peut cependant affirmer que les alcooliques anonymes accueillent plus de personnes du haut de l'échelle sociale et on ne peut s'empêcher de penser au cas de membres des A.A. célèbres, parce que travaillant dans le show-business.

## B) LES CENTRES DE CURE OU DE POST-CURE

Ce sont des lieux d'hébergement spécialisés dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Ils accueillent des patients pour effectuer un sevrage ou pour leur assurer un suivi après une cure. La durée de séjour est assez variable. Il existe un peu moins d'une trentaine de centres de cure et de post-cure en France. L'admission dans ces centres se fait sur prescription médicale et les frais sont couverts par l'assurance maladie. Ces centres peuvent être gérés par des associations à but non lucratif, des collectivités publiques ou locales; certains sont à but lucratif.

Dans les centres rencontrés en cours d'enquête, certains dépendent à la base d'un mouvement d'anciens buveurs, les autres non. La prise en charge par les centres de cure n'est souvent pas limitée au temps de séjour dans l'établissement, certains suivis de malades sont assurés, notamment par le biais d'associations regroupant les personnes ayant séjourné à un moment ou l'autre dans le centre.

Bien que peu nombreux, la place de ces centres est le plus généralement bien définie dans le réseau des partenariats. Les mouvements d'anciens buveurs connaissent bien un ou plusieurs centres et n'hésitent pas dans certains cas à intervenir pour favoriser l'accueil d'une personne en difficulté dans l'un ou l'autre lieu.

Certains centres ont un recrutement très local, d'autres reçoivent des malades provenant de l'ensemble du territoire. Il semble exister des habitudes de travail, qui font qu'un médecin alcoologue enverra de manière quasi certaine la plupart de ses patients nécessitant un sevrage dans un centre qu'il connaît plutôt que dans un autre. La proximité jouera donc un moindre rôle dans ces décisions, d'autant plus que la prise en charge en hébergement complet du malade permet une coupure jugée bénéfique par beaucoup et qui sera renforcée si le centre est géographiquement éloigné du domicile de la personne prise en charge.

Il existe une association des directeurs de centre de cure et de post-cure, qui se réunit régulièrement dans les locaux parisiens de l'ANPA. Cette association permet aux responsables de ces centres d'échanger sur leurs expériences respectives et de décider d'éventuelles actions communes. Nous avons eu ainsi l'occasion de rencontrer ses membres à plusieurs reprises au cours de ces réunions, pour les informer de l'avancée de l'enquête, recueillir des avis ou conseils aux différentes étapes du travail. Outre leur accueil toujours chaleureux, ils nous ont fourni une aide très précieuse dont nous tenons à les remercier.

## C) LES CENTRES D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET D'ALCOOLOGIE (C.H.A.A.)

Dans la présentation des "intervenants, structures et prestations" du n°4 de septembre 1993 de la Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique, dont le dossier est consacré aux personnes vivant avec un problème d'alcool, c'est à partir de 1970, que l'État s'implique réellement et soutient la mise en place d'un dispositif spécialisé de prise en charge des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool. Les Centres d'Hygiène Alimentaire naissent à cette période, ils seront remplacés en 1983, par les Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie.

Ce dispositif a pour but de favoriser la mise en place de structures ouvertes à tous et localement implantées, et, de faciliter la collaboration avec les autres structures impliquées à divers titres dans la lutte contre l'alcoolisme. Il s'installe progressivement et en 1983, la circulaire définit les CHAA comme des structures d'accueil, de soins et de prévention où est assuré le suivi ambulatoire de toute personne confrontée à un problème d'alcoolisation.

À l'heure actuelle, il y a peu de départements où n'existe pas au moins un CHAA (moins d'une dizaine). En 1992, une enquête<sup>3</sup> estimait qu'environ 40 % des structures sont des établissements de l'Agence Nationale pour la Prévention de l'Alcoolisme, 25 % des structures étaient gérées par des associations indépendantes et 21 % par des hôpitaux. Les autres relevant directement de la DDASS. Comme le souligne la présentation de la revue du Haut Comité de la Santé Publique, les textes régissant les CHAA sont très souples : "ils offrent un cadre juridique peu contraignant dans la mesure où ils n'imposent pas de créations de structures, ni de critères ou indicateurs d'implantation géographique". Enfin, ce manque de formalisation, l'ensemble du dispositif étant régi par des circulaires, rend fragile le financement, qui de ce fait peut être remis en question chaque année.

Ces statuts inégaux, ces rôles inégaux d'un CHAA à l'autre, nous ont conduit à mener l'enquête sur des départements où l'implantation des CHAA était très diverse. De l'Aude où n'existe pas de CHAA à la Seine-Saint-Denis où ils sont nombreux.

Le rôle des CHAA peut donc être très différent d'un site à l'autre et leur place dans un réseau à dimension départementale peut aussi varier fortement. Dans certains cas, nous verrons que du fait de sa dépendance à l'hôpital, le CHAA devient une annexe de l'établissement hospitalier. Dans d'autres, il constitue d'abord le point de passage obligé des personnes ayant été appréhendées par les services chargés du contrôle d'alcoolémie routière. Ces différences de "recrutement" des malades ont des conséquences évidentes sur le fonctionnement de ces structures.

---

<sup>3</sup> Rapport TEN portant sur l'évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, 1993.



Selon l'enquête déjà citée les structures utilisent l'essentiel de leur temps à l'accueil et au suivi des consultants. Le suivi des consultants se fait généralement au cours d'une prise en charge duelle en face-à-face. Le nombre de consultants par structure est très variable.

L'analyse réalisée par TEN souligne que les CHAA constituent leur partenariat local en fonction de critères tenant à la personnalité des équipes et/ou de leurs dirigeants, mais sans doute aussi en fonction des choix thérapeutiques et/ou des stratégies mises en oeuvre dans le travail de prévention. Un classement des différents partenaires du dispositif de prévention de l'alcoolisme par ordre de fréquentation décroissante place les services hospitaliers généraux, les centres de cure et de post-cure, puis les mouvements d'anciens buveurs comme premiers partenaires des CHAA. Viennent ensuite, dans l'ordre, les médecins de ville, la médecine du travail, et les services psychiatriques. Les derniers du classement sont les commissions de retrait du permis de conduire et les commissions départementales d'action pour la santé.

Il est possible de connaître en partie le public des CHAA à travers une enquête menée par l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA) qui procède annuellement à une interrogation des CHAA dépendant de sa gestion. Ces résultats, bien que partiels, fournissent quelques indications, d'autant plus que d'une année à l'autre, beaucoup de ces résultats varient très peu :

- près de 80 % du public sont des hommes;
- la moyenne d'âge générale est de 39 ans, près d'un quart de cette population à moins de 31 ans et environ 15 % ont plus de 50 ans;
- près de la moitié déclarent vivre en couple et un peu plus des trois-quarts disent avoir des enfants;
- 60 % sont ouvriers ou employés, 10 % sont cadres (moyens ou intermédiaires), on trouve 14 % de personnes sans profession.
- Plus de 50 % des sources de recrutement sont constitués par les services médicaux (généralistes, hospitaliers) et les instances administratives (services préfectoraux et judiciaires).

#### **D) LES COMITÉS DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION DE L'ALCOOLISME (C.D.P.A.)**

Ce sont des partenaires à part entière du réseau de prise en charge des personnes alcooliques, même si ce n'est pas la vocation première de ces comités. Leur mission essentielle est la prévention de l'alcoolisme en direction de tous les publics. Leur histoire est très liée à celle

des CHAA : ils se sont développés à la même époque, ils sont gérés pour leur majorité par l'ANPA (pour 89 % de ces établissements), ils gèrent eux même 37 % des CHAA.

Ils existent normalement dans tous les départements et doivent constituer un maillon central du réseau, même s'ils sont loin d'être un point de passage obligé dans la circulation des malades - 50 % d'entre eux déclarent prendre en charge des consultants selon l'analyse de TEN. Leur création remonte pour l'essentiel aux années allant de 1975 à 1982. Ils emploient en majorité un délégué départemental et une secrétaire ou une profession "sociale". Mais il existe aussi un certain nombre de bénévoles qui ont une activité importante dans la structure.

A la différence des CHAA, ces établissements ont plus de relations avec des partenaires de l'environnement général et notamment avec les dispositifs d'insertion sociale, les établissements scolaires et les organismes de formation et d'insertion des demandeurs d'emploi. L'environnement politique n'est pas absent non plus du partenariat des CDPA. En revanche, ces établissements entretiennent des relations moins étroites que les CHAA avec le dispositif de traitement de l'alcoolisme : les centres de cure et de post-cure sont assez présents dans cet environnement plus spécialisé, ainsi que les mouvements d'anciens buveurs, mais les services hospitaliers généraux sont par exemple plus lointains dans ce classement selon l'intensité des relations.

## **E) LES SERVICES HOSPITALIERS**

A la différence des organismes précédents, ces services ne sont pas toujours aisément identifiables. Leur situation est très variée et les prestations sont très différentes. Divers services peuvent être concernés par la prise en charge des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme : on évoque le plus généralement les services de gastro-entérologie ou de neurologie, quand il n'existe pas d'unité d'alcoologie.

Les situations sont très diverses selon les lieux, il est donc difficile de fournir une description générale de leur fonctionnement et de leur clientèle. Leurs relations dans le dispositif de prise en charge des malades alcooliques sont de qualité et d'intensité très variables. L'effet de la personnalité des chefs de service est généralement très sensible, l'histoire du service peut aussi jouer de tout son poids.

Les attitudes des responsables de ces services ont été très diverses à l'égard de nos enquêteurs. Certains étaient particulièrement heureux de pouvoir s'exprimer sur un sujet qui leur tenait à cœur, dans un environnement qui sans être hostile, ne saisit pas toujours la finalité de traiter des malades qui ont des difficultés à se reconnaître malade, et pour lesquels on considère parfois qu'il n'y a "rien à faire". D'autres ne voyaient pas l'intérêt d'être enquêté, dans la mesure où ils se sentaient peu concernés par le sujet et peu motivés pour répondre aux questions posées.

## F) LES AUTRES INTERVENANTS NON SPÉCIALISÉS

D'autres organismes, institutions ou associations, trouvent leur place dans cet ensemble sans constituer pour autant des intervenants spécialisés dans le domaine : les médecins du secteur libéral, comme les services ou hôpitaux psychiatriques, les services de justice, les services sociaux et la médecine du travail.

L'ensemble de ces partenaires joue un rôle non négligeable dans la prise en charge des personnes. L'alcoolisme, par la diversité des domaines dans lesquels il joue un rôle, la complexité de ses influences, son rôle individuel comme sur le collectif motive l'action de nombreux intervenants.

Sur le schéma représentatif d'un réseau de prise en charge, la plupart de ces intervenants non spécialisés se situent au début du parcours de la personne. Ainsi **les services de la justice et les services sociaux** ont souvent une fonction de repérage des individus.

Certaines commissions de retrait du permis sollicitent fortement les personnes verbalisées pour cause d'alcoolémie excessive, pour qu'elles se rendent au CHAA le plus proche de leur domicile.

De même les services sociaux (travailleurs sociaux et équipements de proximité comme les équipes de RMI, les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle ou les services de la protection sociale) sont parfois les premiers à identifier les difficultés d'une personne. Leur rôle en la matière semble s'étendre puisqu'il n'est pas rare aujourd'hui que ces organismes tentent même d'aider à leur mesure, mais dans un suivi de plus longue haleine, des individus en grande difficulté.

**La médecine du travail** a un rôle assez ingrat sur ce chapitre. Elle doit repérer les individus en difficultés et trouver les moyens de les aider, mais elle est aussi tenue de prévenir l'entreprise ou l'administration de cette situation, sans pour autant la dénoncer. Les médecins du travail sont souvent sollicités pour des informations et des formations sur l'alcoolisme par des acteurs de la prévention, car on considère que le lieu de travail est un endroit privilégié pour prévenir le plus tôt possible d'éventuels problèmes posés par l'alcoolisme. Lors de l'enquête, des regrets ont souvent été exprimés sur la capacité des médecins du travail à assumer une véritable fonction de prévention, de repérage et de suivi.

Le même type de doléances a été recueilli au sujet **des médecins du secteur libéral**, qui ne seraient pas assez sensibilisés au problème de l'alcoolisme. Il leur serait donc difficile de réagir de manière adéquate, lorsqu'un cas se présente. D'une part, il semble que ce soit en raison de leur méconnaissance (il y a peu de temps qu'un module de formation en la matière existe de manière obligatoire dans la formation des praticiens). D'autre part, on les soupçonne

d'ignorer délibérément les problèmes d'alcoolisme de leurs consultants, par crainte de perdre un client - plutôt "intéressant" du fait des nombreuses pathologies qu'il développe en rapport avec son alcoolisme - en abordant ce sujet délicat.

Dans son étude sur le comportement des médecins face à l'alcoolisme Eric DUPONT concluait sur trois points. Premièrement, considérant que le problème de l'alcoolisme dépasse trop largement le cadre médical, il admettait qu'il était difficile pour un médecin de traiter à lui tout seul cette "maladie de la civilisation". Ensuite, il incriminait le manque de disponibilité et d'écoute des praticiens, ainsi que leur manque de formation psychologique et d'intérêt personnel pour ce problème. Enfin, les concepts médicaux introduisent une médicalisation porteuse de nouveaux jugements de valeur qui font obstacle à une relation thérapeutique et à une réflexion sans préjugés. On retrouve ici les effets de la complexité du problème de l'alcoolisme : "maladie" qui ne peut être seulement traitée sur le plan médical, trop stigmatisée dans les mentalités et dont il n'existe pas de traitement simple a priori.

Dans l'enquête, il a été nécessaire d'opérer certains choix tant pour les médecins du travail que pour les médecins de ville. Un souci d'exhaustivité aurait pu nous conduire à créer un échantillon représentatif de ces deux catégories de praticiens sur les zones d'enquête et de procéder auprès d'eux à une interrogation systématique. Ensuite, il aurait fallu adapter le guide d'entretien pour des interlocuteurs qui a priori étaient peu en relations avec les intervenants du réseau de prise en charge.

Il s'est rapidement avéré superflu d'engager une telle démarche dans la mesure où les médecins contactés dans une première procédure au hasard nous ont signifié qu'ils ne voyaient que peu d'intérêt à leur interrogation et qu'en outre ils n'étaient guère disponibles pour y consacrer de leur temps. D'ailleurs parmi ces premières personnes contactées, plusieurs nous ont affirmé d'emblée qu'elles n'avaient pas de malades alcooliques dans leur clientèle.

Au final, un médecin du travail et quelques médecins de ville ont été interviewés par nos enquêteurs dans le cas spécifique où ils nous ont été signalés comme particulièrement actifs dans le réseau. Cela nous a permis d'appréhender les opinions de ces catégories de manière très ponctuelle et à titre de complément. Nous serons donc très prudents dans le traitement de leurs réponses, pour éviter des généralisations trop hâtives. Nos autres interlocuteurs ont en revanche été très diserts sur leur rôle ou leur absence de rôle, et, c'est par ce biais là que nous aborderons le sujet, avec toutes les réserves qui conviennent.

Il y a eu beaucoup moins de problèmes pour rencontrer les services de justice et les services sociaux qui ont été quasi systématiquement interviewés dans les différentes zones d'enquête. Il est vrai que même si ces services n'ont pas de spécialité en alcoolisme, le problème s'inscrit formellement dans leurs préoccupations.

Dans ce dispositif, les services et hôpitaux psychiatriques représentent un cas particulier. Il est difficile de les intégrer dans le réseau de prise en charge des personnes alcooliques. Ce ne

sont pas a proprement dit des intervenants spécialisés, toutefois on sait qu'il leur arrive de traiter des malades alcooliques lorsque ces derniers ont aussi des problèmes d'ordre psychiatrique ou lorsque ne sachant où s'adresser ils sont venus se faire soigner dans ces établissements.

Dans la présentation des "intervenants, structures et prestations" du n°4 de septembre 1993 de la Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique, un paragraphe est particulièrement consacré à la place de la psychiatrie dans le domaine. Y est souligné l'étroitesse du lien entre alcoolisme et psychiatrie : *"La psychiatrie s'intéresse aux affections entraînant une perte de liberté mentale et un débordement habituel du contrôle émotionnel et comportemental. L'alcool peut perturber ou altérer gravement la liberté mantale ainsi que les moyens de contrôle de l'émotion et des comportements."* Il est donc jugé bon de travailler en collaboration avec un médecin psychiatre.

Cependant il n'est souvent pas facile de faire collaborer médecine générale et médecine psychiatrique : différence d'approche, différence de méthode aussi. L'une des meilleures manières de concilier les deux consiste à définir d'emblée une collaboration dans un cadre de travail bien défini : consultations psychiatriques régulières dans un CHAA ou intervention d'un psychiatre dans un centre de cure. Il arrive aussi aujourd'hui que des réunions soient périodiquement organisées entre des services d'alcoologie et des services psychiatriques dans le cadre d'une volonté explicite de coopération. Les relations entre les services psychiatriques et les autres intervenants sont donc loin de présenter un caractère systématique et nécessitent d'être impulsées par une ou plusieurs personnalités.

## L'intérêt du réseau

On ne peut que constater la grande diversité et la réelle hétérogénéité du secteur de soins aux personnes alcooliques, aux frontières du sanitaire et du social. Les dispositifs existants sont le fruit d'une histoire, qui a connu ses moments forts, comme en 1970 ou en 1983, où l'Etat montre son implication par la publication de textes concernant les CHAA. On aboutit ainsi à une structuration du paysage où les organismes se construisent et restent comme des strates.

Tirant les leçons de cette fragmentation du dispositif de prise en charge, le Haut Comité de la Santé Publique, définissant en octobre 1992, les principaux axes d'une politique de la santé, indiquait que *"seul le travail en réseau est utile. Sur une aire géographique et face à une population donnée, le travail en réseau est le seul garant d'efficacité du dispositif"*.

La notion de réseau n'est pas totalement nouvelle dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme. On peut même dire que la grande majorité des structures existantes fonctionne dans le cadre de réseaux : les CHAA et CDPA avec l'ANPA, les directeurs de centres de cure regroupés dans une association, etc. Mais ces réseaux conservent une structure verticale et n'obéissent pas à des lois géographiques très précises.

Face à la richesse d'expériences et de savoir faire en ce domaine et pour que cela ne disparaisse pas, le Dr Didier PLAYOUST réaffirmait en octobre 1993 qu'*"il était temps que se fasse un véritable travail pour aboutir non plus à des dispositifs, mais à un dispositif spécialisé en alcoologie, qui se doit d'être cohérent, efficace, fonctionnant en réseau et comme tout autre soumis à évaluation."*

**Le développement d'un réseau structuré devrait permettre de rendre plus cohérent l'ensemble du dispositif.** A l'heure actuelle, il n'existe pas un circuit de prise en charge à proprement parler, les lieux d'accueil sont multiples. Cette diversité n'est pas nuisible a priori puisqu'elle laisse plus de choix à un individu donné pour trouver le lieu qui lui convient le mieux. Cette hétérogénéité n'est cependant pas très adéquate dans le cadre du traitement d'une dépendance comme l'alcoolisme. Deux principaux problèmes se posent.

D'une part, outre le traitement médical à proprement parler, il y a nécessité d'aider la personne à vivre son abstinence. Aujourd'hui arrêter de boire est l'un des premiers éléments essentiels de solution qui est proposé aux personnes pour s'en sortir, mais c'est aussi le plus difficile à réaliser. Les rechutes sont nombreuses et le suivi d'une personne est par conséquent particulièrement recommandé pour la réussite du traitement. Dans l'état actuel des dispositifs, il n'est pas rare qu'une personne à différents moments et sur des conseils divers, poursuive successivement plusieurs traitements identiques dans des lieux différents, sans qu'aucune

cohérence ne s'en dégage. On peut objecter comme le dit Maurice BAZOT<sup>4</sup> que ce parcours - *"au gré des hasards, des circonstances et des rencontres"* - peut mener finalement à *"un résultat heureux"* du fait *"des expériences cumulées et du temps nécessaire à la maturation de la demande de soins"*. Cependant, on ne peut ignorer les méandres et détours inutiles qui ponctuent ces trajectoires, alors qu'une approche multidisciplinaire à la base permettrait de prendre en compte toutes ces dimensions au départ de la "carrière" du malade.

D'autre part, cette incohérence générale laisse la place à l'établissement de filières de soins, liées à des proximités géographiques ou même professionnelles, qui n'ont qu'un rapport lointain avec une démarche générale de perfectionnement de l'orientation et de traitement du malade.

**L'efficacité des soins prodigués en serait grandement améliorée.** Le manque d'information des uns ou des autres conduit parfois à des dysfonctionnements, alors qu'une réelle pratique en réseau pourrait permettre à chacun de jouer le rôle pour lequel il est formé et reconnu, et, orienter vers une autre structure s'il le juge nécessaire. On ne peut contester le gain d'efficacité fonctionnelle qui en résulterait, mais aussi le gain économique.

La mise en forme de ces structures stratifiées pour l'obtention d'un véritable réseau ne peut se faire que sur la base :

- 1) d'une reconnaissance et d'une description de l'ensemble des intervenants dans le domaine et de leurs rôles;
- 2) d'un schéma synthétique des relations mutuelles existant entre les différents éléments du réseau;
- 3) d'une concertation de l'ensemble des partenaires au sujet de ce schéma structurel ;
- 4) d'une volonté politique et explicite de rationaliser ce dispositif de la part de l'ensemble des intervenants.

Ainsi, la notion de réseau devient un élément-clé d'une pratique de santé publique. Cela est d'ailleurs affirmé dans d'autres domaines que celui de l'alcoolisme<sup>5</sup>. Or ce concept ne vient pas de la santé publique, il renvoie, dans le champ des paradigmes sociologiques à une conception structurale des systèmes sociaux qui combine le principe de différenciation des

---

<sup>4</sup> Maurice BAZOT, Ampleur des besoins et complémentarité des intervenants, Actualité et dossier en santé publique, n°4, sept. 1993.

<sup>5</sup>Voir sur ce thème le n° spécial de la revue Santé-social, Echanges de septembre 1995 sur le thème : Plan santé-ville. Réseaux de santé de proximité, actions, évaluations, perspectives.

positions et les modalités relationnelles existant entre ces positions. Il emprunte à la fois à la perspective "structuraliste" (existence d'un moule qui influe sur la structuration des rapports sociaux) et à la sociologie de l'école de Bourdieu (existence de divers champs dans lesquels fonctionne le jeu des positions sociales).

Parallèlement à l'usage qu'a pu faire de ce concept la sociologie, le réseau est une formalisation mathématique développée à partir de la théorie des graphes. C'est la rencontre entre une perspective classique pour les sciences sociales (les réseaux de parenté, de sociabilité, les systèmes de relation institutionnels) et un développement mathématique relativement récent qui conduit à l'intérêt actuel pour une forme d'analyse plus formalisée, parée surtout de l'avantage quantitativiste. En ouvrant des perspectives séduisantes par la puissance potentielle de la combinatoire mathématique, l'application de l'analyse de réseau à la sociologie du lien social pose de sérieuses questions quant au modèle interprétatif que l'on peut associer à une analyse logique des systèmes relationnels. On retrouve là une question analogue à celle que pose l'usage en sociologie du paradigme de la trajectoire<sup>6</sup>.

De l'analogie de la structure des graphes et des propriétés logiques que l'on en déduit, il peut être hasardeux d'assurer qu'elles produisent du sens sociologiquement parlant. Pour un grand nombre de configurations des liens sociaux, le postulat du principe réticulaire<sup>7</sup>, c'est-à-dire l'idée qu'un système de positions fonctionne comme un espace polarisé dans lesquels s'organisent les flux relationnels, est une analogie aisément justifiable : dans ce cas, on peut voir dans l'analyse de réseau un outil de modélisation permettant d'atteindre un degré de complexité plus élevé notamment que l'étude statique des positionnements (au sens des analyses typologiques devenues classiques avec l'analyse de données). Pourtant si rien n'assure au préalable la validité sociologique d'un "fonctionnement en réseau", l'application de l'analyse de réseau ne fera que plaquer une grille logique dont les propriétés déductives ont toutes les chances de fonctionner à vide.

L'analyse de réseau se veut une méthode d'observation et un modèle d'analyse de la réalité sociale. A travers l'étude des flux de toutes natures (information, influence, échange..) entre un ensemble de partenaires, elle a pour vocation de construire ou de formaliser des configurations d'échanges sociaux. Pour ce faire, elle procède à une observation systématique d'un ou de plusieurs types de relations dans un champ de l'espace social, au sein d'une institution ou d'un groupe déterminé.

Pour appliquer cette méthode d'investigation, nous sommes partis du constat de l'existence avérée d'un tissu de professionnels positionnés dans plusieurs champs (médical, social, associatif, de voisinage) qui, implicitement, entretiennent, ou sont conduits à établir, des relations d'échange : "circulation" des malades, institutionnalisation des rôles de chaque type

---

<sup>6</sup> B.Maresca, D.Bauer, "Lignes de vie : méthodologie de recueil et de traitement des données biographiques " CRÉDOC 1993

<sup>7</sup> Les anglo-saxons notamment accordent au concept de network une grande importance



d'intervenants, partage d'une culture professionnelle. Quand bien même le fonctionnement observé des intervenants ne répond ni à la pure transparence, ni à la généralisation des interactions que véhicule l'idée de réseau, on peut admettre que cette dernière est très présente dans le fonctionnement de ce système professionnel : il s'agit d'ailleurs autant d'un idéal recherché par les acteurs eux-mêmes pour affirmer leur rôle, qu'un objectif des instances organisationnelles poursuivant l'institutionnalisation du tissu des opérateurs.

Cette analyse de réseau ne repose pas sur une approche très formalisée, telle que la préconisent les approches fondées sur la quantification et l'application des algorithmes de la théorie des graphes. Elle se veut néanmoins une approche qualitative empruntant à l'analyse de réseau la plus formalisée des outils et des concepts permettant de décrire un système relationnel et des positions d'acteurs fonctionnant "en réseau". Il s'agit en particulier d'éprouver la puissance d'un appareil conceptuel appliqué à une étude de cas qui se présente selon les apparences d'un réseau professionnel classique.

Cette observation nécessite une construction et un découpage de la réalité. Pour engager l'examen des relations d'un ensemble d'individus, il faut délimiter une collection d'acteurs (qui constitueront, selon la terminologie de l'analyse de réseau, les "sommets" du réseau) et un champ de relations qu'il va clore selon des critères qu'il lui appartient de justifier. Par construction, ce champ est abstrait d'un système de relations beaucoup plus large, et c'est cette "fraction" de l'espace des liens sociaux qui est soumise à l'analyse. L'analyste ne doit pas oublier, en chemin, que le système qu'il a ainsi découpé reste plongé dans la complexité qui naît de l'interaction des divers champs dans lesquels les individus nouent des relations.

Les notions de structures (ou d'entité) sociales et de localité (l'espace concret d'observation) sont donc ici primordiales. Comme le souligne Alain Degenne: "Dans l'observation sociologique localisée, l'individu n'est pas seulement décrit par ses caractéristiques, son appartenance de classe, même son histoire personnelle, il est aussi inséré dans le contexte local. Inséré, c'est-à-dire influencé et actif, adoptant une conduite qui tient compte de ce contexte et qui intervient aussi sur lui et le transforme"<sup>8</sup>. La problématique du local est l'une des dimensions de l'analyse de réseaux, dans la mesure où le concept de structure réticulaire implique l'existence de multiples réseaux en interconnexion, chacun pouvant être a priori intégré dans un réseau plus large.

Dans cette perspective, selon Degenne, relations et interactions deviennent les objets d'études primordiaux que l'on tente d'appréhender à travers différents éléments : les modalités, les lieux et les effets de leur fonctionnement. Le réseau pris comme mode d'observation fonctionnant par découpage du champ social, à différentes échelles d'espace et de complexité, doit permettre de décrire le système d'interaction des différents acteurs que le sociologue choisit de confronter : par exemple l'architecture des flux de communication ou encore la hiérarchie des liens.

---

<sup>8</sup> Alain Degenne, Un langage pour l'étude des réseaux sociaux, Editions du CNRS, Paris 1986.

Traditionnellement, la sociologie consiste à étudier "la structure sociale" en postulant que les individus ayant des attributs similaires se comportent de la même façon en se conformant aux mêmes normes. L'analyse de réseaux, quant à elle, s'intéresse à la structure des relations qui lient les membres des systèmes sociaux. Il faut pour cela procéder au recensement des différentes formes de liens et à la manière dont ceux-ci rendent les membres d'un groupe dépendants les uns des autres. De cette manière, on renverse l'approche sociologique traditionnelle en ne classifiant pas les acteurs ou les catégories sociales, mais en étudiant un ensemble de relations. L'analyse consiste alors en une "interprétation des éléments d'un système par la nature des relations entre les parties"<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Barry Wellmann & R.J. Richardson, "Analyse des réseaux sociaux. Principes, développements, productions. Intervention au Séminaire du CESOL, Paris, 5 et 6 février 1987

## Modalités des choix géographiques

Il ne paraissait guère concevable, tant pour des raisons de coût que de par la pertinence de la démarche de procéder à cette investigation sur les dispositifs de prise en charge des malades alcooliques, en étudiant l'ensemble du système au niveau national. Il a donc été proposé d'effectuer une observation sur un certain nombre de sites, qui doivent permettre de prendre la mesure de la diversité des réseaux et des modes de prises en charge. Sept départements sont ainsi choisis.

Pour procéder à cette sélection, deux démarches ont été réalisées. D'une part, un recueil d'indicateurs statistiques susceptibles de permettre une cartographie du phénomène de l'alcoolisme en France a été effectué; d'autre part, une collecte des diverses informations relatives aux structures de prises en charge - ou de suivi - des personnes alcooliques, existantes dans chacun des départements a été réalisée. La synthèse de ces informations a été ensuite proposée à plusieurs acteurs nationaux des dispositifs et leurs avis sollicités.

### 1 - LES CRITÈRES DE CHOIX

La première phase de recueil statistique a permis de constituer **un état des lieux des informations départementalisées disponibles**. Cette recherche visait tout autant à recueillir des données concernant la consommation, la production et la distribution d'alcool, que d'autres concernant la morbidité et la mortalité liées à l'alcool. Il s'est avéré qu'il existait assez peu de données départementales très détaillées vis-à-vis de l'alcoolisme, hormis les données de mortalité pour différentes causes alcooliques. En outre, le taux de surmortalité masculine à certains âges peut aussi être utilisé de manière efficace quand il s'agit d'appréhender des différences géographiques de niveaux d'alcoolisation.

Les données de production et de distribution paraissent assez peu valides pour refléter des situations départementales en matière d'alcoolisme, et celles concernant la consommation sont quasi-inexistantes à un niveau aussi fin. Les données de consommation d'alcool recueillies dans le cadre de cette recherche étaient essentiellement issues de l'enquête INSEE, sur la consommation alimentaire des Français. Cette enquête réalisée sur une base de représentativité nationale, ne peut plus être aussi fiable à un niveau géographique d'échelle plus réduite sur des éléments concernant seulement une partie de la population.

Au niveau régional, quelques informations sur la consommation sont à notre disposition, dans la mesure surtout où les résultats d'enquêtes nationales répondant à des critères de représentativité peuvent être utilisés. On peut aussi repérer des boissons alcoolisées plus ou moins privilégiées selon les zones observées : la consommation de bière est beaucoup plus importante dans le Nord que dans les autres régions, le cidre est préféré dans tout le quart ouest du pays, etc. La production viticole donne également lieu à de forts contrastes géographiques. Le principal inconvénient d'une cartographie régionale réside dans le manque d'homogénéité caractérisant différents départements d'une même région, comme les départements de la Bourgogne ou de la région Centre.

**Il paraît alors préférable de rassembler les informations au niveau départemental**, même si les indicateurs de mortalité ne sont pas révélateurs de tous les problèmes d'alcoolisme, ils constituent la référence la plus fiable sur laquelle on puisse s'appuyer. Ces informations ont permis d'élaborer **une carte synthétique** où l'on représente en plus foncé les départements où les différents critères font apparaître une situation plus critique que dans l'ensemble, et en plus clair ceux pour lesquels la situation paraît moins difficile. On retrouve l'opposition entre le Nord et le Sud de la France.

Le premier repérage étant effectué, il reste insuffisant pour déterminer le choix des départements. Il convient de tenir compte du caractère plus ou moins rural ou urbain des départements, ce qui doit contribuer à déterminer, en partie la logique du fonctionnement en réseau. Ensuite, les éléments descriptifs des structures existantes doivent aussi être intégrés comme variable à part entière.

Nous avons ainsi élaboré quatre tableaux, correspondant chacun aux quatre classes de niveau d'alcoolisme que nous avons créées. Dans chacun de ces tableaux, chaque département est repéré en ligne par le nombre de CHAA y existant, selon l'annuaire édité par le Haut Comité de la Santé Publique et en colonne par son caractère plus ou moins urbain.

Le choix final peut donc être guidé par l'ensemble de ces données, même s'il n'est pas seulement issu de ces informations, puisque des avis ont parallèlement été recueillis auprès de divers intervenants :

- Mme NART, MM. MEYER et MESSINGER de la Direction Générale de la Santé,
- MM. les directeurs de foyers de cure et de post-cure au cours de leur réunion habituelle dans les locaux de l'ANPA,
- M. CRAPLET, responsable de l'ANPA,
- M. RUEFF à l'hôpital Beaujon à Clichy,
- Mr GARROS, directeur de l'ORS d'Aquitaine à l'ORS d'Ile-de-France.

## LES INFORMATIONS DÉPARTEMENTALISÉES

Indices	Source	Date
Indice comparatif de mortalité par alcoolisme et cirrhose du foie pour les hommes	CID (SESI)	1988-1990
Indice comparatif de mortalité par alcoolisme et cirrhose du foie pour les femmes	CID (SESI)	1988-1990
Indice comparatif de mortalité par cancers VADS pour les hommes	CID (SESI)	1988-1990
Indice comparatif de mortalité par cancers VADS pour les femmes	CID (SESI)	1988-1990
Le taux de la surmortalité masculine entre 40 et 59 ans	INSEE	1990

## 2) LE CHOIX DES DÉPARTEMENTS

Quatre groupes de départements ont été distingués sur la base des critères énoncés ci-dessus.

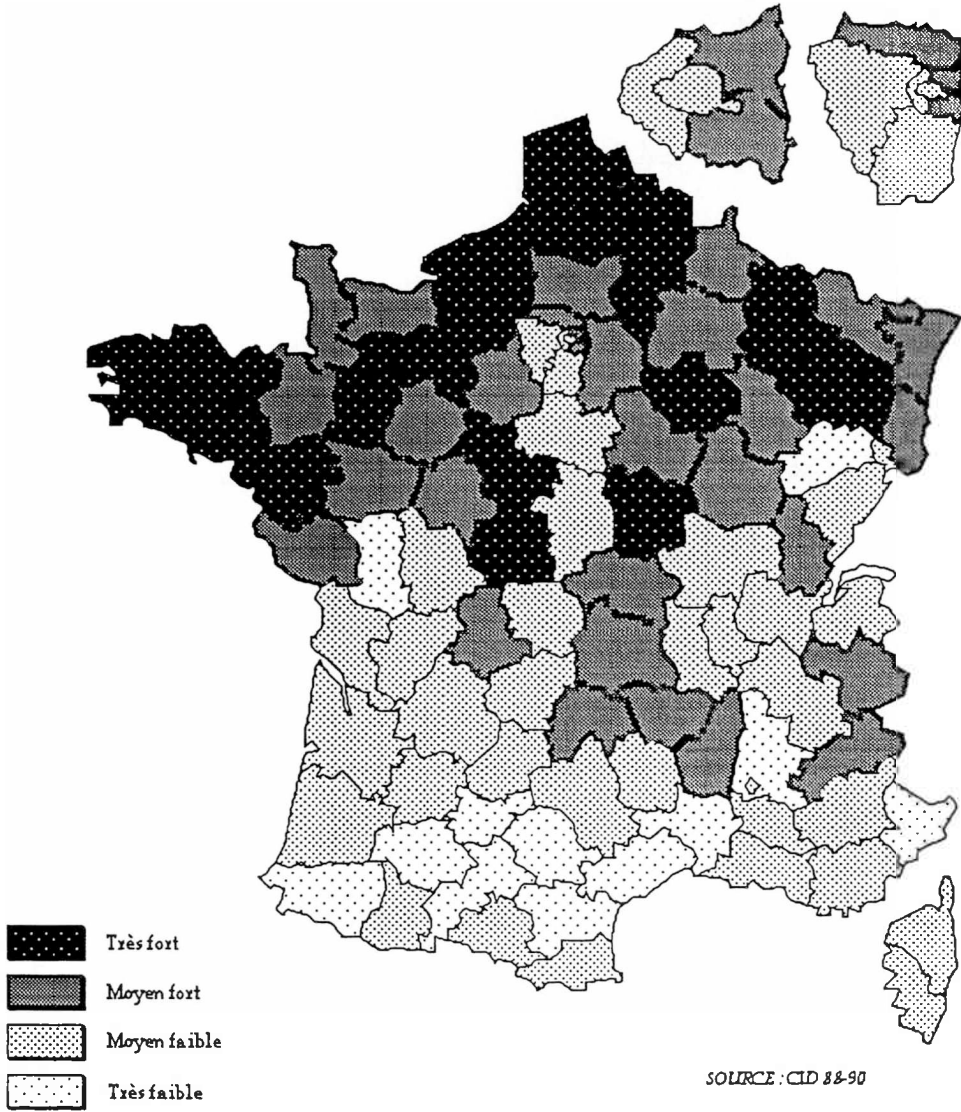
En premier lieu, on peut distinguer les lieux d'une forte alcoolisation. La géographie "classique" de l'alcoolisation en France met en évidence plusieurs régions particulièrement défavorisées et qui ne peuvent rester à l'écart du champ de cette enquête. Les départements des régions Bretagne et Nord-Pas-de-Calais en sont l'illustration parfaite. L'Alsace et la Lorraine l'illustrent de manière moins nette. Pour ces deux dernières régions, les indicateurs n'atteignent pas toujours un niveau aussi massif.

Considérant comme particulièrement nécessaire d'enquêter dans au moins un département de chacune des deux régions toujours stigmatisées, nous avons retenu le Morbihan et le Nord. Ces deux départements s'opposent dans la mesure où le Morbihan est très rural, le Nord est un département à forte dominante urbaine.

A la suite des discussions avec les directeurs de foyers de postcure et les responsables rencontrés à la Direction de la Santé, le Bas-Rhin a particulièrement retenu notre attention, il s'agit d'un département très "impliqué dans la lutte" contre l'alcoolisme, où le taux de mortalité masculine par alcoolisme a le plus fortement baissé au cours de ces dernières années. Il faut en outre rappeler que c'est un département producteur de vin, où l'économie viticole est importante, et qui est à la fois consommateur de vin et de bière. Sa situation géographique, à la frontière de l'Allemagne, est aussi à prendre en compte.

Carte n°1

**LES DEPARTEMENTS FRANCAIS  
SELON LA VALEUR DE L'INDICE DE SYNTHESE SUR LA BASE  
DE CINQ ELEMENTS SUR LA MORTALITE**



En second lieu, il paraissait opportun de choisir **un département en Ile de France**, pour saisir les effets spécifiques exercés par la proximité de la capitale, tant au niveau des types d'alcoolisme induits, qu'à celui du mode de réponse des structures de prise en charge des alcooliques dans une zone de forte densité démographique.

La Seine-Saint-Denis a été choisie. La plupart des problèmes sociaux s'y cristallise, c'est d'ailleurs un département où l'ensemble des intervenants sociaux, médicaux, etc. est habitué à répondre à des demandes d'enquêtes multiples.

En troisième lieu, il existe plusieurs départements qui semblent peu touchés par l'alcoolisme et dans lesquels, il n'existe pas de CHAA. On pourrait résumer en disant que ces départements n'ont que peu à voir avec l'alcoolisme, il doit cependant y exister un certain nombre d'individus qui présentent des problèmes d'alcoolisme. Que se passe-t-il alors pour eux ? S'adressent-ils à des intervenants extérieurs aux départements, ou, se trouvent-ils pris en charge au niveau local ? Ces intervenants ponctuels se sentent-ils plutôt isolés ou suffisamment armés face à un problème plus rare, et peut-être plus stigmatisant ? L'Aude a été choisie pour représenter ce sous-groupe de départements.

En dernier lieu, il reste **quelques départements, que rien ne semble distinguer** et qui présentent peut-être un profil plus anodin. Pour veiller à un équilibre urbain/rural et structures importantes/structures absentes, ces départements se situent dans les parties centrales des quatre tableaux élaborés pour ce choix; c'est-à-dire qu'on y trouve un, deux ou trois CHAA, et qu'ils ne sont ni très ruraux, ni très urbains. La Drôme, et le Cher appartiennent à ce groupe.

#### LES DÉPARTEMENTS CHOISIS SELON LE NIVEAU DE L'INDICATEUR ET LE CARACTÈRE RURAL/URBAIN

Indicateur	Très rural	Rural	Intermédiaire	Urbain	Très urbain
Fort	Morbihan				Nord
Moyen fort				Bas-Rhin	Seine-Saint-Denis
Moyen faible		Cher			
Faible		Aude	Drôme		

## Trois recueils pour un même but

Le but de cet étude était multiple, puisqu'il s'agissait de cerner un dispositif tant dans sa construction que dans son fonctionnement. Plusieurs sources coexistent. Nous avons choisi de recueillir les informations auprès des intervenants des réseaux départementaux - formalisés ou non - qui agissent actuellement, mais aussi en interrogeant les personnes transitant par ces structures.

### 1 - RECENSEMENT ET POINTS DE VUE DES SOIGNANTS

Dans chaque département retenu pour l'enquête, il a d'abord été procédé à un recensement des structures et services concernés par la prise en charge des personnes en situation de dépendance à l'égard de l'alcool.

Il existe un annuaire publié par le Haut Comité de la Santé Publique : "Adresses utiles : prévention, traitement, réinsertion" que nous avons consulté dans sa version éditée en 1993 pour repérer les intervenants spécialisés. C'est à partir des informations fournies dans cet annuaire, qu'une première base de données a été élaborée.

Cette base a ensuite été confrontée à des données recueillies par d'autres moyens. L'ANPA a d'abord été sollicitée pour des structures dont elle a le contrôle dans les différents départements d'enquête. Des entretiens préliminaires ont ensuite été réalisés dans les associations d'anciens buveurs structurées nationalement, pour qu'elles complètent les informations à notre disposition concernant leurs sections locales. Un primo-repérage des services hospitaliers pouvant accueillir des personnes alcooliques a été effectué dans le cadre de l'annuaire POLITI des établissements hospitaliers publics de France (édition 1993). Enfin, nous avons eu recours aux annuaires administratifs pour identifier les personnes responsables dans les services sociaux et les services de la justice.

Tout ce travail de mise à jour s'est effectué au fur et à mesure de l'enquête. Il était cependant insuffisant pour cerner précisément le public des intervenants. D'une part, dans un certain nombre de cas, la personne indiquée n'était pas toujours la personne pertinente pour répondre à notre enquête. D'autre part, il existait des intervenants qui n'étaient a priori répertoriés dans aucune des sources à notre disposition, mais qui sur le terrain jouaient un rôle non négligeable.

Chaque nouvel intervenant contacté était donc interrogé au moment de la prise de rendez-vous à propos de ses propres partenaires locaux. Dans le cas du département de l'Aude, où



n'existait pas de CHAA et où peu d'intervenants étaient officiellement recensés, cette deuxième partie de la recherche était essentielle. Nous avons pu bénéficier aussi de l'expérience des enquêteurs recrutés par le service des enquêtes du CRÉDOC dans le secteur social et dans la région d'étude. Ces enquêteurs avaient de l'aide de leurs propres réseaux - ou réseaux personnels - qui leur permettaient de trouver et de rentrer rapidement en contact avec les intervenants plus officieux dans la lutte contre l'alcoolisme.

Dans chaque départements entre 15 et 35 entretiens ont été réalisés auprès des responsables ou acteurs significatifs de terrain des services concernés : chefs de services hospitaliers, animateurs d'associations, directeurs de centres de cure ou de post-cure, responsables de CHAA ou de CDPA, cadres des services d'action sociale et médico-sociale, médecins de ville, etc.

Le guide d'entretien était divisé en six parties :

I - Le rapport avec les malades : temps consacré, descriptif des soins ou de l'aide apportée, exemple-type de rencontre, modalités des contacts, travail individuel ou collectif, mode d'arrivée des personnes rencontrées.

II - Une description de l'activité de la structure d'appartenance : fonctions principales, histoire, inscription de la structure dans le parcours de l'intervenant.

III - Les activités de prévention, d'information, la participation à des réunions, colloques de l'intervenant.

IV - Les partenaires d'un réseau éventuel - pour chaque type de partenaires possibles : intensité et teneurs des relations, origine de la mise en place de ces relations et jugement sur leurs apports.

V - Les qualités du ou des réseau(x) : intérêt, nécessité dans le domaine, existence de personnes ou de structures centrales, schéma simplifié de la structure des relations, améliorations éventuelles à apporter, relations avec des dispositifs de lutte contre d'autres dépendances.

VI - En vue d'une définition : définitions propres de l'alcoolisme, d'un alcoolique guéri, les méthodes pour "guérir", entre suivi et intervention, sentiment d'appartenance à un réseau de prise en charge, définition commune à des participants de ce réseau éventuel.

Le guide était complété par une question personnelle, sur les circonstances ou les raisons de l'intérêt de la personne pour l'alcoolisme et quelques questions sur l'âge, le sexe et le type de formation de la personne.

Près de 170 entretiens ont été réalisés. Ils ont duré entre une et trois heures et se déroulaient le plus généralement sur le lieu de travail dans le cas de professionnels, à leur domicile ou sur les lieux de réunion pour les bénévoles ou membres d'associations. L'accueil était le plus souvent favorable, parfois même enthousiaste. Il s'est fréquemment conclu par une demande de la part de l'intervenant d'un compte-rendu de l'étude finale.

## **2 - LA PRATIQUE DE RÉSEAUX À PARTIR DU RECUEIL DE DONNÉES SUR UN ÉCHANTILLON DE PERSONNES PRISES EN CHARGE OU EN CONTACT**

Afin de compléter cette première approche essentiellement consacrée à la pratique des réseaux du point de vue des acteurs, un deuxième recueil de données visant à objectiver les circulations de patients à l'intérieur du réseau a été mis en place.

Pour cela, à la fin de chaque entretien réalisé dans la phase précédente, a été remise à chaque personne volontairement participante, une grille de recueil d'information à remplir à l'occasion de chaque entrée ou "sortie" de patient dans sa structure. Cette grille, parfaitement anonyme et rendue la plus simple possible permet d'identifier pour chaque consultant (ou malade) :

- ses caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, situation familiale, nombre d'enfants à charge, mode d'habitat, situation de la personne par rapport au travail, dernière profession exercée, diplôme le plus élevé;
- les raisons de son arrivée dans la structure : difficultés à l'origine de sa démarche;
- son parcours sanitaire antérieur : âge du début de consultation pour un problème d'alcool, autres intervenants déjà rencontrés, modalités de son orientation sur cette structure, dernier intermédiaire rencontré;
- son avenir proche : parcours, traitement et/ou aide proposés dans le cas d'un arrivant - raisons justifiant de l'orientation ou de la fin de la prise en charge dans le cas d'un partant et lieu d'orientation éventuel.

Ce mode de recueil d'informations n'a pas donné ici de résultats très probants. En effet, bien que peu exigeant dans son principe, il nécessite de la part de l'intervenant un travail suivi et une attention soutenue dans le temps. Le taux de retour des fiches remplies (une enveloppe de retour affranchie leur étant fournie pour le renvoi) s'avère très faible, de l'ordre de 30 %, malgré les relances systématiquement effectuées par téléphone.

### 3 - LE POINT DE VUE DES MALADES OU ANCIENS MALADES

L'objectif de cette troisième phase est d'abord de **recueillir le point de vue des patients sur les structures dans lesquelles ils sont pris en charge**. Mais il s'agit aussi de vérifier les compatibilités entre l'offre présentée par le ou les réseaux départementaux et la demande des personnes.

Il n'est pas toujours aisé de reconnaître l'alcoolique dans l'environnement courant. En outre, lui même a souvent des difficultés à admettre sa dépendance à l'alcool, le déni qu'il affiche de ses troubles constitue d'ailleurs un obstacle dans le cadre du traitement de son mal. Il n'est donc guère possible de travailler sur une population de malades alcooliques recrutée dans le tout venant. Ensuite, notre but est d'analyser le réseau. Par conséquent, les personnes alcooliques que nous avons rencontrées avaient déjà réalisé une première démarche pour se faire soigner en rapport avec leur alcoolisme. **Nous les avons donc rencontrées sur les lieux de prise en charge** où nous avons déjà contacté des intervenants et avec l'accord de ces derniers.

L'ANPA nous a communiqué les résultats de son enquête annuelle auprès des établissements sous sa tutelle et les sièges parisiens des associations nous ont donné les indications dont ils disposaient sur les populations fréquentant leurs sections locales. Mais comme il n'existe pas de statistiques officielles récentes et précises, il n'était pas aisé d'établir des critères de représentativité. Des quotas généraux ont été construits, afin de veiller à une certaine diversité et d'éviter des déséquilibres trop flagrants.

Ainsi dans l'ensemble de la population des malades rencontrés : un tiers a été rencontré sur les lieux de consultation (CHAA, consultations hospitalières, etc), un tiers a été rencontré dans des lieux d'hébergement (centres de cure, services hospitaliers, etc), un dernier tiers a été contacté dans les associations d'anciens buveurs. Il a été convenu que les femmes constitueraient environ un tiers de l'échantillon total, les hommes formant les deux autres tiers. Enfin trois classes d'âge ont été distingués : les "moins de 30 ans" formant 15 % de l'échantillon, les "30-49 ans" représentant 65 % et les "50 ans et plus" constituant les 20 % restant.

**Le protocole de prise de contact** s'est effectué de la manière suivante : une fois obtenu l'accord de l'intervenant dans la structure, un rendez-vous était fixé sur le terrain. Dans certains cas, les entretiens commençaient dès cette première visite; dans d'autres cas, une mise au point était nécessaire pour que l'enquête puisse commencer. Ce déroulement idéal était cependant souvent remis en cause. Plusieurs problèmes se sont posés.

Premièrement, l'intervenant rencontré n'était pas la personne pertinente pour l'organisation et la prise des contacts avec les malades. Si l'accueil était le plus généralement favorable, un autre temps de présentation de l'enquête à de nouveaux intermédiaires était

nécessaire. Un souci de protection - bien compréhensible au regard de la vulnérabilité des personnes prises en charge - rendait ces intermédiaires un peu méfiants à l'égard de l'enquête. Cela se réglait le plus souvent lors de la prise de connaissance du questionnaire, qui s'avérait a priori assez discret et peu inquiétant.

Deuxièmement, les personnes prises en charge refusaient de participer à l'enquête, par méfiance à l'égard d'une procédure trop normalisante ou d'une interrogation qui pourrait susciter des questions trop personnelles ou douloureuses.

Troisièmement, l'organisation matérielle des rencontres posait quelques difficultés : le temps nécessaire à l'interrogation s'insérait mal dans les emplois du temps, il était difficile de trouver le lieu adéquat pour faire passer le questionnaire, etc. En outre, dans le cas des associations où l'anonymat est de règle, la prise de rendez-vous était parfois longue, les personnes a priori d'accord pour être enquêtées changeaient d'avis entre temps, etc.

Les temps d'enquête ont été largement plus longs que prévus, nécessitant parfois de la part de l'enquêteur de multiples démarches.

**L'interrogation des malades combinait deux objectifs.** D'une part, il s'agissait de recueillir la trajectoire antérieure de la personne dans le dispositif de prise en charge. D'autre part, pour analyser cette trajectoire, il convenait de recueillir parallèlement des éléments descriptifs de sa situation sociale, familiale et professionnelle. En dernier lieu, nous souhaitions disposer d'éléments des opinions sur l'alcoolisme de cette population.

**Le questionnaire se développait en quatre parties principales :**

I - Situation de la personne : son niveau de formation et ses diplômes - sa vie professionnelle et ses ressources - sa situation familiale et son logement - ses loisirs;

II - Histoire de la personne au sein du dispositif de prise en charge : Âge du début de "parcours" dans le dispositif - événement fondateur de la première démarche - et répertoire de tous les contacts - déroulement des différents contacts établis et pour chacun : qualité de l'interlocuteur et dates des contacts;

III - Pour chaque interlocuteur : identification - modalités de la prise de contact - apports du contact - description des effets - éléments familiaux et professionnels ayant ponctué la durée du contact - raisons de la fin du contact;

IV - En vue d'une définition : repérage du contact le plus fructueux et commentaire - éléments de jugement pour une prise en charge efficace - modalités d'une intervention efficace - lieu de prise en charge que la personne conseillerait à une autre dans le même cas - définition d'un alcoolique "guéri" - les méthodes pour "guérir" - définition de l'alcoolisme.

Enfin l'enquêteur devait à la fin de l'interrogation compléter une grille de renseignements concernant le contexte de l'entretien, l'intérêt de la personne pour l'enquête, son degré de compréhension des questions, le climat global de l'entretien. La durée, la date de réalisation et le lieu de provenance de l'individu ont aussi été relevés.

Environ 620 interrogations ont été menées. Elles ont duré entre 40 minutes et trois heures, cela variait beaucoup selon que le parcours avait été plus ou moins long et surtout selon le nombre d'étapes et d'intervenants rencontrés au cours de cette "carrière" dans le dispositif de prise en charge. Le climat de l'entretien était plutôt de bonne qualité. Mais il est arrivé que des questions rappellent des souvenirs douloureux et suscitent parfois une émotion difficile à contenir.

Au terme de ce parcours dans les réseaux départementaux de prise en charge des personnes dépendantes de l'alcool, plusieurs confirmations des intuitions de départ apparaissent. Mais comme bien souvent, l'épreuve du terrain conduit à produire des nuances et à mettre l'accent sur ce qui pouvait être pensé a priori comme des zones d'ombre.

Ainsi, les acteurs locaux de l'alcoolisme, quelque soit leur rôle dans le dispositif confirment bien l'idée d'une importance du travail en réseau. Il est rare cependant qu'ils y voient l'impérieuse nécessité sans laquelle rien ne se ferait. On pourrait dire même qu'ils attachent d'autant plus d'importance à cette pratique qu'eux mêmes sont, presque tous, des animateurs de micro- réseaux. Quelques personnes, quelques contacts, quelques échanges, suffisent le plus souvent à créer un réseau personnel. Si le travail en réseau est une réalité, l'intégration des membres du réseau dans un système de communication et d'échanges territorialisés d'une certaine ampleur reste à construire.

L'existence d'une réelle intégration fonctionnelle des membres du réseau se fait souvent plus dans des réseaux verticaux associant des structures nationales, départementales et locales que par des regroupements territoriaux et des échanges entre de nombreuses structures travaillant sur une même aire géographique. Ceci peut poser un problème à des structures plus anciennes dont on sent, au delà des dénégations plus ou moins fortes, de leurs membres qu'elles peinent à trouver leur place dans les recompositions en cours. Ceci concerne, par exemple, le mouvement associatif dont la densité et l'importance ne doivent pas cacher une certaine difficulté de renouvellement. A l'inverse, des structures comme les CHAA semblent avoir trouvé une place appréciée dans les différents départements, mais n'est-ce pas parce qu'ils reproduisent un type de structure plutôt valorisé dans l'univers de la santé. Paradoxalement, leur place très centrale dans les pratiques de réseau ne risque-t-elle pas de les conduire à ne plus faire vivre certains réseaux ?

Enfin, cette enquête vérifie assez bien, la compatibilité entre le fonctionnement du réseau et les demandes des patients. Mais cette compatibilité se fait a minima. Les patients utilisent plusieurs structures : associations, médecins de villes, services hospitaliers, centres spécialisés,

foyer de cure ou de postcure. Cet usage n'est pas celui d'une filière qu'il leur faudrait parcourir de bout en bout mais plutôt celui d'un ensemble de services auxquels ils peuvent recourir en fonction des problèmes rencontrés. A des réseaux très disséminés et relativement éclatés, correspondent des usages peu formalisés et peu hiérarchisés par les patients. Si cette approche convient sans doute assez bien aux personnes en situation de dépendance, il n'est pas certain qu'elle permette d'articuler le réseau de prise en charge de ces patients et l'ensemble des institutions plus périphériques qui peuvent avoir à connaître des problèmes d'alcoolisme. Le manque d'une véritable animation de réseau se fait sentir de ce point de vue.

La première partie de ce rapport adopte le point de vue des consultants et décrit leurs trajectoires dans les réseaux et leurs usages des différents services. La seconde partie, sous une forme monographique, tente de reconstruire les différentes pratiques de réseau dans les départements. Dans une première version de ce rapport, nous avons présenté dans les monographies départementales, une description du fonctionnement de chacune des structures qui composent les réseaux. Afin de ne pas alourdir à l'excès la lecture, nous avons rassemblé ces descriptions dans un chapitre complémentaire, après la conclusion.

**Première partie**

**LES CONSULTANTS DANS LES RÉSEAUX**

**Premier chapitre**

**MÉTHODOLOGIE ET CARACTÉRISTIQUES  
DES CONSULTANTS INTERROGÉS**



## I - Méthodologie de l'enquête quantitative

L'enquête auprès des consultants a suivi celle faite auprès des intervenants. Une fois que l'entretien avec l'intervenant avait eu lieu, l'enquêteur lui demandait l'autorisation d'interroger des consultants ou des anciens malades dont il aurait la charge. Dans le cas où il donnait son accord, l'intervenant mettait en contact l'enquêteur avec les personnes concernées, qui avaient elles-mêmes la possibilité d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Vu le faible nombre de personnes concernées pour chaque intervenant, l'enquêteur demandait à rencontrer toutes les personnes susceptibles d'appartenir à l'échantillon. Aucun quota ne leur avait été imposé.

### I-1. Le lieu d'interrogation

Tableau n°1  
Lieu où la personne a été interrogée

	Effectifs	-%-
<b>Association</b>	<b>204</b>	<b>33</b>
Association d'anciens buveurs	200	34
<b>Consultation</b>	<b>232</b>	<b>37</b>
CHAA	102	16
Hôpital consultation en médecine spécialisée	60	10
Hôpital non précisé	29	5
Hôpital consultation en psychiatrie	19	3
Hôpital consultation en médecine générale	9	1
Centre médico-psychologique	13	2
<b>Hébergement</b>	<b>184</b>	<b>30</b>
foyer de postcure	81	13
foyer de cure	44	7
Hospitalisation	18	3
Association d'aide et de secours	7	1
autre (CHRS,...)	34	6
<b>Total</b>	<b>620</b>	<b>100</b>

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

620 entretiens ont donc été réalisés dans trois sortes de lieux différents : les services de consultation, les lieux d'hébergement, et les associations. Ces trois blocs sont plutôt équilibrés, c'est-à-dire que le nombre d'entretiens réalisés dans chacun d'eux est presque équivalent.

Dans les lieux de consultation, les cabinets privés de médecine générale sont absents car les quelques médecins généralistes ayant accepté de répondre en tant qu'intervenants du réseau n'ont pas voulu mettre les enquêteurs en contact avec des malades, assurant qu'ils n'en avaient pas dans leur clientèle au moment de l'enquête.

## **I-2. Les différents lieux d'enquête selon les départements**

Du fait de l'implantation différente des intervenants locaux, les entretiens n'ont pas toujours été réalisés dans chaque structure dans des proportions équivalentes d'un département à un autre. De plus, certaines structures, comme les CHAA, ne sont pas représentées dans tous les départements. Enfin, l'intensité du réseau ainsi que la coopération des intervenants ayant été variables, le nombre d'entretiens est lui aussi très différent d'un département à l'autre.

Tableau n°2

Liste des structures où des personnes ont été interrogées par département

<b>Département</b>	<b>structure</b>	<b>Entretiens réalisés</b>
<b>Aude</b>	Associations d'anciens buveurs	36
	Hôpital : consultation en médecine générale	8
	Hôpital : consultation en médecine spécialisée	6
	Hôpital : consultation en psychiatrie	15
	Hôpital : non précisé	2
	Hospitalisation	1
	Centre médico-spécialisé	13
	Autre	20
	<b>Total entretiens Aude</b>	<b>101</b>
<b>Cher</b>	Associations d'anciens buveurs	13
	Hôpital : consultation en médecine spécialisée	9
	Hospitalisation	6
	Association d'aide et de secours	1
	Autre	1
	<b>Total entretiens Cher</b>	<b>30</b>

Drôme	Associations d'anciens buveurs	34
	CHAA	4
	Hôpital : consultation en médecine spécialisée	1
	Hôpital : non précisé	7
	Hospitalisation	2
	Foyer de postcure	20
	Autre	8
<b>Total entretiens Drôme</b>		<b>76</b>
Morbihan	Associations d'anciens buveurs	17
	CHAA	12
	Hôpital : consultation en médecine spécialisée	7
	Foyer de postcure	39
<b>Total entretiens Morbihan</b>		<b>75</b>
Nord	Associations d'anciens buveurs	22
	CHAA	21
	Hôpital : consultation en médecine générale	1
	Hôpital : consultation en médecine spécialisée	33
	Hôpital : consultation en psychiatrie	4
	Hôpital : non précisé	10
	Foyer de cure	34
	Foyer de postcure	6
	Association d'aide et de secours	6
	Autre	4
<b>Total entretiens Nord</b>		<b>141</b>
Bas-Rhin	Associations d'anciens buveurs	45
	CHAA	25
	Hôpital : non précisé	1
	Foyer de cure	10
	Foyer de postcure	16
	Autre	1
<b>Total entretiens Bas-Rhin</b>		<b>98</b>
Seine-Saint-Denis	Associations d'anciens buveurs	37
	CHAA	40
	Hôpital : consultation en médecine spécialisée	5
	Hôpital : non précisé	8
	Hospitalisation	9
<b>Total entretiens Seine-Saint-Denis</b>		<b>99</b>

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

## II - Les caractéristiques démographiques des consultants interrogés

Le questionnaire destiné aux personnes prises en charge par le réseau faisait d'abord le point avec la personne interrogée sur sa situation actuelle en matière de logement, d'emploi, de ressources, etc.... La partie qui suit fait une rapide description des principales caractéristiques des personnes rencontrées, en essayant autant que possible de les comparer avec l'ensemble de la population française, pour mieux faire apparaître leurs particularités. Il faut préciser que l'enquête a été effectuée auprès de personnes qui ont pris conscience de leur problème d'alcoolisme et qui ont décidé de se soigner. L'échantillon ne reflète donc pas l'ensemble des alcooliques mais seulement une partie d'entre eux. Il est probable que les personnes alcooliques qui n'admettent pas être malades ou qui refusent d'entreprendre un traitement ont un profil particulier, différent de celles que l'on a rencontrées. Néanmoins, les particularités socio-démographiques que présentent les malades contenus dans cet échantillon sont un premier enseignement sur les caractéristiques de l'ensemble des personnes alcooliques.

### II-1 Les caractéristiques démographiques de l'ensemble de l'échantillon

#### II-1-a. Une population masculine

Tableau n°3  
Une population masculine

	Effectifs	- % -
Homme	440	71%
Femme	180	29%

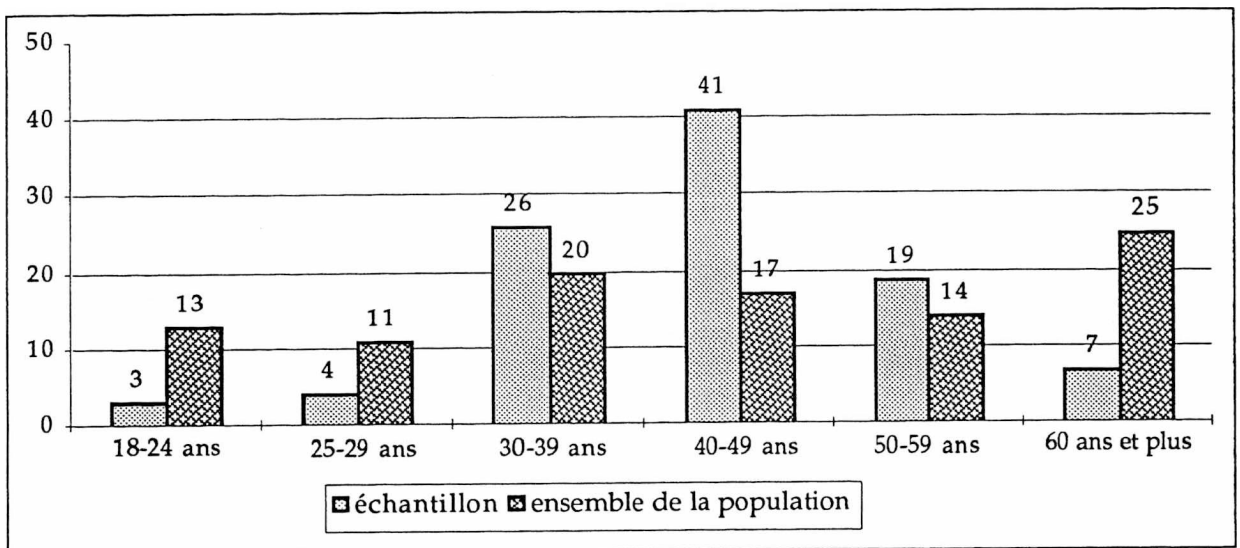
Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les hommes sont plus de deux fois plus nombreux que les femmes à circuler dans les lieux de soins. Cependant, il est difficile d'en déduire que les hommes souffrent deux fois plus souvent d'un problème d'alcoolisme. En effet, les femmes ont probablement encore plus de mal à effectuer les démarches nécessaires pour entamer un traitement, à admettre la nécessité d'être soignées ou même à admettre le fait d'être alcooliques. Encore trop souvent considéré comme un vice et non comme une maladie, l'alcoolisme est en effet encore plus mal considéré pour les

femmes que pour les hommes. La réaction d'une femme interrogée qui devait donner sa propre définition de l'alcoolisme est significative : "pour une femme, c'est pas joli".

## II-1-b. L'âge au moment de l'enquête

Graphique n°2  
**Comparaison de la pyramide des âges  
 avec un échantillon représentatif de la population française**



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

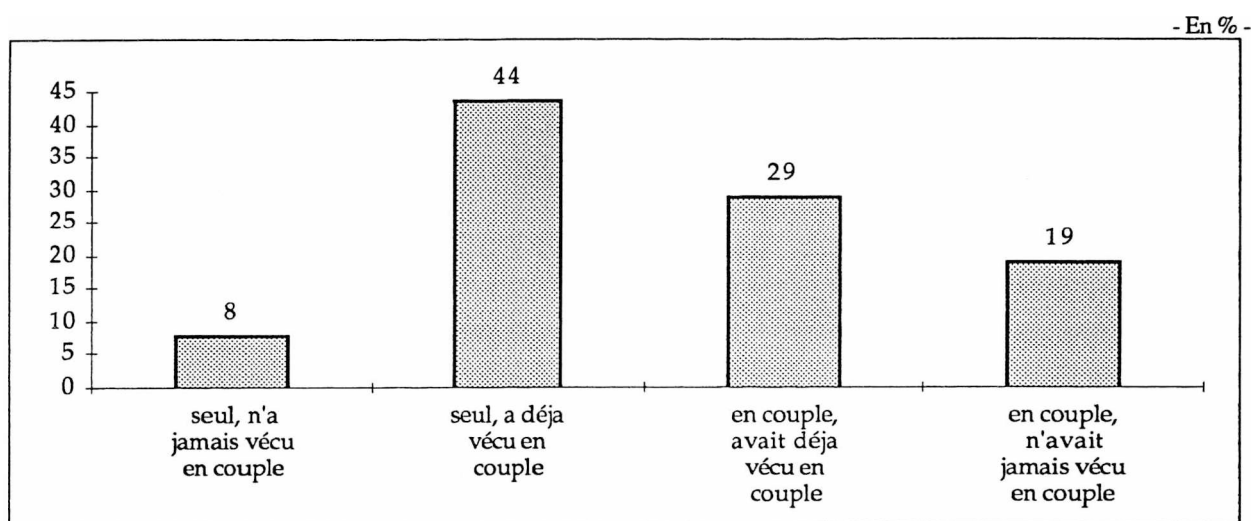
enquête Conditions de vie et Aspirations des Français, résultats de la vague d'automne 1994<sup>10</sup>

Comparée à celle de l'ensemble de la population française âgée de plus de 18 ans, cette pyramide des âges apparaît plus affinée aux extrémités : les personnes âgées de moins de 30 ans et ou celles de plus de 60 ans sont sous-représentées. A l'inverse, les classes d'âge intermédiaires, et principalement les 40-49 ans sont nettement plus nombreuses dans l'échantillon de l'enquête alcoolisme que pour l'ensemble de la population française. Néanmoins, l'alcoolisme des jeunes existe. Cependant, il n'est pas forcément vécu comme tel par les principaux intéressés, peut-être parce que la consommation d'alcool a généralement lieu en groupe. Les plus jeunes ne se rendent donc pas dans des lieux de soins, à moins qu'ils y soient incités.

<sup>10</sup>Cette enquête est réalisée deux fois par an (printemps, automne) depuis 1978, auprès d'un échantillon de 2000 personnes, représentatif de la population résidant en France de 18 ans et plus.

## II-1-c. La situation familiale

Graphique n°3  
Situation matrimoniale passée et au moment de l'enquête



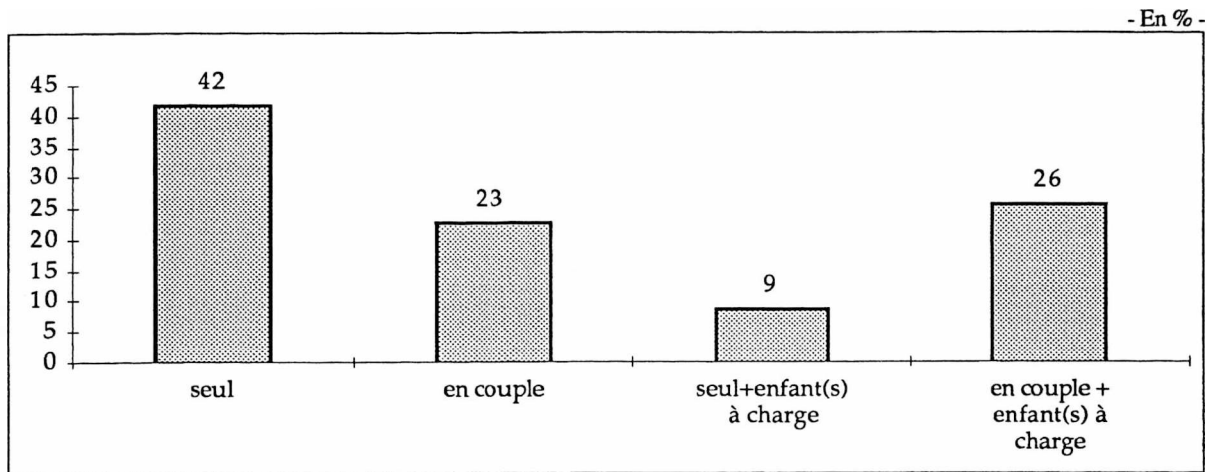
Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

L'échantillon est constitué pour moitié de personnes vivant seules et de personnes vivant en couple. Dans l'enquête « Conditions de vie et aspirations des Français »<sup>11</sup>, dans la vague d'automne 1994, 67% des personnes interrogées sont en couple. L'écart est d'autant plus fort que les classes d'âges extrêmes, celles où la proportion de personnes seules est la plus forte, sont sous-estimées dans l'échantillon de l'enquête alcoolisme. Les personnes interrogées vivent donc plus souvent seules que la moyenne des Français.

De plus, aussi bien parmi les personnes seules au moment de l'enquête que parmi celles qui ont un conjoint, beaucoup ont connu des situations d'échec dans leur vie de couple (73%).

<sup>11</sup> Cf note page précédente.

Graphique n°4  
Situation familiale au moment de l'enquête

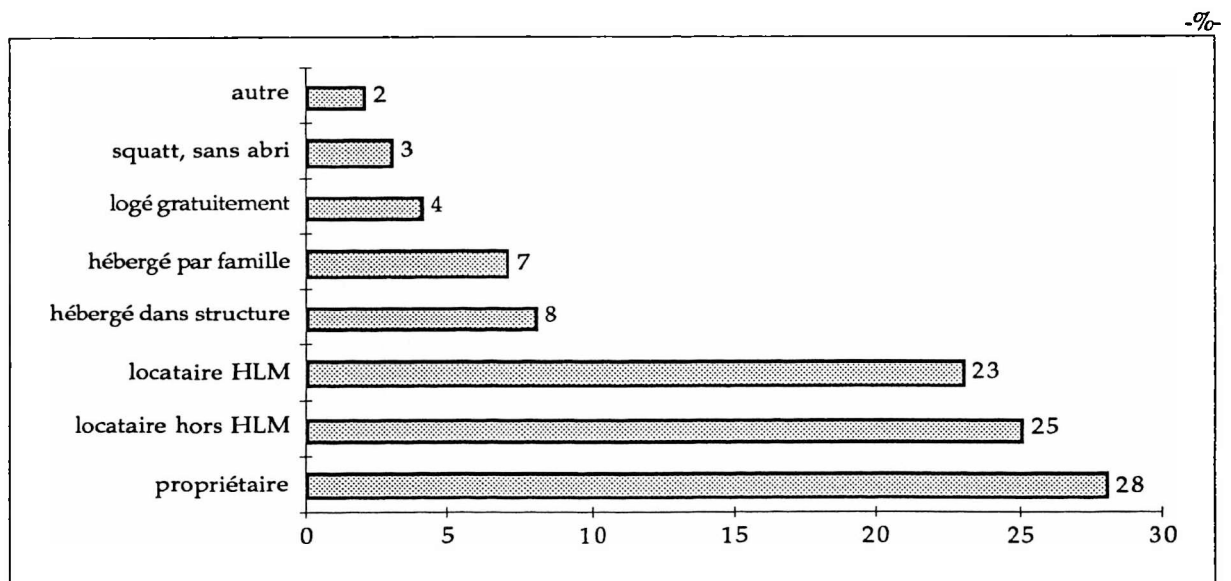


Source : enquête alcoolisme CRÉDOC - RNSP

De même, seulement 35% des personnes interrogées ont des enfants à charge, malgré une forte proportion de personnes âgées de 30 à 50 ans. Les personnes interrogées sont donc en moyenne moins insérées dans une cellule familiale que l'ensemble de la population française.

#### II-1-d. Le logement

Graphique n°5  
Logement des personnes interrogées au moment de l'enquête



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC - RNSP

Les personnes rencontrées possèdent pour la plupart un logement stable. Seules 3% n'ont pas de logement. Les personnes vivant dans leur propre logement sont aussi bien propriétaires que locataires HLM ou encore locataires d'un bailleur privé.

Tableau n°4

## Qualité des rapports avec les personnes logeant dans le même domicile

	Effectifs	-%-
Situation qui convient à la personne interrogée	256	69
Cela va, sans plus	32	9
Il y a des conflits	54	14
S'il le pouvait, il partirait tout de suite	31	8
<b>Total des personnes concernées</b>	<b>373</b>	<b>100</b>

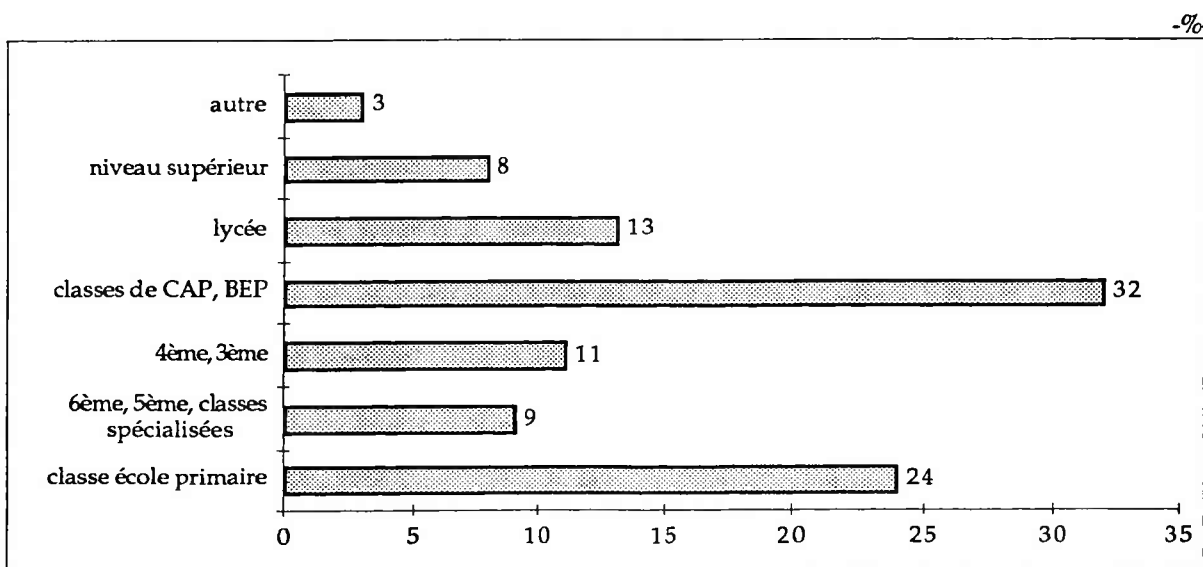
Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Parmi les personnes ne logeant pas seules, deux tiers supportent très bien cette cohabitation. 22% se heurtent souvent à des conflits avec les personnes logeant dans le même domicile ou souhaitent en partir le plus vite possible. Il est alors probable que les personnes dans cet état d'esprit vivent dans un climat relationnel souvent tendu, qui peut nuire au bon déroulement du traitement.

II-1-e. Le niveau scolaire

Graphique n°6

## Niveau de fin d'études



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP



A titre de comparaison, le niveau de diplôme dans l'enquête alcoolisme a été confronté à celui obtenu dans l'enquête « Conditions de vie et aspirations des Français », après que l'échantillon ait été redressé pour que la structure par âge corresponde effectivement à celle de l'échantillon de l'enquête alcoolisme. Ce redressement supprime l'effet de génération, qui a une forte répercussion sur le niveau de diplôme (les générations précédentes ont un niveau de diplôme moyen inférieur aux générations actuelles).

Tableau n°5  
 Comparaison du niveau de diplôme avec un échantillon représentatif  
 de la population française, redressé selon l'âge

- En % -

	Enquête alcoolisme (A)	Enquête aspirations et conditions de vie des Français (B)	Différence (A) - (B)
Aucun diplôme, CEP	43	27	+16
BEPC, CAP, BEP	39	41	-2
Baccalauréat	6	14	-8
Sup., grandes écoles	8	18	-10
Autres	4	0	+4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0</b>

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

enquête Conditions de vie et Aspirations des Français, résultats de la vague d'automne 1994

Le niveau de qualification est plus faible parmi les personnes interrogées pour l'enquête alcoolisme. Les personnes titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme supérieur sont sous-représentées, alors que celles qui n'ont aucun diplôme ou seulement le certificat d'études sont plus nombreuses. Cependant, 14% des personnes interrogées sont titulaires d'un diplôme élevé. Tous les milieux sociaux sont donc présents dans cet échantillon.

II-1-f. La situation par rapport à l'emploi

Tableau n°6  
 Situation par rapport à l'emploi des personnes interrogées  
 au moment de l'enquête

Statut		- % -
actif	ayant un emploi	42
	au chômage	28
inactif	à la retraite	9
	en invalidité	6
	au foyer	6
	autre	9
<b>Total</b>		<b>100</b>

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

Parmi les actifs, soit près des trois quarts de l'échantillon, le taux de chômage est de 40%. Les personnes interrogées sont donc particulièrement nombreuses à chercher un emploi. Dans l'enquête « Conditions de vie et aspirations des Français », redressé par âge, le taux d'actifs est inférieur (51%), surtout à cause de la proportion plus forte de femmes. Le taux de chômeurs sur l'ensemble de l'échantillon redressé est trois fois plus faible que dans l'enquête alcoolisme (9% au lieu de 28%). Parmi l'ensemble des actifs ayant le même âge que les anciens malades interrogés, le taux de chômage n'est donc que de 13%.

De plus, dans l'enquête alcoolisme, nombreuses sont les personnes qui ont connu des rapports difficiles avec leur employeur précédent : 10% des personnes qui sont au chômage au moment de l'enquête ont été licenciées de leur emploi précédent soit pour faute professionnelle, soit à cause de leur problème avec l'alcool.

De plus, 13% ont donné leur démission à leur employeur, sans avoir d'autre emploi.

Tableau n°7  
**Raison de la fin de l'emploi précédent**  
**pour les personnes qui sont au chômage au moment de l'enquête**

	-%-
Licencié	
pour raison économique	30
en raison de l'alcoolisme	4
pour faute professionnelle	6
A donné sa démission	13
Fin de contrat ou de période d'essai	29
Maladie, invalidité	4
Autre (raison familiale,...)	2
Non connu	12
<b>Total des personnes au chômage</b>	<b>100</b>

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

#### II-1-g. Les ressources

L'enquêteur devait recueillir avec précision l'ensemble des ressources de la personne interrogée, de son éventuel conjoint et des autres personnes à sa charge durant le mois précédent l'enquête. Les ressources étaient décomposées en six postes principaux :

- les revenus issus d'activité professionnelle,
- les indemnités de chômage,
- les autres allocations (RMI, AAH, allocations logement, etc...),
- les autres ressources (pensions alimentaires, aides de la famille, etc...),
- les pensions d'invalidité,
- les allocations liées aux enfants (API, allocations familiales,...).

Le montant habituel des ressources est extrapolé à partir du montant des ressources déclarées pour le mois précédent.

Pour faciliter les comparaisons entre les différents foyers, les ressources ont été pondérées par « unité de consommation ». Cette méthode couramment utilisée consiste à diviser le montant global des ressources du foyer par le nombre d'unités de consommation (u.c.) du foyer.

On compte :

- 1 u.c. pour la personne de référence
- 0,7 u.c. pour le conjoint
- 0,7 u.c. pour les enfants de plus de 18 ans encore à charge
- 0,5 u.c. pour les enfants de moins de 18 ans encore à charge<sup>12</sup>

Exemple : une famille de quatre personnes composée d'un couple et de deux jeunes enfants compte ainsi 2,7 u.c. On admet alors que cette famille a besoin de près de trois fois le revenu d'une personne seule pour atteindre un niveau de vie équivalent.

Tableau n°8  
ressources mensuelles par u.c. des personnes interrogées

Montant des ressources déclarées par la personne interrogée	Effectifs	- % -	- % - cumulé
Pas de ressources	11	2	2
Ressources par u.c. moins de 2000 F	86	14	16
Ressources par u.c. entre 2001 et 3000 F	125	20	36
Ressources par u.c. entre 3001 et 4000 F	93	15	51
Ressources par u.c. entre 4001 et 6000 F	150	24	75
Ressources par u.c. entre 6001 et 8000 F	66	11	86
Ressources par u.c. supérieures à 8000 F	68	11	97
Ressources inconnues	21	3	100

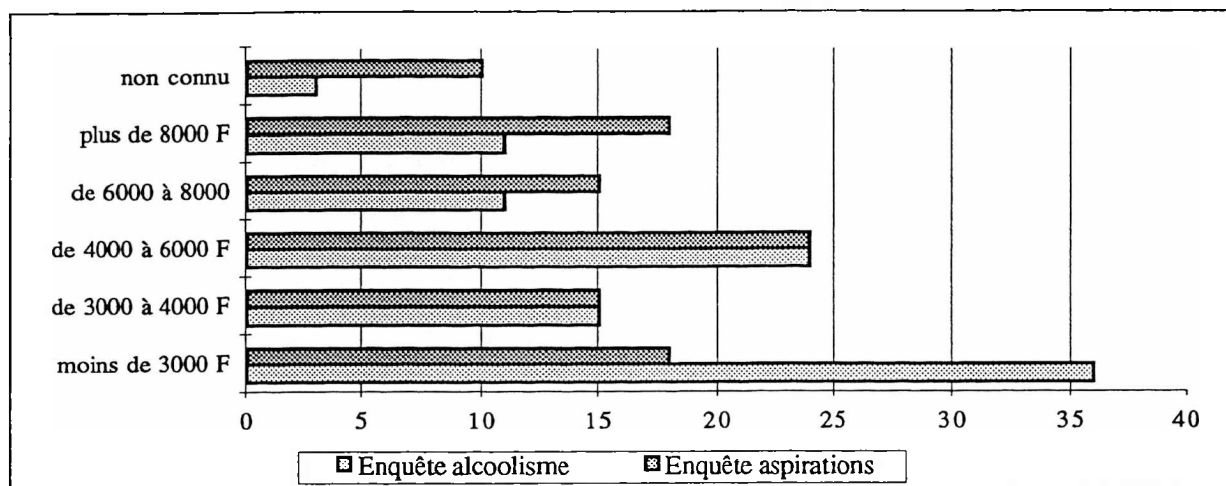
Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le graphique qui suit permet de comparer les ressources des personnes interrogées à celles de l'échantillon de l'enquête « Conditions de vie et aspirations des Français » redressé. Les personnes ayant déclaré moins de 3000 F par u.c. pour vivre sont sur-représentées dans l'enquête alcoolisme, au détriment des personnes ayant au moins 6000 F par u.c. Le montant moyen des ressources mensuelles par u.c. est inférieur dans l'enquête alcoolisme.

<sup>12</sup> Ce calcul est légèrement différent du calcul des unités de consommation selon la méthode d'Oxford utilisée généralement. Pour celle-ci, la limite d'âge des enfants est de 16 ans et non de 18 ans. Les pondérations restent identiques.

## Graphique n°7

Comparaison des ressources mensuelles par u.c. avec un échantillon représentatif de la population française redressé par âge



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

enquête Conditions de vie et Aspirations des Français, résultats de la vague d'automne 1994

Ces indicateurs révèlent que la situation des personnes traitées pour un problème d'alcoolisme est moins favorable que la moyenne des Français à divers points de vue. Elles sont plutôt moins qualifiées, souffrent plus du chômage, ont moins de ressources par u.c., sont moins souvent entourées par une famille... Néanmoins, quels que soient les critères observés, il existe toujours une proportion non négligeable de personnes ayant de bons indicateurs.

Enfin, les personnes en situation très précaire sont quasiment absentes de l'échantillon. Pourtant, d'autres études prouvent que ces populations sont fortement touchées par l'alcoolisme. Les rapports d'activité des centres d'accueil et d'hébergement, ainsi que des centres d'accueil santé en témoignent. Mais cette frange de la population circule peu dans le réseau de prise en charge des malades alcooliques et a donc rarement été rencontrée par les enquêteurs. En effet, les personnes les plus démunies ne trouvent pas les motivations suffisantes pour se soigner. Ces dernières se soucient peu de leur état de santé physique. C'est ainsi que les services d'urgence des hôpitaux ou les centres d'accueil santé examinent des personnes sans-abri ayant de graves affections de peau, des maladies infectieuses en phase déjà avancées qui n'ont pourtant pas éprouvé le besoin de se faire soigner avant. Or, un des moyens de repérer les personnes souffrant de problèmes d'alcoolisme et de les décider à entreprendre un traitement, c'est lorsqu'elles consultent des médecins généralistes à propos de maladies qui découlent de l'alcoolisme, ou même qui n'ont aucun rapport avec l'alcoolisme.

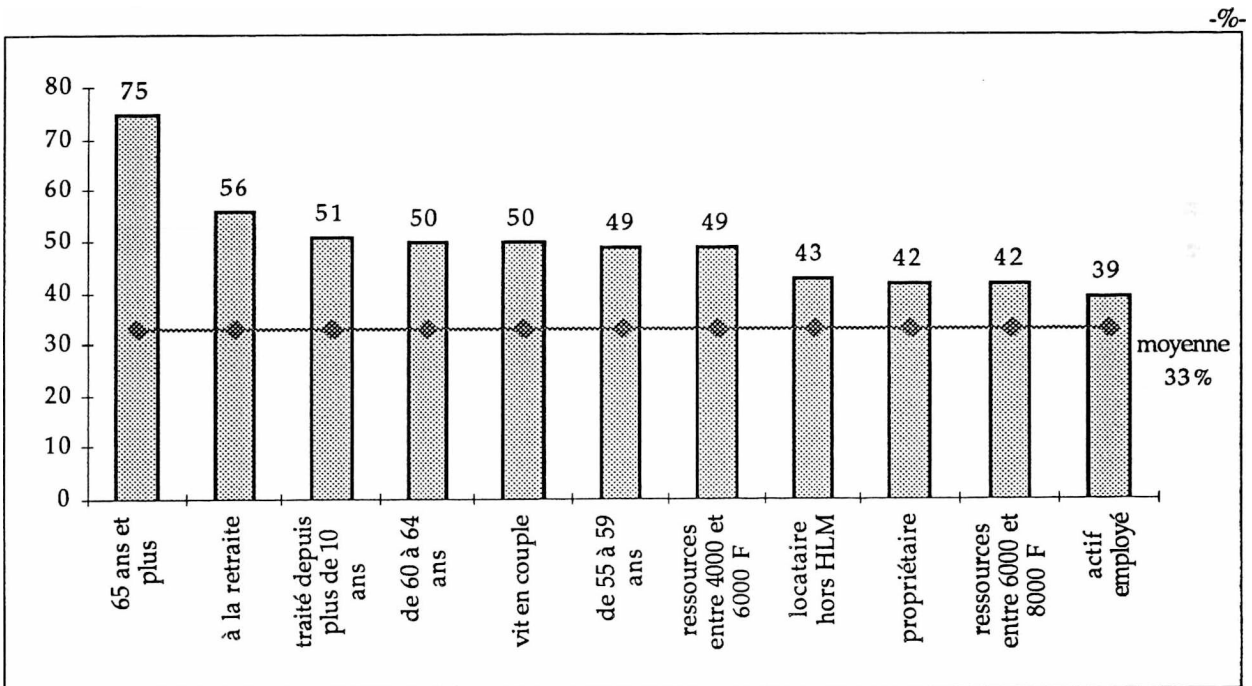
## II-2. Un profil de malades qui varie selon la structure où a eu lieu la rencontre

Le profil des personnes diffère selon la structure où elles ont été interrogées. Ainsi, parmi les personnes rencontrées dans les associations, les plus de 55 ans sont plus nombreuses que la moyenne. La plupart des anciens buveurs de plus de 65 ans présents dans l'échantillon ont d'ailleurs été interrogés dans une association d'anciens buveurs. De même, les personnes ayant un travail et celles vivant en couple sont aussi plus nombreuses que la moyenne à avoir été rencontrées dans une association de ce type. Enfin, les personnes propriétaires de leur logement ou faisant une location hors HLM ainsi que les personnes ayant des ressources intermédiaires sont plus représentées.

En résumé, les personnes ayant des indicateurs socio-démographiques plutôt bons sont sur-représentées dans les associations d'anciens buveurs.

Graphique n°8

Catégories de population sur-représentées dans les associations d'anciens buveurs



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Guide de lecture : 75% des personnes âgées de 65 ans et plus ont été interrogées dans une association, alors que seulement 33% de l'ensemble de l'échantillon ont été rencontrés dans cette structure.

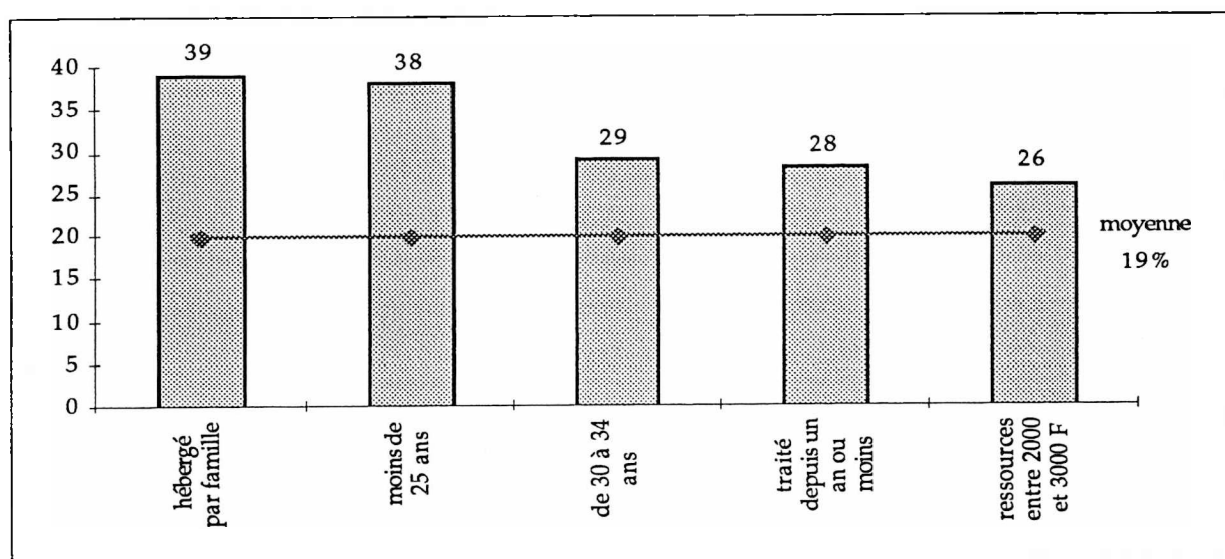
Les personnes rencontrées en CHAA ont un profil peu différent de la moyenne de l'échantillon, si ce n'est que les personnes ayant un niveau d'études moyen (CAP, BEP) sont plus nombreuses à avoir été interrogées dans cette structure (21% des titulaires d'un bac

présents dans l'échantillon ont été rencontrés dans un CHAA, contre seulement 16% pour l'ensemble de l'échantillon), ainsi que les locataires en HLM (25%). Enfin, les personnes suivies depuis 5 à 10 ans sont aussi sur-représentées (22%).

