

REGARD HISTORIQUE SUR L'ÉVOLUTION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DES SOINS EN ALCOOLOGIE

Jean-Marie Coste (Addiction Neuchâtel) et Tristan Coste (HETSL)

Des premières approches moralisantes à l'émergence du modèle du rétablissement, l'alcoologie a connu de profondes transformations. Les auteurs retracent ici l'évolution des soins et de l'accompagnement, du modèle centré sur la substance à une approche intégrative et participative. À travers un regard historique, nourri d'exemples issus de Suisse romande, ils montrent comment les pratiques se sont progressivement humanisées et décloisonnées (réd.).

Dès l'Antiquité, l'ivresse est décrite comme une expérience troublante à la fois le corps et l'esprit. Hippocrate, médecin et prêtre, dépeignait déjà les effets de l'excès d'alcool comme une source « d'agitation, de délire et de frisson dans l'après-boire »¹. L'alcool est ainsi associé depuis l'origine à une problématique de santé oscillant entre l'explication médicale et des considérations religieuses et morales. Cette tension traversera les siècles et marquera durablement les manières d'accompagner les personnes concernées.

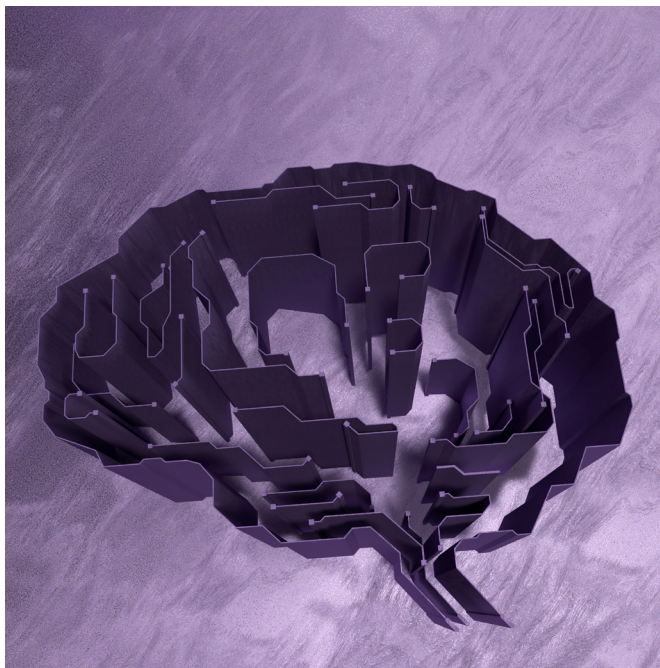
Dans cet article, nous proposons de broser un bref portrait historique de l'alcoologie en nous centrant sur l'évolution de l'accompagnement et des soins dès les années 1950. Pour éclairer cette évolution, nous illustrerons certains passages avec des exemples issus de Suisse romande et en particulier du canton de Neuchâtel, où la création du Service médico-social (SMS) reflète à petite échelle les grands basculements de l'alcoologie en Suisse.

DU MOUVEMENT DE LA TEMPÉRANCE AU MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL

Benjamin Rush, médecin américain à qui l'on attribue les premières approches cliniques de l'alcoolodépendance, propose en 1784, dans son texte *Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humain*, un « thermomètre de l'intempérance ». Ce dernier met l'accent sur la substance comme agent causal² et établit une hiérarchie des boissons selon leur concentration en alcool, les spiritueux étant associés aux conséquences morbides les plus graves. Dans ce paradigme monovarié, c'est la substance qui est considérée comme l'agent

pathogène à éradiquer. Ce même point de vue se retrouve encore un siècle plus tard. Les statuts de l'Association française de lutte contre l'alcoolisme recommandent par exemple « le remplacement des liqueurs alcooliques par des boissons salubres, tels que les vins naturels »¹. Ce modèle, centré sur l'effet du produit, a largement inspiré le mouvement de la tempérance, qui prônait la modération ou l'abstinence d'alcool, voire sa prohibition, au nom de la lutte contre la pauvreté, la criminalité et les violences domestiques.

Dès le milieu du XIX^e siècle, un nouveau modèle s'impose progressivement : le modèle bivarié, qui déplace l'attention de la substance vers la personne malade. Cette transition se traduit notamment par l'introduction, en 1852, du terme « alcoolisme » par le médecin suédois Magnus Huss. Celui-ci définit cette condition comme une maladie chronique, distincte de la simple « ivrognerie »¹. Quelques décennies plus tard, l'accent porté sur l'individu s'exprime dans les discours des Alcooliques Anonymes, pour qui la reconnaissance explicite de sa dépendance et de sa responsabilité constitue une étape indispensable du rétablissement. Par ailleurs, la première édition de 1952 du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) classera l'alcoolisme parmi les troubles de la personnalité, renforçant la conception d'une « personnalité addictive ». La problématique de l'alcool cesse alors d'être rattachée uniquement au produit. Elle est désormais envisagée comme un trouble de la personne qu'il convient de comprendre et de soigner.