Parmi les personnes interrogées dans les services hospitaliers de consultation, spécialisés en alcoologie ou non, les jeunes sont sur-représentés, en particulier les moins de 25 ans. Ainsi, près de 40% des moins de 25 ans qui constituent l'échantillon ont été rencontrés dans ce type de structure. Cette sur-représentation des jeunes implique une sur-représentation des personnes hébergées en famille ou chez des amis. Enfin, les personnes en traitement depuis peu de temps, un an ou moins, sont aussi plus nombreuses à avoir été rencontrées en consultation à l'hôpital.

Graphique n°9

Catégories de population sur-représentées dans les consultations hospitalières

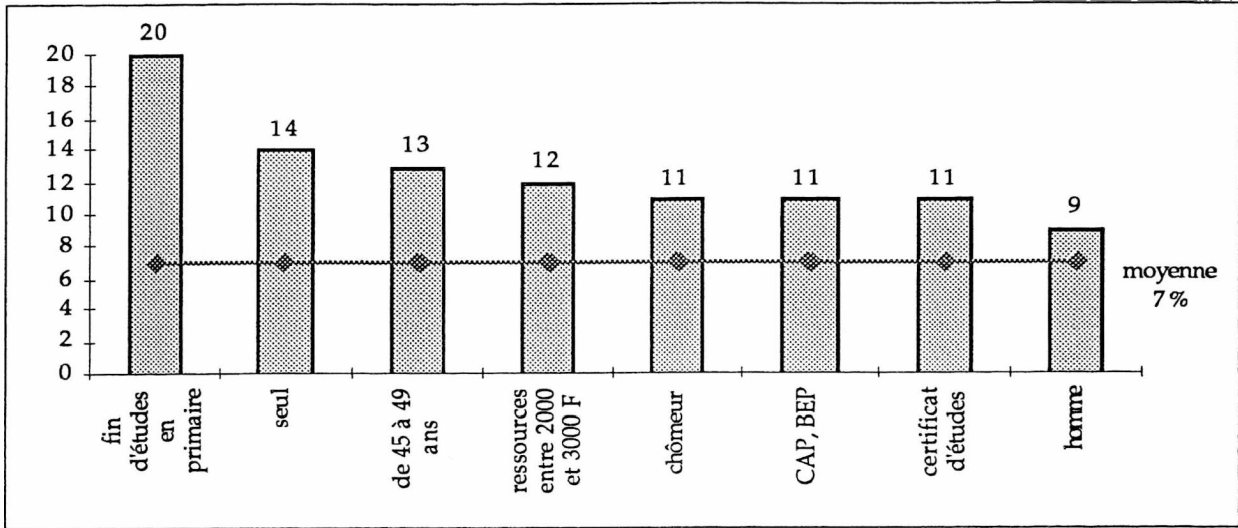


Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Guide de lecture : 39% des personnes hébergées en famille ou chez des amis ont été rencontrées dans un service hospitalier de consultation, alors que sur l'ensemble de l'échantillon, seulement 19% ont été interrogées dans ces structures.

Graphique n°10

Catégories de population sur-représentées dans les centres de cure



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

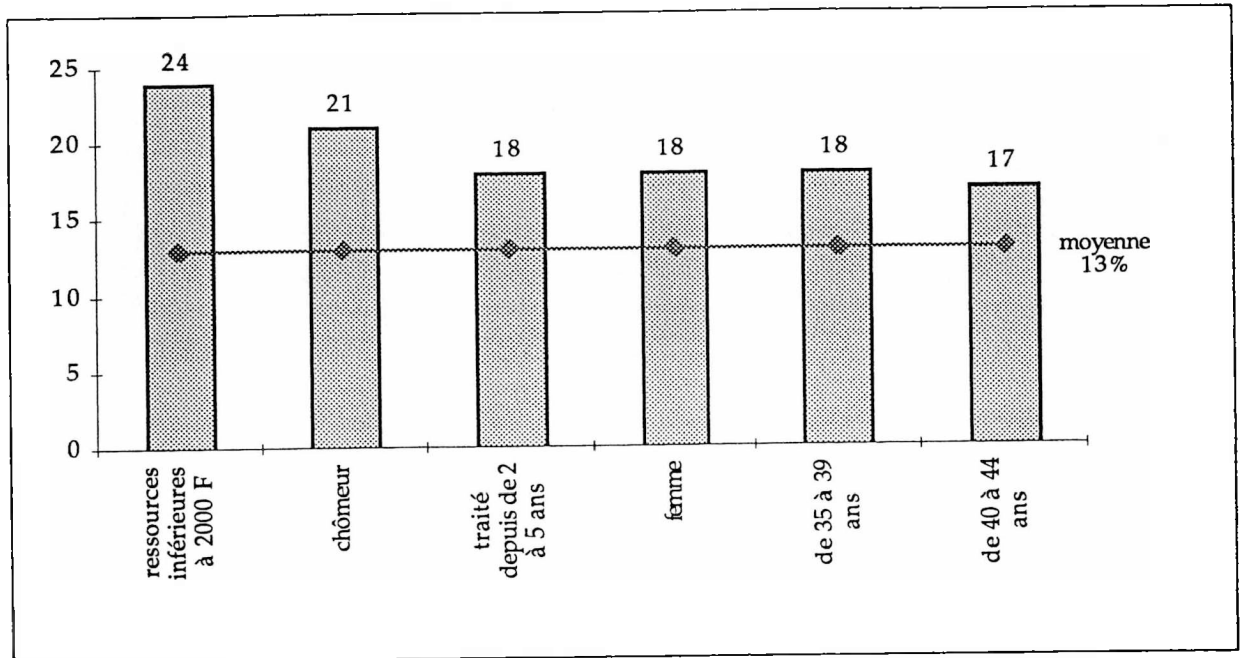
Guide de lecture : 20% des personnes ayant arrêté leurs études en primaire ont été rencontrées dans un centre de cure, la proportion dans l'ensemble de l'échantillon est de 7%.

Les personnes d'âge intermédiaire, sans famille, ayant un faible niveau scolaire ou un CAP-BEP, au chômage et ayant des ressources faibles sont des populations plus nombreuses que la moyenne dans les centres de cure. Contrairement aux associations, les catégories sur-représentées correspondent à des indicateurs assez mauvais. De plus, la moitié des personnes interrogées qui étaient hébergées dans une structure d'accueil ont été rencontrées dans un foyer de cure.



Graphique n°11

Catégories de population sur-représentées dans les centres de postcure



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Guide de lecture : 21% des chômeurs ont été interrogés dans un centre de postcure, alors que la moyenne dans l'échantillon n'est que de 13%.

Enfin, en ce qui concerne les centres de postcure, les tranches d'âge sur-représentées sont un peu plus jeunes que pour les centres de cure. Les personnes ayant des ressources particulièrement faibles sont nombreuses, ainsi que les chômeurs. A l'inverse des centres de cure, ce sont les femmes qui sont en sur-nombre dans les centres de postcure. Enfin, les personnes traitées depuis plus de deux ans, mais moins de cinq ans, sont aussi sur-représentées.

**Deuxième chapitre**

**RÉSEAUX ET TRAJECTOIRES**

## **I - Le regard des malades sur leur prise en charge**

A la fin du questionnaire, après que la personne interrogée ait exposé de façon détaillée sa trajectoire au sein du réseau de prise en charge, l'enquêteur recueillait son opinion sur les différents traitements reçus et sur les intervenants rencontrés. Ce bilan est plutôt positif, dans le sens où la plupart des malades pensent qu'une guérison est possible, même s'ils sont conscients qu'ils sont condamnés à l'abstinence à vie, et jugent que le soutien apporté par les intervenants a été bénéfique. En outre, ces malades savent prendre du recul par rapport au réseau, la plupart ont une opinion à donner sur son fonctionnement idéal.

Enfin, à travers leur propre définition de l'alcoolisme, ils font transparaître toutes les souffrances qu'ils ont vécues et qu'ils ont fait vivre à leur entourage avant de prendre conscience de leur dépendance à l'alcool et d'entreprendre un traitement.

### **I-1. Les intervenants les plus proches des consultants**

Les associations d'anciens buveurs arrivent en tête dans le classement des différents partenaires par qui les personnes interrogées estiment avoir été le mieux prises en charge avec 25% des suffrages. Au total, 50% des personnes interrogées ont été en contact avec une association pendant leur passage dans le réseau. Une personne concernée sur deux plébiscite donc l'aide apportée par les associations.

Derrière les associations viennent la famille et les amis, cités par 15% des personnes interrogées. Ce ne sont pas des partenaires du réseau en temps que tel, mais ce résultat prouve l'importance du soutien de l'entourage dans la lutte contre l'alcoolisme et renforce l'idée que partenaires et proches doivent travailler ensemble pour obtenir les meilleurs résultats.

Dans ce classement, le premier partenaire médical n'apparaît qu'en troisième position. Ce n'est pas un spécialiste en alcoologie mais simplement le médecin généraliste, cité par 13% des personnes interrogées. On a déjà souligné l'importance du médecin généraliste pour la découverte et l'orientation des malades vers les structures spécialisées. Les anciens buveurs mettent là en avant un autre aspect du rôle des médecins généralistes dans la lutte contre l'alcoolisme : le soutien qu'ils apportent à leurs patients, probablement grâce aux relations particulières qu'ils nouent avec eux lors de soins courants.

Ce n'est qu'après ces trois premiers interlocuteurs qu'arrivent dans le classement les structures ou personnes plus spécialisées (hôpital, médecin spécialiste, foyer de cure, CHAA,...).

Tableau n°9

Liste des personnes ou organismes par qui les personnes interrogées considèrent avoir le mieux été prises en charge

	Nombre de réponses	- % -
Une association d'anciens buveurs	156	25
Des membres de la famille, des amis	90	15
Lui-même	81	13
Un médecin généraliste	79	13
Un médecin spécialiste	71	11
Un hôpital	69	11
Un foyer de cure	53	9
Un CHAA	49	8
Un travailleur social	25	4
Un psychiatre	23	4
Foyer de postcure	19	3
Un psychologue	17	3
Un infirmier	13	2
Un éducateur	11	2
Autre	8	1
NSP	8	1
<b>Total</b>	<b>772</b>	<b>126 <sup>(1)</sup></b>

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

(1) le pourcentage est supérieur à 100, les personnes interrogées ayant pu donner deux réponses différentes

Il faut aussi souligner que plus d'une personne sur 10 a évoqué sa propre personne comme celle qui l'a le mieux prise en charge pendant son traitement. Cette réponse peut être analysée de deux manières. La première est l'importance que le malade accorde à sa propre motivation à sortir de l'alcoolisme, sans laquelle aucun traitement n'est efficace. Mais on peut aussi lire dans cette réponse un sentiment d'abandon et de manque de soutien de la part du réseau.

Enfin, quelques personnes (environ 5%) ont évoqué le rôle que pouvaient avoir les travailleurs sociaux dans la lutte contre l'alcoolisme.

## I-2. Nature de l'aide apportée par les différents organismes

On a demandé aux personnes interrogées quel a été le type d'aide apportée par les principaux partenaires du réseau et comment elles jugent l'efficacité que cela a pu avoir dans leur lutte contre leur problème d'alcoolisme.

### I-2-a. Les associations d'anciens buveurs

Tableau n°10  
Des contacts fréquents avec les associations

Fréquence des contacts	-%-	-%- cumulé
Plusieurs fois par semaine	30	30
Une fois par semaine	46	76
Une ou deux fois par mois	19	95
Une ou deux fois par trimestre	4	99
Moins fréquemment	1	100

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les contacts avec les associations d'anciens buveurs sont très suivis et très fréquents : les trois quarts des personnes concernées allaient ou vont encore dans l'association au moins une fois par semaine, la quasi-totalité y va au moins une à deux fois par mois. Les malades eux-mêmes constatent l'efficacité de ce soutien régulier. C'est d'ailleurs le plus souvent volontairement qu'ils assistent à autant de réunions.

Tableau n°11  
Sentiment sur l'efficacité du soutien apporté par les associations

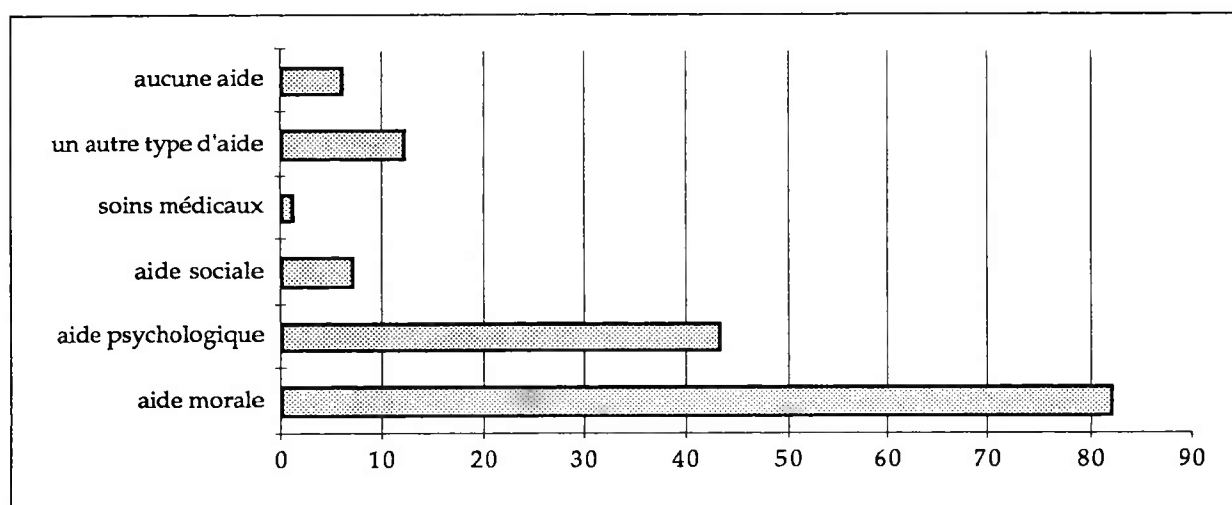
Citations proposées	-%-
Cela lui a permis de régler la plupart de ses problèmes avec l'alcool	50
Cela l'a aidé en partie, pour un temps	21
Cela lui a permis de prendre conscience de ses problèmes avec l'alcool	19
Cela ne l'a pas vraiment aidé	7
Cela ne l'a pas aidé du tout	3

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Seuls 10% de malades ayant été en contact avec ce type d'association tirent un bilan totalement négatif de cette expérience. Près des trois quarts y ont trouvé une aide réelle. Enfin, les 20% restants n'y ont pas vraiment trouvé d'aide pour lutter contre leur problème d'alcoolisme, mais leurs relations avec l'association leur ont au moins permis de prendre conscience de leur problème. Seulement 3% considèrent que cela ne leur a rien apporté du tout. Toutes structures confondues, c'est la proportion la plus faible enregistrée.

Graphique n°12

## Type d'aide apportée par les associations d'anciens buveurs



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le total des pourcentages est supérieur à 100%, une même personne ayant pu donner plusieurs réponses

Guide de lecture : 82% des personnes ayant été en contact avec une association d'anciens buveurs y ont trouvé une aide morale

Dans ce type de structure, l'aide apportée est surtout morale et psychologique, et très peu purement médicale. C'est pourquoi la régularité et la fréquence des réunions est un des éléments du succès.

Enfin, 70% des personnes sont allées jusqu'au bout de la démarche en association ou pensent qu'elles iront jusqu'au bout. C'est un bon taux de réussite pour cette structure, qui pourtant met en place un suivi basé sur le long terme. D'ailleurs, parmi les personnes n'assistant plus aux réunions d'une association, seulement le quart n'a plus aucune relation avec les personnes qu'elles y ont rencontrées.

I-2-b. Les médecins

La catégorie des médecins comprend les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Au sein des médecins spécialistes, ce sont surtout deux spécialités qui sont représentées : les alcoologues et les psychiatres. Il a aussi été fait mention, mais de façon beaucoup plus épisodique, des gastro-entérologues ou d'autres spécialistes. Dans cette sous-partie, ne seront pris en compte que les alcoologues et les psychiatres.

Tableau n°12

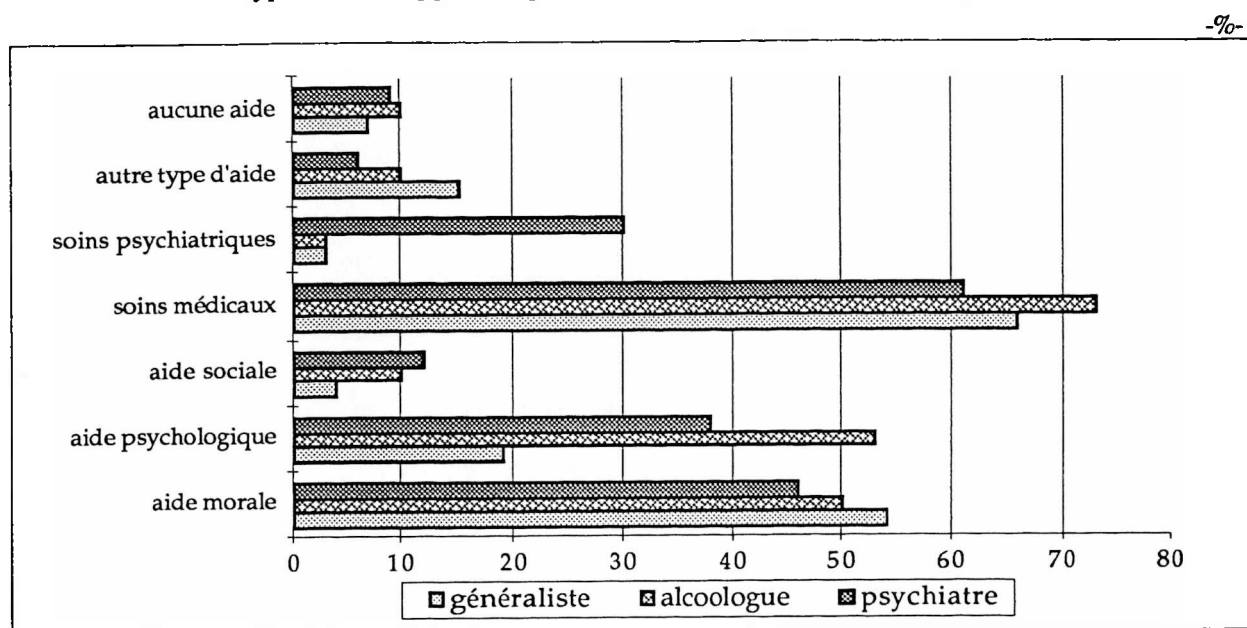
Fréquence des contacts avec les médecins généralistes ou spécialistes

Fréquence des contacts	Médecin généraliste		Médecin alcoologue		Psychiatre	
	-%-	-% cumulé	-%-	-% cumulé	-%-	-% cumulé
Plusieurs fois par semaine	14	14	19	19	47	47
Une fois par semaine	18	32	20	39	24	71
Une ou deux fois par mois	43	75	30	69	25	96
Une ou deux fois par trimestre	10	85	6	75	3	99
Moins fréquemment	15	100	6	81	1	100
Autre			10	91		
Non réponse			9	100		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les rencontres avec les psychiatres sont aussi nombreuses qu'avec les associations, mais les rendez-vous avec les médecins généralistes ou spécialisés en alcoologie sont plus mensuels qu'hebdomadaires. Il est vrai que l'aide apportée est de nature un peu différente. Cependant, comme en témoigne le graphique suivant, le clivage n'est pas net entre d'une part les soins médicaux et d'autre part l'aide morale et psychologique.

Graphique n°13  
Type d'aide apportée par les médecins selon leur spécialité



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le total des pourcentages par spécialité est supérieur à 100%, une même personne ayant pu donner plusieurs réponses

guide de lecture : 55% des personnes ayant consulté un généraliste y ont trouvé une aide morale, contre 50% des personnes ayant consulté un alcoologue et 46% des personnes ayant consulté un psychiatre.

Tous les médecins apportent à la fois aide morale et aide psychologique. Ce sont les médecins spécialisés en alcoologie, particulièrement formés au problème, qui apportent l'aide la plus complète, à la fois médicale, morale, psychologique et même sociale.



Tableau n°13  
Sentiment sur l'efficacité du soutien apporté par les médecins

- En % -

Citations proposées	Généralistes	Alcoolologues	Psychiatres
Cela lui a permis de régler la plupart de ses problèmes avec l'alcool	15	38	25
Cela l'a aidé en partie, pour un temps	22	24	21
Cela lui a permis de prendre conscience de ses problèmes avec l'alcool	35	26	29
Cela ne l'a pas vraiment aidé	16	4	9
Cela ne l'a pas aidé du tout	12	8	16

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le médecin généraliste a plutôt un rôle de révélateur, dans le sens où son influence a permis à plus du tiers des personnes qui l'ont côtoyé de prendre conscience de leurs difficultés. Cependant, parmi les personnes soignées par un généraliste, une proportion plus faible que pour les médecins spécialistes considère que leur médecin les a aidées entièrement ou même en partie à résoudre leur problème d'alcoolisme. C'est d'ailleurs la proportion la plus faible obtenue sur l'ensemble des partenaires du réseau considéré. Il faut tout de même souligner que même si elle est plus faible, cette proportion est loin d'être négligeable puisqu'elle atteint 37%. Ce sont les médecins spécialisés en alcoologie pour qui la proportion de personnes jugeant son contact plutôt bénéfique est la plus forte. Enfin, le psychiatre est le type de médecin qui a le taux le plus élevé de personnes estimant qu'il ne leur a rien apporté du tout.

56% des personnes qui sont ou qui ont été en contact avec un généraliste sont allées ou pensent qu'elles iront jusqu'au bout du traitement avec lui. Ce taux atteint 62% pour les psychiatres et 72% pour les médecins spécialisés en alcoologie.

I-2-c. Les foyers de cure et de postcure

Tableau n°14  
Sentiment sur l'efficacité du soutien apporté par les foyers

- En % -

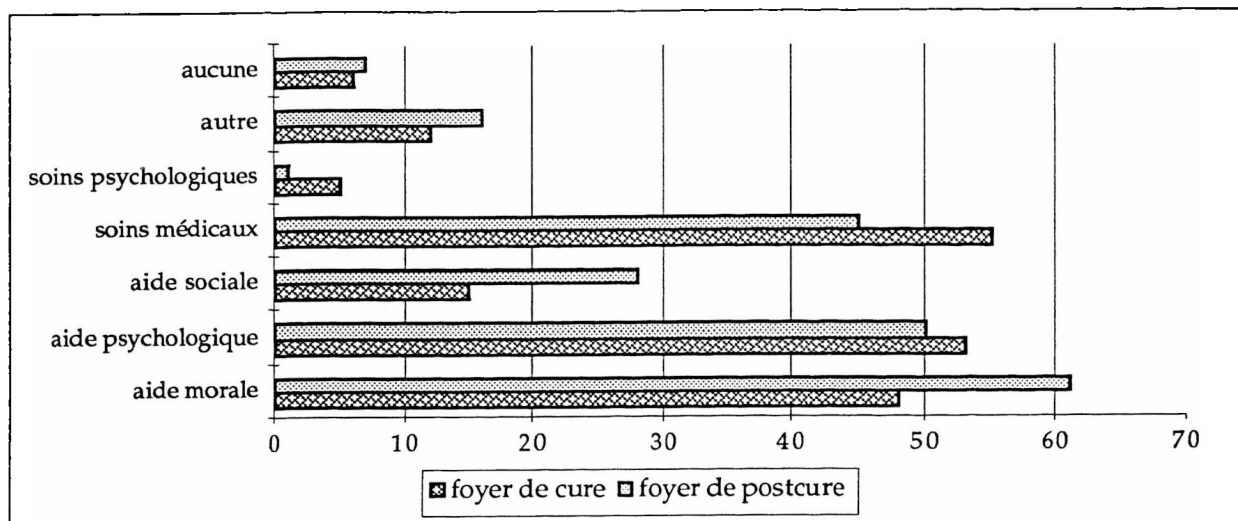
Citations proposées	Foyer de cure	Foyer de postcure
Cela lui a permis de régler la plupart de ses problèmes avec l'alcool	50	38
Cela l'a aidé en partie, pour un temps	23	25
Cela lui a permis de prendre conscience de ses problèmes avec l'alcool	16	26
Cela ne l'a pas vraiment aidé	5	3
Cela ne l'a pas aidé du tout	6	8

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les foyers de cure aident plutôt à régler les problèmes avec l'alcoolisme alors que les foyers de postcure servent à prendre conscience des problèmes. Pour analyser ces résultats, il convient de rappeler la position de ces structures dans la chaîne de soins : le foyer de cure est plutôt en début ou en milieu de trajectoire, alors que le malade est encore fortement sous la dépendance de l'alcool. Il s'agit pour le malade de faire les efforts nécessaires pour arrêter de boire. Le foyer de postcure est plutôt en fin de trajectoire, et assure un suivi pour des malades normalement désintoxiqués et qui doivent reprendre une vie normale. La prise de conscience évoquée par les malades en foyer de postcure n'est donc pas la révélation de leur problème d'alcoolisme, mais plutôt des conséquences que ce problème a pu avoir dans leur vie passée et des difficultés qu'il a pu entraîner sur leur propre personne ou sur leur entourage.

D'ailleurs, du fait même du rôle distinct qu'elles ont à jouer dans la lutte contre l'alcoolisme, le type d'aide prodiguée par ces deux structures aux malades est quelque peu différent. Les foyers de postcure prodiguent moins de soins médicaux ou psychologiques mais apportent plus d'aide morale et sociale. Les foyers de postcure aident les personnes qu'ils hébergent à se réinsérer, éventuellement à retrouver un travail, d'où l'importance de l'aide sociale. Néanmoins, 45% des personnes ayant fait un séjour dans un foyer de postcure ont déclaré y avoir reçu des soins médicaux. Ce type de soins n'est donc pas totalement absent de cette structure.

Graphique n°14  
Type d'aide apportée par les foyers



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Pour les deux structures, 81% sont allés ou comptent aller jusqu'au terme du traitement. C'est le taux le plus fort enregistré, tous intervenants confondus. Mais ce sont les traitements en moyenne les plus courts, pendant lesquels les malades sont dans une structure à part, et ne sont donc pas dans leur cadre habituel.

#### I-2-d. Les CHAA

Tableau n°15  
Fréquence des contacts avec le CHAA

Fréquence des contacts	-%-	-%- cumulé
Plusieurs fois par semaine	16%	16%
Une fois par semaine	24%	40%
Une ou deux fois par mois	36%	76%
Une ou deux fois par trimestre	4%	80%
Moins fréquemment	2%	82%
Autre	18%	100%

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

La fréquentation des CHAA se partage entre des visites hebdomadaires et des visites mensuelles.

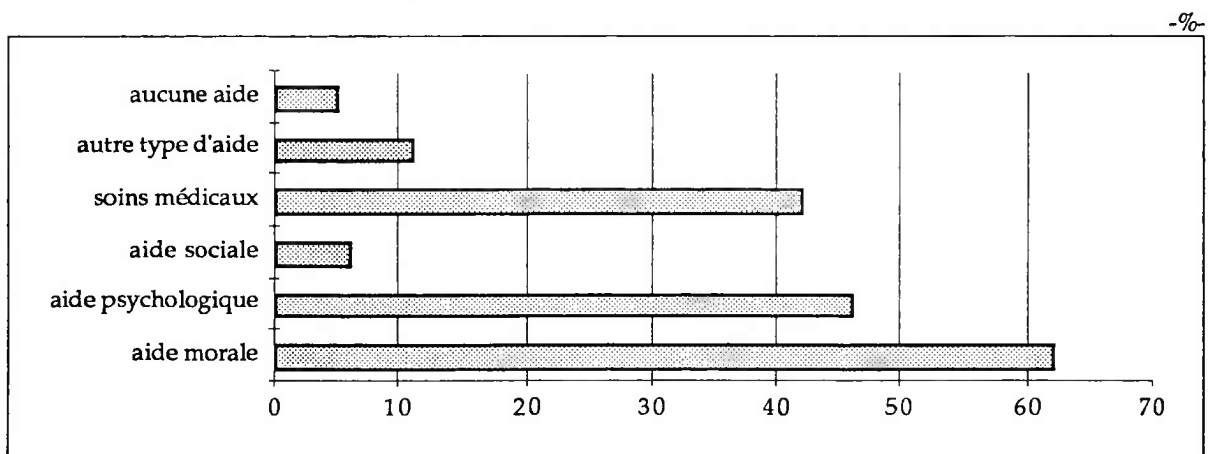
Tableau n°16  
Sentiment sur l'efficacité du soutien apporté par les CHAA

Citations proposées	CHAA
Cela lui a permis de régler la plupart de ses problèmes avec l'alcool	36%
Cela l'a aidé en partie, pour un temps	17%
Cela lui a permis de prendre conscience de ses problèmes avec l'alcool	28%
Cela ne l'a pas vraiment aidé	8%
Cela ne l'a pas aidé du tout	11%

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les proportions obtenues pour le CHAA sont dans la moyenne de l'ensemble des structures. Les types d'aide apportée sont essentiellement de l'aide morale, psychologique et des soins médicaux.

Graphique n°15  
Type d'aide apportée par les CHAA



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

### I-3. La prise en charge idéale

Leur passage dans le réseau donne un regard privilégié aux malades pour déterminer les qualités essentielles que doit posséder une prise en charge pour être véritablement efficace. Il est clair que l'opinion formulée dépend d'une part de la personnalité du malade, mais aussi de sa propre expérience dans le réseau, à travers les intervenants qu'il a pu rencontrer et de la nature des échanges. Leur propre perception est basée sur ce qu'ils ont pu apprécier dans ces échanges et ce qui les a aidé à sortir de l'alcoolisme ou au contraire ce qu'ils ont pu déplorer et considérer comme un frein à leur guérison.

Avant d'aborder le contenu même du modèle de prise en charge idéal qui peut être construit à partir du point de vue des malades, il est important de souligner les faibles taux de non réponses obtenus aux questions reprises dans cette sous-partie. Il s'agit pourtant de questions d'opinion et non plus de simples questions factuelles, dont la plupart sont ouvertes, c'est-à-dire sans qu'une liste exhaustive d'items soit proposée. Ces faibles taux de non réponses témoignent de la capacité des malades à prendre du recul par rapport à leur propre expérience.

#### I-3-a. La qualité de l'accueil et des relations intervenant-malade prime face à la méthode utilisée

L'aspect purement médical, par l'intermédiaire de la méthode pour traiter le problème avec l'alcool, n'est primordial que pour 16% des personnes interrogées. Ce qui prime, c'est d'abord la qualité du rapport entre le patient et l'intervenant.

Tableau n°17

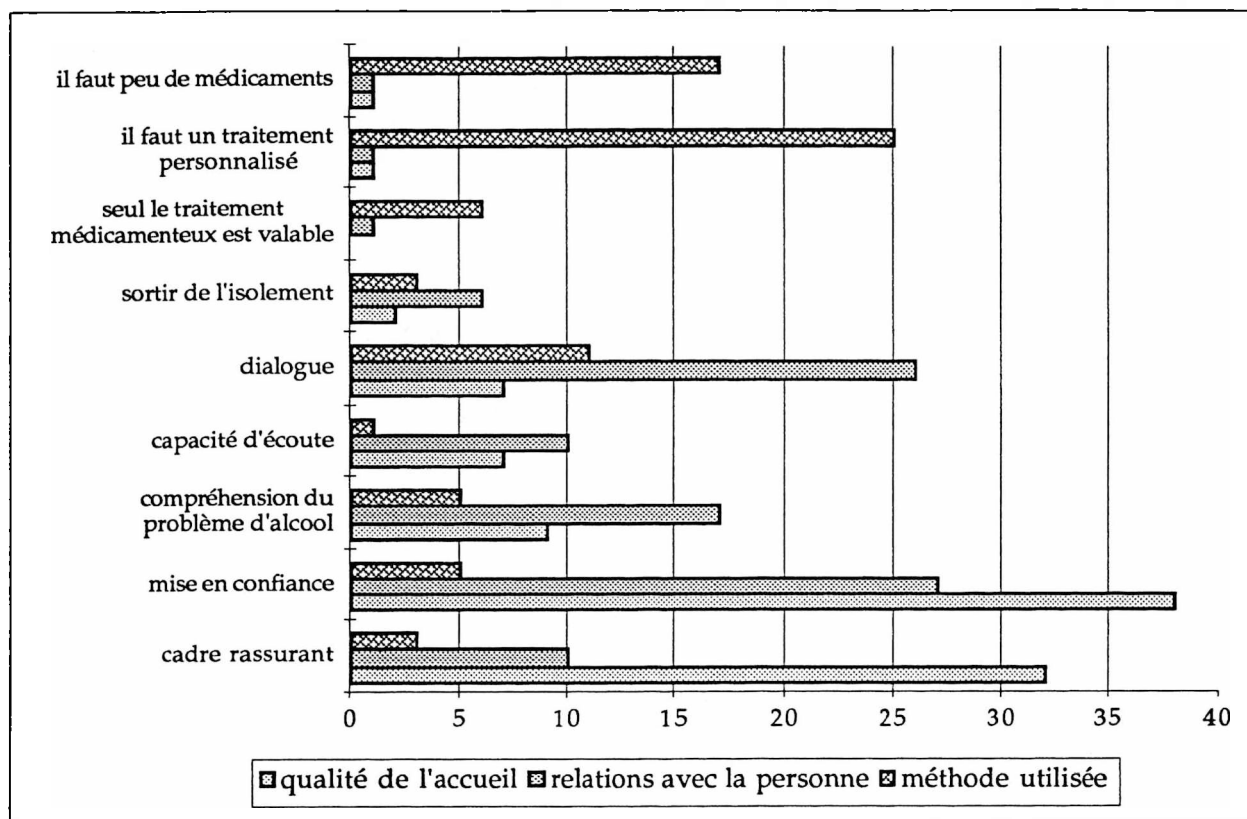
Les éléments dont dépend la qualité de la prise en charge

	Effectifs	- % -
De la qualité de l'accueil	259	42
Des relations qui s'établissent avec la ou les personnes	220	35
De la méthode utilisée pour traiter le problème	100	16
Ne sait pas	41	7

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les personnes interrogées ont ensuite précisé ce qu'elles incluait dans ces trois composantes de l'efficacité. Les réponses sont présentées dans le graphique qui suit.

Graphique n°16  
Raisons justifiant la réponse sur les éléments  
dont dépend la qualité de la prise en charge



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les personnes qui favorisent la méthode utilisée mettent surtout en avant la personnalisation du traitement, qui doit être particulièrement adapté au malade. De plus, elles estiment que ce traitement ne doit pas être basé sur l'absorption d'une trop grande quantité de médicaments. D'ailleurs, les personnes qui considèrent que seul le traitement médicamenteux est efficace sont rares.

Les personnes qui privilégient les relations avec l'intervenant comme principale raison de l'efficacité d'une prise en charge y incluent le dialogue, la mise en confiance. L'intervenant doit laisser deviner au malade qu'il comprend son problème.

Enfin, les personnes qui favorisent la qualité de l'accueil estiment que l'efficacité du traitement est lié au caractère paisible et rassurant du cadre et à la capacité des intervenants à mettre en confiance le malade.

I-3-b. Une majorité de malades préfère être en contact avec plusieurs référents

Tableau n°18  
**Nombre idéal de référents qui doivent suivre le malade**

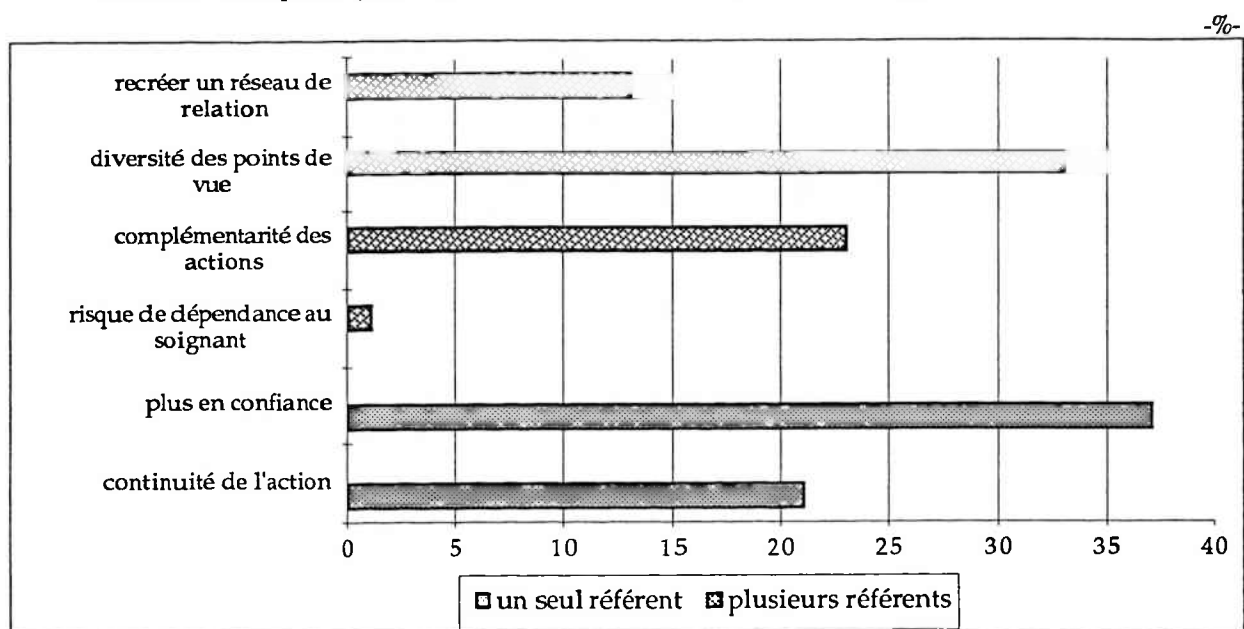
	Effectifs	-%-
Un seul	199	32
Plusieurs référents	327	53
Un ou plusieurs selon le malade	35	6
N.S.P.	59	9

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

La majorité des personnes interrogées opte pour une prise en charge qui inclut plusieurs référents. Celles qui prônent les relations avec un seul référent estiment que cela assure une relation avec plus de confiance, mais aussi que cela permet de mener une action continue. A l'inverse, celles qui préfèrent être en contact avec plusieurs référents considèrent d'abord que cela assure une diversité de points de vue, et une complémentarité des actions et des traitements. De plus, cela permet de recréer un réseau de relations autour de personnes souvent désocialisées. Enfin, une faible proportion craint qu'une relation avec un seul référent devienne une relation de dépendance.

Graphique n°17

Raisons invoquées pour justifier le traitement pour un ou plusieurs référents



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

#### I-4. La définition de l'alcoolisme selon les anciens buveurs

On a pu se rendre compte, notamment en phase préalable de cette enquête, lors de la conception de la méthode de recueil de l'information et du champ de l'enquête, de la difficulté à donner une définition précise de l'alcoolisme. C'est pourquoi on a demandé aux malades interrogés d'en donner leur propre définition. Ces définitions contiennent peu de formulations médicales mais sont surtout inspirées par leur expérience personnelle. Elles expriment toute la souffrance que les malades ont pu vivre ainsi que la passivité dont ils ont fait preuve avant de prendre conscience de leur problème.

Ces définitions ont été prises en note par les enquêteurs au mot près et ont été retranscrites. Le corpus a été analysé en faisant appel à des méthodes d'analyse lexicale des données.

L'analyse lexicale des données est une méthode statistique basée sur des techniques lexicométriques, c'est-à-dire reposant sur des comptages de mots, de formes lexicales diverses ou des cooccurrences des formes. Après la constitution d'un dictionnaire de toutes les formes contenues dans le texte étudié (sans tenir compte des mots-outils, c'est-à-dire des mots n'ayant pas un sens qui leur est propre), les réponses des individus sont rapprochées en fonction des similitudes de vocabulaire et sont regroupées dans différentes classes.



Grâce à ces méthodes, une typologie en onze classes, soit onze façons de définir l'alcoolisme, a été constituée. Certains malades emploient des métaphores particulièrement imagées : l'alcoolisme c'est sombrer dans la drogue, c'est se laisser prendre dans un engrenage, c'est aller directement en enfer, c'est chercher une mort lente... D'autres définissent l'alcoolisme par ce qui le déclenche (l'envie d'oublier, le plaisir de boire, ou même la fatalité). D'autres enfin par ce qui le caractérise : c'est boire trop, c'est ne plus pouvoir s'arrêter, c'est devenir différent sous l'emprise de l'alcool... Il semble que chacun isole dans sa propre histoire ce qui a été l'élément le plus choquant, à partir duquel il bâtit sa définition.

Enfin, un dernier groupe de malades axe sa définition sur l'alcoolisme en tant que maladie. Ceux qui le définissent ainsi gommant alors leur propre expérience d'alcooliques pour plutôt s'intéresser à la façon dont on guérit de l'alcoolisme.

Les onze groupes de définitions sont détaillés ci-dessous et illustrés par de nombreuses réponses. Elles sont présentées par ordre décroissant d'importance, exprimé par le volume que les définitions de cette classe représentent sur l'ensemble des réponses.

#### 1) Etre alcoolique : c'est une maladie (16% des réponses)

Beaucoup d'anciens buveurs emploient le terme de maladie dans leur définition, pour eux l'alcoolisme est avant tout une maladie, et non un vice.

« c'est une maladie psychologique, mentale et physique et qui est malheureusement peu connue » ;

« c'est une maladie honteuse qui est très mal vue et comprise par les autres personnes » ;

« pour moi, c'est une maladie. Au départ, je prenais cela pour un vice, mais maintenant je me rends compte que c'est une maladie » ;

« C'est une maladie, depuis soixante douze c'est reconnu. Avant on était plutôt considéré comme des fous » ;

« L'alcool a toujours été un sujet tabou. Pourtant, c'est considéré comme une maladie. Il n'y a pas de honte à être malade, alcoolique. Celui qui veut se guérir de l'alcool, il suffit de le vouloir ».

Certains la comparent même à d'autres maladies purement physiologiques.

« la troisième maladie grave après le cancer et les maladies cardio-vasculaires » ;

« l'alcoolisme est une maladie comme le diabète. C'est une maladie qui ne se soigne pas, on ne peut pas la guérir » .

Ils sont tous d'accord sur le fait que c'est une maladie très difficile à guérir, voire inguérissable. Il faut de la volonté, de la ténacité, et beaucoup considèrent que seule l'abstinence permet une guérison complète.

« C'est une maladie qui se soigne. On a la chance de soigner cette maladie mais ça ne veut pas dire qu'on la guérit. Il faut avoir la volonté de guérir car sinon, vous ne vous soignez pas et vous ne guérissez pas » ;

« C'est une maladie qui se soigne dès l'instant qu'on a pris conscience de son problème » ;  
 « Maladie, ce n'est pas une tare et le seul remède c'est l'abstinence la plus complète » ;  
 « C'est une maladie incurable qui s'arrête si on arrête de boire » ;  
 « Maladie incurable, puissante, qui peut arriver à n'importe qui » ;  
 « C'est une maladie dont on ne guérit jamais, par contre, on peut devenir par son abstinence buveur guéri » ;  
 « Maladie qui se caractérise par la non maîtrise de sa consommation. C'est une maladie à vie mais on peut se guérir du comportement alcoolique par une abstinence totale et définitive » ;  
 « C'est une maladie comme une autre : une personne qui est sensible des bronches doit faire attention et une personne sensible au niveau de l'alcool ne doit plus toucher à l'alcool ».

Quelques personnes vont même jusqu'à considérer que c'est une maladie contagieuse. Cette définition est à rapprocher de la classe des personnes qui considèrent que l'alcoolisme est héréditaire.

« Maladie contagieuse » ;  
 « C'est une maladie que l'on attrape avec l'entourage familial ou avec des amis, des copains de travail. On boit un petit peu au début et ensuite, on augmente la dose ».

## 2) Etre alcoolique, c'est ne plus pouvoir se passer de boire, ne plus pouvoir s'arrêter (15% des réponses)

Pour un grand nombre, l'alcoolisme se définit à partir de la notion de dépendance à l'alcool. En fait, peu d'anciens malades utilisent directement le terme scientifique de dépendance. Ils expriment plutôt les conséquences de cette dépendance à l'alcool : l'impossibilité d'arrêter de boire. Ce sont essentiellement les expressions "ne plus pouvoir se passer de boire" et "ne plus pouvoir s'arrêter" ou encore "besoin de boire" qui sont employées pour définir l'alcoolisme.

L'accoutumance est souvent associée à la dépendance. Ce terme n'est lui quasiment jamais employé. Ce sont les termes exprimant l'habitude, la continuité, qui y font référence.

« c'est consommer de l'alcool et s'y habituer » ;  
 « envie de boire continuelle et sans plaisir » ;  
 « quelqu'un qui boit sans arrêt » ;  
 « être bourré tout le temps » ;  
 « personne ayant besoin d'une certaine quantité d'alcool régulièrement » ;  
 « c'est boire continuellement et aller en acheter avant qu'il n'y en ait plus ».

Pour certains cette dépendance à l'alcool est exprimée de façon encore plus dramatique, car ce besoin d'alcool devient le moteur de leur vie.

« quand on arrive à ne plus pouvoir s'en passer, qu'on pense à la bouteille le matin quand on se lève » ;  
 « lorsque l'alcool devient un élément indispensable de la vie » ;

« c'est un gars qui boit beaucoup mais qui ne peut plus s'arrêter de boire. Ce n'est plus une question de volonté, quand on tremble le matin on est obligé de boire pour pouvoir aller au travail. Beaucoup de gens ne comprennent pas ce phénomène de dépendance » ;

« c'est quand on ne peut rire normalement sans alcool » ;

« c'est quand on ne peut plus rien faire sans boire, qu'on ne vit plus qu'au travers de l'alcool » ;

« c'est celui qui se lève le matin et qui est obligé de boire pour se lever ».

Si la notion même de quantité d'alcool consommée revient peu, lorsqu'une personne en parle, c'est le plus souvent en l'associant à la notion de dépendance.

### 3) Etre alcoolique : c'est fuir, c'est chercher à oublier (15% des réponses)

Les personnes appartenant à cette classe définissent l'alcoolisme à partir de ces origines : ce qui les a amenés à devenir alcooliques, c'est l'envie de fuir et d'oublier leurs problèmes.

« l'alcoolique est un malade malheureux, poussé à une consommation excessive de l'alcool pour oublier ses problèmes présents ou pour se donner une assurance qu'il ne croit plus posséder » ;

« dans les moments difficiles (soucis, déprime), on se met à l'alcool" ; "c'est boire jusqu'à tomber, boire pour ne plus penser » ;

« si on boit par angoisse, alors on force la dose, tandis que si on boit avec joie, juste pendant les fêtes par exemple, alors ça va. Quand on est cuité, on dort et on oublie les problèmes » ;

« il y a deux formes d'alcoolisme : en groupe, pour s'amuser ou en solitaire, plus triste pour ne pas penser aux problèmes ».

Beaucoup de façons différentes d'exprimer cette fuite dans l'alcool sont données.

« façon de fuir la réalité » ;

« c'est une personne qui a besoin d'oublier certaines choses et qui se réfugie dans l'alcool » ;

« un remède contre l'ennui, la dépression, un faux semblant » ;

« un refuge » ;

« pour s'évader du quotidien » ;

« un bon somnifère » ;

« dès que ça va plus avec ma femme, mes enfants, hop, on boit un coup. C'est la politique de l'autruche ».

Certains vont jusqu'à juger ce comportement de fuite. Il est tout d'abord inutile, puisque les problèmes réapparaissent avec le retour de la sobriété.

« c'est croire oublier ses problèmes en état d'ébriété » ;

« c'est un moyen d'oublier momentanément ses soucis et d'enlever ses angoisses » ;

« c'est une fuite, on fuit nos problèmes à travers l'alcool mais c'est sans issue » ;

« échappatoire au mal de vivre, aux problèmes familiaux, sans jamais trouver de solutions » ;

« c'est une évasion que je n'ai plus aujourd'hui car si je veux me saouler la gueule, il me faut deux litres. Avant c'était deux verres et j'étais fait comme un rat » .

De plus, la fuite en avant est une attitude souvent motivée par une mauvaise image de soi.

- « l'alcool, c'est un stimulant pour affronter la vie » ;
- « forme de lâcheté » ;
- « c'est lié à la peur de soi, à la peur de l'autre, à l'incapacité de communiquer avec autrui et soi-même » ;
- « c'est quand on boit parce qu'on n'est pas bien dans sa peau » ;
- « c'est quelqu'un de faible, qui a besoin de se réfugier dans la bouteille » ;
- « un refus de prendre ses responsabilités, un manque de confiance » ;
- « c'est s'abriter derrière l'alcool pour cacher quelque chose ».

#### 4) Etre alcoolique : c'est une déchéance, c'est se détruire soi-même et son entourage (13% des réponses)

Les personnes qui appartiennent à cette classe associent l'alcoolisme à une image de dégradation et de déchéance. C'est une destruction à la fois physique et morale. Certains termes, parfois pris dans le vocabulaire médical, évoquent la lenteur de la destruction.

- « un mal-être, une dégradation, des vies foutues en l'air » ;
- « c'est la perte de la maîtrise de sa vie, la dégradation » ;
- « c'est une solitude, c'est un enfer solitaire qui nous brise dans la tête, dans le corps et nous isole encore plus alors qu'on veut se rapprocher des autres. C'est une gangrène qui nous bouffe tous les jours » ;
- « une autodestruction » ;
- « c'est la déchéance physique et morale, l'isolement volontaire ou involontaire, on n'a plus de volonté » ;
- « c'est l'alcool qui vous englobe, vous ronge, vous bouffe. C'est une chose qu'on n'arrive pas à se séparer » ;
- « devenir une loque » ;
- « c'est la destruction de l'être humain » ;
- « c'est affreux. On peut devenir clochard, il vaudrait mieux être un chien. C'est la dernière étape de l'être humain. On fait des crises éthyliques, pour un alcoolique dépendant, c'est affreux. J'ai eu des hallucinations, je ne voudrais pas revivre cela » ;
- « c'est la mort à petit feu » ;
- « ça détruit, on a plus les mêmes réactions, les mêmes réflexes. Ça détruit les cellules, on a moins de goût pour la vie, le travail, on est souvent sur les nerfs » .

Cette idée de déchéance est parfois poussée jusqu'à l'extrême, avec comme conclusion la mort. L'alcoolisme est alors assimilé à une véritable descente aux enfers. Les termes employés appartiennent au champ lexical de la mort, et de la mort lente. Les images employées sont parfois très fortes.

- « suicide à petit feu » ;
- « l'enfer » ;
- « c'est l'enfer, tout simplement. Cela dit tout » ;
- « du fait qu'on boit, on a déjà un pied sous la terre. L'alcool, c'est la mort » ;

« l'alcool tue, mais tue lentement et fait souffrir. Beaucoup de maladies découlent ainsi que des problèmes. Pour que l'abstinence marche, il faut un but, mon but est de ne pas foutre en l'air un ménage. Un orgueil se crée si je rechute. C'est aux gens de venir vers moi ; je n'oserai plus aller vers eux. L'important est de bien vivre l'abstinence et être dans une association où on se sent bien, ne pas rester isolé » ;

« c'est la déchéance, c'est le trou. Quand on est dedans, c'est dur de remonter » ;

« c'est l'enfer, c'est une forme d'aliénation, ou en tout cas de dérèglement de tous les sens, mais justement dans le mauvais sens, vers le chaos, la destruction, le mal » ;

« un gouffre sans fond, c'est petit à petit qu'on glisse dedans, on glisse. C'est un calvaire pour remonter » ;

« c'est une lente progression vers le néant » ;

« c'est l'euthanasie légale à portée de tout le monde ».

Mais l'alcool amène non seulement la dégradation de celui qui boit, mais aussi de son entourage.

« c'est une chose qui détruit tout ce qu'on a, notre entourage, ça détruit notre vie. C'est une petite bête qui vous ronge, il faut faire de la prévention. Personnellement, je croyais que j'avais un démon en moi-même » ;

« c'est une maladie dangereuse pour tout le monde, pour la personne et pour les autres. On se détruit la santé et celle des autres » ;

« c'est un ami qui tue l'homme, sa famille. Quelque chose de latent, de sournois, dont on ne s'aperçoit pas tout de suite » ;

« c'est l'art et la manière de gâcher sa vie et celle des autres » .

C'est le contraste entre la période sous l'emprise de l'alcool et la période d'abstinence qui permet de réaliser cette déchéance.

« dans l'alcoolisme, tout est noir, c'est l'enfer, c'est la misère. Dans l'abstinence, tout est couleur ».

##### 5) Etre alcoolique, c'est succomber à une drogue (10% des réponses)

Une série de personnes comparent l'alcool à une drogue. Comme pour la drogue, on a une sensation de manque. Elles utilisent un vocabulaire normalement utilisé par les toxicomanes : dose, accro, en manque...

« C'est franchement lorsqu'on est en manque, lorsqu'on dit j'ai envie d'un verre, mais j'en ai pas » ;

« L'incapacité de contrôler sa consommation d'alcool. Une toxicomanie » ;

« c'est une drogue, il n'y a pas de secret, il vous faut la dose ».

Comme pour les drogues, il faut être aidé pour arriver à s'en sortir.

« c'est une drogue : on ne peut pas s'en séparer si on n'est pas aidé ».

L'alcool est comparé à des drogues douces, comme le tabac ou le hasch, mais aussi à des drogues dures.

« C'est une toxicomanie ; biologiquement, on ressent un manque physique, c'est une recherche du dépassement de soi, comme avec l'héroïne » ;

« une drogue douce, sans s'en apercevoir » ;

« c'est un poison violent, pire que la drogue ».

Mais contrairement aux drogues dures, l'alcool est accessible à tous : c'est un fléau en vente libre, c'est une drogue légale, une drogue autorisée...

« je suis devenu accro, la société, elle ne nous aide pas, elle fait de l'argent sur nous, c'est comme pour les drogues dures ».

La façon de commencer à boire est aussi rapprochée de la première fois que l'on prend de la drogue.

« c'est une drogue, t'as l'entraînement avec les copains, t'as des problèmes et tu te dis, « je vais prendre une bonne cuite, ça va passer et c'est l'engrenage » : 1 verre, 2 verres, 3 verres, 1 litre, 2 litres, comme une drogue. Ça crée plus de problèmes que ça en enlève, on devient dépendant, c'est la volonté qui intervient ».

Enfin, une personne donne cette définition : « c'est la drogue du pauvre ».

#### 6) Etre alcoolique : c'est devenir différent sous l'emprise de l'alcool (9% des réponses)

L'alcool transforme. La transformation est bien sûr physique, mais cet aspect est peu abordé, mise à part l'apparition de tremblements.

« on vieillit, on grossit, on n'a plus le même visage, il est gonflé, on se regarde dans une glace, on n'a plus le même visage. On ne mange plus non plus » ;

« une personne qui n'est pas jolie à voir quand elle boit » ;

« pour une femme, c'est pas joli ».

Ce sont surtout les modifications comportementales qui servent aux personnes de cette classe à définir ce qu'est l'alcoolisme, ou plutôt comment on réalise qu'on est alcoolique. Ces modifications comportementales vont dans le sens d'une plus grande irascibilité, jusqu'à accomplir des actes violents.

« on ne peut plus se contrôler » ;

« se saouler, casser des bistrotts comme j'ai fait. Plus reconnaître personne » ;

« c'est l'intempérance : on fait tout avec déraison, on n'est plus maître de soi, la perte de tout contrôle » ;

« il y a des gens qui boivent et qui dorment, il y a d'autres gens qui boivent et qui sont violents, je fais partie des violents » ;

« agressif, plus le goût à rien ».

Beaucoup soulèvent l'incapacité de réagir face à ces changements de comportement, et donnent l'impression d'avoir été dépassés et de s'être repliés sur eux-mêmes.

« c'est ne plus avoir de personnalité » ;

« personne qui ne maîtrise plus sa vie à cause de sa dépendance » ;

« on devient quelqu'un d'autre lorsqu'on se regarde dans la glace le matin, on a honte de ce qu'on a pu faire le soir, c'est l'horreur, c'est la folie » ;

« rater beaucoup de choses, perdre sa dignité, sa classe. Ne plus savoir ou on est, ne plus être normal, soi-même » ;

« c'est une catastrophe, on n'est plus la même personne, on s'enferme encore plus dans la solitude » ;

« on ne voit plus les choses de façon réelle, on est dans un rêve, plutôt dans un cauchemar ».

Cette définition basée sur les modifications de comportement induites par l'alcool est due à la réalisation a posteriori de la façon dont l'alcool changeait ces anciens alcooliques. Ils ont parfois le sentiment d'un dédoublement de personnalité.

« perdre sa raison et ne pas s'en rendre compte » ;

« être comme un robot » ;

« quand je buvais, c'est comme s'il y avait deux personnes en moi, la méchante et moi-même » ;

« c'est la perte de conscience du monde, je m'en suis rendu compte la première fois que j'ai entendu chanter un oiseau le matin. Avant, je n'avais pas conscience de ce qui m'entourait : la nature, les gens, l'odorat, le goût ».

#### 7) Etre alcoolique : c'est boire en trop grande quantité (7% des réponses)

Les personnes de cette classe associent l'alcoolisme à une trop grande consommation d'alcool. Le sentiment est soit purement subjectif, en utilisant des superlatifs, soit plus concret en annonçant des doses précises de vin ou d'alcool.

« c'est quand on boit trop » ;

« c'est quelqu'un qui boit sans modération » ;

« un verre, deux verres, trois verres, quatre verres, etc... » ;

« c'est boire petit à petit sans s'en rendre compte des petites ou des grosses quantités. Même un verre de rouge ou deux verres, on est alcoolique » ;

« il y a plusieurs stades : le petit quart de vin toute sa vie en mangeant ; quelques bières et du vin ; pour le chronique le corps en a vraiment besoin. Qui se lève sain tremble, en buvant il ne tremble plus. » ;

« c'est le gars de bon matin, qu'il lui faut cinq verres de blanc pour arrêter la bibine » ;

« des personnes qui boivent comme des trous » ;

« on commence par un apéro et on finit par dix » ;

« c'est l'incapacité de gérer sa consommation d'alcool ».

En outre, à la quantité est parfois associée la notion d'absence de plaisir.

« boire beaucoup, sans prendre plaisir, n'importe quand, n'importe quoi avec n'importe qui ou tout seul » ;

« c'est boire sans soif, sans raison » .

Enfin, à la quantité est aussi associée la durée. L'alcoolique est périodiquement saoul, voire dans le coma.

« le gars qui est blindé du matin au soir » ;

« des gens qui boivent beaucoup d'alcool et qui après attrapent des comas, comme moi » ;

« celui qui boit anormalement jusqu'aux crises » .

### 8) Etre alcoolique : un plaisir qui s'est transformé en calvaire (4% des réponses)

Ces personnes ont d'abord été attirées par l'alcool parce qu'elles aimaient les sensations qu'il leur procurait.

« pour moi personnellement, au début, boire avec les copains, c'était un amusement, on ne se rendait pas compte qu'on buvait » ;

« on rigole bien quand on a bu. On ose plein de choses. On est entreprenant avec les filles. » ;

« ça fait beaucoup de choses, ça rend heureux » ;

« mon problème c'est que j'aime bien la défonce » ;

« au départ, c'est le plaisir de boire, le goût, une facilité dans le langage pour les personnes timides » ;

« c'est aussi l'amour de l'alcool ».

Mais ce plaisir est de courte durée et le réveil est toujours difficile.

« on aurait tendance à penser que l'alcool fait du bien, ça rend gai ; mais le lendemain, ça ne nous a rien apporté, rien de bon. C'est vachement mauvais, néfaste ; sur le coup, ça fait du bien, mais ça détruit beaucoup, on oublie à cause de l'alcool » ;

« c'est un refus, mais avant cette période fatale, c'est très agréable. A partir du moment où on ne prononce plus le mot alcoolique, ce n'est plus le plaisir, c'est la galère » ;

« c'est une déchéance physique, morale, mais au départ c'est un grand plaisir, une certaine satisfaction, euphorie » ;

« semble que cela donne du courage, que l'on est plus fort, plus gai, plus joyeux mais en fait c'est tout le contraire » ;

« maladie au réveil et euphorie quand on boit ».

Voici comment un ancien buveur résume son lien avec l'alcool : « c'est un ami qui vous veut du mal ».

### 9) Etre alcoolique : c'est héréditaire, c'est la fatalité (3% des réponses)

Quelques personnes estiment que l'alcoolisme est héréditaire, il leur faut lutter contre cet atavisme. Elles définissent alors l'alcoolisme par la vision que leur en a donnée leur entourage.

« mon père était déjà alcoolique, il était malade s'il ne buvait pas, il est mort » ;



« c'est d'abord l'environnement du contexte du travail, les métiers manuels, c'est des métiers d'alcooliques. Ensuite c'est l'environnement familial et enfin c'est l'environnement amical, les amis nous entraînent » ;

« moi, j'ai commencé tout gosse. Mon père et ma mère sont morts alcooliques. Si j'avais su, j'aurais quitté Concarneau avant. » ;

« je me demande même si c'est pas héréditaire : mon grand-père buvait, mon frère boit, ma mère boit » ;

« C'est un fléau social. Ma mère est morte d'un problème d'alcoolisme, j'ai connu beaucoup d'autres personnes qui sont décédées suite à ce problème » ;

« chez certains sujets, il existe une prédisposition, lorsque les parents ou les grands parents boivent ».

#### 10) Etre alcoolique : c'est mettre le pied dans un cercle vicieux, un engrenage (2% des réponses)

Une autre façon d'exprimer le principe de dépendance, c'est de parler d'engrenage, ou même de cercles vicieux. Quelques personnes préfèrent cette image à celle plus scientifique de la dépendance à l'alcool.

« au début, ça semble bon, puis ça fait oublier, puis on augmente les doses, puis on est malade mais il faut continuer, c'est un cercle vicieux. A un certain stade, on ne peut plus s'en sortir tout seul » ;

« cela découle d'une habitude que l'on entretient » ;

« au début, c'est génial. J'étais sur un nuage, capable de renverser des montagnes, de tout dire. Je buvais pour oublier ce que j'avais subi. Mais rien ne change. C'est un engrenage terrible. Sa définition : problèmes juridiques, problèmes familiaux, problèmes de santé. L'alcoolisme s'inscrit dans un cercle vicieux » ;

« c'est un engrenage sans fin » ;

« un engrenage petit à petit : il en faut toujours plus, jusqu'au moment où on se rend compte qu'il faut arrêter et qu'on n'y arrive pas » ;

« plus le malade boit, moins il a de volonté, et moins il a de volonté et plus il boit ».

#### 11) Pas de définition (4% des réponses)

Enfin, un dernier groupe de personnes a refusé ou n'a pas été capable de donner sa propre définition de l'alcoolisme.

### I-5. Comment sortir de l'alcoolisme ?

Le sentiment qu'« un alcoolique est guéri s'il ne boit plus » est partagé à la fois par des néophytes et des spécialistes du domaine. Une large majorité de malades partage aussi ce point de vue. Cependant, près d'un quart a une vision beaucoup plus pessimiste des choses et considère qu'un alcoolique n'est jamais guéri.

Tableau n°19  
**Sentiments des malades sur l'affirmation :**  
**« un alcoolique est guéri s'il ne boit plus »**

	Effectifs	-%-
D'accord	374	60
Pas d'accord	54	9
Dépend du malade	28	5
Un alcoolique n'est jamais guéri	127	20
NSP	37	6

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Quant aux différents traitements pour guérir, l'avis des malades est plus partagé. Le sentiment partagé par le plus grand nombre est qu'il existe une seule méthode. D'ailleurs, le tiers des personnes qui partagent cet avis prône l'abstinence totale, un autre tiers la motivation personnelle. Rares sont ceux qui pensent qu'il n'existe pas de méthode de guérison.

Tableau n°20  
**Plusieurs méthodes pour guérir**

	Effectifs	-%-
Pas de méthode	24	4
Une seule méthode	243	39
Plusieurs méthodes	152	25
Cela dépend des malades	63	10
Autant de méthodes que de malades	23	4
NSP	115	19

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

L'opinion des malades actuellement pris en charge par le réseau est donc plutôt positive sur les possibilités de traitement et sur les chances de sortir de l'alcoolisme que leur offre le réseau. Mais malgré toute l'aide que peut apporter le réseau aux malades, la guérison de leur problème d'alcoolisme est avant tout conditionnelle à leur volonté d'en sortir.

## II - Les trajectoires

Le questionnaire destiné aux malades retrace leur parcours depuis qu'ils ont commencé à soigner leur problème d'alcoolisme. Il détaille tous les contacts qu'ils ont pu avoir, avec des associations d'anciens buveurs, des médecins spécialisés en alcoologie, des médecins non spécialisés ou d'autres, en respectant l'ordre chronologique des rencontres. Il était précisé aux personnes interrogées qu'on « leur demandait de se rappeler des personnes avec lesquelles elles avaient eu **des contacts suivis** (c'est-à-dire des contacts réguliers, au moins 2 ou 3 fois par mois), ou des lieux où elles auraient pu séjourner, et auprès de qui ou dans lesquels, elles avaient été chercher une aide et/ou des soins pour leur problème d'alcool ». C'est à l'étude de ces trajectoires au sein du réseau de prise en charge des problèmes d'alcoolisme que cette partie est consacrée.

### II-1. Quelques données sur les contacts

#### II-1-a. Le nombre de contacts

Les contacts sont différenciés lorsqu'ils ont eu lieu avec des intervenants différents. C'est-à-dire que si un patient a déclaré avoir consulté régulièrement un même médecin spécialisé en alcoologie pendant 10 ans, un seul contact est pris en compte.

Les trois quarts des personnes interrogées n'ont pas signalé plus de trois contacts au total. Le questionnaire prévoyait jusqu'à 10 contacts successifs, seules 2 personnes en ont déclarés autant. Les parcours des personnes interrogées au sein du réseau de prise en charge de l'alcoolisme sont donc relativement courts. En moyenne, le nombre de contacts est de 2,8. Les personnes circulent finalement assez peu à l'intérieur du réseau de prise en charge des malades alcooliques.

Tableau n°21  
Nombre de contacts déclarés par les malades

Nombre de contacts	Effectifs	- % -	- % - cumulé
Un seul contact	112	18	18
Deux contacts	197	32	50
Trois contacts	151	24	74
Quatre contacts	78	13	87
Cinq contacts	49	8	95
Six contacts	15	2	97
Sept contacts	7	1	98
Huit contacts	5	1	99
Neuf contacts	4	1	100
Dix contacts ou plus	2	0	100

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Selon le département ou la personne a été interrogée le nombre moyen de contacts varie peu. Seul le Cher se distingue des autres départements, avec un nombre de contacts particulièrement faible (2).

Tableau n°22  
Nombre moyen de contacts selon le département

Département	Nombre moyen de contacts
Seine-Saint-Denis	3,1
Morbihan	3,1
Nord	2,9
Bas-Rhin	2,8
Drôme	2,6
Aude	2,5
Cher	2

Source : enquête CRÉDOC / RNSP

## II-1-b. Les différents contacts

Pour étudier les trajectoires des malades dans le réseau, seuls quatre types de contacts ont été considérés :

- les associations d'anciens buveurs
- les médecins non spécialisés en alcoologie
- les médecins spécialisés en alcoologie
- les autres personnes ou structures (CHAA, foyers de cure, hospitalisation)

Une même personne peut éventuellement avoir eu plusieurs contacts avec un même type de structure ou de personnes au cours de sa trajectoire dans le réseau. Par exemple, elle peut avoir intégré deux associations d'anciens buveurs, ou avoir arrêté d'assister aux réunions pendant un certain temps et être retournée par la suite dans la même association. Dans sa trajectoire, elle va donc avoir mentionné deux fois un contact avec des associations d'anciens buveurs. Ces contacts avec un même type de structure sont le plus souvent successifs ; mais ils peuvent parfois être séparés par des contacts avec d'autres structures (rencontre avec une association d'anciens buveurs, suivie d'un traitement par un médecin spécialisé, puis nouvelles réunions dans une association d'anciens buveurs).

Les tableaux qui suivent isolent les contacts recensés avec chacune des quatre structures ou personnes considérées.

Tableau n°23

### Fréquence des contacts avec les médecins spécialisés et non spécialisés

Médecin spécialisé	Effectif	- % -
Aucun contact	376	60
Un contact	191	31
Deux contacts	47	8
Trois contacts	5	1
Quatre contacts	1	0

Médecin non spécialisé	Effectif	- % -
Aucun contact	367	59
Un contact	220	36
Deux contacts	24	4
Trois contacts	9	1

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

La proportion de personnes n'ayant pas mentionné de relations avec un médecin spécialisé ou non spécialisé est identique : 60%. Cependant, il y a une plus forte proportion de personnes qui ont eu des relations multiples avec des médecins spécialisés. Ce résultat met en évidence le rôle de « redistributeur » joué dans le réseau par les médecins non spécialisés. Ils décèlent les patients qui souffrent d'un problème d'alcoolisme, débutent éventuellement un

traitement mais les orientent ensuite, soit vers un médecin spécialisé soit vers une structure (CHAA, hôpital, foyer de cure..). Quant au médecin spécialisé, il peut orienter le patient vers d'autres confrères eux aussi spécialisés en alcoologie, ou reprendre un traitement avec son patient après l'avoir orienté vers un centre de cure.

Tableau n°24

## Fréquence des contacts avec les associations d'anciens buveurs

Nombre de contacts avec une association	Effectif	- % -
Aucun contact	316	51
Un contact	263	42
Deux contacts	33	6
Trois contacts	7	1
Quatre contacts	1	0

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

La moitié des personnes interrogées ont mentionné au moins un contact avec une association d'anciens buveurs. Ce chiffre est à rapprocher de la proportion de personnes qui ont déclaré avoir assisté au moins une fois à une réunion d'anciens buveurs, qui est un peu supérieur (63%). Ce type de réunion n'est pas forcément organisé au sein d'une association, mais peut l'être par un CHAA ou même un hôpital. Mais ces réunions sont plus marginales, elles ne représentent en fait que 13% des rencontres d'anciens buveurs.

Tableau n°25

## Fréquence des contacts avec les autres structures ou personnes

Nombre de contacts avec une autre structure ou personne	Effectif	- % -
Aucun contact	204	33
Un contact	210	34
Deux contacts	110	18
Trois contacts	56	9
Quatre contacts	23	4
Cinq contacts	10	1
Six contacts	3	1
Sept contacts	2	0
Huit contacts	2	0

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les trois quarts des personnes interrogées ont mentionné des contacts avec d'autres personnes ou structures. Ce sont ces contacts qui sont les plus nombreux et les plus souvent multiples, dans la mesure où cette rubrique englobe différents organismes.

## II-2. L'entrée dans le réseau

Dans cette sous-partie, on s'intéresse plus particulièrement au premier maillon de la trajectoire. Cette étape détermine ensuite le reste du chemin suivi au sein du réseau.

### II-2-a. L'âge au moment du premier contact

Les personnes interrogées ont précisé l'âge auquel elles ont pour la première fois entrepris une démarche pour soigner leur problème avec l'alcool.

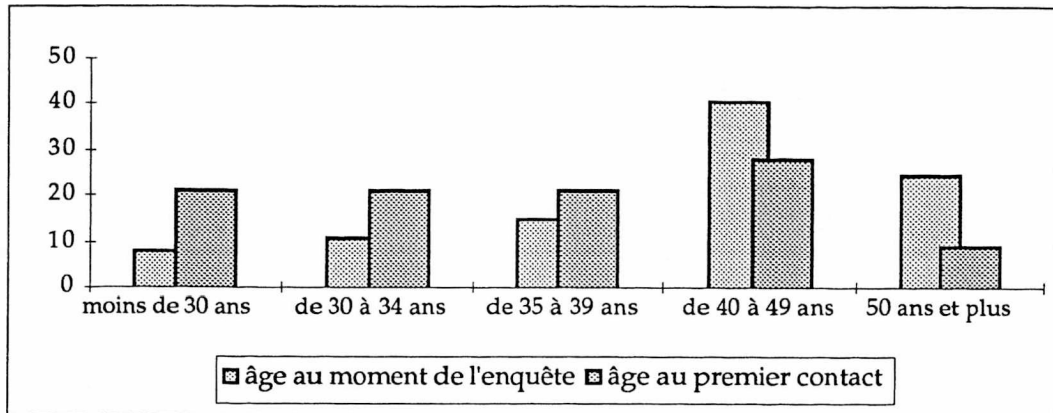
Tableau n°26  
Age au premier contact

Age	Effectifs	- % -
Moins de 30 ans	135	22
De 30 à 34 ans	128	21
De 35 à 39 ans	128	21
De 40 à 49 ans	172	27
Plus de 50 ans	57	9

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Si l'on compare la structure par âge au moment de l'enquête et celle au moment du premier contact, il apparaît qu'elles ne se déduisent pas l'une de l'autre par une simple translation. Le nombre d'années de traitement semble très variable d'une personne à l'autre, à la fois selon l'âge au premier contact, mais aussi selon d'autres critères.

Graphique n°18  
 Comparaison de la structure par âge des personnes interrogées  
 au moment de l'enquête et au premier contact



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

II-2-b. Nombre d'années écoulées depuis la première démarche effectuée pour résoudre le problème d'alcool

Parmi les personnes rencontrées, cette durée est très variable. Les démarches les plus récentes datent de moins d'un mois, les plus anciennes remontent 39 ans en arrière.

Tableau n°27  
 Nombre d'années écoulées depuis la première démarche

Nombre d'années	Effectifs	- % -	- % - exprimé	- % - exprimé cumulé
Un an ou moins	157	25	26	26
De 2 à 5 ans	198	32	33	59
De 6 à 10 ans	106	17	18	77
De 11 à 15 ans	72	12	12	89
Plus de 15 ans	69	11	11	100
Non connu	18	3		

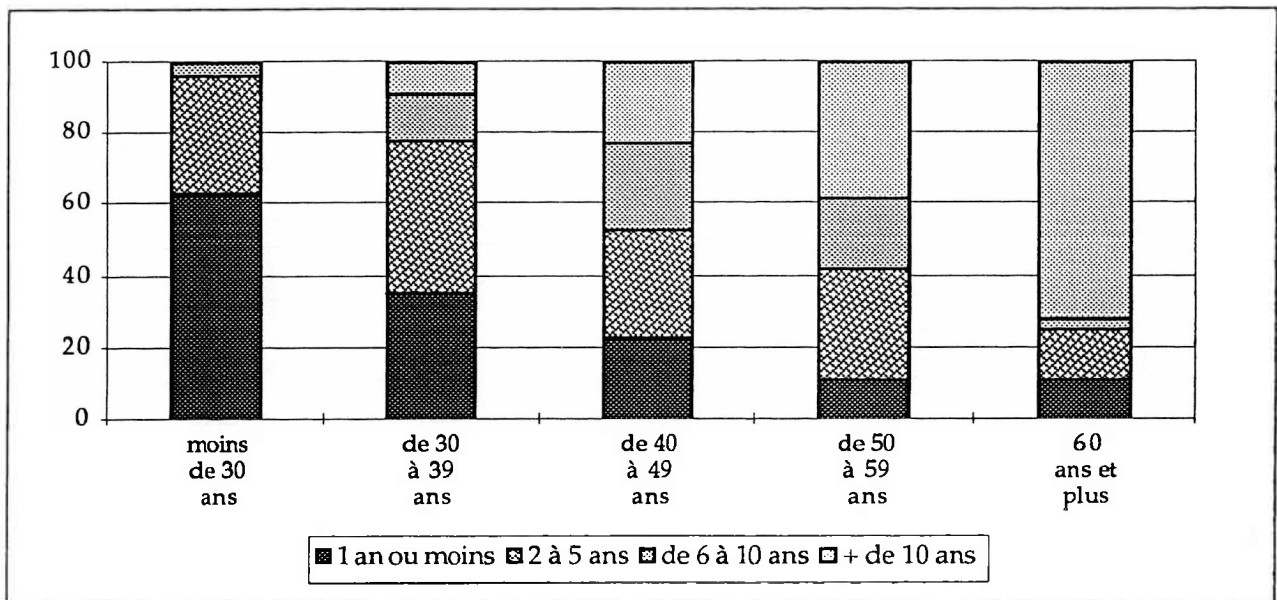
Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP



Le nombre d'années de traitement est logiquement fortement corrélé à l'âge. Néanmoins, à partir de 50 ans, la part de personnes qui ont fait leur première démarche au cours de l'année écoulée demeure aux alentours de 11%. Même aux âges plus avancés, des personnes décident de se prendre en charge et de soigner un problème d'alcoolisme soit récent, apparu suite à un événement particulier, soit plus ancien mais dont elles ont fini par prendre conscience.

Graphique n°19

**Corrélation entre l'âge et le nombre d'années écoulées depuis la première démarche pour soigner le problème d'alcool**

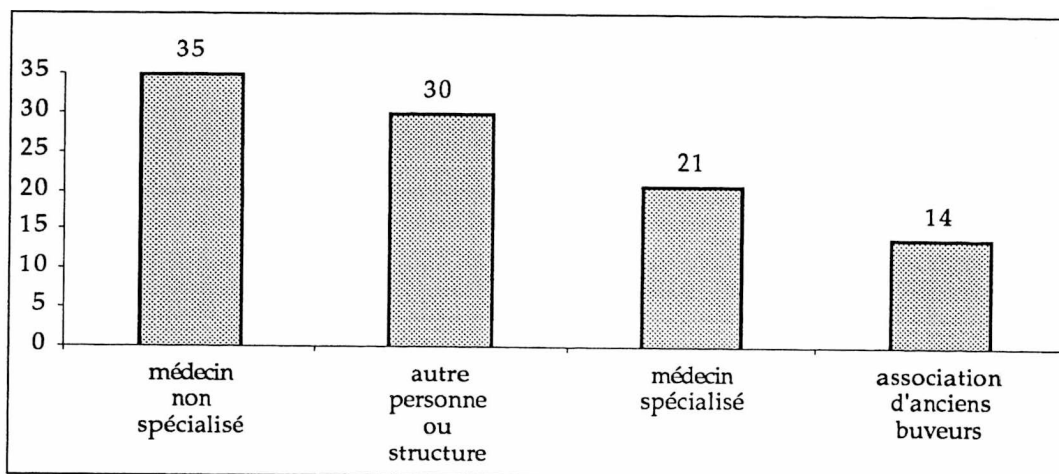


Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Outre l'âge, il n'y a pas d'autres variables socio-démographiques qui soient corrélées avec le nombre d'années écoulées depuis la première démarche. Par contre, on verra par la suite que la trajectoire dans le réseau est corrélée.

## II-2-c. Les partenaires par qui on entre dans le réseau

Graphique n°20  
Les partenaires d'entrée dans le réseau



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC - RNSP

Ce sont les médecins non spécialisés qui constituent l'entrée la plus fréquente dans le réseau. Les deux tiers des malades ont déclaré que leur premier contact avait eu lieu avec l'un d'entre eux. A l'inverse, les associations d'anciens buveurs servent de porte d'entrée pour seulement un peu plus d'une personne sur dix.

Certains critères socio-démographiques modifient les probabilités d'entrée dans le réseau de prise en charge des personnes alcooliques. Pour mieux isoler les effets de chaque variable étudiée, les traitements ont été effectués à l'aide d'une régression logistique<sup>13</sup>. Cette méthode permet de déterminer « toutes choses égales par ailleurs » l'influence propre de chaque variable sur le fait d'entrer par l'un ou l'autre des partenaires. Les variables prises en compte dans le modèle caractérisent dans la mesure du possible la situation de la personne interrogée au moment de son entrée dans le dispositif. Ainsi, ce n'est pas l'âge au moment de l'interview qui est considéré, mais l'âge au moment du premier contact, ainsi que le nombre d'années écoulées depuis ce premier contact. Seules les ressources reflètent sa situation actuelle. Néanmoins, on peut considérer que pour la plupart des personnes, il y a un lien entre les ressources actuelles et celles au moment du contact.

Le département a été inclus dans la liste des variables explicatives, le modèle isole ainsi les particularités locales et met en évidence les effets des autres variables socio-démographiques en supprimant le biais introduit par ces distorsions locales.

<sup>13</sup> voir en annexe l'exposé de cette méthode

Tableau n°28

Coefficients d'une régression logistique sur les différentes entrées dans le réseau

Variables considérées dans le modèle	Association d'anciens buveurs (p=0,17)	Médecin non spécialisé (p=0,29)	Médecin spécialisé (p=0,30)	Autre organisme ou autre structure (p=0,24)
<b>Département</b>				
Aude	0,73			-0,65
Cher		-1,58		0,61
Drôme	1,38		-1,23	
Morbihan	0,77			
<i>Nord</i>				
Bas-Rhin	0,99		-1,47	0,58
Seine-Saint-Denis	0,75			-0,41
<b>Age du premier contact</b>				
Moins de 30 ans				
De 30 à 34 ans	-0,53			
De 35 à 39 ans		0,34		
De 40 à 49 ans				
50 ans et plus				0,49
<b>Nombre d'années écoulées depuis le premier contact</b>				
Moins de deux ans		-0,51		0,49
De 2 à 5 ans				
De 6 à 10 ans				
De 11 à 15 ans				
Plus de 15 ans			-1,1	
<b>Sexe</b>				
<i>Homme</i>				
<i>Femme</i>				
<b>A déjà vécu en couple précédemment</b>				
<i>Oui</i>				
Non		0,25		-0,56
<b>A eu des enfants</b>				
<i>Oui</i>				
Non			-0,38	0,37

<b>Le premier contact a été la conséquence d'un événement particulier</b>				
Oui, un problème de santé physique				0,4
Oui, un pbme psychiatrique ou une tentative de suicide				
Oui, un pbme de travail				
Oui, un pbme de couple	0,68			
Oui, la pression d'un proche	0,48			
Oui, un pbme relationnel	0,89	-0,90		0,67
Oui, une prise de conscience				
Oui, un problème juridique ou autre				
<i>Non</i>				
<b>Niveau de fin d'études</b>				
École primaire	-0,69			0,62
6ème, 5ème, CPPN				1,1
4ème, 3ème				
<i>CAP, BEP,</i>				
Lycée	-0,87	0,35	-0,55	0,39
Niveau supérieur				
Autre			0,6	
<b>Ressources mensuelles par u.c.</b>				
2000 F ou moins				
De 2001 à 3000 F				
De 3001 à 4000 F				
<i>De 4001 à 6000 F</i>				
De 6001 à 8000 F	-0,9	0,43	0,6	-0,53
Plus de 8000 F	-1,37	0,49		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Guide de lecture : les effets sont calculés « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire que lorsque l'on considère l'effet de la variable département, les autres variables du modèle sont égales à la situation de référence. La situation de référence a été déterminée a priori. Pour chaque caractéristique, c'est l'item concernant le plus d'individus qui a été sélectionné. La situation de référence est signalée en italique.

Les probabilités associées à la situation de référence sont indiquées en haut du tableau. Seuls les coefficients significativement différents de 0 (avec une probabilité inférieure à 0,2) ont été reportés dans le tableau.

Les coefficients qui figurent dans ce tableau sont comparables et même additionnables entre eux. C'est-à-dire que les différents critères peuvent être ordonnés selon leur influence sur la variable expliquée. Par exemple, un individu qui a été interrogé dans le Bas-Rhin (et dont les autres caractéristiques envisagées dans le modèle sont identiques à la situation de référence), a une probabilité plus forte que l'individu de référence d'être entré dans le réseau par une association d'anciens buveurs. Si en outre, cet individu a des ressources mensuelles de 6000 à 8000 F par mois par u.c., la probabilité qu'il ait commencé par une association d'anciens buveurs redescend au même niveau que pour l'individu de référence.

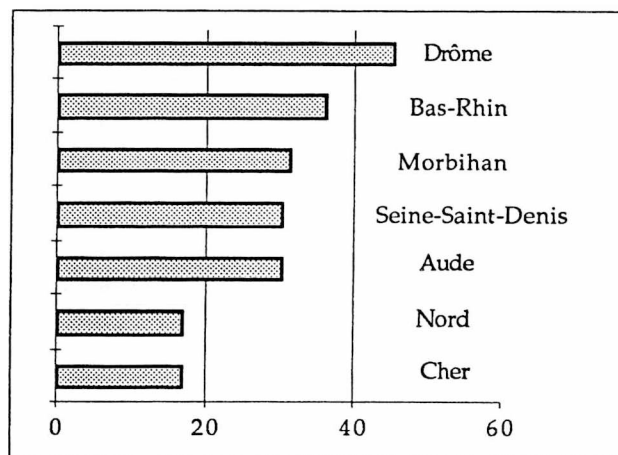
A partir de ces coefficients, il existe une relation simple qui permet d'en déduire la probabilité estimée. Cependant la propriété de comparabilité disparaît. C'est pourquoi ce sont les coefficients et non les probabilités qui figurent dans ce tableau.

C'est la variable département qui a l'influence la plus importante. Les coefficients significativement différents de 0 sont nombreux et ont les valeurs les plus élevées. Par exemple, pour l'entrée par une association d'anciens buveurs, le coefficient associé au département de la Drôme est de 1,38, c'est-à-dire que pour un individu rencontré dans le Cher (et ayant les caractéristiques de la situation de référence), la probabilité de débiter par une association est de 45%, soit 28% supérieure à celle d'un individu rencontré dans le Nord. Les disparités locales sont fortes, surtout pour les probabilités d'entrée par les associations et les autres organismes.

Globalement, c'est dans le Nord et le Cher que le recours à une association d'anciens buveurs pour un premier contact est le plus faible. C'est dans le Bas-Rhin et surtout dans la Drôme que les probabilités sont les plus fortes.

Graphique n°21

**Variations de la probabilité de débiter par une association d'anciens buveurs  
suivant les différents départements**

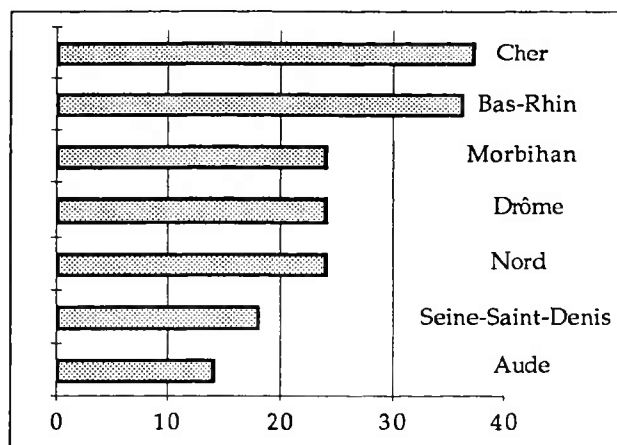


Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les probabilités de débiter par un médecin non spécialisé sont globalement identiques (29%), sauf dans le Cher où elle est significativement plus basse (8%). De même, les probabilités de commencer par un médecin spécialisé sont de l'ordre de 30% dans l'ensemble des départements, sauf dans le Bas-Rhin et la Drôme où elles sont nettement plus basses (9%).

Graphique n°22

Variations de la probabilité de débiter par une autre personne ou structure suivant les différents départements



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Enfin, pour les autres structures ou personnes, un premier groupe de départements constitué de l'Aude et de la Seine-Saint-Denis a une probabilité faible. A l'inverse, le Cher et le Bas-Rhin ont des probabilités particulièrement fortes.

L'influence des autres variables incluses dans le modèle est moindre, nulle pour le sexe, faible pour l'âge du premier contact et le nombre d'années écoulées depuis ce premier contact. A signaler seulement que la probabilité d'avoir commencé par un médecin spécialisé est bien moins forte pour les personnes dont le premier contact date de plus de 15 ans (12% au lieu de 30% pour la situation de référence). A l'inverse, les personnes dont le premier contact remonte à moins de deux ans ont une probabilité plus faible qu'il ait eu lieu avec un médecin non spécialisé (20% au lieu de 30%) et plus forte avec une autre structure (34%). Ces deux résultats illustrent l'évolution du dispositif de prise en charge depuis les 15 dernières années avec le développement de structures spécialisées.

L'influence du montant des ressources est significative, mais seulement pour les montants élevés (plus de 6000 F par mois et par u.c.). La probabilité de débiter la trajectoire par une association ou même par une autre structure est alors plus basse que pour l'individu de référence, et celle de débiter par un médecin, spécialisé ou non, est plus élevée.

Enfin, le fait que ce premier contact soit motivé ou non par un événement particulier a une influence assez nette sur le partenaire consulté.

Tableau n°29

Taux de personnes ayant déclaré que leur premier contact  
était la conséquence d'un événement particulier

	Effectifs	- % -
Médecin spécialisé	84	66
Médecin non spécialisé	140	66
<i>Moyenne de l'échantillon</i>	<i>424</i>	<i>68</i>
Autres personnes ou structures	131	71
Association anciens buveurs	62	72

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC - RNSP

Guide de lecture : 62 personnes, soit 72% de l'ensemble des personnes étant d'abord rentrées en contact avec une association d'anciens buveurs, ont déclaré que ce contact a été la conséquence d'un événement particulier.

Quel que soit le premier contact, la proportion de personnes qui jugent qu'il est la conséquence d'un événement particulier est élevée. Elle atteint au moins les deux tiers des personnes interrogées. Cette proportion est encore plus élevée parmi les personnes ayant débuté leur trajectoire par une association d'anciens buveurs ou une autre personne ou structure. Le tableau qui suit présente les différents événements évoqués par les personnes interrogées qu'elles estiment à l'origine de leur première démarche.

Tableau n°30

Événements ayant amené les personnes interrogées à contacter  
un des membres du réseau pour se faire soigner

	Effectifs	- % -
Problème dans le couple	118	28
Problème santé physique	80	19
Prise de conscience	57	13
Conseil d'un proche	38	9
Problème au travail	36	8
Problème psychique	27	6
Problème relationnel	24	6
Tentative de suicide	18	4
Problème juridique	11	3
Accident de la route	9	3
Autre	5	1
Non réponse	1	0
<b>Total</b>	<b>424</b>	<b>100</b>

Source : enquête CRÉDOC - RNSP

Plus que le simple fait que la démarche soit motivée par un événement particulier ou non, c'est le type de démarche qui amène des différences entre les différentes possibilités d'entrée dans le réseau. Ainsi, la probabilité de contacter en premier une association d'aide aux anciens buveurs est significativement plus élevée lorsque la démarche est motivée par un problème avec l'entourage (conjoint, proche). Par contre, la probabilité de commencer par une autre structure est plus élevée si la personne concernée souffre d'un problème de santé physique.

#### II-2-d. Les taux de rechute selon l'entrée dans le réseau

On peut se demander si le type du premier contact, qui détermine à son tour l'ensemble de la trajectoire dans le réseau, a une influence sur le résultat du traitement. Le taux de personnes ayant recommencé à boire est un indicateur de l'efficacité du traitement. Ce n'est qu'un indicateur partiel, car une personne peut recommencer à boire de façon épisodique, avoir une période de relâchement durant son traitement, sans que l'on puisse considérer que l'ensemble du traitement soit un échec. De plus, le fait de rechuter est très lié à la personnalité du malade.

Dans tous les cas, ce taux de rechute est élevé, puisqu'il atteint 76% en moyenne. Néanmoins, il varie énormément d'une structure à l'autre. Les personnes ayant d'abord contacté des médecins, spécialisés ou non, ont un taux de 10% supérieur à celles qui ont débuté avec un autre partenaire. Il faut dire qu'avec ces deux intervenants les contacts sont assez espacés, contrairement aux associations d'anciens buveurs par exemple, les soins sont ambulatoires, contrairement aux foyers de cure. Ces deux raisons rendent plus difficile l'abstinence complète et expliquent peut-être la plus forte proportion de taux de rechute.

Tableau n°31

#### Taux de personnes ayant recommencé à boire

	Effectifs	- % -
Médecin non spécialisé	176	83
Médecin spécialisé	101	80
<i>Moyenne de l'échantillon</i>	<i>474</i>	<i>76</i>
Autres personnes ou structures	131	71
Association anciens buveurs	59	69

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC - RNSP

Guide de lecture : 83% des personnes ayant rencontré un médecin non spécialisé comme premier contact ont recommencé à boire depuis.



### II-2-e. L'influence de l'entrée dans le réseau sur le reste de la trajectoire

Après avoir étudié le premier contact en tant que tel, nous allons maintenant considérer l'ensemble de la trajectoire. Cette trajectoire est de longueur variable en fonction du premier partenaire.

Tableau n°32  
Nombre moyen de contacts

	Effectifs
Association anciens buveurs	2,4
Médecin spécialisé	2,5
Autres personnes ou structures	2,8
Médecin non spécialisé	3,3

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC - RNSP

Les trajectoires en moyenne les plus longues sont celles qui débutent par une rencontre avec un médecin non spécialisé. Quant aux autres, elles ont des tailles équivalentes. Le médecin non spécialisé est un premier maillon, il oriente ensuite vers un autre partenaire du réseau. Si la personne commence directement par un autre partenaire, sa trajectoire à l'intérieur du réseau est alors plus courte.

### II-3. Passage d'une structure ou d'une personne à une autre

Les liaisons entre les quatre intervenants considérés (association d'anciens buveurs, médecins non spécialisés, médecins spécialisés en alcoologie, autres types de structures ou de personnes) n'apparaissent pas dans des proportions identiques. Il est possible de les classer selon leur fréquence d'apparition dans l'échantillon.

Dans cette sous-partie, on ne considère pas encore la position de la liaison dans la trajectoire entière. C'est-à-dire qu'une liaison association --> médecin spécialisé qui intervient en début de trajectoire (liaison entre le premier et le deuxième contact), est considérée identique à une même liaison qui intervient entre le cinquième et le sixième contact.

Le tableau qui suit présente toutes les liaisons possibles, classées par ordre croissant de volume sur l'ensemble des liaisons constatées au sein du réseau. Toutes les combinaisons possibles entre les partenaires se réalisent, mais certaines liaisons apparaissent peu

fréquemment. C'est le cas de toutes celles qui dirigent vers un médecin non spécialisé en alcoologie. Ce résultat prouve que le médecin non spécialisé est plutôt une porte d'entrée dans le dispositif qu'un maillon de la chaîne, et confirme son rôle redistributeur.

Tableau n°34

Les probabilités de passage d'une structure ou d'un organisme à un autre

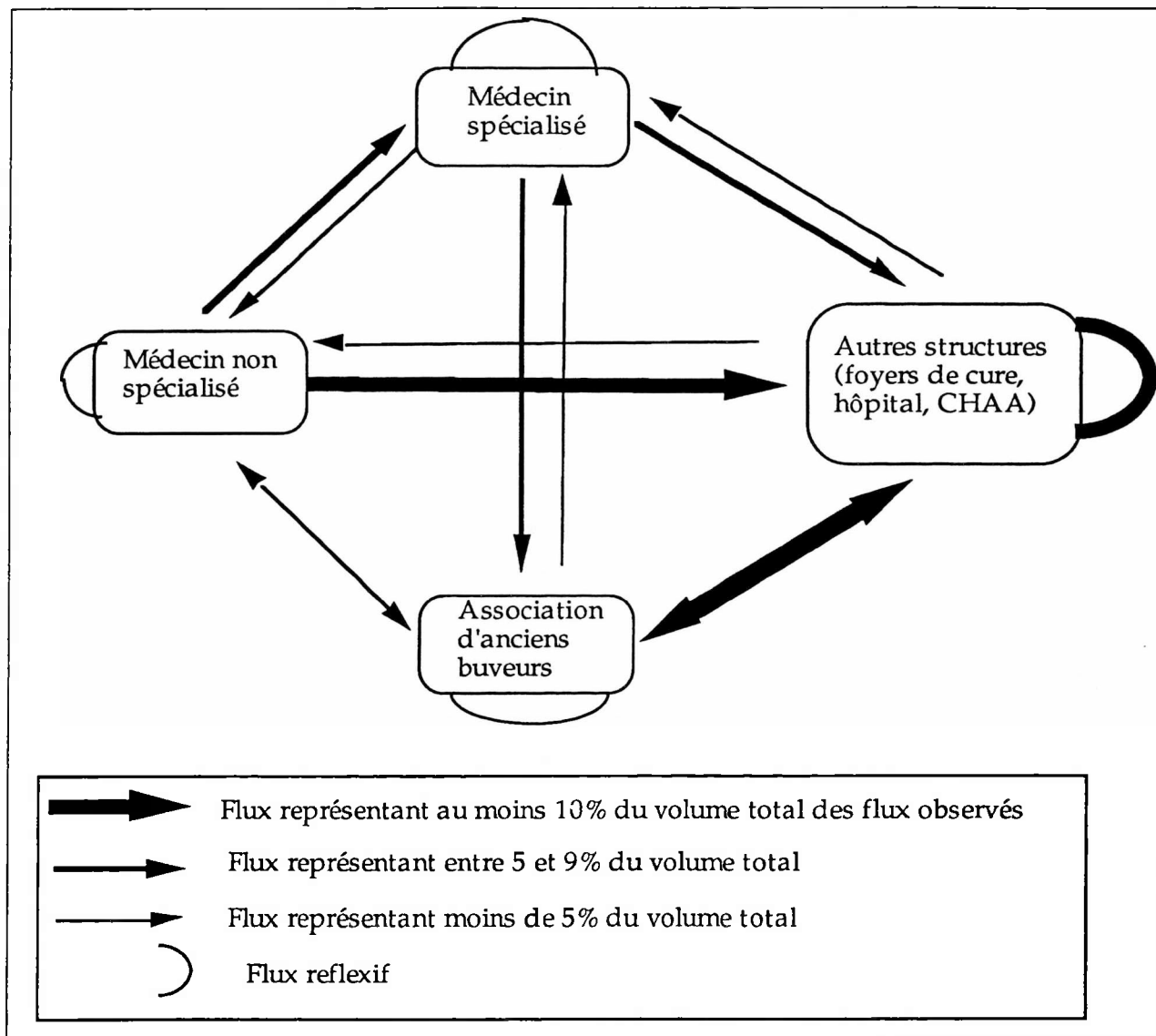
Type de liaison	Nombre de liaisons	- % -
Médecin spécialisé --> Médecin non spécialisé	12	1
Association --> Association	18	2
Association --> Médecin non spécialisé	22	2
Autre --> Médecin non spécialisé	22	2
Médecin non spécialisé --> Médecin non spécialisé	28	2
Autre --> Médecin spécialisé	31	3
Association --> Médecin spécialisé	34	3
Médecin spécialisé --> Médecin spécialisé	45	4
Médecin non spécialisé --> Association	48	4
Médecin spécialisé --> Association	56	5
Médecin non spécialisé --> Médecin spécialisé	65	6
Médecin spécialisé --> Autre	81	7
Association --> Autre	107	10
Médecin non spécialisé --> Autre	115	10
Autre --> Association	144	13
Autre --> Autre	294	26
<b>Total</b>	<b>1122</b>	<b>100</b>

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le graphique qui suit visualise les flux entre les différents partenaires du réseau et leur volume. Quatre liaisons sont particulièrement fortes, elles impliquent toutes les autres structures. Il est clair que le fait que la rubrique « autres personnes ou structures » contienne plusieurs partenaires du réseau multiplie les possibilités de flux. Cependant, toutes les liaisons passant par les « autres personnes ou structures » n'ont pas cette ampleur. Il y a beaucoup de circulation au sein même des divers partenaires contenus dans cette rubrique, ainsi qu'entre ces partenaires et les associations d'anciens buveurs, aussi bien dans un sens que dans un autre. De même, les médecins non spécialisés renvoient les patients vers ces partenaires. Ce sont avec les médecins spécialisés que les échanges sont les plus faibles.

Graphique n°23

Représentation des flux décrits par les malades au sein du réseau



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

#### II-4. Les trajectoires complètes

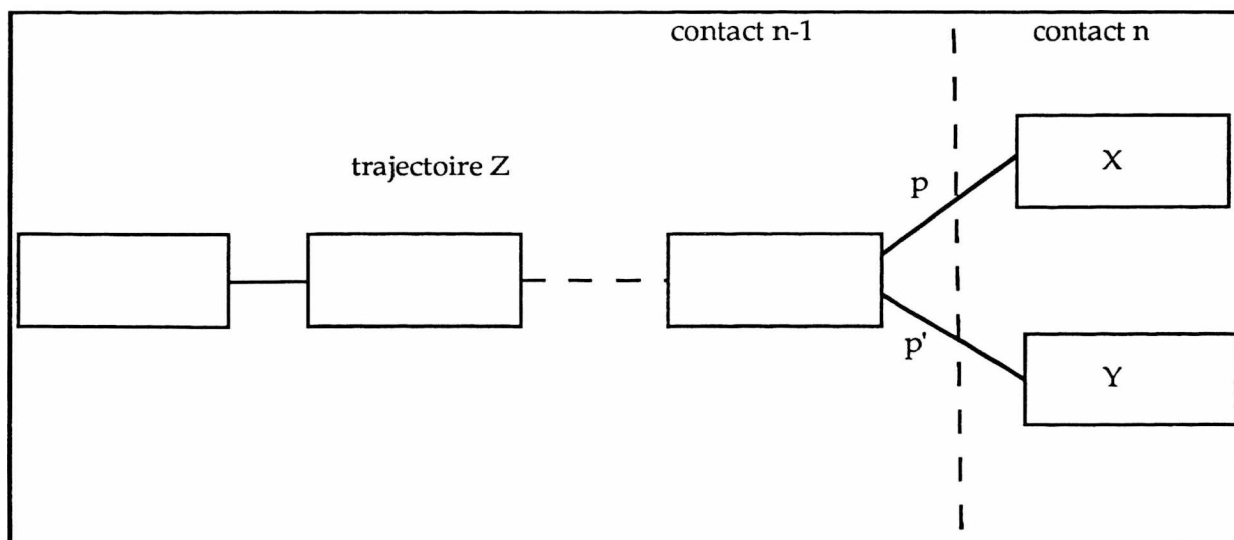
Au delà des liaisons entre les partenaires, on considère maintenant l'ordre dans lequel se succèdent les contacts évoqués par les malades. Seules les successions de contacts différents les uns des autres sont différenciées : si un contact est de même nature que le précédent, il n'est pas considéré comme un nouveau contact, mais comme le prolongement du précédent. Ainsi, si une personne a rencontré une association d'anciens buveurs, puis une deuxième association et enfin un médecin spécialisé, seulement deux contacts sont conservés, d'abord avec les associations d'anciens buveurs, puis avec les médecins spécialisés.

Les chaînes ne sont représentées que jusqu'au troisième contact différent. Au delà, les ramifications possibles sont très nombreuses et chaque branche ne concerne qu'un effectif réduit de personnes. Cependant, le nombre moyen de contacts étant en moyenne faible, en étudiant les chaînes de trois contacts différents, on étudie en fait 90% de trajectoires complètes. Seules 61 trajectoires continuent au-delà de trois contacts distincts.

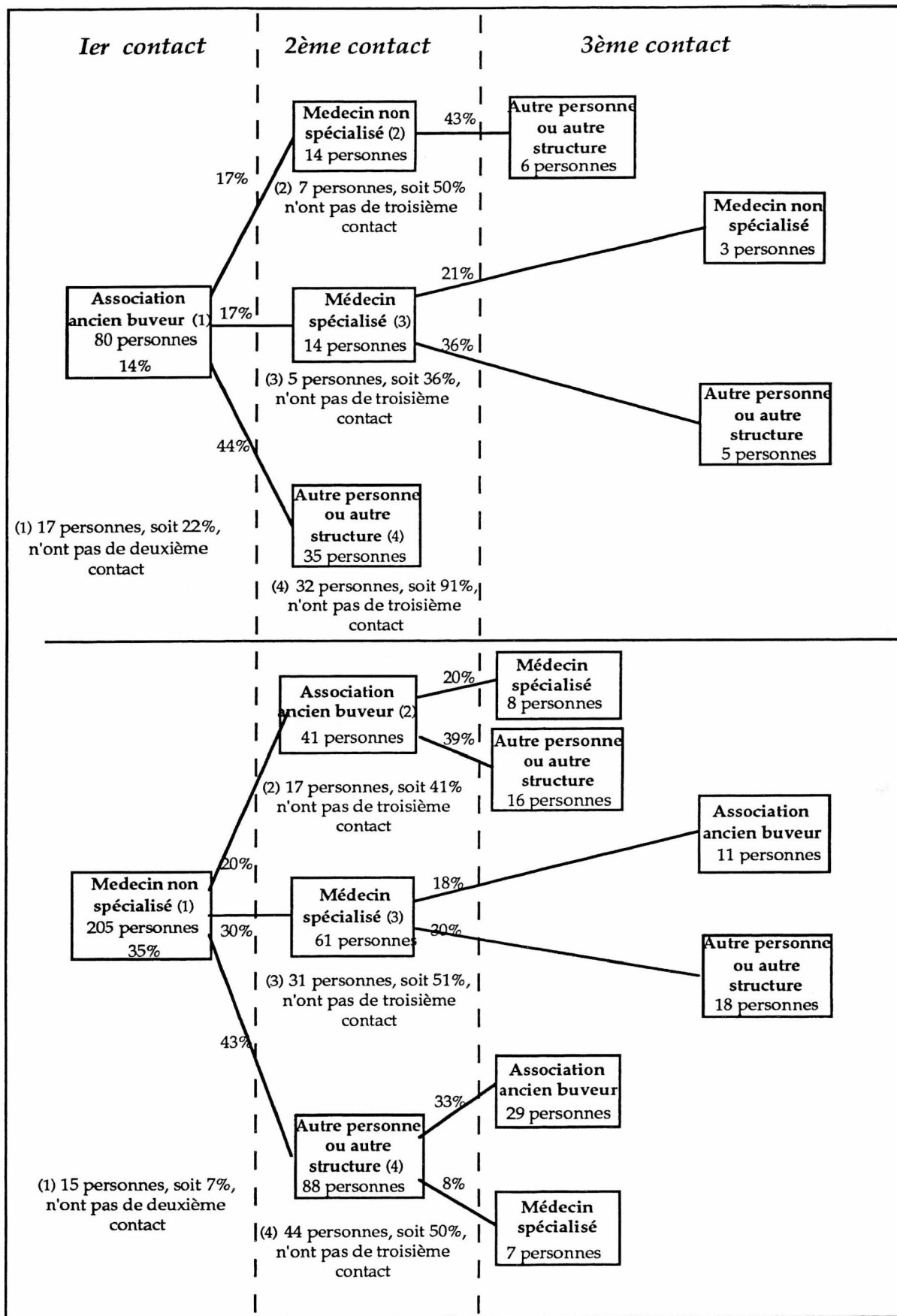
Des probabilités de passage d'une structure à une autre, mais cette fois en tenant compte de la position de la liaison dans la chaîne et des liaisons qui précèdent, ont été calculées. Si une personne a suivi jusqu'au contact n-1 la trajectoire z, elle a la probabilité  $p$  que cette trajectoire se poursuive par le contact x en  $n$ ème position, et la probabilité  $p'$  qu'elle se poursuive par le contact y.

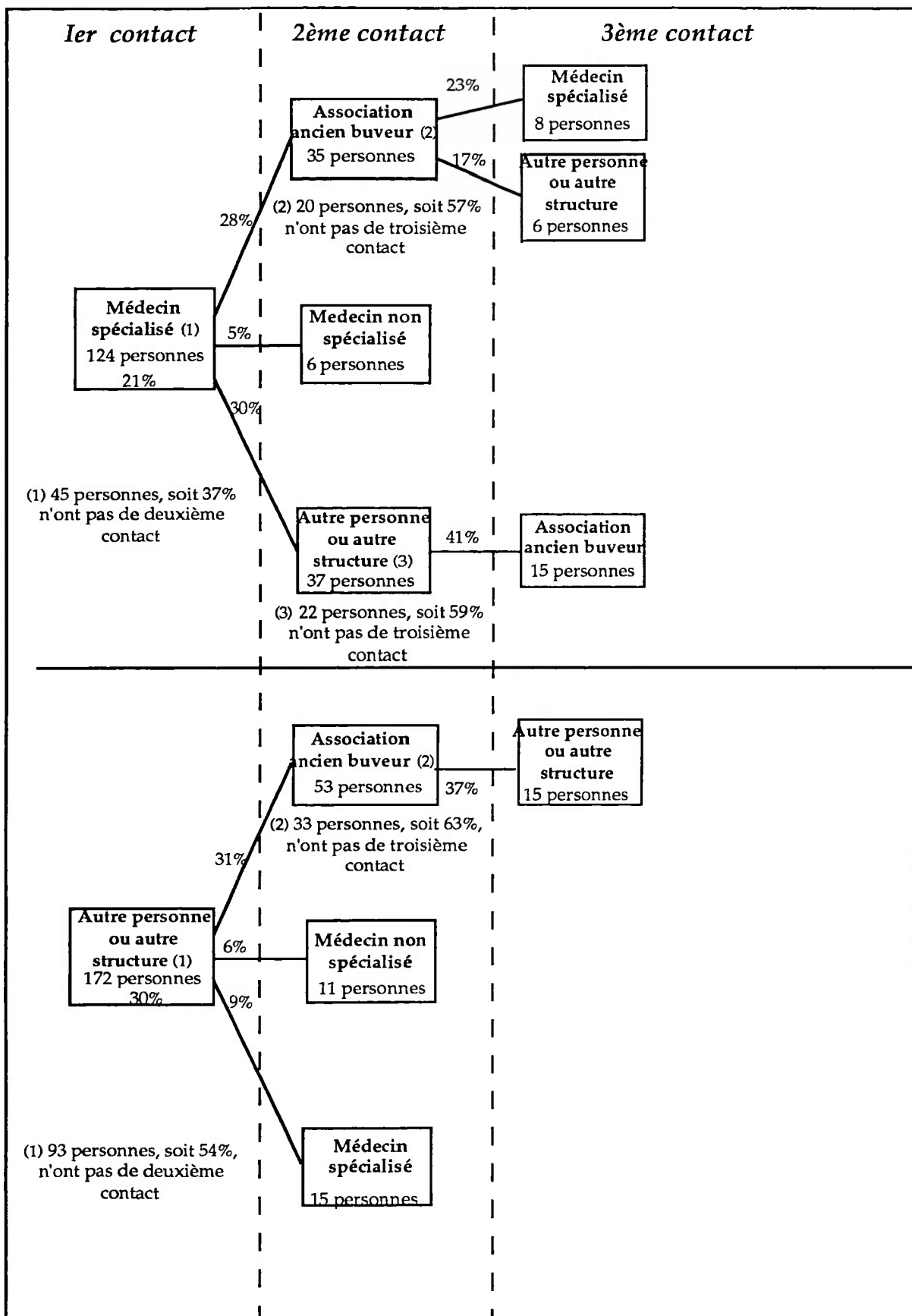
Graphique n°24

Probabilité d'apparition d'une liaison en fonction de la trajectoire passée



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP





Guide de lecture des deux graphiques précédents : Le nombre de personnes indiqué dans chaque case correspond au nombre de personnes qui ont décrit une trajectoire identique jusqu'au contact en question. Ainsi, 205 personnes ont été en contact avec un médecin non spécialisé en alcoologie lorsqu'ils ont effectué leur première démarche ; parmi ces 205 personnes, 41 personnes ont ensuite été en contact avec une association d'anciens buveurs.

Les pourcentages indiqués sur les traits qui relient les cases entre elles expriment la proportion de personnes allant dans la case suivante, parmi celles qui étaient déjà dans la case précédente. Ces pourcentages correspondent donc aux probabilités de passage exprimées plus haut.

Le tableau qui suit reprend les principales trajectoires, classées selon le nombre de personnes qui l'ont emprunté.

Les possibilités de trajectoires sont très variées (24 chemins différents ont été recensés). De plus, la trajectoire la plus répandue ne représente que 16% des personnes interrogées. Les huit plus fréquentes, c'est-à-dire celles qui se retrouvent au moins dans 5% des cas, représentent 62% des trajectoires de l'échantillon.

Tableau n°35  
Trajectoires les plus courantes

	Effectifs	- % -	Rang
Autre organisme	91	16	1
Med spécialisé	46	8	2
Med non spécialisé + autre organisme	44	8	3
Med non spécialisé + autre organisme + ...	44	8	4
Assoc + autre organisme + (rien ou ...)	35	6	5
Autre organisme + assoc	33	6	6
Med non spécialisé + med spécialisé	31	5	7
Med non spécialisé + med spécialisé + ...	29	5	8
Med non spécialisé + assoc + ...	24	4	9
Autre organisme + assoc + ...	22	4	10
Med spécialisé + autre organisme	21	3	11
Med spécialisé + assoc	20	3	12
Med non spécialisé + assoc	17	3	13
Assoc	17	3	14
Med spécialisé + autre organisme + ...	16	3	15
Med non spécialisé	15	3	16
Med spécialisé + assoc + ...	15	3	17
Autre organisme + med spécialisé + (rien ou ...)	15	3	18
Autre organisme + med non spécialisé + (rien ou ...)	11	1	19
Assoc + med spécialisé	7	1	20
Assoc + med non spécialisé	7	1	21
Assoc + med non spécialisé + ...	7	1	22
Med spécialisé + med non spécialisé + (rien ou ...)	6	1	23
Assoc + med spécialisé + ...	6	1	24

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Guide de lecture :

+ ... : la chaîne continue avec n'importe quel type de contact

rien + ... : soit la chaîne s'arrête, soit elle continue avec n'importe quel contact

rien précisé : la chaîne s'arrête



## II-5. Quelques critères influençant les trajectoires les plus fréquentes

Dans ce paragraphe, on ne s'intéresse qu'aux chemins empruntés par au moins 20 personnes.

### II-5-a. Le nombre d'années

Le nombre d'années de traitement influe sur la longueur de la trajectoire, mais cet effet n'est pas systématique. Ainsi, les personnes qui n'ont été en contact qu'avec des associations sont en moyenne depuis 7 ans en traitement. L'évolution du réseau, l'apparition ou le développement de structures spécialisées explique aussi certaines évolutions des trajectoires. Ainsi les personnes ayant d'abord suivi un traitement auprès d'un médecin non spécialiste, et qui ont ensuite assisté à des réunions d'anciens buveurs, sont traitées depuis 10 ans en moyenne. C'est une trajectoire très ancienne, moins suivie par les malades pris en charge plus récemment. Les trajectoires actuelles font intervenir des médecins ou des structures spécialisées. Les médecins non spécialistes orientent vers d'autres plutôt que d'entreprendre eux-mêmes un traitement.

Tableau n°36

Nombre moyen d'années de traitement par trajectoire

	Nombre moyen d'années de traitement	âge moyen au premier contact	Rang
Med non spécialisé + assoc + ...	11,5	35	9
Autre organisme + assoc + ...	10	36	10
Med non spécialisé + autre organisme + ...	9	36	4
Med spécialisé + assoc	8,5	38,5	12
Med non spécialisé + med spécialisé + ...	8	33	8
Assoc + autre organisme + (rien ou ...)	8	35	5
Autre organisme + assoc	8	40	6
<i>Moyenne de l'échantillon</i>	7		
Med non spécialisé + autre organisme	7	35	3
Med non spécialisé + med spécialisé	5	37	7
Autre organisme	5	37	1
Med spécialisé + autre organisme	4	39	11
Med spécialisé	3	38	2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

## II-5-b. Les rechutes

Le taux de personnes ayant recommencé à boire est très fluctuant suivant les trajectoires, puisqu'il peut varier quasiment du simple ou double. Ce sont plutôt des parcours courts pour lesquels le taux est le plus faible. Il faut rappeler que l'ancienneté des malades est moindre dans les trajectoires courtes. Les risques de rechute sont donc moindres. De plus, le fait que ces personnes ne circulent pas beaucoup dans le réseau est aussi le signe de leur satisfaction des traitements dont ils bénéficient. Si le traitement leur convient, il est peut-être plus facile d'arriver à respecter le jeu de l'abstinence.

Tableau n°37

**Proportion de personnes ayant recommencé à boire au moins une fois depuis le début de leur traitement selon les trajectoires**

	Proportion %	Rang
Autre organisme + assoc	55	6
Med spécialisé	70	2
Autre organisme	73	1
Assoc + autre organisme + (rien ou ...)	74	5
Med spécialisé + assoc	75	12
<i>moyenne de l'échantillon</i>	<i>76,5</i>	
Autre organisme + assoc + ...	77	10
Med non spécialisé + autre organisme	80	3
Med spécialisé + autre organisme	81	11
Med non spécialisé + med spécialisé + ...	83	8
Med non spécialisé + autre organisme + ...	84	4
Med non spécialisé + assoc + ...	92	9
Med non spécialisé + med spécialisé	94	7

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les trajectoires dans lesquelles figurent des associations ont des taux plutôt plus faibles que l'ensemble. Ce résultat corrobore le bon indice de satisfaction obtenu par les associations. Les malades ont en effet estimé que ce sont les associations qui les ont le mieux pris en charge. Une des conséquences de ce bon suivi est un taux de rechute plus faible.

Pour la trajectoire « médecin non spécialisé + médecin non spécialisé », le taux de rechute est énorme. Ce mauvais résultat est peut-être dû au fait que les personnes n'ont eu qu'un

suivi médical, et pas de suivi social. De plus, elles sont impliquées dans une relation avec un unique médecin, et ne sont pas en contact avec d'autres malades. Cet isolement rend peut-être plus difficile la guérison et facilite la rechute.

### III - Les différents traitements

Outre la description de leurs contacts avec les intervenants du réseau, les malades interrogés ont aussi décrit les différents traitements dont ils auraient pu bénéficier. La principale différence avec l'approche précédente est sur le mode d'interrogation : pour évoquer sa trajectoire, la personne interrogée était laissée entièrement libre. C'est spontanément qu'elle évoque les différents contacts qu'elle a eus par le passé et son cheminement au sein du réseau. Ici, la personne interrogée est assistée : elle doit dire si elle a ou non bénéficié d'une liste de soins. Ces deux approches sont complémentaires.

Tableau n°38

Différents traitements dont ont bénéficié les personnes interrogées

Proportion de personnes qui ont ...	Effectifs	- % -
participé à des réunions d'anciens buveurs	384	62
ont déjà séjourné dans un hôpital pour faire une cure	381	62
ont déjà séjourné dans un foyer de cure ou de postcure	255	41
suivi un traitement ambulatoire auprès d'un médecin spécialisé en alcoologie	226	37
suivi un traitement ambulatoire auprès d'un médecin non spécialisé	205	33
déjà été en consultation dans un CHAA	196	32
ont déjà séjourné dans un hôpital psychiatrique à cause des problèmes d'alcoolisme	150	24

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Deux types de soins sont des points de passage presque obligés pour les malades : les réunions d'anciens buveurs et les hospitalisations, près des deux tiers des personnes interrogées en ont bénéficié. Les autres sont moins systématiques mais concernent au moins le tiers des personnes interrogées. Seul le séjour dans un hôpital psychiatrique est moins fréquent. Il ne fait pas partie des traitements classiques mais s'adresse à un public particulier.

Il existe de fortes distorsions locales, du fait de l'implantation différente des structures au sein de chaque département, mais aussi des variations en fonction de certains critères socio-démographiques. Pour mieux isoler ces différents effets, une régression logistique<sup>14</sup> a été effectuée sur le taux de fréquentation de chaque partenaire du réseau. Les variables explicatives du modèle sont les mêmes que pour la régression logistique effectuée sur l'entrée dans le réseau.

<sup>14</sup> voir en annexe l'exposé de cette méthode

Guide de lecture : les effets sont calculés « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire que lorsque l'on considère l'effet de la variable département, les autres variables du modèle sont égales à la situation de référence. La situation de référence a été déterminée a priori. Pour chaque caractéristique, c'est l'item concernant le plus d'individus qui a été sélectionné. La situation de référence est signalée en italique.

Les probabilités associées à la situation de référence sont indiquées en haut du tableau. Seuls les coefficients significativement différents de 0 (avec une probabilité inférieure à 0,2) ont été reportés dans le tableau.

Les coefficients qui figurent dans ce tableau sont comparables et même additionnables entre eux. C'est-à-dire que les différents critères peuvent être ordonnés selon leur influence sur la variable expliquée. Par exemple, un individu qui a été interrogé dans le Cher ( et dont les autres caractéristiques envisagées dans le modèle sont identiques à la situation de référence) a plus souvent participé à une réunion d'anciens buveurs que l'individu de référence. Si en outre, cet individu a été amené à soigner son problème d'alcoolisme à l'initiative d'un proche et que ses ressources sont de 2000 à 3000 F par mois par u.c., la probabilité qu'il ait participé à cette réunion redescend au même niveau que pour l'individu de référence.

A partir de ces coefficients, il existe une relation simple qui permet d'en déduire la probabilité estimée. Cependant la propriété de comparabilité disparaît. C'est pourquoi ce sont les coefficients et non les probabilités qui figurent dans ce tableau.

Tableau n°39

Coefficients d'une régression logistique sur le recours aux différents partenaires du réseau

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Variables considérées dans le modèle	Participation à des réunions d'anc. buveurs (p=0,72)	Séjour dans un hôpital pour une cure (p=0,65)	Séjour dans un foyer de cure (p=0,49)	Traitement par un médecin spécialisé (p=0,37)	Traitement par un médecin non spécialisé (p=0,40)	Consultation CHAA (p=0,30)	Séjour dans un hôpital psychiatrique (p=0,18)
<b>Département</b>							
Aude			-0,79	-0,51		-1,9	1,73
Cher	0,87		-0,56				1,86
Drôme		-0,44	-0,66	-0,64	0,59		0,66
Morbihan	1,57	0,6		-0,88			1,37
<i>Nord</i>							
Bas-Rhin	0,36	-1,42	1,28	-2,16		0,61	
Seine-Saint-Denis	0,7	-0,38	-0,73			0,8	
<b>Age du premier contact</b>							
Moins de 30 ans			0,63	0,91			0,79
De 30 à 34 ans			0,5	0,71			0,43
De 35 à 39 ans			0,39	1			
<i>De 40 à 49 ans</i>							
50 ans et plus		-0,6		0,49		-0,67	
<b>Nombre d'années écoulées depuis le premier contact</b>							
Moins de deux ans	-1	-1,1	-0,81	-0,82	-0,59	-0,41	-0,9
<i>De 2 à 5 ans</i>							
De 6 à 10 ans		0,38					
De 11 à 15 ans	0,82						
Plus de 15 ans	0,72	0,61			0,66	-0,65	
<b>Sexe</b>							
<i>Homme</i>							
Femme				0,39			-0,56
<b>A déjà vécu en couple précédemment</b>							
<i>Oui</i>							
Non	0,27		-0,59				-0,57

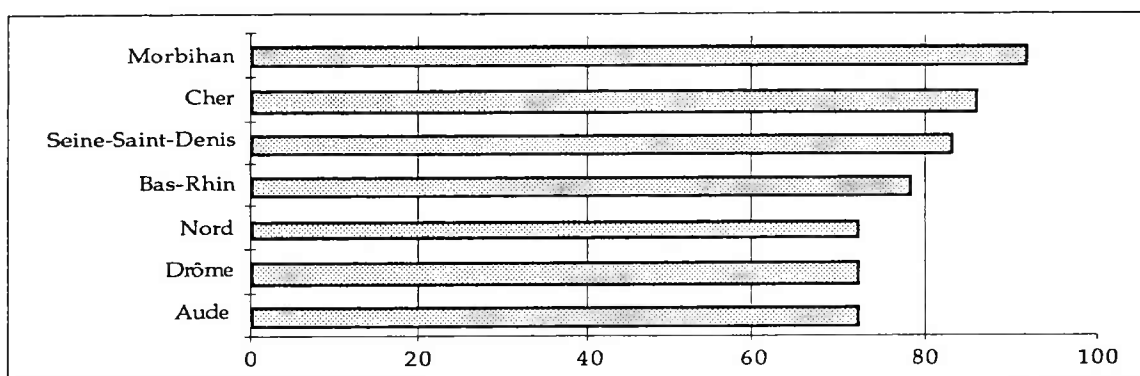
<b>A eu des enfants</b>							
<i>Oui</i>							
<i>Non</i>		-0,3			-0,29		0,31
<b>Le premier contact a été la conséquence d'un événe-ment particulier</b>							
<i>Oui, un problème de santé physique</i>				1,1			-1
<i>Oui, un problème psychiatrique ou une tentative de suicide</i>		1,26	-1,1	0,64			
<i>Oui, un pbme de travail</i>	-0,56			0,83			-1,56
<i>Oui, un pbme de couple</i>					-0,71	1	-1,87
<i>Oui, la pression d'un proche</i>	-0,4			0,58			
<i>Oui, un pbme relationnel</i>				-1,1			-0,69
<i>Oui, une prise de conscience</i>		1,66		0,79			
<i>Oui, un problème juridique ou autre</i>		0,55					
<i>Non</i>							
<b>Niveau de fin d'études</b>							
<i>École primaire</i>		0,42	0,53	-0,69	-0,53		
<i>6ème, 5ème, CPPN</i>		-0,75		-1,21	-0,84		
<i>4ème, 3ème</i>		0,97					
<i>CAP, BEP,</i>							
<i>Lycée</i>	-0,58			-0,37		0,71	-0,46
<i>Niveau supérieur</i>				-0,7			
<i>Autre</i>	-0,9						
<b>Ressources mensuelles par u.c.</b>							
<i>2000 F. ou moins</i>			-0,37				
<i>De 2001 à 3000 F</i>	-0,47		-0,35		-0,35		0,42
<i>De 3001 à 4000 F</i>							
<i>De 4001 à 6000 F</i>							
<i>De 6001 à 8000 F</i>							
<i>Plus de 8000 F</i>			-0,43			0,57	

### III-1. Les variations départementales

Les différences sont très marquées d'un département à l'autre. Seule la probabilité de bénéficier d'un traitement par un médecin non spécialisé est à peu près identique d'un département à l'autre pour un individu ayant les caractéristiques socio-démographiques de la situation de référence. La Drôme a tout de même une probabilité légèrement supérieure aux autres.

Graphique n°25

Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir participé à des réunions d'anciens buveurs selon le département

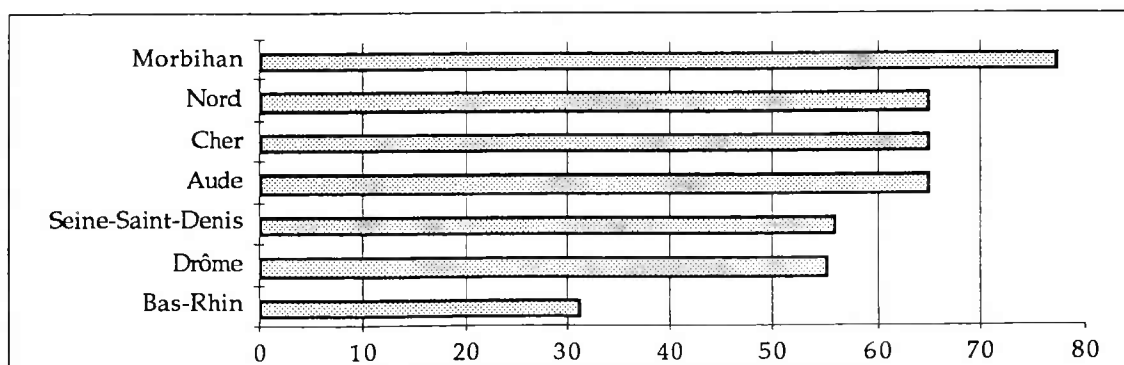


Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

En Seine-Saint-Denis, dans le Cher et surtout dans le Morbihan, la probabilité d'avoir assisté à des réunions d'anciens buveurs est très élevée (plus de 80% pour l'individu de référence).

Graphique n°26

Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir séjourné dans un hôpital pour une cure

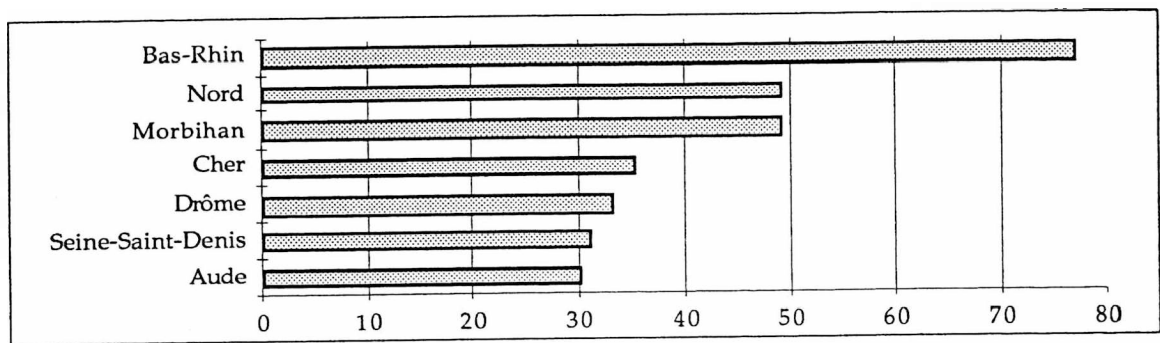


Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP



Dans le Bas-Rhin, la probabilité d'avoir séjourné dans un hôpital pour une cure est deux fois plus faible que dans la majorité des autres départements. A l'autre extrême, la probabilité est très élevée dans le Morbihan.

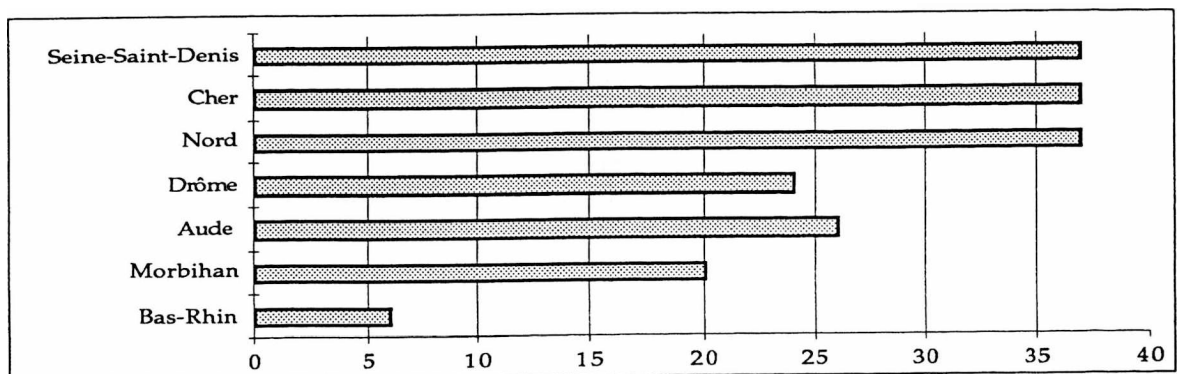
Graphique n°27  
Variations de la probabilité de l'individu de référence  
d'avoir séjourné dans un foyer de cure



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le Bas-Rhin, qui avait la probabilité la plus faible de séjourner dans un hôpital pour une cure est à l'inverse le département qui a la plus forte probabilité (avec un écart important avec les départements suivants) de séjourner dans un foyer de cure. La fréquentation de ces deux structures s'équilibre. Cependant, le Nord et le Morbihan, qui avaient déjà des probabilités fortes de séjourner dans un hôpital sont aussi en tête de liste pour les foyers de cure. Le traitement par cure est particulièrement apprécié par les intervenants locaux. C'est l'inverse dans la Drôme et la Seine-Saint-Denis qui ont des probabilités relativement faibles pour les deux traitements à la fois.

Graphique n°28  
Variations de la probabilité de l'individu de référence  
d'avoir suivi un traitement par un médecin spécialisé

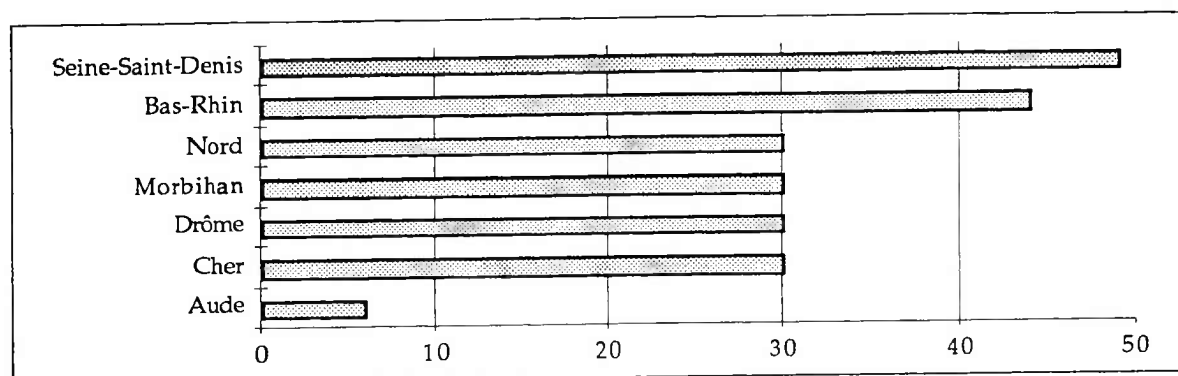


Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le Bas-Rhin a une probabilité très faible que l'individu de référence suive un traitement auprès d'un médecin spécialisé. De même, la Drôme a une probabilité assez faible, mais c'est aussi le seul département qui a une probabilité supérieure aux autres pour le traitement auprès d'un médecin non spécialisé.

Graphique n°29

Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir consulté dans un CHAA

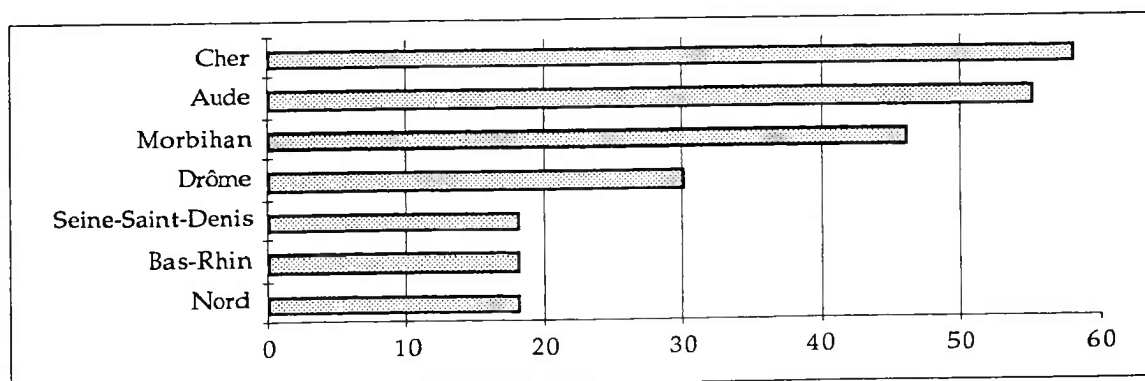


Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

L'Aude est un département qui ne possède pas de CHAA, ce qui explique la très faible probabilité d'avoir été dans cette structure pour ce département. Cependant, les personnes interrogées dans le Bas-Rhin et la Seine-Saint-Denis ont une probabilité proche de 50% d'y être allées.

Graphique n°30

Variations de la probabilité de l'individu de référence d'avoir séjourné dans un hôpital psychiatrique



Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Enfin, le séjour en hôpital psychiatrique est beaucoup plus développé dans le Cher et dans l'Aude que dans le Nord, le Bas-Rhin et la Seine-Saint-Denis.

### **III-2. L'influence des autres variables socio-démographiques**

Comme pour tous les partenaires, la probabilité d'avoir participé à une réunion d'anciens buveurs est plus faible si le nombre d'années écoulées depuis le premier contact ne dépasse pas deux ans (48% au lieu de 72% pour la situation de référence). Cependant, la probabilité théorique d'avoir assisté à ces réunions est aussi nettement plus élevée que la situation de référence si le nombre d'années écoulées depuis le premier contact est supérieur à 10 ans (85% au lieu de 72%). Le même phénomène se produit pour les séjours dans un hôpital (77% au lieu de 65%), ainsi que pour le traitement par un médecin non spécialisé (57% au lieu de 70%). Ces trois partenaires, les associations d'anciens buveurs, les hôpitaux et les médecins non spécialisés, sont les plus anciens du réseau, la multiplication des autres possibilités de prise en charge étant apparue depuis. C'est pourquoi les malades suivis depuis très longtemps ont une probabilité plus forte d'être passés par une de ces trois structures. A l'inverse, les malades qui sont pris en charge depuis plus de 15 ans ont une probabilité plus faible que celle de référence d'avoir consulté en CHAA (19% au lieu de 30%).

L'âge du malade au premier contact a une influence moindre sur les probabilité d'avoir recours à l'une ou l'autre des thérapies. Ce critère agit surtout pour le traitement par un médecin spécialisé, qui est plus fréquent pour ceux dont le premier contact a eu lieu avant 40 ans. Le même phénomène se produit pour les séjours en foyer de cure, et dans un hôpital psychiatrique. Les personnes dont la première démarche a eu lieu après 50 ans ont une probabilité plus faible de faire un séjour dans un hôpital (51% au lieu de 65%) ou d'aller consulter dans un CHAA (18% au lieu de 30%).

La probabilité qu'une femme suive un traitement auprès d'un médecin spécialisé est plus forte que pour un homme (46% au lieu de 37%), mais elle est plus faible pour le séjour en hôpital psychiatrique (11% au lieu de 18%).

Les personnes ayant un faible niveau scolaire suivent moins de traitements ambulatoires à la fois auprès de médecins spécialisés (18% au lieu de 37% pour la situation de référence) que non spécialisés (25% au lieu de 40%). Cependant, elles ont une probabilité supérieure de séjourner à l'hôpital (74% au lieu de 65%) ou en foyer de cure (62% au lieu de 49%). Les personnes qui ont suivi l'enseignement jusqu'au lycée ou l'enseignement supérieur sont plus suivies par un médecin spécialisé en alcoologie (25% au lieu de 37%).

Enfin, le fait que le premier contact ait été ou non la conséquence d'un événement particulier et la nature de cet événement ont une influence parfois forte sur les natures de traitements suivis. Ainsi, les personnes qui ont été amenées à soigner leur problème d'alcool à cause d'un problème physique ont une probabilité plus faible de faire un séjour dans un hôpital psychiatrique (7% au lieu de 18%) mais une probabilité plus forte de suivre un traitement par un médecin spécialisé (64% au lieu de 37%). Les personnes ayant un problème de couple sont moins renvoyées sur un médecin non spécialisé ou un hôpital psychiatrique, mais plus vers un CHAA.

**LES TRAJECTOIRES PAR DEPARTEMENT :  
TROIS EXEMPLES**

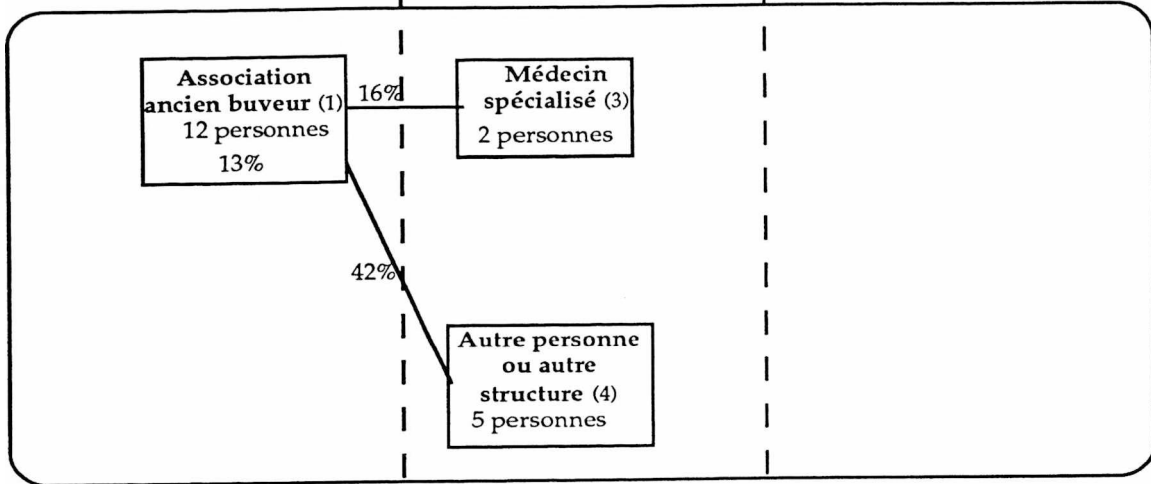
**Seine-Saint-Denis  
Aude  
Drôme**

Seine-Saint-Denis

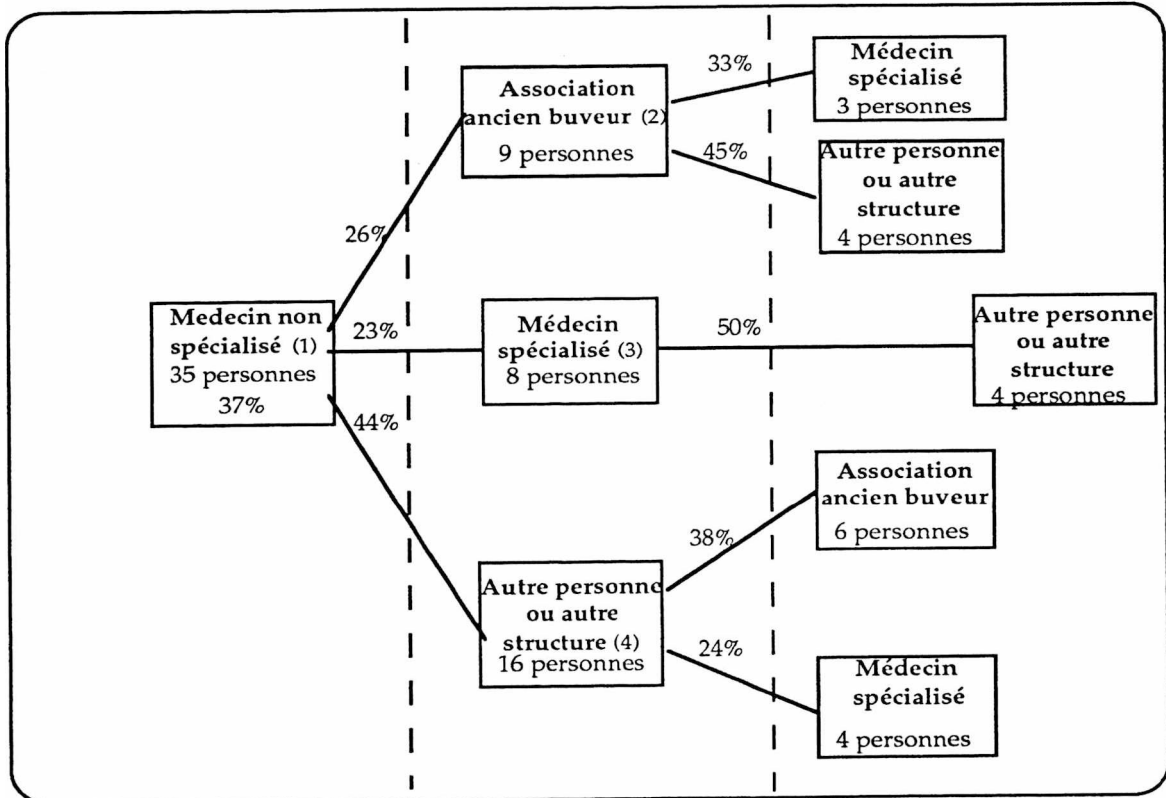
1er contact

2ème contact

3ème contact

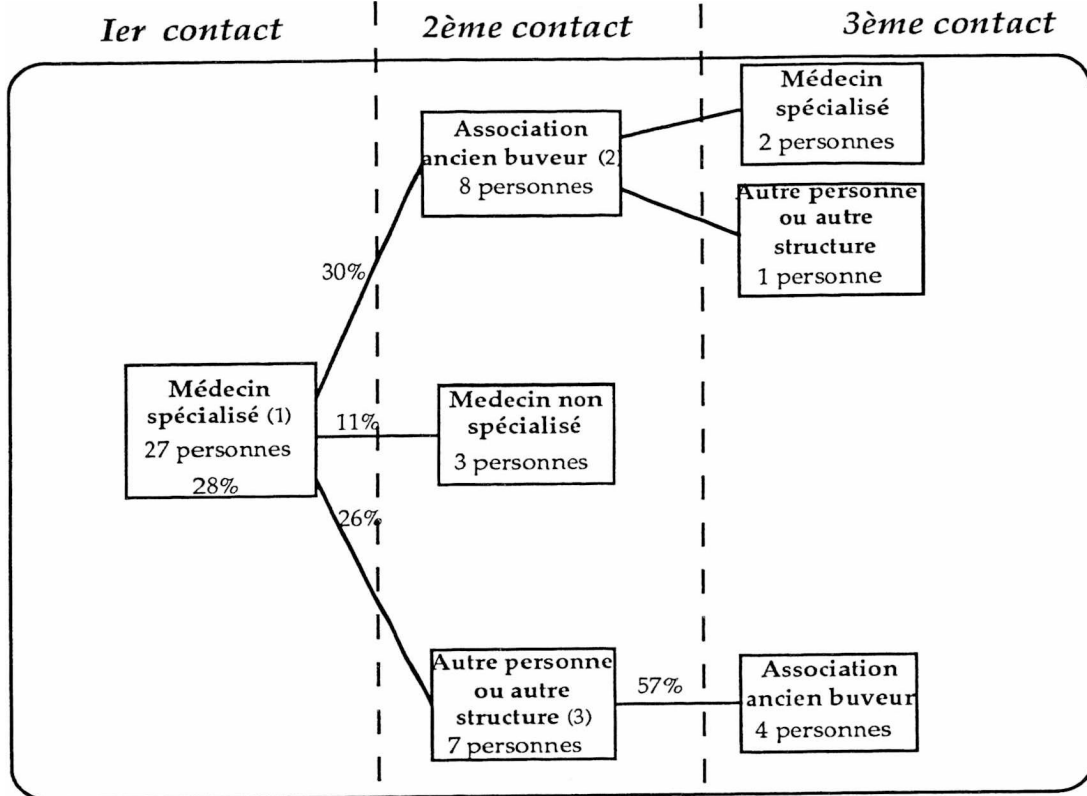


- (1) 5 personnes, soit 42%, n'ont pas de deuxième contact
- (3) 2 personnes, soit 100%, n'ont pas de troisième contact
- (4) 5 personnes, soit 100%, n'ont pas de troisième contact

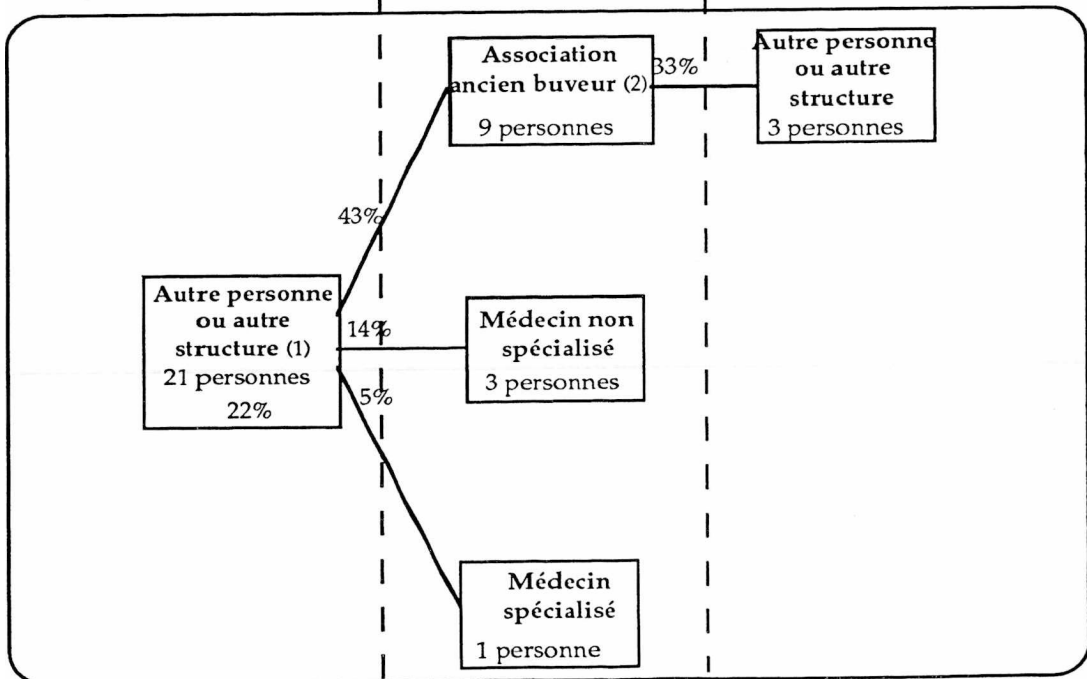


- (1) 2 personnes, soit 6%, n'ont pas de deuxième contact
- (2) 2 personnes, soit 22% n'ont pas de troisième contact
- (3) 4 personnes, soit 50%, n'ont pas de troisième contact
- (4) 6 personnes, soit 38%, n'ont pas de troisième contact

Seine-Saint-Denis

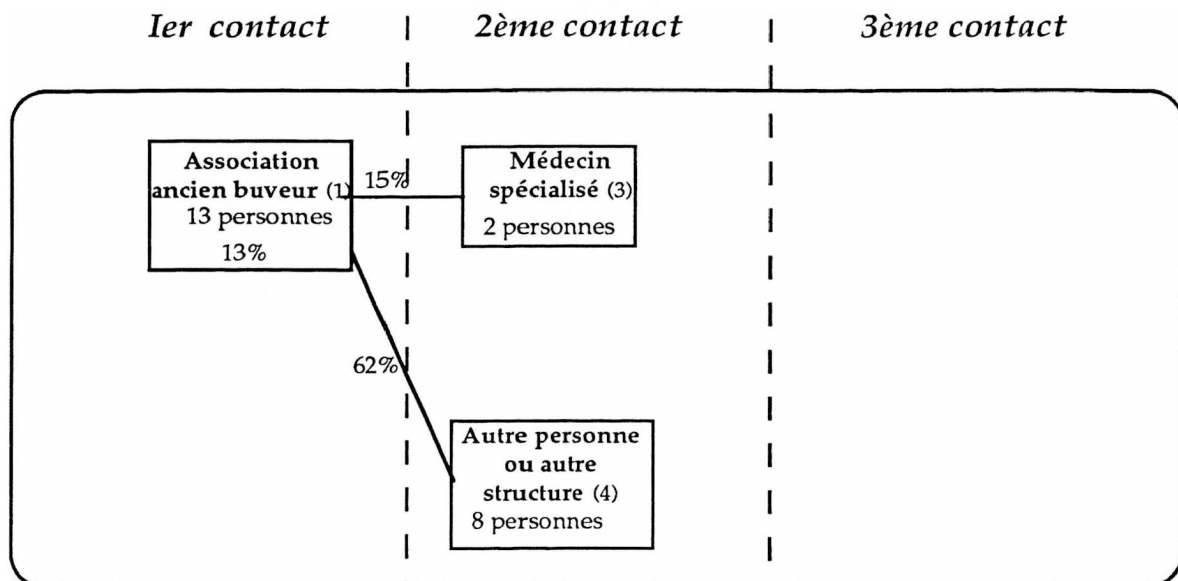


- (1) 9 personnes, soit 33% n'ont pas de deuxième contact
- (2) 5 personnes, soit 62% n'ont pas de troisième contact
- (3) 3 personnes, soit 43% n'ont pas de troisième contact

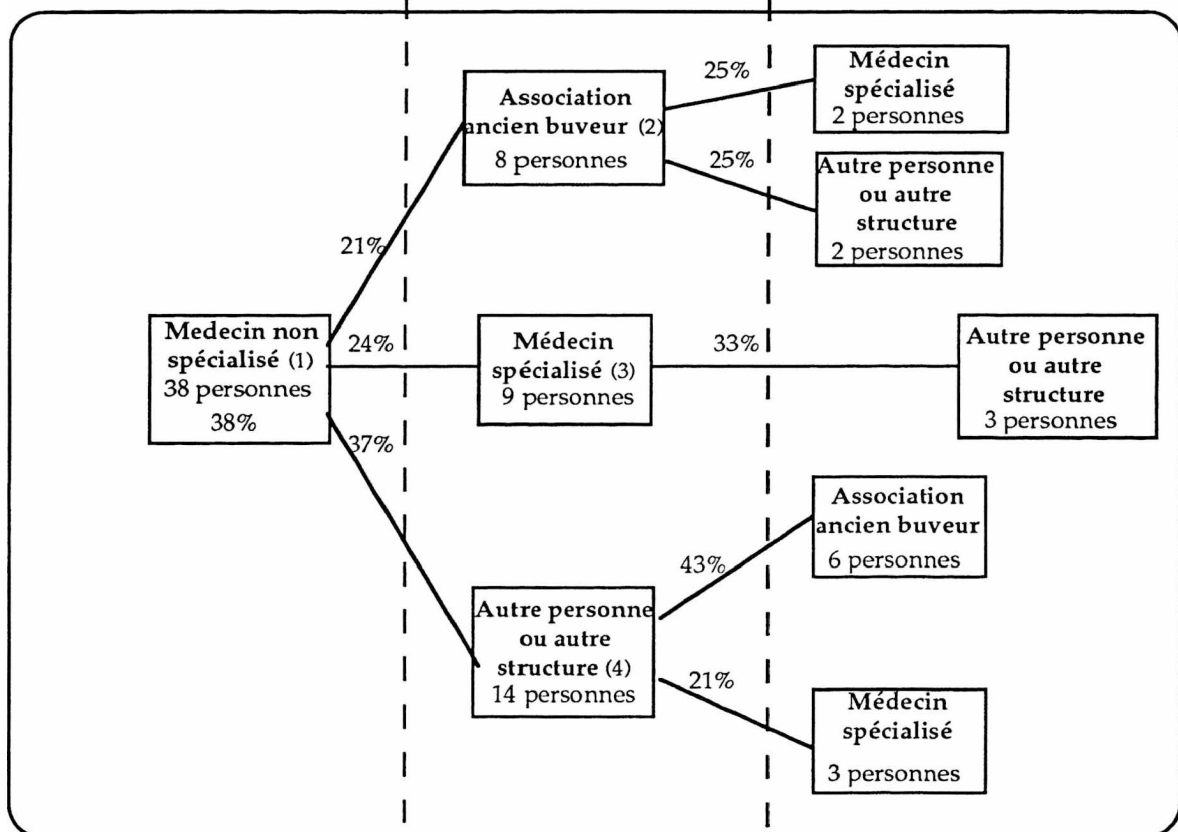


- (1) 8 personnes, soit 38%, n'ont pas de deuxième contact
- (2) 6 personnes, soit 67%, n'ont pas de troisième contact

**Aude**



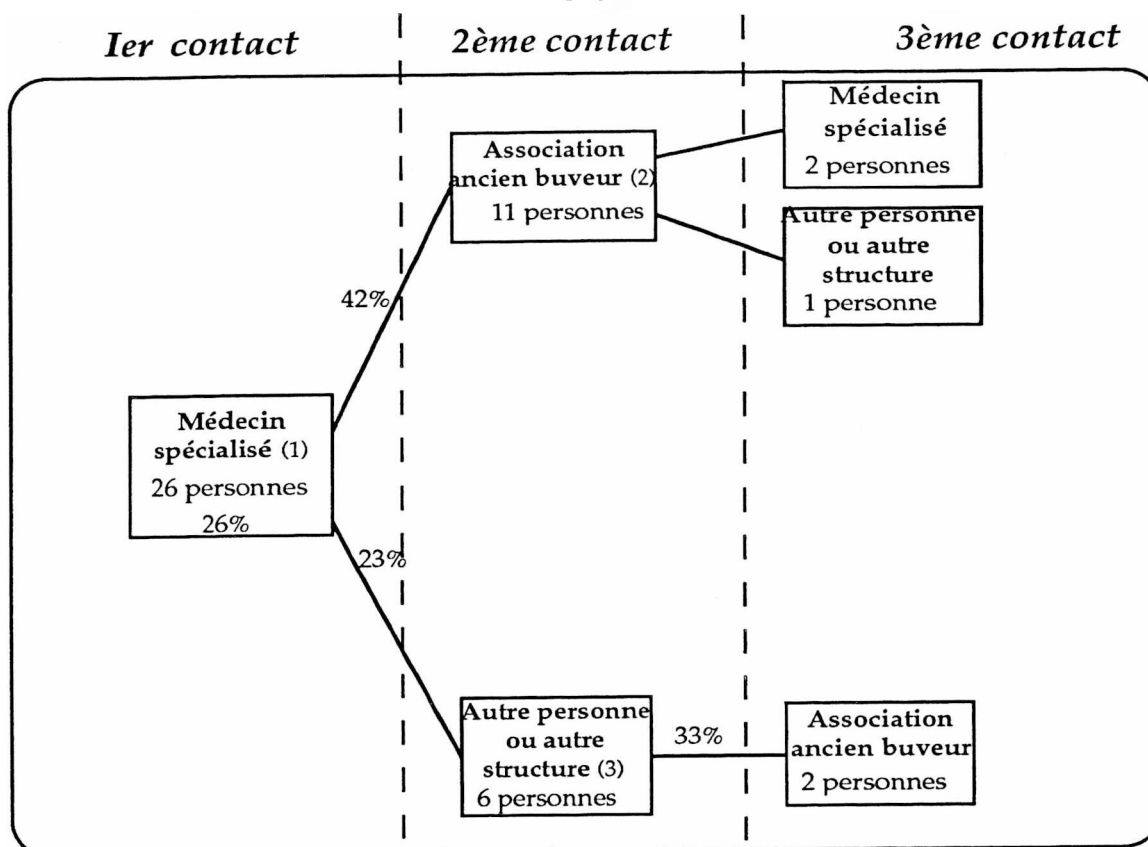
- (1) 3 personnes, soit 23%, n'ont pas de deuxième contact
- (3) 1 personne n'a pas de troisième contact
- (4) 8 personnes, soit 100%, n'ont pas de troisième contact



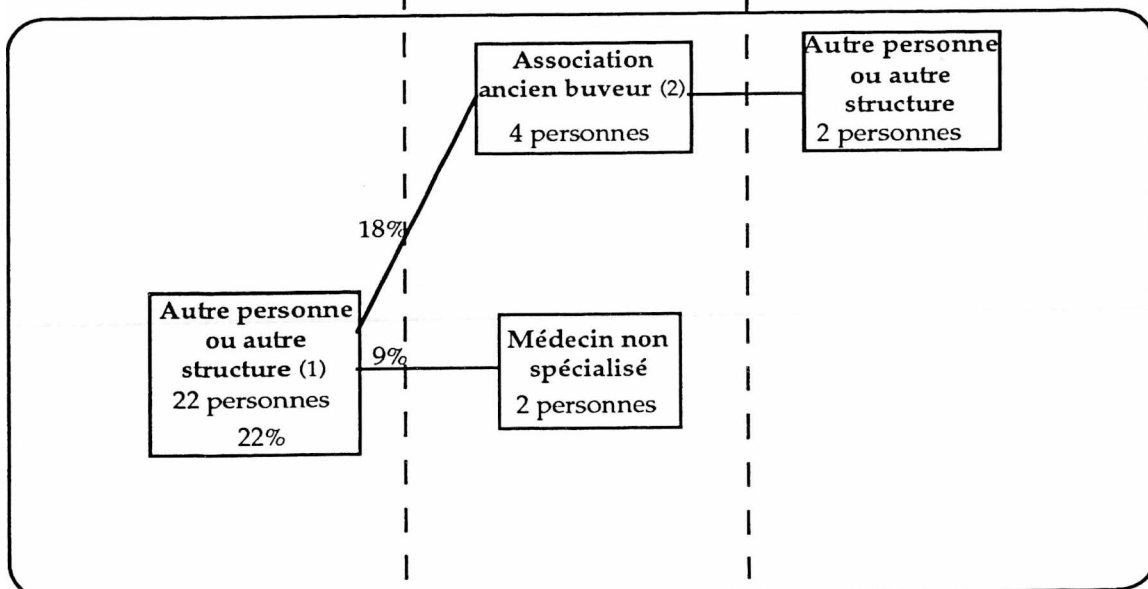
- (1) 7 personnes, soit 18%, n'ont pas de deuxième contact
- (2) 4 personnes, soit 50% n'ont pas de troisième contact
- (3) 6 personnes, soit 67%, n'ont pas de troisième contact
- (4) 5 personnes, soit 36%, n'ont pas de troisième contact



## Aude



- (1) 9 personnes, soit 35% n'ont pas de deuxième contact  
 (2) 8 personnes, soit 73% n'ont pas de troisième contact  
 (3) 4 personnes, soit 67% n'ont pas de troisième contact



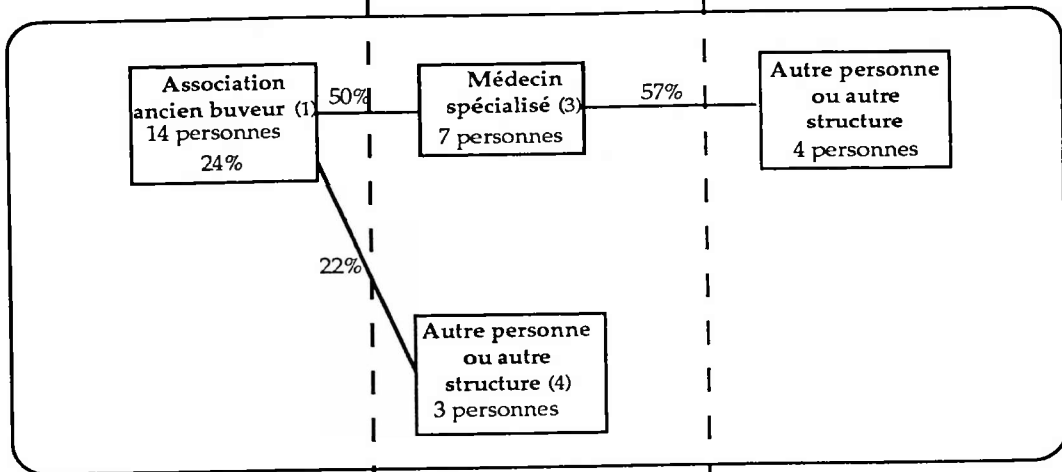
- (1) 16 personnes, soit 73%, n'ont pas de deuxième contact  
 (2) 2 personnes, soit 50%, n'ont pas de troisième contact

**Drôme**

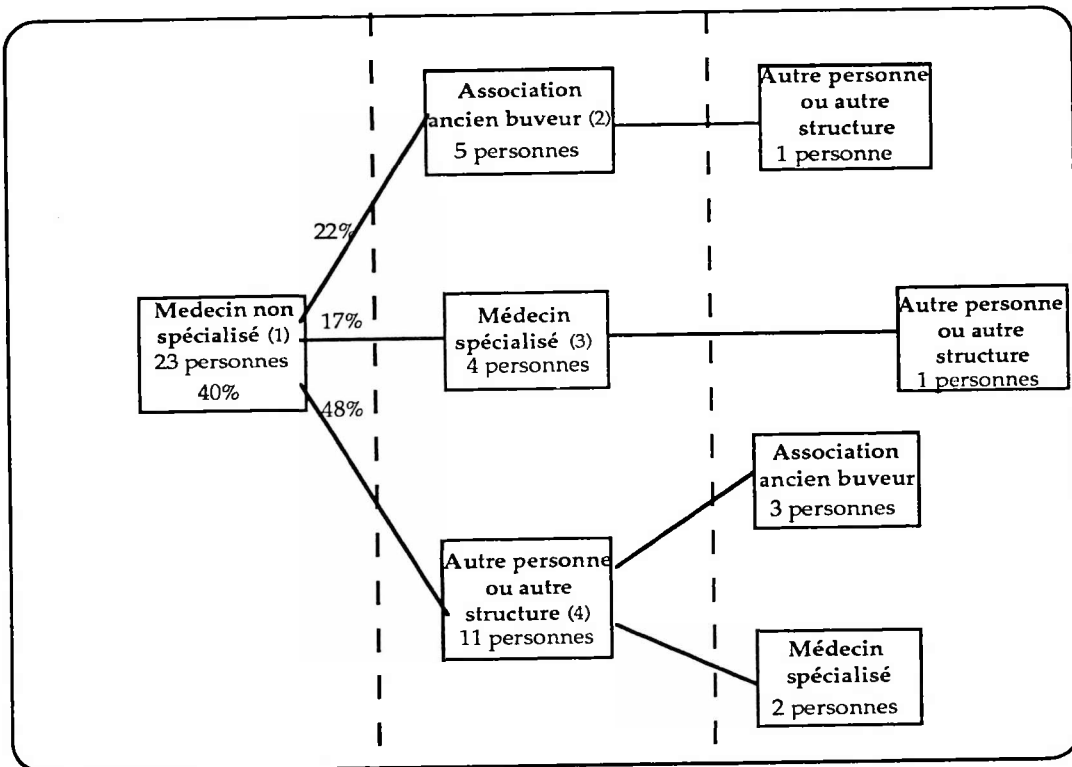
*1er contact*

*2ème contact*

*3ème contact*

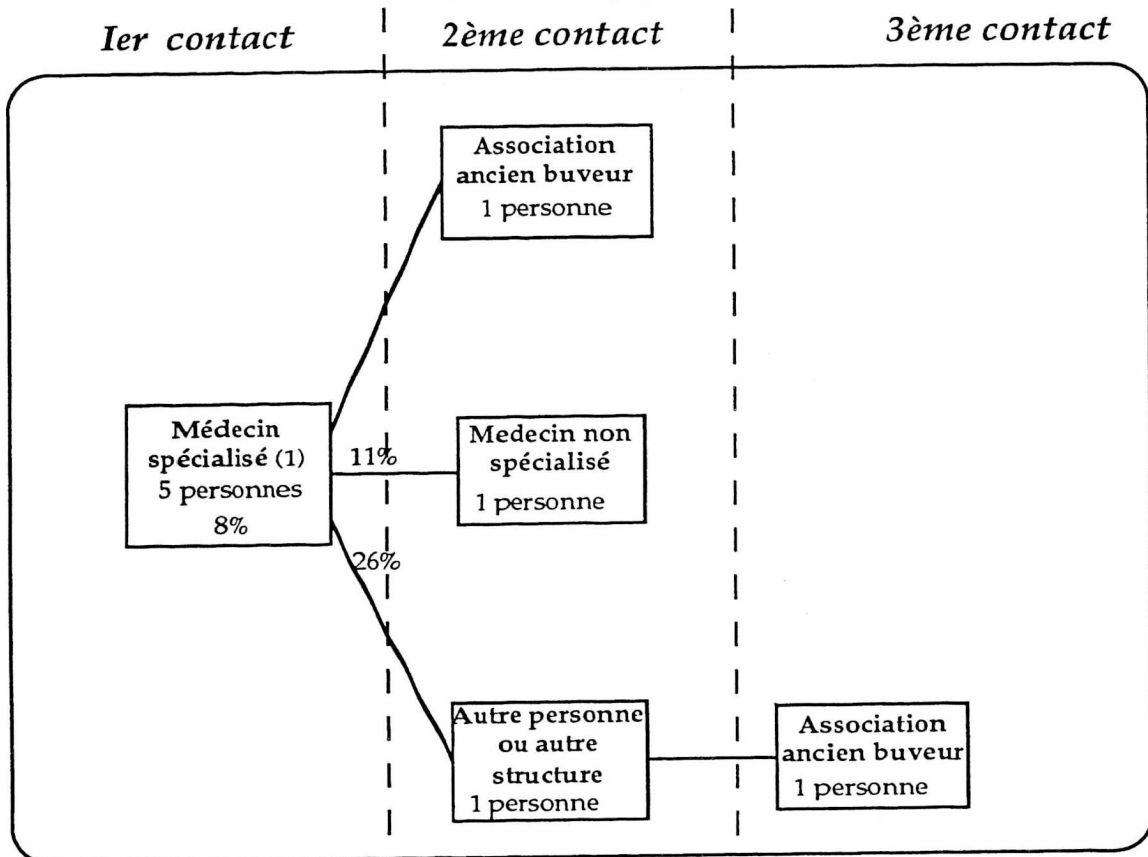


- (1) 4 personnes, soit 28%, n'ont pas de deuxième contact
- (3) 3 personnes, soit 43%, n'ont pas de troisième contact
- (4) 3 personnes, soit 100%, n'ont pas de troisième contact

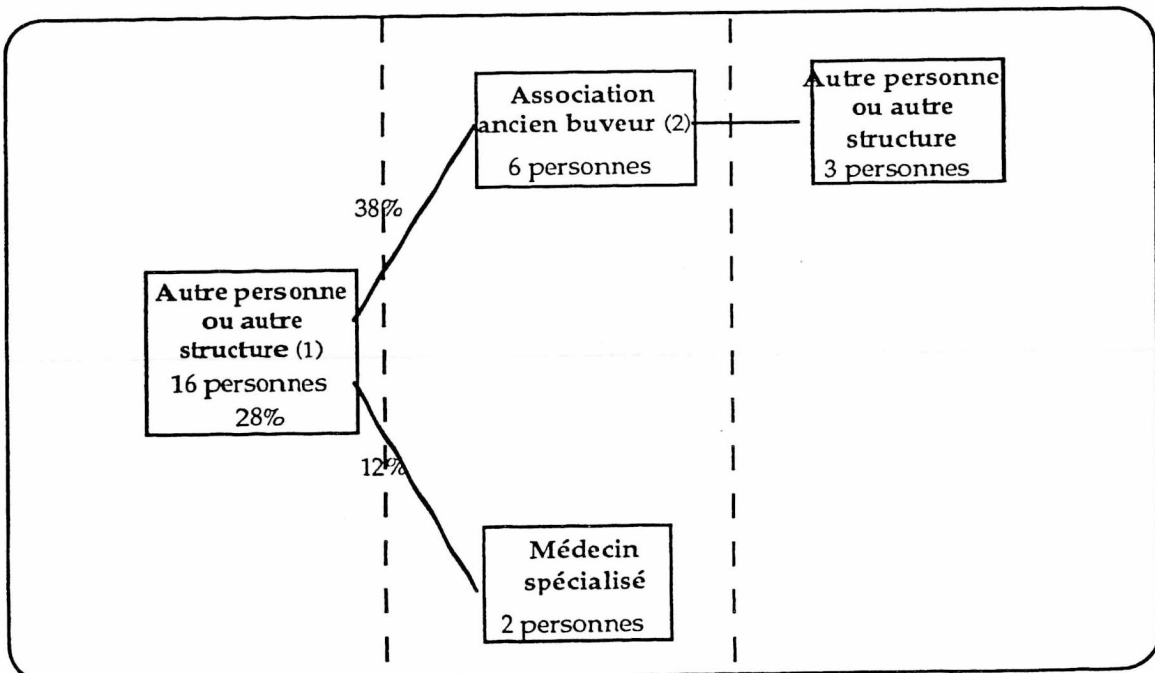


- (1) 3 personnes, soit 13%, n'ont pas de deuxième contact
- (2) 4 personnes, soit 80% n'ont pas de troisième contact
- (3) 3 personnes, soit 75%, n'ont pas de troisième contact
- (4) 6 personnes, soit 55%, n'ont pas de troisième contact

Drôme



(1) 2 personnes, soit 40% n'ont pas de deuxième contact



(1) 8 personnes, soit 50%, n'ont pas de deuxième contact

(2) 3 personnes, soit 50%, n'ont pas de troisième contact

Les six-cent-vingt personnes rencontrées dans cette enquête ne peuvent prétendre représenter, au sens statistique du terme, l'ensemble des personnes qui souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool. Elles ne représentent pas non plus, même si elles s'en approchent sans doute davantage, les personnes en situation de dépendance. Il est probable, en revanche, mais sans qu'il soit possible de le confirmer en raison de l'absence d'une population-mère bien identifiée, que la population enquêtée soit voisine de celle qui, globalement, vient consulter dans les différents services et institutions de prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes. La dispersion des lieux, la multiplication des institutions de collectes des informations plaident pour cette ressemblance sans pour autant pouvoir la démontrer.

Une homme âgé de 40 à 49 ans, vivant un peu plus souvent seul que les autres Français, telle est l'image la plus fréquente du consultant rencontré dans cette enquête. Cet isolement, qui se traduit aussi par un nombre moins fréquent de personnes ayant des enfants, est d'ailleurs, pour les trois-quarts des cas, la résultante d'un échec dans leur vie matrimoniale. Si tous les milieux sociaux sont représentés parmi les consultants, on note un sur-représentation des faibles niveaux de qualification. Cela peut être lié à l'existence de filières plus socialisées de prise en charge des personnes à hauts revenus. A ces faibles qualifications sont associées des taux de chômage très élevé. 40 % des actifs rencontrés sont au chômage. La dépendance à l'alcool induit ici une très lourde sur-représentation des demandeurs d'emploi. Les revenus par unité de consommation sont, en conséquence, inférieurs à ceux de la moyenne des Français. Les personnes en situation de grande pauvreté ne semblent guère se retrouver dans ces dispositifs.

Ce profil n'est cependant pas le même dans toutes les structures de prise en charge. C'est, par exemple, dans les associations d'anciens buveurs que l'on rencontre la population la plus âgée, celle qui semble aussi la mieux insérée socialement et familialement. Les plus jeunes, suivis depuis moins longtemps, se retrouvent plutôt dans les services hospitaliers. La population en centre de cure ou de postcure est plus souvent en grande difficultés sociales, ayant un faible niveau scolaire, au chômage, et disposant de ressources parmi les moins élevées. A la lecture de ces résultats, on ne peut pas exclure un fonctionnement assez nettement centré sur des effets de filières sociales. Les CHAA semblent, en revanche, assez nettement se situer en dehors de ces effets en accueillant des populations plutôt indifférenciées.

Pour la grande majorité des personnes interrogées, les associations occupent une place prépondérante dans la prise en charge des personnes en situation de dépendance. La famille et les amis, viennent en second, juste devant les médecins de ville, généralistes ou spécialistes. L'hôpital et les structures spécialisées viennent ensuite. Moral et psychologique, le soutien des associations est reconnu pour leur capacité à s'inscrire dans la durée et la proximité. Ce type de soutien est d'ailleurs reconnu à d'autres intervenants, pour la plupart médecins. En règle générale, la qualité et l'efficacité des traitements médicaux ne constituent pas des critères de valorisation de la prise en charge. Pour la très grande majorité des personnes rencontrées, la

qualité de l'accueil et des relations entre l'intervenant et le patient prime face à la méthode utilisée. D'ailleurs, les personnes qui considèrent que seul le traitement médicamenteux est efficace sont particulièrement rares.

Si le réseau devait trouver une justification aux yeux des consultants, cela serait certainement lié au fait que la majorité des personnes interrogées opte pour une prise en charge par plusieurs référents. Cette stratégie permet, selon les consultants d'assurer une plus grande diversité des points de vue et une complémentarité des traitements. L'existence d'un réseau de prise en charge est aussi la garantie de création, autour du patient qui consulte, d'un réseau de relations, manière de lutter contre sa propre désocialisation. Le réseau de prise en charge contribue à asseoir le réseau du consultant.

Il ne semble pas que l'on puisse associer perception de l'alcoolisme par les consultants et mode de prise en charge dans un dispositif ou dans un autre. La diversité des définitions proposées par les consultants et l'accord qui se fait sur les possibilités de se sortir de cette situation ne recourent pas des types de structures. Certes, les associations privilégient de manière quasi exclusive le rôle de l'abstinence alors que les médecins sont plus nuancés sur ce point, mais cela ne suffit pas à structurer des clivages.

On pourrait dire, par conséquent, que si des filières existent elles sont davantage axées sur des critères sociaux que sur des techniques de traitement. Le mot de filière, appliqué à la prise en charge des personnes alcoolodépendantes, doit être nuancé, les résultats de l'enquête montrent que les personnes circulent finalement assez peu à l'intérieur du réseau de prise en charge des malades alcooliques. Quelque soit le département, les médecins non spécialisés jouent un rôle de redistributeur entre les différentes structures. Les relations avec les associations d'anciens buveurs, fréquentes ou non, touchent un consultant sur deux. En dépit d'une différence de densité des réseaux assez forte d'un département à l'autre, on ne constate pas une multiplication des usages de différentes structures par les consultants. En revanche, le poids des associations, différent d'un département à l'autre, explique assez bien les décalages des modalités d'entrée dans le réseau. C'est dans le Nord et dans le Cher que le recours à une association d'anciens buveurs pour un premier contact est le plus faible. Les probabilités les plus fortes sont dans le Bas-Rhin et dans la Drôme.

En termes de trajectoire, cette enquête montre bien la multiplicité et la diversité des chemins possibles. L'existence d'un réseau trouve sans doute une part de sa justification dans le fait de permettre la pluralité de ces cheminements. Ce sont ces réseaux que nous allons décrire dans la seconde partie de ce rapport, en quittant le point de vue des consultants, pour prendre celui des différents intervenants qui les constituent.

**Deuxième partie**

**MONOGRAPHIES DÉPARTEMENTALES**

**AUDE**

## I - LES MEMBRES DU RÉSEAU DANS LE DÉPARTEMENT DE L'AUDE

Dans ce département, il n'existe ni CHAA, ni centre départemental de prévention de l'alcoolisme. Certes, l'implantation des CHAA ne répond pas à des critères géographiques précis, mais en 1995, il reste peu de départements où il n'existe aucun CHAA. L'Aude en fait partie. Cette originalité tient peut-être à une résistance locale particulièrement efficace, ou bien une méfiance envers ce qui semblerait remettre en cause le secteur viticole local, déjà fortement fragilisé<sup>15</sup>.

Le manque de structure a conduit les enquêteurs du CRÉDOC à mené une recherche particulière pour identifier les acteurs potentiels de la prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes. Ces enquêteurs ont fait appel à leurs propres réseaux de connaissances, et se sont aussi appuyés sur les associations locales d'anciens buveurs. Si ce repérage pouvait paraître a priori peu favorable, il s'est révélé au total assez fructueux.

Dix-sept personnes ont été rencontrées : quatre agissant dans des associations d'anciens buveurs, cinq intervenaient en milieu hospitalier ou clinique (dont quatre psychiatres), un bénévole qui travaille seul et sept intervenants sociaux dans les services de justice, les associations d'accueil... Une personne travaillant dans le CDPA du département voisin a également pu être rencontrée.

Il s'agit d'une population à dominante masculine, 11 hommes pour 6 femmes, pour la plupart âgés de 30 à 49 ans, la classe d'âge la plus fréquente étant celle des 40-49 ans. Ils ont un niveau de qualification supérieur au baccalauréat pour la plupart, à l'exception de deux bénévoles qui n'ont que le Certificat d'Etudes Primaires.

---

<sup>15</sup> L'Aude est un secteur de production viticole qui a fourni pendant longtemps l'essentiel du vin de table consommé par les Français, avant que des vins d'origine étrangère ne fassent leur apparition. Les évolutions des produits de consommation récentes ont fortement marqué ce sous secteur viticole, qui a vu sa clientèle diminuer progressivement.



Leur intérêt pour l'alcoolisme à des origines très diverses : les personnes appartenant à des associations d'anciens buveurs ont bien sûr elles mêmes été touchées par l'alcoolisme, à l'exception de la personne travaillant dans l'association de la SNCF, qui s'y est trouvée confrontée du fait de son expérience militante et en rapport avec une sensibilité toute particulière à l'égard des problèmes rencontrés par ses collègues. Les autres intervenants s'y sont intéressés par le biais de leur profession, parfois il s'agissait d'une obligation, parfois par hasard. Parmi les représentants des services hospitaliers, des attitudes plus personnelles en sont à l'origine selon leurs dires : sensibilité à un problème local, intérêt pour tout ce qui touche aux addictifs...

Tableau n°40  
Présentation des intervenants rencontrés

<i>Associations d'anciens buveurs</i>	
- Responsable Vie Libre	a1
- Président adjoint Vie Libre	a2
- Responsable Croix d'Or	a3
- Animateur bénévole SNCF	a4
<i>Intervenants des milieux hospitaliers et des cliniques</i>	
- Médecin psychiatre	b1
- Chef de service	b2
- Psychiatre	b3
- Psychiatre	b4, b5
<i>Bénévole hors structure</i>	c1
<i>Intervenants sociaux</i>	
- Agent de probation	d1
- Animatrice CAES	d2
- Assistante sociale maison d'arrêt	d3
- Médecin-inspecteur de la DDASS	d4
- Directeur association d'hébergement	d5
- Educatrice assoc. réinsertion RMistes	d6
- Déléguée départementale CDPA (département voisin)	d7

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

### I-1. Participation à des actions de prévention, d'information, de formation

La plupart de ces partenaires ont participé à des actions de prévention, de sensibilisation ou de formation, deux médecins et deux intervenants sociaux seulement ne l'ont pas fait. Les associations d'anciens buveurs mènent essentiellement des actions d'information et de formation. Soulignons que l'association Vie Libre a été officiellement reconnue comme organisme de formation. Le public visé par les mouvements associatifs est plutôt varié : établissements d'enseignement spécialisé, collèges, entreprises, médecins, publics en difficulté, mais aussi grand public. Le bénévole hors structure présente une réelle originalité puisqu'il intervient dans les rues et dans les bars, il touche donc un public exclusif de consommateur en boissons alcoolisées et de patrons de débits de boissons. Quant aux intervenants en milieux hospitaliers qui participent à ce type d'actions, le public visé est particulièrement ciblé : il s'agit des établissements d'enseignement spécialisés et des publics en difficulté.

Tableau n°41

Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenants de l'Aude  
avec les malades, en colloques, en séminaires

Temps consacré aux consultations alcoolisme sur temps total de travail		Actions de prévention sensibilisation formation		Participation à des colloques, à des séminaires sur l'alcoolisme	
<b>Associations d'anciens buveurs</b>					
de 50 à 74%	1	oui	4	oui	4
75% et plus	2				
très variable	1				
<b>Milieux hospitaliers et psychiatriques</b>					
moins de 25%	4	oui	3	oui	5
de 25 à 49%	1	non	2		
<b>Bénévole hors structure</b>					
75% et plus	1	oui	1	oui	1
<b>Intervenants sociaux</b>					
moins de 25%	2	oui	13	oui	13
de 25 à 49%	2	non	4	non	4
très variable	1				
-	2				

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Tableau n°42

**Participation des intervenants de l'Aude aux actions de formation, prévention, information, sensibilisation et type de publics visés**

TYPES D'ACTION				PUBLICS VISÉS						
Prévention	Information	Formation	Sensibilisation	Enseigt. sup. spécialisé	Lycées, collèges, écoles	Entreprises	Personnel soignant	Travailleurs sociaux	Publics en difficulté	Tous publics
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
2 / 4	3 / 4	2 / 4		1 / 4	3 / 4	1 / 4	1 / 4			1 / 4
<b>Intervenants sociaux</b>										
1 / 5	2 / 5	1 / 5		2 / 5					1 / 5	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
			1 / 1							
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
		1 / 1								

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Guide de lecture : 1 des 5 intervenants sociaux rencontrés sur le département de l'Aude participe à des actions de prévention.

Enfin les intervenants sociaux font de la formation dans leurs domaines : la représentante du comité d'action et d'éducation pour la santé en direction du public jeune, l'assistante sociale en maison pénitentiaire en direction des prisonniers, etc. Le médecin-inspecteur de la DDASS a précisé qu'il étudiait la possibilité de mise en place d'une structure de prévention, soins, information et sensibilisation, en fait un CHAA, sur le département

Les bénévoles et les médecins ont déjà participé à des colloques ou séminaires sur le sujet, ce n'est pas toujours le cas pour les intervenants sociaux. Les principaux organisateurs de ces colloques ou conférences pour le département de l'Aude sont la Société Française d'Alcoologie et le réseau des soignants en alcoologie. La DDASS et le CDPA se positionnent également comme organisateurs de rencontres.

On observe un brassage assez grand du public de ces rencontres et des organisateurs. Les membres du corps médical n'hésitent pas à se tourner vers des "activités" proposées par les associations d'anciens buveurs et à sortir du réseau des soignants ou de la SFA pour faire intervenir un autre point de vue sur l'alcoolisme que le strict point de vue médical. Il en est de même pour les membres d'associations d'anciens buveurs qui se tournent dans certains cas vers le SFA ou d'autres organismes de même type.