A partir des années 1970, on assiste à l'émergence du modèle trivarié, symbolisé par la célèbre formule du psychiatre français Claude Olivenstein qui parle de la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel³. Les recherches du psychologue canadien Bruce Alexander, particulièrement l'expérience du *Rat Park*⁴, illustrent ce tournant. Elles ont montré que des animaux rendus dépendants à une substance cessaient de la consommer lorsqu'ils étaient placés dans un environnement riche en stimulations et interactions, soulignant ainsi le rôle déterminant du contexte social.

On pourrait même évoquer un modèle « quadrivarié », en y intégrant une dimension spirituelle. Carl Gustav Jung considérait en effet l'alcoolisme comme l'expression d'un besoin spirituel inassouvi : une quête de transcendance destinée à palier un vide existentiel que la consommation d'alcool tente de soulager⁵.

VIRAGE MÉDICO-SOCIAL DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DES SOINS SPÉCIALISÉS

Après la 2^{ème} Guerre mondiale, les mutations de la psychiatrie favorisent le développement des soins ambulatoires et introduisent une dimension sociale dans le traitement de la dépendance à l'alcool. À Paris, dans les années 1950, apparaissent ainsi les dispensaires « antialcooliques », où des assistantes sociales viennent compléter l'approche médicale⁶. Cette évolution est facilitée par la formation et la professionnalisation récente du travail social. Ces dispensaires marquent le passage d'une mise à l'écart en milieu asilaire à un maintien dans le cadre de vie habituel, même si celui-ci reste soumis à des formes de contrôle social.

Parallèlement, le champ médical se renforce grâce à certaines avancées scientifiques, comme la découverte des causes du syndrome de Wernicke (carence en thiamine) dans les années 1930 et, plus tard, l'introduction du Disulfiram, premier traitement pharmacologique spécifique à la dépendance à l'alcool, commercialisé à la fin des années 1940.

Ce double développement, social et médical (autant en médecine interne qu'en psychiatrie), conduit à un rapprochement inédit entre deux univers professionnels jusqu'alors distincts. Cette articulation se concrétise notamment à Neuchâtel par la création, dans les années 1950, du Service médico-social (SMS). Cette structure ambulatoire étatique regroupe des intervenant-e-s psychosociaux-ales (infirmier-ère-s, assistant-e-s sociaux-ales) et des médecins consultant-e-s, notamment issu-e-s de la médecine interne. La création, en 1987, de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme constitue un autre exemple de l'essor d'un accompagnement psychosocial structuré en Suisse romande.

LA PERSONNE DÉPENDANTE À L'ALCOOL : UN-E MALADE PSYCHIATRIQUE COMME UN-E AUTRE ?

À partir des années 1990, on observe une psychiatrisation croissante du champ médico-social des addictions. Plusieurs dynamiques convergentes expliquent cette évolution. Sur le plan scientifique, le développement des neurosciences renouvelle la compréhension des conduites addictives. La mise en évidence du rôle central du circuit de la récompense permet de conceptualiser la dépendance comme un trouble cérébral chronique, et non plus seulement comme une faiblesse morale ou un problème sociétal. Cette approche neurobiologique s'accompagne de la mise sur le marché de nouveaux traitements pharmacologiques, tels que la Naltrexone (1994) et l'Acamprosate (1996), qui visent à moduler le système nerveux central afin de réduire le craving et de prévenir la rechute.

Un autre facteur décisif est la reconnaissance de la co-occurrence entre un trouble de santé mentale et un trouble lié à l'usage de substances psychoactives, attestée par de nombreuses recherches⁷. Le concept de « pathologie duelle » s'impose alors progressivement, amenant les équipes soignantes à considérer les personnes dépendantes avant tout comme des personnes souffrant d'une maladie relevant de la psychiatrie, dont l'addiction n'est qu'une manifestation parmi d'autres.

Cette psychiatrisation se traduit aussi dans l'organisation des structures de soins en alcoologie. Le SMS de Neuchâtel devient ainsi le Centre neuchâtelois d'alcoologie (CENEA) en 2003 et engage un-e médecin psychiatre au sein de son équipe. À Genève, le centre de sevrage en alcool du Petit Beaulieu, jusque-là rattaché à la médecine interne et à l'Hospice général, ferme ses

À partir des années 1990, on observe une psychiatrisation croissante du champ médico-social des addictions

portes et sa mission est reprise par des unités spécialisées au sein de l'hôpital psychiatrique.