Les intervenants sociaux sont les moins enclins à participer à des rencontres sur le thème de l'alcoolisme, même si ce n'est pas totalement exclu. Ces rencontres ne se limitent pas à l'aspect purement médical et technique, ces réunions ou colloques ont souvent été qualifiées de "lieux de réflexion" par les intervenants.

## **I-2. Mode de prise en charge des malades**

La majorité de ces intervenants reçoit les patients individuellement (pour 10 d'entre eux), trois représentants d'association les reçoivent en groupe; deux intervenants (parmi les soignants) les reçoivent en équipe.

Les intervenants des milieux hospitaliers et les intervenant sociaux consultent exclusivement dans leur cabinet ou sur leur lieu de travail. Seul l'agent de probation fait preuve de souplesse : il reçoit à son cabinet mais se rend également au domicile des personnes. Les bénévoles n'excluent pas de se rendre au domicile des malades, dans les rues et dans les cafés.

Tableau n°43

Combinaisons de soins apportés par les différents intervenants de l'Aude

Aide psych.	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux	Autre
<b>Associations d'anciens buveurs</b>				
	3 / 4	3 / 4		
<b>Milieux hospitaliers et psychiatriques</b>				
4 / 5	2 / 5	2 / 5	4 / 5	Bilan somatique
<b>Bénévole hors structure</b>				
1 / 1	1 / 1			
<b>Intervenants sociaux</b>				
	2 / 7	4 / 7		Prise de conscience

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les types de soins apportés par les divers intervenants se révèlent très cohérents avec leurs compétences propres : les associations d'anciens buveurs pensent fournir une aide sociale et morale, c'est aussi le cas de plusieurs intervenants sociaux, qui dans d'autres cas disent fournir essentiellement une aide morale. Les intervenants de milieux hospitaliers déclarent souvent une action plurielle, sinon ils estiment assurer au moins une aide psychologique, en plus des soins médicaux.

Tableau n°44

Champ d'intervention théorique des différentes structures

Aide sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Associations d'anciens buveurs</b>		
2 / 4		2 / 4
<b>Milieux hospitaliers et psychiatriques</b>		
2 / 4	5 / 5	3 / 5
<b>Bénévole hors structure</b>		
1 / 1		-
<b>Services sociaux</b>		
5 / 7		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Pour la moitié des intervenants, l'action auprès des consultants s'inscrit systématiquement dans un travail d'équipe. Pour l'autre moitié ce mode de fonctionnement est très variable. Ce travail d'équipe est systématique pour trois représentants d'associations d'anciens buveurs, trois psychiatres et la déléguée du CDPA; il est régulier pour un psychiatre, un chef de service hospitalier et le directeur du centre d'hébergement.

La composition la plus fréquente d'une équipe est la suivante : un travailleur social, un(e) infirmier(ère), un(e) psychologue et un médecin généraliste. Dans les équipes des intervenants hospitaliers, le psychologue n'est pas toujours présent. Dans le cas des équipes associées à un intervenant social, l'infirmier n'est pas toujours présent.

Pour les représentants d'associations, il faut préciser que le terme d'"équipe" peut recouvrir deux notions différentes : dans certains cas, il s'agit d'un petit groupe d'anciens buveurs bénévoles avec un "leader" ; dans d'autres, c'est un groupe de bénévoles assisté d'un médecin généraliste, d'un travailleur social et d'un infirmier.

### **I-3. La provenance des consultants**

Il était demandé à chaque intervenant de préciser comment les personnes ayant un problème d'alcoolisme parvenaient à son contact. Tous intervenants confondus, les relations familiales et amicales sont les premières "pourvoyeuses" de malades (citées par 11 intervenants); en second lieu, les travailleurs sociaux sont à l'origine de la venue des personnes pour 10 intervenants; en troisième lieu, ce sont les médecins traitants, évoqués par sept intervenants. Que la source principale des malades soit l'entourage, reflète bien l'état d'un réseau assez faiblement structuré, ne disposant pas de centre identifié et donc pour lequel, le bouche-à-oreille est essentiel. Cependant, si l'on considère l'ensemble des réponses, une source évoquée sur trois seulement relève vraiment de l'extérieur du réseau : l'entourage proche du malade, lui même ou la publicité.

Le fait d'introduire la catégorie des médecins traitants dans les partenaires d'un réseau contribue à augmenter l'influence de ce dernier. Le généraliste nourrit effectivement les intervenants d'un réseau, surtout dans le cadre hospitalier. De la même manière, introduire les travailleurs sociaux comme partenaire à part entière dans ce réseau contribue fortement à son ampleur.

Les associations d'anciens buveurs et les services hospitaliers bénéficient des apports les plus divers, les intervenants sociaux ayant pour leur part un "recrutement" plus centré sur l'entourage du malade et les travailleurs sociaux.

Tableau n°45

Provenance des consultants de chaque intervenant de l'Aude

De leur fait	Rel. fam./am.	Trav. soc.	Méd. trait.	Méd. du trav.	Méd. spéc.	Foyer cure	Ass. anc. buveurs	Justice	Hôpital	Publicité
<b>Associations d'anciens buveurs</b>										
2/4	4/4	3/4	2/4		1/4					
<b>Milieus hospitaliers et psychiatriques</b>										
2/5	3/5	2/4	5/5	1/5			1/5	2/5	1/5	
<b>Bénévole hors structure</b>										
	1/1	1/1								
<b>Services sociaux</b>										
1/7	3/7	4/7		1/7				2/7	1/7	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

## II - LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DANS L'AUDE

Divers éléments sont pris en compte pour mettre à jour le réseau actuel des relations entre les différents types d'intervenants rencontrés. En premier lieu, la fréquence des relations entre tous les intervenants potentiels a été examinée. En second lieu, l'orientation des consultants a été observée. En troisième lieu, le mode d'établissement des liens établis a été pris en compte pour évaluer la dynamique de ces relations. On aboutit ainsi à la construction de deux schémas représentatifs des relations existant entre tous les types de partenaires. Schémas que l'on comparera ensuite aux représentations symboliques choisies par les personnes interviewées et à leur discours sur les qualités et défauts d'un réseau actuel, et sur son intérêt local dans le domaine de l'alcoolisme.

### II-1. La fréquence des relations entre intervenants

Tout intervenant de ce département est en relation régulière avec au moins trois types de partenaires différents et au plus neuf (sur dix partenaires potentiels suggérés). Le type de partenaire avec lesquels existent le plus de contacts est constitué par les intervenants sociaux, puisque 15 intervenants affirment avoir des relations régulières avec eux. En second lieu, ce sont les services hospitaliers<sup>1</sup> qui ont les relations les plus intenses avec tous (régulières avec 13 intervenants et exceptionnelles avec trois autres). En troisième lieu, les associations d'anciens buveurs apparaissent régulièrement pour 13 intervenants et exceptionnellement pour un autre intervenant. Les médecins de ville et les centres de cure constituent les autres partenaires significatifs de ce réseau de relations. En revanche, médecins du travail et services de justice semblent peu insérés dans ce réseau local.

Dans le département de l'Aude, le travail de repérage des malades est souvent réalisé par les travailleurs sociaux. En outre, ce sont les partenaires nécessaires pour régulariser socialement des situations difficiles dans lesquelles se trouvent impliquées certaines personnes du fait de leur alcoolisme.

Les services hospitaliers généraux apparaissent très logiquement au centre de nombreuses relations, dans la mesure où ils constituent un lieu de passage très fréquents pour les malades qui désirent faire une cure, c'est là que se trouvent les médecins les plus à même de traiter médicalement les malades.

---

<sup>1</sup> Dans ces cas particulier de l'Aude, il semble que plusieurs partenaires aient mêlé services hospitaliers généraux et psychiatriques, dans la mesure où le travail entre les personnes animant ces deux types de services se réalise souvent en partenariat étroit et rend donc difficile une distinction rigoureuse.



Les médecins de ville constituent un groupe d'intervenants très hétérogène, et le partenariat qui s'instaure avec eux est parfois très ponctuel. De nombreux intervenants collaborent avec un ou plusieurs médecins de manière étroite, mais n'ont aucun rapport avec tous les autres médecins de ville. Il est donc difficile de tirer une loi générale d'une telle affirmation de collaboration. Cependant, comme les structures d'accueil des malades alcooliques ne sont pas nombreuses dans ce département, une fois celles-ci identifiées, le partenariat qui s'instaure peut s'avérer particulièrement efficace, les relations établies prenant un caractère assez personnalisé.

Les foyers de cure et/ou de post-cure avec lesquels les intervenants sont en contact ne sont pas nombreux : deux ou trois foyers ont été nommés dans le cours de l'enquête, mais là encore, les manques existants ont été comblés par l'intensité des relations qui se sont établies entre les intervenants et les responsables de ces centres.

La force du lien entre certaines instances est d'autant plus importante que l'on retrouve une répétition systématique de ce même lien chez tous les intervenants interrogés dans une même catégorie. Il semble exister un relatif consensus à l'intérieur de chaque groupe : les associations d'anciens buveurs parlent toutes de relations régulières avec les centres de cure et de post-cure, les intervenants hospitaliers ont tous des relations régulières avec médecins, services hospitaliers généraux et services sociaux, les intervenants sociaux font tous mention de relations fréquentes avec les associations d'anciens buveurs.

L'une des originalités de ce département est l'intégration non négligeable des services psychiatriques dans le réseau des relations exposées. Cela correspond tout à fait à la physionomie du groupe des intervenants, où les psychiatres occupent une place importante. Alors qu'il a souvent été remarqué au cours de l'enquête sur les autres départements, qu'il pouvait être difficile pour de nombreux intervenants de trouver un terrain d'entente avec les services psychiatriques, la question ne se pose pas du tout en ces termes.

## **II-2. L'orientation des malades entre les divers types d'intervenants**

L'existence de relations entre un intervenant et un type de partenaire est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour qu'un flux de malades aille de l'un à l'autre. En effet, dans certains cas, le contact ne se concrétise que par des réunions, des échanges téléphoniques sur des points particuliers, etc.

On constate que les flux de malades les plus fréquents existent entre les services sociaux et les services hospitaliers et psychiatriques, entre ces derniers et les centres de cure et de post-cure. Les échanges entre associations d'anciens buveurs et services hospitaliers et psychiatriques ne sont pas systématiques, mais se produisent régulièrement. Les intervenants sociaux affirment faire fréquemment appel à ces associations pour s'occuper des personnes qu'ils jugent en difficulté du fait d'alcoolisme.

On place donc au centre du réseau actuel de relations les services hospitaliers et psychiatriques, avec non loin les services sociaux et les associations d'anciens buveurs. Les centres de cure et de post-cure constituent un type de partenaire moins proche mais non négligeable face à ces trois types d'intervenants. Les médecins de ville forment un groupe situé le plus souvent en amont de ces circuits. C'est aussi le cas des médecins du travail et des services de justice, qui ne jouent vraiment qu'un rôle marginal dans l'orientation des malades, et dans le sens seulement d'un "approvisionnement" des autres partenaires.

L'absence d'un CHAA dans le département se fait clairement sentir dans les représentations simplifiées des relations existant entre les divers types d'intervenants. De la même manière, l'inexistence de centres de cure et de post-cure locaux rend plus difficile l'appréhension du réseau dans son entier.

## **II-3. L'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants**

Le mode d'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants donne une idée de la dynamique des relations. On a distingué selon que les liens s'établissaient de manière spontanée et sans contraintes, ou, étaient de nature institutionnelle et soumis à une régularité plus obligatoire.

Les liens dits "institutionnels" dans notre approche sont moins nombreux dans l'ensemble du réseau que les liens à caractère spontané. On peut tout à fait le comprendre dans le domaine de l'alcoolisme, car il n'existe que peu de structures qui inscrivent officiellement l'alcoolisme comme domaine d'activité, en dehors des associations d'anciens buveurs. L'absence de CHAA dans le département renforce ce côté officieux des relations.

Certains types de partenaires s'institutionnalisent dans leurs rapports avec les autres, car ces derniers ont établi des contacts avec eux depuis longtemps et leur confèrent un rôle plus systématique. C'est le cas des services psychiatriques, partenaires avec lesquels s'établissent des relations à caractère institutionnel, alors que les responsables des services psychiatriques interviewés ne considèrent pas ces relations comme rigides, dans la mesure où ils les ont eux même mises en place et les perpétuent selon les cas rencontrés. Les services de justice sont aussi des partenaires dont les rapports sont institutionnels. Dans les autres cas, la spontanéité est le plus souvent de mise.

On peut ensuite distinguer les partenaires les plus aptes à amplifier les relations existantes, des partenaires ayant un fonctionnement plus institutionnel dans leurs relations et donc moins en mesure de contribuer à la dynamique du réseau [tableau n°1-10].

Deux intervenants semblent plutôt jouer un rôle de filtre selon cet examen : le médecin-inspecteur de la DDASS, qui très logiquement s'inscrit essentiellement dans des relations d'ordre institutionnel, et un psychiatre travaillant dans une clinique, pour lequel la plupart des relations envisagées sont établies de longue date. Les autres intervenants ne se signalent pas par un mode relationnel très régulier, et il est difficile de tirer des conclusions plus générales dans la mesure où il n'y a pas de corrélation nette entre le type d'intervenant et son mode relationnel.

#### **II-4. Un schéma synthétique de l'ensemble du réseau**

On peut dans un dernier schéma résumer l'ensemble des informations recueillies et significatives des échanges existant entre tous les intervenants d'un réseau actuel de relations. Cette matrice de relations ne met en valeur que les liens les plus forts existant entre les divers types de partenaires.

Un circuit de soins central serait constitué par les interrelations existant entre les services hospitaliers généraux et spécialisés, les services sociaux et les associations d'anciens buveurs. Les médecins de ville n'ont des relations fortes qu'avec les services hospitaliers. Des relations étroites lient les associations d'anciens buveurs et les centres de cure et de post-cure.

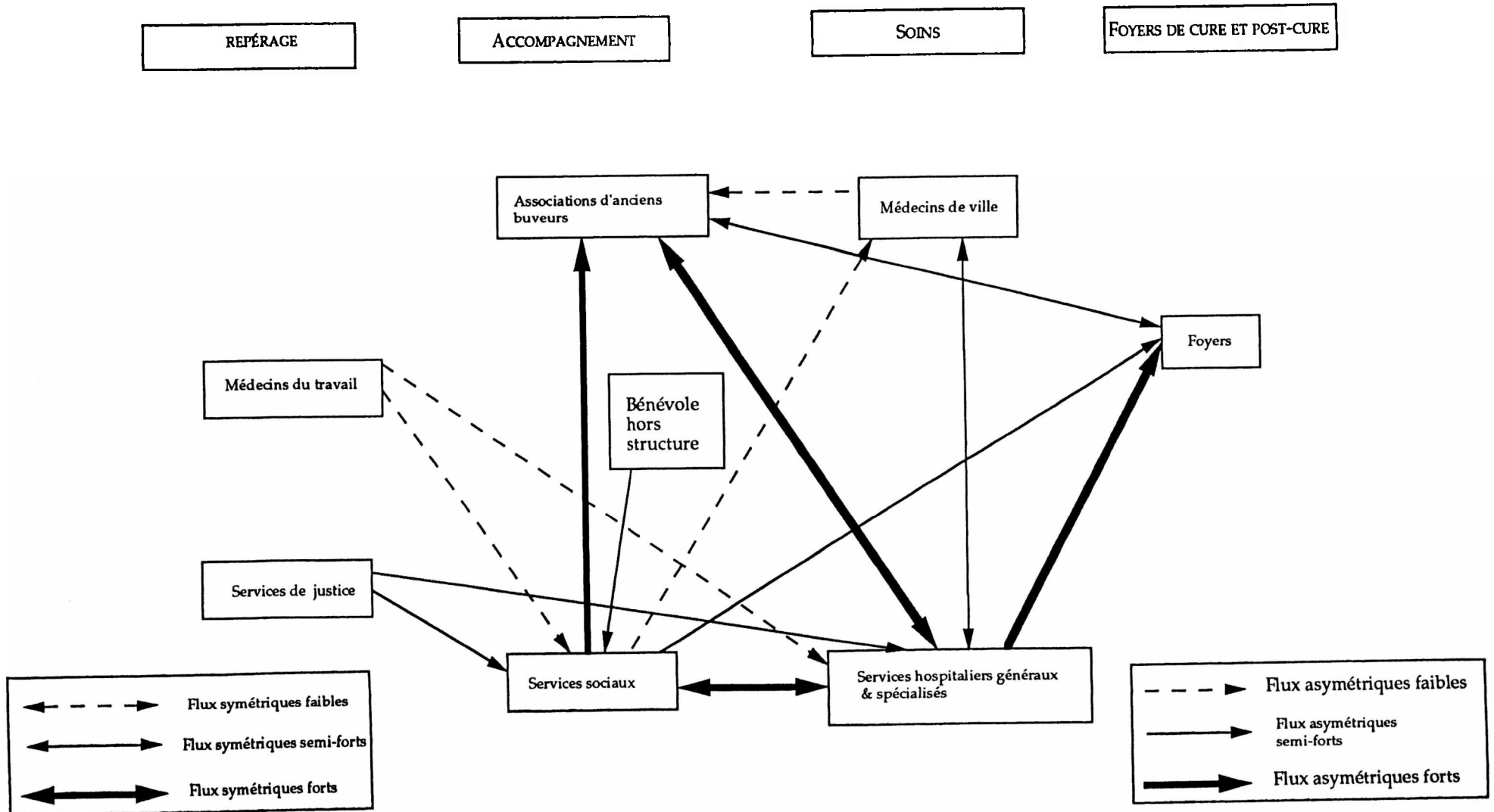
L'absence de CHAA est essentielle dans le fonctionnement du réseau de prise en charge des malades alcooliques dans le département, elle sera d'ailleurs soulignée à plusieurs reprises par les intervenants au sujet de leurs opinions sur le réseau dans son ensemble. Cette absence semble compensée par la nature très directe des contacts établis entre les trois principaux groupes d'intervenants rencontrés, et une personnalisation importante de ces contacts. Chaque intervenant semble reconstituer une pluri-disciplinarité dans son environnement proche, en mobilisant en cas de besoin des partenaires de chaque domaine : médical, social, etc. Mais il reste difficile à tout un chacun de clarifier l'ensemble. Le suivi du malade ne peut se réaliser

qu'à travers un contact unique avec un intervenant, qui essayera autant que possible de trouver l'aide nécessaire auprès des autres intervenants, avec lesquels il tente de garder un lien.

On pourrait conclure dans un premier temps que l'action des divers intervenants doit compenser dans une bonne mesure le manque de structuration actuel d'un circuit de prise en charge. Mais le repérage demeure peu systématique, et même si les entrées dans ce réseau sont nombreuses, elles ne sont pas très larges et limitées par un environnement qui semble peu favorable à la reconnaissance des problèmes d'alcoolisme.

Graphique n°31

Graphe de l'orientation des malades alcooliques par les intervenants des différentes structures de prise en charge dans le département de l'Aude



### III - OPINIONS DES INTERVENANTS DE L'AUDE SUR LE RÉSEAU ACTUEL DE RELATIONS DANS LE DÉPARTEMENT

Presque tous les partenaires ont répondu positivement à la question portant sur l'intérêt du réseau. Dans un peu plus de la moitié des cas, cet intérêt est motivé par un souci de cohésion et de concertation. Cinq réponses soulignent l'apport en communication entre intervenants d'un réseau relationnel. En dernier lieu, des réponses plus originales sont fournies, qui ne sont pas sans rapport avec le déficit apparent d'intervenants officiels dans le département. Les relations existantes permettent d'être reconnu pour son rôle actif contre l'alcoolisme au sein d'un environnement général très propice à la publicité de ce genre d'initiatives.

Tableau n°46

Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de l'Aude

<b>Association d'anciens buveurs</b>	
Permet la cohésion, la concertation et la cohérence	1 / 7
Permet de partager les expériences, les difficultés	2 / 7
Pour se faire voir	1 / 7
<b>Intervenants des milieux hospitaliers</b>	
Permet la cohésion, la concertation et la cohérence	3 / 7
Permet de partager les expériences, les difficultés	1 / 7
Instructif et intéressant	1 / 7
Pas de réponse	1 / 7
<b>Bénévole hors structure</b>	
Reconnaissance de mon rôle	1 / 7
<b>Intervenants sociaux</b>	
Permet la cohésion, la concertation et la cohérence	6 / 7
Permet de partager les expériences, les difficultés	2 / 7
Pour qu'il existe des lieux d'écoute et d'information	1 / 7

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le réseau est-il une nécessité en matière d'alcoolisme, tous les intervenants ne se sont pas exprimés sur ce point, mais leurs opinions semblent placer l'alcoolisme de manière équivalente aux autres demandes de la santé.

L'existence de personnes centrales dans le réseau relationnel actuel n'est pas ressentie par la majorité des personnes interviewées. Huit personnes seulement ont reconnu la réalité d'une telle centralité, et elles ne sont pas d'accord sur l'identité de ces personnages centraux : le corps médical est évoqué plusieurs fois, mais certains voient plutôt les anciens buveurs à cette place notamment. Un intervenant a même suggéré que c'était une question d'implication, et que les plus investis et les plus concernés par leur mission se trouvaient de fait au centre de ce réseau relationnel.

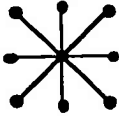
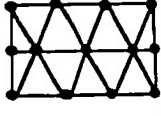



Ils sont un peu plus nombreux (10 sur les 17 intervenants) à affirmer qu'une structure ou un lieu a une fonction centrale, mais les avis sont partagés sur l'identification de ce lieu : deux intervenants de milieux hospitaliers et deux intervenants sociaux s'auto-positionnent au centre, les associations d'anciens buveurs sont parfois évoquées par les autres, ou les services médicaux dans toute la généralité du terme. Les 7 intervenants considérant l'absence d'une structure centrale le justifient par le flou caractérisant l'ensemble des partenaires et la débrouillardise qui par conséquent fait loi dans la prise en charge des malades. Un intervenant social souligne même que cette notion de centralité va à l'encontre de la complémentarité qui lui semble la plus nécessaire à établir et/ou renforcer.

Presque toutes les personnes interviewées ont accepté de schématiser le réseau relationnel actuel à l'image des modèles qui leur étaient proposés. La représentation sous la forme d'un graphe protéiforme a été choisie par les cinq intervenants ayant leur activité à l'hôpital, ils ont justifié leur choix par le caractère flou, non géométrique du réseau actuel et son côté fluctuant.

Les autres catégories d'intervenants ont eu des réponses moins homogènes, choisissant la structure étoilée, la grille géométrique et enfin la structure ramifiée comme représentations schématiques. Le choix de l'étoile est presque dans tous les cas choisis par des représentants d'anciens buveurs (dans une association ou par un bénévole indépendant) qui positionnent le malade au centre, en relation avec des éléments du réseau. La grille a été le schéma adopté par ceux qui considèrent que tout le monde peut-être en contact avec tout le monde, parfois de manière indirecte. En dernier lieu, le choix de l'arbre est plutôt significatif, d'une vision égocentriste où l'on visualise le réseau en fonction de ses propres relations, la personne interviewée se situant à la source de l'arbre.

Tableau n°47

Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de l'Aude

					
<b>Association d'anciens buveurs</b>					
	2 / 4	1 / 4		1 / 4	
<b>Intervenants de milieux hospitaliers</b>					
			5 / 5		
<b>Bénévole hors structure</b>					
	1 / 1				
<b>Intervenants sociaux</b>					
	1 / 7	3 / 7		2 / 7	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le réseau actuel de prise en charge de l'alcoolisme de l'Aude ne doit pas prendre plus d'ampleur, mais plutôt s'améliorer à sa taille actuelle, pour une très nette majorité des intervenants rencontrés.

Dans l'Aude, il y a encore beaucoup à faire, et les idées pour améliorer le réseau ne manquent pas. Il convient d'augmenter les moyens (financiers, en personnel, en formation), mais les intervenants soulignent de manière équivalente, la nécessité de favoriser la cohésion, la concertation, etc. Quelques uns incriminent aussi le manque d'implication des intervenants. Et bien sûr, trois intervenants ont réclamé simplement la création d'un CHAA.



Tableau n°48

Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de l'Aude

Donner plus de moyens financiers, en personnel, en formation	Améliorer la communication la coordination l'information	Favoriser les qualités des partenaires degré d'implication temps consacré	La création d'un CHAA
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
2 / 4	2 / 4	2 / 4	1 / 4
<b>Intervenants des milieux hospitaliers</b>			
3 / 5	3 / 5	1 / 5	2 / 5
<b>Bénévole hors structure</b>			
1 / 1	1 / 1		
<b>Intervenants sociaux</b>			
6 / 7	6 / 7	3 / 7	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Ces intervenants ont des propositions claires pour rendre le réseau de relations actuelles plus efficace :

- une volonté d'intensifier les communications entre tous les intervenants, réfléchir ensemble, se réunir régulièrement, etc;
- créer un lieu commun, de réflexion et un lieu qui soit aussi une consultation en alcoologie, l'établissement d'un CHAA est aussi demandé;
- augmenter le nombre de partenaires, impliquer plus fortement le corps médical local et tous les partenaires potentiels;
- qu'une volonté politique s'affirme pour l'amélioration de ce réseau, la prévention et l'information au sujet de l'alcoolisme.

**LE CHER**

## I - LE CHER : UN DÉPARTEMENT RURAL POURVU DE STRUCTURES D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES POUR LES ALCOOLIQUES

Le département du Cher a été choisi pour représenter les départements ruraux. Il appartient à une région où l'alcoolisme est plutôt faible relativement à la moyenne française. Plusieurs structures spécialisées dans l'accueil des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme existent dans le Cher, dont un CDPA et un CHAA.

Dix huit intervenants ont été rencontrés. Ils sont présentés et référencés dans le tableau ci-après :

Tableau n°49  
Présentation des intervenants rencontrés

<i>Association d'anciens buveurs</i>	
- Responsable Joie et Santé	a1
- Responsable Vie Libre	a2
- Président Croix d'Or	a3
- Animateur "Allo Espoir"	a4
<i>Intervenants sociaux</i>	
- Médecin Inspecteur DDASS	b1
- Médecin du travail	b2
- Surveillant centre de cure	b3
- JAP tribunal de grande instance	b4
- Conseiller insertion Cté de probation	b5
- Educ. spécialisé - Club de prévention	b6
- Cadre à la CAF	b7
- Assist.sociale - Centre médico-social	b8
- Responsable serv.action.sociale Police	b9
<i>Intervenants dans CHAA et délégué CDPA</i>	
- Responsable CHAA et délégué CDPA	c1
<i>Intervenants dans service hospitalier</i>	
- Chef hospitalier et Pdt CDPA	d1
- Méd.hospitalier et médecin CHAA	d2
<i>Médecins libéraux</i>	
- Gastro-entérologue dans clinique	e1
- Médecin généraliste	e2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Il s'agit d'une population à dominante masculine, 12 hommes pour 6 femmes : la moitié d'entre elle est âgée de 40 ans et plus. Les médecins et le responsable du CHAA ont moins de 40 ans. Les deux-tiers de ces intervenants nous ont précisé leur niveau de formation, généralement supérieur au baccalauréat.

Leur intérêt pour l'alcoolisme trouve des origines très diverses : 3 personnes appartenant à des associations d'anciens buveurs ont été victimes de l'alcoolisme, 8 intervenants s'y sont intéressés du fait de leur formation, mais surtout dans le cadre de leur activité professionnelle, pour 4 autres personnes les circonstances ont décidé pour eux, 2 autres évoquent le hasard.

Le médecin-inspecteur de la DDASS est le seul intervenant n'ayant pas de contact avec des malades alcooliques. Tous les autres consacrent une partie de leur temps à s'occuper de personnes ayant des problèmes d'alcoolisme, généralement moins d'un quart de leur temps. Ils ne sont que 2 à y consacrer plus d'un mi-temps : un animateur de Vie Libre et le chef de service de l'unité d'alcoologie de l'hôpital de Chezal-Benoît, qui intervient aussi au CHA du département. Deux intervenants dans des associations et les deux personnes interviewées et travaillant pour la justice y consacrent entre un quart et la moitié de leur temps.

### **I-1. Participation à des actions de prévention, information, formation et à des réunions, colloques et séminaires**

La plupart des intervenants rencontrés dans le département ont participé à des actions de prévention, d'information et de formation au sujet de l'alcoolisme. Ces dernières sont initiées par des partenaires très divers : ce peut être l'association Vie Libre, le CHA, le collectif "Allo-espoir". Lors de journées organisées par la commune de Bourges ou durant le Festival de nouvelles technologies (le CIRIT), des informations sont menées.

Ces actions s'exercent en direction de publics assez variés : les travailleurs sociaux constituent une cible privilégiée, avec le public scolaire et les entreprises.

A la différence d'autres départements, elles sont souvent communes à l'ensemble des intervenants rencontrés, qui se mobilisent pour un temps donné. Le CHAA organise des réunions mensuelles auxquelles participent de nombreux intervenants. Les associations d'anciens buveurs invitent aussi les autres intervenants à des moments spécifiques. Le collectif "Allo-espoir" est à l'origine de soirées "fêtes sans alcool". Des journées d'information se préparent avec des partenaires aussi divers que l'AFPA, le FJT et des entreprises

Tableau n°50

Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenants du Cher  
avec les malades, en colloques, en séminaires

Temps consacré aux consultations alcoolisme sur temps total de travail		Actions de prévention sensibilisation formation		Participation à des colloques, à des séminaires sur l'alcoolisme	
<b>Associations d'anciens buveurs</b>					
moins de 25%	1	oui	4	oui	4
de 25 à 49%	2				
de 50 à 74%	1				
<b>Intervenants sociaux</b>					
moins de 25%	5	oui	1	oui	6
de 25 à 49%	2	non	8	non	3
temps très variable	1				
-	1				
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>					
moins de 25%	1	oui	1	oui	1
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>					
moins de 25%	1	oui	1	oui	2
75% et plus	1	non	1		
<b>Médecins libéraux</b>					
moins de 25%	2	non	2	oui	1
				non	2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Tableau n°51

**Participation des intervenants du Cher  
aux actions de formation, prévention, information, sensibilisation et type de publics**

TYPES D'ACTION				PUBLICS VISÉS						
Prévention	Information	Formation	Sensibilisation	Enseign. sup. spécialisé	Lycées, collèges, écoles	Entreprises	Personnel soignant	Travailleurs sociaux	Publics en difficulté	Tous publics
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
4/4	2/4	2/4			1/4			1/4	1/4	
<b>Intervenants sociaux</b>										
1/9	4/9	3/9	2/9	1/9	2/9			2/9		1/9
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
1/1	1/1	1/1			1/1	1/1		1/1		
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
1/2		2/2		2/2		1/2		1/2		
<b>Médecins libéraux</b>										

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Guide de lecture : 1 des 9 intervenants sociaux rencontrés sur le département du Cher participe à des actions de prévention.

La Société Française d'Alcoologie a mobilisé quelques partenaires au cours de colloques organisés au niveau national, les associations d'anciens buveurs généralistes se retrouvent aussi régulièrement, mais le CHAA demeure l'un des principaux rassembleurs au niveau local.

## **I-2. Le mode de prise en charge des malades**

Presque tous ces intervenants reçoivent les personnes individuellement. Dans deux associations d'anciens buveurs, l'accueil en famille ou en groupe est fréquent.

Dans la plupart des cas, les consultations s'effectuent sur le lieu de travail de l'intervenant. Cependant les animateurs d'associations d'anciens buveurs, un médecin de ville et même la personne exerçant ses activités à la CAF n'hésitent pas à rencontrer les personnes à leur domicile

S'il n'est pas rare que leur activité à l'égard des malades alcooliques ne soit que ponctuelle, tous affirment assurer des suivis, dont il leur est d'ailleurs difficile de donner la durée. La fréquence des rencontres est aussi trop variable pour être précisée dans bien des cas.

Les types de soins apportés par les divers intervenants se révèlent très cohérents avec leurs fonctions : les animateurs d'associations d'anciens buveurs privilégient une aide psychologique, les intervenants sociaux affirment fournir une aide plus large, qui englobe bien sûr une aide sociale, le membre du CHAA donne pour sa part une aide morale et psychologique, les intervenants hospitaliers et les médecins dispensent des soins médicaux, mais pas seulement, ils essayent aussi d'aider les personnes sur les plans psychologique et moral.

Ils mènent presque tous un travail d'équipe, toujours ou souvent, le responsable de l'ANAS constitue une exception puisqu'il travaille seul au sein des services par souci de discrétion. La notion de travail d'équipe a été comprise de diverses manières :

- soit comme un travail d'équipe à l'intérieur de la structure d'appartenance de l'intervenant, comme dans les services hospitaliers ou au CHAA, où la pluridisciplinarité est de règle, outre le personnel médical - y compris les infirmiers(ères) -, on trouve un psychologue, un travailleur social, un psychiatre, parfois un ergothérapeute. Dans le centre de cure, psychologue, assistante sociale et médecins apportent aussi une participation. Au sein des associations d'anciens buveurs, l'équipe est composée des membres de l'association sans spécialisation relative.

- soit le travail d'équipe se constitue avec des partenaires de l'extérieur, en collaboration le plus fréquemment avec un ou plusieurs travailleurs sociaux, un psychologue, un médecin (indépendant ou de l'hôpital), le CHAA est parfois évoqué aussi en tant que partenaire.

Tableau n°52

## Combinaison des soins apportés par les différents intervenants du Cher

Aide psych.	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux	Autre
<b>Associations d'anciens buveurs</b>				
4 / 4		1 / 4		
<b>Intervenants sociaux</b>				
3 / 9	5 / 9	3 / 9	2 / 9	orientation 2 assistance 1
<b>Intervenants dans CHAA et CDDA</b>				
1 / 1		1 / 1		
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>				
2 / 2		1 / 2	2 / 2	
<b>Médecins libéraux</b>				
1 / 2		1 / 2	2 / 2	Bilan 1

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

La composition diversifiée de ces équipes permet aux structures d'apporter plusieurs types de soins, comme on le constate dans le tableau suivant :



Tableau n°53  
Champs d'intervention théorique des différentes structures  
des intervenants du cher

Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Associations d'anciens buveurs</b>		
4 / 4		4 / 4
<b>Intervenants sociaux</b>		
5 / 9	3 / 9	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
1 / 1	1 / 1	-
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
1 / 2	2 / 2	2 / 2
<b>Médecins libéraux</b>		
<i>Pas de structure</i>		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Action sociale = hébergement, insertion socio-professionnelle, orientation, formation, élaboration de politiques sociales, suivi des malades

### I-3. La provenance des consultants

Chaque intervenant nous a précisé autant que possible comment les personnes ayant un problème d'alcoolisme parvenaient à son contact. Les deux sources les plus fréquemment évoquées sont les médecins traitants, les relations familiales et amicales. Viennent ensuite, les structures hospitalières et les travailleurs sociaux.

Le réseau paraît de ce fait assez peu structuré a priori, puisque les médecins traitants ne forment pas un groupe d'intervenants ayant une forte cohésion, les relations familiales et amicales constituant un groupe par définition trop vaste, pour être identifié plus clairement.

Les structures hospitalières peuvent jouer un rôle primordial : d'une part, puisque les deux médecins hospitaliers rencontrés assument une double fonction, dans leur service à l'hôpital et dans les CDPA et CHAA; d'autre part, parce qu'ils ont aussi une fonction relais. Ce sont les médecins qui ont déclaré recevoir des consultants provenant du plus grand nombre de sources. Les intervenants sociaux travaillent beaucoup sur la base des relations familiales et amicales et bien sûr avec les travailleurs sociaux.

Les associations d'anciens buveurs sont plutôt bien intégrées dans ce réseau de relations, puisqu'elles évoquent plusieurs types de contacts, mais si elles reçoivent une partie des personnes à la suite de leur séjour hospitalier, elles ne renvoient pas souvent ces personnes dans d'autres structures, au vu de ce premier recueil.

Les services de justice et les médecins du travail sont parfois nommés, bien que de manière marginale. Enfin, les centres de cure et de post-cure ne sont jamais évoqués comme à l'origine de la venue des malades chez les partenaires rencontrés.

Tableau n°54

## Provenance des consultants pour chaque intervenant du cher

	Médecin traitant	Publicité	Hôpital	Relations familiales ou amicales	Travailleurs sociaux	De leur propre fait	Médecin du travail	Associati on d'anciens buveurs	Justice	Centre de cure et de post-cure
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1	X		X							
a2	X		X	X	X					
a3		X		X						
a4	Non concerné									
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1	Non concerné									
b2				X	X		X			
b3								X		
b4									X	
b5									X	
b6		X				X				
b7			X	X	X			X		
b8				X	X					
b9							X			
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
c1	X					X	X			
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
d1	X	X	X							
d2	X		X	X	X			X		
<b>Médecins libéraux</b>										
e1	X								X	
e2										

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

## II - INDICATEURS DE PRATIQUE DE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE

Divers éléments ont été pris en compte pour mettre à jour le réseau actuel des relations entre les différents types d'intervenants rencontrés. En premier lieu, la fréquence des relations entre tous les intervenants potentiels a été examinée. En second lieu, le sens de l'orientation des consultants a été observé. En troisième lieu, le mode d'établissement des liens a été pris en compte pour évaluer la dynamique de ces relations. On aboutit ainsi à la construction de deux schémas représentatifs des relations existant entre tous les types de partenaires.

### II-1. La fréquence des relations entre intervenants

Tout intervenant du Cher est en relation régulière avec au moins deux types de partenaires différents et au plus huit (sur dix partenaires potentiels suggérés). Les deux types de partenaires avec lesquels existent le plus de contacts sont le CHAA et les travailleurs sociaux, puisque 15 des intervenants affirment avoir des relations régulières avec eux et deux intervenants parlent de relations plus exceptionnelles. En second lieu, les associations d'anciens buveurs ont des relations assez intenses avec 14 intervenants de manière régulière et trois autres exceptionnellement. En troisième lieu, les services hospitaliers généraux et psychiatriques apparaissent régulièrement, respectivement pour 11 intervenants et de manière exceptionnelle pour 5 autres. Médecins de ville, centres de cure et de post-cure et médecins du travail sont les autres types de partenaires évoqués de manière significative, par 5 à 8 intervenants. Les services de justice seraient les moins présents dans ce réseau de relations.

On peut conclure dans un premier temps que le CHAA assume bien son rôle, puisqu'il est un partenaire incontournable pour la majorité des intervenants rencontrés : les deux médecins libéraux de notre échantillon avouent pour leur part, n'avoir que des relations exceptionnelles avec cette structure, mais il leur est déjà arrivé de nouer un contact. Le président de l'ANAS est le seul à affirmer ne pas avoir de relations avec le CHAA.

Tableau n°55

## Fréquence des contacts entre les intervenants du cher

	Association d'anciens buveurs	Médecins de ville	Médecin du travail	Services hospitaliers généraux	Services psychiatru.	CHAA	Services sociaux	Centres de cure et de post-cure	Services de justice	Autres partenaires éventuels
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1	++	+	+	++	++	++	++	++	+	-
a2	++	++	-	+	+	++	++	++	+	++
a3	++	-	++	+	++	++	++	+	+	-
a4	++	++	++	++	-	++	++	+	+	-
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1	++	-	-	++	++	++	-	-	-	-
b2	+	++	++	+	+	++	++	+	+	-
b3	++	-	++	++	++	++	++	++	+	-
b4	-	-	-	-	+	++	+	-	-	++
b5	++	-	-	++	++	++	++	+	++	-
b6	+	++	+	++	++	++	++	+	-	+
b7	++	-	-	++	++	++	++	-	-	-
b8	++	+	+	++	++	++	++	+	-	-
b9	+	++	++	-	-	-	++	++	-	+
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
c1	++	+	+	+	+	++	++	+	++	++
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
d1	++	++	+	++	++	++	++	++	++	-
d2	++	++	+	++	++	++	++	++	+	++
<b>Médecins libéraux</b>										
e1	++	++	+	++	++	+	+	+	+	-
e2	++	-	+	+	+	+	++	+	+	-

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

- jamais

+ exceptionnellement

++ régulièrement

Les services sociaux dans toute leur diversité jouent à plein leur rôle de repérage des malades, mais ils sont aussi fréquemment évoqués comme des accompagnateurs nécessaires dans le cadre du suivi d'un malade. Un travailleur social est souvent présent, même si sa participation est intermittente, dans les équipes mobilisées par les différents partenaires. Cette forte présence dans le réseau relationnel local est aussi le fruit de leur double terrain d'action, dans les structures spécialisées et sur le terrain proche des personnes alcooliques.

Les associations d'anciens buveurs sont des partenaires d'importance elles aussi dans ce réseau. Dans un certain nombre de cas, leur présence est inscrite comme faisant partie de la prise en charge des malades pour les autres intervenants. Connues et reconnues, d'autant plus qu'elles sont généralement présentes depuis plus d'une dizaine d'années sur le département, on fait aussi appel à elles dans des cas précis : elles peuvent fournir une aide plus personnalisée pour des démarches administratives selon la personne de la CAF, elles ont parfois des contacts plus simples avec les personnes du fait de la proximité de leur expérience, ou elles aident à compenser l'isolement du malade après un temps de cure.

Le rôle des services hospitaliers et psychiatriques présente un caractère plus structuré. Les relations établies avec eux par les autres partenaires peuvent être de différentes formes : c'est un lieu d'accueil pour les malades, quand il semble que ces derniers aient besoin d'un "traitement de fond"; ils peuvent dans d'autres cas jouer un rôle de consultant. Ils constituent bien souvent la référence. Cependant, il convient de différencier leurs rôles selon qu'ils sont intéressés ou non aux problèmes d'alcoolisme. L'un des intervenants rencontrés a passé en revue pour notre enquêteur les différents hôpitaux environnants et souligné les différences existant entre chacun selon sa plus ou moins grande implication dans le domaine, les pratiques, etc. Les rapports établis gardent un tour relativement personnel et ne sont en rien systématiques.

Au sujet des médecins de ville, les avis sont parfois partagés. Il existe des relations régulières, mais elles restent fortement dépendantes d'une volonté affirmée de la part des médecins de ville de nouer des contacts. La proximité géographique joue un rôle non négligeable dans l'établissement de ces relations, dans le cas d'une association par exemple, les médecins du quartier travaillent parfois de concert. Mais trop souvent aux dires des intervenants rencontrés, les contacts restent unilatéraux et très ponctuels, sauf avec quelques praticiens particulièrement intéressés.

Médecins du travail et centres de cure et de post-cure restent assez éloignés du réseau des relations actuelles dans la Cher, n'étant en contact que par le biais de consultants, de manière très ponctuelle.

## **II-2. L'orientation des malades entre les divers types d'intervenants**

L'existence de relations entre un intervenant et un type de partenaire est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour qu'un flux de malades aille de l'un à l'autre. En effet, dans certains cas, le contact ne se concrétise que par des réunions, des échanges téléphoniques sur des points particuliers, etc.

On constate que les flux de malades sont très souvent à sens unique ; on envoie des malades en CHAA, dans les services psychiatriques, en centres de cure ou de post-cure, on reçoit des malades suivis par les médecins de ville, etc. Seuls les flux de malades avec les services hospitaliers vont dans les deux sens.

Les associations d'anciens buveurs paraissent singulièrement absentes des flux décrits par les intervenants, il semble que cela soit dû au fait que les malades ne sont pas envoyés par les associations ou vers elles, de manière très claire. Les malades eux-mêmes choisissent leurs mouvements de manière autonome, en fonction de l'information dont ils disposent.

Le CHAA est un lieu qui "reçoit" beaucoup de malades, surtout de la part des intervenants sociaux et plus accessoirement de la part des associations et des services hospitaliers. C'est aussi le cas des services psychiatriques et des centres de cure et de post-cure.

Cependant les réponses des intervenants du département sont peu disertes sur ce point. Il semble que les flux des malades ne sont pas très détaillés dans les discours recueillis, car ils ne constituent pas le seul lien entre tous les intervenants, ils sont un élément parmi d'autres de leurs échanges mutuels. Cela rend plus difficile une véritable appréhension de ces flux.

Tableau n°56

Sens de l'orientation des consultants entre partenaires du cher

A = partenaires du réseau, B = intervenants du Cher

	Association d'anciens buveurs	Médecins de ville	Médecin du travail	Services hospitaliers généraux	Services psychiatru.	CHAA	Services sociaux	Centres de cure et de post-cure	Services de justice	Autres partenaires éventuels
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1										
a2						BA		BA		
a3			AB							
a4										
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1										
b2		BA				BA	ABA			
b3				ABA	BA			BA		
b4						BA				
b5				BA	BA					
b6				BA	BA	BA	BA			
b7										
b8						BA		BA		
b9		BA	BA				BA			
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
c1										BA
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
d1				ABA	BA			BA		
d2	ABA			AB		BA				BA
<b>Médecins libéraux</b>										
e1										
e2										

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

AB = flux allant de A vers B - BA = flux allant de B vers A - ABA = flux symétriques



### **II-3. Mode d'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants**

Le mode d'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants donne une idée de la dynamique des relations. On a distingué selon que les liens s'établissaient de manière spontanée et sans contrainte, ou, étaient de nature institutionnelle et soumis à une régularité plus obligatoire.

Les liens dits "institutionnels" sont tout aussi nombreux dans l'ensemble du réseau que les liens à caractère spontané. Cela tendrait à prouver que le réseau fonctionne dans la moitié des cas sur la base d'un rythme établi de réunions et rencontres entre tous les intervenants. Les autres contacts ayant lieu selon les besoins.

Les associations d'anciens buveurs ont fréquemment noué des relations de longue date avec les autres interlocuteurs du département et institutionnalisés ces liens en instaurant des réunions régulières. Leur relative célébrité pousse les autres à faire appel à eux de manière systématique.

Les contacts avec le CHAA ont aussi un tour institutionnel, c'est dû en grande partie aux réunions mensuelles organisées par cette structure et qui rassemblent un nombre non négligeable d'intervenants. Le CHAA remplit ici pleinement son rôle d'organisme de référence dans le domaine, le fait qu'il soit unique dans ce département plutôt rural, évite des dispersions éventuelles, il centralise ainsi beaucoup des informations nécessaires à un bon fonctionnement du réseau.

Les deux chefs de service hospitalier rencontrés dans l'enquête ont, aussi, largement assis leur influence par la mobilisation de la plupart des partenaires potentiels d'une action dans le domaine de l'alcoolisme. Ils sont fréquemment à l'origine des liens établis, notamment avec les associations ou les intervenants sociaux. Ils ont de ce fait largement contribué à la dynamique du système.

En revanche, les liens avec les médecins -très sporadiques- ne reflètent pas une communication très satisfaisante, la spontanéité des contacts repose sur des manques évidents d'informations mutuelles. C'est d'ailleurs un des points critiques souvent évoqués dans le cadre des opinions recueillies auprès des intervenants à la fin de l'entretien.

Tableau n°57

## Nature des contacts entre les intervenants du Cher

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

	Association d'anciens buveurs	Médecins de ville	Médecin du travail	Services hospitaliers généraux	Services psychiatru.	CHAA	Services sociaux	Centres de cure et de post-cure	Services de justice	Autres partenaires éventuels
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1	1+2+3			3	3	3	2+3	1+2+3		
a2	3	2+3		2	3	3	2	2+3	2+3	2+3
a3	3		2+3		3	3	3	3		
a4										
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1	3			3	3	1				
b2		1				1	3			
b3	1+2+3		3	1+2+3	1+2	1+3	3	1+2		
b4		2			2	1+3				1+2
b5	1+2	1		1+2	2	1+2	1+2+3		1+2	
b6		1+2+3		1+2+3	1+2	1+2+3	3			
b7	3			3	3	3	3			
b8	2+3	2		2	2+3	2+3	3	2		
b9		3	3				1+2+3			
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
c1	3						3		1+3	1+2
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
d1	3	1		1+2+3	1	1+3	1+2+3	1	1	
d2	1+2+3	1+2+3		1+3	1+3	1+2+3	2+3	1+2		3
<b>Médecins libéraux</b>										
e1	3	1+3		1+2+3	3			3		
e2	2+3						1+2			

1 écrit  
 2 téléphonique  
 3 face-à-face

1+2 écrit et téléphonique  
 2+3 téléphonique et face-à-face  
 1+3 écrit et face-à-face

1+2+3 : écrit, téléphonique, face-à-face

Tableau n°58

MESURE DES MÉCANISMES DE DIFFUSION ET D'AMPLIFICATION  
DES INTERVENANTS POTENTIELS D'UN RÉSEAU DANS LE CHER

Filtre	Relais simple	Amplificateur semi-fort	Amplificateur fort
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
	1 / 4	2 / 4	
<b>Intervenants sociaux</b>			
	3 / 9	6 / 9	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>			
	1 / 1		
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>			
		2 / 2	
<b>Médecins libéraux</b>			
			2 / 2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Filtre = intervenant ayant exclusivement ou presque des partenaires institutionnels

Relais simple = intervenant ayant des partenaires instit. + 1 partenaire spontané

Amplificateur semi-fort = intervenant ayant des partenaires instit. + 2 partenaires spont. au moins

Amplificateur fort = intervenant ayant exclusivement des partenaires spontanés

#### II-4. Un schéma synthétique de l'ensemble du réseau

On peut dans un dernier schéma résumer l'ensemble des informations recueillies et significatives des échanges existant entre tous les intervenants d'un réseau relationnel dans le Cher. On ne schématise dans ce réseau cependant que les liens les plus fréquents.

Un circuit d'échanges central serait constitué par un groupe formé des services hospitaliers généraux et psychiatriques, du CHAA et des services sociaux, où les interrelations sont les plus fréquentes.

Des relations étroites relient les associations d'anciens buveurs à ce premier circuit d'échanges, par l'intermédiaire du CHAA en premier lieu et, de manière moins intense, avec les services hospitaliers généraux. On peut enfin relier les centres de cure et de post-cure avec les services hospitaliers.

Le réseau de prise en charge des personnes alcooliques dans le département du Cher présente une caractéristique essentielle : il est très rassemblé autour de Bourges, mais relayé par

des intervenants proches du terrain dans le reste du département, très centralisé par l'action du CHAA, du CDPA et du centre hospitalier, activités étroitement imbriquées les unes aux autres du fait des fonctions multiples de quelques personnalités dans l'une ou l'autre structure.

C'est en amont de ce réseau, que pourraient se situer des manques éventuels, sur le plan du repérage des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. Malgré une action de prévention développée et qui mobilise la plupart des intervenants locaux, on peut s'interroger sur le mode d'accès des personnes au réseau.

Pour résumer, il semble exister un réseau qui fonctionne très bien avec de multiples interrelations et des échanges fructueux, le risque associé est qu'il tourne en circuit "fermé", le repérage des malades n'étant pas très bien assuré par une population médicale courante trop indifférente aux problèmes de l'alcoolisme, en tous les cas trop faiblement mobilisée.

### III - OPINIONS DES INTERVENANTS DU CHER SUR LE RÉSEAU ACTUEL DE RELATIONS DANS LE DÉPARTEMENT

Tous les partenaires ont répondu positivement à la question portant sur l'intérêt du réseau. Cet intérêt est diversement motivé. On peut cependant regrouper les arguments en deux types :

- c'est une question de cohérence des actions, de cohésion de concertation et de complémentarité ;
- cela permet à l'intervenant de se sentir moins seul, de partager les expériences et les difficultés, de clarifier sa propre démarche.

On peut ajouter un troisième type d'arguments moins clairs, qui affirme que le travail en réseau est meilleur pour l'efficacité de la prise en charge sans pour autant préciser dans quelle mesure cette efficacité est constatée. Tous les intervenants rencontrés jugent qu'il est au moins, si ce n'est plus, nécessaire de disposer d'un réseau de relations dans le domaine de l'alcoolisme, mais ils ne sont pas très bavards sur les raisons de cette dernière opinion.

Par opposition au oui massif, qui consacre l'intérêt du réseau dans l'absolu, les avis sont nettement plus partagés au sujet d'une représentation simplifiée du réseau de leurs relations actuelles. Le tiers d'entre eux le schématise sous une forme très centralisée (structuration en étoile). La moitié le représente sous une forme peu centralisée, mais avec connexions multiples (grille géométrique ou graphes protéiformes dans un ensemble flou). Enfin trois intervenants présentent le réseau des relations sous la forme d'un arbre ou d'une chaîne ouverte.

Tableau n°59

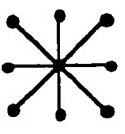
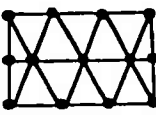



Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Cher

Permet la cohésion, la concertation et la cohérence	Permet de partager les expériences, les difficultés	Plus efficace pour prendre en charge les personnes sans autre précision
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
4 / 4	3 / 4	
<b>Intervenants sociaux</b>		
4 / 9	4 / 9	2 / 2
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
1 / 1		
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
2 / 2	1 / 2	
<b>Médecins libéraux</b>		
1 / 2		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Tableau n°60

Schématisation du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Cher

				
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
1 / 4	2 / 4		1 / 4	
<b>Intervenants sociaux</b>				
2 / 9	2 / 9	3 / 9	1 / 9	1 / 9
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>				
1 / 1				
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>				
2 / 2				
<b>Médecins libéraux</b>				
	1 / 2	1 / 2		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Il n'y a pas non plus de réel consensus sur les modalités d'une amélioration du réseau de relations actuelles : ils sont aussi nombreux à déclarer qu'il faut que le réseau prenne plus d'ampleur, qu'à affirmer, qu'il serait préférable qu'il garde sa taille mais améliore son fonctionnement interne.

Tous les partenaires de ce réseau potentiel considèrent qu'une amélioration des moyens serait favorable à l'amélioration du réseau. Ils sont un peu moins nombreux à souligner des manques en matière de communication, coordination, etc. Le degré d'implication des partenaires, mais aussi le manque de temps et de disponibilité ont quelques fois été incriminés.

Tableau n°61  
Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles  
entre tous les intervenants du Cher

Donner plus de moyens financiers, en personnel, en formation	Améliorer la communication la coordination l'information	Favoriser les qualités des partenaires degré d'implication temps consacré	Autres propositions
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
4 / 4	2 / 4	1 / 4	sensibiliser d'autres partenaires potentiels
<b>Intervenants sociaux</b>			
9 / 9	5 / 9		- créer des structures de prise en charge selon l'âge - aide technique et évaluation - lui donner plus de reconnaissance officielle
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>			
1 / 1			
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>			
2 / 2	1 / 2		
<b>Médecins libéraux</b>			
2 / 2	1 / 2	2 / 2	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Concernant des personnes ou lieux ayant une fonction ou une place essentielle, aucun consensus n'apparaît. Pour beaucoup des personnes interviewées, il était difficile de répondre à cette question.

La plupart des intervenants connaissent un autre partenaire dans le domaine de la santé publique, pour la toxicomanie, il s'agit du CAET. Une personne de cette structure a d'ailleurs été interrogée dans le cadre de cette enquête, dans la mesure où il est vite apparu aux enquêteurs sur place qu'elle était incontournable.

En dernier lieu, les deux tiers des personnes interrogées ont le sentiment d'appartenir à un réseau de relations entre les intervenants dans le domaine de l'alcoolisme. Mais la plupart d'entre eux n'ont pas le sentiment qu'il existe une définition de l'alcoolisme commune à tous les partenaires de ce réseau de relations.

## LA DRÔME

## I - LA DRÔME, ENTRE RURAL ET URBAIN, UN DÉPARTEMENT OU LE NIVEAU D'ALCOOLISME APPARAÎT FAIBLE

En Rhône-Alpes, ce département fait partie des régions françaises où le niveau d'alcoolisme est nettement plus faible que dans l'ensemble de la population française.

Quinze intervenants de la Drôme et trois intervenants d'un département voisin ont été interrogés au cours de cette enquête. Ces intervenants représentent une quinzaine de structures au total. Cinq types d'intervenants différents : les associations d'anciens buveurs, les intervenants sociaux, les personnes travaillant en CDPA ou en CHAA, les intervenants de services hospitaliers et deux médecins de ville.

Dix huit intervenants ont été rencontrés. Ils sont présents et référencés dans le tableau suivant .

Tableau n°62  
Présentation des intervenants rencontrés

<b><i>Association d'anciens buveurs</i></b>	
- Responsable Croix Bleue	a1
- Responsable Croix Bleue	a2
- Responsable Croix Bleue	a3
<b><i>Intervenants sociaux</i></b>	
- Chargée de mission au Conseil Général	b1
- Directrice de foyer de post-cure	b2
- Médecin-inspecteur DDASS	b3
- Directrice d'un centre d'insertion	b4
- Chef de service d'une association d'aide	b5
- Directeur d'un centre de post-cure	b6
<b><i>Intervenants dans CHAA et CDPA</i></b>	
- Médecin alcoologue dans CHAA	c1
- Médecin généraliste dans un CHAA	c2
- Déléguée départementale du CDPA	c3
- Assistante sociale CHAA	c4
- Psychothérapeute C2A	c5
<b><i>Intervenants dans service hospitalier</i></b>	
- Chef de service	d1
- Cadre infirmier	d2
<b><i>Médecins de ville</i></b>	
- Médecin généraliste	e1
- Médecin généraliste	e2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP



Il s'agit d'une population presque autant féminine que masculine (10 hommes pour huit femmes); ils sont majoritairement âgés de 40 ans et plus, les animateurs d'associations d'anciens buveurs sont tous âgés d'au moins la cinquantaine. Les trois-quarts de ces personnes nous ont précisé leur niveau de formation, qui est généralement supérieur au baccalauréat, sauf pour deux animateurs d'associations d'anciens buveurs, qui ont arrêté leurs études après le Certificat d'Etudes Primaires.

Les sources de leur intérêt pour l'alcoolisme sont très diverses, pour huit personnes rencontrées c'est une question d'activité professionnelle, deux animateurs d'association ont été touchés par l'alcoolisme, un autre animateur était proche d'un malade, trois personnes ont déclaré que ce fut l'effet du hasard ou de la nécessité, enfin deux autres intervenants ont trouvé là un moyen de s'engager pour aider les autres, "faire quelque chose pour son prochain".

Le médecin-inspecteur de la DDASS est le seul intervenant n'ayant pas de contact avec des malades alcooliques. Tous les autres consacrent une partie de leur temps à s'occuper de personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. Il n'a pas été possible pour tous de préciser la part exacte du temps qu'ils consacrent à cette activité, deux personnes affirment en outre qu'il est très variable, mais sept autres intervenants estiment que cela absorbe plus de la moitié de leur temps.

### **I-1. Participation à des activités de prévention, information, formation et à des réunions, colloques et séminaires**

A l'exception d'une directrice d'un centre d'insertion et d'un médecin de ville, ils ont tous participé à des actions de prévention, sensibilisation ou formation au sujet de l'alcoolisme.

Il ne semble pas qu'il existe des journées d'actions ou réunions qui aient rassemblé la plupart des intervenants pour le département. En revanche, une multitude d'actions ponctuelles ont été décrites par les uns et les autres. Ce sont les intervenants en CHAA et CDPA qui sont les plus actifs en la matière.

La Croix Bleue ou l'association d'anciens buveurs issue des rangs du personnel de l'EDF ont parfois organisé des informations. Sinon, le secteur associatif semble avoir sa propre dynamique. Lors de journées spécifiques, à l'intérieur de réunions regroupant des associations à divers buts, l'alcoolisme peut donner lieu à des sensibilisations.

Tableau n°63

Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenants de la Drôme  
avec les malades, en colloques, en séminaires

Temps consacré aux consultations alcoolisme sur temps total de travail		Actions de prévention sensibilisation formation		Participation à des colloques, à des séminaires sur l'alcoolisme	
<b>Associations d'anciens buveurs</b>					
de 50 à 74%	1	oui	3	oui	3
très variable	1				
<b>Secteurs sociaux</b>					
de 50 à 74%	1	oui	5	oui	5
75% et plus	1	non	1	-	1
-	4				
<b>CHAA + CPDA + centres de santé</b>					
moins de 25%	3	oui	5	oui	5
75% et plus	2				
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>					
75% et plus	2	oui	2	oui	2
<b>Médecins de ville</b>					
moins de 25%	2	oui	1	oui	1
		non	1	non	1

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

D'autres initiatives sont prises pour mettre en place des formations ou informations en direction des médecins généralistes notamment, ou vers le public des travailleurs sociaux. Les hôpitaux ont fréquemment initié des actions et formation et mobilisent ponctuellement les énergies locales sur les sujet.

Au niveau régional, des rassemblements se produisent régulièrement, avec le Groupe Inter-Alcool à Lyon, avec des universitaires de Montpellier ou avec tous les CDPA de la région Rhône-Alpes.

Dans tous les cas de figure, aucune de toutes ces réunions ou formations n'ont rassemblé la plupart des intervenants au niveau départemental, ce qui semble a priori peu favorable à une démarche unificatrice de leur part.

Les formations se font fréquemment en direction de l'enseignement supérieur ou spécialisé, les travailleurs sociaux sont souvent visés aussi.

## **I-2. Le mode de prise en charge des malades**

Sauf dans le cas des associations d'anciens buveurs et dans les foyers de cure et de post-cure où les rencontres avec les malades se font au sein d'un groupe, les intervenants reçoivent les personnes pour une prise en charge individuelle.

La plupart du temps, les consultations se réalisent sur le lieu de travail de l'intervenant. Cependant, il arrive que les animateurs d'associations d'anciens buveurs se déplacent au domicile de la personne pour la rencontrer.

La prise en charge s'inscrit le plus souvent dans un suivi, qui peut être très variable mais qui dépasse généralement six mois. Il arrive cependant que l'intervenant lui-même ne soit en contact que très ponctuellement avec les personnes malades, essentiellement au moment de sa première venue dans la structure (dans le cadre d'un CHAA et du CDPA).

Les types de soins prodigués par les divers intervenants sont assez cohérents : les animateurs d'associations d'anciens buveurs privilégient l'aide morale, les intervenants sociaux évoquent fréquemment une aide sociale, mais aussi selon les cas une aide psychologique ou morale, les autres intervenants rencontrés apportent des soins médicaux doublés fréquemment d'un soutien psychologique ou moral.

Ils mènent presque tous un travail d'équipe, toujours ou souvent, à l'exception de la personne chargée de mission au Conseil Général, qui travaille en solo auprès des personnes dont elle s'occupe de manière spontanée.

Tableau n°64  
 Combinaison des soins apportés par les différents intervenants de  
 la Drôme

Aide psych.	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux
<b>Associations d'anciens buveurs</b>			
1 / 3	1 / 3	3 / 3	
<b>Services sociaux</b>			
3 / 6	4 / 6	3 / 6	1 / 6
<b>CHAA + CPDA + Centres de santé</b>			
3 / 5	2 / 5	1 / 5	3 / 5
<b>Hôpitaux généraux</b>			
2 / 2		1 / 2	2 / 2
<b>Médecins de ville</b>			
2 / 2			2 / 2

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

L'équipe est interne à la structure intervenante dans les services hospitaliers, les foyers de cure et de post-cure et les CHAA : on y trouve le plus souvent au moins un médecin généraliste et/ou spécialisé, un psychologue, un infirmier et un travailleur social, sans compter bien sûr le personnel administratif ou d'encadrement.

Dans le cas des associations d'anciens buveurs, ce travail d'équipe existe du fait de la participation de tous les anciens buveurs à chaque réunion. Les autres intervenants évoquent un travail d'équipe avec des partenaires extérieurs à leur structure d'appartenance.

On retrouve cette diversité des équipes dans les différents types de soins que prodiguent les structures auxquelles appartiennent les intervenants :

Tableau n°65  
Champs d'intervention théorique des différentes structures  
des intervenants de la Drôme

Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
3 / 3		3 / 3
<b>Intervenants sociaux</b>		
5 / 6		
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
4 / 5	2 / 5	3 / 5
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
2 / 2	2 / 2	1 / 1
<b>Médecins libéraux</b>		
<i>Pas de structure</i>		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Action sociale = hébergement, insertion socio-professionnelle, orientation, formation, élaboration de politiques sociales, suivi des malades

### I-3. La provenance des consultants

Chaque intervenant nous a précisé autant que possible comment les personnes parvenaient à son contact. Ces provenances sont multiples, cependant si l'on classe celles-ci selon leur fréquence d'apparition tous intervenants confondus, les travailleurs sociaux sont les plus souvent cités (par huit intervenants) puis les médecins traitants (par sept intervenants). L'hôpital et la publicité sont les sources qui apparaissent ensuite, citées chacune respectivement par six intervenants.

Les autres sources sont les services de justice et les associations d'anciens buveurs. Plus négligeables sont les flux en provenance de la médecine du travail, des foyers de cure et de post-cure, de l'entourage du malade ou de lui même.

Le réseau de ce fait paraît peu intégré puisque la plupart des personnes proviennent de l'extérieur des intervenants d'un réseau potentiel dans la Drôme, les travailleurs sociaux représentent une masse trop vaste pour être considérés à part entière comme des acteurs clairement identifiés d'un réseau éventuel.

Les associations d'anciens buveurs ont un recrutement qui s'exerce auprès des médecins traitants et des services hospitaliers, mais la publicité, l'entourage du malade ou une démarche

personnelle sont tout autant évoqués pour expliquer la venue d'une personne. L'originalité des associations de ce département tient à leur relation proche avec des centres de cure et de post-cure; dans la Drôme, cette proximité relative s'explique par un relais qui s'exerce entre des centres de cure créés par la Croix Bleue et les sections de l'association issues du même mouvement. Dans tous les cas, les animateurs des associations nous ont précisé qu'il s'agissait toujours d'envois de personnes par l'intermédiaire de partenaires connus et reconnus : un ou deux services hospitaliers particuliers, "des médecins qui nous connaissent", "des gens qui sont en post-cure à Virac", etc.

Les CHAA recueillent beaucoup de personnes qui ont été repérées par des travailleurs sociaux, mais elles viennent aussi à ces centres du fait des services de justice, des hôpitaux et des médecins traitants.

Les services hospitaliers ont aussi un recrutement assez varié, mais moins établi par des relations mutuelles entre tous les intervenants.



## **II - LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DANS LA DRÔME**

Divers éléments sont pris en compte pour mettre à jour le réseau actuel des relations entre les différents types d'intervenants rencontrés. En premier lieu, la fréquence des relations entre tous les intervenants potentiels a été examinée. En second lieu, le sens de l'orientation des consultants a été observé. En troisième lieu, le mode d'établissement des liens établis a été pris en compte pour évaluer la dynamique de ces relations.

### **II-1. La fréquence des relations entre intervenants**

Tout intervenant de la Drôme est en relation avec au moins trois types d'intervenants et au plus neuf intervenants (sur dix partenaires potentiels suggérés). Le type de partenaires pour lequel existe le plus de contacts sont les services hospitaliers (réguliers pour 16 intervenants, exceptionnels pour 2 autres), immédiatement suivis par les associations d'anciens buveurs (réguliers pour 15 intervenants, exceptionnels pour un autre). Deux autres types d'intervenants sont assez fréquemment évoqués : les centres de cure et de post-cure sont cités par 14 personnes pour des contacts réguliers, les services sociaux par 15 personnes. Les autres types de partenaires potentiels : médecins du travail, médecins traitants, services psychiatriques, CHAA et services de justice sont moins fréquemment cités - par neuf à dix intervenants.

Les services hospitaliers semblent au centre des relations établies entre les intervenants du département, puisque tous les partenaires sont en contact avec un ou plusieurs de ces services et de manière régulière pour une très large majorité (un médecin de ville et un animateur d'association ne concèdent que des relations exceptionnelles).

Les associations d'anciens buveurs ont aussi acquis une position centrale dans ce réseau, seuls les responsables de deux structures à vocation sociale plus générale ne sont pas en relation avec ces associations qui ont, il est vrai, un rôle très confiné à leur domaine. Il convient de préciser que les associations avec lesquelles ces rapports assez fréquents existent ne sont pas nécessairement

situées dans le département et peuvent tout aussi bien relever du mouvement de la Croix Bleue, que de celui des Alcooliques Anonymes, de Vie Libre, etc. Dans nombre de cas, il est demandé aux associations de venir présenter leur action, dans les services hospitaliers ou dans les CHAA. Mais ces rapports sont aussi basés sur des échanges de malades, des coups de fil pour indiquer des personnes qui auraient besoin d'un soutien, etc.

Selon les services sociaux, les relations existantes, bien qu'étant de nature assez régulière, sont difficilement réductibles parce que très variées dans leur teneur. Dans nombre de cas, elles se sont établies de manière indirecte. Ainsi les animateurs d'association d'anciens



buveurs n'ont que des contacts sporadiques dans le cadre de réunions, ou des contacts avec une assistante sociale particulière, qui "a ses entrées" dans la mesure où elle est identifiée comme proche du mouvement.

Les intervenants sociaux ont bien sûr des contacts assez aisés avec les travailleurs sociaux, du fait de leur proximité professionnelle. Les CHAA ont aussi des relations plutôt fréquentes et assez faciles avec les services sociaux, en grande partie du fait de leur reconnaissance officielle dans le domaine de l'alcoolisme. Les formations dispensées par le CHAA accueillent aussi des travailleurs sociaux, qui ensuite restent en contact de manière privilégiée. Quant aux services hospitaliers, leur rapport avec les travailleurs sociaux sont établis de longue date et sont le fruit d'une reconnaissance institutionnelle.

Les foyers de cure ou de post-cure sont des partenaires à part entière, qui ont cependant comme particularité d'être mobilisés en cas de besoin, et essentiellement pour trouver une solution de traitement pour un malade. Les foyers sont les premiers favorables avec des interactions multiples, pour que les personnes qui ont séjourné dans leurs structures trouvent une aide au moment où elles reviennent dans un mode de vie courant, cette aide est particulièrement sollicitée auprès des associations d'anciens buveurs, mais aussi auprès des travailleurs sociaux.

Si l'on s'attache à l'examen des relations que déclare chaque type d'intervenant, (observation des résultats du tableau par ligne) on constate que les CHAA et les services hospitaliers évoquent des échanges avec de nombreux partenaires. S'il apparaît effectivement que les services hospitaliers soient réellement impliqués dans ce réseau, les CHAA semblent avoir légèrement surévalué le nombre de leurs contacts, puisque les associations d'anciens buveurs comme les intervenants sociaux ne les situent pas comme des partenaires à part entière dans plusieurs cas.

Les deux médecins de ville qui ont bien voulu répondre aux questions des enquêteurs du CRÉDOC sont les plus éloignés d'un réseau de prise en charge compte-tenu des relations qu'ils ont soulignés dans l'entretien, même si tous deux affirment avoir des rapports plutôt réguliers avec les associations d'anciens buveurs, notamment, ou avec les services hospitaliers.

## **II-2. L'orientation des malades entre les divers types d'intervenants**

L'existence de relations entre un intervenant et un type de partenaire est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour qu'un flux de malades aille de l'un à l'autre. L'orientation de malades est donc une composante des relations qui a été particulièrement observée dans le cadre de cette partie.

Selon les responsables des CHAA, les malades transitent dans nombre de cas par leur structure. Premièrement, les services de justice et de la médecine du travail assurent d'abord leurs fonctions de repérage et alimentent de ce fait les centres. C'est le cas aussi des médecins de ville qui envoient des malades au CHAA. Deuxièmement, il existe des échanges dans les deux sens entre le CHAA et les services hospitaliers, ainsi qu'entre le CHAA et les associations d'anciens buveurs, entre le CHAA et les foyers de cure et de post-cure et enfin entre le CHAA et les services sociaux. Cependant la plupart de ces flux nous ont été surtout décrits par les intervenants des CHAA : ils apparaissent moins dans les déclarations des autres intervenants, sauf dans le cas des intervenants hospitaliers.

Plusieurs explications peuvent aider à comprendre cette relative disymétrie entre le discours des intervenants en CHAA et celui des autres intervenants : le CHAA est effectivement un lieu de passage important, qui s'appuie sur l'ensemble des autres intervenants, cependant pour ces derniers la proportion relative des personnes arrivant directement du CHAA pour les rejoindre n'est pas très sensible : les associations d'anciens buveurs ont des voies de "recrutement" parallèles, mais surtout ils constituent un "bout" de la trajectoire des malades, qui ont pu avoir connaissance des associations, grâce à des conseils de personnes travaillant au CHAA, mais qui n'ont utilisé ces conseils que plus tard; les services sociaux ont sans doute de la même manière proposé aux personnes ayant des problèmes d'alcoolisme et parmi d'autres solutions de se rendre au CHAA, mais ils n'ont pas pour autant suivi ensuite la trajectoire de ces personnes; symétriquement les CHAA ont pu conseiller aux personnes de se mettre en contact avec les services sociaux de leur environnement, sans que cette démarche apparaisse ensuite pour ces services comme le fruit d'une incitation propre aux intervenants du CHAA.

En définitive, on pourrait en conclure que si le CHAA se trouve au cœur du réseau d'échanges des malades, son action n'est pas perçue par les autres intervenants dans la mesure où les trajectoires des personnes sont indirectes d'une part et parce que les flux de malades ont une importance relative plus forte pour les intervenants en CHAA que pour les autres intervenants qui traitent un nombre de personnes plus important et pour des problèmes plus divers, d'autre part.

Le partenariat entre les associations d'anciens buveurs et les foyers de cure et de post-cure est plus nettement établi, parce qu'il repose sur des démarches explicites de la part des animateurs d'associations d'anciens buveurs, les rapports sont aussi plus personnalisés entre ces derniers et les responsables des foyers.

Sur le graphique n°1 représentatif des relations existant entre les divers types d'intervenants, on a reproduit la relative centralité exprimée par les intervenants du CHAA, mais on constate aussi la multiplication de relations reliant tous ces partenaires. En résumé, la forte intensité des relations entre les uns et les autres paraît un peu désorganisée, en tous les cas peu structurée, comme si chaque type de partenaire appréhendait mal les autres en présence. Le schéma ne permet guère de cerner les cheminements de prise en charge des malades. A la fin de

l'entretien, plusieurs personnes postulaient même l'idée que plusieurs réseaux parallèles pouvaient coexister.

### **II-3. Nature de l'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants**

Le mode d'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants donne une idée de la dynamique des relations. On a distingué selon que les liens s'établissaient de manière spontanée et sans contraintes, ou, étaient de nature plus institutionnelle et soumis à une régularité plus obligatoire.

Les liens dits "institutionnels" sont plus nombreux dans le département que les liens à caractère spontané. Il semble que dans le département, les relations établies n'ont pas été initiées de manière très volontariste, mais s'inscrivent dans un fonctionnement régulier, comme logique.

Les relations avec le CHAA ont fréquemment un caractère institutionnel, cependant les animateurs de CHAA nous ont quelquefois souligné que les liens se sont construits sur leur initiative et ne paraissent pas à leurs yeux tant relever d'une démarche institutionnelle que semblent l'évaluer les autres partenaires. On retrouve ici la notion d'un service très bien intégré au niveau institutionnel, dont le rôle dynamique n'est cependant pas toujours perçu.

Les associations d'anciens buveurs présentent très logiquement des rapports à caractère plus spontané, elles ont interpellé les autres partenaires pour se faire connaître et reconnaître, et n'hésitent pas à les mobiliser pour un cas particulier.

Les deux personnes rencontrées dans les services hospitaliers soulignent le caractère institutionnel et régulier des relations engagées. Cependant la dynamique soutenant des actions particulières et récentes engagées par ces services pousse leurs partenaires à souligner leur disponibilité et de fait leur capacité d'entraînement spécifique dans le réseau.

Les intervenants sociaux sont très présents dans de multiples actions et sont aussi des partenaires assez systématiques, si certains intervenants sociaux ont du engager d'eux même les contacts existants, les services sociaux dans leur ensemble sont des partenaires de longue date, qu'on n'hésite pas à mobiliser de manière très fonctionnelle.

En revanche, les liens avec les médecins de ville qui conservent un caractère sporadique n'ont pas de règle propre, ils peuvent être le fruit de partenariats établis selon les besoins, ou prendre un tour très officiel. Les médecins du travail sont de leur côté en relations avec des intervenants du réseau dans le cas spécifique de certains malades : la démarche à suivre dans ces cas là est très balisée et laisse peu de place à la spontanéité. De la même manière, les services de

justice n'interviennent dans ce réseau que sur des points particuliers, et donnent lieu seulement à des échanges très officiels, le plus souvent par courrier, dans un cadre de prise en charge très déterminé.

Même si les relations établies semblent bien inscrites dans le temps et dans la régularité, il reste de la place pour des liens dynamiques. Il existe peu d'intervenants qui n'aient noué d'eux même des liens avec d'autres, et tous peuvent encore s'engager dans des démarches nouvelles pour la dynamique de l'ensemble du réseau).

Tableau n°67

Sens de l'orientation des consultants entre partenaires

A = axe des types de partenaires, B = axe des intervenants de la Drôme

	Assoc. d'anc. buv.	Méd. de ville	Méd. du travail	Serv. hosp. gén.	Services psy.	CHAA	Serv. soc.	Foyers	Serv. de justice	Autres part. évent.
<b>Associations d'anciens buveurs</b>										
a1								BA		
a2	BA	AB			BA			BA		
a3	BA		AB	BA			ABA	AB		
<b>Services sociaux</b>										
b1	ABA			BA						
b2								ABA		
b3										
b4		BA		ABA				ABA	AB	
b5		AB								AB
b6	ABA			AB	BA	AB	AB			
<b>CHAA + CPDA + Centres de santé</b>										
c1	BA	AB	AB	ABA	AB		ABA	BA	AB	
c2			AB				AB	AB	AB	
c3	BA			BA		BA		BA		
c4	ABA	AB	AB	AB	BA			BA	AB	
c5		AB	AB	BA	ABA		AB		AB	
<b>Hôpitaux généraux</b>										
d1	BA			ABA	ABA	ABA		BA		
d2		AB	AB		BA	AB	BA	AB	AB	
<b>Médecins de ville</b>										
e1										
e2	BA							BA		

ABA = caractère symétrique des orientations

AB = de A vers B

BA = de B vers A

#### **II-4. Un schéma synthétique de l'ensemble du réseau**

On peut dans un dernier schéma résumer l'ensemble des informations recueillies et significatives des échanges existant entre tous les intervenants d'un réseau relationnel dans la Drôme. On ne schématise dans ce réseau cependant que les liens les plus forts.

On peut mettre à jour trois circuits de soins principaux. Le premier circuit relie les CHAA, aux services hospitaliers généraux et aux services sociaux, avec de fortes interrelations réciproques.

Le second circuit relie les associations d'anciens buveurs aux services sociaux et aux services hospitaliers généraux. Moins central, ce circuit se différencie nettement du premier par le caractère spontané des relations, et la multitude de contacts non systématiques, mais très fréquents.

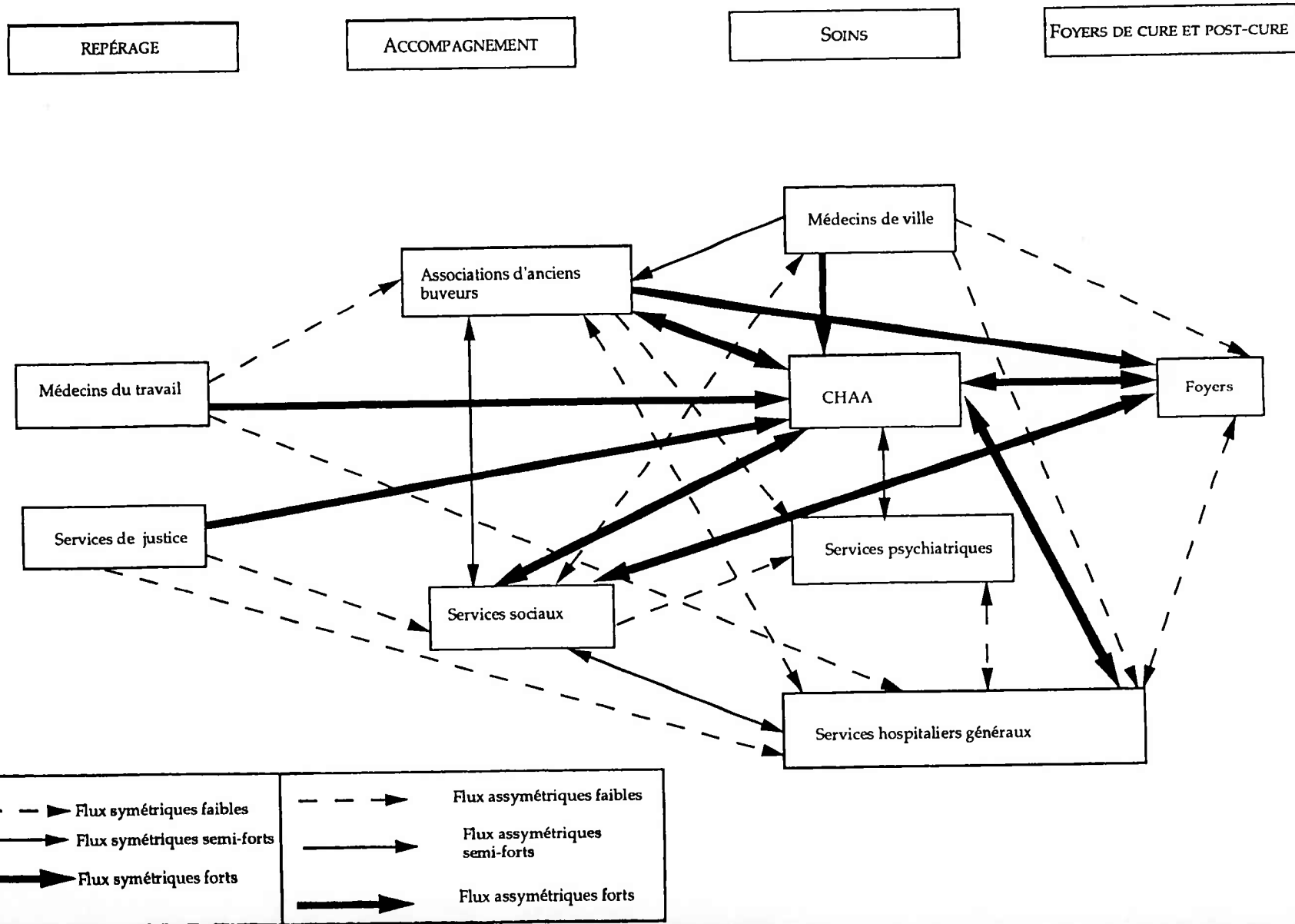
Le troisième circuit se situe entre les CHAA et les foyers de cure et de post-cure. On pourrait éventuellement ajouter un lien fort entre associations d'anciens buveurs et foyers, mais les rapports entre ces deux types de partenaires restent trop liés à des échanges de malades à caractère trop ponctuel.

Le réseau de prise en charge des personnes alcooliques dans le département de la Drôme présente comme caractéristique essentielle, le fait d'être très disséminé. Les CHAA ont une fonction importante dans ce réseau, mais aussi les services hospitaliers, les services sociaux et les associations. Chacun à son rôle, et l'ensemble paraît assez efficient, mais il semble que les compétences se superposent parfois ou au contraire se disjoignent et qu'il n'existe aucun schéma rationnel des relations.

Ce manque de concertation et de cohérence est d'ailleurs fortement ressenti par tous les partenaires qui le mettent en avant quand on les sollicite en fin d'entretien sur les qualités ou défauts du réseau actuel de relations dans le département.

Graphique n°32

Grphe de l'orientation des malades alcooliques entre les différentes structures de prise en charge de la Drôme



### III - OPINIONS DES INTERVENANTS DE LA DRÔME SUR LE RÉSEAU ACTUEL DE RELATIONS DANS LE DÉPARTEMENT

Tous les partenaires ont déclaré l'intérêt d'appartenir à un réseau dans le domaine de l'alcoolisme. Cet intérêt est diversement motivé :

- c'est une question de cohérence des actions, de cohésion, concertation pour dix intervenants;
- cela permet de partager les expériences pour six intervenants.

Quatre intervenants donnent d'autres raisons plus ponctuelles; soit ils considèrent que ce réseau permet simplement de mieux soigner; soit, cela aide à la promotion de leur travail; un intervenant estime même qu'il n'"existe" que par le réseau.

Le réseau apparaît au moins aussi nécessaire dans le domaine de l'alcoolisme que dans d'autres domaines de la santé publique, sept personnes estiment même que c'est plus nécessaire.

Concernant des personnes ayant une fonction ou une place essentielle, il n'y a pas de consensus : six personnes estiment qu'il en existe une, mais ne désignent pas la même personne, six autres affirment le contraire (les intervenants restant n'ayant pas répondu à cette question). Ils sont un peu plus nombreux à accorder une place centrale à une structure, qui dans plusieurs cas est le CHAA.



Tableau n°68

Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de la Drôme

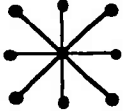
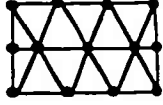



Permet la cohésion, la concertation et la cohérence	Permet de partager les expériences, les difficultés	Autres arguments
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
1 / 3	2 / 3	pour aider les gens
<b>Intervenants sociaux</b>		
5 / 6	2 / 6	pour rendre un service au public et promouvoir certaines pratiques
<b>Intervenants dans CHAA, CDPA et centres de santé</b>		
2 / 5	1 / 5	- pour soigner les malades - parce qu'on existe par le réseau
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
2 / 2		
<b>Médecins libéraux</b>		
	1 / 2	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

S'il n'y a pas un accord général sur un modèle de schématisation du réseau, près de la moitié des intervenants ont cependant choisi la structure étoilée. Les raisons de ce choix sont multiples, puisque dans quatre cas sur les huit, c'est eux même ou leur propre structure qu'ils placent au centre de cette étoile; dans deux cas, le CDPA occupe le milieu; dans un autre, c'est le malade qui s'y trouve. Cette homogénéité de prime-abord est donc assez trompeuse. Les explications justifiant du choix du deuxième schéma (la grille géométrique) vont en revanche toutes dans le même sens : le schéma reflète l'idée que tous les intervenants sont en contacts aisés et mutuels.

Le graphe protéiforme a été désigné par quatre partenaires, parce qu'il est peu rigide, à figure humaine, mais aussi parce qu'il symbolise l'existence de réseaux parallèles peu liés (réseau médical et réseau social par exemple). Les deux derniers schémas n'ont été choisis que très exceptionnellement et dans le cas de l'arbre pour illustrer le rôle de la source CDPA, dans le cas de la chaîne par une personne estimant que le réseau étant de petite taille, deux chaînons étaient presque suffisants.

Tableau n°69  
Schématisation du réseau de relations actuelles  
entre tous les intervenants de la Drôme

				
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
2 / 3		1 / 3		
<b>Intervenants sociaux</b>				
3 / 6		1 / 6		1 / 6
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>				
3 / 5	1 / 5	1 / 5		
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>				
	1 / 2		1 / 2	
<b>Médecins libéraux</b>				
		1 / 2		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Le réseau actuel a besoin d'évoluer, mais est-ce une question d'ampleur ou de fonctionnement ? Les réponses de l'ensemble des intervenants ne permettent pas de trancher sur ce point, certains insistent sur des manques particuliers, d'autres incriminent le manque de réunions.

Pour améliorer le réseau de relations actuelles, il faudrait d'abord pour une majorité des intervenants locaux (11 sur 18) augmenter le degré de communication entre tous les partenaires, ainsi que la coordination des actions, l'information générale. En deuxième lieu, il y a un manque de moyens financiers, de personnel et en formation. A la différence des autres départements, le niveau d'implication des partenaires n'est pas considéré comme trop faible, sauf pour un psychothérapeute qui aimerait qu'ils y consacrent plus de temps, qu'ils soient plus disponibles. Trois autres propositions sont faites, dans le sens d'une création de structures d'accueil ou d'actions de suite au traitement. Un seul intervenant estime qu'il manque un lieu d'hospitalisation local.

Leurs propositions pour améliorer le réseau vont dans le sens d'une meilleure circulation de l'information au sein du réseau : par des réunions notamment. L'un des intervenants insiste sur le manque d'articulation entre le réseau social et le réseau médical, un autre évoque la solitude du travailleur social en la matière. Les autres sujets abordés sont fournis ponctuellement : une proposition évoque le manque de médecins généralistes dans le réseau,

une autre demande de la formation, une dernière souligne la nécessité d'augmenter les moyens généraux.

Une petite majorité des personnes (11 sur 18) connaît un partenaire dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie; trois personnes en connaissent en matière de lutte contre le tabagisme.

Près de la moitié des intervenants ont le sentiment d'appartenir à un réseau, quatre personnes déclarent ne pas en avoir le sentiment, trois autres considèrent que le mot réseau n'est pas adéquat pour décrire l'ensemble des relations actuelles. (rappelons que trois personnes n'ont pas répondu à cette question). L'existence d'une définition commune à l'ensemble des partenaires est difficile à envisager : ils ne sont que six à estimer qu'une telle définition a cours aujourd'hui.

Tableau n° 70  
Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles  
entre tous les intervenants de la Drôme

Donner plus de moyens financiers, en personnel, en formation	Améliorer la communication la coordination l'information	Favoriser les qualités des partenaires degré d'implication temps consacré	Autres propositions
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
2 / 3	1 / 3		
<b>Intervenants sociaux</b>			
1 / 6	3 / 6		Plus d'actions d'insertion professionnelle pour aider les malades après
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>			
4 / 5	3 / 5	1 / 5	- Création d'une structure locale d'hospitalisation - Création d'un lieu d'accueil pour les malades après l'arrêt d'alcool
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>			
	2 / 2		
<b>Médecins libéraux</b>			
	2 / 2		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

# MORBIHAN

## I - LE MORBIHAN : UNE FORTE PRESENCE DE L'ALCOOLISME

Le département du Morbihan a été choisi pour représenter les départements de l'ouest du pays, où l'alcoolisme est traditionnellement jugé le plus important. C'est un département où les associations sont nombreuses et diverses, où a été créé un service hospitalier d'alcoologie le plus connu, où enfin beaucoup des partenaires sociaux ne peuvent qu'être sensible aux problèmes, car ils y sont toujours confrontés à un moment ou l'autre.

Tableau n° 71  
Présentation des intervenants rencontrés

<i>Association d'anciens buveurs</i>	
- Trésorière Croix d'Or	a1
- Président Espoir-Amitié	a2
- Vice-président Vie Libre	a3
- Représentant Alcooliques Anonymes	a4
- Président Amitié-Santé-Marine	a5
- Présidente AMAFE	a6
<i>Intervenants sociaux</i>	
- Responsable centre de post-cure	b1
- Directeur centre de post-cure - femmes	b2
- Intervenants centre de post-cure	b3
- Directeur UDAF	b4
- Infirmier chef de la DDASS	b5
- Responsable Mission Locale	b6
- Responsable adjoint MGEN	b7
<i>Intervenants dans CHAA et CDPA</i>	
- Secrétaire dans CHAA	c1
- Responsable de CDPA	c2
- Médecin dans CHAA	c3
- Médecin dans CHAA	c4
- Médecin dans CHAA	c5
<i>Intervenants dans service hospitalier</i>	
- Médecin Unité d'alcoologie	d1
- Cadre infirmier Unité d'alcoologie	d2
- Cadre infirmier dans service psychiatrie	d3
- Médecin dans service psychiatrie	d4
- Chef hospitalier service gastro-entérologie	d5
- Médecin de centre hospitalier	d6
<i>Médecins libéraux</i>	
- Psychiatre dans une clinique	e1
- Psychiatre de ville	e2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les vingt-six intervenants rencontrés travaillent dans vingt-quatre structures.

Il s'agit d'une population à dominante masculine : dix-neuf hommes pour sept femmes. Ils ont entre quarante et cinquante ans pour la plupart (seize intervenants), huit ont entre trente et quarante ans et un seul a plus de cinquante ans. Les intervenants rencontrés dans ce département sont plus jeunes en moyenne que dans les autres départements étudiés. Ils ont presque tous un diplôme de niveau supérieur au baccalauréat, sauf deux animateurs d'associations néphalistes qui ont un diplôme technique de niveau inférieur (pour un autre animateur, cette information n'est pas renseignée).

Leur intérêt pour l'alcoolisme trouve des origines très diverses : dix intervenants expliquent leur intérêt du fait de leur profession, quatre invoquent une obligation, le hasard ou la nécessité, six sont d'anciens buveurs. Les six intervenants restants donnent des raisons plus originales : sensibilité aux problèmes locaux, souci de s'engager dans une aide à l'autre, etc.

Le représentant de la DDASS est le seul intervenant n'ayant pas de contact direct avec des malades alcooliques, tous les autres consacrent une partie de leur temps, parfois très minime, à s'occuper de personnes en difficulté avec l'alcoolisme.

Les animateurs d'associations néphalistes voient moins d'un quart de leur temps absorbé par ces contacts, ainsi que les intervenants en CHAA qui ont des tâches parfois plus administratives ou qui ont une activité parallèle qui mobilise plus leur énergie. Ce sont les intervenants hospitaliers qui y consacrent le plus de leur temps.

### **I-1. Participation à des actions de prévention, information, formation et à des réunions, colloques et séminaires**

A une exception près, tous ont participé à des actions de prévention, information et formation au sujet de l'alcoolisme. Ces dernières ont été initiées par les services hospitaliers, le CDPA, l'UDAF, etc.

Des actions de prévention ont mobilisé la majeure partie des personnes rencontrées. En revanche, dispenser une formation est plus réservé aux membres du corps hospitalier.

Tableau n°72

**Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenants du Morbihan  
avec les malades, en colloques, en séminaires**

Temps consacré aux consultations alcoolisme sur temps total de travail		Actions de prévention sensibilisation formation		Participation à des colloques, à des séminaires sur l'alcoolisme	
<b>Associations d'anciens buveurs</b>					
moins de 25%	5	oui	6	oui	6
très variable	1				
<b>Intervenants sociaux</b>					
moins de 25%	2	oui	7	oui	7
de 25 à 49%	3				
de 50 à 74%	1				
-	1				
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>					
moins de 25%	5	oui	4	oui	5
		non	1		
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>					
moins de 25%	1	oui	6	oui	5
de 25 à 49%	1			non	1
de 50 à 74%	1				
75% et plus	3				
<b>Médecins libéraux</b>					
moins de 25%	1	oui	2	oui	2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les réunions sont fréquentes et des activités sont organisées en commun avec d'autres partenaires : comme les "trois jours sans alcool" notamment, qui rassemblent plusieurs intervenants sociaux. L'alcoolisme étant un thème sensible dans la région Bretagne, il n'est pas rare que des congrès ou colloques se tiennent à proximité. Enfin les intervenants les plus spécialisés se sont déjà rendus à des rencontres organisées par la Société Française d'Alcoologie.

## II-2. Le mode de prise en charge des malades

La majorité des intervenants (quinze d'entre eux) privilégie en premier lieu la prise en charge individuelle, ce qui n'exclut pas des travaux en groupe, particulièrement dans les associations néphalistes, les foyers de post-cure, les services hospitaliers. Si le travail avec les

familles est généralement recherché, il est souvent difficile de le mettre en place, et le réaliser de manière satisfaisante. Une caractéristique des intervenants morbihanais est d'avoir insisté sur le rôle de l'entourage familial et regretté particulièrement les difficultés associées et leur manque de moyens.

La prise en charge s'inscrit le plus souvent dans un suivi, qui est de durée très variable, mais allant fréquemment au delà de six mois. Une dizaine d'intervenants ont des actions plus ponctuelles, dans le cadre du CHAA par exemple pour une personne qui a un test d'alcoolémie routière trop élevé, ou dans les consultations à l'hôpital.

Les animateurs dans des mouvements d'anciens buveurs pensent dispenser une aide morale, parfois une aide psychologique et/ou sociale. Les intervenants en milieu hospitalier présentent la gamme la plus complète d'aide et de soins, ainsi que les responsables de foyers de post-cure. Dans les CHAA, si un soutien psychologique existe généralement, il n'y a pas nécessairement de soins médicaux.

Tableau n°73  
Combinaison de soins apportés par les différents intervenants  
du Morbihan

Aide psy.	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux	Autre
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
2 / 6	2 / 6	5 / 6	1 / 6	
<b>Intervenants sociaux</b>				
3 / 7	2 / 7	4 / 7	2 / 7	1 / 7
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>				
5 / 5		2 / 5	3 / 5	
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>				
4 / 6	2 / 6	2 / 6	6 / 6	
<b>Médecins libéraux</b>				
2 / 2			2 / 2	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Ils mènent presque tous un travail d'équipe. Au sein des associations néphalistes, cette équipe est fréquemment constituée de tous les anciens buveurs. Il arrive que ces mouvements collaborent avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre de manière privilégiée, ou sollicitent l'aide d'un travailleur social. Dans les foyers, les équipes sont assez complètes, comprenant médecins (plusieurs y exercent sur des temps partiels) infirmiers, moniteurs et personnel administratif et d'entretien.



Tableau n°74  
Champs d'intervention théorique des différentes structures  
des intervenants du Morbihan

Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
6 / 6		4 / 6
<b>Intervenants sociaux</b>		
6 / 7	3 / 7	1 / 7
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
5 / 5	2 / 5	4 / 5
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
2 / 6	6 / 6	2 / 6
<b>Médecins libéraux</b>		
	2 / 2	1 / 2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Action sociale = accueil, orientation, prévention, hébergement, insertion socio-professionnelle, formation, élaboration de politiques sociales, suivi, etc.

Les CHAA sont composés de petites équipes, une secrétaire assurant fréquemment la permanence et coordonnant l'activité des autres intervenants dans la structure, médecins, psychologues, travailleurs sociaux. Enfin les services hospitaliers comportent des équipes de taille importante avec médecins, infirmiers, psychologues, diététicienne et travailleurs sociaux, et parfois un acupuncteur, un ergothérapeute, etc.

### I-3. La provenance des consultants

La source la plus fréquemment évoquée est l'hôpital, plus de la moitié des intervenants rencontrés l'ont cité. Ce sont ensuite les médecins traitants qui sont évoqués par le tiers des intervenants. Les autres sources ont un moindre poids, les relations familiales-amicales, les travailleurs, les associations d'anciens buveurs et les services de justice apparaissent après dans ce classement, citées respectivement par un quart des intervenants.

Pour les associations d'anciens buveurs, ce sont l'hôpital et le cercle de relations qui les pourvoient le plus souvent. Les intervenants dans les services hospitaliers reçoivent presque tous leurs consultants de la part des médecins traitants et des autres services hospitaliers, les

associations d'anciens buveurs sont aussi nommées par eux. Enfin, les CHAA jouent leur rôle d'intermédiaire auprès des services de justice.

Selon ce premier tableau, on trouverait les services hospitaliers spécialisés au centre du réseau, servis par les associations d'anciens buveurs et les abreuvant en retour. Les médecins traitants et les relations familiales et amicales se situeraient en amont, de même que les services de justice pour les CHAA. Les autres partenaires auraient un moindre poids. Les centres de cure et de post-cure assez présents dans ce département se trouveraient plutôt en aval des hôpitaux dans ce réseau.

## **II - LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DANS LE MORBIHAN**

Divers éléments sont pris en compte pour mettre à jour le réseau actuel des relations entre les différents types d'intervenants rencontrés. En premier lieu, la fréquence des relations entre tous les intervenants potentiels a été examinée. En second lieu, le sens de l'orientation des consultants a été observé. En troisième lieu, le mode d'établissement des liens a été pris en compte pour évaluer la dynamique de ces relations.

### **II-1. La fréquence des relations entre intervenants**

La plupart des intervenants du Morbihan sont en relation régulière avec au moins trois autres types de partenaires (sur dix partenaires potentiels suggérés), si l'on excepte cependant deux intervenants - une association d'anciens buveurs et un intervenant dans le domaine social - qui ont un réseau relationnel réduit en matière d'alcoolisme. Certains intervenants s'affirment en relations avec tous les partenaires envisagés dans cette enquête.

Les trois types de partenaires avec lesquels existent le plus de contacts sont les services sociaux (vingt-deux contacts réguliers), les services hospitaliers généraux et les centres de cure et de post-cure (20 contacts réguliers). Immédiatement suivant dans cette hiérarchie, on trouve les associations d'anciens buveurs et les services psychiatriques, évoqués comme partenaires réguliers par dix-sept intervenants rencontrés, et plus exceptionnels pour quatre à six d'entre eux. Les médecins de ville, médecins du travail et CHAA arrivent enfin dans cette hiérarchie, précédant les services de Justice qui sont les partenaires les moins présents dans ce réseau, considérés essentiellement par les CHAA et les foyers de post-cure.

Les services hospitaliers s'affirment, le plus, au sein de ce réseau comme des partenaires incontournables et très actifs. La présence de plusieurs services particulièrement dédiées à l'alcoolisme dans le département explique sans doute cet état de fait.

Tableau n°75

## Fréquence des contacts entre les intervenants du Morbihan

	Association d'anciens buveurs	Médecins de ville	Médecins du travail	Services hospitaliers généraux	Services psychiatriq	CHAA	Services sociaux	Centres de cure et de post-cure	Services de justice	Autres partenaires éventuels
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1	-	-	-	++	++	++	-	++	-	++
a2	++	-	-	++	++	++	++	++	-	-
a3	++	+	++	++	+	+	++	++	+	-
a4	+	++	++	++	++	++	++	++	+	++
a5	+	++	++	++	++	++	++	+	+	-
a6	++	-	-	-	-	-	-	++	-	-
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1	++	++	-	++	++	++	++	++	++	++
b2	++	++	+	++	++	++	++	++	+	-
b3	-	++	-	++	++	-	++	++	+	++
b4	++	+	++	++	++	+	++	++	++	++
b5	+	+	-	+	-	++	++	-	-	++
b6	+	++	-	+	++	+	++	+	+	++
b7	+	-	-	-	+	-	+	-	-	+
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
c1	-	-	-	++	-	++	++	-	-	-
c2	++	-	++	++	++	++	++	++	++	++
c3	++	+	++	++	++	++	++	++	++	++
c4	+	++	++	++	++	-	++	++	+	++
c5	++	+	+	-	-	-	++	++	++	-
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
d1	++	++	++	++	++	++	++	++	+	++
d2	++	+	+	++	+	+	++	++	++	-
d3	++	++	++	++	++	++	++	++	-	-
d4	++	++	++	++	++	-	++	++	-	-
d5	++	++	++	++	-	++	-	++	-	-
d6	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
<b>Médecins libéraux</b>										
e1	++	++	++	++	++	-	++	+	-	-
e2	++	++	++	+	+	-	++	++	-	-

- jamais, + exceptionnellement, ++ régulièrement ou assez régulièrement

## **II-2. L'orientation des malades entre les divers intervenants**

Tous les partenaires ne nous ont pas détaillé précisément les échanges existants, et dans un certain nombre de cas, la nature indirecte de ces échanges brouille un peu les "pistes". Cependant, il s'avère là encore que les services hospitaliers ont une fonction centrale dans ce réseau, déclinant le plus souvent des orientations de leur fait ou vers eux. Les centres de cure et de post-cure sont aussi un lieu d'échange particulièrement actif. Les services psychiatriques et les CHAA constituent des lieux d'orientation moins fréquents, mais qui peuvent intéresser des partenaires très divers. En revanche, les médecins du travail et médecins de ville ne sont en partenariat réel pour les malades seulement avec les CHAA et les services hospitaliers de manière significative.

Pour résumer, les services hospitaliers sont des lieux de passage qui paraissent particulièrement importants, leur rôle étant le plus large et le plus ouvert à tous les types de partenaires, les services psychiatriques jouent aussi ce rôle mais de manière moins massive. Les CHAA ont des échanges plus ciblés avec certains types de partenaires seulement.

Les centres de post-cure constituent une classe de partenaires à part, dans la mesure où s'ils constituent un partenaire d'orientation à part entière, ces échanges concernent une minorité des malades transitant par le réseau, comparativement avec les autres partenaires. Les services sociaux sont présents, mais leur fonction s'exprime en filigrane, on les identifie plus comme des partenaires de l'accompagnement, vers qui on oriente peu, mais qui assurent un suivi si nécessaire.

Enfin les associations néphalistes et les médecins de ville jouent un rôle direct auprès des services hospitaliers, mais sont plus lointains pour les autres types de partenaires.

## **II-3. Nature de l'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants**

Le mode d'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants donne une idée de la dynamique des relations. On a distingué selon que les liens s'établissaient de manière spontanée et sans contraintes ou étaient de nature institutionnelle et soumis à une régularité plus obligatoire. On suppose dans cette représentation que les rapports établis depuis le plus longtemps ont donné lieu à une organisation spécifique et s'avèrent aujourd'hui moins dynamiques, alors que les liens plus ciblés, noués de manière ponctuelle dans un cas donné, ont un caractère spontané, qui peut les rendre plus dynamiques au final, en tous les cas plus mouvants.

Tableau n°76

Sens de l'orientation des consultants entre partenaires du Morbihan

A = partenaires du réseau, B = intervenants du Morbihan

	Association d'anciens buveurs	Médecins de ville	Médecins du travail	Services hospitaliers généraux	Services psychiatriq	CHAA	Services sociaux	Centres de cure et de post-cure	Services de justice	Autres partenaires éventuels
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1				ABA	ABA	ABA				BA
a2				ABA	ABA	ABA		ABA		
a3	BA						AB			
a4	BA		AB							
a5				BA						
a6								ABA		
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1	ABA	AB		ABA	ABA	ABA		ABA		
b2				ABA	ABA	ABA				
b3				ABA	ABA			BA		ABA
b4										BA
b5										
b6						BA	ABA	BA		
b7										
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
c1				ABA						
c2	ABA			ABA				ABA		
c3			ABA	BA			AB	ABA	ABA	
c4		BA	AB							
c5		AB	AB				AB	AB		
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
d1		AB				AB		BA	AB	
d2	AB			ABA				ABA		
d3		ABA	ABA	AB	ABA			BA		
d4	BA	ABA	AB	ABA			ABA	ABA		
d5		ABA		ABA		ABA		BA		
d6	ABA	ABA	AB		ABA	ABA		ABA		
<b>Médecins libéraux</b>										
e1	ABA	AB	ABA	ABA	ABA					
e2		ABA	AB					BA		

Pour les contacts dont la nature de l'établissement a pu nous être fournie, on constate que les relations ayant un tour institutionnel sont à peine plus nombreuses que les relations à caractère plus spontanées.

Ce sont les intervenants sociaux qui sont les plus impliqués dans des relations avec les autres partenaires qui s'avèrent les plus institutionnalisées, en tous les cas les plus inscrites dans un rythme de régularité, c'est particulièrement dans le cadre de leurs relations avec les services hospitaliers généraux et psychiatriques, et les CHAA.

Du fait de leur implantation de plus longue date et leur reconnaissance la plus large, les services hospitaliers ont des échanges réguliers avec les autres types d'intervenants, qui prennent un tour très institutionnel notamment avec les mouvements d'anciens buveurs et les services sociaux.

En revanche, les médecins de ville et les médecins du travail sont les partenaires les moins inscrits dans des rapports réguliers, on fait appel à eux sur des cas particuliers, s'il y a besoin.

Tableau n°77

MESURE DES MECANISMES DE DIFFUSION ET D'AMPLIFICATION  
DES INTERVENANTS POTENTIELS D'UN RESEAU DANS LE MORBIHAN

Filtre	Relais simple	Amplificateur semi-fort	Amplificateur fort
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
	2 / 6	4 / 6	
<b>Intervenants sociaux</b>			
	1 / 7	6 / 7	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>			
1 / 5		4 / 5	
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>			
	1 / 6	5 / 6	
<b>Médecins libéraux</b>			
		1 / 2	1 / 2

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Filtre = intervenant ayant exclusivement des partenaires institutionnels

Relais simple = intervenant ayant des partenaires instit. + 1 partenaire spontané

Amplificateur semi-fort = intervenant ayant des partenaires instit. + 2 partenaires spont. au moins

Amplificateur fort = intervenant ayant exclusivement des partenaires spontanés

#### II-4. Un schéma synthétique de l'ensemble du réseau

Il n'est pas aisé d'établir un schéma d'ensemble du réseau. Le caractère multiple des relations nouées par les services hospitaliers fait qu'il semble exister un circuit de soins très large, englobant tous les partenaires à l'exception de la médecine du travail et des services de justice qui se révèlent les moins proches de tous les autres.

On constate en effet que les services hospitaliers sont des partenaires réels de tous. Les associations d'anciens buveurs ont coutume d'orienter quand nécessaire les personnes vers ces services et font des présentations de leur mouvement au sein de ces établissements. Les intervenants sociaux ont coutume de rencontrer ces services dans le cadre de réunions et les services hospitaliers les contactent pour suivre certains malades. Les médecins de ville leur envoient des patients alors que les centres de post-cure en reçoivent d'eux. Des interrelations sont nouées avec les CHAA et les services psychiatriques, par des systèmes de collaboration entre médecins, qui interviennent dans des endroits multiples.

Les services psychiatriques sont séparés dans le schéma représentatif mais sont étroitement reliés avec les services hospitaliers; dans un certain nombre de cas, les autres partenaires ne les ont pas distingués.

On peut distinguer à l'intérieur de ces grands circuits, des relations plus étroites entre les CHAA, les médecins de ville et les centres de cure et des post-cure. Les CHAA sont aussi de "bons" receivers des personnes repérées par les services de justice et la médecine du travail, mais nous ne l'avons pas mis en évidence dans ce schéma pour ne pas trop embrouiller la représentation.

Au total, on a l'impression d'un réseau de relations assez dense, où les services hospitaliers assurent une fonction cruciale, soutenus par l'ensemble des autres partenaires. Ils voient leur rôle complété par l'action des CHAA qui assurent des services de proximité et une orientation efficace. Les foyers de post-cure du département accueillent un public très large et participent de manière efficace au fonctionnement de l'ensemble du réseau. Les mouvements d'anciens buveurs ont aussi trouvé leur place au sein de cet ensemble. Les médecins de ville seraient moins éloignés de ce réseau relationnel que dans les autres départements étudiés.

### III - OPINIONS DES INTERVENANTS DU MORBIHAN AU SUJET DU RÉSEAU ACTUELS DE RELATIONS DANS LE DÉPARTEMENT

Tous les partenaires ont répondu positivement à la question portant sur l'intérêt du réseau.

Tableau n°78

Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Morbihan

Permet la cohésion la concertation et la cohérence	Permet de partager les expériences les difficultés	Autres arguments
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
	4 / 6	- c'est l'intérêt du malade - aider le malade, mais aussi l'entourage
<b>Intervenants sociaux</b>		
5 / 7	3 / 7	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
4 / 5	3 / 5	-
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
5 / 6	3 / 6	cela facilite les soins précoces
<b>Médecins libéraux</b>		
1 / 2		avoir les partenaires que l'on cherche

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Cet intérêt est motivé par un souci de cohésion et de complémentarité des actions par une bonne majorité des intervenants (15 sur les 26 interrogés). Seules les associations ne sont pas touchées par cet argument. Dans un second temps, pour la moitié des personnes, ce réseau permet de confronter les expériences, c'est assez important pour les associations notamment. Les autres motifs de cet attrait sont dans deux cas plus flous (l'intérêt du malade), un médecin considère qu'un réseau permet d'agir plus précocement auprès du malade. Enfin un médecin indépendant précise qu'il apprécie le réseau dans la mesure où il y trouve les partenaires dont il a besoin.



Les intervenants rencontrés ont largement affirmé qu'un réseau de relations était au moins aussi nécessaire en matière d'alcoolisme que dans les autres domaines de la santé publique, onze partenaires l'ont jugé aussi nécessaire, onze autres considèrent que ce n'est plus nécessaire. Les explications sont diverses, mais tiennent généralement à la complexité du problème alcool, qui intéresse les différents domaines de la vie, et qui mobilise une énergie considérable du fait du temps de "guérison" associé à une telle "maladie".

Environ la moitié des personnes rencontrées affirme qu'il existe une personnalité importante au centre du réseau de relations actuelles. Dans ce cas, ce sont les médecins généralistes qui sont le plus souvent cités (six personnes les ont évoquées), puis les travailleurs sociaux (par cinq personnes) et les associations d'anciens buveurs (par quatre personnes). Cette centralité serait donc surtout conférée à des personnes ayant un rôle de repérage et/ou proches du malade dans une relation suivie.

Ils sont une vingtaine à considérer en revanche qu'il existe des structures ayant une fonction centrale. Ils ne sont toutefois pas d'accord sur l'identité de ce lieu. Quatre intervenants citent leur propre structure. En second, le CDPA et les CHAA sont cités (par six personnes) confirmant là encore le schéma que nous avons dessiné dans la première partie de l'examen du département. Ensuite les avis sont plus partagés, seuls les centres de cure et de post-cure sont évoqués de manière significative par trois personnes.

Il n'y a pas de réel consensus au sujet d'un schéma figuratif de la structure du réseau. Comme dans d'autres départements, ce sont l'étoile et le graphe protéiforme qui recueillent le plus de suffrages, respectivement neuf et huit choix. Ensuite quatre intervenants optent pour la grille géométrique et trois intervenants pour l'arbre. Une seule personne travaillant dans un CHAA choisit la chaîne, parce qu'elle reflète selon elle l'absence de hiérarchie, tous les points étant au même niveau.

Il ne semble pas exister de logique simple pour expliquer l'ensemble de ces choix. On peut simplement noter que l'arbre est un schéma qui n'intéresse que des représentants des associations dans le Morbihan et qu'il est envisagé comme représentatif des divers chemins potentiels à partir d'un point de départ à la source, qui se situe avant les associations dans la trajectoire d'un malade - ce point-source est constitué par le médecin ou le centre de cure.

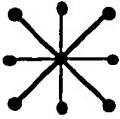
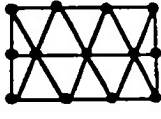



Dans les autres cas, les explications fournies par les intervenants sont assez diverses : l'étoile est choisie parce qu'elle a un point central, où peut se situer le malade ou le lieu de prise en charge central du malade, qui est souvent la structure d'appartenance du répondant; les quatre intervenants ayant préféré la grille géométrique le justifient par l'absence de hiérarchie et la multitude de relations, sans rupture; enfin, le graphe protéiforme évoque souvent l'idée de désordre, de choix non contraints, d'ouverture d'un système peu structuré.

Si une représentation commune à tous les intervenants est difficile à établir, la majorité d'entre eux considère que cet ensemble ne doit pas nécessairement s'agrandir, mais plutôt

s'améliorer en gardant sa taille actuelle (opinion exprimée par dix-sept intervenants sur vingt-six). Ils ne sont que sept à souhaiter un agrandissement du réseau actuel de relations (deux intervenants n'ont pas répondu clairement à cette question).

Pour améliorer le réseau, il faudrait bien sûr avoir plus de moyens selon environ la moitié des intervenants, mais c'est aussi une question de communication (pour dix personnes). Augmenter la disponibilité et le degré d'implication des partenaires en temps et en disponibilité est un argument choisi par sept personnes. Leurs propositions pour une meilleure adéquation du réseau sont assez diverses, mais rejoignent les critiques précédentes. Le thème de la coordination apparaît de manière récurrente : plus de réunions, faire des actions communes et avoir un discours commun, améliorer les liaisons, la coordination. En second lieu, une volonté politique de s'occuper du problème est souhaité, par l'élaboration d'une réflexion globale, une reconnaissance des structures existantes. Enfin peut-être par le biais d'une action générale ou dans le quotidien, une plus grande mobilisation de tous serait nécessaire, notamment par plus d'actions sur le terrain.

Tableau n°79  
Schématisation du réseau de relations actuelles  
entre tous les intervenants du Morbihan

				
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
2 / 6		1 / 6	3 / 6	
<b>Intervenants sociaux</b>				
4 / 7		3 / 7		
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>				
	3 / 5	1 / 5		1 / 5
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>				
3 / 6	1 / 6	1 / 6		
<b>Médecins libéraux</b>				
		2 / 2		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Tableau n°80  
 MOYENS D'AMELIORER LE RESEAU DES RELATIONS ACTUELLES  
 ENTRE TOUS LES INTERVENANTS DU MORBIHAN

Donner plus de moyens financiers, en personnel, en formation	Améliorer la communication la coordination l'information	Favoriser les qualités des partenaires degré d'implication temps consacré	Autres propositions
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
2 / 6	3 / 6	1 / 6	
<b>Intervenants sociaux</b>			
2 / 7	2 / 7		avoir des réseaux de jeunes
<b>Intervenants dans CHAA et CDDA</b>			
2 / 5	1 / 5	3 / 5	fixer des horaires
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>			
4 / 6	3 / 6	3 / 6	
<b>Médecins libéraux</b>			
2 / 2	1 / 2	1 / 2	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Pour conclure, il convient de souligner qu'une large majorité des personnes rencontrées (dix-huit intervenants sur vingt-six) a le sentiment d'appartenir à un réseau, même s'il n'existe pas selon leurs dires une définition de l'alcoolisme commune à tous, selon quinze d'entre eux. La moitié des intervenants est en contact avec d'autres dispositifs de prise en charge, pour la lutte contre la toxicomanie le plus souvent, mais aussi contre le tabagisme.

# NORD

## I - LE NORD : DE MULTIPLES PARTENAIRES

Le Nord est un département où l'alcoolisme est important et mobilise un nombre de partenaires conséquent. S'il n'était guère possible de rencontrer l'ensemble des acteurs, il était nécessaire de s'entretenir avec un nombre significatif d'intervenants pour l'enquête.

Tableau n°81  
Présentation des intervenants rencontrés

<b><i>Association d'anciens buveurs</i></b>	
- Responsable association Renaître	a1
- Responsable Vie Libre	a2
- Responsable Vie Libre	a3
- Responsable Croix Bleue	a4
<b><i>Intervenants sociaux</i></b>	
- Directrice foyer féminin (VISA)	b1
- Directeur foyer (VISA)	b2
- Directeur foyer (VISA)	b3
- Directeur foyer (VISA)	b4
- Directeur foyer de post-cure	b5
- Animatrice foyer (VISA)	b6
- Médecin-Inspecteur DRASS	b7
- Chef de service - Comité de Probation	b8
- Médecin-psy - Centre médico-psychologique	b9
- Directeur association de quartier	b10
- Médecin association de jeunesse	b11
<b><i>Intervenants dans CHAA et CDPA</i></b>	
- Responsable CHAA	c1
- Assistante sociale CHAA	c2
- Responsable CHAA	c3
- Responsable CHAA	c4
- Responsable CHAA	c5
- Responsable CHAA	c6
<b><i>Intervenants dans service hospitalier</i></b>	
- Surveillante hôpital	d1
- Praticien psychopathologie CHU	d2
- Chef de service alcoologie CH	d3
- Psychiatre CHS	d4
- Psychiatre CHS	d5
- Chef de service CHG	d6
- Responsable du GRA	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Au total, vingt-huit intervenants ont été rencontrés dans le département du Nord, représentant vingt-sept structures participantes dans le domaine de l'alcoolisme. Il s'agit d'une population à dominante masculine : vingt-trois hommes pour cinq femmes. Les plus âgés sont les animateurs d'associations d'anciens buveurs, les plus jeunes gèrent les foyers. L'âge moyen se situe entre 40 et 45 ans. La plupart de ces intervenants ont un diplôme de niveau supérieur au baccalauréat sauf dans le cas des mouvements néphalistes.

Leur intérêt pour l'alcoolisme trouve des origines très diverses : une personne sur cinq a été elle même touchée par l'alcoolisme, sinon c'est le plus souvent dans le cadre de la profession, que cet intérêt a pris sa source.

Le médecin-inspecteur de la DRASS est le seul intervenant n'ayant pas de contact direct avec des malades alcooliques. Tous les autres consacrent une partie de leur temps à s'occuper des personnes ayant des problème d'alcoolisme.

Les intervenants sociaux et les animateurs d'associations néphalistes voient généralement moins de la moitié de leur temps absorbé par cette occupation, les intervenants hospitaliers y consacrent entre le quart et les trois-quarts de leur temps d'activité. Ce sont les responsables de CHAA qui sont ici les plus impliqués, puisqu'ils y passent presque tous la plus grande partie de leur temps actif.

### **I-1. Participation à des actions de prévention, information, formation et à des réunions, colloques et séminaires**

A deux exceptions près, ils ont tous participé à des actions de prévention, information et formation au sujet de l'alcoolisme. Ces dernières sont initiées par des partenaires très divers : associations, comités pour la Santé, etc.

Les actions d'information sont les plus fréquentes dans la mesure où elles ont déjà mobilisé une nette majorité des intervenants. L'activité de prévention est particulièrement développée, la formation est plus réservée aux intervenants de CHAA ou aux intervenants sociaux.

Tableau n°82

Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenants du Nord  
avec les malades, en colloques, en séminaires

Temps consacré aux consultations alcoolisme sur temps total de travail		Actions de prévention sensibilisation formation		Participation à des colloques, à des séminaires sur l'alcoolisme	
<b>Associations d'anciens buyeurs</b>					
moins de 25%	3	oui	4	oui	4
75% et plus	1				
<b>Intervenants sociaux</b>					
moins de 25%	4	oui	11	oui	10
de 25 à 49%	3			non	1
de 50 à 74%	2				
75% et plus	1				
-	1				
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>					
de 50 à 74%	1	oui	5	oui	5
75% et plus	4	-	1	non	1
-	1				
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>					
moins de 25%	1	oui	5	oui	6
de 25 à 49%	2	non	1		
de 50 à 74%	3				

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les publics visés sont assez divers : les publics de l'enseignement supérieur et/ou spécialisé, le personnel soignant, mais aussi les entreprises et les publics en difficulté.

A la différence des intervenants des autres départements étudiés dans l'enquête, les actions menées dans le Nord semblent plus ouvertes sur l'extérieur, elles sont loin d'être limitées à des publics déjà concernés par leur future ou actuelle profession.

Les réunions sont fréquentes, ainsi que les participations à des séminaires et colloques. Le GRA joue un rôle important dans cette forte implication, il est initiateur de nombreux rassemblements, de manière régulière, le CDPA intervient aussi en la matière.

## I-2. Le mode de prise en charge des malades

La majorité des intervenants reçoit les personnes dans un cadre individuel. Cependant, dans les associations néphalistes, il arrive que l'action s'exerce aussi au sein de la famille ou dans le cadre plus large d'un groupe. Cette prise en charge plus diversifiée peut exister aussi dans le cas d'un foyer ou d'un CHAA.

Les rencontres avec les personnes se déroulent le plus souvent sur le lieu de travail de l'intervenant. Il est possible pour un animateur d'association d'anciens buveurs de se déplacer au domicile des personnes.

La prise en charge s'inscrit le plus souvent dans un suivi, qui peut être de durée très variable, allant de moins de six mois à un maximum de trois ans le plus fréquemment. Des contacts ponctuels peuvent avoir lieu, mais c'est rarement le cas au sein des CHAA et des services hospitaliers.

Les types de soins apportés par les divers intervenants se révèlent très cohérents avec leurs fonctions a-priori. Cependant, à la différence des autres sites d'enquête, les intervenants du Nord favorisent la pluri-disciplinarité.

Ainsi certains animateurs d'associations d'anciens buveurs dispensent quand c'est vraiment nécessaire des soins médicaux, les intervenants sociaux pensent agir tant au niveau social, qu'en termes psychologiques et pour des soins médicaux, si besoin. Ce sont les CHAA qui sont les plus complets.

Tableau n°83

Combinaison de soins apportés par les différents intervenants du Nord

Aide psy.	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux	Autre
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
3 / 4	2 / 4	3 / 4	2 / 4	
<b>Intervenants sociaux</b>				
7 / 11	5 / 11	6 / 11	6 / 11	1 / 11
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>				
4 / 6	5 / 6	2 / 6	5 / 6	1 / 6
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>				
5 / 6	1 / 6	2 / 6	5 / 6	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP



On peut noter aussi l'aide psychologique que dispensent les responsables hospitaliers. Cela tient notamment à l'orientation psychothérapique ou psychiatrique de plusieurs d'entre eux et à la diversité des soins qui caractérise toujours les services d'alcoologie. Ils mènent presque tous un travail d'équipe. Si l'on exclut les associations néphalistes où les équipes sont constituées de plusieurs anciens buveurs qui épaulent le nouvel arrivant, sans se spécialiser les uns, les autres, les équipes évoquées sont généralement internes aux structures des intervenants : on y trouve du personnel social, du personnel soignant, un médecin au moins (qui exerce souvent son activité sur un temps partiel) et fréquemment un psychologue. Les équipes constituant le personnel actif dans les CHAA sont les plus complètes, ainsi que celles des services d'alcoologie en hôpital.

Tableau n°84  
Champs d'intervention théorique des différentes structures  
des intervenants du Nord

Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
4 / 4		2 / 4
<b>Intervenants sociaux</b>		
10 / 11	6 / 11	3 / 11
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
6 / 6	4 / 6	5 / 6
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
4 / 6	6 / 6	6 / 6

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Action sociale = accueil, orientation, prévention, hébergement, insertion socio-professionnelle, formation, élaboration de politiques sociales, suivi, etc.

### **I-3. La provenance des consultants**

Chaque intervenant nous a précisé autant que possible comment les personnes ayant un problème d'alcoolisme parvenaient à son contact.

La source la plus fréquemment évoquée est celle des médecins traitants (cités par 14 intervenants). Ensuite les structures hospitalières constituent la seconde source en importance; elles sont citées par 12 intervenants. Les services de justice sont évoqués par 10 personnes, puis l'entourage et les travailleurs sociaux, chacun par 9 intervenants, les associations par 8 intervenants. La publicité est la dernière source évoquée de manière significative par 7 personnes.

Le repérage que semblent opérer les médecins traitants "profite" d'abord aux CHAA et aux services hospitaliers. Les CHAA ont dans ce département un rôle essentiel à jouer pour accueillir les personnes ayant eu des problèmes avec la justice, ces dernières aboutissent aussi dans les services hospitaliers, mais c'est moins systématique. L'hôpital "fournit" aussi les CHAA et les intervenants sociaux, particulièrement les foyers VISA au sein de cette catégorie.

De leur côté, les associations d'anciens buveurs ont un recrutement moins spécialisé, d'une part par l'intermédiaire de publicité, d'autre part grâce à l'entourage proche du malade.

Enfin les foyers de post-cure du département reçoivent très logiquement une partie de leur "clientèle" de la part des centres de cure. Les lieux de post-cure constituent normalement dans une trajectoire de malade le dernier maillon de la chaîne, si l'on excepte bien sûr les associations d'anciens buveurs qui assurent un suivi de plus long terme d'un ancien malade.

Il semble que dans le département du Nord, le circuit des malades s'inscrive dans une véritable logique : repérage par les médecins traitants, les services de justice et l'hôpital; traitement par les CHAA et l'hôpital, suivi par les intervenants sociaux - avec éventuellement inscription dans un foyer de post-cure - et de manière moins immédiate par les associations d'anciens buveurs.

Tableau n°85

## Provenance des consultants pour chaque intervenant du Nord

	Médecin traitant	Publicité	Hôpital	Relations familiales ou amicales	Travailleurs sociaux	De leur propre fait	Médecin du travail	Association d'anciens buveurs	Justice	Centre de cure et de post-cure
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1		X		X		X		X		
a2				X						
a3	X	X		X	X					
a4		X		X						
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1	X		X		X					
b2			X							X
b3			X		X			X		X
b4			X						X	X
b5		X								
b6			X							
b7	<i>Non concerné</i>									
b8									X	
b9	X	X	X		X					
b10	X	X			X			X		
b11		X	X		X			X		
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
c1	X			X	X				X	
c2	X				X			X	X	
c3	X		X				X		X	
c4	X		X					X		
c5	X		X	X					X	
c6	X		X					X	X	
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
d1	X			X			X		X	
d2	X					X	X		X	
d3	X			X	X			X		
d4	X					X				
d5			X							
d6				X		X	X		X	

## **II - LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DANS LE NORD**

### **II-1. La fréquence des relations entre intervenants**

La plupart des intervenants du Nord sont en relation régulière avec au moins quatre autres types de partenaires (sur dix partenaires potentiels suggérés). Les trois types de partenaires avec lesquels existent le plus de contacts sont les associations d'anciens buveurs, les services hospitaliers et les services sociaux (23 relations régulières). Ensuite, les médecins de ville et les foyers de post-cure ont des relations assez intenses, avec 20 intervenants de manière régulière et plus exceptionnellement avec cinq autres. Enfin services psychiatriques, CHAA et médecins du travail ont environ entre 15 et 20 relations régulières. Les services de justice seraient les plus lointains dans l'environnement relationnel de la plupart des intervenants, bien qu'en contact régulier avec près de la moitié des intervenants rencontrés.

Cette hiérarchie s'établit à un niveau très intense de relations. Il semble exister de fortes interactions dans l'ensemble du réseau de prise en charge du Nord. On pourrait le résumer en affirmant que tout le monde est en relation avec tout le monde.

Les services de justice et la médecine du travail sont parmi les partenaires les moins présents, surtout pour les intervenants sociaux et les associations d'anciens buveurs.

Tableau n°86

## Fréquence des contacts entre les intervenants du Nord

	Association d'anciens buveurs	Médecins de ville	Médecins du travail	Services hospitaliers généraux	Services psychiatriq.	CHAA	Services sociaux	Centres de cure et de post-cure	Services de justice	Autres partenaires éventuels
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1	++	++	++	++	++	-	++	++	++	-
a2	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
a3	+	+	-	++	+	-	++	++	-	++
a4	++	+	++	++	-	++	+	+	-	++
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1	++	++	-	++	+	+	++	++	+	-
b2	++	++	-	++	++	++	++	++	+	-
b3	++	+	-	++	++	-	++	-	-	-
b4	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
b5	++	++	-	++	+	++	++	++	-	-
b6	++	++	-	++	++	++	++	++	++	++
b7	-	-	+	++	++	-	-	-	-	++
b8	++	+	++	++	+	++	++	+	+	++
b9	++	++	++	++	++	+	++	++	++	-
b10	++	++	-	++	++	+	++	++	+	++
b11	++	+	+	++	+	+	++	++	-	-
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>										
c1	++	++	++	++	+	++	+	++	++	++
c2	++	++	++	-	++	-	++	++	++	++
c3	++	++	++	++	++	-	++	++	++	++
c4	++	++	++	++	++	++	++	++	++	-
c5	++	++	+	++	++	++	++	++	-	-
c6	++	++	++	+	++	++	++	+	++	++
<b>Intervenants dans services hospitaliers</b>										
d1	++	++	-	+	+	++	++	++	++	-
d2	++	++	++	++	++	++	++	++	-	++
d3	++	++	++	++	++	++	++	++	-	++
d4	++	++	++	++	++	++	++	+	+	-
d5	-	++	+	+	-	+	++	++	-	-
d6	++	++	++	++	++	++	++	++	++	-

- jamais, + exceptionnellement, ++ régulièrement ou assez régulièrement

## **II-2. L'orientation des malades entre les divers intervenants**

On observe dans le département une forte densité des échanges, le CHAA occupant une fonction centrale. Les services hospitaliers, les services sociaux et les associations d'anciens buveurs affirment moins ici leur suprématie. Les CHAA reçoivent des malades de la part des médecins de ville et du travail et des services de justice. Ils ont des échanges dans un sens ou dans l'autre avec les autres partenaires du réseau. Ces échanges sont cependant peu affirmés avec les services hospitaliers, comme si les deux types de structure exerçaient leur activité de manière parallèle. Les services hospitaliers ont fréquemment affirmé avoir des échanges avec de multiples partenaires, mais cela ne se passe pas toujours de manière équivalente d'un service à l'autre. Les services sociaux collaborent avec tous de manière sensible, c'est moins net pour les associations d'anciens buveurs, à qui on envoie fréquemment des malades et qui de leur côté réorientent vers des foyers de cure et de post-cure, le CHAA et les services sociaux. Les services psychiatriques procèdent à des échanges de malades de manière plus ponctuelle.

## **II-3. Nature de l'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants**

Le mode d'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants donne une idée de la dynamique des relations. On a distingué selon que les liens s'établissent de manière spontanée et sans contraintes ou étaient de nature institutionnelle et soumis à une régularité plus obligatoire. On suppose dans cette représentation que les rapports établis depuis le plus longtemps ont donné lieu à une organisation spécifique et s'avèrent aujourd'hui moins dynamiques, alors que les liens plus ciblés, noués de manière ponctuelle dans un cas donné, ont un caractère spontané, qui peut les rendre plus dynamique au final, en tous les cas plus mouvants.

Dans un réseau très structuré comme celui du Nord, où il existe une forte densité d'interactions, les relations établies prennent plus aisément un tour "institutionnel" et on constate effectivement, que les relations régulières sont les plus fréquentes. Le réseau fonctionne dans une bonne partie des cas sur la base d'un rythme établi de réunions et de rencontres ou échanges entre tous les intervenants.

De ce fait, les plus dynamiques sont donc plutôt caractéristiques des rapports avec des partenaires moins intégrés dans le réseau, comme les médecins de ville.

Les relations avec les associations néphalistes paraissent formées depuis très longtemps, elles s'inscrivent dans la régularité. C'est aussi le cas des relations qui existent avec les services hospitaliers et de celles avec le CHAA. Alors qu'en ce qui concerne les services sociaux ou les

centres de cure ou de post-cure, c'est plus le besoin qui guide les relations, même si dans la moitié des cas encore ils correspondent à des règles existantes.

Cela n'empêche pas l'ensemble de ces partenaires de garder des perspectives dynamiques. Ce fait est particulièrement visible dans leur manière de présenter leur environnement et dans les souhaits émis pour une amélioration du réseau à la fin de l'entretien.

#### **II-4. Un schéma synthétique de l'ensemble du réseau**

Il n'est pas aisé de dessiner un schéma d'ensemble du réseau. La tentation serait de représenter des points tous reliés les uns aux autres par de multiples relations, puisqu'effectivement il semble que ce réseau soit très dense.

Toutefois, on peut nuancer cette première approche en prenant en compte quelques distinctions, qui apparaissent de manière régulière au cours de cet examen.

En premier lieu, deux types d'intervenants ont un rôle important : les CHAA et les services hospitaliers généraux, que l'on peut distinguer des services psychiatriques dans cette représentation globale. Ces deux types de structures ont des fonctions assez parallèles dans le Nord.

En second lieu, on prêtera une meilleure intégration aux CHAA avec les autres partenaires. Un premier circuit de soins peut s'établir entre CHAA, services sociaux et associations d'anciens buveurs. Les services hospitaliers généraux pour leur part, semblent plus faire cavalier seul et entretiennent des relations privilégiées en termes de rencontres, comme en termes d'échanges de malades essentiellement avec les services sociaux, les associations d'anciens buveurs paraissant un peu plus éloignés de leur sphère.

En troisième lieu, les CHAA d'un côté et les services hospitaliers de l'autre côté ont tous les deux des rapports assez intenses avec les centres de cure et de post-cure.

Il reste que les relations sont assez dense entre tous ces principaux partenaires. Seuls les services de justice, la médecine du travail et les médecins de ville semblent en dehors de ces circuits de soins, bien que "fournisseurs" de tous les autres.

Les services psychiatriques occupent une place à part, on serait tenté de les rattacher aux CHAA, mais un certain nombre des intervenants rencontrés avouent des rapports moins proches avec eux. On a donc préféré les laisser en dehors des circuits de soins inscrits dans le schéma global, en montrant cependant les liens qu'ils entretiennent.

### III - OPINIONS DES INTERVENANTS DU NORD SUR LE RÉSEAU ACTUEL DE RELATIONS DANS LE DÉPARTEMENT

Tous les partenaires (à une exception près, qui a affirmé ne pas savoir répondre) ont répondu positivement à la question portant sur l'intérêt du réseau.

Tableau n°87

Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Nord

Permet la cohésion la concertation et la cohérence	Permet de partager les expériences les difficultés	Autres arguments
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
1 / 4	1 / 4	avoir le plus de choix possibles pour l'orientation du malade
<b>Intervenants sociaux</b>		
5 / 11	6 / 11	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
3 / 6	4 / 6	cela permet de se ressourcer, se dynamiser
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
2 / 6	5 / 6	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Ce réseau de relations permet d'abord de confronter les expériences, de partager les difficultés pour plus de la moitié des intervenants (16 sur 27). Il permet aussi pour beaucoup (11 personnes) d'augmenter la cohésion entre tous, favoriser la concertation et une certaine cohérence dans les actions. Deux autres arguments sont soulignés : la possibilité d'élargir les choix d'orientation d'une part; d'autre part, un intervenant dans un CHAA est intéressé par un tel réseau pour la dynamique qu'il permet à ses participants.

Une majorité des intervenants (16 sur 27) juge qu'un tel réseau de relations est plus nécessaire dans le domaine de l'alcoolisme que dans d'autres domaines de la médecine ou de la santé publique. Les arguments justifiant de cette nécessité selon les intervenants sont en rapport avec la complexité du problème alcool et la complexité des domaines de la vie dans lequel il intervient. Cinq intervenants seulement considèrent que c'est aussi nécessaire que dans ces autres domaines.



La moitié des partenaires rencontrés estime que certains d'entre eux tiennent une place prépondérante dans le réseau départemental. Cependant une majorité d'entre eux cite des médecins spécialisés en alcoologie, intervenant ou dirigeant des structures d'accueil et/ou de traitement des alcooliques; les autres réponses évoquent plutôt le travail en amont réalisé par les intervenants sociaux, les médecins généralistes ou du travail et l'entourage proche du malade.

Les avis sont assez partagés en ce qui concerne l'existence d'une structure centrale dans le réseau. En premier lieu, huit intervenants estiment qu'il n'y a pas de lieu central. En second lieu, beaucoup d'autres considèrent que ces lieux essentiels sont multiples, montrant ainsi leur hésitation à désigner une structure en particulier. En troisième lieu, quatre types de lieux sont principalement cités, chacun respectivement par un nombre équivalent de 5 à 7 intervenants : ce sont les unités hospitalières spécialisées en alcoologie, puis les CHAA et les foyers de post-cure, enfin les associations d'anciens buveurs. En dernier lieu, l'association PARI a quelques fois été évoquée, comme particulièrement importante, ainsi que le Groupement Régional d'Alcoologie (GRA).

Il ne semble pas exister de réel consensus au sujet d'une structuration du réseau, révélant peut-être ainsi l'équivalence des rôles de chacun dans l'absolu. On retrouve ce désaccord quand il s'agit de choisir une représentation simplifiée du réseau actuel, quoiqu'à la différence des autres départements étudiés, le schéma de la grille géométrique est clairement choisi par un nombre significatif de 11 intervenants. L'étoile et le graphe protéiforme sont désignés par respectivement 6 et 7 intervenants. La structure arborescente et la chaîne n'ayant suscité que peu d'approbation.

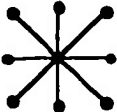
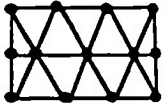



Le schéma de la grille a été préféré parce qu'il symbolise la multiplicité des relations dans le réseau. Il n'existe pas de centre dans cette représentation et les relations ne sont pas toujours directes. La plupart des intervenants ayant opté pour ce schéma s'inscrivent dans une optique relationnelle même si les liens entre tous sont indirects. Ils mettent aussi en avant l'égalité existant entre tous les points. Le choix de l'étoile a plutôt été fait par des intervenants privilégiant l'intérêt d'une multiplicité des contacts pour leur structure ou pour le malade, situé au cœur de l'étoile. Il semblerait qu'ils envisagent le réseau d'abord comme un système d'orientations multiples.

Le graphe protéiforme est choisi pour l'absence de hiérarchie a priori, la spontanéité des contacts qui engendre une relative anarchie et la possibilité associée aux deux sous-graphes parallèles de l'existence de plusieurs réseaux sans contacts mutuels. Les préférences pour l'un ou l'autre schéma ne sont pas franchement liées à la catégorie des intervenants. Seuls les intervenants en CHAA se sont plus affirmés en accord avec un schéma, 4 d'entre eux ont opté pour la représentation en grille. C'est peut-être en raison de la diversité de leurs relations, mais ce peut être aussi le reflet de leur volonté d'incarner la pluri-disciplinarité, déjà présente le plus souvent dans la composition de leurs équipes respectives.

Faut-il agrandir le réseau actuel ou l'améliorer dans sa taille actuelle ? La réponse à cette question divise les intervenants en deux groupes de tailles comparables. Lorsqu'on aborde le thème des manques ou points d'amélioration du réseau actuel de relations, ils sont tout aussi nombreux à évoquer un manque de moyens, qu'une moindre qualité des communications. Les partisans d'un agrandissement du réseau soulignent plus nettement les problèmes de manque de moyens financiers, en personnel ou en formation; ceux d'une amélioration du réseau à sa taille actuelle sont plus soucieux d'une amélioration de la communication. Favoriser l'implication des partenaires constitue aussi un point souligné, par dix des intervenants.

Tableau n°88

**Schématisation du réseau de relations actuelles  
entre tous les intervenants du Nord**

				
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
1 / 4	1 / 4	1 / 4	1 / 4	
<b>Intervenants sociaux</b>				
3 / 11	4 / 11	3 / 11		1 / 11
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>				
1 / 6	4 / 6	1 / 6		
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>				
1 / 6	2 / 6	2 / 6		1 / 6

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

En matière d'amélioration de réseau, les propositions en faveur d'une plus grande concertation sont les plus nombreuses, la moitié des intervenants ont formulé une idée dans ce sens. Cela peut se faire par le biais de réunions, qu'on souhaiterait plus fréquentes, une meilleure visibilité du travail des uns et des autres serait favorable, la multiplication de relais, d'interfaces, notamment par l'intermédiaire de personnes mobiles entre les structures serait aussi une possibilité d'améliorer une certaine cohésion. En second lieu, une meilleure information et/ou prévention est souhaitable auprès des médecins généralistes notamment, du grand public et des services sociaux, cela pourrait permettre un repérage plus précoce des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. En dernier lieu des points plus ponctuels sont soulignés comme un déficit de moyens en personnel, mais aussi en places de cure et de post-cure ou le manque de formation en alcoologie.

Tableau n°89

**Moyens d'améliorer le réseau des relations actuelles  
entre tous les intervenants du Nord**

<b>Donner plus de moyens financiers, en personnel, en formation</b>	<b>Améliorer la communication la coordination l'information</b>	<b>Favoriser les qualités des partenaires degré d'implication temps consacré</b>	<b>Autres propositions</b>
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
1 / 4	2 / 4	2 / 4	
<b>Intervenants sociaux</b>			
7 / 11	7 / 11	2 / 11	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>			
4 / 6	3 / 6	4 / 6	
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>			
3 / 6	2 / 6	2 / 6	plus de travail auprès des familles

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

Pour conclure, il convient de souligner, que la quasi totalité des personnes rencontrées (25 sur 28) ont le sentiment d'appartenir à un réseau, même s'ils ne sont que la moitié à estimer qu'il existe, si ce n'est une définition, au moins une logique face à l'alcoolisme commune à tous. La plupart des personnes connaissent un partenaire dans le domaine de la prise en charge d'autres formes de dépendance, le plus souvent dans la lutte contre la toxicomanie, quelques fois en matière de tabagisme.

## **BAS-RHIN**

## I - LE BAS-RHIN : UNE FORTE DENSITE D'INTERVENANTS

Le département du Bas-Rhin se caractérise par son dynamisme en matière de lutte contre l'alcoolisme dont témoigne, avec un réseau associatif très développé, la forte activité des CHAA et l'existence de plusieurs centres de post-cure. Vingt-huit personnes ont été interrogées dans ce département.

Tableau n°90

### Présentation des intervenants rencontrés

<b><i>Associations d'anciens buveurs</i></b>	
- Animatrice des alcooliques anonymes	a1
- Président-fondateur d'ANGI	a2
- Président des amis de la santé 67	a3
- Président FAMLA	a4
- Responsable Vie Libre	a5
- Responsable association Anciens de M.	a6
- Responsable Santé Abstinence Amitié	a7
- Responsable Croix Bleue	a8
- Responsable Vie Libre	a9
- Président Croix d'Or	a10
- Responsable Anciens de Marienbronn	a11
- Responsable Amitiés PTT	a12
- Secrétaire association Renouveau	a13
<b><i>Intervenants sociaux</i></b>	
- Directeur centre post-cure	b1
- Directeur centre post-cure	b2
- Médecin inspecteur départemental DDASS	b3
- Psychiatre centre post-cure	b4
<b><i>Intervenants des CHAA et CDPA</i></b>	
- Directeur CDPA	c1
- Infirmière responsable CHAA	c2
- Médecin chef CHAA	c3
- Responsable CHAA	c4
- Chef de service CHAA	c5
- Directeur CHAA	c6
- Consultante CHAA	c7
- Psychologue CHAA	c8
- Médecin CHAA	c9
<b><i>Intervenant des services hospitaliers</i></b>	d1
<b><i>Médecin généraliste</i></b>	e1

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Au total, vingt-huit intervenants ont été rencontrés dans le département du Bas-Rhin, représentant vingt-trois structures différentes.

Il s'agit d'une population à dominante masculine, on compte 24 hommes pour 4 femmes. Deux classes d'âge sont fortement représentées : celle des 40-50 ans (représentée par 11 intervenants) et celle des 50-60 ans (également représentée par 11 autres intervenants). Les trois-quarts des intervenants interrogés ont donc entre 40 et 60 ans. Les représentants ou animateurs des associations d'anciens buveurs sont les plus âgés, dix d'entre eux sur treize rencontrés ont cinquante ans et plus. La plupart ont une formation de niveau supérieur ou égal au baccalauréat, sauf là encore les animateurs d'associations néphalistes, qui n'ont que le certificat d'études primaires comme diplôme; cela peut s'expliquer notamment par le fait qu'étant plus âgés, ils ont été moins longtemps scolarisés, comme en règle générale il y a plus de quarante ans.

Dans cette population d'intervenants on distingue deux catégories : ceux qui ont une activité dans la lutte contre l'alcoolisme du fait de leur propre maladie pour dix animateurs d'associations d'anciens buveurs ou du fait de celle de leur conjoint pour trois autres animateurs; ceux pour qui les circonstances professionnelles ont décidé : en majorité ce sont des médecins ou infirmières. Les autres personnes interviewées évoquent le hasard ou la nécessité ou leur formation sans autres précisions. On peut souligner le cas original d'un directeur d'un centre de post-cure, pour qui le centre est une "affaire familiale".

Trois personnes seulement ne sont pas en contact direct avec des malades alcooliques : il s'agit du médecin-inspecteur de la DDASS, de l'animateur de la fédération des associations néphalistes du département et du président d'une association. Tous les autres consacrent une partie de leur temps à s'occuper de personnes ayant des problèmes d'alcoolisme.

Deux tiers des intervenants du Bas-Rhin (soient 19 intervenants) consacrent moins de 50 % de leur temps de travail total à recevoir des alcooliques. Parmi eux, 15 intervenants y consacrent moins de 25% de leur temps de travail total.

Les intervenants des associations consacrant moins du quart de leur temps aux consultations sont des présidents ou des responsables, on peut donc supposer qu'une grande partie de leur travail est constituée à des tâches plus administratives. Toutefois, un responsable de l'association des Anciens de Marienbronn y consacre plus des trois-quarts de son temps.

Parmi les intervenants sociaux, on notera deux modes de comportements opposés chez les directeurs de centre de post-cure: l'un consacre de 75 % à 100 % de son temps de travail en consultation avec les malades alcooliques tandis que l'autre y passe moins du quart de son temps.

Bien que les CHAA soient essentiellement dédiés au problème de l'alcoolisme, seuls deux intervenants des CHAA du Bas-Rhin consacrent une nette majorité de leur temps aux consultants en alcoolisme. Il s'agit d'une infirmière et d'un médecin-directeur de CHAA. Pour les autres, on peut concevoir que leur double activité - au CHAA et dans leur service à l'hôpital - explique ce moindre degré d'implication.

Pour le chef de clinique et le médecin de ville, les consultations en alcoolisme demeurent une activité mineure.

### **I-1. Participation à des actions de prévention, information, formation et à des réunions, colloques et séminaires**

A trois exceptions près, les personnes rencontrées ont toutes participé à des actions de prévention, d'information et de formation en rapport avec l'alcoolisme. Ces dernières sont initiées par des partenaires très divers : les mouvements d'anciens buveurs, le CDPA, les CHAA.

Les intervenants rencontrés ont en majorité déjà participé à des actions d'information et près de la moitié ont dispensé des formations, un même effectif a oeuvré dans le domaine de la prévention. Les actions de sensibilisation ne sont pas monnaie courante et sont le fruit de membres particulièrement militants des associations néphalistes.

Le public de l'enseignement supérieur et spécialisé constitue une cible privilégiée, le public scolaire est un bénéficiaire non négligeable. Les autres publics potentiels sont touchés de manière plus exceptionnelle. Ce sont les intervenants en CHAA qui ont les actions les plus diverses tant dans leur contenu, qu'en termes de public touché.

Tableau n°91

Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenants du Bas-Rhin  
avec les malades, en colloques, en séminaires

Temps consacré aux consultations alcoolisme sur temps total de travail		Actions de prévention sensibilisation formation		Participation à des colloques, à des séminaires sur l'alcoolisme	
<b>Associations d'anciens buveurs</b>					
moins de 25%	7	oui	12	oui	11
de 25 à 49%	2	non	1	non	1
de 50 à 75%	1			-	1
très variable	2				
-	1				
<b>Intervenants sociaux</b>					
moins de 25%	2	oui	3	oui	4
75% et plus	1	non	1		
-	1				
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>					
moins de 25%	4	oui	8	oui	7
de 25 à 49%	2	non	1	non	1
75% et plus	2			-	1
-	1				
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>					
moins de 25%	1	oui	1	non	1
<b>Médecin de ville</b>					
moins de 25%	1	oui	1	non	1

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Les réunions sont fréquentes, ainsi que les participations à des séminaires et colloques, souvent à un niveau supra-départemental.

## I-2. Le mode de prise en charge des malades

La moitié des intervenants reçoit les personnes dans un cadre individuel. Il arrive cependant que dans les associations néphalistes, ce soit une intervention de groupe; dans certains cas aussi les animateurs de ces mouvements "travaillent" avec la famille, cela se produit aussi dans les centres de post-cure.



Les rencontres avec les personnes se déroulent le plus souvent sur le lieu de travail de l'intervenant. Il arrive que les intervenants des associations néphalistes se rendent au domicile de la personne lors du premier contact ou en cas d'urgence pendant le suivi de la personne.

La prise en charge s'inscrit dans la majorité des cas dans un suivi, dont il est difficile d'évaluer la durée, cela varie fortement d'un intervenant à l'autre et même pour un intervenant donné d'un malade à l'autre. Les contacts peuvent cependant n'être que ponctuels, dans des cas particuliers.

Les types de soins apportés par les divers intervenants se révèlent assez cohérents avec leurs fonctions a-priori. Les intervenants dans les mouvements d'anciens buveurs se placent tous sur le plan d'une aide morale, quelques uns espèrent apporter aussi une aide psychologique et parfois une aide sociale, mais ce n'est pas la majorité des cas. Les intervenants sociaux ont pour caractéristique d'assumer des fonctions administratives, qui font qu'un seul d'entre eux apportent un réel soutien sur tous les plans, les autres se limitant à un seul type de soins. Les personnes interviewées pour les CHAA agissent sur plusieurs points, sauf sur le plan social. Les aides fournies par les deux derniers types d'intervenants sont plus fixées sur des domaines particuliers.

Ils mènent presque tous un travail d'équipe, sauf bien sûr le médecin-inspecteur de la DDASS, le médecin de ville et le président d'une toute petite association. Ces équipes sont le plus généralement de petite taille sauf dans les centres de post-cure. Elles sont composées de plusieurs personnes qui interviennent toutes au même titre de témoins et de références dans les mouvements d'anciens buveurs, elles sont plus structurées dans les autres cas. Comprenant au moins une infirmière, un psychologue et un médecin dans les CHAA, elles sont nettement plus diversifiées dans les centres de post-cure où des éducateurs et moniteurs interviennent aussi.

Tableau n° 92  
 Combinaison de soins apportés par les différents intervenants  
 du Bas-Rhin

Aide psy.	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux	Autre
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
5 / 13	4 / 13	11 / 13		
<b>Intervenants sociaux</b>				
1 / 4	1 / 4	1 / 4	2 / 4	1 / 4
<b>CHAA + CDPA</b>				
6 / 9	1 / 9	4 / 9	5 / 9	
<b>Hôpital</b>				
				1 / 1
<b>Médecin de ville</b>				
			1 / 1	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Tableau n°93  
 Champs d'intervention théorique des différentes structures des intervenants du Bas-Rhin

Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
11 / 13		4 / 13
<b>Intervenants sociaux</b>		
4 / 4	2 / 4	2 / 4
<b>CHAA + CDPA</b>		
6 / 9	5 / 9	3 / 9
<b>Hôpital</b>		
1 / 1	1 / 1	
<b>Médecin de ville</b>		

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Action sociale = accueil, orientation, prévention, hébergement, insertion socio-professionnelle, formation, élaboration de politiques sociales, suivi, etc.

### **I-3. La provenance des consultants**

Les médecins traitants constituent la première source de provenance des consultants, elle a été évoquée par douze intervenants rencontrés; la publicité constitue la seconde source en importance (source citée par neuf intervenants) enfin l'hôpital est évoquée, par sept personnes. Les autres sources potentielles sont présentes respectivement pour quatre ou cinq personnes.

Les deux principales sources de provenance ne sont donc pas très inscrites dans le réseau de prise en charge, les médecins traitants constituent une vaste catégorie, et le canal de la publicité ne permet pas d'être très précis.

Les associations d'anciens buveurs voient les personnes leur parvenir de manière préférentielle par les médecins et la publicité, mais ils arrivent aussi de manière non négligeable après l'hôpital. Cela s'explique d'autant mieux qu'il existe des permanences organisées pour présenter les associations dans les structures hospitalières ainsi que dans les CHAA attenants.

Les CHAA du département sont le point de chute de quatre flux différents. Cela fait d'eux un élément central pour l'orientation des consultants. Pour eux la publicité est un canal important, mais aussi les médecins spécialisés, c'est sans doute du fait de leurs rapports étroits avec des services hospitaliers où travaillent des médecins impliqués dans le domaine.

En bref, cette approche semble révéler des orientations très diverses et très ouvertes sur l'extérieur du réseau, où les hôpitaux et les CHAA sont les plus ouverts et les plus centraux. Les médecins de ville sont des partenaires toujours présents, même si comme nous le verrons dans la suite de cette étude, les liens établis manquent d'intensité aux yeux d'une majorité d'intervenants.

Tableau n°94

## Provenance des consultants pour chaque intervenants du Bas-Rhin

	Médecin traitant	publicité	hôpital	rel. familiales ou amicales	travailleurs sociaux	de leur propre fait	médecin spécialisé	association d'anciens buv.	justice	foyer cure
<b>Association d'anciens buveurs</b>										
a1	X	X								
a2	X	X			X				X	
a3	X			X	X					
a4										
a5	X		X					X		
a6			X							X
a7										
a8			X	X						X
a9		X				X				
a10	X									
a11			X			X		X		X
a12								X		
a13										
<b>Intervenants sociaux</b>										
b1	X		X							
b2	X									
b3										
b4	X		X		X			X		
<b>CHAA + CDPA</b>										
c1							X			
c2		X								
c3							X			
c4	X	X		X			X			
c5	X	X		X	X					
c6		X			X		X		X	
c7	X					X	X			
c8						X				
c9	X	X	X						X	
<b>Hôpital</b>										
d1		X								
<b>Médecin de ville</b>										
e1				X					X	

## **II - LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DANS LE BAS-RHIN**

Divers éléments sont pris en compte pour mettre à jour le réseau actuel des relations entre les différents types d'intervenants rencontrés. En premier lieu, la fréquence des relations entre tous les intervenants potentiels a été examinée, ensuite le sens de l'orientation des consultants observé, et le mode d'établissement des liens pris en compte pour évaluer la dynamique de ces relations.

### **II-1. La fréquence des relations entre intervenants**

La plupart des intervenants du Bas-Rhin sont en relation régulière avec au moins deux types de partenaires (sur dix partenaires potentiels suggérés) et au plus huit types. Les deux catégories de partenaires avec lesquels existent le plus de contacts sont les centres de cure et de post-cure et les CHAA, qui sont évoqués comme partenaires réguliers respectivement par 23 et 22 intervenants dans le département et exceptionnels respectivement pour 2 et 3 intervenants. Ensuite les associations d'anciens buveurs apparaissent ainsi que les médecins de ville, partenaires réguliers d'un peu plus de vingt intervenants. En troisième lieu, ce sont les services hospitaliers et les services sociaux qui sont cités le plus grand nombre de fois, dits partenaires réguliers par 16 intervenants et exceptionnels par 4 autres. La médecine du travail, les services psychiatriques et les services de justice sont parmi les partenaires les moins présents surtout pour les associations d'anciens buveurs.

Cette hiérarchie s'établit à un niveau très intense de relations. Il semble exister de fortes interactions dans le département du Bas-Rhin. La plupart des intervenants sont en contact avec la plupart des types de partenaires, si l'on excepte cependant certains cas particuliers, comme des associations d'anciens buveurs qui fonctionnent aujourd'hui avec un nombre réduit de membres ou le médecin de ville qui consacre assez peu de temps aux malades alcooliques.

## **II-2. L'orientation des malades entre les divers intervenants**

L'existence de relations entre un intervenant et un type de partenaire est une condition nécessaire, mais non suffisante pour qu'un flux de malades aille de l'un à l'autre. Le contact s'affirme particulièrement en cas d'échanges réciproques.

Il ne semble pas exister, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, compte-tenu de la forte densité des relations entre partenaires, d'échanges importants de personnes entre tous les intervenants.

Les services psychiatriques, pourtant rarement présentés comme des partenaires réguliers, ont fréquemment des échanges avec tous les intervenants, c'est sans doute le principal motif des contacts existants entre cette catégorie et les autres. Ces échanges sont symétriques dans la moitié des cas, mais pour l'autre moitié ce sont les intervenants rencontrés qui leur envoient des malades en difficultés.

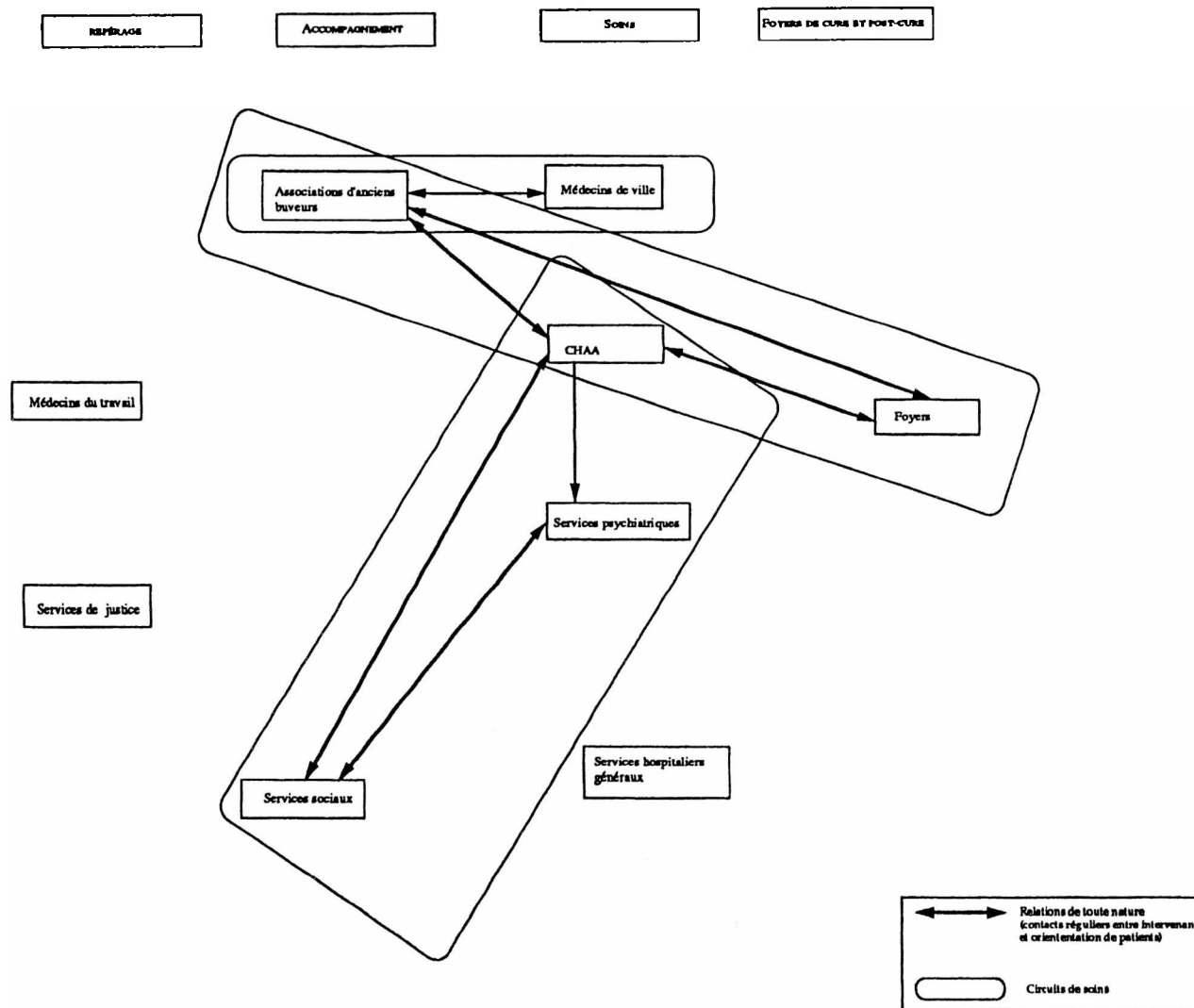
Les CHAA constituent un second lieu d'orientation, fréquemment cité par les intervenants sociaux et quelques fois par les associations néphalistes.

Les services hospitaliers et les médecins de ville sont les derniers types de partenaires qui donnent lieu à des échanges pour un nombre non négligeable d'intervenants.

Cette relative faiblesse des orientations entre tous les partenaires du réseau hormis pour les services psychiatriques semble prouver que les trajectoires des malades ne sont pas très souvent induites par l'action des intervenants, mais plutôt le fruit de démarches plus personnelles des malades, qui décideraient d'eux même de s'adresser à l'un ou l'autre des intervenants. Cela paraît assez cohérent avec le fait que la publicité soit une source importante de recrutement des intervenants et que ce soit seulement dans le cas d'une hospitalisation psychiatrique qu'une intervention extérieure se produise.

### Graphique n°33

Graphe de l'orientation des malades alcooliques par les intervenants des différentes structures de prise en charge dans le département du Bas-Rhin



### **II-3. Nature de l'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants**

Le mode d'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants donne une idée de la dynamique des relations. On a distingué selon que les liens s'établissaient de manière spontanée et sans contraintes ou étaient de nature institutionnelle et soumis à une régularité plus obligatoire. On suppose dans cette représentation que les rapports établis depuis le plus longtemps ont donné lieu à une organisation spécifique et s'avèrent aujourd'hui moins dynamiques, alors que les liens plus ciblés, noués de manière ponctuelle dans un cas donné, ont un caractère spontané, qui peut les rendre plus dynamique au final, en tous les cas plus mouvants.

Pour les contacts dont la nature de l'établissement a pu nous être fournie, on constate que dans la majorité des cas il s'agit de relations ayant un tour institutionnel : elles sont forgées sur des rencontres régulières qui font partie d'un fonctionnement courant dans l'activité. Les contacts dits institutionnels sont plus de trois fois plus nombreux que les contacts dits spontanés.

De ce fait les plus dynamiques sont donc plus caractéristiques des rapports avec des partenaires plus indépendants dans le fonctionnement du réseau : c'est le cas d'une association des Alcooliques Anonymes et de deux CHAA. A l'opposé, les centres de post-cure sont plutôt des partenaires "filtres", leurs relations avec les autres intervenants sont généralement très institutionnalisées.

Le comportement des associations néphalistes et des CHAA est moins homogène : six associations ont des relations très établies et régulières avec les autres partenaires, quatre autres ont pu nouer un ou plusieurs contacts spontanés. Cinq intervenants en CHAA se placent sur un plan très institutionnel dans leurs relations avec leurs partenaires, quatre autres évoquent au moins deux contacts qui ont été noués spontanément.

On retrouve l'originalité de la position des services psychiatriques dont les liens avec les intervenants rencontrés aux dires de ces derniers sont à parts égales inscrits dans une relation régulière ou soumis aux besoins ponctuels de l'un ou l'autre.

Le département du Bas-Rhin semble s'inscrire dans un mode de fonctionnement très structuré et régulier, favorisant des contacts multiples établis de longue date.



Tableau n°95  
Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification du réseau  
du Bas-Rhin

Filtre	Relais simple	Amplificateur semi-fort	Amplificateur fort
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
6 / 13	1 / 13	2 / 13	1 / 13
<b>Intervenants sociaux</b>			
1 / 4	3 / 4		
<b>CHAA et CDPA</b>			
5 / 9		2 / 9	2 / 9
<b>Hôpital</b>			
	1 / 1		
<b>Médecin de ville</b>			
1 / 1			

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Filtre = intervenant ayant exclusivement des partenaires institutionnels

Relais simple = intervenant ayant des partenaires inst. + un partenaire spontané

Amplificateur semi-fort = int. ayant des part. inst. + plus de 2 part. spontanés

Amplificateur fort = intervenant ayant exclusivement des partenaires spontanés

#### II-4. Un schéma synthétique de l'ensemble du réseau

Ce schéma synthétique est nécessairement réducteur pour plusieurs raisons. Premièrement, nous avons séparé chaque type de partenaire comme dans les autres départements étudiés. Dans le cas du Bas-Rhin, cette séparation peut être trompeuse, car il a été remarqué tout au long de cet examen que les CHAA étaient souvent très liés aux services hospitaliers et qu'il était donc difficile de différencier les activités respectives des uns et des autres. Nous avons préféré dans ce schéma privilégier la place des CHAA au détriment des services hospitaliers. Ces derniers apparaissent donc un peu en retrait, alors que les CHAA occupent une place centrale.

Ensuite, la catégorie des médecins de ville a été fortement rapprochée des autres partenaires, en grande partie du fait qu'ils ont des liens non négligeables avec les associations d'anciens buveurs. Ce rapprochement est un peu artificiel, surtout quand on sait que l'un des objectifs actuels pour le développement de la lutte contre l'alcoolisme et de procéder à une meilleure sensibilisation des médecins de ville.

On obtient un schéma comportant trois circuits de soins. Les CHAA se trouvent au centre de deux d'entre eux : le premier montre les interrelations entre les CHAA, les services psychiatriques et les services sociaux; le second symbolise l'étroitesse des liens entre les CHAA, les associations d'anciens buveurs et les centres de cure et de post-cure. Le troisième et dernier circuit de soins relie les associations néphalistes avec les médecins de ville.

Pour résumer, les CHAA occupent une place primordiale au sein de ce réseau, en partie du fait de leur proximité des services hospitaliers. La partie du réseau la plus intense se situerait entre CHAA, associations et centres de cure et de post-cure, c'est sans doute dans ces échanges entre ces trois partenaires, que la dynamique du réseau prend son essor. Cela n'exclut pas cependant d'autres relations complémentaires au bon fonctionnement de l'ensemble.

### **III - OPINIONS DES INTERVENANTS DU BAS-RHIN SUR LE RÉSEAU ACTUEL DE RELATIONS DANS LE DÉPARTEMENT**

Tous les partenaires ont répondu positivement à la question portant sur l'intérêt du réseau.

Cet intérêt est souvent motivé par un souci de cohésion et de complémentarité des actions. Dans un second temps et de manière moins significative, ce réseau de relations permet de confronter les expériences. Restent quelques arguments soulignant l'intérêt d'un réseau du point de vue de l'information et de la formation qu'il permet aux intervenants.

Tableau n°96

Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants du Bas-Rhin

Permet la cohésion, la concertation et la cohérence	Permet de partager les expériences, les difficultés	Autres arguments
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
6 / 13	3 / 13	- aider les autres, être meneur, c'est mon "dada" - avoir des informations - être le mieux informé - pour aider le malade
<b>Intervenants sociaux</b>		
2 / 4	1 / 4	- sans réseau, n'existe pas - pour un état des lieux
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
7 / 9		formation pour moi et contre isolement du malade
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
1 / 1		
<b>Médecins libéraux</b>		
		l'intérêt du malade

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP


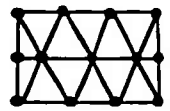



Environ la moitié des intervenants rencontrés affirme qu'il existe des personnes qui tiennent un rôle particulièrement important dans ce réseau de relations. Un peu moins d'un tiers pensent qu'il n'y a pas de personne centrale; les autres intervenants ne se prononcent pas sur ce point. Chacun des convaincus de l'existence d'une personnalité au centre n'est que rarement d'accord avec les autres sur l'identité de cette personne ou de cette catégorie de personnes. Sur les onze réponses concernant l'identité de cette personne, on trouve aussi bien les travailleurs sociaux (cités deux fois), les responsables à la DDASS (cités deux fois), puis des personnes des CHAA, des anciens malades, des infirmiers, etc. Un intervenant répond même que pour chaque malade, il existe une personne centrale, mais qu'il est difficile de prévoir à l'avance qui cela pourra être.

Les personnes interviewées ont, en revanche, des réponses plus nettes en ce qui concerne des structures ou des lieux ayant des fonctions centrales. Un tiers des réponses évoquent les associations d'anciens buveurs, un autre tiers les CHAA. On ne peut nier le fait que les personnes considèrent souvent que la structure centrale est de même type que celle d'appartenance : ainsi, sept associations sur treize ont souligné le rôle des associations, sept personnes travaillant dans les CHAA sur neuf parlent des CHAA. Il existe une forme de

réflexivité, qui fait que les personnes s'autocitent dans les réponses à ces questions. Les autres réponses sont assez diverses : services hospitaliers, CHRS, FAMLA, foyers, etc.

Les avis sont assez partagés au sujet d'une représentation simplifiée du réseau de leurs relations actuelles. Le tiers des personnes ayant accepté de répondre à cette question (24 personnes sur 28 interrogées) a choisi le schéma centralisé en forme d'étoile. Ils sont un peu moins nombreux à représenter le réseau sous forme d'une grille géométrique, ou d'un graphe protéiforme, respectivement six et cinq intervenants. Restent cinq personnes qui ont choisi l'arbre et la chaîne. Il ne semble pas apparaître d'emblée de schéma largement plébiscité, par l'ensemble ou une catégorie d'intervenants. On note cependant que les personnes travaillant dans les CHAA ont opté pour les deux schémas les plus géométriques (l'étoile et la grille) à l'exception de tout autre; à la différence des quatre intervenants sociaux qui ont choisi les trois formes simplifiées moins classiquement élues.

Tableau n°97  
Schématisation du réseau de relations actuelles  
entre tous les intervenants du Bas-Rhin

				
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
3 / 13	2 / 13	3 / 13	2 / 13	1 / 13
<b>Intervenants sociaux</b>				
		1 / 4	1 / 4	1 / 4
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>				
5 / 9	4 / 9			
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>				
		1 / 1		
<b>Médecins libéraux</b>				

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Si une représentation du réseau commune à tous les intervenants est difficile à établir, la majorité d'entre eux considère que cet ensemble ne doit peut être pas s'agrandir, mais bien plutôt s'améliorer en gardant sa taille actuelle (19 personnes l'affirme sur les 28). Ils ne sont que cinq à penser qu'il conviendrait d'agrandir le réseau; les autres personnes ne répondant pas ou donnant des réponses plus floues.

Pour améliorer le réseau de relations actuelles, une augmentation des moyens est jugée nécessaire par les deux tiers des personnes rencontrées. L'amélioration de la communication regroupe une deuxième série d'arguments. En troisième lieu, une action en faveur de l'intérêt des intervenants, leur degré d'implication, le temps qu'ils y consacrent est considérée par près d'un tiers de l'échantillon, tout particulièrement par les intervenants en CHAA. Ces derniers auraient-ils l'impression d'un manque d'activité dans le domaine ? Considèrent-ils que leur rôle consiste aussi à fédérer et motiver les partenaires d'un réseau local ?

Il convient aussi de souligner que les trois-quarts des personnes ont le sentiment d'appartenir à un véritable réseau.

Les propositions pour améliorer l'efficacité du réseau, la meilleure cohérence, un partage des tâches, une meilleure connaissance mutuelle des intervenants à l'intérieur du réseau actuel de relations apparaissent le plus fréquemment, pour un tiers des intervenants.

Ensuite dans des proportions équivalentes (cinq personnes pour chaque type de thèmes) trois propositions ont été faites:

- une meilleure intégration des médecins généralistes ;
- la nécessité de se donner plus de moyens : financiers, en termes de temps ou en matière d'information ;
- l'intervention politique, pour une meilleure application de la loi, pour que la prévention de l'alcoolisme soit explicitement encouragée;

Un tiers des personnes connaissent un partenaire dans le domaine de la prise en charge d'autres formes de dépendance, principalement en matière de toxicomanie, quelquefois pour le tabagisme.

Tableau n°98  
Moyens d'améliorer le réseau de relations actuelles  
entre tous les intervenants du Bas-Rhin

Donner plus de moyens financiers, en personnel, en formation	Améliorer la communication la coordination l'information	Favoriser les qualités des partenaires degré d'implication temps consacré	Autres propositions
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
9 / 13	6 / 13	1 / 13	- reconnaissance des assoc. - législation des assoc.
<b>Intervenants sociaux</b>			
2 / 4	1 / 4	2 / 4	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>			
8 / 9	3 / 9	4 / 9	
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>			
1 / 1	1 / 1		
<b>Médecins libéraux</b>			
		1 / 1	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

**SEINE-SAINT-DENIS**

## I - LA SEINE-SAINT-DENIS : UN DÉPARTEMENT TRÈS DENSE

Trente-quatre personnes ont été rencontrées en Seine-Saint-Denis.

Tableau n°99  
Présentation des intervenants rencontrés

<i>Associations d'anciens buveurs</i>	
- Président section Croix d'Or	a1
- Animateur Vie Libre	a2
- Secrétaire Vie Libre	a3
- Animateur Vie Libre	a4
- Responsable Vie Libre	a5
- Trésorier Vie Libre	a6
- Animateur Vie Libre	a7
- Animateur Vie Libre	a8
- Responsable Que dois-je faire...	a9
- Animateur Les coeurs parlent	a10
- Bénévole Croix Bleue	a11
- Cuisinier-moniteur Croix Bleue	a12
<i>Intervenants sociaux</i>	
- Infirmière DDASS	b1
- Médecin-inspecteur de la DDASS	b2
<i>Intervenants des CHAA et centres de santé</i>	
- Directeur CHAA	c1
- Directeur CHAA	c2
- Directeur CHAA	c3
- Directeur CHAA	c4
- Directeur santé CHAA	c5
- Responsable CHAA	c6
- Médecin CHAA	c7
- Médecin CHAA	c8
- Médecin CHAA	c9
- Médecin CHAA	c10
- Médecin Centre de santé	c11
- Médecin alcoologue CHAA	c12
- Médecin alcoologue CHAA	c13
- Psychologue CHAA	c14
- Psychologue CHAA	c15
- Diététicienne CHAA	
<i>Intervenants des services hospitaliers</i>	
- Psychiatre	d1
- Médecin	d2
- Médecin	d3
- Médecin	d4
- Chef de service	d5

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP



Au total, trente-quatre intervenants ont été rencontrés dans le département de la Seine-Saint-Denis, représentant vingt-six structures différentes.

Il s'agit d'une population à dominante masculine, on compte vingt-quatre hommes pour dix femmes. Deux classes d'âge sont fortement représentées : celle des 40-50 ans (à laquelle appartiennent quinze intervenants) et celle des cinquante ans et plus (où s'inscrivent onze intervenants). Les représentants des associations d'anciens buveurs sont les plus âgés en moyenne, sept d'entre eux sur les douze rencontrés ont au moins cinquante ans. La plupart ont un niveau de formation supérieur au baccalauréat, les quelques personnes peu diplômées se trouvent parmi les animateurs d'associations d'anciens buveurs.

Leur intérêt pour l'alcoolisme a divers motifs : un tiers des représentants évoquent des raisons d'ordre professionnel ou liées à leur formation, un autre tiers des intervenants sont des anciens buveurs. Pour les autres, le hasard l'a décidé ou d'autres motifs l'expliquent de manière plus ponctuelle.

Deux personnes seulement ne sont pas en contact direct avec des malades alcooliques : il s'agit des deux intervenants sociaux, un médecin-inspecteur et une infirmière qui ont été rencontrés à la DDASS. Tous les autres consacrent une partie de leur temps à s'occuper de personnes ayant des problèmes d'alcoolisme.

Pour les animateurs d'associations néphalistes, l'estimation du temps consacré a souvent été difficile, la disponibilité constante de certains d'entre eux est loin d'être quantifiable en unités de temps; cinq d'entre eux considèrent que ce temps est très variable. A part ces exceptions, la majorité des intervenants voient moins de la moitié de leur temps absorbé par des contacts directs avec des consultants. Les huit intervenants ayant affirmé y consacrer plus d'un mi-temps ne relèvent pas d'une catégorie particulière, deux sont des animateurs d'associations d'anciens buveurs, quatre ont des activités dans des CHAA et deux dans des services hospitaliers.

Tableau n° 100

Temps consacré à l'alcoolisme par chacun des intervenants  
de Seine-Saint-Denis avec les malades, en colloques, en séminaires

Temps consacré aux consultations alcoolisme sur temps total de travail		Actions de prévention sensibilisation formation		Participation à des colloques, à des séminaires sur l'alcoolisme	
<b>Associations d'anciens buveurs</b>					
moins de 25%	2	oui	8	oui	10
de 25 à 49%	3	non	3	non	2
de 50 à 75%	1	-	1		
75% ou plus	1				
très variable	5				
<b>Intervenants sociaux</b>					
non concerné					
<b>CHAA + centre de santé</b>					
moins de 25%	5	oui	15	oui	15
de 25 à 49%	5				
de 50 à 74%	3				
75% et plus	1				
-	1				
<b>Hôpitaux généraux + spécialisés (psychiatrie, alcoologie)</b>					
moins de 25%	2	oui	4	oui	4
de 25 à 49%	1	-	1	-	1
de 50 à 74%	1				
75% et plus	1				

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

### I-1. Participation à des actions de prévention, information, formation et à des réunions, colloques et séminaires

A quatre exceptions près, les personnes enquêtées ont toutes participé à des actions de prévention, information et formation au sujet de l'alcoolisme. Ces dernières sont initiées par des partenaires très divers : la DDASS, mais aussi le collectif des CHAA, les regroupements de sections de mouvements d'anciens buveurs, les municipalités.

Près de la moitié des intervenants ont dispensé des formations. C'est le cas de la plupart des personnes rencontrées dans les CHAA. Les actions de prévention, d'information et de

sensibilisation ont pu être réalisées chacune respectivement par un tiers des intervenants. Les domaines de l'information et de la sensibilisation sont plus réservés aux intervenants en CHAA.

Les cibles privilégiées de ces actions sont le public de l'enseignement supérieur et spécialisé, le public scolaire, le personnel soignant, mais les entreprises accueillent aussi ce type d'actions.

## **I-2. Le mode de prise en charge des malades**

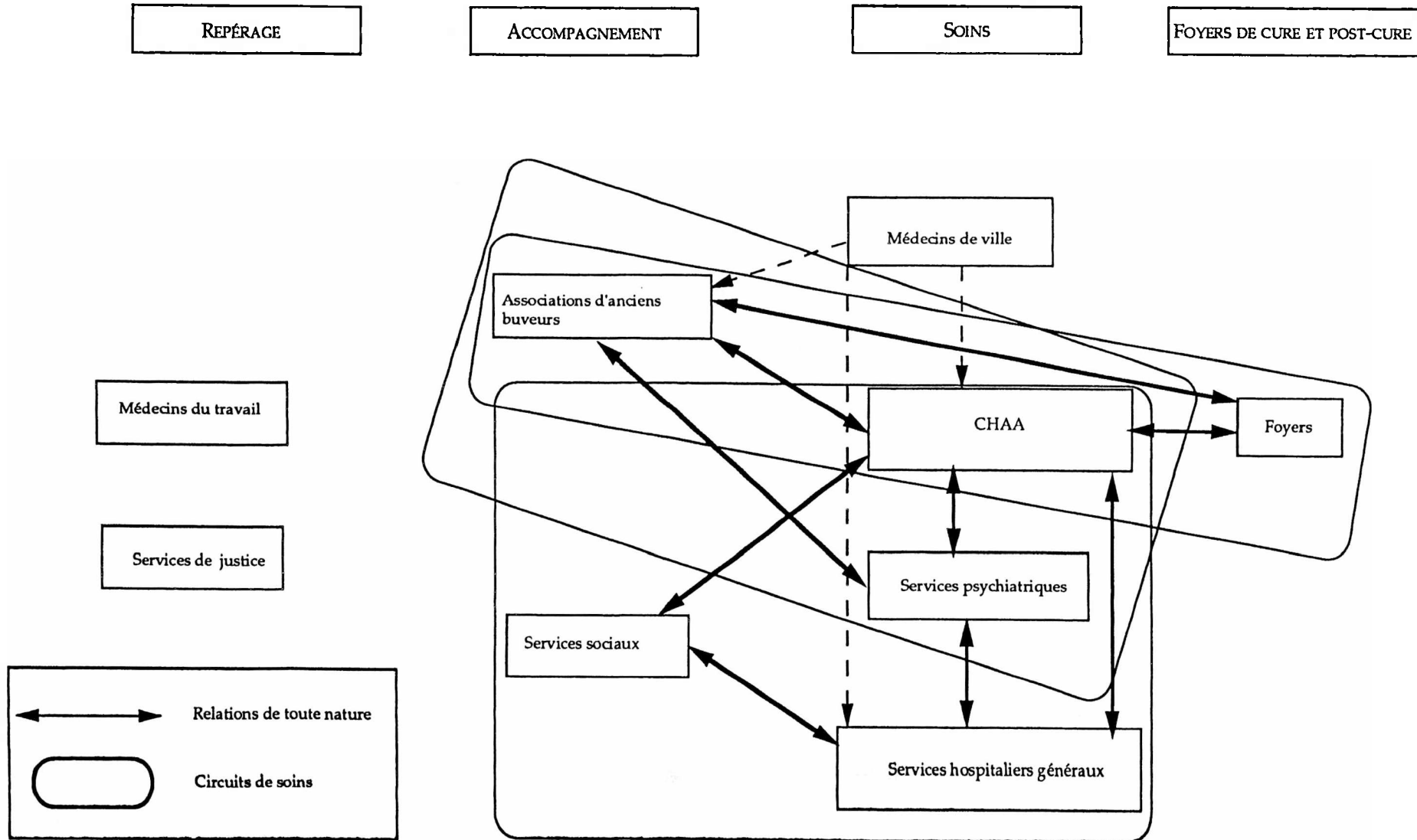
Les deux tiers des intervenants reçoivent les personnes dans un cadre individuel. Dans les associations d'anciens buveurs cependant les rencontres se font souvent dans le cadre du groupe, après cependant des premiers contacts qui se sont déroulés en tête-à-tête avec un membre de l'association. La famille est impliquée directement dans la prise en charge pour deux intervenants en CHAA.

Les rencontres avec les personnes se déroulent le plus souvent sur le lieu de travail de l'intervenant, il arrive que les animateurs d'associations d'anciens buveurs se rendent au domicile de la personne, surtout dans le cadre des premiers contacts, mais c'est loin d'être une habitude de rencontre.

La prise en charge s'inscrit dans la majorité des cas dans un suivi et c'est d'ailleurs le souhait émis par nombre d'entre eux. Si une partie d'entre eux (quatorze des personnes rencontrées) admet n'intervenir parfois que ponctuellement, ils l'expriment fréquemment sous la forme d'un regret, dans la mesure où les problèmes liés à l'alcoolisme nécessitent fréquemment un suivi de longue haleine pour un traitement de fond.

Graphique n°34

Grphe de l'orientation des malades alcooliques et de la fréquence des relations par les intervenants des différentes structures de prise en charge de Seine-Saint-Denis



On ne peut réduire l'action des intervenants à leur seule spécialité. Si de manière très logique, les médecins apportent des soins médicaux et les associations néphalistes un soutien moral, il est fréquent que ces intervenants dépassent le cadre simple de leur fonction initiale. Ainsi les personnes ayant une activité en CHAA estiment intervenir sur plusieurs champs, au niveau psychologique, comme au niveau social ou moral. Cette diversité des domaines d'action est aussi le fait de deux intervenants en service hospitalier.

Ils mènent presque tous un travail d'équipe, souvent ou systématiquement, sauf deux animateurs d'associations d'anciens buveurs, un intervenant en CHAA et un responsable de service hospitalier qui se juge seul à son poste. Les équipes qui entourent les personnes enquêtées par le CRÉDOC rassemblent de multiples compétences, si l'on excepte le cas de figure des associations néphalistes où l'équipe est généralement composée d'anciens buveurs qui apportent tous le même type d'aide aux autres membres et qui font parfois appel aux compétences d'un médecin à l'extérieur de l'association. Les équipes de travail comptent bien sûr toujours un médecin, des infirmières, une ou plusieurs personnes pour des fonctions administratives. Des psychologues et des travailleurs sociaux complètent ces équipes. On note aussi la participation non négligeable de psychiatres.

Tableau n°101  
Combinaison de soins apportés par les différents intervenants  
de Seine-Saint-Denis

Aide psych.	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux
<b>Associations d'anciens buveurs</b>			
6 / 12	2 / 12	11 / 12	
<b>Intervenants sociaux</b>			
<i>Non concerné</i>			
<b>CHAA + centre de santé</b>			
6 / 15	4 / 15	3 / 15	8 / 15
<b>Hôpitaux généraux + spécialisés (psychiatrie, alcoologie)</b>			
3 / 5	2 / 5	2 / 5	5 / 5

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Tableau n°102  
**Champs d'intervention théorique des différentes structures  
 des intervenants de Seine-Saint-Denis**

Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Associations d'anciens buveurs</b>		
12 / 12		2 / 12
<b>Intervenants sociaux</b>		
2 / 2		
<b>CHAA + centre de santé</b>		
12 / 15	9 / 15	2 / 15
<b>Hôpitaux généraux + spécialisés (psychiatrie, alcoologie)</b>		
2 / 5	5 / 5	1 / 5

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Action sociale = accueil, orientation, prévention, hébergement, insertion socio-professionnelle, formation, élaboration de politiques sociales, suivi, etc

### **I-3. La provenance des consultants**

Chaque intervenant nous a précisé autant que possible comment les personnes ayant un problème d'alcoolisme parvenaient à son contact.

Les médecins traitants et les travailleurs sociaux constituent les premières sources de provenance des consultants, ces deux catégories ont été évoquées chacune respectivement par dix-huit sur trente-deux intervenants concernés. Tous les types d'intervenants les évoquent à part égale, si l'on excepte le cas des travailleurs sociaux qui n'envoient des malades que dans un seul des services hospitaliers où nous avons rencontré un intervenant. L'entourage familial et amical constitue la troisième source en importance, elle est citée par seize personnes. Une démarche spontanée ou un séjour à l'hôpital sont ensuite responsables de la venue de consultants pour un nombre significatif des intervenants, respectivement pour treize et douze de ces derniers. La médecine du travail, la publicité et les associations d'anciens buveurs sont les dernières sources de recrutement évoquées de manière non négligeable.

Les services de justice, les foyers de cure et de post-cure et les médecins spécialisés indépendants ne sont qu'à l'origine de la venue de très peu de malades alcooliques chez l'un ou l'autre intervenant.

Il est remarquable de constater qu'en Seine-Saint-Denis, les principaux partenaires rencontrés au cours de l'enquête s'alimentent très peu mutuellement. Les sources de provenance des consultants les plus fréquemment évoquées sont en dehors du réseau spécialisé de prise en charge. Seuls les services hospitaliers envoient des malades aux autres intervenants, encore s'agit-il fréquemment de services hospitaliers qui ne sont pas spécialisés dans le domaine de l'alcoolisme. Il semble que chacun des intervenants "travaille en indépendant" et qu'il n'existe pas de trajectoires de prise en charge qui mène d'un médecin traitant à un CHAA, puis dans une cure dans un services d'alcoologie et enfin vers une association d'anciens buveurs.

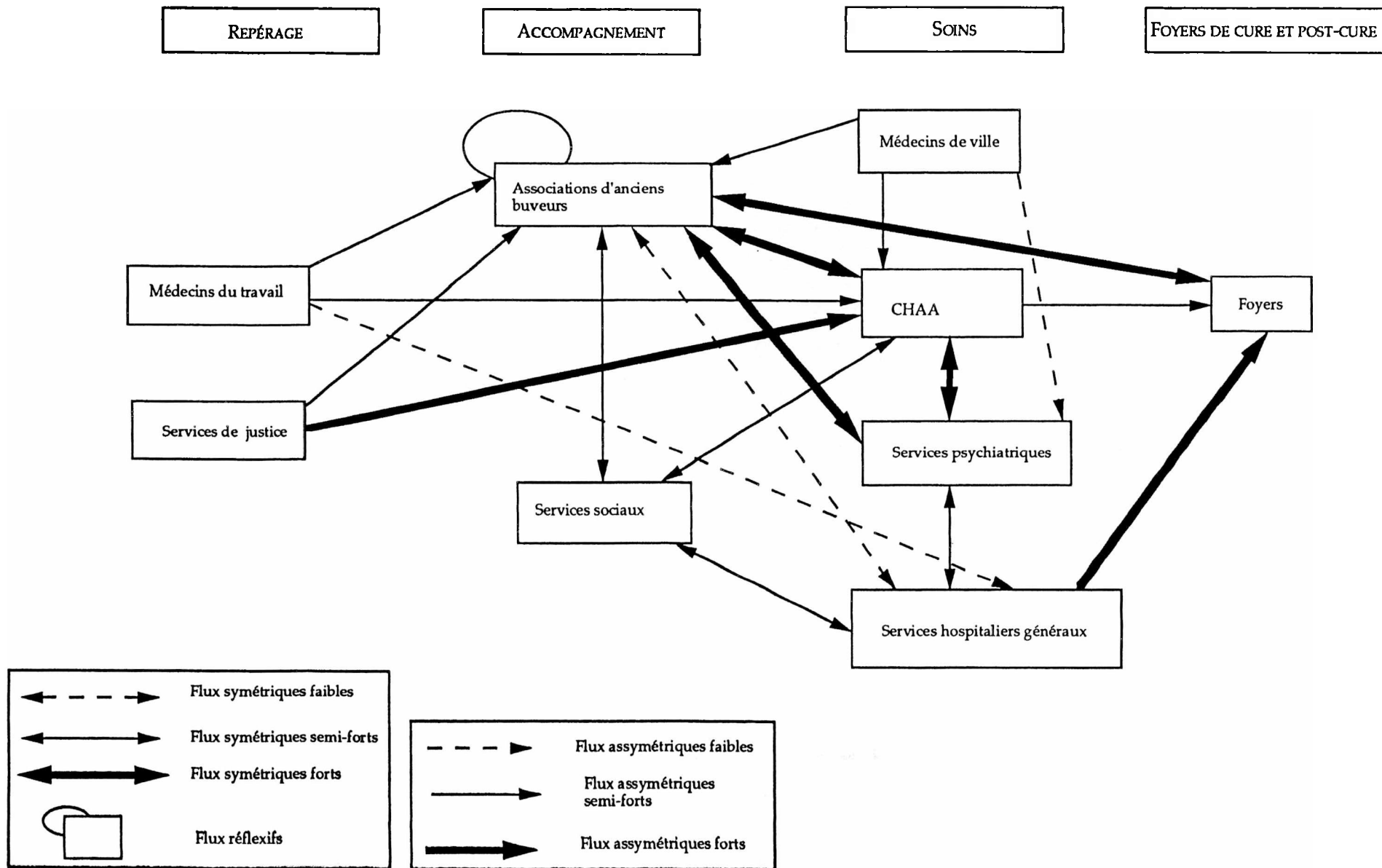
Les associations d'anciens buveurs évoquent fréquemment les médecins traitants, les travailleurs sociaux et l'entourage de la personne. L'hôpital leur assure dans certains cas la venue de malades, mais ces intervenants sont tout aussi nombreux à signaler la publicité comme à l'origine de leur recrutement. Les CHAA évoquent dans des proportions équivalentes aux associations les mêmes types de sources, sauf que pour eux il n'y a pas de publicité, les démarches spontanées étant en revanche effectives selon deux intervenants en CHAA sur trois. Les intervenants rencontrés en service hospitalier ont des réponses plus diversifiées sur le chapitre de l'origine de leurs patients.

Les catégories d'intervenants qui selon nous assurent une fonction des repérage des malades, comme la médecine du travail et les services de la justice semblent avoir en Seine-Saint-Denis un rôle très marginal. Les médecins traitants assurent à leur place le repérage des malades, mais aussi les travailleurs sociaux. Enfin l'entourage des malades, le bouche-à-oreille serait pour bien des intervenants responsable de démarches vers les structures de prise en charge, comme si les phénomènes de réputation étaient beaucoup plus prégnants en Seine-Saint-Denis que dans les autres départements étudiés au cours de cette étude.

En bref, cette approche semble révéler un relatif éclatement de la prise en charge des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme dans le département, comme si ces dernières choisissaient dans l'annuaire un intervenant ou l'autre sans tenir compte de leurs rôles à-priori.

Graphique n°35

Grphe de l'orientation des malades alcooliques entre les différentes structures de prise en charge de Seine-Saint-Denis





## **II - LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE EN SEINE-SAINT-DENIS**

### **II-1. La fréquence des relations entre intervenants**

La plupart des intervenants en Seine-Saint-Denis sont en relation régulière avec au moins un type de partenaire (sur dix partenaires potentiels suggérés) et au plus neuf types. La catégorie de partenaires avec laquelle existent le plus de contacts réguliers est constituée par les associations d'anciens buveurs, il sont évoqués par vingt-six intervenants sur trente-quatre. Les services sociaux et les CHAA sont ensuite évoqués par vingt-trois intervenants comme des partenaires réguliers. Puis, les services hospitaliers et les médecins de ville sont cités chacun respectivement par vingt-et-un intervenants. La médecine du travail, les services psychiatriques et les foyers de post-cure ne sont des partenaires réguliers que pour environ la moitié des intervenants. Les services de justice étant les moins fréquemment signalés, par le tiers des personnes rencontrées au cours de cette enquête.

Contrairement à ce que l'on aurait pu imaginer considérant les sources de provenance des malades, il semble que le réseau relationnel perçu dans cette première approche soit assez dense, puisque les principaux partenaires spécialisés, comme les associations néphalistes, les CHAA et les services hospitaliers déclarent avoir des contacts réguliers mutuels. En outre, les médecins de ville, les services hospitaliers, les services sociaux et la médecine du travail sont inscrits dans cette sphère relationnelle. On est en droit de penser que le réseau de prise en charge est assez bien établi et dispose de connexions multiples.

### **II-2. L'orientation des malades entre les divers intervenants**

L'existence de relations entre un intervenant et un type de partenaire est une condition nécessaire, mais non suffisante pour qu'un flux de malades aille de l'un à l'autre. Le contact s'affirme particulièrement en cas d'échanges réciproques.

On constate que les échanges de malades sont moins nombreux que pouvait le laisser augurer la densité des relations décrites dans le paragraphe précédent. En effet, les contacts noués ne sont pas nécessairement liés à la transition d'un malade de l'un à l'autre intervenant, mais peuvent signifier des réunions de concertation générale ou des demandes de renseignements, etc.

Il apparaît cependant au regard des orientations décrites par les intervenants, que les échanges de malades répondent à des logiques assez précises. Ainsi les médecins de ville, la médecine du travail et les services de justice sont généralement des partenaires qui envoient des malades vers les autres intervenants, mais qui n'en reçoivent pas en retour. Ils assument ici

essentiellement des fonctions d'orientation. Il ne semble pas exister à l'opposé de partenaires ayant une fonction essentielle de receveur.

Les associations, les services hospitaliers, les services psychiatriques, les CHAA, les foyers de cure et de post-cure, qui proposent tous des prises en charge des malades ont une double fonction de pourvoyeur et de receveur. Tous ces types de partenaires semblent constituer le coeur du système. On peut y ajouter les services sociaux qui jouent dans un certain nombre de cas un rôle intermédiaire, mais ils sont moins fréquemment évoqués dans le cadre des échanges.

Il existe cependant quelques spécialités au centre de ce réseau. Ainsi les associations d'anciens buveurs ont fréquemment évoqué des échanges réciproques avec les CHAA et les foyers, et un peu moins souvent avec les services psychiatriques. Les CHAA de leur côté perçoivent peu les échanges avec les associations néphalistes, mais citent des échanges réciproques avec les services psychiatriques et envoient des malades vers les foyers de post-cure.

### **II-3. Nature de l'établissement des contacts entre les divers types d'intervenants**

Pour les contacts dont la nature de l'établissement a pu nous être fournie, on constate que les relations ayant un caractère spontané sont un peu plus nombreuses que celles ayant un tour institutionnel.

Ce fait est particulièrement vrai pour les rapports que nous décrivent les associations d'anciens buveurs avec les autres partenaires. Ils sollicitent les autres partenaires ou sont sollicités quand nécessaire pour des cas particuliers, ce sont des relations informelles et assez aisées. Certaines des relations établies par des associations avec les CHAA ont un caractère plus institutionnel. Des rapports plus institués se sont souvent noués avec les CHAA sur la base d'une proximité géographique. Les relations des associations avec les services sociaux peuvent aussi être institutionnalisées, du fait de l'existence d'appartements relais pour accueillir des malades temporairement ou parce qu'à un moment donné des assistantes sociales participaient aux réunions.

Tableau n° 103  
 Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification  
 des intervenants potentiels d'un réseau en Seine-Saint-Denis

Filtre	Relais simple	Amplificateur semi-fort	Amplificateur fort
<b>Associations d'anciens buveurs</b>			
	2 / 12	4 / 12	6 / 12
<b>Intervenants sociaux</b>			
	2 / 2		
<b>CHAA + centre de santé</b>			
	2 / 15	12 / 15	1 / 15
<b>Hôpitaux généraux + spécialisés (psychiatrie, alcoologie)</b>			
1 / 5	1 / 5	3 / 5	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Filtre = intervenant ayant exclusivement des partenaires institutionnels

Relais simple = intervenant ayant un ou plusieurs par. inst. + un part. spontané

Amplificateur semi-fort = int. ayant un ou plus. part. inst. + plus de 2 part. spont.

Amplificateur fort = intervenant ayant exclusivement des partenaires spontanés

Les relations nouées par les intervenants de CHAA et les responsables de services hospitaliers rencontrés sont tout autant dites spontanées qu'institutionnelles. On note cependant qu'entre tous les CHAA, l'instauration de rencontres régulières officialisent leurs rapports réciproques; de même entre les CHAA et les services hospitaliers. Les CHAA enfin ont vis-à-vis des services de justice une mission très définie, puisque les personnes ayant été sanctionnées pour cause d'alcoolisme sont sollicitées pour leur rendre visite. A l'heure actuelle, un Juge d'Application des Peines tente de mettre en place une convention entre le tribunal et les CHAA, pour régir ces relations.

#### II-4. Un schéma synthétique de l'ensemble du réseau

Ce schéma est nécessairement réducteur, mais il permet de visualiser rapidement l'état des relations entre tous les types de partenaires et les circuits de soins les plus nets.

On distingue trois circuits de soins principaux. Le premier associe les associations d'anciens buveurs, les foyers et les CHAA. Il apparaît effectivement de fortes inter-relations entre ces trois types de partenaires, les associations envoyant volontiers des malades en CHAA,

tout en les suivant par la suite, et parfois les conseillent pour un séjour dans un foyer de post-cure. Les CHAA agissent de même en orientant les personnes vers les foyers et en les encourageant à rencontrer des anciens buveurs. Les CHAA sont au centre de ce circuit et au centre du réseau, puisqu'ils sont situés aussi au coeur des deux autres circuits de soins : d'une part, ils ont des contacts par l'intermédiaire des malades avec les services psychiatriques, c'est aussi le cas des associations; d'autre part, ils combinent des relations avec les services hospitaliers généraux et les services sociaux. Ces derniers ayant dans le réseau une fonction de passerelle.

On a enfin relié - mais dans un rapport de moindre intensité et unilatéral - les médecins de ville à trois acteurs du réseau : les associations d'anciens buveurs, les CHAA et les services hospitaliers généraux. Ces médecins envoient de manière non négligeable des patients à ces trois partenaires, et les impulsent ainsi dans des trajectoires de prise en charge au coeur du réseau. C'est aussi le rôle de deux types de partenaires : les médecins du travail et les services de justice, qui se placent comme des satellites du réseau, plus éloignés cependant de cette sphère que les médecins de ville.

Pour résumer, les CHAA occupent une place primordiale au sein de ce réseau, soutenus dans un véritable partenariat par les associations d'anciens buveurs. Le séjour en foyer de post-cure fait fréquemment partie intégrante des trajectoires de prise en charge. De leur côté, les services psychiatriques sont sollicités pour des malades particuliers et sont inscrits dans des logiques de soins spécifiques, ils semblent remplir une fonction complémentaire dans les prises en charge.

Les services hospitaliers généraux ont un statut particulier, à la fois « concurrent » des CHAA pour les cures car ils bénéficient de leur propre recrutement extérieur aux actions des CHAA, à la fois « participant » du fait de relations plus personnalisées avec certains intervenants en associations.

Les services sociaux assument des fonctions relais, présents dans un accompagnement et sollicités pour des problèmes ponctuels.

Enfin les médecins de ville, les médecins du travail et les services de justice plus éloignés du coeur du réseau s'inscrivent en périphérie, les médecins de ville étant les plus proches de la sphère spécialisée de prise en charge.

### III- OPINION DES INTERVENANTS DE SEINE-SAINT-DENIS SUR LE RÉSEAU ACTUEL DE RELATIONS DANS LE DÉPARTEMENT

Tous les intervenants s'étant ici exprimés (trente-et-un sur trente-quatre) ont répondu positivement à la question portant sur l'intérêt du réseau.

Tableau n°104

Les arguments justifiant de l'intérêt du réseau de relations actuelles entre tous les intervenants de Seine-Saint-Denis

Permet la cohésion la concertation et la cohérence	Permet de partager les expériences les difficultés	Autres arguments
<b>Association d'anciens buveurs</b>		
5 / 12	6 / 12	pour aider les malades
<b>Intervenants sociaux</b>		
1 / 2	2 / 2	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>		
10 / 15	8 / 15	- pour conseiller, aider, former - pour orienter les malades
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>		
4 / 5		pour offrir les meilleurs soins pour avoir plus de relations

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Tous les intervenants ne se sont pas exprimés sur ce point. Cependant, l'intérêt du réseau repose principalement sur deux types de motivations à poids quasi égal. D'une part, le réseau est en faveur d'une certaine cohésion, de la concertation et d'une cohérence pour une majorité (dix-neuf réponses intègrent ce type d'éléments). D'autre part, il doit permettre de partager les expériences et les difficultés, ce second type d'intérêt est absent dans le discours des responsables de services hospitaliers. D'autres arguments ont été exprimés, ils se réfèrent le plus souvent à l'aide supplémentaire que l'on peut ainsi apporter aux malades, dans la mesure où cela permet de l'orienter plus aisément vers la structure ou la personne la plus adéquate pour traiter son cas.

Un tel réseau de relations est jugé au moins aussi nécessaire que dans d'autres domaines de la santé pour une nette majorité d'intervenants dans le Nord. Plus de la moitié (dix-neuf sur trente-quatre) affirment même que c'est plus nécessaire. Une seule personne (travaillant dans une association) se pose la question de l'intérêt d'un tel réseau dans le domaine.

Une majorité d'intervenants est convaincue qu'il existe une personne centrale dans ce réseau. Pour les responsables de services hospitaliers, l'existence de cette personne est la moins évidente, puisqu'ils ne sont que deux à la défendre. Quand ils précisent l'identité de cette personne, ils sont loin d'être d'accord, les médecins sont souvent évoqués, mais les travailleurs sociaux, les anciens buveurs ou l'entourage l'ont aussi été, quoique de manière moins significative.

Ils sont un peu moins nombreux à considérer qu'il existe un lieu central dans le réseau. Mais là encore ils ne sont pas d'accord sur son identité : les CHAA ont été évoqués par cinq personnes, les autres réponses sont très hétéroclites. Il semble donc que ce réseau soit peu centralisé si l'on se fie aux discours des personnes rencontrées.

Lorsqu'on sollicite les personnes au sujet d'un schéma simplifié de représentation du réseau, c'est le schéma de l'étoile qui rencontre le plus de succès, puisqu'il a été choisi par neuf personnes. Ce choix place souvent le malade au centre, c'est particulièrement le cas des associations d'anciens buveurs, sinon la personne interviewée place au centre sa structure d'appartenance. Le deuxième choix en importance est celui du graphe protéiforme, pour lequel sept personnes ont opté. Les intervenants en CHAA ont surtout été intéressés par cette représentation, ils l'expliquent notamment par l'anarchie qui semble régner dans ce dessin, le fait que tous les points ne soient pas systématiquement reliés, que les limites de ce réseau ne semblent pas rigides.

Le schéma de l'arbre a recueilli l'approbation de six personnes dont quatre qui animent des sections d'associations d'anciens buveurs. Ce schéma a été choisi parce qu'il symbolise les chemins possibles pour un malade alcoolique : le point source correspondant souvent au médecin, les branches de l'arbre menant aux différents interlocuteurs possibles ensuite, comme l'association ou les travailleurs sociaux.

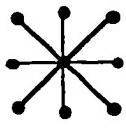
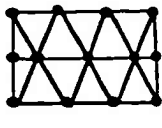

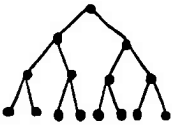

Cinq interlocuteurs ont opté pour la grille géométrique, il s'agit presque toujours d'intervenants dans les CHAA. Ils expliquent leur choix par la forte densité des échanges qu'évoque ce schéma.

Une moitié des intervenants estime que le réseau devrait prendre de l'ampleur, ils sont un peu moins nombreux à estimer qu'il vaudrait mieux qu'il s'améliore en gardant une taille identique. Pour quelques personnes, la question de la taille n'est pas primordiale, plusieurs intervenants de CHAA ont particulièrement réaffirmé l'intérêt d'un réseau bien objectif, pour répondre aux besoins du malade.

Pour améliorer le réseau, il manque d'abord des moyens financiers, en personnel et/ou en formation, c'est le premier souhait en importance des intervenants (exprimé par vingt-quatre d'entre eux). Favoriser la communication entre tous les maillons de ce réseau et augmenter le degré d'implication des partenaires -et le temps qu'ils consacrent aux problèmes d'alcoolisme- constituent les deux autres principaux types d'améliorations proposées. Les autres éléments pour un perfectionnement du réseau actuel vont dans le sens d'une reconnaissance et d'une redéfinition des rôles de chacun. Le fait d'encourager la prévention paraît aussi essentiel, et pour quelques uns, c'est aux pouvoirs publics et politiques de travailler à cela.

Tableau n°105

Schématisation du réseau de relations actuelles  
entre tous les intervenants de Seine-Saint-Denis

				
<b>Association d'anciens buveurs</b>				
3 / 12	1 / 12	1 / 12	4 / 12	-
<b>Intervenants sociaux</b>				
		1 / 2	1 / 2	
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>				
3 / 15	4 / 15	4 / 15	1 / 15	
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>				
3 / 5		1 / 5		1 / 5

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Tableau n°106  
Moyens d'améliorer le réseau des relations actuelles  
entre tous les intervenants de Seine-Saint-Denis

Donner plus de moyens financiers, en personnel, en formation	Améliorer la communication la coordination l'information	Favoriser les qualités des partenaires degré d'implication temps consacré	Autres propositions
<b>Association d'anciens buveurs</b>			
6 / 12	4 / 12	3 / 12	- aider à une prise de conscience générale - repenser tout le réseau, redéfinir les rôles - plus d'intérêt des pouvoirs publics
<b>Intervenants sociaux</b>			
2 / 2		1 / 2	manque d'intérêt politique
<b>Intervenants dans CHAA et CDPA</b>			
12 / 15	8 / 15	7 / 15	- informatisation - développer/extérieur réseau - être reconnu
<b>Intervenants dans service hospitalier</b>			
4 / 5		1 / 5	- améliorer la prévention - sensibiliser les médecins

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Lorsqu'on sollicite des propositions pour rendre ce réseau de relations plus adéquat, un plus grand degré d'information est clairement souhaité par plus du quart des intervenants, et principalement en direction des médecins généralistes. En second lieu, des propositions en faveur d'une plus grande cohésion des différents partenaires sont énoncées : par plus de réunions systématiques, plus de contacts. Cela peut notamment se réaliser par le biais d'une volonté politique plus affirmée, qui pourrait intervenir pour augmenter les moyens donnés à un tel réseau.

Si une nette majorité des intervenants rencontrés (vingt-cinq sur trente-quatre) a clairement le sentiment d'appartenir à un réseau, il n'est pas évident selon eux qu'il existe une définition commune à tous, une logique identique n'est même pas tout à fait certaine pour la majorité.

La majorité des intervenants est en contact avec d'autres dispositifs de prise en charge pour la lutte contre la toxicomanie, mais aussi contre le tabagisme. Trois intervenants connaissent même d'autres dispositifs moins fréquents d'aide contre la dépendance médicamenteuse, la boulimie ou l'anorexie.



**PRÉCISER ET CONCLURE**

L'objectif de cette enquête était d'éprouver la pertinence du dispositif de soins des personnes alcoolico-dépendantes dans le cadre des réseaux mis en oeuvre par les intervenants pour prendre en charge ce type de patients. Pour ce faire, il convenait de mettre en évidence le processus de mobilisation du dispositif par les différents intervenants et par là-même leur capacité et leur intérêt à le mobiliser. Le premier volet de l'étude a consisté à mesurer le capital de relations que mobilise chaque intervenant dans son action de prise en charge des personnes alcooliques et d'en analyser la structure (part respective des médecins spécialisés, des assistantes sociales, des psychiatres, des bénévoles...). Par la même, on approchait les facteurs de différenciation du comportement des intervenants dans leur pratique professionnelle quotidienne et leur relation aux malades. Ces investigations étaient destinées, principalement, à cerner le mode de structuration du dispositif de soins autour des malades alcooliques. Un second volet devait permettre d'analyser les trajectoires de soins de 620 malades à travers le dispositif départemental, le département étant pris comme espace géographique de référence. Cette seconde approche a cherché à mettre en évidence la façon dont circulent les malades à l'intérieur du dispositif de soins, puis à confronter les trajectoires effectives des malades aux trajectoires que les intervenants tendent à privilégier et à recommander aux consultants. On se donnait ainsi le moyen de vérifier l'hypothèse de l'existence d'un tel réseau, mais aussi d'autres hypothèses sur la configuration de ce réseau, son mode de structuration (autour du malade ou selon des impératifs institutionnels), les stratégies des différents services hospitaliers, et la capacité des membres du dispositif à fonctionner effectivement en réseau.

L'analyse de la dynamique interne du dispositif de prise en charge des malades alcooliques a été analysée selon trois dimensions: la dimension de la pratique (le rapport des intervenants avec les malades qui les consultent), la dimension relationnelle des intervenants entre eux, la dimension du discours (c'est-à-dire l'idée que les intervenants se font du réseau). La dimension de la pratique s'intéresse aux formes des rapports des intervenants avec les malades : le temps qui leur est consacré, les modalités de rencontre, le mode de suivi et de prise en charge ainsi que la provenance des consultants. Ces aspects de la pratique individuelle des intervenants permettent de poser les questions suivantes : existe-il des modes de conduites spécifiques au sein du dispositif de soins ? Ont-ils un lien avec la capacité de chaque intervenant à être en réseau ? La seconde dimension traite des relations entre intervenants, de leur fréquence, de leur intensité, et de la teneur de ces relations. Elle permet de construire des indicateurs de base sur la hiérachisation des positions dans le réseau. La troisième dimension, vient éclairer la configuration du réseau : le discours des intervenants permet d'explorer le sentiment de réalité du réseau, d'appartenance à ce cercle professionnel, la perception de sa

forme et de la place de chacune des structures institutionnelles (plus ou moins centrale ou périphérique).

L'enquête s'est déroulée dans sept départements de France choisis pour disposer de situations contrastées quant au dispositif de soins et quant à l'intensité du risque d'alcoolisation (selon les indices de mortalité par alcoolisme et cirrhose du foie, le caractère rural / urbain, la production viticole de ces départements). Dans chaque département, entre 17 et 35 entretiens ont été réalisés auprès des responsables ou acteurs significatifs de terrain des structures et services concernés. Le guide d'entretien servant de support aux interviews des intervenants était divisé en six parties visant à saisir les trois dimensions évoquées ci-dessus. Complétant l'interrogation des acteurs du soin, l'interrogation de 620 alcooliques rencontrés sur les lieux-mêmes de prise en charge (leur approche dans leur environnement quotidien s'étant avérée trop malaisée), a permis de recueillir le point de vue des malades sur les structures de soins. Une autre approche qui cherchait à recueillir des informations sur les trajectoires des consultants dans les réseaux à partir d'un recueil d'informations auprès des intervenants n'a pas été poursuivie, nous reviendrons plus loin sur la signification possible de cette arrêt.

Des éléments descriptifs des trajectoires antérieures des personnes dans le dispositif de prise en charge et sur les situations sociales, familiales et professionnelles ont pu être recueillies. Ceci avec le souci de vérifier si les relations établies entre les intervenants, et présentées par eux comme telles, sont effectivement empruntées par les malades, et si les trajectoires des patients sont liées à leurs caractéristiques socio-démographiques. Il s'agit d'examiner si certains services tendent à dériver des patients vers telle ou telle structure en fonction des profils socio-démographiques et s'il existe des trajectoires récurrentes ou bien si chaque parcours est singulier. On veut par là interroger le fonctionnement du réseau pour savoir s'il est conditionné par les patients, parce qu'il s'adapte en permanence aux besoins particuliers de ceux-ci, ou bien par les impératifs des structures disponibles, c'est-à-dire par des logiques institutionnelles.

Rappelons ici une partie des résultats de l'analyse de réseau, en particulier ceux qui nous permettent de discuter les hypothèses principales suivantes :

1 - L'action des intervenants en matière de soins aux malades alcooliques, et partant la structure relationnelle des intervenants, se construisent à partir de différentes "ressources" du système : les possibilités et les contraintes qui s'imposent à chaque intervenant du fait de sa position dans une institution (règles à respecter, ressources mises à sa disposition, mais aussi relations de travail déjà constituées, partenaires officiels ou obligés), ainsi que sa capacité à

développer des liens et des échanges au sein du dispositif de soins et de prise en charge des éthyliques (selon ce que Degenne appelle les "ressorts de l'action individuelle").

2 - Le système de soins mis en place autour de l'alcoolique dépend des corpus de principes servant à penser les protocoles de prise en charge de l'alcoolisme. Il s'agit de stratégies médicales en ce qui concerne les intervenants spécialistes en alcoologie. Dans ce cas, il existe des principes d'aiguillage récurrents, certains services dérivant leurs malades toujours vers les mêmes types de prise en charge, voire même orientant les malades d'un même profil socio-démographique toujours vers les mêmes services. Il s'agit d'un discours social pour les intervenants non spécialistes du point de vue médical : "le système de soins est construit comme une réponse aux malades et fondé sur le besoin du malade et l'histoire de sa maladie" ;

3 - Les oppositions de cultures et de points de vue professionnels structurant la configuration du réseau, le dispositif de prise en charge des malades alcooliques fonctionne par interconnexion de cercles restreints; leur taille, les interventions et les connexions qu'ils établissent varient selon le type de pathologie et donc de patient ;

4 - le degré et le type d'interactions de ces groupes sont aussi déterminés par la capacité des intervenants à construire des liens avec d'autres structures en sortant des connexions institutionnelles obligées.

Toute analyse de réseau suppose un inventaire en principe exhaustif des acteurs que l'on pense être en relation. Les conditions de réalisation de l'étude du dispositif de soins des malades alcooliques n'ayant pas permis d'atteindre cette exhaustivité, il a été procédé à un échantillonnage par catégories d'intervenant.

La lutte contre l'alcoolisme bénéficie, de par son histoire et ses caractéristiques, d'un dispositif d'intervenants et de structures pour l'aide et la prise en charge des éthyliques qui est assez diversifié. Nous avons adopté la typologie des acteurs présentée dans la revue du Haut Comité de la Santé Publique consacrée à l'alcoolisme<sup>16</sup>, soit cinq grandes catégories d'intervenants ou structures intervenant dans la prise en charge des personnes ayant un problème d'alcoolisme.

1 - La partie médicale a priori non spécialisée comporte les médecins libéraux et les établissements hospitaliers.

---

<sup>16</sup> Actualité et dossier en santé publique, Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool, Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique, Dossier 4.

2 - Le dispositif spécialisé est constitué principalement des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoolologie (CHAA), des centres de cure et de post-cure et des Comités Départementaux de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA).

3 - On regroupe dans une catégorie à part l'ensemble des associations d'anciens buveurs<sup>17</sup>.

4 - D'autres partenaires jouent fréquemment un rôle de repérage et d'orientation des malades alcooliques vers des structures adéquates : il s'agit des services de justice, des services sociaux (ou associations du secteur social telles les associations de réinsertion des RMIstes), ou encore les médecins du travail.

5 - Enfin, on met à part les services ou hôpitaux psychiatriques qui, dans le domaine médical, ne se situent pas comme structures de prise en charge à proprement parler, mais accueillent de manière ponctuelle ce type de pathologie, spécialement lorsque les patients souffrent de problèmes d'ordre psychiatrique.

Les premiers intervenants retenus comme ayant à voir avec la question étudiée ont été sélectionnés à partir d'annuaires de santé publique<sup>18</sup>. Pour compléter la liste et obtenir un échantillon approchant de la représentativité de la population à étudier, les premières personnes identifiées étaient sollicitées pour compléter cette liste. Une telle procédure exerce une sélection de personnes qui sont a priori en relation, ce qui renforce la cohérence de l'objet "réseau". Elle comporte des biais certains : elle tend à sous-représenter les intervenants fonctionnant à la marge du dispositif, ou sur des aspects jugés secondaires ; elle risque surtout d'ignorer ceux qui interviennent selon des logiques suffisamment différentes pour être occultés par le dispositif "officiel".

La sélection des intervenants considérés comme acteurs du dispositif d'un département, comporte une part d'arbitraire importante dans la mesure où ce type de réseau professionnel ne possède pas de limite "naturelle", aussi bien en termes de compétence que de localisation géographique. Ne retenir que les acteurs impliqués sur le terrain dans un département, ce qui est le cas dans cette étude, revient à réduire le réseau étudié à la partie strictement opérationnelle et très locale des acteurs qui ont à voir avec la question de l'alcoolisme. Démarche fatalement

---

<sup>17</sup> On peut distinguer trois types d'associations: les associations d'obédience nationale - souvent fédérées, elles fonctionnent souvent de manière autonome (ex. Croix Bleue, Vie Libre...); les associations à caractère local (ex: les "Anciens de Marienbronn"), plus présentes dans les régions où l'alcoolisme est jugé plus affirmé; les associations de proches regroupent des personnes proches des éthyliques - époux, épouses - qui souhaitent s'engager dans une action au côté de leur conjoint malade.

<sup>18</sup> Haut Comité de la Santé Publique, Adresses utiles: prévention, traitement, réinsertion", HCSP, 1993; Annuaire POLITI, 1993.

réductrice, pour une question multiforme, relevant du secteur sanitaire autant que du social, qui induit une grande hétérogénéité des formes de soins et d'aides aux malades.

Un certain nombre d'éléments sur la vocation des structures, sur l'ancienneté de leur implantation dans le dispositif de prise en charge, sur leur localisation dans chaque département, doivent être pris en compte pour interpréter la structuration des réseaux. La centralité et la périphérie des structures sont appréhendées d'abord à travers deux facteurs, essentiels dans le dispositif de soins départemental : la vocation des structures et leur date de création.

## I - LES ACTEURS ET LES STRUCTURES

Dans le domaine de la prise en charge des malades alcooliques, la position des différents acteurs dans le réseau est en partie déterminée par leur fonction : certaines structures occupent, de facto, une position périphérique dans le dispositif de prise en charge des malades dans la mesure où elles effectuent un travail qui relève du repérage des malades plutôt que des prises en charge sociale, médicale ou encore psychologique<sup>19</sup>. Il en va ainsi des services de justice et de la médecine du travail, considérés comme partenaires à part entière du réseau mais qui ne constituent pas pour autant des intervenants spécialisés dans le domaine de l'alcoolisme. Les premiers, par le biais de "l'injonction thérapeutique", orientent des conducteurs en infraction vers des structures de soins et/ou des structures de suivi comme les associations d'anciens buveurs. En principe, les "malades" ne reviennent pas vers eux. On peut donc situer les services de justice en début de parcours, comme une des "portes d'entrée" dans le système de soins et de prise en charge des malades alcooliques. Les médecins du travail effectuent un travail de dépistage qui les conduit à aiguiller des personnes vers des structures spécialisées. Ils constituent une autre porte d'entrée dans le dispositif, les malades ne repassant théoriquement plus par eux dans leur trajectoire de soins. On peut considérer que les autres intervenants étudiés sont d'emblée, par leur vocation curative et de soutien, des acteurs plus centraux du dispositif.

---

<sup>19</sup> Jean-Paul Descombey, Alcoolique, mon frère, toi. L'alcoolisme, entre médecine, psychiatrie et psychanalyse.

### **I-1. Implantation des structures et positionnement dans le réseau**

L'histoire de l'implantation des structures de soins n'est pas indifférente quant au degré de centralité acquis dans le réseau. Philippe Mossé<sup>20</sup> souligne que les dispositifs de soins existants sont le fruit d'une histoire qui comporte des moments forts, en 1970 ou 1983 notamment. On aboutit, selon lui, à une stratification de ce milieu professionnel, dans lequel les organismes se construisent une place par vagues successives. Ces phases sont "le résultat d'un jeu de type épistémologique entre les théories médicales qui évoluent et les pouvoirs publics qui retiennent de temps à autre (en fonction des rapports de force internes au corps médical) tel élément de la théorie"<sup>21</sup>. Ce processus de génération du système dessine des grappes de filières de prise en charge, qui sont marquées par l'esprit de leur époque, tant du point de vue de l'architecture du système de soins que de l'implantation géographique. Il n'empêche qu'entre des moments historiquement datés où des pans entiers du dispositif se sont élaborés ou renouvelés, de nouvelles structures s'insèrent ponctuellement dans le dispositif : elle viennent combler un manque, et s'intègrent de ce fait, très rapidement, au réseau des contacts fonctionnant entre les partenaires en place. A l'inverse des structures peuvent vieillir, parce que trop marquées par des formes périmées de prise en charge, et tendre à être marginalisées du fait même de cette ancienneté.

Le département de l'**Aude** illustre bien le processus de croissance, par phases successives, de la structuration du dispositif s'offrant aux malades alcooliques. On y distingue des structures jeunes créées il y a moins de cinq ans (une association de réinsertion des RMIstes, des services hospitaliers, la Croix d'Or) ; des structures plus installées dont la création se situent dans la deuxième moitié des années quatre-vingt (Vie Libre, des services psychiatriques), ou dans la première moitié (associations d'hébergement) ; et enfin, des structures anciennes qui remontent au moins aux années soixante-dix (CDPA, CAES, Vie Libre).

Dans la **Drôme**, le clivage est très net entre CHAA -structures très récentes datant de 1991- et les associations d'anciens buveurs, beaucoup plus anciennes. Ce clivage pourrait expliquer la position périphérique des CHAA dans le réseau, tel que le révèle le système de relations avec les autres partenaires du dispositif. Structures trop récentes, elles ne s'imposent pas aussi fortement que les services hospitaliers qui semblent rester, pour les associations, les interlocuteurs médicaux privilégiés.

---

<sup>20</sup> Philippe Mossé, Alcoolisme et système de soins, CNRS, HCEIA, 1983.

<sup>21</sup> Ibid

Le dispositif de **Seine-Saint-Denis** présente l'intérêt d'être globalement plus ancien: les deux-tiers des intervenants datent de la création de leur structure d'au moins 10 ans. Dans ce cas, l'effet de strates décrit par Philippe Mossé se trouve fortement atténué: l'ancienneté des collaborations estompe les clivages originels entre structures.

## **I-2. Contacts et place dans le réseau**

L'étude de la fréquence des contacts entre structures constitue la première étape de toute analyse de réseau. En adoptant le postulat selon lequel les structures bénéficiant du plus grand nombre de contacts décrits par les intervenants interrogés, peuvent être considérées comme occupant une position centrale dans un système de relations, il est possible de donner un premier éclairage sur les positions dans les dispositifs étudiés.

Le concept de centralité illustre, en principe, la capacité d'un individu, ou des membres d'une structure, à développer des relations et à faire fonctionner les communications au sein du réseau considéré : le nombre de liens est l'indicateur de cette centralité. La question du positionnement des structures (plutôt que celle des individus) nous a poussé à opter pour le point de vue inverse : à partir du discours des intervenants on s'est préoccupé d'identifier les structures "bénéficiant" du plus grand nombre de contacts. Cette approche répond au critère de la notoriété. Le questionnement sur la régularité des contacts permet de distinguer les liens forts (fréquence de contacts qualifiée par les informateurs de "régulière") des liens faibles (fréquence "exceptionnelle").

L'analyse des informations collectées dans l'**Aude** qui ne dispose pas de CHAA met en évidence le caractère central des services sociaux qui comptabilisent le plus de contacts réguliers (15 intervenants sur 17 ont des relations régulières avec ce partenaire), suivis par les services hospitaliers et les associations d'anciens buveurs. Les médecins de ville et les centres de cure ont une place significative dans le dispositif alors que les médecins du travail et les services de justice occupent une position périphérique dans ce système de relations. Confirmant la faible intégration des CHAA, les contacts réguliers des intervenants de la **Drôme** vont, en premier lieu, vers les services hospitaliers généraux, les associations d'anciens buveurs, puis les foyers de cure ou post-cure. Les CHAA apparaissent au même rang que les services de justice, après les services sociaux.



Tableau n°107

Degré de centralité des intervenants de chaque département  
d'après le taux de contacts jugés "réguliers" avec les différents partenaires du dispositif

Catégorie d'intervenant	Qualification de la fréquence des contacts	AUDE	DRÔME	SEINE-St-DENIS
<b>Mouvements d'anciens buveurs</b>				
	régulièrement	76%	83%	79%
	exceptionnellement	6%	6%	12%
	jamais	18%	11%	9%
<b>Médecins de ville</b>				
	régulièrement	65%	55%	62%
	exceptionnellement	6%	39%	20%
	jamais	29%	6%	18%
<b>Médecins du travail</b>				
	régulièrement	29%	50%	50%
	exceptionnellement	18%	33%	15%
	jamais	53%	17%	32%
	ne sait pas			3%
<b>Services hospitaliers non spécialisés</b>				
	régulièrement	76%	89%	67%
	exceptionnellement	18%	11%	18%
	jamais	6%		15%
<b>Services psychiatriques</b>				
	régulièrement	70%	56%	44%
	exceptionnellement	18%	33%	18%
	jamais	12%	11%	38%
<b>CHAA</b>				
	régulièrement	6%	50%	70%
	exceptionnellement		6%	15%
	jamais	94%	44%	15%

Catégorie d'intervenant	Qualification de la fréquence des contacts	AUDE	DRÔME	SEINE-ST-DENIS
<b>Services sociaux</b>				
	régulièrement	88%	72%	68%
	exceptionnellement	6%	22%	23%
	jamais	6%	6%	9%
<b>Foyers de cure ou de post-cure</b>				
	régulièrement	47%	78%	44%
	exceptionnellement	18%	11%	41%
	jamais	35%	11%	15%
<b>Services de justice</b>				
	régulièrement	41%	50%	36%
	exceptionnellement		17%	24%
	jamais	59%	33%	40%
<b>Autres partenaires</b>				
	régulièrement	29%	22%	47%
	exceptionnellement	12%	17%	16%
	jamais	59%	61%	37%

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Dans le cas du département de **Seine-Saint-Denis** , les CHAA supplantent les services hospitaliers parmi les trois structures les plus centrales du dispositif : associations d'anciens buveurs, services sociaux et CHAA sont, dans cet ordre décroissant, les structures les plus sollicitées .

La médecine du travail, les services psychiatriques et les foyers de post-cure ne sont des partenaires réguliers que pour la moitié des intervenants. Et l'on retrouve, comme pour l'Aude, les services de justice en position périphérique. La centralité des services sociaux dans le dispositif de Seine-Saint-Denis, comme dans celui de l'Aude, peut s'expliquer par le fait que les travailleurs sociaux interviennent à plusieurs stades des trajectoires de soins : ils sont amenés à repérer les malades alcooliques, à les diriger vers des structures de soins, mais aussi à les retrouver pour les aider à régulariser leur situation sociale souvent difficile. Les services sociaux sont des partenaires utiles aux autres intervenants en amont comme en aval des protocoles de prise en charge. Lorsqu'il y a absence de CHAA, ce sont les services hospitaliers qui s'imposent très logiquement comme partenaires privilégiés, dans la mesure où ils constituent un

lieu de passage pour les malades qui entrent dans un processus de cure. Le défaut de CHAA mobilise également les services psychiatriques qui arrivent alors en quatrième position. Mais dans les départements où des CHAA sont présents, les services psychiatriques sont nettement moins sollicités.

Dans le cas de la **Drôme**, la forte centralité des foyers de cure s'explique, en partie, par l'activité des membres de l'association d'anciens buveurs Croix Bleue qui ont développé une politique de contacts systématiques avec les foyers. Celle-ci se traduit notamment par des visites régulières aux pensionnaires des foyers. Cette politique, et la centralité qui en résulte pour l'institution, s'expliquent par le fait que la Croix Bleue possède ses propres foyers sur et hors du département : en tant que gestionnaire elle entretient avec eux, un contact privilégié et régulier.

### **I-3. Représentation de la centralité des structures**

A ce stade de l'analyse de réseau, il est possible de représenter graphiquement un schéma du positionnement des structures dans le réseau, sur la base des taux de contacts réguliers entre intervenants. Cette représentation permet d'esquisser les premières hypothèses de travail sur la structure des réseaux dans les trois départements considérés, hypothèses que d'autres indicateurs permettront d'étayer. En considérant uniquement les taux relatifs de contacts réguliers dont bénéficient chaque partenaire du réseau, on construit un schéma basé sur des cercles concentriques. Le centre du graphique correspond au taux de fréquence de contacts réguliers le plus fort. La fréquence des contacts est de plus en plus faible à mesure que les cercles s'agrandissent. Les graphes sont divisés en quartiers de manière à situer les différentes structures en fonction de leur vocation principale dans le dispositif de prise en charge de l'alcoolisme. Placées sur les cercles selon le degré de centralité évalué suivant un indicateur simple (la fréquence des contacts réguliers), les différentes structures étudiées dessinent un réseau ordonné. Le schéma permet d'illustrer le degré de différenciation entre centre et périphérie.

Globalement, les réseaux ainsi dessinés se présentent sous une forme plutôt étalée, sans position centrale forte de la part d'une structure. Il ne semble pas exister de pôle organisationnel du dispositif de prise en charge de l'alcoolisme : les structures se positionnent les unes par rapport aux autres selon un processus de différenciation complémentaire des rôles. Le caractère polymorphe des symptômes développés par le malade alcoolique (handicaps sociaux, difficultés psychologiques, symptômes d'altération physique) suscite des modes d'intervention segmentés

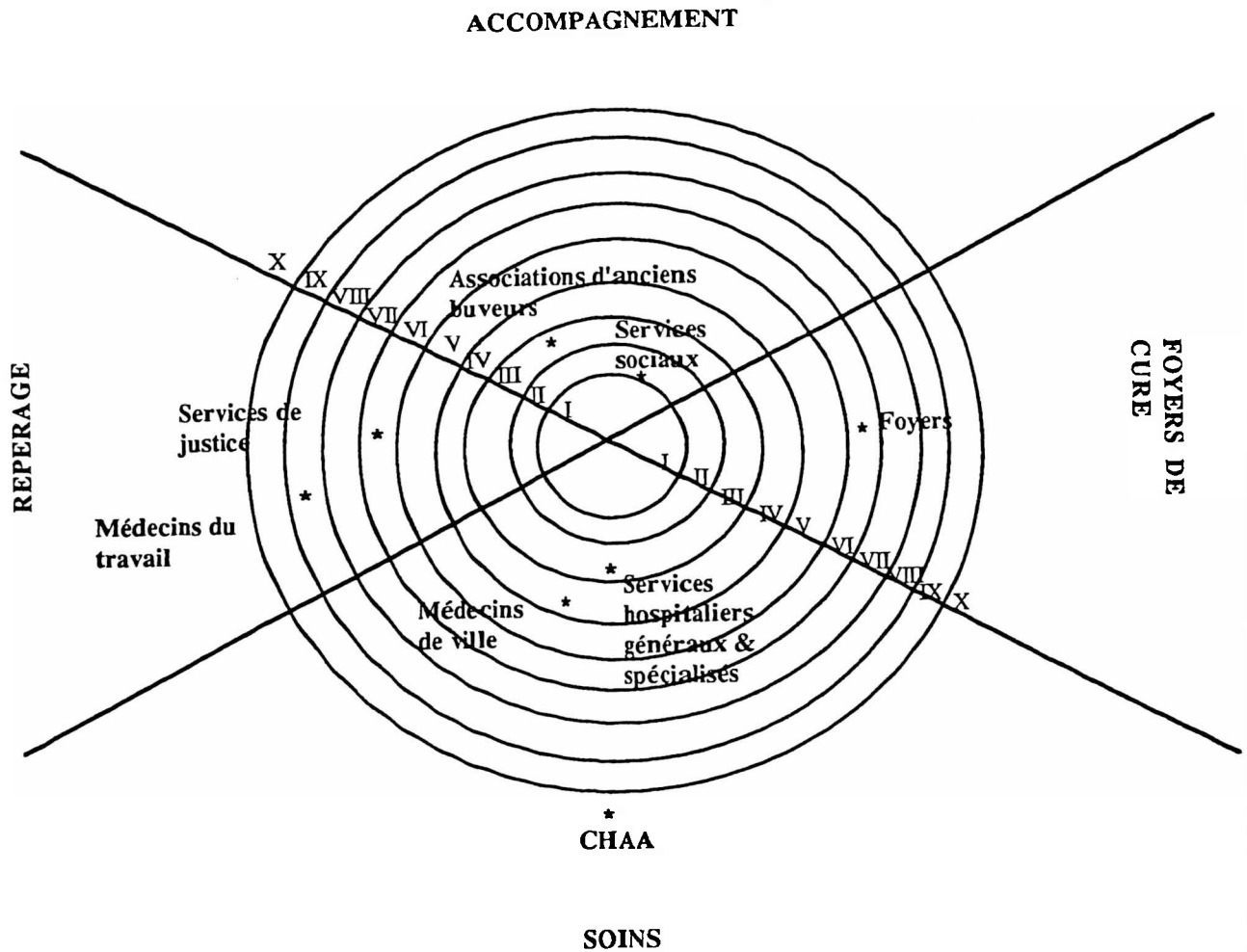
plutôt que l'émergence de structures polyvalentes susceptibles de traiter toutes les dimensions du problème. C'est le schéma de la spécialisation des intervenants qui l'emporte, respectant en cela une culture bien ancrée dans le système médical.

Cette forme de réseau professionnel suppose que l'activité de communication soit importante et continue, pour que les différents partenaires du dispositif qui interviennent selon des logiques, des techniques, et des objectifs qui peuvent être très différents, parviennent à se coordonner pour faire fonctionner des trajectoires de soins cohérentes. L'absence de hiérarchisation régulatrice du dispositif explique que l'intensité des liens entre structures dessine des toiles assez différentes d'un département à l'autre. C'est vraisemblablement un atout du point de vue de la capacité d'innovation des dispositifs locaux, et une faiblesse au regard d'une égale efficacité de traitement du problème de l'alcoolisme, vue à l'échelle de l'ensemble des départements.

On remarque que bien que l'Aude ne possède pas de CHAA, ces structures sont citées par certains partenaires. Il s'agit en fait de structures de départements voisins, qui se trouvent logiquement en position périphérique dans le réseau de l'Aude.

Graphique n° 36

**MESURE DE LA CENTRALITE DES STRUCTURES DE L'AUDE EN FONCTION DU TAUX DE LEURS CONTACTS REGULIERS AVEC LES DIFFERENTS PARTENAIRES DU RESEAU**



**Légende**

I = interstice comprenant les structures bénéficiant de 100% à 90% de contacts réguliers de la part des intervenants de l'Aude

II = 89-80%

III = 79-70%

IV = 69-60%

V = 59-50%

VI = 49-40%

VII = 39-30%

VIII = 29-20%

IX = 19-10%

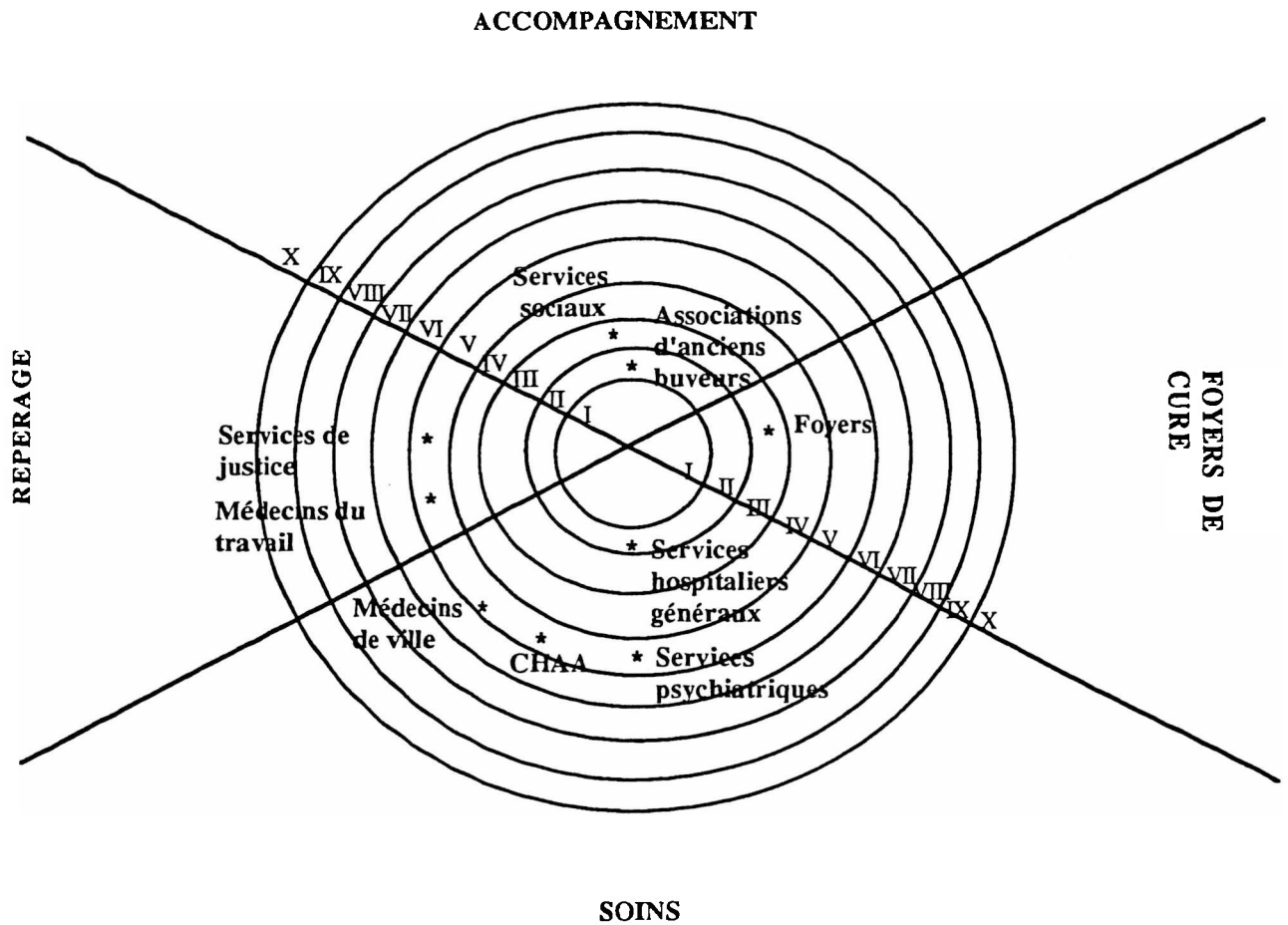
X = 9-1%

#### **I-4. Animateurs ou personnes-clefs**

L'interrogation des intervenants de l'**Aude** sur l'existence d'une personne-clef dans le réseau, ou bien d'une structure qui jouerait un rôle central, confirme l'absence de figure forte qui remplirait un rôle de "méta-coordination" du réseau. Le questionnement sur les personnalités-clefs ne fait sens que pour la moitié des acteurs, et il n'y a pas unité de vue sur l'identité des individualités en position de centralité : si des médecins sont évoqués plusieurs fois, certains voient plutôt des anciens buveurs à cette place. Un peu plus nombreux sont ceux qui pensent qu'une structure ou un lieu de prise en charge ont une position plus centrale que les autres, mais là encore il n'y a pas unanimité de choix : des intervenants de milieux hospitaliers s'auto-positionnent à cette place, sinon ce sont des associations d'anciens buveurs qui sont évoquées par les autres acteurs. Quant à ceux qui ne voient pas de centre au dispositif, ils le justifient par le flou caractérisant les articulations entre les partenaires. Pour eux, cette situation explique la débrouillardise qui fait loi dans ce milieu professionnel pour organiser la prise en charge des malades. Dans le cas de la **Drôme**, le schéma révèle un réseau plus dense que celui de l'Aude. Bien qu'il n'existe pas, là encore, de structure occupant une position prééminente, c'est l'intensité de la communication entre les structures qui apparaît plus forte. Dans cet ensemble, la situation des CHAA est plutôt périphérique, eu égard à leur mission. Dans le cas de la **Seine-Saint-Denis**, une majorité d'intervenants voient des personnes plus centrales que d'autres dans le réseau, mais là encore les points de vue ne sont pas très convergents : les médecins sont souvent évoqués, mais aussi les travailleurs sociaux, les anciens buveurs ou même l'entourage du malade. Pour les responsables de services hospitaliers, il ne semble pas exister de personnes qui seraient centrales dans le dispositif.

Graphique n°37

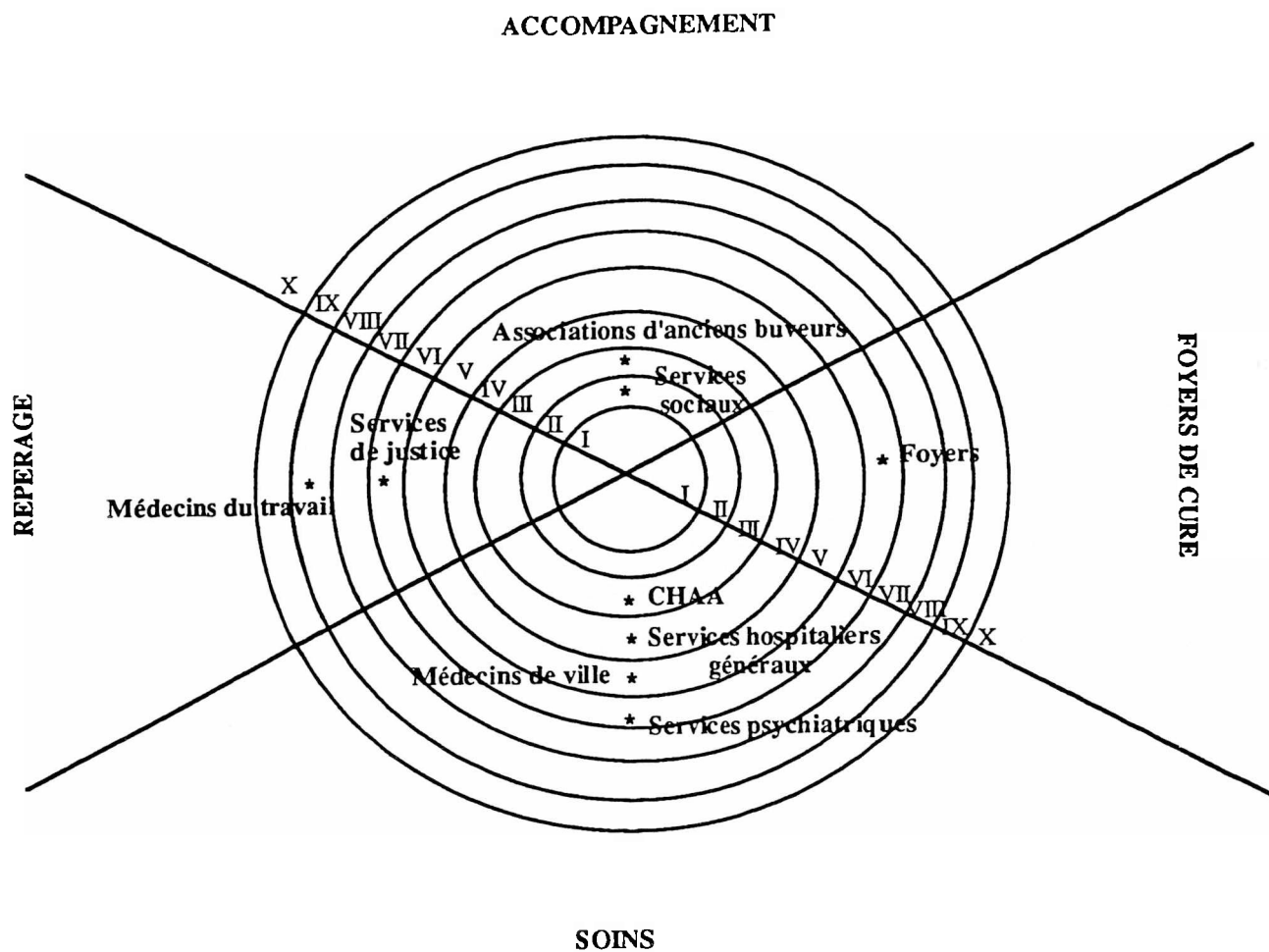
MESURE DE LA CENTRALITE DES STRUCTURES DE LA DRÔME  
EN FONCTION DU TAUX  
DE CONTACTS REGULIERS ENTRE LES DIFFERENTS INTERVENANTS



LÉGENDE (voir graphe précédent)

Graphique n°38

**MESURE DE LA CENTRALITE DES STRUCTURES DE SEINE-SAINT-DENIS  
EN FONCTION DU TAUX DE CONTACTS REGULIERS  
DES DIFFERENTS INTERVENANTS AVEC CELLES-CI**



LEGENDE (voir graphe précédent)



Si l'on s'en tient au discours des personnes rencontrées, le dispositif du département de **Seine-Saint-Denis** paraît peu centralisé. Peu nombreuses sont celles qui pensent qu'il existe un lieu de prise en charge prééminent. Toutefois, les CHAA sont, dans ce cas, les structures qui sont les plus souvent citées à cette place. Aucune structure de Seine-Saint-Denis n'occupe de position centrale forte, et cela de manière plus marquée encore que dans l'Aude. Mais la dispersion du schéma laisse apparaître une certaine hiérarchisation des structures à l'intérieur de chaque groupe d'intervenants : cela est surtout net pour les structures de soins.

### **I-5. La force des liens**

La force du lien vis-à-vis des différentes structures du dispositif est jugée d'autant plus grande que l'on trouve une répétition systématique d'un même type de lien chez tous les intervenants d'une même catégorie de structures. Cette "répétition" répond, dans l'analyse de réseau, au concept d'équivalence. L'équivalence se définit ainsi: "deux individus sont considérés comme équivalents parce qu'ils sont d'un certain point de vue dans une relation semblable avec les autres membres du groupe"<sup>22</sup>. Dans le cas de l'Aude, on observe que tous les intervenants issus des associations d'anciens buveurs sont en contact régulier avec les foyers de cure ou de post-cure. Et les intervenants sociaux déclarent tous avoir des liens réguliers avec les associations d'anciens buveurs. De la même façon, tous les intervenants des services hospitaliers généraux et psychiatriques sont en contact régulier avec d'autres services hospitaliers et les services sociaux.

---

<sup>22</sup> Glossaire

## II - LA CAPACITÉ DE MOBILISATION DU RÉSEAU

Chaque acteur occupe une position originale dans le champ considéré. Cette position, nous l'avons évoquée, résulte d'une dynamique d'inscription des acteurs dans un système professionnel dont la principale caractéristique est de s'imposer d'emblée comme un espace pluri-institutionnel. Des facteurs comme la fonction, la technicité, l'ancienneté dans le champ, modèlent les positionnements relatifs des intervenants et le sens de leurs interactions. La fréquence des contacts avec les autres partenaires, que l'on exploite comme indicateur de la dynamique réticulaire, n'est finalement que le révélateur qui permet de fixer sur une carte la place et la notoriété de chaque acteur. Mais elle n'est que la résultante du travail permanent des interactions entre professionnels, maintenu en mouvement par cette sorte d'énergie circulante que constituent, à leur insu, les malades alcooliques entrant dans une trajectoire de soins.

L'analyse de la régularité des contacts entre les intervenants aboutit à deux conclusions principales : ce réseau d'acteurs n'est pas hiérarchisé, pas plus qu'il n'est centré autour d'un acteur qui remplirait une fonction d'aiguillage des alcooliques ; parallèlement, la prise en charge des malades supposant des parcours de soins passant par plusieurs institutions, les contacts réguliers s'imposent d'eux-mêmes et sont donc importants. De ces deux constats il découle une conclusion : si les intervenants ont une connaissance d'ensemble des professionnels les plus directement impliqués dans le soin et le soutien aux alcooliques, ils n'ont des liens privilégiés qu'avec certaines structures et le sens de ces relations est déterminé par l'enchaînement des étapes que parcourent les malades. Le système n'étant pas fortement intégré du point de vue organisationnel, chaque intervenant a une réelle latitude à opérer des choix stratégiques. Ces choix peuvent aller soit dans le sens d'un accroissement de la spécialisation des réponses apportées aux malades (et cela dans le registre médical, comme dans l'aide sociale, ou l'approche psychologique) soit, à l'inverse, dans le sens d'interventions couvrant plusieurs dimensions de la pathologie (service assurant le soutien social et psychologique, cure offrant des services polyvalents, etc.).

Comme on l'a déjà souligné, ce potentiel stratégique peut être productif sur le plan de la capacité d'innovation des acteurs, du moins tant que le système n'entre pas dans la hiérarchisation des structures ou le développement hégémonique d'une dimension de la prise en charge sur les autres. Les tendances qui consistent à se positionner comme "spécialiste" d'une forme de soin ou, au contraire, comme "polyvalent" des réponses qui peuvent être apportées à l'alcoolisme, peuvent être appréhendées comme un effet de la dynamique des acteurs mobilisant les ressources du réseau.

L'analyse de la capacité de l'intervenant à mobiliser les ressources du dispositif, en d'autres termes, à élaborer ou conforter sa position professionnelle à partir du capital disponible dans ce champ (compétences, moyens, synergies, etc.), permet d'avancer vers une compréhension plus fine des interactions entre structures.

Pour explorer cette question, on a exploité l'information livrée par les informateurs des trois départements, sur les missions de base de leur structure d'appartenance et sur l'étendue de l'activité qu'ils développent eux-mêmes concrètement. Le but étant d'évaluer les distances existant entre la définition théorique du champ d'intervention de l'intervenant et la réalité pratique des types de soins ou d'aides apportés aux malades qui le consultent. Pour différencier les vocations principales des structures, on adopte un découpage disciplinaire simple : l'action sociale, les soins médicaux, l'aide psychologique. Le registre de l'action sociale recouvre, bien évidemment, des dimensions multiples : il couvre les réponses apportées aux malades aussi bien sur l'hébergement, que sur l'insertion socio-professionnelle, l'orientation, la formation, mais aussi la mobilisation des travailleurs sociaux pour l'élaboration de politiques sociales, de prévention ou de suivi, spécifiques à l'alcoolisme. L'aide sociale, le soin médical et l'aide psychologique sont les principales "entrées" qu'évoquent les intervenants pour qualifier les réponses qu'ils apportent aux malades qui les consultent. S'y ajoute toutefois une "entrée" supplémentaire, l'aide morale, souvent évoquée en complément des formes plus professionnalisées.

La confrontation des deux séries d'informations recueillies (sur les structures et sur la pratique des intervenants eux-mêmes) permet de juger dans quel registre l'intervenant se contente d'effectuer la tâche définie par sa fonction et son statut au sein d'une structure, et sur quels aspects sa pratique le mène à élargir son champ théorique d'action auprès du malade.

Si à présent on s'intéresse moins au nombre de compétences des intervenants qu'au caractère pointu de la spécialisation, on peut tester l'hypothèse que plus un intervenant exerce une spécialité rare plus il est en mesure d'être sollicité, et donc de bénéficier d'une notoriété forte dans le réseau. De ce point de vue, ce sont les psychiatres qui disposent du degré de spécialisation le plus affirmé parmi les différents types d'intervenants interrogés.

Tableau n°108

Taux de contacts dont bénéficient les psychiatres des trois départements

	AUDE	DRÔME	SEINE-SI-DENIS
Taux de contacts dont bénéficient les psychiatres	70%	56%	44%
Position des psychiatres en termes de contacts dans le dispositif (parmi 9 structures)	4ème	5ème	7ème

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Dans l'Aude et la Drôme, les psychiatres sont assez fortement sollicités. Dans l'Aude, où il n'existe pas de CHAA, les services psychiatriques semblent prendre cette place habituellement occupée par les CHAA dans les autres départements. Plus les services psychiatriques sont anciens (par ordre croissant d'ancienneté, on trouve ceux de l'Aude, de la Drôme, de la Seine-Saint-Denis), plus ils ont une position périphérique en terme de notoriété. Ils pourraient, comme on l'a évoqué en première partie, être l'illustration de la tendance à la marginalisation des structures les plus anciennes.

La notoriété des spécialistes de psychiatrie les conduit à entretenir un plus grand nombre de relations professionnelles régulières que la moyenne des intervenants. Au vu du nombre de structures des dispositifs départementaux avec lesquelles ceux-ci se trouvent en contact, on peut dire que les psychiatres paraissent plus dynamiques en matière de communication, du moins dans les cas de l'Aude et de la Seine-Saint-Denis (aucun intervenant des services psychiatriques n'a pu être interrogé dans la Drôme).

Tableau n°109  
 Intensité des contacts établis par les psychiatres

	Nombre de structure avec lesquelles le psychiatre a des contacts réguliers	Moyenne des contacts réguliers, tous intervenants confondus
<b>AUDE</b>		5,1
b1	7	
b3	5	
b4	6	
<b>SEINE-SAINT-DENIS</b>		5
d1	5	

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Par rapport à l'évaluation des effets de la spécialisation, on peut former des hypothèses inverses concernant les intervenants dont l'autonomie est assurée par une capacité à intervenir sur différents registres des soins ou de l'aide aux malades. On essaie donc de vérifier que plus un individu dispense de soins différents (du fait de son institution ou par stratégie personnelle), moins il est enclin à faire appel aux autres structures du dispositif et montre de ce fait un capital relationnel faible. La multiplicité des soins dispensés serait un facteur d'isolement (phénomène d'autosuffisance) et de pauvreté relative du capital relationnel. Pour tester cette hypothèse, on isole les intervenants pratiquant plus de soins que leur fonction ne le requiert.

Dans le cas de l'**Aude**, deux intervenants sont dans ce cas : il s'agit de deux médecins des milieux hospitaliers et psychiatriques.

Tableau n°110

**Intensité des contacts des intervenants de l'Aude  
dispensant autant ou moins de soins que ne le requiert leur fonction**

AUDE	Nbre de soins dispensés effectivement	Nbre de champs d'interventions théoriques	Nbre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier
<b>Moyenne: tous intervenants confondus</b>	<b>3</b>	<b>1,1</b>	<b>5,1</b>
b1	4	1	7
b3	4	2	5
<b>Moyenne</b>	<b>4</b>	<b>1,7</b>	<b>6</b>

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

Dans ce département, la multiplicité des soins ne provoque pas d'isolement (en terme de capital relationnel) : alors que l'un des deux intervenants possède un capital de contacts identique à la moyenne générale, pour l'autre il lui est nettement supérieur. Ces acteurs, tous deux médecins psychiatres en service hospitalier, sont nettement plus actifs que la moyenne, tant en matière de soins qu'en ce qui concerne l'activation des contacts entre structures. A l'opposée de l'hypothèse de départ, on peut dire que leur surinvestissement à l'égard des alcooliques les conduit à développer un tissu de relations, motivé par le souci de maîtriser des registres de la prise en charge des malades dont ils ne sont pas spécialistes (en matière d'aide sociale notamment).

Concernant la situation des intervenants les plus polyvalents, la situation de la Drôme, est plus contrastée. La multiplicité des soins maintient deux des intervenants dans un certain isolement. Il s'agit d'un chef de service de centre de santé (b5) et d'un directeur de centre de postcure (b6). A l'opposé, deux autres développent des contacts dans le dispositif, plus nombreux que la moyenne. Ces intervenants qui cumulent plusieurs compétences et une forte activité relationnelle sont un directeur de foyer (b2) et une assistante sociale de CHAA (c4).

Ainsi bien qu'appartenant tous à la catégorie des "intervenants sociaux", ces quatre acteurs ont développé des stratégies divergentes, notamment les trois qui occupent des positions hiérarchiques élevées (b5, b6, c4). Il faut donc admettre que ce sont des stratégies individuelles qui peuvent expliquer les fortes variations de la capacité relationnelle plutôt que des contraintes ou des opportunités fonctionnelles.

Tableau n°111

**Intensité des contacts des intervenants de la Drôme  
dispensant autant ou moins de soins que ne le requiert leur fonction**

DRÔME	Nombre de soins dispensés effectivement	Nombre de champs d'interventions théoriques	Nbre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier
<b>Moyenne: tous intervenants confondus</b>	<b>1,78</b>	<b>1,5</b>	<b>5,8</b>
b2	3	1	8
b5	2	1	3
b6	3	1	4
c4	3	2	7
<b>Moyenne</b>	<b>2,75</b>	<b>1,7</b>	<b>5,5</b>

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

En **Seine-Saint-Denis**, comme pour l'Aude, l'hypothèse initiale se trouve plutôt infirmée: parmi les cinq intervenants dispensant plus de soins que ce qui est requis par leur institution, quatre ont plus de contacts que la moyenne des partenaires du dispositif. Il s'agit d'un intervenant d'association d'anciens buveurs (a4) et de trois médecins de CHAA et de milieu hospitalier. Le seul qui soit très peu mobilisé par l'activité relationnelle (d5) est un chef de service en milieu hospitalier. Là encore, l'effet paraît devoir être imputé à un comportement individuel. Globalement, sur les trois dispositifs étudiés, on peut dire que les intervenants qui mettent en pratique plusieurs compétences développent un réseau relationnel fort. On est donc conduit à renverser l'hypothèse de départ : les acteurs qui débordent leurs missions institutionnelles sont plutôt des "activistes" de la prise en charge des alcooliques, et leur engagement professionnel les amène à multiplier des connexions fortes avec les autres acteurs. Leur centralité dans le dispositif est de ce fait élevée.

Tableau n°112

**Intensité des contacts des intervenants de la Seine-Saint-Denis  
dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction**

<b>SEINE-SAINT-DENIS</b>	Nombre de soins dispensés effectivement	Nombre de champs d'interventions théoriques	Nombre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier
<b>Moyenne: tous intervenants confondus</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	<b>5</b>
a4	3	1	6
c6	3	1	6
c10	3	2	7
d2	4	2	7
d5	4	2	2
<b>Moyenne</b>	<b>3,4</b>	<b>1,6</b>	<b>5,6</b>

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

Loin de répondre à une logique institutionnelle ou d'être portés par une position de pouvoir, ces professionnels "suractifs" doivent être regardés comme des individualités, qui s'identifient sur le terrain à une quasi fonction d'animateur du dispositif. C'est vraisemblablement grâce à eux que chaque dispositif trouve une dynamique qui lui est propre, voire développe une architecture plus ou moins originale des circuits de prise en charge. En comparaison, l'impact relationnel de l'investissement des intervenants les plus spécialisés est de prime abord plus difficile à établir. Par rapport à l'hypothèse posée au départ, on trouve autant de cas qui l'infirmement que de cas qui la confirment. La position des psychiatres dans les dispositifs éclaire néanmoins la question.

On doit admettre qu'il existe une hiérarchie implicite des spécialités, qui s'impose de l'extérieur aux institutions : les positions les plus élevées sont tenues par les psychiatres, suivis par les médecins de services hospitaliers, les travailleurs sociaux occupant des positions nettement moins fortes. Or, si l'on se limite aux acteurs dont les spécialités entraînent un effet de notoriété, on note que la plupart de ceux qui ont des interventions plus pointues que la moyenne ont aussi une activité relationnelle plus active et plus large. L'effet de notoriété couplé au statut de "spécialiste" donne une position de prééminence qui fait de ces acteurs des noeuds, au sens de passages obligés, dans les activités d'échanges des intervenants. A leur niveau



l'hypothèse de départ paraît confirmée ; néanmoins s'il sont plus communicants que les autres acteurs, ce n'est pas tant parce qu'ils ont besoin de se connecter à d'autres intervenants que parce qu'ils sont en position de notoriété. Finalement, de cette approche des acteurs les plus singuliers quant à leurs modes d'intervention, se dégage une conclusion générale. Il y a deux positionnements qui génèrent une mobilisation plus active des ressources du réseau professionnel : la spécialisation intervenant sur la dimension psychologique de l'éthylisme, et la polyvalence des prises en charge associant le soin médical et l'aide sociale. Si le premier se situe plutôt du côté des services de la médecine spécialisée, le second est autant le fait de médecins que de travailleurs sociaux (y compris gestionnaires de foyers, de centres de cure, ...). Les intervenants de CHAA apparaissent souvent dans le positionnement de type "polyvalence", ce qui peut s'expliquer par la jeunesse de ces structures spécialisées qui ont vocation à aborder l'alcoolisme dans la globalité de ses implications.

Cette conclusion dessine clairement les principes de stratégie qui pourraient guider une réflexion sur les formes d'organisation à préconiser pour les dispositifs d'intervention en matière de traitement de l'alcoolisme, mais aussi de bien d'autres pathologies ayant des implications tant sociales que sanitaires. L'articulation, et le maintien d'une synergie équilibrée, entre "référénts" très spécialisés et "animateurs" très polyvalents, paraît être la condition pour que la dynamique de prise en charge bénéficie d'une articulation forte des intervenants. Une telle imbrication des rôles peut éviter la nécessité d'une hiérarchisation institutionnelle, et gagner ainsi en capacité d'innovation et d'adaptation. Dans cette optique le réseau est un vecteur d'activation des acteurs qui répond bien à la définition proposée par le CESOL : "un champ de contraintes et d'opportunités pour des acteurs mus par des stratégies multiples" <sup>23</sup>.

Dans les discours recueillis auprès des informateurs sollicités sur les trois sites étudiés, il revient de manière récurrente un jugement critique sur le fonctionnement des médecins de ville, et leurs options concernant l'aiguillage des alcooliques. Ce discours tend à donner des médecins de ville l'image de points de "filtrage", voire de rétention, dans le processus d'orientation des patients alcooliques vers les différentes structures de traitement. Ce discours, qui a déjà été relevé par des études sur la structuration des systèmes de soins concernant l'alcoolisme<sup>24</sup>, cherche à distinguer les "bons médecins" des "mauvais médecins". Les premiers n'hésiteraient pas à orienter les patients vers des services, des structures spécialisés en informant le malade de la cause réelle des divers symptômes qui l'ont amené à les consulter. Les seconds ne signifieraient pas au malade son problème et continueraient de soigner les symptômes (souvent nombreux) liés à l'éthylisme, en préférant conserver ce type de patient "au

---

<sup>23</sup> Un niveau intermédiaire: les réseaux sociaux, Actes du séminaire organisé par le Centre d'Etudes des Solidarités Sociales (CESOL), IRESCO-CNRS, Paris, Février 1987.

<sup>24</sup> Cf. Philippe Mossé, op. cit.

long court" (l'intérêt économique est partie prenante de cette dénonciation). Ce mythe du médecin "intéressé", répugnant à se concerter avec des spécialistes, est un mythe persistant alimenté par un certain nombre d'intervenants, quand ils décrivent le fonctionnement des flux de malades orientés vers eux par des médecins de ville.

Tableau n°113  
Fréquence des contacts réguliers des différents intervenants  
avec les médecins de ville

	Aude	Drôme	Seine-Saint-Denis
Nombre total des intervenants	17	18	34
Nombre d'intervenants ayant des contacts réguliers avec les médecins de ville	11	10	21
En pourcentage	64%	55%	61%

Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP

Pour interroger cette question, on a analysé la fréquence des relations avec les médecins de ville des intervenants des trois départements. Dans les départements de l'Aude et de la Seine-Saint-Denis, les médecins de ville arrivent en quatrième position du point de vue de l'intensité des relations avec les acteurs du dispositif : les deux-tiers des intervenants sont en contact régulier avec les médecins de ville. Dans les trois départements, ces relations consistent principalement en échanges d'informations sur les malades. En ce qui concerne la provenance des malades, les intervenants qui assurent les prises en charge donnent les médecins de ville en seconde position après les services sociaux, et cela dans les trois départements.

Tableau n°114

**Provenance des malades tous intervenants confondus**  
*classement des trois partenaires les plus souvent cités*

<b>Aude</b>	<b>Drôme</b>	<b>Seine-Saint-Denis</b>
Travailleurs sociaux	Travailleurs sociaux	Travailleurs sociaux
Médecins traitants	Médecins traitants	Médecins traitants
Services de justice	Services hospitaliers	Services hospitaliers

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

Enfin, la description des flux des malades ou plus précisément des trajectoires empruntées par eux à travers le dispositif de soins permet de voir que les médecins non spécialisés en alcoologie constituent, dans tous les départements, le premier contact des malades. La rétention de malades ne semble pas être une stratégie majoritaire chez les médecins de ville des trois départements considérés. Pour autant, l'existence de stratégies clientèlistes de la part de médecins généralistes ne peut être totalement écartée. Au vu des informations livrées par les acteurs des dispositifs, elle reste vraisemblablement minime, contrairement aux rumeurs que certains professionnels font circuler.

Tableau n°115

**Proportion des trajectoires commençant par un médecin non spécialisé en alcoologie**

	<b>Aude</b>	<b>Drôme</b>	<b>Seine-Saint-Denis</b>
<i>Total des trajectoires étudiées</i>	101	58	85
<b>% des trajectoires débutant par</b>			
- un médecin non spécialisé	38 %	40 %	37 %
- un médecin spécialisé	26 %	8 %	28 %
- une association d'anciens buveurs	13 %	24 %	13 %
- une autre structure (CHAA, hôpital, foyer)	22 %	28 %	22 %

*Source : enquête alcoolisme CRÉDOC / RNSP*

En matière de politique d'intervention, chaque institution a ses frontières, même s'il est entendu qu'il n'existe pas de frontières strictes en matière de relations institutionnelles. La capacité des intervenants à élargir leurs relations avec l'extérieur de manière à repousser les limites habituelles de leurs interventions, sont une façon d'éprouver la dynamique des ressources offerte par le réseau. La mesure de ce dépassement peut déboucher sur une double lecture des potentialités d'innovation des dispositifs : en premier lieu, elle permet d'appréhender la capacité d'"invention" des acteurs, c'est-à-dire leur capacité à trouver de nouveaux partenaires et à échapper aux habitudes des modes de prise en charge les plus classiques ; elle permet également d'évaluer la marge de liberté offerte aux intervenants par les institutions respectives.

Appelés à définir l'origine de la mise en place de leurs contacts, les intervenants ont été amenés à distinguer deux processus : une origine "institutionnelle", qui est le résultat de relations à caractère obligatoire, induisant une certaine régularité, et une origine "spontanée" qui naît d'une démarche propre à l'acteur, fruit de l'exercice d'un certain libre arbitre professionnel. Dans ce dernier cas, la relation est épisodique voire ponctuelle, tant qu'elle n'entre pas dans une forme d'institutionnalisation.

Dans le cas du réseau de l'Aude les liens jugés à caractère spontané l'emportent sur les liens dits "institutionnels". Dans ce département, ce constat s'explique par le faible nombre de structures qui font de l'alcoolisme leur domaine d'activité principal. Malgré les associations d'anciens buveurs, l'absence de CHAA dans le département fait que les relations entre acteurs ne sont pas canalisées vers un interlocuteur institutionnel. L'institutionnalisation, néanmoins, n'est pas absente dans la mesure où les liens les plus anciens ont pris un cours plus systématique. C'est le cas des services psychiatriques, et des services de justice, partenaires avec lesquels les relations sont vite rattrapées par le caractère institutionnel. Cela n'exclut pas que les responsables des services psychiatriques ne considèrent pas ces relations comme rigides, dans la mesure où ils les ont eux-mêmes mises en place et que ce sont eux qui les entretiennent. Avec les autres structures, la prise de contact spontanée est le plus souvent la règle.

Il en va de même pour les intervenants de la Drôme. Les liens spontanés sont surtout le fait des associations d'anciens buveurs, des travailleurs sociaux et des intervenants des CHAA et centres de santé. Les intervenants des milieux hospitaliers ont moins de liberté : ils agissent sur le plan relationnel en fonction de liens institutionnels préétablis.

Les quelques éléments fournis par les médecins de ville, laissent penser qu'ils ont la capacité de contacter spontanément des partenaires fonctionnant de manière très informelle (les

associations d'anciens buveurs particulièrement), comme, bien évidemment, avec les institutions médicales dont le cadre est bien défini. Dans le cas de la **Seine-Saint-Denis** les deux systèmes de mise en relations ont tendance à s'équilibrer. Les rapports les plus systématiquement spontanés sont le fait des liens entre les associations d'anciens buveurs et les autres partenaires. Elles sollicitent les autres partenaires du dispositif ou sont sollicitées par eux pour le suivi de malades, dans des cas particuliers. Les relations sont plutôt informelles et s'établissent aisément. Avec les CHAA, les relations établies par les associations ont un caractère souvent plus institutionnel. Les CHAA étant de création récente, leur démarrage a donné lieu à des prises de contact très officielles. Les médecins ont tendance à privilégier ces centres pour aiguiller leurs malades. On note qu'entre tous les CHAA, l'instauration de rencontres systématiques officialisent les rapports réciproques, et il en va de même entre les CHAA et les services hospitaliers. Les relations nouées par les intervenants de CHAA et les responsables de services hospitaliers sont tantôt présentées comme spontanées, tantôt comme des liens institutionnels.

Les relations des associations avec les services sociaux peuvent aussi être institutionnalisées. C'est le cas, par exemple, quand il y a gestion d'appartements-relais destinés à accueillir des malades temporairement ; c'est le cas aussi quand des assistantes sociales participent aux réunions d'anciens buveurs. Vis-à-vis des services de justice, les CHAA ont une mission très cadrée, puisque les personnes ayant été sanctionnées pour cause d'alcoolisme sont invitées à leur rendre visite. A l'heure actuelle, un Juge d'Application des Peines tente de mettre en place une convention entre le tribunal et les CHAA pour régir ces relations.

### III - LE FONCTIONNEMENT DU RESEAU PROFESSIONNEL

Nous avons jusque là centré l'exploration du réseau sur la densité des liens de communication existant entre les intervenants engagés dans les dispositifs de traitement de l'alcoolisme. Ce critère central permet d'éprouver la réalité et l'intensité des relations régulières qui se sont tissées au cours du temps. Par cette approche, on confirme la réalité et les caractéristiques d'un fonctionnement en réseau, et l'on définit les positions relatives des acteurs considérés, plus ou moins centrales ou périphériques dans les dispositifs.

A ce stade, on a principalement établi le champ des positions, c'est-à-dire une carte des acteurs, en tant qu'elle manifeste un système professionnel dont la cohésion est le produit d'interactions multiples. L'image reste toutefois statique, même si elle hiérarchise les degrés de centralité, et révèle une partie des facteurs qui favorisent la prééminence de certains acteurs. Une seconde étape de l'analyse de réseau peut être abordée, en appréhendant le fonctionnement du système d'un point de vue plus dynamique, plus particulièrement en cherchant à déterminer le sens des relations qui rend le système cohésif de proche en proche. Pour ce faire, on aborde ce qui justifie l'existence même de ces réseaux, à savoir la circulation des malades dans des dispositifs destinés à les prendre en charge et à les soigner. Deux indicateurs symétriques permettent d'interroger le sens de ces flux entre les "noeuds" du réseau (chacun des intervenants interrogés est assimilé à un noeud du système).

En premier lieu, le critère de la provenance des malades permet de déterminer comment s'organise le fonctionnement du dispositif vu comme un flux venant de l'extérieur vers chaque intervenant : il s'agit de caractériser les acteurs sous l'angle de la réception de malades. De ce critère on peut déduire les portes d'entrée du réseau, c'est-à-dire les noeuds qui ne sont pas en position de réception. En second lieu, il s'agit d'éclairer la manière dont les intervenants orientent leurs patients, information qui peut être confrontée aux éléments que fournit l'étude, par ailleurs, sur les trajectoires des malades dans le dispositif. Par ce critère de l'orientation des malades, on décrit les noeuds sous l'angle de leur activité d'émission. De ce point de vue, les entrées du dispositif sont les intervenants qui ne fonctionnent que comme émetteur. A l'inverse, les prises en charge trouvent leur terme dans les institutions qui se révèlent être surtout des récepteurs.

La confrontation de ces deux critères permet finalement de décrire le processus de transmission d'une structure à une autre. C'est ce processus qui représente ce que l'on pourrait

assimiler à une "énergie circulatoire" responsable de la structuration du flux des échanges. Le processus de transmission dessine à la fois des chemins, du point de vue des trajectoires des malades, et des circuits en ce qui concerne la communication entre les intervenants.

### **III-1. Les portes d'entrée des malades dans le dispositif des prises en charge**

Chaque intervenant a été amené à décrire, aussi précisément que possible, de quelle manière les personnes ayant un problème d'alcoolisme parvenaient jusqu'à lui. Signalons, au passage, que cette fonction réceptrice globalise, sans que l'on ait eu les moyens de les dissocier, la fonction de référent de l'intervenant et la fonctionnalité de la prise en charge de son institution d'appartenance.

Les sources possibles, telles qu'elles ont été suggérées aux intervenants, sont principalement les structures de prise en charge et les professionnels assurant une fonction de dépistage et d'orientation primaire (médecin, assistante sociale, juge, etc.). S'y ajoutent des modes d'entrée dans le dispositif de soins résultant d'une dynamique propre au malade alcoolique ou à son entourage : l'initiative du malade, le conseil d'un ami ou d'un membre de la famille, l'information (prévention) et la publicité qui dans certains départements semblent avoir un impact significatif pour des structures spécialisées comme les CHAA et les associations d'anciens buveurs.

Parmi toutes les origines possibles, les relations familiales et amicales constituent, dans l'Aude, le processus d'orientation primaire des malades le plus répandu. Les travailleurs sociaux arrivent en seconde position (cités par 10 intervenants sur 17), et les médecins traitants en troisième (évoqués par 7 intervenants). Si l'on met de côté les portes d'entrée non institutionnelles (entourage de l'alcoolique), les trois structures du réseau assurant la première entrée vers le dispositif de prise en charge sont, dans l'ordre, les services sociaux, les médecins traitants et les services de justice. C'est en s'appuyant principalement sur eux que le dispositif peut organiser la fonction de dépistage et d'information. Le rôle déterminant de l'entourage pour amener les alcooliques au circuit des soins reflète bien l'état d'un réseau assez faiblement structuré, ne disposant pas de centre identifié et donc vis-à-vis duquel le bouche-à-oreille est essentiel. Par voie de conséquence, l'activité des associations d'anciens buveurs et des services hospitaliers est alimenté en nouveaux cas par des canaux très divers. Les médecins généralistes orientent de manière significative leurs patients vers le dispositif, surtout vers les services hospitaliers. Quant aux structures intervenant sur les aspects sociaux, leur "recrutement" est

plutôt alimenté directement par l'entourage des malades et les signalements des travailleurs sociaux de secteur.

En ce qui concerne les intervenants de la **Drôme**, les malades leurs sont envoyés principalement par les travailleurs sociaux, puis les médecins traitants et enfin l'hôpital. Le rôle de l'entourage et l'initiative propre des malades, ont un rôle peu significatif dans l'orientation des malades vers les intervenants. Par contre, les circuits d'information, les services de justice, les associations d'anciens buveurs sont des canaux non négligeables pour amener les malades vers les structures de prise en charge. A l'inverse, les foyers de cure, se situent plutôt en aval des trajectoires de soins : ils n'apparaissent pas comme structure émettrice. Enfin, confirmant la place peu centrale du CHAA dans ce département, l'hôpital se révèle être un faible pourvoyeur de malades pour les services de CHAA.

Pour la **Seine-Saint-Denis**, les sources des flux de malades sont similaires à ce qui a été observé pour l'Aude : les trois sources principales sont les travailleurs sociaux, les médecins traitants et le milieu d'origine des patients (intervention des amis ou de la famille). La médecine du travail, les canaux d'information (prévention, publicité) et les associations d'anciens buveurs interviennent de manière plus secondaire. Les associations d'anciens buveurs soulignent cet éclatement de l'orientation primaire. Les intervenants des CHAA estiment, eux, que la majorité des malades viennent de leur propre mouvement, sans être envoyés par un professionnel ou par le conseil d'un proche. Néanmoins travailleurs sociaux et médecins traitants interviennent dans un nombre de cas qui n'est pas négligeable, et avec les services hospitaliers, ce sont les principaux "orienteurs" assurant l'aiguillage des malades à l'intérieur du dispositif de soins. Les services de justice, les foyers, la médecine du travail, ne sont que très faiblement mentionnés par les intervenants. Parmi tous les services spécialisés pouvant assurer une fonction de dépistage des malades, les médecins traitants et les travailleurs sociaux de secteur semblent être les seuls à jouer un rôle significatif. En fait, dans le cas de la Seine-Saint-Denis, les principaux partenaires rencontrés paraissent s'alimenter très peu mutuellement. Seuls, parmi les professionnels médicaux, les services hospitaliers envoient de manière significative des malades aux autres intervenants.

### **III-2. Le processus d'orientation des malades**

L'information concernant la manière dont les intervenants orientent les malades qu'ils reçoivent a été déduite des réponses à la question "quelle est la teneur de vos relations avec les différents partenaires potentiels du réseau ?". Cette information a été obtenue, selon les cas, soit



de manière spontanée (compte tenu du caractère très ouvert de la question), soit elle a été induite par l'enquêteur (celui-ci pratiquant, le cas échéant, un certain nombre de relances).

Les réponses concernent à la fois l'orientation en amont (des structures vers l'intervenant interrogé), c'est-à-dire la fonction de "récepteur", et l'orientation en aval (de l'intervenant interrogé vers les autres structures du dispositif), ou fonction d'"émetteur". Elles permettent de dresser, pour chaque département, un tableau de l'orientation des malades entre les différents intervenants. Bien que partielles, ces données nous permettent de repérer le sens des principaux flux.

Cette information est confrontée aux résultats de la question sur l'origine des malades, qui a permis de différencier les noeuds du réseau fonctionnant comme émetteur. L'orientation des malades devrait fournir une représentation plus fine du flux des malades et donc enrichir la compréhension du fonctionnement du réseau.

Dans ce département de l'**Aude**, on note que les associations d'anciens buveurs orientent leurs malades vers les foyers plus fréquemment que ceux-ci ne les leur renvoient. Il en va de même pour les milieux hospitaliers généraux et psychiatriques à l'égard des foyers. Par contre le flux entre services hospitaliers est plus nettement réflexif. Les services sociaux seraient surtout des pourvoyeurs de malades, vers les services hospitaliers et les associations d'anciens buveurs. Les médecins du travail et les services de justice jouent un rôle marginal dans l'orientation des malades, et seulement dans le sens d'un "approvisionnement" des autres partenaires, ce qui confirme le constat établi plus haut.

Du fait de l'absence de foyers dans l'**Aude**, il est difficile d'obtenir des informations sur leur place dans le dispositif. Ils sont manifestement occultés dans les discours, alors que les intervenants font appel à ceux qui existent à l'extérieur du département.

Dans la **Drôme**, les flux les plus importants convergent vers les CHAA : services de justice, médecins de ville, médecins du travail sont les pourvoyeurs des malades pris en charge par les CHAA. Ils remplissent manifestement la fonction de réponse à l'injonction de soins. CHAA et services hospitaliers fonctionnent selon une forte réciprocité, un flux quasi-équivalent de malades passant des uns aux autres. Cette réciprocité est également remarquable entre les services sociaux et les services hospitaliers. Alors même que leurs intervenants n'ont pas paru occuper une position de forte centralité dans le réseau, les CHAA s'affirment comme principaux émetteurs et récepteurs de malades. Eu égard à cette position de passage obligé en ce qui concerne les trajectoires de soins, la relative faiblesse du degré de centralité des intervenants de CHAA dans le réseau relationnel des acteurs pose question. Rappelons qu'ils se situent au

même niveau que les médecins de ville, c'est-à-dire en position nettement plus périphérique que les intervenants des services hospitaliers.

En **Seine-Saint-Denis**, les flux de circulation des malades répondent à des logiques qui se dégagent nettement. Très logiquement, les médecins de ville, la médecine du travail et les services de justice sont des partenaires strictement émetteurs : ils envoient des malades vers les autres intervenants mais n'en reçoivent pas en retour. A l'opposé, aucun partenaire n'apparaît en position de strict récepteur : comme le laissait prévoir la diversité des entrées dans le dispositif, on peut dire que celui-ci est, pour les malades, ouvert à une grande variété de parcours possibles. Les associations, les services hospitaliers, les services psychiatriques, les CHAA, les foyers de cure et de post-cure ont tous une double fonction d'aiguillage et de prise en charge des malades.

Ces types de structures, simultanément émettrices et réceptrices, constituent le coeur du dispositif. Leur nombre explique que le réseau soit caractérisé par une densité plus forte que dans le cas des deux autres départements. Les associations d'anciens buveurs orientent leurs malades vers les CHAA et réciproquement. Cette relation réflexive existe également entre les associations d'anciens buveurs et les foyers. Si un échange de patients intervient entre les CHAA et les foyers, il apparaît moins fréquent en sens inverse. Les CHAA dirigent une part de leurs patients vers les services psychiatriques, et l'inverse s'observe également. Enfin, les services psychiatriques orientent leurs consultants vers les foyers mais pas l'inverse. Il est intéressant de noter que CHAA et services hospitaliers non spécialisés n'ont pas de relations d'échange directes en ce qui concerne les flux de patients, comme s'il s'agissait de deux circuits de prise en charge alternatifs.

Au terme de ce travail, on a pu formaliser, pour chacun des trois départements, deux types de réseaux : un réseau relationnel -ou réseau de communication des intervenants entre eux- et un réseau de circulation des malades qui est plus exactement un système d'aiguillage des patients mis en place par les intervenants. Entre le circuit de prise en charge des alcooliques et le système relationnel des intervenants, les noeuds du réseau sont les mêmes (ce sont les professionnels de la prise en charge et leurs partenaires) mais les flux d'échanges n'ont pas nécessairement la même intensité et le même sens, et n'empruntent pas les mêmes chemins. Selon la terminologie de l'analyse de réseaux, on peut dire de ces deux systèmes qu'ils possèdent les mêmes sommets mais ne révèlent pas la même architecture de segments (l'existence de liens entre intervenants).

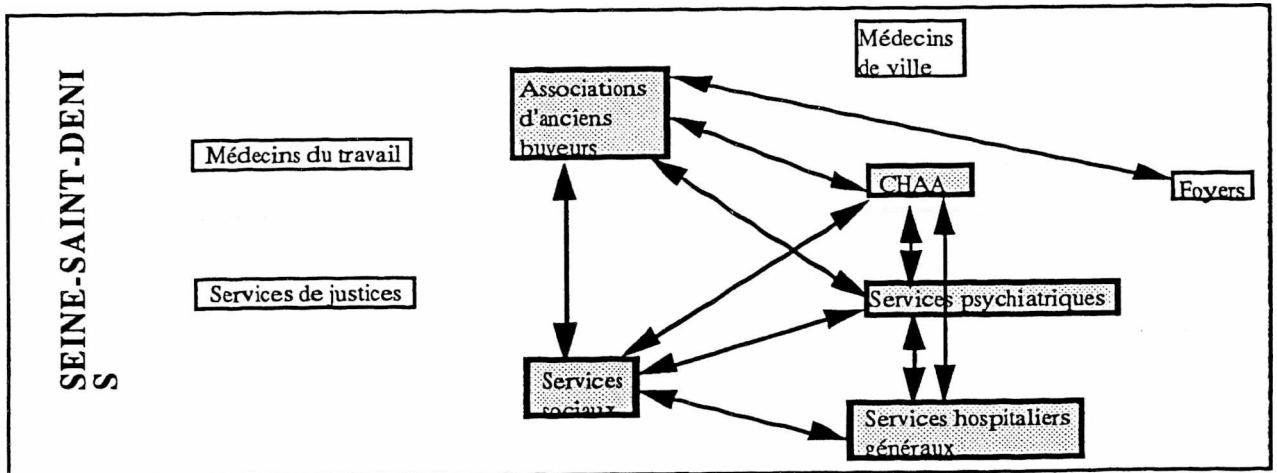
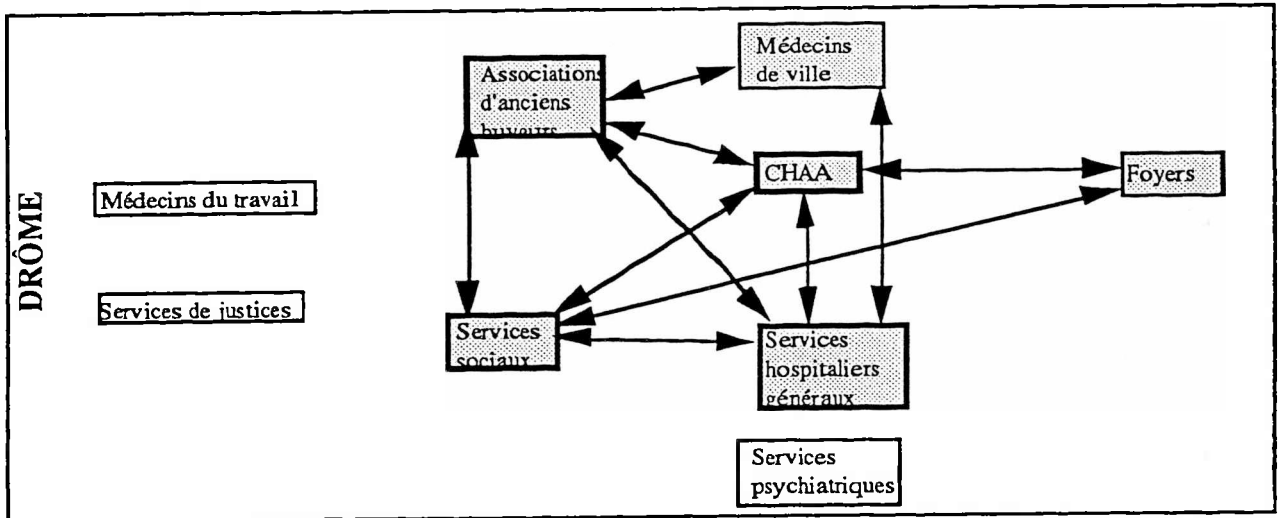
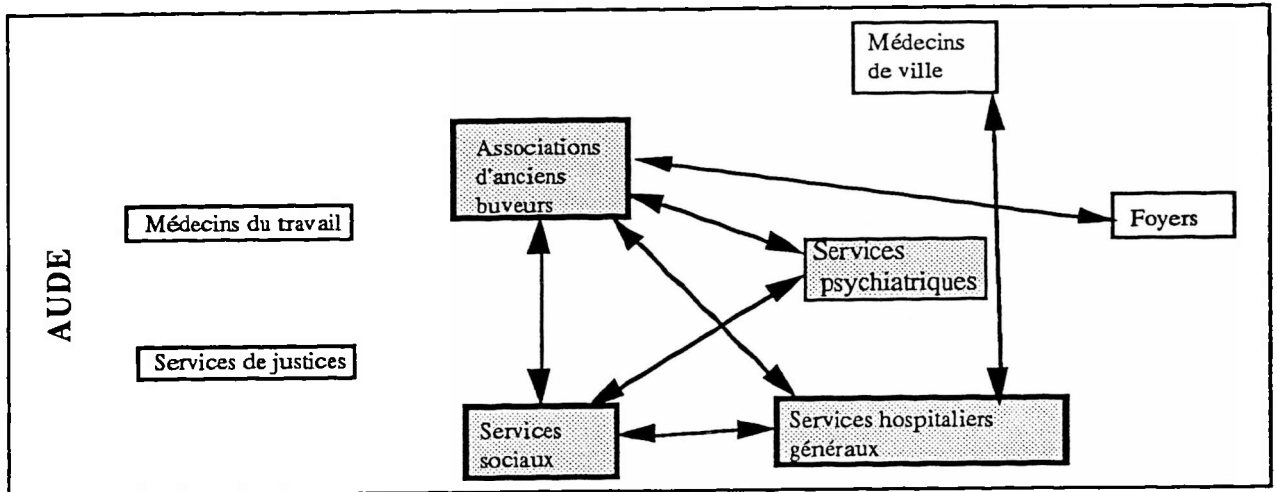
L'exemple des médecins de ville est, ici, éclairant. Ils entretiennent des contacts réguliers avec les associations d'anciens buveurs pour se tenir informés sur les formes de traitement, les




différents registres de prise en charge, les circuits les plus adaptés en fonction du "profil" des alcooliques. Mais en termes d'orientation, ils privilégient l'envoi des malades dans les hôpitaux. La superposition des deux systèmes permet d'approcher la représentation du réseau professionnel des dispositifs de prise en charge de l'alcoolisme, et de dégager un certain nombre de caractéristiques de son fonctionnement. En réalisant la confrontation de tous les liens réciproques entre structures, en termes de fréquence de contacts et d'aiguillage de malades, on établit, pour chaque département, un graphe synthétique de la structure des dispositifs.

De la confrontation du circuit relationnel décrit dans la première partie avec les circuits de circulation des malades, on peut déduire le rôle de pivot joué par certaines structures de ces dispositifs. Dans les trois départements, deux structures pivots occupent des positions systématiquement prééminentes : les associations d'anciens buveurs et les services sociaux. Immédiatement derrière se placent les services hospitaliers, et moins systématiquement les CHAA et les services psychiatriques. De cette configuration, on peut tirer comme conclusion que dans la prise en charge de l'alcoolisme la dimension sociale du problème occupe une place prééminente. De ce point de vue, la notion de pathologie sociale se justifie pleinement. Par ailleurs, entre les trois départements une certaine hiérarchie s'établit qui recoupe bien la présentation initiale de ces contextes départementaux. L'Aude présente le réseau le moins dense, la Seine-Saint-Denis celui qui l'est le plus et, entre les deux, la Drôme apparaît bien en situation intermédiaire.

De cette apparente redondance, une seconde conclusion se dégage : plus le dispositif de prise en charge des malades alcooliques est étendu (en nombre d'intervenants) et dispose de structures différentes, plus il y a d'institutions en situation d'acquiescer un fort degré de centralité. Si cette configuration apparaît positive dans la mesure où elle révèle un système d'échange étendu, il reste à examiner si cette configuration organisationnelle est efficace du point de vue des parcours de soins. Générateur d'une offre de soins diversifiée et multiforme, un tel réseau par ailleurs peu centralisé et non hiérarchisé, peut laisser coexister des secteurs d'innovation comme des secteurs marqués d'obsolescence.

Graphes n° 19



-  relations symétriques fortes de toute nature (contacts réguliers, provenance et orientation des patients)
-  Structures dont des représentants ont été interrogés
-  Structures pivots

**Chapitre complémentaire**

**LA PRISE EN CHARGE  
DANS LE QUOTIDIEN DES RESEAUX  
DES PERSONNES DEPENDANTES DE L'ALCOOL :  
ACTEURS ET INSTITUTIONS**

## I - LES CONSULTANTS DE L'AUDE : PRATIQUES DE RESEAU

### 1-1. Les associations d'anciens buveurs

Quatre membres d'associations ont été interviewés, deux personnes appartenaient au mouvement Vie Libre dans deux sections différentes, une autre était à Croix d'Or, enfin, le dernier était un animateur bénévole de la SNCF.

#### 1-1-1. Deux sections de Vie Libre

Le premier est responsable d'une section et le second est le président-adjoint d'une autre. L'un a entre trente et trente cinq ans, il est diplômé du supérieur, l'autre a près de soixante ans, il occupe un poste d'employé de faible qualification. Tous les deux sont des anciens buveurs. Leur rencontre avec des membres du mouvement Vie Libre a été pour eux essentielle. L'une des sections compte dix-sept ans d'existence, l'autre un peu moins d'une dizaine d'années. S'ils ont du mal à évaluer le temps qu'ils consacrent aux activités de l'association, leur disponibilité en dehors des temps de réunion va bien au-delà de quelques heures. Les premiers contacts se font généralement par téléphone et les rencontres se déroulent au domicile de la personne, parfois à l'hôpital. C'est souvent l'entourage qui prévient, avertit ; un premier rendez-vous est décidé, puis si "ça marche" la relation se poursuit. Les malades peuvent aussi contacter ces associations par de multiples moyens, outre la famille : les médecins, les travailleurs sociaux, l'hôpital, le psychiatre d'une clinique. La presse aussi diffuse des avis au sujet de l'activité de l'association. L'action consiste essentiellement en un soutien, un accompagnement qui peut être assez varié : aide morale, aide sociale, et même aide matérielle dans certains cas... "Chaque cas est un cas". Il n'est pas exclu que l'action auprès d'un malade se limite ponctuellement à une orientation vers un médecin ou un service compétent. Mais l'essentiel de l'activité consiste en un suivi, par le biais des rencontres et réunions hebdomadaires au local de l'association. C'est un travail d'équipe, dans la mesure où le groupe accueille le nouvel arrivant et le soutient, mais l'équipe peut être dans un terme plus large, complétée par l'intervention de partenaires sociaux et médicaux.

Ces deux sections associatives dispensent aussi de la formation, de la prévention et de l'information auprès de publics variés : publics scolaires, Mutualité Sociale Agricole, forum des associations, informations en entreprises, etc.

Des collaborations existent avec le Comité de Santé, le Juge d'Application des Peines, un médecin à la clinique, etc.

Ces deux associations entretiennent des contacts réguliers avec les services sociaux, les foyers de cure et de postcure, et des médecins, les services hospitaliers généraux et psychiatriques et les services de justice. Le fait d'appartenir à ce réseau relationnel est important et contribue à améliorer l'efficacité de l'intervention auprès du malade. Ils ne souhaitent ni l'un, ni l'autre un agrandissement du réseau, mais plutôt une amélioration interne, la qualité des relations avec les médecins restant notamment un point à améliorer.

S'ils ont tous les deux défini l'alcoolisme comme une maladie, le plus jeune des deux insiste sur la perte de maîtrise de la consommation d'alcool, le second précise qu'il s'agit d'une maladie "qui se soigne et se guérit". L'abstinence est au centre de ce processus de guérison pour ces deux interlocuteurs.

#### 1-1-2. Une section de la Croix d'Or

La section est née très récemment (environ deux ans), du fait d'un ancien malade qui a quitté Vie Libre pour créer une section de la Croix d'Or. Le temps qu'il consacre à l'association est très important, il se déclare disponible 24h sur 24h et il n'est pas rare que les premières rencontres avec les malades durent jusqu'à trois heures chacune. Le soutien moral qui est essentiellement dispensé, peut se doubler d'une information personnalisée au sujet des méfaits de l'alcool au cours des premiers contacts avec un malade. Il est parfois nécessaire de "convaincre" ce dernier, lors de plusieurs discussions, jusqu'à ce qu'un véritable dialogue s'amorce, et qu'une participation aux réunions du groupe soit envisagée. "Chaque malade est un cas" avec lequel une relation doit s'inscrire dans un suivi. Au-delà de ce soutien moral et psychologique, il y a aussi des soutiens sociaux, d'autant plus que de nombreux malades sont défavorisés, SDF, RMistes, etc. Les malades sont signalés aux membres de l'association par l'intermédiaire de leur famille, informés par des publicités, ils appellent parfois pour qu'on les aide, mais on peut aussi les rencontrer dans les services de psychiatrie de l'hôpital.

Cet intervenant participe à des réunions d'informations auprès du public scolaire, ou dans des réunions organisées avec d'autres partenaires, comme les médecins, le Juge d'Application des Peines, la prévention routière, etc. Il a déjà suivi des stages d'alcoologie. L'association est en contact régulier avec les services hospitaliers généraux et psychiatriques, avec les services sociaux et les foyers de cure et de postcure. Il apprécie ce réseau de relations essentiellement parce qu'il

permet de montrer qu'un alcoolique peut être un homme libre. Selon lui, l'abstinence est le seul moyen de guérir de l'alcoolisme.

### 1-1-3. Un bénévole rattaché à la SNCF

Cet homme âgé d'une quarantaine d'années, diplômé de l'enseignement supérieur, travaille à la SNCF. Ce n'est pas un ancien buveur, il a été sensibilisé aux problèmes de l'alcool dans le cadre de son travail et de son activité militante dans divers domaines. Il s'occupe d'aider les malades alcooliques de la SNCF, mais il aide aussi des personnes extérieures à l'entreprise, avec sa femme.

Le temps qu'il consacre aux malades alcooliques est très variable et dépend de la demande. Il pense dispenser une aide de natures sociale et morale. Les malades l'appellent et il essaye de répondre à leurs problèmes. Dans les premiers temps il propose une orientation et un accompagnement. Il lui faut parfois convaincre les personnes d'entamer une démarche de soins en ambulatoire ou à l'hôpital. Les premières rencontres se déroulent en face-à-face au domicile, au café, chez l'intervenant... . L'entourage familial est essentiel. Cet homme travaille en "individuel" même s'il s'appuie sur les structures médicales, sociales, associatives. Si des personnes s'adressent à lui spontanément, d'autres lui sont signalées par des collègues ou des supérieurs de personnes en difficulté avec l'alcoolisme à la SNCF.

Il ne dispense pas ou peu d'actions de prévention, d'information ou de sensibilisation. En revanche, il participe à des journées de la SFA. Il est régulièrement en contact avec les mouvements d'anciens buveurs, les médecins du travail et les foyers de cure et de postcure, et plus occasionnellement avec les services hospitaliers généraux et psychiatriques. Ce réseau relationnel est important pour lui, car il ne peut pas "faire tout, tout seul", et doit faire appel à des partenaires. Pour lui, un CHAA devrait être mis en place sur le département.

### 1-2. Les intervenants en milieu hospitalier

Cinq médecins ont été rencontrés dans l'Aude, dont quatre psychiatres et un médecin chef d'un service de médecine à l'hôpital.

Deux d'entre eux ont vu naître leur intérêt pour l'alcoolisme au travers de leurs expériences professionnelles car ils ont eu à traiter des personnes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool. Deux autres intervenants rencontrés sont intéressés par les problèmes d'addiction, de relations avec un produit



toxique. Le dernier intervenant indique des motifs plus originaux : "Parce que j'aime le vin, la région, le soleil".

Les consultations avec les personnes alcooliques n'occupent généralement pas plus du quart de leur temps. Leur aide est le plus souvent d'ordre psychologique et d'ordre médical, mais pour deux d'entre eux elle peut aussi être morale et sociale, du fait de la présence de travailleurs sociaux au sein des équipes de travail ou de groupes organisés de suivi à la sortie du séjour. Les personnes parviennent à leurs structures de multiples manières, les médecins sont des sources fréquemment citées, les services sociaux et l'entourage familial et amical aussi. Dans certains cas, ces médecins ont évoqué les associations ou les services hospitaliers où elles ont pu être repérées. Le bouche à oreille fonctionne aussi dans certains cas.

La plupart des consultations se déroulent en face-à-face, elles sont de durées très variables : un quart d'heure au minimum jusqu'à trois heures dans le cas d'une première rencontre. S'il arrive que l'on fasse appel à l'entourage, ce n'est pas le cas général, et, ce dernier n'est sollicité ou écouté que ponctuellement, sur la demande de l'un ou l'autre. Ils cherchent le plus possible à ce que cette prise en charge s'effectue dans le cadre d'un suivi.

La prise en charge est surtout une affaire d'équipe. On compte dans cette équipe outre le médecin et l'infirmier, des travailleurs sociaux et des psychologues. Une diététicienne peut aussi venir en complément dans certains cas. Dans ces structures, la prise en charge des personnes alcooliques n'entre pas toujours dans les missions officiellement assurées. Après des années d'efforts, dans deux services, une reconnaissance commence à s'établir, mais ces médecins "luttent encore pour la mettre au point".

Leurs actions de prévention, formation ou information ne sont donc pas très importantes et conservent un caractère ponctuel. Des interventions ont lieu avec des mouvements d'anciens buveurs, dans le cadre de cours dans les écoles d'infirmières ou dans certains foyers. Si les travaux en commun avec d'autres partenaires sont rares, il leur arrive pourtant de participer à des congrès ou rencontres, comme les journées des CHAA ou une réunion de la SFA.

Leurs relations avec les services hospitaliers sont bien sûr assez fréquentes, ainsi qu'avec les services sociaux et les médecins de ville. En revanche, leurs rapports avec les foyers de cure et de postcure sont déjà moins systématiques, ils sont nettement plus rares avec les associations d'anciens buveurs (sauf pour deux intervenants hospitaliers) et surtout avec les médecins du travail et les services de justice.

A l'exception d'un seul intervenant qui se sent très éloigné de ses partenaires, ils estiment tous que travailler dans un réseau relationnel est positif, pour le soutien du malade, pour une plus grande efficacité des traitements. Dans tous les cas, ils ont choisi le groupe protéiforme pour symboliser l'état du réseau actuel relationnel parce qu'il symbolise l'absence d'une formalisation, le caractère mouvant des relations établies et la diversité des chemins possibles pour un malade.

Quatre intervenants ont donné de l'alcoolisme la définition de Fouquet : "la perte de la liberté de s'abstenir de boire". Ils ne sont pas d'accord avec la nécessité de l'abstinence à tout prix, même si elle concourt à la guérison, elle est loin d'être suffisante. ils n'ont pas choisi non plus de méthode et considèrent que cela dépend de la personne.

### **1-3. Un bénévole hors association**

Cet homme âgé d'une quarantaine d'années, autrefois barman, aujourd'hui au chômage, ne boit plus du tout. Il va rencontrer d'autres personnes dans les bars et les cafés, et affirme être "là où le danger existe". C'est une aide à la fois psychologique et sociale, par l'écoute, la discussion, l'amitié. Il ne parle pas avec les personnes qui sont déjà "sous produit", il attend le moment favorable pour les aborder, une fois qu'il les a repérées. Il lui arrive parfois de renvoyer les personnes, convaincues par ses soins de leur alcoolisme, vers des structures soignantes. Son approche est donc très individualisée et très ciblée. Il participe de manière très ponctuelle à des réunions avec d'autres intervenants, comme des travailleurs sociaux ou des mouvements d'anciens buveurs.

Il est en contact régulier avec des associations, des médecins de ville ou du travail, les services psychiatriques et les services sociaux. Pour lui, ces relations sont très importantes car elles lui permettent de faire reconnaître son rôle. Lorsqu'il décrit un schéma de ce réseau, il place le malade au centre de l'étoile, et considère les branches de l'étoile comme autant de chemins possibles dans sa trajectoire. L'alcoolisme est pour lui un fléau social : "Tous les malades alcooliques sont au départ des types formidables (...) c'est l'alcool qui est la drogue, qui est la cause réelle et qui conduit l'individu à boire" et "l'alcoolique ne sera guéri que lorsqu'il n'y aura plus d'alcool sur terre". La seule méthode de guérison possible, c'est "le sevrage accompagné d'affection, d'acceptation, d'amour et d'amitié".

#### 1-4. Les intervenants médico sociaux

Sept personnes interviewées ont été regroupées dans cette rubrique, ce sont un représentant de la DDASS, un agent de probation, une assistante sociale en maison d'arrêt et des intervenants issus d'associations diverses. Ces associations ne sont pas spécialisées en alcoologie, elles interviennent dans tous les champs du social et ont aussi affaire à des alcooliques.

Le médecin inspecteur de la DDASS est l'un des deux intervenants à ne pas être en contact direct avec des personnes alcooliques, âgé d'une cinquantaine d'années, il se définit comme un universitaire. Ses fonctions actuelles l'ont conduit à s'intéresser à l'alcoolisme, mais les confrontations personnelles aux problèmes d'amis, de proches eux-mêmes touchés par l'alcoolisme sont certainement à l'origine de son intérêt pour ce problème. Aujourd'hui, il tente d'accompagner un projet de création de CHAA, mené par un médecin du département, sur le plan administratif. Les rapports avec les partenaires d'un réseau de prise en charge sont très sporadiques et liés à des demandes de subventions pour les associations d'anciens buveurs, à la routine administrative pour ses contacts avec les services hospitaliers et les services de justice.

Selon lui, il n'existe pas de réseau réel, c'est un élément qu'il regrette, la création d'un CHAA serait donc essentielle et il fera son possible pour que ce projet soit mené à bien. Il ne se prononce pas sur l'abstinence, en admettant cependant qu'il comprend intellectuellement la valeur de l'abstinence. Il est convaincu de la diversité des méthodes possibles pour traiter une personne alcoolique, c'est une raison de son engagement pour une amélioration dans le sens d'une diversification de l'offre de soins.

Une assistante sociale de la maison d'arrêt et un agent de probation du tribunal ont été rencontrés, ils sont tous les deux diplômés de niveau supérieur. Pour l'agent de probation, s'occuper de personnes alcooliques est assez fréquent, cela absorbe près du tiers de son temps. L'assistante sociale de la maison d'arrêt s'y trouve confrontée de manière plus ponctuelle par certains détenus.

Ils ont tous les deux le plus souvent une fonction de relais : faire prendre conscience à la personne de l'origine de ses difficultés, puis l'orienter. Leurs recrutements sont bien sûr très étroits : l'agent de probation s'entretient avec des personnes qui ont été condamnées par le tribunal en rapport avec leurs problèmes d'alcoolisme, l'assistante sociale reçoit des prisonniers qui ont été repérés en difficulté d'alcoolisme. Leur intervention est a priori très ponctuelle, mais ils essaient tous deux d'engager une relation suivie. Ils sont tous les deux très peu concernés par des activités de prévention, de formation et d'information,

puisque leurs actions se limitent à leur terrain d'activité professionnelle très délimité.

Leurs contacts avec des autres partenaires du réseau de prise en charge sont donc très ponctuels, liés à des cas spécifiques ou dans le cadre de relations très institutionnelles. S'ils ne se sentent ni l'un, ni l'autre très intégrés dans un réseau de prise en charge, ils savent cependant qu'ils peuvent s'appuyer sur ces partenaires et s'y adresser en cas de nécessité.

L'agent de probation définit l'alcoolisme comme une maladie où le malade est dépendant sur le plan physiologique et psychologique du produit alcool et peut faire courir des risques aux autres de ce fait. Il reconnaît que l'abstinence semble être nécessaire, mais ne connaît pas les "méthodes de guérison". L'assistante sociale de maison d'arrêt analyse d'abord l'alcoolisme comme un moyen pour l'individu de surmonter ses problèmes, comme une béquille et une fausse amie. Elle ne se prononce pas franchement sur la nécessité de l'abstinence, mais croit à la pluralité des méthodes pour traiter un alcoolique.

L'animatrice du Comité départemental d'éducation pour la santé est âgée d'une quarantaine d'années. Enseignante reconvertie en suivant une formation d'animatrice en éducation pour la santé, elle n'est pas en contact direct avec des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. La mission de sa structure inclut l'alcoolisme dans ses sujets de travail et favorise la prévention, l'éducation auprès des jeunes et des populations les plus démunies sur ces thèmes. De ce fait, elle participe à des travaux menés en collaboration sur la région, avec des groupes spécialisés sur les problèmes d'addiction ou à des rencontres organisées sur le plan local par le forum des associations, ou au niveau national.

Elle est en contact avec la plupart des partenaires d'un réseau de prise en charge des personnes alcooliques, sauf avec les services psychiatriques, les services de justice et les foyers de cure et de postcure. Il lui arrive notamment d'orienter des personnes en difficulté vers les mouvements d'anciens buveurs, les médecins et les hôpitaux.

Elle définit l'alcoolisme comme le reflet d'une grande détresse morale, qui nécessite une aide psychologique, mais aussi psychiatrique et affective. La dépendance à l'alcool nécessite l'abstinence et toutes les méthodes sont bonnes "sans doute". Il faut selon elle favoriser la diversité des modes de traitement, car "chaque alcoolique est un"

Deux personnes exerçant des activités dans des associations qui accueillent et/ou hébergent des personnes en difficulté sociale ont été rencontrées dans le

département. Il s'agit d'un homme et d'une femme âgés de quarante et un et quarante sept ans, tous deux diplômés de l'enseignement supérieur.

Lorsque des personnes accueillies ont des difficultés d'alcoolisme, leur mission est multiple : leur faire prendre conscience du problème, les aider à rentrer en contact avec des mouvements d'anciens buveurs ou des centres de cure et les suivre ensuite. Ces personnes sont accueillies dans leur structure, pour des problèmes sociaux et l'alcoolisme est fréquemment un problème posé sans pour autant être la raison de leur venue dans ces structures. Il s'agit donc de les aider dans la mesure du possible à traiter cette difficulté.

Ils ne font pas de prévention en matière d'alcoolisme, mais peuvent participer à des rencontres avec les mouvements d'anciens buveurs. Leurs contacts avec le réseau de prise en charge sont donc le plus généralement liés à des malades alcooliques, plus ou moins fréquents, souvent ponctuels. Ce réseau relationnel est cependant jugé nécessaire par nos deux interlocuteurs, parce qu'il permet de trouver des lieux d'information et d'écoute et de compléter l'action des uns et des autres.

Ils définissent tous deux l'alcoolisme comme une dépendance, doublée pour l'un d'un isolement, dont on ne "guérit" jamais. Le fait de ne plus pouvoir consommer d'alcool est le signe de cette "non guérison". Il existe selon eux plusieurs méthodes de traitement, toutes conditionnées par l'abstinence.

## II - LES CONSULTANTS DU CHER: PRATIQUES DE RESEAU

### 2-1. Les associations d'anciens buveurs

Au sein des associations, trois responsables ou animateurs d'associations généralistes ont été rencontrés (Joie et Santé, Vie Libre et Croix d'Or), une personne participant au collectif "Allô Espoir" a été interviewée. Il convient de signaler que le Président départemental de l'Association Nationale d'Action Sociale des fonctionnaires du Ministère de l'Intérieur (ANAS) a aussi été rencontré avec ses collaborateurs proches. Nous ne l'avons pas classée dans la catégorie des associations d'anciens buveurs, dans la mesure où cette association a un champ d'action beaucoup plus large et n'est pas seulement composée d'anciens buveurs.

#### 2-1-1. Une section de Joie et Santé

Le Président de cette section locale de Joie et Santé est un ancien buveur âgé d'un peu plus de quarante ans, non diplômé. Cette section de l'association existe depuis 1980. Sa principale activité est d'écouter et de nouer des contacts avec les malades et ce président pense fournir une aide psychologique et des conseils aux personnes qui le consultent. Cela absorbe en moyenne deux heures de son temps quotidien, sans compter les réunions hebdomadaires du samedi.

Les malades sont envoyés par des médecins généralistes ou le CHS, mais ils peuvent aussi avoir été informés de l'existence de l'association par le biais de campagnes de prévention. Le premier contact est dans la majeure partie des cas noué de manière individuelle et peut tout aussi bien avoir lieu au local de l'association comme chez le malade. Il leur est ensuite proposé de venir participer au local de l'association le samedi, à des activités de loisirs qui sont proposées en plus des réunions d'information et de prévention. Cette relation est de durée très variable pouvant aller de deux mois à quatre ou cinq ans.

Le président de l'association a déjà participé à un stage de formation en alcoologie et il lui arrive de prendre part à des travaux ou réunions organisés par la DDASS ou le CHS. Son réseau relationnel lui fournit des contacts réguliers avec les services hospitaliers généraux, les services psychiatriques, le CHAA, les services sociaux et des foyers de cure et de postcure. Il organise des actions en commun avec d'autres associations du département, dans le cadre d'une opération de Développement Social des Quartiers (DSQ) ou du fait des réunions de la CAF ou de la mairie. Il apprécie ce réseau parce qu'il permet de multiplier

les actions menées en direction des personnes malades et de leur donner plus d'ampleur. Il souhaiterait que ce réseau s'agrandisse et considère que plus de moyens financiers serait nécessaire pour cela.

Il définit l'alcoolisme comme une maladie "très dure à vivre" et que l'abstinence ne permet pas la guérison, car un abstinent "est toujours en sursis". Il existe plusieurs méthodes, selon lui, pour aller mieux, quand on est alcoolique.

### 2-1-2. Une section de Vie Libre

La Présidente de cette section est âgée de près de cinquante ans et occupe cette fonction de présidente de l'association depuis six ans. Elle est issue d'une famille où l'alcoolisme était très présent, "mes parents en sont morts", c'est une religieuse qui la mise en contact avec des membres de l'association, dont elle a rejoint les rangs quelques années plus tard, à la suite de la mort de son frère. La section de l'association qu'elle préside est déclarée depuis 1977, elle a connu divers présidents, mais la personne clé de la section a été longtemps la secrétaire de l'association, qui l'a quittée il y a six ans.

Cette présidente consacre entre cinquante et cent heures par mois à des activités liées à l'association. Elle dispense une écoute, des conseils et un soutien moral aux personnes qui viennent la consulter, mais il lui arrive aussi de les aider à s'orienter vers une autre structure de prise en charge comme une maison de cure ou un CHAA et de les accompagner dans leurs démarches. Ces malades lui parviennent par des sources très diverses, mais c'est le bouche-à-oreille et les travailleurs sociaux qui jouent le plus grand rôle dans ce recrutement. Le premier rendez-vous est pris par téléphone et la première rencontre est individuelle. Il donne lieu dans la plupart des cas à une relation d'échanges suivis, avec cependant fréquemment des éclipses, si la personne "guérit" ou préfère garder des contacts occasionnels. Les visites à domicile sont faites en règle générale par deux membres de l'association laquelle organise également des réunions, mais aussi des rassemblements moins formels comme des thés dansants, des sorties, des repas, des réveillons, etc.

La présidente de l'association participe aux activités du collectif "Allo-Espoir" qui réunit divers acteurs locaux, elle participe donc aux journées d'action de ce collectif, mais elle est aussi en contact avec le CHAA et prend part aux activités du comité de coordination qui rassemble les partenaires associatifs. Elle évoque aussi d'autres rencontres lors de journées d'information organisées par les hôpitaux locaux.

Son réseau relationnel comprend des médecins de ville, le CHAA, les services sociaux, les foyers de cure et de postcure et d'autres mouvements d'anciens buveurs, avec lesquels elle est en contact régulier ou assez régulier. Les relations avec les services hospitaliers généraux, les services psychiatriques et les services de justice ont un caractère occasionnel, pour des malades particuliers. Ce réseau est important pour elle, car il permet de trouver les relais nécessaires. Elle confère un rôle central au CHAA dans ce réseau et souhaite plus de communication entre tous les partenaires.

L'alcoolisme est selon elle un fléau, mais c'est aussi une maladie qui se soigne. Elle refuse l'idée de guérison, car "la rechute est toujours possible, un buveur n'est jamais guéri, il est stabilisé". La méthode importe peu selon elle, mais il faut au départ "un déclic chez le malade".

### 2-1-3. Une section de Croix d'Or

Le Président de cette section, ancien buveur, est âgé de près de soixante ans et occupe sa fonction dans la section de l'association depuis trois ans. Cette activité absorbe une vingtaine d'heures de son temps mensuel. Il s'agit pour lui tout à la fois de convaincre les individus qu'ils sont malades et qu'il leur faut se soigner, de préparer la sortie de cure avec le conjoint et de les accompagner ensuite au fil des réunions hebdomadaires, qui se tiennent le samedi après-midi. Cette section associative a été créée en 1913. Elle a connu diverses fortunes depuis, une scission a notamment eu lieu au début des années 1980, époque à laquelle quelques membres sont partis créer une section de Joie et Santé.

Les malades lui parviennent par le bouche-à-oreille et par la publicité dans la presse locale. Ce président insiste sur le rôle des conjoints, tant dans les premières prises de contact qui se tiennent le plus généralement au domicile des malades, que dans le suivi. Ce suivi peut être de durée très variable, mais on cherche le plus possible à maintenir des relations assez fréquentes au moins dans les six premiers mois avec un nouvel arrivant. Outre les visites aux malades, les réunions d'information et la permanence d'accueil, il y a d'autres activités plus festives : des journées de détente sont organisées, des repas, des loisirs, etc. Notre interlocuteur participe au comité de coordination des associations, ainsi qu'au collectif "Allô-Espoir".

Son réseau relationnel est assez peu étendu, il est le fruit essentiellement des contacts noués par l'intermédiaire du comité de coordination et du collectif "Allô-Espoir". Il apprécie ce réseau dans la mesure où il lui permet de savoir ce que les autres font, et de réfléchir ensemble.



Pour lui, l'alcoolisme est une maladie qui ne se transmet pas, mais qui se développe "sans qu'on n'y prenne garde". La question du lien entre abstinence et guérison est loin d'être réglée selon lui, il se considère comme guéri, mais le débat se repose pour chaque nouvel arrivant. Pour lui, il existe deux méthodes principales : la cure de soins en milieu hospitalier et la cure ambulatoire.

#### 2-1-4. Une personne participant au collectif "Allo-Espoir"

Deux personnes ont été rencontrées à ce titre : un infirmier psychiatrique dans l'unité d'alcoologie et une assistante sociale du centre hospitalier. Ils participent tous les deux au collectif "Allô-Espoir" depuis environ cinq ans. Outre leurs activités professionnelles au sens strict, ils animent le collectif après l'avoir initié pour partie et font aussi de la prévention à ce titre.

Ils bénéficient à ce titre d'un réseau relationnel en rapport avec leurs deux types d'activités, ce qui leur permet d'être tout à la fois en contact avec les médecins de ville, les services hospitaliers et les foyers de postcure d'une part; avec le CHAA et les associations d'anciens buveurs d'autre part. Ce réseau relationnel est essentiel pour eux, parce qu'il "donne un sens à ce que l'on fait" et qu'il permet de multiples échanges propres à améliorer la qualité de leur intervention.

Ils définissent l'alcoolisme comme une dépendance à un produit, qui engendre une souffrance et de multiples troubles. Ils soulignent l'importance de l'abstinence, mais son insuffisance à elle seule. Chaque malade doit trouver la méthode qui lui convient, l'important étant d'être mis en confiance après avoir admis sa propre dépendance.

#### 2-2. Les intervenants médico-sociaux

Cette rubrique compte des intervenants assez divers. Deux personnes travaillant dans l'administration sociale : un médecin-inspecteur de la DDASS et une personne de la CAF ont été rencontrés. Pour les services de justice, le Juge d'Application des Peines et le conseiller d'insertion du Comité de Probation ont été interviewés. Un éducateur spécialisé d'un club de prévention et une assistante sociale dans un centre médico-social ont aussi été enquêtés. Enfin nous avons pu prendre contact avec le médecin du travail et un surveillant de centre de cure, ce dernier se trouvant hors du département. Le responsable du service d'action sociale de la Police a été également rencontré.

### 2-2-1. Deux intervenants de la DDASS et de la CAF

Il s'agit de deux femmes âgées de quarante cinq à cinquante ans. L'une est médecin-inspecteur de la DDASS et aborde les problèmes d'alcoolisme essentiellement du fait de ses missions professionnelles, l'autre est une assistante sociale qui au sein de la CAF mène une action spécifique et participe au collectif "Allô-Espoir", son intérêt pour l'alcoolisme prend sa source dans sa vie personnelle, du fait de problèmes rencontrés par des personnes de son entourage.

Le médecin-inspecteur n'a pas de contacts directs avec des personnes malades. Son activité en rapport à l'alcoolisme est essentiellement due à ses fonctions à la DDASS. Elle n'a pas d'opinions très affirmées au sujet de l'alcoolisme et de ses modes de prise en charge dans le département, mais juge cependant qu'il vaudrait la peine de favoriser la coordination dans ce réseau dispersé, qui manque surtout de moyens humains. Elle définit l'alcoolisme comme une dépendance à un produit qui entraîne une dégradation psychique, pour laquelle l'abstinence est nécessaire et pour lequel, il existe plusieurs types d'approche.

L'assistante sociale de la Caisse d'Allocation Familiales (CAF) consacre deux jours par mois à cette activité et participe au collectif "Allô-Espoir". Outre ses fonctions dans le cadre de l'action sociale de la CAF, elle est très impliquée dans les activités du collectif, qui rassemble des bénévoles. Ce collectif qui existe depuis une dizaine d'années a été mis en place par plusieurs assistantes sociales. Il répond à de multiples demandes, mais connaît des difficultés aujourd'hui du fait de son manque de statut juridique, il n'y a pas de responsable au sein de cette structure, ce qui la rend fragile, même si la plupart de ses membres s'y activent fortement. Ses contacts avec les malades sont donc liés autant à son intervention directe qu'à sa participation au collectif. Elle rencontre les personnes à leur domicile ou à la permanence et cela donne fréquemment lieu à un suivi, elle oriente aussi fréquemment vers d'autres structures, comme le CHAA, le CHS ou les mouvements d'anciens buveurs. Dans le cadre de ses activités au collectif, elle participe à - et organise - des actions de prévention et d'information. Il lui est arrivé aussi plusieurs fois de participer à des colloques nationaux ou à des conférences à caractère plus local. Son réseau relationnel comprend les associations néphalistes, les services hospitaliers d'alcoologie et de psychiatrie, les CHAA et les services sociaux. Ce réseau est très important, tant du point de vue de la prévention, que de celui de la sensibilisation. Elle y place au centre le CHAA, qui est d'ailleurs un point de passage obligé pour beaucoup de malades. Elle définit l'alcoolisme comme une dépendance à un produit, pour laquelle l'abstinence est souhaitable, une solution de "prudence". Il existe de multiples méthodes et selon elle, c'est celle qui donne le "déclat" qui est la meilleure pour un individu donné.

### 2-2-2. Les services de Justice

La Juge d'Application des Peines (JAP) du Tribunal de Grande Instance local a été interviewée, ainsi qu'une conseillère d'insertion au comité de probation. La conseillère a une formation d'éducatrice pénitentiaire. L'alcoolisme est dans les deux cas un problème auquel elles ont été confrontées au cours de leur vie professionnelle.

Un quart de leur temps respectif d'activité professionnelle est occupé par la gestion des problèmes de personnes alcooliques. La juge oriente la personne vers une structure (le plus souvent un CHAA), puis confie le suivi à un éducateur. La conseillère a une mission d'assistance, de contrôle et d'écoute, elle oriente de même vers des structures de prise en charge spécialisées (y compris vers les mouvements d'anciens buveurs). Toutes les personnes passant dans cette structure ont vu leur cas examiné au tribunal pour cause de délit routier, voie de fait, etc. La sanction donne lieu généralement à des peines de prison avec sursis ou à l'exécution de Travaux d'Intérêt Généraux (TIG), accompagnée d'un suivi régulier durant le temps de la condamnation, plus proche de la part de la conseillère, que pour la juge qui rencontre les personnes une fois par mois. Cette dernière nous a expliqué qu'elle était autrefois juge pour enfants et que l'alcool était déjà dans le cadre de cette première activité une sorte de "fil rouge". Elles ont toutes les deux peu participé à des activités de prévention, information, ou à des rencontres congrès. L'une évoque ses contacts avec des mouvements néphalistes, l'autre avec les CHAA.

Leur réseau est assez réduit, et se limite le plus souvent à des contacts réguliers avec le CHAA et les services sociaux et à des contacts ponctuels avec les médecins de ville, les services hospitaliers et les mouvements d'anciens buveurs. Ce petit réseau leur permet cependant d'aider la personne à se prendre en charge, pour la conseillère en outre, cela donne lieu à des échanges fructueux, cela "casse" la solitude.

Leurs définitions de l'alcoolisme diffèrent malgré leur communauté de domaine d'activité. La JAP met en avant l'idée d'une maladie avec une dépendance qui peut induire une dangerosité ou des troubles sociaux, se plaçant en amont du problème, dans ses conséquences sur l'individu. La conseillère d'insertion préfère donner une définition en rapport avec l'origine de l'alcoolisme, comme "une obligation pour l'individu de consommer de plus en plus de produits alcoolisés pour se sentir moins mal". Elles ne considèrent l'abstinence nécessaire que pour les buveurs dépendants, le problème étant autre

pour les buveurs excessifs. La juge ne se prononce pas au sujet des méthodes de guérison, la conseillère signale l'existence de plusieurs types de méthodes.

### 2-2-3. Des travailleurs sociaux dans un club de prévention et un centre médico-social

Une assistante sociale exerçant ses activités dans un centre médico-social a été interviewée. Agée d'environ trente-cinq ans, elle s'est trouvée confrontée au problème de l'alcoolisme dans le cadre de sa profession "Quand on ne peut ignorer le problème, autant s'y attaquer". C'est pourtant un sujet qu'elle déclare rarement aborder directement avec les personnes, une fois la confiance établie dans le cadre d'une relation suivie, il lui arrive d'orienter des personnes alcooliques vers le CHAA, le centre hospitalier ou les associations d'anciens buveurs. Les malades viennent à sa rencontre pour demander des aides financières, non pas a priori pour des problèmes d'alcoolisme, aussi elle ne les suit sur ce point que de manière lointaine lors des entretiens mensuels. Elle participe aux activités d' "Allô-Espoir", notamment au niveau des actions ponctuelles de prévention menées sur le département et son intérêt pour les problèmes de l'alcoolisme se matérialise essentiellement par cette participation. En dehors de ses relations assez régulières avec le CHAA et les mouvements néphalistes, elle n'est en contact que pour des cas particuliers avec les autres types de partenaires d'un réseau de prise en charge des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. Ce petit réseau relationnel lui permet cependant de se sentir moins seule, de pouvoir parler sur le sujet et de ce fait "de se sentir plus compétente".

L'éducateur spécialisé rencontré travaille dans une association de prévention plus spécifiquement destinée à accueillir les personnes ayant des problèmes de toxicomanie. Les toxicomanes, en prenant de l'âge, se tournent parfois vers les drogues plus licites et associent une consommation d'alcool à une consommation de médicaments, c'est pourquoi il arrive à notre interlocuteur de rencontrer quelques cas d'alcoolisme. Son "travail" auprès de la personne consiste à l'aider à se remettre en confiance, à faire un bilan social et physique vers une démarche de sevrage physique si nécessaire. Ce suivi peut être de longue durée allant de deux à quatre ans. Notre interlocuteur participe à des actions de prévention et d'information et avec le CHAA, ils ont pu mettre au point des réunions ou des stages. C'est ce dernier qui constitue son principal partenaire dans le domaine de l'alcoolisme, les rapports avec d'autres types d'intervenants sont plus occasionnels, même si l'action de son association est assez connue aux dires des autres personnes rencontrées au cours de l'enquête. Ce petit réseau lui permet de ne pas se sentir seul, de réfléchir et d'échanger des savoir-faire. Il définit l'alcoolisme comme une forte dépendance physique à un produit, il n'aime pas le terme de guérison, pour lui préférer celui de mieux-être, et ne voit

pas d'autre méthode que le sevrage physique pour s'en sortir, en affirmant cependant que "tout est dans la suite".

#### 2-2-4. Le point de vue d'un médecin du travail

Ce médecin du travail âgé d'une quarantaine d'années nous a été indiqué par d'autres partenaires du département. En effet, il a été fait appel à lui dans le cas précis d'une sensibilisation auprès du personnel communal de la ville principale du département. Dans le cadre de son activité professionnelle, les malades alcooliques représentent environ 10 % de ses consultations. Comme il n'est pas en droit de prescrire dans ses fonctions, son rôle auprès de ces malades consiste en une orientation et un suivi, doublés éventuellement d'une psychothérapie. C'est l'entourage de la personne ou les travailleurs sociaux qui lui signalent un cas particulier, car il n'est pas toujours en mesure de déceler l'alcoolisme d'une personne qu'il ne rencontre normalement qu'une fois par an. Dès qu'un problème d'alcoolisme s'est avéré chez un de ses patients, il prend contact avec ce dernier et tente d'établir un suivi particulier, ainsi certains de ces malades viennent le voir jusqu'à trois fois par mois. Il considère que son travail s'inscrit dans un travail d'équipe, car il s'appuie sur d'autres partenaires du dispositif de prise en charge comme les travailleurs sociaux, le CHAA et le médecin traitant.

Son action préventive s'exerce principalement en direction du personnel communal, des réunions ouvertes à tout le personnel sont organisées en collaboration avec le CHAA, un stage a même eu lieu pour que des agents municipaux puissent former un groupe d'entraide propice à aider les personnes ayant un problème d'alcoolisme. Il lui est arrivé aussi de participer à des réunions rassemblant les services de la SNCF, des PTT ou d'autres entreprises sur le thème de l'alcoolisme. Son réseau relationnel en la matière s'appuie essentiellement sur les médecins traitants, les CHAA et les services sociaux, les contacts avec d'autres types de partenaires conservent un caractère plus exceptionnel. Cette collaboration est selon lui le seul moyen d'obtenir des "résultats" auprès des malades. Il souhaiterait que ce réseau prenne plus d'ampleur et soit mieux coordonné.

Il définit l'alcoolisme comme une dépendance à un produit qui a tout à la fois des conséquences physiques, psychologiques et sociales. Pour lui, un alcoolique n'est jamais guéri, il lui faut, même abstinent, constamment se surveiller, il n'y a d'ailleurs pas de "recette toute faite" pour en sortir, mais de multiples moyens, "cela dépend du malade".

### 2-2-5. Une unité de cure dans un département proche

Ce centre de cure existe depuis 1961, c'est un établissement public qui a été créé sur l'initiative d'un conseiller général. Il est doté d'une capacité de cent-quarante lits, accueille des hommes, mais aussi des femmes et leurs enfants depuis 1993. Trois axes principaux d'activité se dégagent : les soins médicaux, les psychothérapies de groupe et les ateliers médicaux

L'activité directe de ce surveillant auprès des malades accueillis au centre absorbe normalement trois heures de son temps d'activité quotidien, mais il lui arrive de rencontrer des malades à toute heure de la journée. C'est un travail d'équipe, qui mêle les médecins, les surveillants, les infirmiers et les éducateurs. Le recrutement des personnes accueillies s'effectue par l'intermédiaire de mouvements d'anciens buveurs, l'entourage familial mais aussi par le biais des employeurs des malades.

Cet interlocuteur a déjà participé à des actions de prévention notamment avec le mouvement "Vie Libre" ou dans les écoles, mais aussi à des colloques, il a évoqué par exemple une rencontre organisée à Lyon par l'INFIP. Son réseau relationnel est particulièrement étendu, il a des contacts réguliers avec tous les types de partenaires envisagés, exception faite des services de justice. Il regrette le caractère trop exceptionnel de ses relations avec les médecins traitants.

### 2-2-6. Le point de vue du président départemental d'une association d'action sociale auprès du personnel d'une administration

Cette association d'action sociale est née à la fin des années vingt. Elle est destinée à aider les personnes en difficulté au sein d'une administration. Il peut s'agir de personnes handicapées, des toxicomanes ou des alcooliques.

Notre principal interlocuteur peut difficilement chiffrer le temps qu'il consacre plus particulièrement aux personnes alcooliques. Il propose à ces personnes une prise en charge totale, allant du suivi médical au suivi administratif en passant par une action auprès des familles. Les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme sont repérées par leurs supérieurs ou leurs collègues et sont dès lors soumises à une légère pression pour que "quelque chose soit fait". Selon notre interlocuteur, la prise en charge de cette personne donne lieu à des résultats positifs dans la quasi-totalité des cas. S'ils sont plusieurs membres à travailler dans l'association, ils ne peuvent pas considérer que c'est un réel travail d'équipe, car une fois la personne identifiée, le maximum de discrétion est souhaité pour ne pas la "léser" au sein de son milieu professionnel. Peu d'actions de prévention sont menées à l'extérieur de la structure administrative et les

seules rencontres avec des partenaires extérieurs sont limitées à deux associations d'anciens buveurs. Le réseau des relations avec d'autres types de partenaires est donc quasi exclusivement lié aux besoins du traitement des cas rencontrés. Elles peuvent donc s'établir avec les médecins traitants de la personne, le médecin du travail, les services sociaux internes à l'administration et les foyers de cure et de postcure qui sont sollicités pour accueillir une personne. Ce réseau est cependant nécessaire pour une meilleure prise en charge des personnes.

### **2-3. Le délégué du CDPA et responsable du CHAA**

Cet intervenant âgé de près de trente ans, a une formation d'éducateur et s'est intéressé à l'alcoolisme par le hasard de sa candidature au poste qu'il occupe aujourd'hui. Le CDPA a été créé en 1963 et le CHAA en 1979.

Le CHAA dispense des soins sur place et au domicile et assure une prévention primaire, secondaire et tertiaire, de l'information et réalise diverses interventions. C'est le travail d'une équipe composée de personnel administratif, d'une infirmière, de quatre médecins, d'un psychologue et d'une animatrice. Ces personnes leur sont envoyées par des médecins, leur entourage familial et amical et l'employeur. Elles sont très peu nombreuses à venir d'elles-mêmes au CHAA.

Selon cet éducateur, les rencontres avec les personnes alcooliques occupent environ le tiers de son temps d'activité professionnelle, il s'agit d'entretiens psychologiques, il procure une écoute aux consultants. Ces entretiens durent chacun environ trois-quarts d'heure, au cours desquels les premières fois un dossier est constitué, des fiches statistiques mises à jour et des orientations envisagées. Ces entretiens s'inscrivent dans un suivi régulier. Du fait de ses responsabilités au CDPA, il participe à de nombreuses activités de prévention, de formation et d'information dans le milieu scolaire, dans le milieu du travail, etc. Il collabore à des travaux menés en commun, avec des opérations DSQ notamment. Sa participation à des congrès et colloques est plus ponctuelle.

Les partenaires réguliers de son réseau relationnel dans le domaine sont les mouvements d'anciens buveurs, les services sociaux et les services de justice. Il va en outre à des réunions rassemblant ses "collègues" des autres départements de la région. Ce réseau lui permet de travailler en cohérence avec les autres partenaires. Il souhaiterait qu'il se développe grâce à plus de moyens financiers.

Il retient la définition de Fouquet de l'alcoolisme et comprend l'abstinence comme un moyen et non un but. Plusieurs méthodes sont selon lui efficaces, "chaque malade doit trouver la méthode qui lui convient, il n'y a pas de recette miracle".

#### **2-4. Les intervenants hospitaliers**

Deux intervenants hospitaliers ont été rencontrés, l'un et l'autre participent à des activités du CDPA ou du CHAA. Ils travaillent dans deux CHS différents. Le premier âgé d'une quarantaine d'années dirige un service de médecine, il a une formation en alcoologie, ses premiers contacts avec des malades alcooliques remontent à son temps de formation auprès d'un patron qui avait affaire à ce type de malades. Le second du même âge environ dirige l'unité d'alcoologie, il a d'ailleurs un diplôme en la matière, ce sont des contacts avec des malades alcooliques qui l'ont attiré vers ce domaine.

La moitié des patients accueillis dans le service du premier sont des malades alcooliques, aussi le temps de consultation consacré à ceux-ci est de l'ordre de huit heures hebdomadaires. Il s'agit tout à la fois pour lui de leur procurer une oreille attentive, d'essayer de comprendre comment ils sont arrivés là et de leur donner des soins. Les malades lui parviennent par le biais de leur médecin traitant, le bouche-à-oreille ou à la suite d'un autre problème de santé qui les a amenés à l'hôpital, les consultations avec le médecin durent en moyenne une demi-heure et s'inscrivent dans un suivi. Toute l'équipe est mobilisée autour d'eux, elle comprend les médecins, les infirmières et le psychologue. Du fait de sa fonction de présidence du CDPA, cet interlocuteur participe à de multiples actions de prévention, forme du personnel, d'autres soignants et des travailleurs sociaux. Il a été sollicité pour des actions particulières dans le cadre de la partie santé du programme RMI par exemple. Il participe aussi régulièrement à des rencontres organisées par la Société Française d'Alcoologie.

Le traitement des personnes alcooliques occupe la totalité du temps du second praticien. Il s'agit de délivrer aux malades des soins psychothérapeutiques et des soins médicaux. Les sources de recrutement de son unité d'alcoologie sont des plus diverses : mouvements néphalistes, médecins hospitaliers, généralistes, services sociaux. Il arrive même que des structures d'accueil parisiennes lui envoient des malades. Ses consultations permettent tout à la fois de repérer le parcours de la personne et ses antécédents et au cours de l'hospitalisation de procéder à des entretiens psychothérapeutiques. Son action peut bien sûr n'être que ponctuelle au cours de l'hospitalisation, mais il suit d'autre part des malades à plus long terme dans le cadre de ses consultations au CHAA. Au centre hospitalier, une équipe très complète entoure le malade : des infirmières, des médecins, des travailleurs sociaux, mais aussi un psychologue, un ergothérapeute et même une esthéticienne. La palette d'activités ainsi proposées aux malades comprend donc tout à la fois des cours, des groupes de parole, des entretiens individuels, du sport, de la relaxation, etc. Ce service existe depuis quatre ans, il



est né de la transformation de lits de psychiatrie. Ce second interlocuteur est lui aussi partie prenante de diverses activités de formation et de prévention en matière d'alcoolisme, il travaille dans des organismes internationaux et préside diverses associations, il lui arrive donc relativement fréquemment d'aller à des rencontres ou congrès organisés sur le thème de l'alcoolisme.

Ces deux intervenants ont donc des réseaux relationnels particulièrement étendus et diversifiés, dont seuls les services de médecine du travail et de la justice peuvent être exclus. La coopération qui en découle autour du malade est parfaitement adéquate pour le bien-être de ces derniers, à la mesure de la complémentarité existant entre tous ces partenaires. Le travail en réseau est selon ces deux praticiens particulièrement nécessaire dans un tel domaine. Ils considèrent aussi tous deux que le réseau doit essentiellement améliorer son fonctionnement tant par un développement en personnel que par moyens financiers supplémentaires.

Leurs définitions de l'alcoolisme ne sont pas tout à fait identiques, le premier met en valeur la notion de dépendance à un produit et ses conséquences sur les divers domaines de la vie de l'individu, le second s'appuie sur la définition de Fouquet, en soulignant l'absence de maîtrise de la consommation du malade alcoolique. L'abstinence est nécessaire pour ces deux praticiens, même si elle ne guérit pas les autres problèmes de la personne, la pluralité des méthodes est aussi un point admis par tous deux.

## 2-5. Les médecins libéraux

Deux médecins libéraux ont été rencontrés, le premier est gastro-entérologue dans une clinique, le second est généraliste.

### 2-5-1. Un gastro-entérologue en clinique

Ce médecin âgé d'environ trente-cinq ans exerce des fonctions de gastro-entérologue dans une clinique et accueille de ce fait dans son service un certain nombre d'alcooliques. Il estime à 20 % le temps de son travail absorbé par cette sous-population de malades. Il leur procure des soins médicaux et établit un bilan médical durant leur prise en charge. Ces entretiens individuels ont essentiellement une visée médicale et sont loin d'être motivés directement par des problèmes d'alcoolisme, mais en rapport le plus souvent avec les perturbations physiques des patients. Les malades parviennent à lui, orientés par leur médecins, qui ont décelé des problèmes dans le cadre d'un bilan ou à la suite d'un accident de la route du fait de leur fort taux d'alcoolémie. Il considère que

son activité s'inscrit dans un travail d'équipe car il travaille avec les associations d'anciens buveurs et des médecins généralistes. Il ne participe à aucune activité d'information, de prévention, de sensibilisation ni à des rencontres, congrès, etc.

Il est en contact régulièrement avec les mouvements néphalistes, les médecins traitants, les services hospitaliers généraux, les services psychiatriques et les foyers de postcure. Ce réseau relationnel lui paraît essentiel, car il se considère comme un technicien, qui doit disposer de l'aide des autres partenaires pour que la prise en charge soit complète. Il doit selon lui conserver sa taille actuelle, mais il convient de favoriser l'implication des différents partenaires dans ce réseau.

Il définit l'alcoolisme, comme la consommation du "meilleur antidépresseur", considère qu'en pratique l'abstinence est nécessaire à la guérison et que plusieurs méthodes sont efficaces.

#### 2-5-2. Un médecin généraliste ayant des contacts privilégiés avec des mouvements d'anciens buveurs

C'est par le biais d'animateurs au sein d'associations d'anciens buveurs, que ce médecin généraliste nous a été signalé en cours d'enquête. Il est âgé d'une quarantaine d'années et relie son intérêt spécifique pour l'alcoolisme au fait qu'il réside dans un quartier où les mouvements d'anciens buveurs sont installés.

Il estime que 5 % de son temps de consultation hebdomadaire sont consacrés à des malades alcooliques. C'est la famille de ces personnes qui les pousse à venir consulter ce médecin. Son action dès lors consiste à recevoir la personne, identifier ce que cette dernière est prête à accepter, la conseiller sur la base de ce premier abord psychologique pour l'orienter vers un centre de cure si le patient estime que cela pourra l'aider ou la convaincre de prendre contact avec une association d'anciens buveurs. Il rend visite aux patients à leur domicile ou accueille ces derniers généralement accompagnés par une personne de leur entourage familial à son cabinet. Au delà d'un premier contact, une relation suivie peut s'instaurer s'il devient le médecin traitant du malade. Un travail d'équipe est nécessaire selon lui avec l'entourage du malade et les milieux hospitaliers, "seul, on aboutit à un échec". En dehors de ces consultations, il lui arrive de participer à des réunions organisées par les associations néphalistes.

Les seuls partenaires d'un réseau de prise en charge avec lesquels il a établi des relations régulières sont les associations d'anciens buveurs et les services sociaux, les contacts avec les autres types de partenaires conservent un caractère exceptionnel et indirect, avec les services psychiatriques et les services de justice

ses relations sont même inexistantes. Il définit ce réseau relationnel comme un ensemble assez flou de relations mobilisées en cas de besoin par l'un ou l'autre partenaire, qu'il serait bon de structurer pour rapprocher les éléments isolés ou insuffisamment impliqués. La question de la méthode à utiliser pour secourir un malade ne peut se résoudre que par le biais des interventions diverses mises en oeuvre par l'un ou l'autre partenaire du réseau de prise en charge, pour trouver celle qui sera la plus adéquate pour un malade donné.

Il définit l'alcoolisme comme un état de dépendance vis-à-vis de la consommation d'alcool, avec un aspect régulier et qui se complique par divers troubles physiques, psychiques et sociaux. Il n'est pas sûr que la guérison est à relier directement à l'absence de consommation d'alcool, cela dépend selon lui de la durée de cette abstinence et des raisons pour lesquelles la personne buvait.

### III - LES CONSULTANTS DE LA DROME : PRATIQUES DE RESEAU

#### 3-1. Les associations d'anciens buveurs

Il existe plusieurs mouvements d'anciens malades : les Alcooliques Anonymes ont deux lieux de réunions, la Croix Bleue dispose de plusieurs sections, il y aussi "Vie Libre". Enfin il existe une association professionnelle de prévention de l'alcoolisme : l'"Amitié PTT". Au cours de cette enquête, trois animateurs des sections Croix Bleue ont pu être rencontrés. Ils sont tous trois responsables de <sup>sections</sup> Agés de plus de cinquante ans, ils sont peu diplômés. Deux d'entre eux sont des anciens buveurs, le troisième étant rentré comme membre solidaire pour accompagner la démarche d'un membre de sa famille. Leur participation à l'association date de sept à quinze ans.

Ces trois sections de la Croix Bleue sont implantées dans le département depuis de nombreuses années. L'activité de ces sections associatives consiste en des réunions, des visites, l'organisation et la participation à des stages de formation, l'organisation de repas. L'un des animateurs nous a en outre signalé que leur section publiait régulièrement une lettre d'information : on y trouve les dates des réunions avec leurs thématiques et les dates des manifestations de la section, un texte plus général complète la publication.

Le temps que chacun de ces responsables consacre aux activités de la section est difficilement quantifiable, pouvant aller de zéro à vingt heures de bénévolat hebdomadaires. Ils dispensent une aide morale et psychologique, qui peut être complétée par une aide à caractère plus social. Il s'agit d'accompagner les personnes, sans cependant les assister comme le souligne l'un d'entre eux. Les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme leur parviennent par divers moyens, ce peut être le bouche-à-oreille et l'entourage de la personne qui lui indiquent l'association, comme des médecins. Il arrive fréquemment qu'à la suite d'une cure ou dans le cadre de l'hôpital, on informe les malades de l'existence de l'association, mais il est possible aussi que ces derniers en prennent connaissance par l'intermédiaire de publicité dans la presse locale, notamment. Les premiers contacts sont généralement individuels, un membre de l'association va rendre visite à la personne à son domicile, plusieurs fois si nécessaire, puis l'encourage à venir participer aux réunions au local de la section. Un suivi est souhaité, mais ce n'est pas toujours possible. Dans l'une des trois sections, on recontacte même les personnes de manière systématique, lorsqu'elles n'ont pas participé à trois réunions successives. Un autre responsable regrette clairement que les membres de l'association au centre de la section vieillissent et ne soient pas relayés par des plus jeunes, qui participeraient aux activités de l'association sur des durées plus

courtes. C'est le travail de toute une équipe, comme dit l'un de ces intervenants, chacun aide selon ses capacités, c'est important pour tous, car "aider les autres lorsqu'on s'en est sorti, fortifie sa propre abstinence".

Sur le point de la prévention, de la formation et de l'information dispensées, les uns et les autres ont souligné le caractère limité de leurs interventions : question de temps, question d'opportunité. Ils affirment volontiers que d'autres partenaires remplissent déjà de manière satisfaisante ces fonctions, et que leur participation peut donc s'intégrer ponctuellement dans des actions organisées par ces partenaires. Ils ont, en revanche, tous évoqué les manifestations régionales et nationales de leur mouvement, auxquelles ils participent régulièrement.

Deux intervenants parmi les trois responsables de sections rencontrés ici décrivent un réseau relationnel assez développé, avec des contacts réguliers avec tous les types de partenaires proposés, à l'exception cependant du CHAA et des services de justice. Le troisième animateur limite ses contacts aux autres associations, aux médecins de ville, médecins du travail et foyers de cure et de postcure. Ce responsable moins intégré a priori dans ce réseau de prise en charge des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme, nous a d'ailleurs au cours de l'entretien précisé que sa section associative avait une activité de moins en moins vivace, avec des membres qui "vieillissent".

Ils sont tous trois persuadés de l'intérêt du travail en réseau, mais deux d'entre eux confondent le réseau relationnel de prise en charge dans le département avec le réseau d'amitié entre les divers membres de l'association. Le troisième entend bien le réseau au sens large et situe l'action de sa section associative comme complémentaire.

### **3-2. Les intervenants médico-sociaux**

Six intervenants sociaux ont été rencontrés : deux intervenants ayant des fonctions au service du Conseil Général et de la DDASS, deux responsables de foyer de cure et de postcure, la directrice d'un centre d'insertion et le chef de service d'une association d'aide.

#### **3-2-1. Deux intervenants plus éloignés des contacts avec les alcooliques**

Le médecin-inspecteur de la DDASS et la chargée de mission du Conseil Général d'un département voisin de la Drôme sont deux partenaires sociaux ayant en principe peu de contacts directs avec des malades alcooliques, cependant

la seconde réalise des entretiens avec les personnes qu'elle rencontre et les oriente alors vers des structures de prise en charge, son rôle est donc très ponctuel, âgée de près de soixante ans, assistante sociale, elle a autrefois travaillé au sein d'un foyer de postcure géré par la Croix Bleue, c'est d'ailleurs ce qui a déterminé son orientation vers le travail social.

Le médecin-inspecteur s'est intéressé à l'alcoolisme du fait de ses fonctions professionnelles, elle a choisi de "ne pas laisser tomber" le domaine de l'alcoolisme, au profit de domaines plus gratifiants comme la lutte contre la toxicomanie ou le SIDA, mais trouve "déprimant" de consacrer beaucoup d'énergie à un sujet "qui n'intéresse personne". Cette interlocutrice a d'ailleurs préféré ne pas donner de définition de l'alcoolisme. Elle est cependant impliquée dans le réseau de lutte contre l'alcoolisme qu'elle souhaite d'ailleurs avec d'autres partenaires mieux formaliser, elle a plusieurs fois prêté main forte pour l'obtention de crédits, développé des actions d'information. Elle a des contacts privilégiés avec le CDPA, le CRHA et le CHAA, elle a aussi noué des relations avec les associations d'anciens buveurs, les services psychiatriques, les foyers de postcure et les services de justice.

La chargée de mission travaille au Conseil Général d'un département voisin de notre département d'étude, nous avons cependant souhaité l'interviewer dans la mesure où son statut et sa fonction sont originaux. A la suite d'une démarche de deux conseillers généraux, son poste a été créé en 1992, elle est salariée de la Croix Bleue sur des fonds versés par le Conseil Général, elle fonctionne en appui du dispositif RMI, parce qu'il n'y avait aucune structure spécifique dans ce département à ce niveau. Elle est chargée de soutenir les services instructeurs du RMI, de rencontrer certains individus touchés par l'alcoolisme, elle participe à différentes réunions d'information pour les chantiers et groupes de formation qui emploient des RMIstes. Ses activités en matière de prévention, de formation et d'actions de sensibilisation sont donc particulièrement développées, elle prend part tout à la fois à des actions menées en partenariat avec des associations d'anciens buveurs, des médecins de services hospitaliers, etc. Son statut original montre bien les évolutions d'un réseau de prise en charge qui a longtemps compté sur les associations d'anciens buveurs et qui trouve un relais à travers l'action de structures à caractère social dans un sens plus large comme l'aide aux RMIstes. Le groupe des responsables de foyers de postcure rencontré à diverses reprises au cours de l'enquête nous a décrit le rôle de plus en plus important des associations et intervenants à caractère généraliste, qui s'informent sur l'alcoolisme et cherchent à mener des actions plus autonomes auprès des personnes en difficulté avec l'alcool, tout en s'appuyant sur le réseau de prise en charge existant. Ces intervenants pourraient à moyen terme compléter utilement le travail des associations d'anciens buveurs qui ont

de plus en plus de difficultés à toucher les publics les plus jeunes et les moins insérés socialement.

### 3-2-2. Deux responsables de foyers

Il s'agit de deux directeurs de foyers ayant des statuts différents : l'un est un foyer de postcure issu d'un mouvement d'anciens buveurs, l'autre est un CHRS spécifiquement destiné à accueillir des femmes avec des enfants et ayant eu des problèmes d'alcoolisme. Ces deux structures sont situées hors du département, mais ont été évoquées par les intervenants de la Drôme comme des partenaires privilégiés.

Le directeur du foyer de postcure est un homme d'une soixantaine d'années, qui a choisi de consacrer les dix dernières années de vie active à une profession qui lui permet d'aider les autres. Le foyer dont il s'occupe existe depuis 1962, mais a été transféré à son lieu actuel en 1987. La directrice du CHRS a une formation de directeur de formation sanitaire et sociale, elle travaillait auparavant dans le domaine de la psychiatrie. Le CHRS qu'elle gère aujourd'hui a été créé au départ par un organisme parisien "Défense et Aide aux Femmes Alcooliques" (DAFA) qui a mis en place une structure d'accueil qui prend en charge tout à la fois les femmes et leurs enfants (âgés de moins de six ans) en 1982.

Ces deux structures ont pour mission de réapprendre à l'individu à vivre sans l'alcool, au travers de diverses activités, des aides tout autant psychologiques, morales et sociales. Les personnes hébergées bénéficient donc de traitements individuels, mais aussi de réunions en groupes et d'activités communes. Les équipes travaillant dans ces structures rassemblent des compétences très diverses, allant de l'infirmière et de la psychologue, jusqu'à des moniteurs pour les activités, en passant par des travailleurs sociaux, des éducateurs techniques, etc. Les contacts avec les malades hébergés durent en général essentiellement le temps du séjour dans la structure, les contacts ensuite ont un caractère plus épisodique et dépendent généralement de la volonté du malade. Nos deux interlocuteurs consacrent plus de la moitié de leur temps à des contacts avec les malades sous diverses formes. Les voies de recrutement de ces malades sont très diverses, allant du médecin au bouche-à-oreille, en passant par les mouvements d'anciens buveurs, les services sociaux, les centres de cure, etc. Ce recrutement s'exerce pour les deux établissements au niveau national, même si les recrutements locaux peuvent être privilégiés.

L'un et l'autre des intervenants participent à des activités de prévention, de formation ou d'information, mais le directeur du foyer ne prend part en général qu'à des actions initiées par le mouvement d'association d'anciens buveurs à

l'origine du foyer, en dehors de participation à des congrès ou colloques à vocation plus nationale. La directrice du CHRS travaille plus souvent en collaboration avec d'autres partenaires, sur Lyon, Paris ou Montpellier. Ils ont tous les deux un réseau relationnel assez étendu où sont exclus cependant les médecins du travail et les services de justice. Le premier souligne l'intérêt du réseau pour l'aide au malade, la seconde met plus l'accent sur les échanges entre partenaires et l'amélioration de l'accompagnement proposé aux malades, que permettent les contacts avec les partenaires d'un réseau. Cette dernière définit l'alcoolisme comme "le besoin de se remplir pour pallier une angoisse", peut-être par référence à son expérience antérieure dans le milieu de la psychiatrie. Elle n'estime l'abstinence nécessaire que dans le cas de l'alcool-dépendance. Le directeur du foyer de postcure préfère pour sa part la définition de l'alcoolisme de Fouquet. Il définit l'abstinence comme un moyen, mais non comme un but. Ils affirment tous les deux que de multiples méthodes existent pour s'en sortir, et qu'en tous les cas, il n'existe pas de "recette miracle".

### 3-2-3. Deux responsables de structures d'accompagnement social à vocation plus généraliste

Ces deux structures n'ont pas une activité dédiée aux problèmes de l'alcoolisme, mais sont confrontées aux problèmes avec l'alcool d'un certain nombre de personnes dont elles s'occupent.

Il s'agit d'une part d'un centre d'insertion, qui reçoit plus spécifiquement des personnes percevant le RMI depuis 1989, mais qui a été créé en 1955 comme asile de nuit et qui depuis 1984 a commencé à mettre en oeuvre des actions plus précises. Ce centre favorise la réinsertion sur trois plans : le logement, le travail et la formation.

D'autre part, le chef de service d'un espace qui constitue à la fois une antenne pour la toxicomanie et une cellule d'appui psychosociale du RMI a été rencontré. Cette association existe dans sa forme actuelle depuis le début de l'année 1993.

Ces deux interlocuteurs ont affaire à des personnes alcooliques, du fait notamment de leur prise en charge de RMistes. Si leurs missions consistent à la fois à fournir un soutien psychologique et social en général, pour ce qui concerne les problèmes d'alcoolisme des personnes prises en charge, ils procèdent fréquemment à des orientations vers des partenaires plus spécialisés tout en leur assurant un suivi. Les difficultés avec l'alcool d'un individu donné sont généralement prises en compte dans le cadre des autres actions menées auprès d'elles, avec des adaptations sur les contrats, les formations proposées, etc. Il est



difficile pour ces deux interlocuteurs de préciser la part de personnes alcooliques dans l'ensemble de la population qu'ils reçoivent. Pour l'un, environ la moitié des personnes reçues ont ce type de difficulté, pour l'autre il n'a pas été possible de l'estimer, mais cela a motivé la formation en alcoologie d'un certain nombre d'intervenants dans la structure. Le recrutement des personnes accueillies dans ces centres s'exerce principalement par le biais de travailleurs sociaux, mais aussi le bouche-à-oreille et les comités de probation. Dans la mesure où la venue des personnes est justifiée par d'autres problèmes que celui de l'alcoolisme, il est difficile là encore de préciser les choses. Ces deux intervenants ne sont pas absents des dispositifs de prévention, d'information et de sensibilisation, etc., mais de manière assez limitée. Leurs contacts avec d'autres types de partenaires du réseau de prise en charge des personnes alcooliques sont assez réduits ou exceptionnels. Ils apprécient cependant ces quelques contacts, car ils permettent de compléter leur action, et d'aborder plus globalement les problèmes d'un individu donné.

Si l'un de ces deux interlocuteurs trouve trop complexe de fournir une définition de l'alcoolisme, l'autre le définit comme l'utilisation d'un produit antidépresseur qui devient problématique : "c'est une solution qui devient un problème". Pour ce dernier, la guérison n'est pas liée à l'abstinence, puisque s'il y avait guérison, cela signifierait justement que l'alcool ne pose plus de problèmes et qu'en boire n'aurait aucune conséquence et écouter la personne alcoolique, l'aider à se prendre en charge est le principal moyen pour qu'elle "s'en sorte". Pour le premier, l'abstinence est une sécurité, même si elle est loin d'être suffisante et il s'agit de trouver une méthode qui soit adéquate pour chaque individu.

### **3-3. Les intervenants en CHAA et CDPA**

Quatre personnes intervenant dans ces structures ont été rencontrées. Il s'agit de deux hommes, médecins consultants généralistes, et deux femmes, une assistante sociale et la déléguée du CDPA. On présente ici aussi un psychothérapeute qui exerce ses activités dans un centre de la région situé hors du département, où se tiennent des consultations en alcoologie et qui reçoit parfois des malades alcooliques de la Drôme.

La déléguée du CDPA est une femme d'une quarantaine d'années, qui après une formation administrative a bénéficié d'une formation en alcoologie et animation à l'ANPA. Elle s'est intéressée à l'alcoolisme en raison de son activité professionnelle. C'est une petite équipe de travail comprenant une secrétaire, une animatrice à mi-temps et la déléguée. Ses fonctions s'inscrivent dans un mi-temps, et elle consacre environ un dixième de ce temps en contact direct avec des personnes alcooliques. Son rôle consiste alors principalement à les accueillir, au

téléphone ou sur place, et les orienter sur les autres structures, c'est une intervention très ponctuelle. Ses fonctions sont bien sûr plus étendues en matière de prévention : de nombreuses interventions sont réalisées en direction du public scolaire, des entreprises notamment, des formations sont organisées et des réunions avec des partenaires comme les communes, la sauvegarde de l'enfance, la MSA, etc. Il lui arrive fréquemment aussi de prendre part à des congrès divers sur le thème. Son réseau relationnel avec les partenaires locaux d'une prise en charge est assez étendu, elle estime que c'est le coeur de son action. Cette interlocutrice se réfère à la définition de l'alcoolisme de Fouquet, elle exclut l'idée de "guérison", car un alcoolique ne peut jamais reboire. Pour elle, il existe de multiples méthodes, dont certaines sont fantaisistes et d'autres même inhumaines, comme les cures de dégoût.

Les autres partenaires âgés d'environ trente-cinq à quarante cinq ans travaillent dans les CHAA ou dans une structure comparable. Les deux médecins réalisent des consultations sur des temps réduits de leur activité, alors que l'assistante sociale et le psychologue sont en contact avec des malades presque tout le temps. Les CHAA de la Drôme sont de facture récente, sauf celui de Valence, qui a été créé depuis plus d'une dizaine d'années, et qui est de taille plus importante, en termes de personnel et de nombre de malades reçus. Les soins dispensés par les uns et les autres se veulent les plus complets possibles et donnent le plus généralement lieu à un suivi de durée très variable. Les modes de recrutement sont assez variés, combinant les orientations faites par des médecins, les travailleurs sociaux, l'hôpital, mais aussi les services de justice. Ils déclarent avoir des relations avec la plupart des autres partenaires du réseau de prise en charge. Ce réseau est jugé indispensable pour la prise en charge des malades, pour rationaliser les orientations et trouver le lieu et le mode de soutien les plus adéquats pour chacun. Si deux de ces interlocuteurs se réfèrent à la définition de l'alcoolisme de Fouquet, et privilégient les notions de dépendance, l'un insiste sur la stigmatisation des mots "alcoolisme" et "alcoolique", un autre met l'accent sur la "zizanie du corps et de l'esprit" qu'induit cette maladie. Ils admettent tous la pluralité des méthodes, mais tout en considérant l'abstinence comme un élément nécessaire pour la "guérison", ils estiment qu'elle est loin d'être suffisante.

#### **3-4. Deux intervenants hospitaliers**

Ces deux intervenants travaillent au Centre de Rééducation et d'Hygiène Alimentaire (CRHA) du centre hospitalier de Valence. Il s'agit de deux femmes, l'une est un médecin, l'autre est cadre infirmier. Elles ont toutes deux une formation spécifique en alcoologie. Elles ont toutes les deux été particulièrement

intéressées par le domaine, auquel elles ont été confrontées dans un premier temps, par hasard ou du fait de raisons professionnelles.

Le service a été créé en 1963 par un gastro-entérologue, son responsable actuel y a pris ses fonctions en 1979. Il comprend trente lits mixtes. Il y a deux temps dans la prise en charge, d'une part un temps de sevrage physique, d'autre part un temps de thérapie de groupe pour un sevrage à caractère psychologique, avec tous les soins afférents. Mais y sont dispensées aussi des informations au sujet de la maladie, des réunions se tiennent avec d'anciens malades, etc. S'il s'agit d'abord d'une prise en charge à caractère ponctuel, un temps de suivi est souvent consécutif, qui peut être de plus ou moins longue durée, et qui s'exerce par le relais des infirmières notamment, cela dépend largement de la demande du malade, et des besoins qu'il exprime. L'équipe de travail comprend des infirmières et des aides-soignantes, des médecins, une psychologue, un travailleur social et une secrétaire.

Nos deux interlocutrices sont d'accord pour évoquer les médecins, comme les premiers "pourvoyeurs" de patients, mais alors que le médecin met en avant aussi le rôle du comité de probation dans le recrutement, l'infirmière souligne de son côté les effets du bouche-à-oreille. Les autres sources sont nombreuses et diverses, il semble que cette unité de par sa réputation s'adresse à des patients de multiples provenances, allant des services sociaux à la médecine du travail en passant par les associations d'anciens buveurs, les CHAA, les services psychiatriques, etc.

Ces deux personnes consacrent la grosse majorité de leur temps d'activité en contacts avec les malades alcooliques. La médecin reçoit ces derniers pour des consultations d'environ une demi-heure, la première rencontre étant souvent plus longue. Elle prend part aussi à des réunions avec des anciens patients. La cadre-infirmière pour sa part affirme avoir un rôle d'écoute au cours d'entretiens qui sont librement fixés par elle-même et le malade. Elle anime aussi différents groupes de parole ou d'activité.

L'une et l'autre dispensent des formations et participent à des réunions d'information et <sup>de</sup> sensibilisation, à un niveau local et régional. Il leur arrive aussi de prendre part à des rencontres, congrès ou colloques sur ce thème, plus ponctuellement. Leurs réseaux relationnels sont étendus à la plupart des types de partenaires du réseau de prise en charge des personnes alcooliques, l'infirmière étant beaucoup plus impliquée dans ce réseau, du fait de sa plus grande ancienneté au CRHA. Ce réseau est apprécié pour la complémentarité des soins et aides qu'il permet d'offrir aux malades, car ce dernier "doit être pris dans sa globalité", sur tous les plans de sa vie.

Elles définissent toutes deux l'alcoolisme comme une maladie, l'infirmière se réfère à la définition de Fouquet, alors que le médecin insiste sur la méconnaissance qui entoure l'alcoolisme, et le fait que cela dépasse largement le strict cadre médical. Cette dernière considère d'ailleurs que la "guérison" ne consiste pas simplement à arrêter de boire, qu'il faut que la personne se guérisse dans son ensemble, l'infirmière considère de son côté que l'abstinence est essentielle, mais qu'il convient toujours pour l'ancien buveur d'être vigilant. Elles admettent toutes les deux l'existence de multiples méthodes pour s'en sortir.

### **3-5. Deux médecins de ville**

Ces deux médecins généralistes nous ont été indiqués par d'autres partenaires du réseau de prise en charge, parce qu'il leur était arrivé plusieurs fois de traiter des malades alcooliques. Ce sont deux hommes, l'un est âgé de près de quarante ans, l'autre a presque la cinquantaine. La part de malades alcooliques dans leur clientèle est très minime, ils reçoivent entre deux et cinq visites par mois à ce sujet. Ils proposent des suivis avec des cures en ambulatoire, l'un procède aussi à des psychothérapies. Ces personnes leur parviennent sur le conseil de proches; la Croix Bleue oriente aussi des personnes préférentiellement sur le cabinet d'un de ces deux médecins. Ce travail auprès des alcooliques est jugé assez ingrat par ces médecins, le plus âgé des deux souligne qu'il a peu envie de traiter le cas des patients les plus anciens dans leur alcoolisme, parce que selon lui "on a l'impression que les jeux sont faits", pour les plus jeunes, il y a en revanche plus d'espoir. Il lui arrive d'ailleurs dans le cas où les personnes présentent des troubles d'ordre psychiatriques de les orienter vers d'autres intervenants dans le domaine, plutôt que les traiter lui-même. Ils n'ont tous deux presque jamais participé à des actions de prévention, information, sensibilisation, etc.

Leurs réseaux relationnels sont assez réduits, mais ils ont des contacts réguliers avec des associations d'anciens buveurs et des relations avec les services hospitaliers généraux et les services psychiatriques. Si l'un considère qu'il n'existe pas vraiment de réseau pour lui dans le domaine, pour l'autre, ce partenariat lui permet de partager la charge très lourde des patients.

Leur définition de l'alcoolisme diffère, mais ils se réfèrent tous deux à la notion de maladie, dans un rapport non maîtrisé avec le produit selon l'un, de personnes malheureuses selon l'autre. L'abstinence leur paraît nécessaire d'un point de vue pratique "il faut passer par là". Ils refusent la notion de méthode pour guérir, il n'en existe pas selon eux, on peut seulement fournir une aide au malade, qui doit en grande partie se guérir lui-même.

## IV - LES CONSULTANTS DU MORBIHAN: PRATIQUES DE RESEAU

### 4-1. Les associations d'anciens buveurs

Six intervenants ont été interviewés dans six différents types d'associations, deux d'entre elles sont d'origine locale.

#### 4-1-1. Une section de la Croix d'Or

La trésorière de la section a reçu l'enquêtrice du CRÉDOC, elle est âgée de quarante-cinq ans et occupe des fonctions d'employée. C'est une ancienne buveuse, elle est abstinente depuis cinq ans. Après avoir elle-même été aidée, elle souhaite aujourd'hui aider les autres. En dehors de ses fonctions internes à la section, elle participe seulement à des formations, qui ont pu être organisées par le CDPA ou l'hôpital. Le fondateur de cette section est mort l'année dernière, il détenait le record de temps d'abstinence dans la section, puisqu'il ne buvait plus depuis trente-sept ans.

Notre interlocutrice consacre quelques heures par semaine à cette activité auprès des consultants, il lui arrive aussi de s'occuper particulièrement d'une personne et de se rendre disponible à tout moment pour répondre à sa demande. Elle pense fournir une aide psychologique et morale aux personnes qui la sollicitent. Les personnes parviennent à l'association à la suite d'une cure à l'hôpital, ou sur les conseils de son entourage, plus rarement de son propre fait. A son arrivée dans une réunion (il y en a trois par mois), après un accueil, une cassette est visionnée, où est enregistré un débat qui est passé à la télévision. Puis un échange a lieu avec des témoignages. La prise en charge se fait donc le plus souvent en groupe, l'entourage de la personne est rarement contacté. L'intervention s'inscrit plutôt dans un suivi, c'est du moins la situation "idéale".

Cette association a des contacts avec les services hospitaliers généraux ou psychiatriques, les CHAA et les centres de cure et de postcure. Il lui arrive aussi d'être en relation avec un visiteur de prison. Pour la trésorière de cette section associative, un tel réseau relationnel est dans l'intérêt du malade. Elle situe l'activité des associations au bout de la trajectoire d'une personne ayant des problèmes d'alcoolisme, après le médecin, le personnel soignant et les foyers de postcure. Elle définit l'alcoolisme comme un enfer, estime qu'on ne peut pas être guéri seulement stabilisé, et que le passage par l'hôpital est la méthode qui réussit le mieux.

#### 4-1-2. Une association "Espoir-Amitié"

Le président de cette association est âgé de 46 ans, c'est un ancien buveur, qui a déjà participé à l'activité d'une autre association avant celle pour laquelle nous l'avons interviewé. Il consacre près de 2 heures par jour à cette activité, et espère apporter aide et soutien aux personnes dont il s'occupe. Il lui est arrivé de participer à des actions de prévention et à des journées d'étude sur l'alcoolisme.

La prise en charge se fait en face-à-face, ce qui n'exclut pas cependant des contacts avec l'entourage de la personne. Après avoir tenté de cerner l'état du nouvel arrivant, il est orienté éventuellement sur un médecin pour une cure, puis avant, pendant et après la cure, on lui propose un suivi. Ce dernier est de durée très variable de deux mois à plusieurs années. Son travail est plutôt un travail d'équipe. Les personnes parviennent à l'association à la suite d'un passage en CHAA, au CDPA, à l'hôpital ou dans un foyer de cure.

Le réseau relationnel avec les autres partenaires d'une prise en charge des personnes alcooliques est assez étendu. Notre interlocuteur souligne le caractère amical de la plupart de ses relations. Ce réseau est nécessaire pour aider les malades, eux mais aussi leur entourage. Il a le sentiment d'appartenir à un véritable réseau et regrette pourtant que "tout le monde ne travaille pas sur les mêmes bases".

#### 4-1-3. Une section bretonne de Vie Libre

Le vice-président de la section rencontré au cours de cette enquête est âgé de près de cinquante ans, et exerce une activité d'employé. Ancien buveur, il est abstinent depuis un peu plus de vingt ans. Il a participé à une association d'un autre mouvement avant Vie Libre. Cette section a dix ans aujourd'hui, elle a été mise en place avec l'aide d'un médecin et d'une infirmière. Notre interlocuteur consacre quatre à cinq heures par semaine à l'activité de l'association, il aide les personnes qui s'adressent à lui essentiellement sur le plan moral, mais il lui arrive aussi de les orienter sur une structure de soins. Avant que l'on demande un engagement à une personne désireuse de participer aux réunions, trois à cinq rencontres ont lieu avec elle. Ce sont fréquemment l'entourage (famille ou amis) de la personne ou une assistante sociale, qui préviennent un membre de l'association et un suivi n'est engagé que si l'alcoolique accepte cette intervention. Ce suivi se fait pendant et après la cure et se poursuit régulièrement pendant cinq ou six mois après la cure, mais se distendent facilement ensuite. C'est un travail

d'équipe ou plusieurs anciens buveurs agissent ensemble sans spécialisation relative.

Outre les réunions régulières, des loisirs, des sorties sont organisées, des actions de prévention sont aussi menées dans les écoles et les hôpitaux. Des informations sont faites en direction des travailleurs sociaux aussi. Il arrive à notre interlocuteur de participer à des réunions ou colloques qui se tiennent de manière plus exceptionnelle.

Cette structure est en contact avec plusieurs types de partenaires de manière fréquente et régulière, sauf avec les médecins de ville (avec lesquels les contacts sont plus sporadiques), avec les services psychiatriques, rarement sollicités, avec les CHAA (les contacts ont été rompus) et avec les services de justice (c'est très rare).

Ce réseau relationnel est jugé particulièrement important par cette personne, pour le soutien qu'il apporte et son utilité pour mieux aider les malades. Il a le sentiment d'appartenir à un véritable réseau, qu'une définition commune à tous les partenaires existe. Pour lui, l'alcoolisme est une dépendance. Il estime qu'on n'est jamais guéri, seulement stabilisé, mais que l'abstinence est une condition nécessaire. Les méthodes sont multiples, cela dépend selon lui du taux d'alcoolisation.

#### 4-1-4 Un représentant des Alcooliques Anonymes

Agé de près de cinquante ans, l'alcoolique anonyme qui a bien voulu nous rencontrer représente plusieurs groupes locaux du mouvement. Il est diplômé d'études supérieures dans plusieurs disciplines. C'est un ancien buveur. Les diverses sections locales sont nées, il y a douze à quinze ans. Ses activités sont multiples, et notre interlocuteur peut difficilement quantifier le temps qu'il consacre à cette activité. Il décrit divers moyens d'aider les personnes : thérapeutique de la parole, écoute, partage d'expérience, proposition d'une démarche spirituelle. Si dans le cadre d'intervention dans des structures de soins, il estime fournir une aide ponctuelle, c'est une prise en charge plus suivie qui démarre quand la personne décide de venir participer à des réunions. Il est souhaité une démarche libre de la part de la personne, qui est fréquemment informée de l'activité de l'association, par son entourage ou par le biais des informations faites à l'hôpital. C'est réellement une prise en charge de groupe, les réunions étant essentielles.

Il est en contact de manière fréquente avec les services hospitaliers généraux et psychiatriques, les services sociaux, les foyers de cure et de postcure,

mais plus rarement avec les CHAA, les médecins de ville et les autres mouvements d'anciens buveurs. Ce réseau relationnel est bénéfique pour divulguer le plus possible une information sur le problème alcool, il permet aussi des échanges fructueux selon lui. Il a le sentiment d'appartenir à un véritable réseau. Sa définition de l'alcoolisme est celle des AA, il est d'accord avec la nécessité de l'abstinence totale et considère qu'il existe plusieurs voies de rétablissement.

#### 4-1-5 Une association d'origine locale

Le Président de l'association, âgé de cinquante ans, est diplômé du secteur médical. C'est un ancien buveur "original", il pense que ce sont les travaux qu'il a menés sur les effets de l'alcoolisme, qui ont induit son propre alcoolisme. Il a fréquenté une section d'un autre mouvement lors de ses études dans le domaine.

Cette association est née il y a une douzaine d'années sur l'initiative d'un médecin militaire. Il consacre environ 3 heures par semaine à cette activité, qui consiste soit en de l'orientation sur des unités de cure à l'hôpital, soit en une prise en charge après le traitement par des réunions (bimensuelles) notamment, il décrit cela comme un "réseau d'auto-surveillance pour les rechutes". Les personnes parviennent là par leur famille ou du fait des présentations de l'association qui se tiennent régulièrement à l'hôpital. On tente ici de les convaincre sans les culpabiliser, le suivi peut être assez long, une cinquantaine de personnes participent à ces réunions.

Cette association a pour caractéristique le fait de travailler avec des médecins, des assistantes sociales, des infirmières, en plus des bénévoles. Elle participe à des actions d'information et de prévention dans les lycées et de sensibilisation auprès des médecins. Des relations avec les autres partenaires existent avec tous les autres partenaires, elles sont cependant limitées avec les médecins de ville, les CHAA, les centres de cure et de postcure, les autres associations et les services de justice. Appartenir à un tel réseau relationnel est intéressant sur plusieurs points selon le président de l'association, pour ne pas se sentir isolé, faire reconnaître son travail et faire de la prévention. Il définit l'alcoolisme d'abord comme une dépendance, dont on ne guérit jamais "parce qu'on y pense toujours" et pour laquelle il n'existe pas de méthode de guérison standard.



#### 4-1-6. Un mouvement féminin

La présidente de ce club a près de cinquante ans, elle exerce la profession d'aide soignante, c'est une ancienne buveuse. Ce mouvement d'anciennes buveuses est composé essentiellement de femmes ayant fait des cures à l'hôpital ou une postcure dans un centre voisin. Il a d'ailleurs été créé sur l'initiative de personnes ayant séjourné dans ce centre.

L'activité de l'association se concrétise par une réunion mensuelle, et des contacts téléphoniques. C'est essentiellement une aide morale qui est dispensée, les témoignages sont très importants. Il est nécessaire que la personne ait une véritable demande d'aide et prenne conscience qu'il "faut s'en sortir". C'est un travail d'équipe, parfois ponctuel, parfois de plus long terme. Il est difficile pour notre interlocutrice d'avoir des activités autres dans le domaine, en matière de prévention, information, participation à des rencontres, etc., par manque de temps.

L'association perd aujourd'hui de l'importance, elle a très peu de relations avec les autres types d'intervenants, sauf avec le centre de cure dont elle est issue au départ. Cette relation avec ce centre est essentielle pour la présidente de l'association, même si elle induit quelques contraintes. Notre interlocutrice définit l'alcoolisme comme la perte de la liberté de ne pas consommer, c'est une allergie qui ne se guérit que par l'abstinence, mais pour laquelle il existe de multiples méthodes de guérison.

#### 4-2. Les intervenants médico-sociaux

Sont présentés dans cette rubrique les représentants de centres de cure, des personnes intervenantes à l'UDAF, la DDASS et la MGEN, ainsi que le responsable d'une mission locale.

##### 4-2-1 Deux centres de postcure : l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes

Ces deux centres ont pour caractéristique d'avoir été initiés par des membres du mouvement de la Croix Bleue, le centre masculin est resté attaché à ce mouvement, ce n'est pas le cas du foyer féminin. Le foyer masculin est le plus ancien, il a aujourd'hui trente ans d'existence, le foyer féminin a pour sa part accueilli sa première pensionnaire il y a moins de vingt ans. Les deux directeurs sont des hommes, l'un est pasteur, l'autre gestionnaire, ils sont tous les deux âgés de plus de quarante-cinq ans.

Le centre masculin compte vingt cinq lits, le centre féminin en compte cinquante-cinq. La majorité des personnes parviennent à ces centres après un séjour à l'hôpital, dans des services spécialisés, parfois dans des services psychiatriques. Sinon elles connaissent la structure par les mouvements d'anciens buveurs. Comme de toute façon, il y a une demande de prise en charge par l'Assurance-maladie, un intermédiaire médical est nécessaire pour l'admission. Les équipes d'encadrement de ces centres comprennent deux médecins (généraliste ou psychiatre), une ou plusieurs infirmières, des moniteurs, plus du personnel administratif et du personnel d'entretien. Dans le centre féminin, une psychologue intervient, ainsi que des assistantes sociales.

Si les personnes accueillies dans ces centres bénéficient d'une aide individuelle, c'est un travail d'équipe et de groupe qui structure le séjour. Dans le centre féminin, en outre, on cherche autant que possible à prendre contact avec la famille et le conjoint plus particulièrement; à la différence des hommes, le directeur de ce centre nous a expliqué, que les femmes étaient rarement accompagnées dans leur démarche par leur mari. Les activités sont multiples dans ces centres, on essaye en outre dans le centre féminin de favoriser la solidarité entre tous, par de multiples moyens : psychothérapie de groupe, échanges autour des tables, lieux de discussions, etc. Les séjours sont normalement de trois mois, mais ils peuvent être plus courts. Après le séjour, on leur conseille de participer à des mouvements néphalistes.

Le réseau de relations de ces deux structures comprend des interactions avec tous les types de partenaires potentiels, mais elles sont parfois très ponctuelles, avec les médecins de ville, les services de justice et les services psychiatriques. Nos deux interlocuteurs estiment que ce réseau relationnel est indispensable à bien des titres, ils ont le sentiment d'appartenir à un véritable réseau. Ils se réfèrent tous les deux à la définition de Fouquet et insistent sur le caractère multidimensionnel de cette maladie.

#### 4-2-2. Un centre de postcure

Le directeur du foyer de postcure qui nous a reçu est un infirmier âgé de quarante-cinq ans. Il s'est intéressé aux phénomènes de dépendance, du fait de son propre tabagisme et à l'alcoolisme. Il consacre environ le tiers de son temps d'activité à s'occuper d'alcoolisme, il réalise des entretiens à visée thérapeutique. Les personnes lui parviennent après un passage obligé par un médecin pour une admission. Elles viennent "dans un sens de resocialisation" : pour une recherche d'emploi, un hébergement. L'équipe est composée d'infirmier et complétée par des travailleurs sociaux, des organismes d'aide à l'insertion, etc. Il s'agit à la fois de les accueillir, les héberger, leur donner des soins et les aider sur le plan social. Les

participations de notre interlocuteur à des activités de prévention, formation, etc., sont assez limitées, ou réalisées à titre personnel.

Il est en relation avec tous les types de partenaires, si l'on excepte les mouvements d'anciens buveurs, les médecins du travail et les CHAA. Il justifie l'intérêt de travailler dans un tel réseau par le fait que l'alcoolisme étant une maladie sociale, il convient de travailler avec le tissu social. Sa définition de l'alcoolique est très sévère : "c'est un faible qui ne peut s'assumer", il ne peut utiliser le mot "guérison". Il existe plusieurs méthodes, qui selon lui font l'objet de modes, pas très compréhensibles.

#### 4-2-3. Deux intervenants dans des structures départementales sociales

Nous avons rencontré le directeur de l'UDAF et un intervenant à la DDASS, infirmier chef. Ils ont tous les deux des contacts indirects avec les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. Le premier âgé de près de soixante ans est diplômé de psychologie, il s'est intéressé à l'alcoolisme dans le cadre de ses fonctions. Le second a environ quarante ans, et considère que l'alcoolisme est un problème incontournable en matière de santé publique, que c'est de toute façon une mission fixée par l'Etat et la DDASS.

Dans le cas de l'UDAF, les alcooliques donnent souvent lieu à des mises sous tutelle, pour des prestations sociales sur des périodes de deux ou trois ans, aux incapables majeurs pour des périodes indéfinies. Ces tutelles sont prononcées par l'Etat et confiées et gérées par l'UDAF. C'est un travail où interviennent des travailleurs sociaux, des médecins de la PMI, des infirmiers et un service administratif. Le directeur a organisé des rencontres sur le département et participe régulièrement à des réunions avec les autres partenaires de la prise en charge des alcooliques. Il affirme être en contact avec la plupart des partenaires. Ce réseau relationnel permet de décroiser les partenaires, il situe l'UDAF au centre de ce réseau. Sa définition de l'alcoolisme se réfère à la notion de dépendance, il est persuadé que l'abstinence permet de guérir.

Le rôle de la DDASS est d'attribuer les crédits aux associations et aux CDPA, et de répartir des crédits de promotion de la santé, qui touchent cinq ou six actions annuelles de prévention de l'alcoolisme. Depuis 1986, plusieurs intervenants à la DDASS ont intensifié les actions en matière d'alcoologie. L'infirmier interviewé participe à des actions de sensibilisation auprès du public scolaire notamment et aux réunions organisées par l'UDAF, il a aussi contribué à la préparation des États Généraux contre l'alcoolisme, montés avec l'UDAF. Son réseau relationnel dans le domaine de l'alcoolisme est assez réduit, mais il est très intéressé par ces relations.

#### 4-2-4. Un responsable d'une mission locale

Cette structure participe à des actions de sensibilisation sur l'alcoolisme et sa directrice a d'ailleurs effectué des stages dans ce domaine. De formation assistante sociale et âgée d'un peu plus de trente ans, son attention a été attirée par des jeunes qui sont en difficulté avec l'alcool. Au fil des entretiens, certains jeunes mis en confiance expliquent leurs problèmes, mais ce peut être aussi dans le cadre de son travail que leurs problèmes avec l'alcool transparaissent. Elle cherche alors le plus possible à les orienter. La structure est partenaire sur des actions spécifiques comme "les trois jours sans alcool".

Des relations avec les autres partenaires s'établissent ponctuellement pour traiter un cas particulier, sauf avec les associations d'anciens buveurs, avec lesquelles le public jeune ne se sent pas à l'aise selon elle. Ce réseau de relations lui permet de savoir quoi faire, elle se sent cependant en périphérie du réseau de prise en charge des personnes alcooliques.

#### 4-2-5. Un responsable dans une mutuelle

Le directeur adjoint de cette mutuelle est un partenaire de l'UDAF pour une campagne de sensibilisation. Il lui arrive de rencontrer des personnes qui ont des problèmes d'alcoolisme, il les oriente vers une maison de repos pour fonctionnaires, où ces personnes peuvent être aidées. Son action est généralement ponctuelle, mais s'exerce auprès des personnes avec lesquelles s'est établi au cours du temps un rapport de confiance, c'est une démarche personnelle de la part des malades, mais ils y ont été incités par le responsable d'une structure d'accueil, leur médecin ou un travailleur social.

En dehors de ces actions de personne à personne, il participe à de la prévention dans divers domaines dont l'alcoolisme. Ses relations sur le thème de l'alcoolisme sont très peu étendues et s'il estime avoir sa place dans un dispositif d'aide, il n'a pas l'impression d'appartenir à un réseau. Pour lui, l'alcoolisme est une maladie curable, il ne se prononce pas vraiment sur la nécessité de l'abstinence et il suppose que plusieurs approches sont pertinentes pour traiter une personne malade.

### **4-3. Les intervenants en CDPA et CHAA**

Cinq personnes ont été rencontrées au CDPA et dans quatre CHAA. Il existe au total neuf CHAA dans le département, notre enquête n'est donc ici pas exhaustive, cependant les CHAA ayant fréquemment des fonctionnements comparables, il n'était pas nécessaire de rencontrer des intervenants dans toutes ces structures.

Les personnes rencontrées dans les CHAA sont une secrétaire et trois médecins. Elles sont toutes âgées de 35 à 40 ans et sont diplômées de niveau supérieur. Leur intérêt pour l'alcoolisme n'est pas seulement induit par leurs contraintes professionnelles. C'est un thème qui les mobilise, soit parce qu'il relève de la santé publique, soit parce qu'il permet un travail de plus grande proximité avec les personnes, soit tout simplement parce que dans la région on peut difficilement ne pas y être confronté.

Les comités de probation et la gendarmerie sont des sources importantes de provenance des consultants dans ces centres, il est fortement conseillé aux personnes sanctionnées pour cause d'alcoolémie routière de rendre visite au CHAA, sinon ces visites ont été parfois encouragées par l'entourage familial, le médecin traitant ou plus rarement par des associations d'anciens buveurs. Dans un des CHAA, les personnes ont pu en outre être signalées par le biais de travailleurs sociaux et des centres hospitaliers généraux. Les principales fonctions de ces structures sont donc de l'accueil, une aide psychologique, des soins dans certains cas, de l'orientation et de la prévention.

Les uns ou les autres participent à des campagnes d'information en prison, avec le CCAS, le CDPA, ou à des réunions régulières avec des médecins alcoologues, des structures communales, parfois à des congrès plus importants.

Leurs réseaux relationnels sont essentiellement basés sur des orientations de malades et les contacts ne sont réguliers qu'avec les services hospitaliers, les services sociaux et les centres de cure et de postcure, les mouvements d'anciens buveurs ne sont en liaison réelle qu'avec deux des CHAA observés sur les quatre. De même, les relations avec les médecins de ville sont, selon les cas, décrites comme plus ou moins de bonne qualité.

Ils soulignent tous la qualité du réseau, parce que dans le domaine il est dangereux de travailler seul, et pour une plus grande efficacité d'intervention auprès du malade. Ils ont tous le sentiment d'appartenir à un véritable réseau. Leurs définitions de l'alcoolisme se réfèrent à la notion de maladie et de dépendance, l'un des interlocuteurs insiste sur la multiplicité des domaines de la vie touchés par l'alcoolisme, un autre souligne la chronicité de la consommation.

Deux d'entre eux estiment que l'abstinence est effectivement le principal élément nécessaire à la guérison, deux autres nuancent leurs réponses en affirmant que c'est loin de suffire à la guérison et que cela dépend aussi du malade. Ils admettent tous la pluralité des méthodes, un intervenant regrette l'existence de modes en la matière.

Le CDPA a des échanges avec la plupart des partenaires, à l'exception toutefois des médecins de ville. Ce réseau est essentiel pour le CDPA. Le directeur définit l'alcoolisme comme une toxicomanie, en rapport avec un mal-être, un comportement irrationnel, l'abstinence étant malheureusement la condition d'une guérison, on ne soigne pas selon lui un alcoolique avec des méthodes, on lui permet de se soigner en le valorisant.

L'équipe du CDPA est composée de cinq personnes dont une secrétaire qui assure la permanence. Leur activité principale est la prévention. Ils utilisent le plus possible tous les outils médiatiques à leur disposition, et organisent des actions sur différents terrains : les entreprises, l'école, la prison, les ateliers de réinsertion, etc. Ils participent bien sûr à des rencontres ou colloques du SFA, à l'INRETS, etc.

#### **4-4. Les services hospitaliers**

Six intervenants hospitaliers ont été rencontrés dans quatre structures différentes, une unité d'alcoologie dans un centre hospitalier général, une structure de soins rattachée à un hôpital psychiatrique, un service de traitement des maladies du foie et de l'appareil digestif dans un centre hospitalier et une unité fonctionnelle dédiée à l'alcoologie mais dépendante d'un service de neurologie. Les personnes qui nous ont reçus sont des hommes et des femmes, infirmiers ou médecins âgés de 35 à 45 ans. Leur implication dans le domaine est pour cinq d'entre eux le résultat d'une démarche volontaire, motivée par un intérêt à travailler dans le relationnel.

Les soins apportés aux consultants dans ces structures sont très complets : soins médicaux proprement dits, psychothérapie, suivi en postcure, des thérapies de groupe sont aussi proposées dans certains cas, des activités de loisirs, etc. Parallèlement aux soins liés à l'hospitalisation, des consultations sont parfois proposées avec un suivi en ambulatoire. Les équipes de prise en charge sont très diversifiées, outre le personnel médical proprement dit (infirmières, médecins généralistes, psychothérapeutes, etc.), s'y trouvent une diététicienne, un psychologue, un ergothérapeute, des travailleurs sociaux etc.

La plupart des intervenants participent à des actions de prévention, de formation et sensibilisation de manière non négligeable. Ils ont aussi presque tous participé à des rencontres organisées par la SFA. Ils sont au centre du réseau relationnel de prise en charge dans le domaine de l'alcoolisme, ayant noué de multiples contacts avec les uns et les autres. Le travail en réseau est nécessaire selon eux, l'un de nos interlocuteurs affirme : "c'est un parti-pris d'efficacité". Ils se réfèrent fréquemment à la définition de l'alcoolisme fournie par Fouquet, en la complétant le cas échéant : sur l'atteinte qu'elle porte dans tous les domaines de la vie de la personne, sur le type de conséquences qu'elle entraîne, ou sur son origine particulière.

A l'exception d'un médecin qui refuse le dogme de l'abstinence, toutes les autres admettent sa nécessité, en insistant cependant sur le fait que c'est un moyen et que ce n'est pas suffisant, que cela ne signifie pas toujours guérison mais plutôt stabilisation. Ils sont tous d'accord pour admettre la pluralité des méthodes pour y arriver, sinon la diversité des moyens à mettre en oeuvre pour aider une personne à "s'en sortir".

#### 4-5. Deux médecins libéraux

Ces deux médecins sont des psychiatres, l'un justifie son intérêt pour l'alcoolisme par le côté relationnel, l'autre a une approche très personnelle de la maladie, pour lui : "l'alcoolisme est un art". Cette activité absorbe une part mineure de leur temps d'activité, ils fournissent tous deux une aide médicale et psychothérapique. Le premier assure des suivis parfois très longs, le second limite son intervention à la durée de séjour à la clinique où il exerce ses compétences. Les gens parviennent à leur contact par le biais de leur médecin, informés par leur famille, un mouvement d'anciens buveurs ou le bouche-à-oreille; ils peuvent être envoyés aussi par les services hospitaliers. Ces deux personnes participent à des actions de formation, d'information ou de sensibilisation, l'un a déjà été en outre à des réunions regroupant des intervenants dans le domaine, organisées par la SFA au niveau national ou d'autres rencontres au niveau international.

Le réseau relationnel du premier est assez étendu, il est plus réduit pour le second, mais nos deux interlocuteurs apprécient ce réseau relationnel : l'un parce que "le partenaire alcool est tellement fort qu'il faut faire feu de tout bois", l'autre affirme que c'est "par amour propre pour se comparer aux autres".

## V - LES CONSULTANTS DU NORD: PRATIQUES DE RESEAU

### 5-1. Les associations d'anciens buveurs

Une association est issue d'un collectif d'anciens buveurs dans une grande usine, les trois autres personnes animent des sections d'associations généralistes (deux pour Vie Libre et une pour Croix Bleue).

#### 5-1-1. L'association Renaître

Cette association est née en 1978, elle a été créée à partir de l'initiative de cinq à six personnes ayant toutes les trois eu un parcours dans l'alcoolisme, mais qui s'étaient fait soigner. Avec l'aide de l'assistante sociale de l'usine Renault dans laquelle travaillaient ces personnes, une association loi 1901 est née. Elle compte aujourd'hui : un président, un vice-président, une secrétaire et une trésorière, qui est l'assistante sociale. On peut enfin y ajouter dix-sept administrateurs. Le président de "Renaître" consacre un temps plein à cette activité associative et l'assistante sociale y passe la moitié de son temps d'activité.

L'association touche principalement des personnes dans le secteur géographique local, à l'usine surtout, mais il existe des permanences à l'extérieur de l'entreprise. Ses objectifs consistent à sensibiliser au problème de l'alcoolisme, à mener une réflexion sur ce sujet, à aider tant sur le plan psychologique que social les personnes en difficulté et fournir quelques soins, mais de manière résiduelle.

Les personnes qui s'adressent à Renaître peuvent le faire de manière très informelle auprès du Président de l'association ou solliciter de manière plus formelle un entretien avec l'assistante sociale, cet entretien dure d'une demi-heure à trois-quarts d'heure et donne parfois lieu à des prises de contacts avec l'entourage professionnel et/ ou la famille. Le repérage des personnes en difficulté est le plus souvent consécutive à la démarche de ses collègues ou d'un dépistage effectué par les personnes de l'association, les syndicats et les conjoints peuvent aussi jouer ce rôle. Dans tous les cas, une publicité est faite dans les hôpitaux, chez les médecins, dans les pharmacies, etc.

L'action des membres de Renaître s'inscrit plutôt dans un suivi : si la personne est d'accord, elle est orientée pour des soins à l'extérieur, ensuite deux ou trois entretiens ont lieu. A ces principales activités d'accueil, d'orientation et de prévention locale, s'ajoutent d'éventuelles formations dispensées au sein de l'usine. Il n'est pas exclu que des membres de l'association participent à des



réunions extérieures, comme les rassemblements du Groupe Régional d'Alcoolisme ou des rencontres avec des associations d'autres entreprises.

### 5-1-2. Les deux sections de l'association Vie Libre

Les deux sections de cette association présentent des différences non négligeables. L'une existe depuis 40 ans et connaît des hauts et des bas (le décès d'un président ou la "rechute" de son successeur), elle est moins "vivace" et se définit plutôt aujourd'hui comme un réseau d'amitiés. Les activités principales actuelles consistent à contacter les malades par téléphone, faire des permanences et organiser des sorties régulièrement. Cela prend une dizaine d'heures par semaine à la secrétaire actuelle. Des personnes restent cependant suivies pour des durées très variables de l'ordre de six mois à cinq ans. Cette section de l'association est de moins en moins insérée aujourd'hui dans le réseau de prise en charge des personnes alcooliques et a une activité très réduite.

L'autre section est née il y a une bonne vingtaine d'années. Elle a été fondée par la personne qui a été interviewée pour l'enquête, un an après sa cure. Agé aujourd'hui de 56 ans, cette personne a dédié une bonne partie de son temps à cette activité : "j'allais voir directement les malades à pied". Il travaille aujourd'hui le plus souvent en binôme avec un autre bénévole ou membre du bureau, cela absorbe en moyenne cinq ou six heures par semaine, mais ce temps est très variable. Le malade les contacte par téléphone le plus souvent, il a entendu parler d'eux par une annonce, son entourage, une assistante sociale ou un médecin. On lui propose un rendez-vous personnel, puis la participation à des réunions, qui ont lieu environ deux fois par mois. Une orientation peut être décidée ensuite vers une cure ou une aide médicale, les personnes de l'association proposant une aide psychologique. Le suivi alors engagé est de durée très variable, allant de un mois à plusieurs années. Il arrive à des membres de l'association de participer à des réunions extérieures de manière ponctuelle : avec les autres associations et des médecins, avec des travailleuses familiales, ou de faire une intervention au CHR. Il arrive à notre interlocuteur, très ouvert sur l'extérieur, d'être en contact avec différents partenaires du réseau de prise en charge, il n'a cependant pas le sentiment d'appartenir à un véritable réseau.

### 5-1-3. Une section de la Croix Bleue

L'enquêteur a été reçu par le responsable d'une section, âgé de près de soixante-dix ans, il est peu diplômé. Il affirme avoir été "très atteint" par l'alcoolisme dans la seconde moitié des années soixante-dix. Il connaît la Croix Bleue depuis près de cinquante ans, c'est là qu'il s'était adressé pour tenter de

sauver sa mère qui était très malade. La section où il est actif existe depuis très longtemps, il en est devenu président depuis douze ans. Cette activité absorbe entre vingt et trente heures mensuelles, elle consiste le plus souvent, une fois le contact établi (généralement au téléphone) à rendre visite aux personnes et à les conseiller pour une cure ou un soutien médical. Dans un second temps, on les incite à venir participer aux réunions qui ont lieu régulièrement.

Cette section participe régulièrement au Comité local de prévention de l'alcoolisme qui regroupe diverses associations d'anciens buveurs. Elle participe en outre au forum des associations qui se tient tous les deux ans à proximité. Elle est en contact assez régulièrement avec d'autres partenaires du réseau de prise en charge et souhaite avant tout que la sensibilisation au problème de l'alcoolisme soit la plus large possible.

## **5-2. Les intervenants médico-sociaux**

Tout d'abord, un certain nombre de responsables de cinq foyers d'hébergement et de réinsertion sociale des personnes alcooliques et d'un foyer de postcure ont été rencontrés dans le département du Nord. Ensuite, des intervenants plus officiels ont été interviewés : comme un médecin-inspecteur de la DDASS, un chef de service d'un comité de probation. Enfin des responsables de structures à vocation sociale plus large ont été rencontrés, comme un médecin d'un centre médico-psychologique, un directeur d'une association de quartier et un médecin dans une association de jeunesse.

### **5-2-1. Cinq foyers de réinsertion des personnes alcooliques spécifiques**

Cinq foyers sont présentés ici, ils sont gérés par l'association «Vivre l'Insertion Sans Alcool» (VISA). Cette association s'est constituée par le regroupement de différents foyers initialement rattachés au mouvement Vie Libre. Ils ne souhaitent pas être désignés comme des foyers de postcure, bien que s'en rapprochant puisqu'ils accueillent des personnes ayant eu des problèmes d'alcoolisme et que des médecins interviennent ponctuellement dans ces structures. On propose aux personnes accueillies un hébergement ainsi qu'une aide à l'insertion sociale et professionnelle, diverses activités, etc. Deux de ces foyers ont été créés à la fin des années cinquante, les trois autres ont commencé leur activité entre 1967 et 1977.

L'un d'entre eux accueille des femmes, les autres sont réservés aux hommes. L'équipe constituant le personnel de ces foyers est assez diversifiée et comprend généralement, plusieurs travailleurs sociaux (assistante sociale ou

éducateur), des moniteurs techniques, du personnel lié à l'hébergement (cuisinier, veilleur de nuit, etc.), du personnel administratif, un psychologue éventuellement, un médecin vacataire et bien sûr un responsable, doublé parfois d'un adjoint.

L'objectif de ces séjours est de consolider l'abstinence et de favoriser une insertion tant au niveau de la santé, qu'à celui du logement et de la profession. Le recrutement des personnes parvenant au foyer est très large, ce peut être dans les services hospitaliers psychiatriques ou d'alcoologie, au sein des associations néphalistes, par les médecins, dans les foyers de cure, par les services sociaux, etc.

Ce recrutement est assez localisé. Pour entrer dans ces foyers, il existe des visites de pré-admission, des dossiers sont remplis, on demande parfois une lettre de motivation. La cure est ensuite de durée très variable, de six mois en moyenne, mais pouvant aller de trois mois à deux ans.

Les responsables de ces foyers sont des hommes et des femmes âgés de 35 à 45 ans, (sauf une personne qui a 50 ans) ils ont été anciens buveurs et se sont ensuite impliqués pour aider les autres ou sont des travailleurs sociaux qui se sont engagés dans d'autres responsabilités. Ils semblent bien intégrés dans le réseau de prise en charge du département, ils y ont une place reconnue et ont le sentiment d'appartenir à un véritable réseau.

### 5-2-2. Un foyer de postcure

Ce foyer a été créé en 1954 par un médecin, il est agréé par la DDASS depuis 1958, il a pu accueillir des jeunes et des non alcooliques, mais il est aujourd'hui plus réservé aux personnes ayant eu des problèmes d'alcoolisme, éventuellement des problèmes de toxicomanie. Le directeur actuel âgé de près de quarante ans a une formation de directeur de centre d'hébergement, il s'est intéressé à l'alcoolisme essentiellement du fait de sa fonction actuelle. Son activité directe auprès des personnes alcooliques absorbe environ une quinzaine d'heures de son temps mensuel. Il lui arrive de participer à des actions de prévention avec les centres de santé locaux.

Le foyer propose un hébergement doublé d'une aide sociale, avec accès aux droits, aux soins, au logement, au travail et à la formation, quelques soins médicaux sont apportés, mais ce sont les éducateurs qui forment le noyau dur de l'équipe. Les personnes hébergées proviennent de tous les horizons, leur séjour dure généralement cinq mois.

Ce directeur semble assez bien intégré dans un réseau de prise en charge et a la nette impression que ce réseau de prise en charge des personnes alcooliques s'est amélioré au cours des dernières années.

### 5-2-3. Le médecin-inspecteur de la DRASS et le chef de service du Comité de probation

Ces deux intervenants sont présentés dans le même paragraphe dans la mesure où ils ont tous les deux des fonctions plus officielles et moins directement en rapport avec les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. Le premier âgé de près de cinquante ans est un médecin de santé publique, le second âgé d'une quarantaine d'années est un éducateur spécialisé qui a été promu au sein de son service.

Le médecin-inspecteur nous a précisé l'histoire de la région du point de vue de l'alcoolisme : l'alcool est la première pathologie de la région, avec un dispositif encore insuffisamment développé. Le premier dossier du CHAA du Pas-de-Calais date de 1978, un dossier alcoologie a été monté en 1993. Le Groupement Régional d'Alcoologie est un partenaire important pour lui. Pour lui un réseau est très nécessaire dans le domaine de l'alcoolisme, car il n'existe pas de thérapeutique simple, la maladie est déniée tout à la fois par la population et les politiques. Il regrette que le réseau actuel ne soit pas plus structuré et le manque de médecins spécialisés en alcoologie, mais il a vraiment le sentiment de la réalité de ce réseau.

Le chef de service du Comité de Probation consacre environ 15 % de son temps d'activité aux contacts avec des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme, il s'occupe tout à la fois de la prévention et de s'entretenir avec les personnes, une fois leur entretien avec un magistrat terminé. Il travaille tout à la fois avec les CHAA et la famille, d'autant plus qu'à son niveau d'intervention proche du repérage des personnes en difficulté, il existe un fort déni du problème qu'il convient de dépasser, jusqu'à l'acceptation de son traitement. Son action est ponctuelle, le suivi s'opérant plutôt par l'intermédiaire des travailleurs sociaux. Son travail se réalise en collaboration avec des intervenants du réseau, mais aussi avec les autres personnes du Comité de Probation : Juges d'application des Peines (JAP), les travailleurs sociaux et le personnel administratif. Les contacts s'établissent avec les personnes le plus généralement après une condamnation : il y a une mise à l'épreuve, un sursis, une libération conditionnelle ou un Travail d'Intérêt Général (TIG) à la source. Il lui arrive de participer à des rencontres avec le Groupement Régional d'Alcoologie. Le travail en réseau lui apparaît réellement indispensable, il se sent impliqué dedans, même s'il se juge un peu

trop "jeune" dans l'activité pour vraiment juger des améliorations les plus nécessaires pour que le réseau soit le plus adéquat.

#### 5-2-4. Trois établissements originaux d'accueil des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme

Ce centre médico-psychologique a été fondé en 1970, il y a eu un turn-over important parmi les membres de l'équipe, mais depuis 1984 l'ensemble s'est stabilisé. Notre interlocuteur y participe depuis 1986. Ce centre offre des soins psychiatriques de secteur, a une fonction d'hygiène mentale, il peut orienter dans certains cas, on y trouve des ateliers d'écoute et d'activités diverses. Ce médecin offre un programme de soins, il s'agit de cure dans la majorité des cas avec un suivi par des consultations, un accompagnement et une aide dans un groupe thérapeutique, cette fonction occupe environ la moitié de son temps, et son action s'inscrit plutôt dans un suivi.

L'équipe du centre est composée de lui-même - psychiatre -, d'un psychologue, un travailleur social et plusieurs infirmières. Les personnes parviennent au centre de multiples manières, par le médecin traitant, les services hospitaliers, les services sociaux, les CHAA, la personne peut aussi venir d'elle-même ou par le biais de recommandations.

Cette structure paraît bien intégrée dans le réseau, les contacts sont multiples et diversifiés. Ce médecin estime qu'un fonctionnement en réseau est particulièrement nécessaire pour bien articuler toutes les interventions auprès des alcooliques, mais souhaite qu'une réorganisation des structures de soins ait lieu sur la région; avec plus de moyens, une meilleure communication et concertation de tous les partenaires, plus de disponibilité et une volonté politique plus importante, on pourrait sans doute améliorer l'ensemble. Il souligne particulièrement la nécessité d'une pluri-disciplinarité dans le domaine.

L'association de quartier a été créée en 1992, différentes associations sur un quartier ont été "chercher" un médecin spécialisé pour la créer. Cette association a comme particularité de réunir une foule d'intervenants provenant de tout le réseau de prise en charge. Elle assure à la fois une fonction d'accueil, de suivi individuel ou collectif, d'information, de prévention et de formation. Elle est dédiée à l'alcoolisme. Elle constitue un lieu de référence : s'y tiennent aussi un atelier théâtre, des débats, etc. Son statut est assez original, on pourrait la définir ainsi que le dit notre interlocuteur comme une structure de "pré-cure"; des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme viennent y prendre des renseignements, pour entamer une démarche, informés de son existence par des

travailleurs sociaux, des médecins, des associations d'anciens buveurs ou par le bouche-à-oreille.

Des réunions hebdomadaires se tiennent, l'équipe de base est composée d'un directeur, qui est notre interlocuteur pour l'enquête, d'un médecin alcoologue, d'un psychologue et d'une secrétaire - tous trois mis à disposition par le CHR - sans oublier des bénévoles. Le directeur assume plus une fonction de coordination, il participe au titre de sa fonction dans le centre à de nombreuses activités de prévention, sensibilisation et formation, il est en contact avec de nombreux autres organismes sur le domaine, le GRA, le CDPA, des commissions de santé locale, etc. et participe quand il le peut à des rencontres ou colloques. Il estime qu'un réseau est particulièrement nécessaire, surtout pour compenser des manques de moyens et qu'il vaudrait la peine de clarifier les actions de chacun et s'accorder sur les objectifs.

L'association intermédiaire était initialement destinée au public "jeunes", elle a été créée en 1985 pour aider les sans-logis dont les effectifs semblaient augmenter. C'était dans les premiers temps un point d'accueil, qui s'est petit à petit "solidifié". Cette association n'est pas seulement tournée vers les alcooliques, mais aussi vers tout jeune ayant des problèmes de toxicomanie et/ou plus généraux. Des fonctions d'accueil sont assumées, un service médical et social, avec des aides pour le logement, de l'ergothérapie, etc. L'équipe de travail est composée d'un médecin, de travailleurs sociaux et de bénévoles. Les personnes arrivent du fait d'un problème pathologique en rapport direct ou indirect avec l'alcool; elles ont entendu parler de l'association par le bouche-à-oreille, des services d'alcoologie, des services sociaux ou d'autres associations.

Le médecin généraliste qui nous<sup>a</sup> reçus consacre la moitié de son temps d'activité à des personnes consultant pour un problème d'alcoolisme, il essaye d'instaurer un dialogue et d'amorcer une réflexion. Cela donne lieu le plus souvent à une action suivie d'accompagnement et de réflexion qui peut durer de quatre à cinq mois. Ce médecin âgé d'une quarantaine d'années s'est intéressé progressivement à l'alcoolisme, du fait de son entourage, du manque de réaction qui selon lui caractérisait l'attitude des médecins et du personnel soignant. Il participe aujourd'hui à de nombreuses activités de formation et de sensibilisation, il lui arrive de travailler avec le GRA et une autre association.

L'association semble bien intégrée dans le réseau, et le médecin interviewé considère que le travail en réseau est plutôt nécessaire, il regrette cependant les "trous" existant dans le réseau actuel de prise en charge, il aimerait qu'il prenne plus d'ampleur, et qu'il soit soutenu dans ses développements par une volonté politique et une plus grande implication des médecins généralistes.

### 5-3. Les CHAA

Six responsables ou intervenants dans six CHAA différents ont été rencontrés. Ils sont médecins ou travailleurs sociaux et se sont intéressés à l'alcoolisme par le biais de leur profession, soit parce que leur spécialité (la gastro-entérologie ou la santé mentale notamment) était en rapport avec les pathologies de l'alcoolisme, soit du fait des circonstances.

Ces CHAA sont assez différents, plus ou moins proches de l'hôpital, gérés par des instances différentes, etc. Dans tous les cas, ils assurent généralement une action à la frontière du psychologique, du médical et du social. Leurs équipes sont composées de médecins vacataires, de travailleurs sociaux, d'une diététicienne, et selon les cas d'un psychologue, sans oublier bien sûr le personnel administratif. La masse des personnes reçues par les CHAA provient des instances judiciaires, des médecins traitants et des services sociaux. Si le CHAA est hospitalier, la proportion des personnes orientées par l'hôpital augmente nettement. Sinon, mais de manière moins significative, elles arrivent conseillées par des mouvements néphalistes, la médecine du travail, l'entourage du malade, etc. Elles peuvent ne venir que pour une visite ponctuelle, comme dans le cas d'une alcoolémie routière, ou pour un suivi de durée très variable quand il s'agit d'alcoolodépendants.

Ces structures semblent particulièrement bien insérées dans le réseau et sont très intéressées pour son développement, dans ses moyens, comme dans son organisation.

### 5-4. Les services hospitaliers

Six personnes travaillant dans des services hospitaliers ont été rencontrées. A l'exception d'une infirmière surveillante, ces intervenants sont des médecins de spécialités diverses dans des services d'alcoologie, de psychiatrie, psychothérapie ou psychopathologie. Ils se sont intéressés à l'alcoolisme par le biais de leur profession, mais si certains affirment avoir été attirés d'emblée par le domaine, pour d'autres, l'alcoolisme n'était pas a priori un sujet qui les motivait : l'un d'entre eux nous a précisé qu'il avait dû s'y intéresser par "mauvais choix", il était le dernier à choisir son orientation.

La plupart de ces services sont de création récente, ils datent des années quatre-vingt, un seul est plus ancien. Ils ont été montés sur l'initiative d'un médecin particulièrement motivé, fréquemment en se séparant d'un service déjà existant. Ils offrent des cures et proposent dans la plupart des cas un suivi, de

durée assez variable. Le recrutement est plus médicalisé que dans les autres structures de prise en charge du département : les médecins traitants en sont souvent à l'origine, ou lors d'une hospitalisation dans un autre service de l'hôpital, un problème d'alcoolisme est décelé. Parfois, nos interlocuteurs ont précisé que les personnes venaient d'elles-mêmes dans le cadre de consultations.

Certains de ces intervenants hospitaliers rencontrés vont parfois au-delà de leur strict engagement professionnel et s'impliquent dans la mise en place ou l'animation d'autres structures que leur service d'appartenance. Ils ont pu être sollicités par d'autres, ou alertés par les manques ou défauts qui caractérisent à leurs yeux le réseau local de prise en charge. Ils deviennent ainsi des références pour bon nombre d'autres partenaires et sont fréquemment évoqués au cours de l'enquête.



## VI - LES CONSULTANTS DU BAS-RHIN : PRATIQUES DE RESEAU

### 6-1. Les associations d'anciens buveurs

Les responsables de dix associations différentes ont été rencontrés dans ce département. En outre, il existe une fédération de ces associations, dont nous avons interviewé le président. Au total, treize personnes ont été enquêtées. Deux associations locales ont donné lieu chacune à deux interviews, pour deux sections différentes.

#### 6-1-1. Une section des Alcooliques Anonymes (AA)

La section des AA de Strasbourg est née en 1967 grâce à l'initiative de deux personnes, dites les "grands anciens". Ce couple a largement contribué à la diffusion des AA dans la région, on dit d'eux qu'"ils avaient une aura formidable, quand ils se mettaient à parler". Ces deux personnes sont décédées depuis trois ans.

Il existe aujourd'hui une quinzaine de groupes en Alsace. Dans la section rencontrée à Strasbourg, une douzaine de personnes sont participantes. Des réunions ont lieu tous les mardis soir, pendant une ou deux heures. Les contacts se font le plus généralement en groupe, rarement en face-à-face, sur la base d'une démarche personnelle du nouvel arrivant. Les personnes rencontrées pensent qu'elles apportent une aide psychologique et une aide morale. Le recrutement des "nouveaux" se fait essentiellement sur la base de publicité dans la presse, par des prospectus, un film a même été évoqué comme moyen de se faire connaître. Les médecins envoient parfois des personnes, mais c'est assez rare.

Quelques actions d'information ont lieu, mais cette activité n'est pas très développée. Des réunions ont lieu avec les maisons de cure, parfois avec un alcoolologue local ou des écoles d'assistantes sociales et d'infirmières. Sinon, outre les congrès spécifiques à l'ensemble des sections des AA dans toute la France, les associations se réunissent à l'échelon régional.

Notre interlocutrice dans l'association est âgée d'une cinquantaine d'années, elle est mère au foyer et participe aux activités des AA depuis dix-huit ans. Elle définit les contacts avec d'autres partenaires comme irréguliers, au coup par coup, sauf avec les CHAA et les centres de cure et de postcure, avec lesquels des rencontres se font à des rythmes pré-définis. Elle se réfère essentiellement aux

définitions de l'alcoolisme et de l'alcoolique du mouvement des AA, considère qu'on ne peut guère parler de "guérison", mais de "stabilisation", et que la seule méthode est celle de l'abstinence. Elle apprécie d'appartenir au réseau de relations caractérisant la prise en charge des personnes alcooliques dans le département, parce que cela fait connaître son association et permet de transmettre une autre vision de l'alcoolisme.

### 6-1-2. Une association originale : ANGI

Cette association locale a été créée par deux personnes, Annette et Gilbert, Annette a eu des problèmes d'alcoolisme. ANGI est né en 1976, en parallèle avec la Croix d'Or. Cette association a plusieurs fonctions, elle assure non seulement un accueil et une orientation, elle peut aussi proposer un hébergement.

Après un premier contact avec un nouvel arrivant, contact d'assez longue durée -de l'ordre de trois ou quatre heures- et qui suit un protocole précis, il est proposé à la personne de rencontrer un médecin. Ensuite, une relation suivie s'établit normalement, par des visites, des contacts par courrier ou téléphone. Le suivi moyen dure trois ou quatre ans, mais peut aller jusqu'à dix ans. L'aide fournie à la personne est globale, elle peut tout aussi <sup>bien</sup> s'exercer au niveau moral, psychologique, social, etc. C'est un suivi très individualisé.

Le recrutement de l'association se fait par voie de presse, ou par le biais d'infirmières, d'assistantes sociales, d'avocats, etc. Les contacts avec les autres partenaires se font au coup par coup, sauf avec les autres mouvements d'anciens buveurs.

Le directeur de l'association est âgé de près de 65 ans, c'est un autodidacte qui s'est énormément investi dans l'activité de l'ANGI, mais qui aujourd'hui y consacre beaucoup moins de temps. Il ne <sup>s'</sup>est pas très impliqué dans le réseau actuel de prise en charge des personnes alcooliques. Il estime que l'alcool est une drogue populaire, et que la seule solution pour un malade, c'est l'abstinence totale, pour éviter de rester dépendant du produit pendant toute sa vie.

### 6-1-3. Les amis de la santé 67

Cette association existe depuis 1975, elle a été créée par d'anciens malades, qui se sont séparés d'une autre association pour créer la leur. Elle fonctionne essentiellement dans la communauté urbaine de Strasbourg, mais elle est fédérée dans une association nationale. Cette structure assure essentiellement des fonctions d'accueil, d'orientation et de suivi. Cette une équipe fonctionne de

manière très homogène, il n'y a pas de distinction ou de fonction spécifique attachées aux divers membres la composant. Leur but est d'abord d'aider les personnes à comprendre leur problème, puis les amener à se faire soigner. Il n'y a pas de règle particulière pour la prise en charge. Les malades sont généralement rencontrés à leur domicile, par deux personnes de l'association, et un travail est mené auprès de l'entourage aussi. Les personnes sont informées de l'existence et de l'action de cette association par les familles, puis les médecins ou les assistantes sociales "quand ils ne savent plus quoi faire".

L'association participe à des campagnes de prévention et de sensibilisation : conférences, réunions, débats. La plupart des relations avec les autres partenaires locaux s'établissent par le biais de malades orientés vers leur association ou vers des intervenants. Les relations les plus suivies sont avec les centres de cure et de postcure; de manière plus obligatoire, il existe des contacts avec le CHAA. Ceux-ci ne sont pas jugés très fructueux par le président de l'association qui estime que les divergences d'opinion sont trop fortes pour faciliter un travail en commun.

Le président de l'association est âgé de 45 ans, il exerce la profession d'assureur. Son activité à l'association occupe de deux à trois heures de son temps quotidien. S'il considère que le travail en réseau est intéressant, pour mettre au point des actions communes, il ne s<sup>est</sup> pas très impliqué dans le réseau local. Il définit l'alcoolisme comme une maladie, pour laquelle la seule méthode de guérison est l'abstinence.

#### 6-1-4. Les deux sections alsaciennes de Vie Libre

Le responsable de la section de Strasbourg est âgé d'une quarantaine d'années, il travaille dans l'administration et milite à Vie Libre depuis 1988. Le responsable de l'autre section, âgé de soixante ans, a exercé plusieurs professions au cours de sa vie active. Ces deux sections qui comprennent une trentaine de membres chacune datent d'une vingtaine d'années. Des permanences se tiennent toutes les semaines ou toutes les deux semaines. Des visites aux malades à son domicile, à l'hôpital et dans les centres de postcure ont lieu, en coordination avec d'autres associations.

Ces deux sections assurent un accueil, un suivi et une orientation des personnes alcooliques, c'est à la fois une aide morale et psychologique. Les malades parviennent à l'association par le biais de la presse, du bouche-à-oreille, de la justice, mais aussi par l'intermédiaire de quelques médecins, du CHAA et des centres de postcure. Après un premier bilan qui s'effectue en tête à tête, un contact avec le groupe est proposé, puis un suivi est mis en place, souvent plus intense dans ses débuts, mais cela dépend des souhaits du consultant.

Cette section associative participe à des actions de prévention, sur des demandes ponctuelles, mais aussi en coordination avec d'autres associations; en outre des travaux sont menés en commun par l'intermédiaire de la FAMLA, mais aussi avec le CDPA. Ces contacts avec les autres partenaires sont fréquents, de manière régulière avec les mouvements d'anciens buveurs, les CHAA et les centres de postcure, La section de Strasbourg a aussi des relations avec les services hospitaliers et le Comité de Probation.

Selon notre interlocuteur strasbourgeois, le réseau de relations actuel est un facteur important pour améliorer l'efficacité de la prise en charge du malade. Ils ont deux définitions de l'alcoolisme qui ne soulignent pas les mêmes aspects, l'une est assez personnelle : c'est passer du stade "alcool-plaisir" au stade "alcool-enfer", l'autre se réfère plus classiquement à la notion de dépendance. Ils ne mettent pas en avant les mêmes éléments, le responsable de la section strasbourgeoise souligne effectivement le fait que la seule solution est l'abstinence totale, l'autre responsable rejette le terme de "guérison" et met en relation la pluralité des méthodes et la différence importante d'un malade à l'autre.

#### 6-1-5. Deux sections d'une association d'anciens de ...

Cette association dont il existe quatre sections sur la région a été créée par des anciens curistes d'un centre de postcure local. Elle accueille aujourd'hui des personnes qui sortent d'un séjour dans le centre de post-cure, mais qui ont pu aussi être prises en charge dans un CHAA ou à l'hôpital. Les deux sections rencontrées datent de 1976 et 1983.

Ces deux associations assurent des fonctions d'accueil, d'écoute, d'orientation et organisent parfois des loisirs. La prise en charge varie dans son contenu selon les cas. Les premiers contacts se nouent généralement en face-à-face sur la base d'un entretien préliminaire, la famille et le conjoint surtout sont souvent sollicités pour la démarche. Il arrive dans certains cas, que les premières rencontres aient lieu au CHAA ou à l'hôpital. L'une des sections travaille en étroite collaboration avec le CHAA, notamment sur le plan d'actions de prévention, formation ou sensibilisation. L'autre section est restée plus proche du centre de postcure pour ce qui concerne ce type d'activités complémentaires.

Les deux personnes que nous avons rencontrées au sein de ces associations sont deux hommes âgés d'environ cinquante ans. Ces personnes sont peu diplômées (CEP ou CAP). Elles sont toutes les deux persuadées de l'intérêt d'un réseau relationnel, mais pour des raisons différentes : dans un cas, pour bénéficier

d'une bonne information, dans l'autre cas, pour le réconfort que cela apporte. Nos deux interlocuteurs sont convaincus que l'abstinence est le seul remède, cependant l'un préfère parler de stabilisation, plutôt que de guérison et leurs définitions de l'alcoolisme ne sont pas les mêmes : l'un insiste sur le côté destructeur de l'alcoolisme, l'autre en donne une définition plus technique, en rapport avec la notion de dépendance.

#### 6-1-6. Une association "indépendante"

C'est à la suite d'une scission avec une autre association que cette structure est née à la fin de l'année 1977. Elle se veut indépendante tant du point de vue politique que confessionnel. Si ces tendances n'apparaissent pas toujours de manière flagrante dans le discours des responsables d'associations que nous avons rencontrés, elles étaient fortement indiquées par cet interlocuteur. Pour créer cette association il a collaboré avec un directeur de centre de postcure local et un responsable d'un service d'alcoologie d'un hôpital hors de la région.

La personne que nous avons rencontrée est un homme âgé de près de soixante ans, qui a eu une fonction de permanent syndical au cours de sa vie active, ce qui l'a poussé d'ailleurs à s'intéresser à la lutte contre l'alcoolisme. Il est lui-même ancien buveur. Sa fonction actuelle dans l'association n'est plus en rapport direct avec les consultants. Les principales activités de son association consistent en des actions de prévention et une prise en charge "du traitement et de la réinsertion dans la société, la famille et l'emploi" des personnes malades, ce qui suppose un véritable suivi.

Les activités de prévention et de formation de cette association se font en accord avec les autres associations sur le département, sinon sa participation à des réunions ou colloques se situe à un niveau national ou international. La plupart des relations qu'il nous décrit se sont établies à un niveau régional ou national.

Cet interlocuteur accentue le côté "universel" de l'alcoolisme : "une maladie qui touche toutes les catégories sociales". Si l'abstinence est obligatoire selon lui, les méthodes sont en revanche multiples pour aider le malade.

#### 6-1-7. Une section alsacienne de la Croix Bleue

Cette section de l'ouest du département a été créée en 1957 par un membre de la section strasbourgeoise. Le responsable de cette section est un homme de plus de soixante ans, ancien fonctionnaire. Ancien buveur, il consacre aujourd'hui environ deux heures par semaine à l'association. Son action peut

être ponctuelle, lors de visites au CHAA ou à l'hôpital. Elle donne lieu à un suivi quand les personnes s'adressent à l'association en sortant de postcure, et décident d'adhérer au mouvement. Mais notre interlocuteur nous indique que cette démarche d'engagement est de plus en plus rare. Il considère le travail de l'association comme un travail d'équipe, puisque les interventions et/ou visite se font généralement à deux.

Les activités de prévention, formation et sensibilisation se font avec les partenaires de l'association au niveau national ou local, sinon de manière plus ponctuelle avec l'un ou l'autre type de partenaires locaux : médecins, psychologues, infirmières du CHAA, etc. Enfin des rencontres avec les autres mouvements associatifs du département se produisent par l'intermédiaire de la FAMLA.

Il existe de vraies relations avec les autres associations néphalistes, mais aussi avec les CHAA et les centres de postcure, ces relations apportent surtout un soutien moral dans l'activité.

Pour ce responsable associatif l'alcoolisme est une maladie et seule l'abstinence est une méthode efficace pour y faire face.

#### 6-1-8. Une section alsacienne de la Croix d'Or

Le Président de la Croix d'Or sur le département est aussi responsable d'une section de l'association. Agé de près de soixante ans, il est abstinent depuis dix-huit ans et milite depuis longtemps à l'association. Il assure, par ailleurs, la fonction de trésorier à la FAMLA 67. La section dont il a la responsabilité a été créée en 1980, mais il souligne le fait que Croix d'Or a une implantation locale depuis très longtemps. Il consacre plus du quart de son temps d'activité à l'association.

L'association offre aux malades, tout à la fois, une écoute et un soutien moral, qui permet d'accompagner les malades et les orienter si besoin. Les malades parviennent à l'association par le biais de leur médecin traitant, de leur famille ou de manière spontanée. Un premier entretien en tête à tête a lieu au domicile du malade ou d'un membre de l'association, l'entourage de la personne est fréquemment sollicité. Ensuite des relations peuvent se nouer plus étroitement, plus distendues si la personne part en cure, elles peuvent retrouver un rythme régulier à son retour. Des réunions ont lieu une fois par mois à la section.

Les activités de prévention, formation et sensibilisation sont assez peu développées. Des rencontres et réunions existent en revanche dans le cadre de la FAMLA ou à des niveaux supra-locaux avec d'autres sections de l'association. Les relations avec les autres partenaires sont assez ponctuels et le plus généralement liées à des échanges de malades, sauf avec les autres associations et les centres de postcure.

Le réseau relationnel est jugé particulièrement important par ce président. Il a ainsi le sentiment d'appartenir à un véritable réseau autant vis-à-vis de la Croix d'Or que de ses partenaires locaux. Pour lui l'alcoolisme est une maladie, une dépendance qui se soigne, le mot "guérison" est inadéquat, mais il admet que l'abstinence est nécessaire comme dans toute maladie d'addiction, enfin il estime que la psychothérapie est sans doute une des méthodes qui donne les meilleurs résultats.

#### 6-1-9. Une association du FITPAT

Née en 1982, cette association a été créée dans une grande administration, à l'initiative d'une assistante sociale. La personne que nous avons rencontrée travaille dans cette administration, elle est âgée d'environ cinquante-cinq ans, c'est un ancien malade. Elle fait partie en parallèle d'une autre association formée par d'anciens militants de la Croix d'Or. Nous avons pris le parti de décrire ici son activité dans l'association du FITPAT dans la mesure où l'activité de l'autre association ressemble fortement aux autres structures que nous avons décrites précédemment.

Les réunions dans cette administration sont mensuelles, elles offrent d'abord une aide morale, l'accompagnement d'un malade étant difficile à réaliser dans ce cadre professionnel. Une vingtaine d'employés participent à cette association, mais c'est souvent elle qui noue les contacts avec les personnes en difficulté, cela peut se faire en face-à-face ou en groupe, les témoignages sont très importants. Les personnes lui sont signalées par leur supérieur dans l'emploi, ou les assistantes sociales, etc. Dans le cadre de cette administration, il existe des activités spécifiques de prévention, formation et sensibilisation, il arrive aussi à notre interlocuteur de participer à des réunions organisées par la FAMLA ou le CDPA. Les contacts avec les autres partenaires du réseau ont un caractère très ponctuel, sauf avec le CHAA et avec les centres de postcure.

#### 6-1-10. Une association originale en redémarrage

Cette structure a changé de nom pour favoriser un renouvellement, permettant ainsi d'oublier des difficultés, principalement induites par la "rechute" de son président antérieur. L'ensemble des éléments recueillis sur l'activité actuelle de l'association reflète ses difficultés à redémarrer.

Aujourd'hui dix malades sont suivis de manière assez inégale. Ils ont été orientés sur cette association par l'intermédiaire de la FAMLA. Les premiers contacts s'établissent au domicile dans le cadre d'un entretien en face-à-face, ensuite il leur est proposé notamment de participer aux réunions mensuelles de l'association, qui rassemblent au maximum une quinzaine de personnes. Les principales tâches de l'association consistent à accueillir les personnes et les aider principalement sur le plan moral. Les activités de la structure en matière de prévention, information, rencontres, etc. sont actuellement très réduites. De ce fait aussi, les relations partenariales dans le réseau de prise en charge sont très réduites et pour notre interlocutrice ce réseau n'a pas d'existence réelle.

#### 6-1-11. La fédération des associations du département

Cette fédération est elle-même une association loi 1901. Elle a été créée en 1982 sur l'initiative de son président actuel qui souhaitait coordonner les actions des associations et mouvements existant sur le département, c'était aussi une manière - selon ses dires - d'"arrêter les querelles de chapelle" .

Ce président âgé d'environ cinquante ans a été auparavant secrétaire, puis vice-président d'une association. Il est aujourd'hui aussi vice-président du comité de prévention. Son rôle est particulièrement important sur le plan de la formation et de l'information, il effectue des interventions régulièrement dans le milieu médical, le milieu social, les CHAA, les enseignements spécialisés, etc.

Son réseau de relations est très large, il souligne fortement l'intérêt de travailler dans le cadre d'un tel réseau, surtout pour éviter la dispersion des efforts des uns et des autres et pour élaborer des stratégies cohérentes. Pour lui l'alcoolisme est d'abord une maladie qui touche l'individu sur tous les plans, elle est la conséquence d'un malaise, l'abstinence doit être totale pour éviter la rechute, mais il n'y a pas de méthode particulière, c'est selon, l'essentiel étant qu'il y ait un résultat.



## 6-2. Les intervenants médico-sociaux

Quatre personnes rencontrées relèvent de cette catégorie. Il s'agit de deux directeurs de centres de postcure et d'un psychiatre travaillant dans un de ces centres. Nous présentons aussi dans ce paragraphe l'activité du médecin-inspecteur de la DDASS.

### 6-2-1. Un centre de postcure mixte

C'est en 1958 que ce centre a vu le jour sur l'initiative d'un ecclésiastique directeur des services sociaux et charitables de Strasbourg. Au départ, cet établissement privé étant exclusivement destiné à recevoir des hommes, depuis 1978, il existe une section féminine, de moindre effectif.

Les séjours de postcure durent quatre-vingt-dix jours. On distingue deux grands types d'activités dans le cadre de ces séjours : d'une part, il existe un suivi médical et psychiatrique, des groupes de parole, des séances d'information par les infirmières, des séances de témoignages d'anciens buveurs, des conférences, etc.; d'autre part, des activités sont proposées, comme du sport et des loisirs, une aide à la réinsertion professionnelle, des propositions pour travailler avec les familles. La prise en charge est individuelle et en groupe.

Une trentaine de salariés oeuvrent dans cette structure : des infirmiers, un éducateur, des ergothérapeutes. Le directeur actuel est arrivé en 1988 avec le projet de restructurer l'équipe et de revoir le projet thérapeutique. Agé de moins de quarante ans, il est diplômé en psychologie et en sciences de l'éducation, il s'est intéressé au domaine de l'alcoolisme d'abord par hasard, il affirme que c'est "une opportunité", mais aussi du fait de la profession de médecin du travail de son père, qui jouait un rôle dans la prévention. Le psychiatre qui intervient dans l'établissement rencontre au moins six fois les personnes en postcure au cours de leur séjour. Il s'est intéressé à l'alcoolisme par le biais de son exercice professionnel dans un centre hospitalier.

Dans la mesure où il est nécessaire qu'un accord préalable soit passé pour être admis dans cet établissement, les pensionnaires sont orientés sur la base d'une démarche d'un médecin traitant, d'un médecin dans un service hospitalier ou dans un CHAA.

Ces deux interlocuteurs ont une activité développée en matière de prévention, information, sensibilisation et au niveau de leur participation à des réunions ou colloques.

Ce centre de postcure dispose d'un réseau relationnel particulièrement actif dans le domaine de l'alcoolisme, du fait des échanges de malades, mais c'est aussi le fruit d'une volonté de communication très forte. Ce réseau est pour eux essentiel non seulement pour la vie de l'établissement, mais aussi pour réussir auprès des malades. Leurs définitions de l'alcoolisme ne sont pas tout à fait les mêmes. Alors que le directeur de la structure le définit d'abord comme une maladie de l'être, le psychiatre l'analyse plutôt en tant que toxicomanie légale. L'abstinence est nécessaire, mais elle n'est pas suffisante pour le premier, il faut une volonté et une "foi" dans les méthodes utilisées; le second insiste sur la permanence de la tentation de la rechute et la multitude des méthodes pour arriver à l'abstinence totale, qui est au final, la seule véritable "méthode".

### 6-2-2. Un centre de postcure de longue ancienneté

Ce centre est né avant la guerre en 1931, à l'image des établissements suisses et allemands, on a pu le définir comme "une communauté asilaire avec de petits moyens". Sa direction a été longtemps le fait de membres de la Croix Bleue. Depuis 1951, des conventions ont été passées avec la Sécurité Sociale. Son directeur y travaille depuis une vingtaine d'années, il y était psychologue avant d'accéder à sa fonction actuelle. Agé d'un peu plus de quarante ans, il définit son intérêt pour le domaine comme atavique, son père ayant dirigé le centre avant lui !

Une trentaine de personnes travaillent dans cette maison, où l'approche individuelle prédomine et où l'orientation est plutôt psychologique. Comme le centre précédent, la nécessité d'un accord préalable d'admission réduit les canaux d'arrivée des malades à la profession médicale. Le séjour y est aussi de 90 jours avec un objectif alcoologique et un objectif psychologique. Le directeur est moins actif que le précédent en matière de prévention, formation et sensibilisation aux problèmes de l'alcoolisme, il répond cependant à des sollicitations ponctuelles. Il participe plus à des réunions, surtout avec des personnes ayant le même type de fonctions que lui; mais il affirme se lasser des congrès ou colloques, qui sont selon lui de moins en moins dynamiques.

En revanche, comme son homologue local il est aussi très impliqué dans le réseau local de partenariat, cela fait complètement partie de son travail selon lui, et on ne peut pas "faire autrement".

### 6-2-3. Le médecin-inspecteur de la DDASS

Cet interlocuteur estime que son rôle va au delà de la stricte application des textes législatifs. Il a mis sur pied un conseil départemental du risque alcool, défini des médecins généralistes référents et engagé un suivi du réseau des CHAA. Il doit impulser et proposer des actions, il initie des réunions si besoin, et espère pouvoir les rendre plus régulières. Son réseau relationnel est défini par ses fonctions administratives, il est très intéressé dans la définition d'un réseau, qui lui permettrait de faire un véritable état des lieux, il regrette des déséquilibres existants : des intervenants ayant trop de pouvoirs, et inversement d'autres qui sont absents, surtout en amont au niveau du repérage des malades. Il estime qu'un véritable réseau n'existe pas encore.

### 6-3. Les intervenants du CDPA et des CHAA

Il existe un CDPA et cinq CHAA dans le département. Neuf intervenants ont été rencontrés dans ces six structures. Dans l'un des CHAA, trois personnes ayant des fonctions différentes ont été interviewées; dans un autre, deux personnes. Il s'agit majoritairement d'hommes, âgés de plus de quarante ans, qui ont été confrontés à l'alcoolisme dans le cadre de leur profession et s'y sont intéressés essentiellement de ce fait.

Le responsable du CDPA n'est pas en contact direct avec les consultants. Psychologue de formation, il dirige une petite équipe composée de deux chargés d'étude, d'une secrétaire de direction et d'une animatrice. Cette structure a été créée sous une autre forme en 1957 par le délégué régional de l'ANPA; elle a changé de statut au fur et à mesure du temps. Ce comité a aujourd'hui plusieurs fonctions, notamment celle de gérer les CHAA et coordonner les actions entre eux et d'autres partenaires. Depuis 1989, cette structure se développe, des axes prioritaires d'action ont été définis. Le directeur est très impliqué dans la plupart des réunions ou travaux en commun sur la région. Il a le sentiment de jouer un rôle essentiel dans l'alcoolisme et que le CDPA est un point de convergence de tous les partenaires, mais refuse l'idée d'un réseau existant.

Les CHAA alsaciens sont très liés pour la plupart aux services hospitaliers, créés par des médecins de ces services. Un seul CHAA échappe à ce mode de création, c'est un médecin du travail qui est intervenu pour sa mise en place.

Cette forte proximité avec les hôpitaux oriente en grande partie le recrutement, même si un certain nombre de consultants de ces structures proviennent de divers autres canaux, la médecine du travail est bien représentée dans ces sources de provenance. Les arrivants en CHAA ont d'abord un entretien

d'environ trois-quarts d'heure avec un membre de la structure, puis, dans la majorité des cas, un suivi est proposé, dont la durée, allant de plusieurs mois à plusieurs années n'est pas la même d'un lieu à l'autre. Les interlocuteurs rencontrés considèrent souvent que l'activité du CHAA intervient «en bout de chaîne». Les trois fonctions de ces centres sont tout à la fois l'accueil, des consultations et un suivi. Des actions de prévention peuvent être menées en fonction du temps disponible.

Ces CHAA sont de petites structures fonctionnant principalement avec une infirmière et des vacations à temps partiel d'un psychologue et de médecins. Ils disposent de relations régulières avec la plupart des partenaires. Ils apprécient tous le réseau essentiellement pour la cohésion, la concertation qu'il permet et le plus d'efficacité apporté dans le traitement des malades. Ils donnent presque tous la définition de l'alcoolisme de Fouquet en référence : la perte de la liberté de s'abstenir de boire. Ils refusent généralement d'affirmer que l'abstinence est la "guérison", parce que le terme de "guérison" est inadéquat, parce que même dans l'abstinence on peut être encore sous une forme de dépendance. Enfin ils soulignent la pluralité des méthodes qui existent pour aider une personne alcoolo-dépendante.

#### **6-4. Un psychiatre chef de clinique**

Ce psychiatre âgé de trente-cinq ans affirme qu'il s'est intéressé au domaine en raison des sollicitations de ses collègues. Il a déjà exercé ses compétences dans un service d'alcoologie hors de la région. C'est le seul médecin hospitalier rencontré dans cette enquête qui ne soit pas impliqué en parallèle dans une autre structure de prise en charge des personnes alcooliques.

Cette activité absorbe environ 10 % de son temps, il établit un diagnostic, donne un avis thérapeutique et assure un suivi psychothérapeutique de ses consultants. Son intervention peut être ponctuelle ou s'inscrire dans un suivi qui peut durer jusqu'à un an ou un an et demi. Il réalise des entretiens en face-à-face et essaye autant que possible de mener des actions auprès de l'entourage. Ses consultants lui parviennent par le biais des urgences et à la suite d'un séjour dans un autre service hospitalier, ou un suivi dans un CHAA. Il affirme participer à peu d'activités de formation, information ou sensibilisation, et n'avoir des réunions qu'avec quelques confrères. Il a des relations assez régulières avec les divers types de partenaires du réseau de prise en charge. Il est convaincu de l'intérêt d'un tel réseau, il souhaiterait qu'il s'étende et s'améliore en amont, auprès des médecins de ville. L'alcoolisme est pour lui une pathologie qui repose sur un trouble d'une conduite alimentaire, et considère que l'abstinence est

surtout une garantie. Il admet cependant qu'il existe une pluralité de méthodes pour traiter les malades.

#### **6-5. Un médecin généraliste**

Ce médecin âgé d'une cinquantaine d'années est en contact avec des anciens buveurs. Il estime consacrer environ deux jours par mois à des soins en direction de personnes alcooliques, il assure des cures en ambulatoire, mais peut tout aussi bien orienter en maison de cure ou vers une hospitalisation avec un CHAA. Ces suivis peuvent être très irréguliers. Ce sont des relations qui lui amènent des malades alcooliques et des anciens buveurs. Il lui arrive de participer à des réunions d'une association néphaliste, ce sont les seules activités qui en dehors de son travail courant sont en rapport avec la lutte contre l'alcoolisme. Ses relations avec d'autres partenaires dans le domaine se réalisent essentiellement par le biais de malades et sont assez peu développées.

Il n'a pas le sentiment d'appartenir à un véritable réseau de prise en charge des personnes alcooliques, même s'il considère que les quelques relations qu'il entretient dans le domaine permettent d'améliorer l'intervention auprès du malade.

## VII - LES CONSULTANTS DE SEINE-SANT-DENIS : PRATIQUES DE RESEAU

### 7-1. Les associations d'anciens buveurs

Douze intervenants dans des associations néphalistes ont été rencontrés : sept d'entre eux animent différentes sections du mouvement Vie Libre - très développé sur le département - deux animent des sections de la Croix Bleue, un autre une section de la Croix d'Or. Enfin nous avons rencontré des personnes participant aux activités d'associations plus originales : l'une rassemble des personnes conjointes ou proches de personnes alcooliques, l'autre de naissance plus récente se veut plus ouverte que la plupart des autres mouvements néphalistes en mettant en avant l'accueil de personnes "consommatrices".

#### 7-1-1. Une section de la Croix d'Or

La présidente de la section nous a reçu à son domicile, où elle exerce sa profession, elle n'a pas de diplôme. Elle est aujourd'hui âgée de près de cinquante-cinq ans et compte près de trente ans d'abstinence. Son activité professionnelle à domicile lui garantit une certaine disponibilité, car les personnes qui le souhaitent savent où la joindre.

Une communication téléphonique met en contact les futurs arrivants avec l'association. Les demandes sont diverses, les personnes se renseignent, mais ne sont pas toujours prêtes dès ce moment à faire le pas. Dans certains cas, les membres de l'association n'hésitent pas à les orienter vers l'hôpital - où ils ont des contacts - et/ou vers un médecin particulier. Les malades alcooliques ont pu entendre parler de l'association en maison de cure, être envoyés par un médecin ou les connaître par ouï-dire. Pour notre interlocutrice, le fait de participer aux activités d'un mouvement néphaliste assure un soutien à l'abstinente, lui permet de savoir où s'adresser quand il est tenté de boire à nouveau.

L'intervention peut être ponctuelle ou s'inscrire dans un suivi, il n'y a pas de loi en la matière. Dans l'association, on essaye le plus possible de faire participer l'entourage de la personne, c'est jugé très important. L'activité de cette association consiste essentiellement en un accueil, une écoute et une orientation éventuelle.

En dehors des réunions organisées à un niveau supra-local par le mouvement de la Croix d'Or, cette personne ne participe pas à d'autres activités de prévention, information, formation, etc. Son réseau relationnel dans le domaine de prise en charge des alcooliques est très réduit, elle ne connaît que

quelques médecins, un service hospitalier en dehors du département d'étude, ainsi que quelques foyers de cure et de postcure. Elle considère donc que ces relations trop peu nombreuses ne forment pas un réseau.

### 7-1-2. Deux sections de la Croix Bleue

Les deux membres de ces sections qui ont accepté d'être interviewées ont un passé différent. Le premier est pasteur, pour lui l'engagement dans cette activité est lié à la volonté d'aider les autres. Le second est chef-cuisinier, c'est un ancien buveur, qui a déjà connu une rechute.

Tous deux pensent fournir une aide morale, une forme de soutien par l'écoute et le témoignage, ils y consacrent une partie non négligeable de leur temps, de l'ordre de huit à douze heures hebdomadaires. Dans les premiers contacts noués, un rendez-vous est pris pour un entretien en face-à-face, puis après seulement, si la personne le désire, on lui propose de participer aux réunions du groupe. Le bouche-à-oreille est très important dans le recrutement de ces associations, les travailleurs sociaux et les médecins constituent les autres canaux évoqués.

Dans la mesure du possible, l'intervenant essaye de rencontrer les proches de la personne. L'interaction avec le malade peut n'être que ponctuelle, mais il est généralement souhaité qu'elle s'inscrive dans un soutien, d'autant plus qu'il existe des périodes difficiles dans l'abstinence : les vacances, la période des fêtes, etc. Ce travail d'équipe mêle tous les membres de la section, même si parfois comme le souligne un animateur, des proximités s'établissent, favorables à des confidences plus personnelles. Les deux intervenants rencontrés pensent que la structure assure essentiellement des fonctions d'accueil, d'accompagnement et d'orientation. Les actions préventives ou de formation ont très ponctuelles, en dehors de visites régulières à l'hôpital. L'un des deux intervenants participe à des regroupements départementaux ouverts à plusieurs types d'intervenants : médecins et travailleurs sociaux notamment.

Les deux structures ont des contacts assez développés avec les divers types de partenaires, sauf avec les médecins du travail et les services de justice. Les contacts avec les services sociaux sont peu développés dans un cas et l'un est en relation avec les services hospitaliers généraux, mais pas avec les services psychiatriques, à l'opposé de l'autre.

Ils sont tous les deux persuadés de l'intérêt de leur réseau relationnel et ils "comptent dessus".

### 7-1-3. Sept sections de Vie Libre

Les sept intervenants sont des hommes âgés de quarante-cinq ans et plus (jusqu'à soixante-quinze ans) à l'exception d'une personne de moins de quarante ans. Ils ont pour la plupart un niveau de formation inférieur au baccalauréat, si l'on excepte un éducateur spécialisé de formation. Ce sont tous d'anciens buveurs, qui à un moment ou l'autre de leur parcours ont croisé des personnes oeuvrant à Vie Libre et pour lesquelles il y a eu un déclic.

Au delà d'une première rencontre individualisée, il n'est pas rare que le membre de l'association interpellé accompagne la personne dans diverses démarches : visites au CHAA, rendez-vous chez un médecin, inscription dans une structure de soins, etc. Le témoignage et le soutien sont essentiels, la participation à des réunions intervient ensuite. Quand c'est possible, on essaye d'envoyer un membre de l'association qui peut avoir des rapports de proximité avec le malade, du fait de centres d'intérêt communs dans les loisirs ou le travail par exemple. Le plus souvent les déplacements auprès des personnes se font à deux, ensuite c'est l'équipe de la section qui prend le relais dans son ensemble.

Du fait de l'implantation forte de l'association dans le département et du partenariat qui a pu se nouer avec les rencontres organisées dans les services hospitaliers notamment, les canaux de recrutement de l'association sont nombreux : le bouche-à-oreille est essentiel, mais aussi les services sociaux de proximité, l'entourage familial et amical, les médecins, les CHAA, etc.

Outre ces activités d'accueil, de soutien et de suivi des personnes en difficulté, l'association se fait connaître par ses activités de prévention, qui s'adressent au public scolaire, mais aussi à des publics en difficulté, dans des entreprises, etc. On remarque particulièrement des actions menées avec les municipalités, allant de la participation à une kermesse jusqu'à l'organisation des "trois jours sans alcool" de la ville. Il n'est pas rare non plus que Vie Libre participe à des rencontres rassemblant des intervenants de tout le département dans le domaine de l'alcoolisme.

A quelques exceptions près, les réseaux relationnels des différentes sections de l'association dont nous avons rencontré des animateurs sont assez développés. Ils sont généralement tous en contact avec des médecins de ville et du travail, les services hospitaliers généraux et psychiatriques, les CHAA, les services sociaux et les foyers de cure et de postcure. Les contacts sont cependant fréquemment jugés



rare par nos interlocuteurs avec les services psychiatriques, les foyers et la médecine du travail. Ils sont profondément persuadés de l'intérêt de ces réseaux relationnels, ils le motivent fréquemment par l'idée que "seul, on ne peut rien faire".

Leurs définitions de l'alcoolisme vont dans de multiples directions. Ils insistent généralement sur le fait que c'est une maladie et une dépendance, qui peut avoir des conséquences très graves : déchéance, destruction, et qui prend sa source selon certains dans un manque d'information, selon d'autres dans une volonté de fuite des problèmes rencontrés dans la vie. Il est particulièrement intéressant de noter ici que les sept intervenants rencontrés, qui oeuvrent dans le même type d'association, sur un même département, et qui ont fréquemment des contacts mutuels, n'ont pas tous la même définition. Cela permet d'appréhender la difficulté à élaborer une définition et laisse supposer que c'est d'abord dans les actions menées par les uns et les autres, que s'établit la cohérence. Ainsi ils sont tous d'accord pour souligner la nécessité de l'abstinence, même si elle n'est pas synonyme de guérison, mais de stabilisation, pour certains. La plupart admettent aussi une pluralité de méthodes pour répondre à la diversité de tous les cas. Certains cependant émettent des préférences pour l'une ou l'autre forme de parcours de soins : sevrage en hôpital puis séjour en foyer de postcure et accompagnement par des autres abstinents par exemple.

#### 7-1-4. Une association récente à vocation plus originale

Cette association a été créée il y a une dizaine d'années par un ancien malade. Elle est consacrée à l'alcool, mais souhaite se singulariser par le fait que certains de ses membres n'ont pas de problème avec l'alcool : il y a des activités ouvertes à tous, des voyages qui sont organisés. L'idée forte est de vouloir intégrer des personnes qui boivent avec d'autres qui ne boivent pas.

Notre interlocuteur est un homme de quarante-quatre ans, qui est agent d'entretien pour une municipalité, c'est un ancien buveur, qui a connu de multiples rechutes. Le temps qu'il consacre à l'association est difficile à évaluer, il estime dispenser une aide morale, des conseils et une orientation éventuelle. Cela lui demande une réelle disponibilité dans la mesure <sup>où</sup> on peut lui téléphoner à n'importe quel moment pour solliciter son aide.

Dans les premiers contacts, seul le malade est rencontré mais le conjoint est rapidement sollicité. C'est un travail d'équipe : si dans un premier temps, les contacts sont noués individuellement, on demande ensuite à la personne de participer aux réunions, quand elle s'estime prête. Le bouche-à-oreille est essentiel pour le recrutement de l'association, mais aussi l'entourage du malade, parfois le

lieu de travail ou des médecins, il est cependant difficile d'évaluer le poids relatif de chacune de ces voies. La structure fournit donc un accueil et réalise de la prévention. Les interventions à l'extérieur de la structure en matière de prévention, formation, sensibilisation de notre interlocuteur sont en revanche assez limitées à des interventions très ponctuelles.

Les relations avec d'autres partenaires décrites par l'animateur sont très réduites. Il est en contact avec les animateurs d'une autre association, un médecin traitant et il intègre à ce réseau les pharmacies, où il laisse ses cartes de visite. Il n'a donc pas le sentiment d'appartenir à un réseau. Pour lui, l'alcoolisme est une maladie qui se soigne sans médicament, l'abstinence évite la rechute, et la seule méthode pour guérir, c'est boire de l'eau.

#### 7-1-5. Une association de proches d'alcooliques

La responsable du développement de l'association rencontrée dans cette enquête est une femme âgée d'une trentaine d'années, de formation psychanalytique. Cette structure est née il y a une bonne dizaine d'années sur l'initiative de sa mère. Elle s'adresse donc la plupart du temps aux personnes de l'entourage des alcooliques. Des entretiens individuels sont proposés dès le premier contact. L'accueil des familiers n'est pas destiné à "attirer" l'alcoolique, mais pour aider les proches "à renvoyer une autre image, qui peut changer les choses". Au delà des entretiens, qui sont payants, il existe des réunions cliniques hebdomadaires pour l'équipe. Les personnes qui demandent une aide à l'association ont été informées de son existence par des médecins et des travailleurs sociaux, mais ils peuvent aussi en entendre parler par les médias ou par leurs relations. La responsable de l'association participe à des formations.

La structure a noué des contacts avec plusieurs types de partenaires, à l'exception des services psychiatriques, des centres de cure et de postcure et des services de justice. Ce réseau est jugé fondamental pour des échanges pluridisciplinaires et intéressant pour faire connaître ses propres travaux. La définition de l'alcoolisme fournie par cette interlocutrice sépare l'alcool, qui est l'objet et le boire qui est une fonction. Elle refuse le terme d'alcoolique qui renferme le sujet et une personne guérie est selon elle celle qui s'affirme comme telle. L'essentiel pour aller mieux, n'est pas la méthode pour y arriver, mais le fait d'en parler.

#### 7-2. Les intervenants médico-sociaux

Deux intervenants médico-sociaux ont été rencontrés dans ce département, il s'agit d'une infirmière et d'un médecin-inspecteur, qui exercent tous les deux

leurs fonctions à la DDASS. Ni l'un, ni l'autre n'ont de contacts directs avec les personnes malades. L'alcoolisme fait partie des sujets abordés dans le cadre professionnel, l'infirmière s'est particulièrement passionnée pour les problèmes de l'alcoolisme. Ils participent à des rencontres avec les CHAA qui se tiennent tous les deux mois, la DDASS a demandé à ce collectif d'élaborer un projet départemental de lutte contre l'alcoolisme. Il existe des rencontres moins régulières avec les mouvements néphalistes notamment et une journée annuelle avec les CHAA. Le médecin-inspecteur participe en outre à des formations en direction des travailleurs sociaux et des médecins notamment.

Du fait de sa situation professionnelle, le médecin-inspecteur est en contact avec la majorité des partenaires dans le domaine de l'alcoolisme, les relations de l'infirmière sont moins larges. Développer le travail en réseau fait partie de leur mission à tous deux, le médecin-inspecteur regrette que l'alcoolisme "n'ait pas le vent en poupe" et de ce fait ne bénéficie<sup>pas</sup> de crédits permettant une véritable dynamique. Ce dernier estime ne pas pouvoir donner de définition de l'alcoolisme et regrette que l'abstinence, bien qu'ayant des vertus opératoires, soit le seul moyen envisagé aujourd'hui pour "guérir" de l'alcoolisme. Il ne se prononce pas sur le sujet des méthodes de guérison. L'infirmière de son côté s'avoue fortement influencée par les mouvements d'anciens buveurs, elle définit l'alcoolisme comme une dépendance à un produit, que seule l'abstinence peut "guérir" et pour laquelle existe une pluralité de méthodes.

### **7-3. Les intervenants en CHAA**

C'est le groupe le plus important des intervenants rencontrés en Seine-Saint-Denis. Plusieurs raisons justifiaient cette importance relative. Tout d'abord, les CHAA sont nombreux dans le département, deuxièmement, leur activité est très développée. Enfin, ils ont formé un collectif et les divers intervenants de ces structures se rencontrent régulièrement.

Quinze personnes ayant une activité dans des CHAA ou des centres de santé ont été rencontrées, dans huit structures au total. Ces intervenants ont souvent plusieurs fonctions, outre leur activité dans ces structures, ils exercent aussi à l'hôpital ou dans leur propre cabinet. Ils sont médecins, diététiciennes ou psychologues : ce sont neuf hommes et six femmes âgés de trente-trois ans à cinquante-sept ans. La moitié d'entre eux a suivi une formation spécifique en alcoologie.

Leurs activités en rapport avec les consultants absorbent généralement moins de la moitié de leur temps, sauf pour quatre intervenants pour lesquels l'activité auprès des alcooliques est majoritaire. Le type d'aide qu'ils fournissent

est lié à leurs professions bien sûr, les médecins dispensent des soins médicaux, les psychologues une aide psychologique, mais ils affirment presque tous donner une aide sociale en plus. Il est difficile pour eux de séparer leurs fonctions, entre social et médical ou entre social et psychologique.

Il arrive que l'intervention auprès des personnes alcooliques soit très ponctuelle, mais ce n'est pas souhaité le plus généralement, l'alcoolisme est une difficulté de longue haleine. Ces contacts sont donc plutôt individuels, même si dans certains cas, il est intéressant de rencontrer l'entourage, c'est d'ailleurs ce dernier qui parfois a encouragé le malade à rendre visite au CHAA et souhaite des contacts avec le praticien. De nombreux intervenants en CHAA ont souligné le fait que la démarche de visite du malade est souvent loin d'être spontanée et volontaire et qu'il est nécessaire de faire prendre conscience à la personne de ses difficultés, de la responsabilité de l'alcool dans ces problèmes, de la nécessité d'engager une démarche de soins et du temps que cela peut prendre, parce qu'"il n'y a pas de miracle".

Le travail réalisé auprès des consultants est souvent ou toujours un travail d'équipe, où l'on tente de rassembler le maximum de compétences diverses : médecins, infirmiers, travailleurs sociaux et psychologues constituent le noyau dur de ces équipes. Une diététicienne, des formatrices, des anciens buveurs peuvent compléter cet ensemble. Il n'est pas exclu non plus de faire appel à des compétences extérieures, si besoin. Un intervenant considère même que l'entourage du malade peut être considéré comme faisant partie de ces équipes de travail.

Les activités de la structure vont souvent au delà d'un simple travail d'accueil et de consultations, pour aller vers un véritable soutien de la personne. La prévention est aussi un axe privilégié de leur activité. La plupart de nos interlocuteurs dispensent des formations dans le domaine auprès de publics assez variés. Des actions d'information et de sensibilisation sont menées par eux. Enfin ils sont souvent partie prenante de rencontres ou réunions, qui sont organisées par le collectif qui rassemble les CHAA du département, par la SFA ou la DDASS.

Les réseaux de relations comprennent pour la majorité d'entre eux des mouvements d'anciens buveurs, des médecins de ville, des services hospitaliers généraux et les services sociaux. Les contacts avec la médecine du travail ne sont pas effectifs pour tous, de même qu'avec les services psychiatriques, les foyers de cure et de postcure. Les services de justice ne semblent pas proches du tout de leur sphère d'activité. Ces réseaux sont donc très centrés sur les partenaires les plus classiques du domaine de prise en charge de l'alcoolisme. Ils sont tous persuadés de l'intérêt de ce réseau, mais insistent sur le manque de moyens qui gêne son développement.

C'est au sein de cette catégorie d'intervenants que l'on trouve le plus de contestataires au sujet de la corrélation entre abstinence et guérison : Six personnes rencontrées réfutent clairement cette idée, ils complètent leur réponse en critiquant ce "dogme" trop souvent admis et en affirmant que l'abstinence ne peut pas être une fin en soi. Cinq intervenants nuancent leurs réponses, refusent le mot de guérison, lui préfèrent éventuellement celui de stabilisation ou expriment leur accord dans le cas de l'alcoolodépendant et leur désaccord pour ce qui concerne les buveurs excessifs. Enfin les autres admettent en le regrettant la véracité de cette idée, dans la mesure où c'est la seule solution pour la plupart des alcooliques, un intervenant nous précise que s'il n'y a pas de moyens de le prouver médicalement, la réalité des rechutes oblige à l'admettre.

Il est surprenant de constater qu'au sein d'une catégorie d'intervenants présentant une relative unité d'action, ayant fréquemment des contacts simultanés, des formations et des publics comparables, on trouve une telle diversité d'opinions sur le thème de l'abstinence. C'est un débat profondément actuel et qui n'est pas près de s'éteindre, surtout dans une assistance composée de médecins, qui s'interrogent sur l'existence de preuves médicales d'une inscription physiologique d'une fragilité spécifique dans le corps de l'ex-alcoolique.

En revanche, ils sont presque tous d'accord pour admettre la pluralité des méthodes, si tant est qu'il existe des méthodes. Un intervenant refusant le terme de guérison, n'admet pas par conséquent, l'idée de méthodes.

#### 7-4. Les services hospitaliers

Les intervenants en services hospitaliers n'ont pas seulement été rencontrés en Seine-Saint-Denis, deux d'entre eux exercent leur activité dans des établissements proches et surtout renommés de départements voisins. Leur proximité explique le fait que des malades rencontrés de Seine-Saint-Denis y sont traités. D'autres médecins rencontrés au cours de cette enquête dirigent un service à l'hôpital, mais dans la mesure où ils ont une forte influence dans la dynamique locale des CHAA, nous avons préféré les présenter dans la catégorie des intervenants en CHAA.

L'un des cinq intervenants hospitaliers présentés ici est responsable d'un service psychiatrique, un autre est attaché à un service de gastro-entérologie, les trois autres sont responsables de services d'alcoologie ou y travaillent. Ce sont quatre hommes et une femme âgés environ de quarante-cinq à cinquante-cinq ans. Ils affirment s'être intéressés à l'alcoolisme, soit par hasard, soit du fait que les malades qu'ils traitaient s'avéraient fréquemment en être atteints. Tous se

sont fortement impliqués dans le domaine, n'hésitant pas à s'investir dans des actions allant au delà de leurs missions courantes.

Leur activité en rapport direct avec les malades alcooliques absorbe de 20 % de leur temps, jusqu'à 100 % dans le cas du médecin alcoologue, responsable d'un service connu en la matière à Paris. Il est rare que ces intervenants se limitent à dispenser des soins médicaux, leur intervention se veut la plus complète possible et tente d'englober si possible une aide psychologique, morale, et sociale.

De multiples compétences sont le plus souvent présentes dans leurs équipes : outre le personnel soignant comprenant les médecins et les infirmières, des diététiciennes interviennent parfois ou des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, etc. Des séances de groupe peuvent être organisées, des rencontres avec des anciens buveurs ayant été traités dans l'établissement et/ou de mouvements néphalistes extérieurs, etc. On favorise généralement l'ouverture et il n'est pas rare que des contacts soient noués avec l'entourage du malade. Dans la mesure du possible, il est tenté de trouver des orientations à la sortie de la prise en charge hospitalière : "on passe la main pendant qu'ils sont ici". Dans certains cas, où le manque de moyens rend difficile une prise en charge aussi complète que souhaitée, on tente de trouver les partenaires à l'extérieur de la structure.

Ces intervenants dispensent généralement des formations à l'extérieur, ils sont fréquemment sollicités du fait de leur expérience et pour certains de leur "célébrité" dans le domaine de l'alcoolisme pour participer à des rencontres ou à des réunions, des groupes de travail avec d'autres partenaires.

Les personnes rencontrées dans ces services hospitaliers ne sont pas toujours elles-mêmes en contacts directs avec les autres partenaires du réseau de prise en charge, mais elles admettent fréquemment être en relations avec plusieurs d'entre eux. Ces relations reposent la plupart du temps sur l'orientation de malades et sont plus souvent nouées par les équipes de travail que par l'intervenant rencontré. Nos interlocuteurs regrettent souvent le manque d'implication des médecins de ville, le caractère ponctuel des échanges avec les médecins du travail et la difficulté de communication qui caractérise parfois les rapports entre services hospitaliers généraux et services psychiatriques.