LA PERSONNE DÉPENDANTE À L'ALCOOL : UNE PERSONNE ADDICTE COMME UNE AUTRE ?

En 2005, le rapport fédéral psychoaktiv.ch⁸ propose un nouveau modèle pour la politique suisse des dépendances. Basé sur les quatre piliers, il ne se limite plus aux substances illégales et place l'ensemble des substances psychoactives sur un même plan. Ce sont désormais les processus addictifs communs et les types d'usage qui sont mis en avant, plutôt que leurs spécificités pharmacologiques ou épidémiologiques.

Ce mouvement favorise l'abandon progressif des cloisonnements institutionnels par produit, où chaque dépendance relevait d'un dispositif distinct. En Suisse romande, il conduit plusieurs institutions à fusionner leurs services. Dans le canton de Neuchâtel, la Fondation Neuchâtel Addiction voit le jour en 2008 avant de donner naissance, en 2017, à Addiction Neuchâtel, qui regroupe dans une même entité l'ensemble des dispositifs (alcool, substances illégales et addictions comportementales). De son côté, le GREA change son appellation en 2007 pour devenir le Groupement romand d'études des addictions, alors que son ancien acronyme (GREAT) distinguait encore alcoolisme et toxicomanie.

Un autre changement majeur concerne l'introduction de la réduction des risques en alcoologie. D'abord développée pour les addictions aux substances injectables, cette approche s'est progressivement étendue à toutes substances psychoactives. L'abstinence n'est plus l'unique objectif. Il s'agit désormais aussi de réduire les dommages sanitaires et sociaux, comme le montrent des programmes de gestion de la consommation tels que Mes Choix Alcool.

Le virage du « tout addiction » repose aussi sur la transversalité des approches thérapeutiques. Celles-ci dépassent les cloisons par produit pour proposer des outils applicables à divers types d'addictions, comme le démontre notamment le développement de l'entretien motivationnel.

DE LA PERSONNE DÉPENDANTE À L'ALCOOL À LA PERSONNE CONCERNÉE

Plus récemment, l'évolution s'est déplacée vers les représentations sociales et les pratiques. Il ne s'agit plus seulement de traiter une maladie, mais de reconnaître la personne concernée dans toute sa singularité. Au cours de la dernière décennie, le champ de l'addictologie est davantage marqué par une considération accrue des discriminations et des questions identitaires que par des avancées pharmacologiques. Comme dans d'autres domaines de la santé, la recherche en addictologie interroge les modèles de soins et d'accompagnement,

en mettant en lumière plusieurs enjeux : l'accessibilité aux lieux de traitement et le non-recours aux soins, la parentalité et ses défis, ainsi que la meilleure prise en compte des émotions (honte, culpabilité, etc.) et des expériences négatives liées aux stigmas sociaux.

Par-delà ces différentes problématiques, un aspect essentiel est l'attention portée à l'adoption d'un langage inclusif et non stigmatisant par les professionnel·le·s. Ainsi, le terme « alcoolique » est remplacé par l'expression « personne présentant un trouble lié à la consommation d'alcool ». Ce changement terminologique vise à abandonner des catégories qui risquent d'essentialiser les individus, au profit d'une description de comportements observables. Il permet de limiter les connotations négatives et d'éviter des jugements pessimistes sur les perspectives de rétablissement (« C'est un-e alcoolique ! »).

La plus grande inclusion des personnes concernées dans la recherche et dans les soins constitue également une évolution notable. Le développement et la reconnaissance de la pair-aidance et des pairs praticien·ne·s vont dans ce sens, en intégrant leur expertise expérientielle dans l'accompagnement. Bien que l'intégration des personnes concernées ne soit pas nouvelle en alcoologie (par exemple Alcooliques Anonymes ou modèle Minnesota), elle prend aujourd'hui de nouvelles formes plus compatibles avec l'approche de réduction des risques.

L'intégration des personnes concernées dans les soins découle également du modèle du rétablissement, issu de la psychiatrie sociale et communautaire. Contrairement aux approches centrées uniquement sur la réduction des symptômes ou l'abstinence, « le rétablissement reconnaît la possibilité de construire une vie pleine de sens au-delà des limitations causées par la maladie »⁹. Ce modèle a ouvert la voie à une alcoologie plus inclusive, plurielle et centrée sur la personne, en faisant de l'espoir un élément important du soin. Par sa dimension existentielle et recherche de sens, il remet en quelque sorte en avant un besoin spirituel, non religieux, exprimé autrefois par Jung.

CONCLUSION

Ce bref historique montre que l'accompagnement et les soins en alcoologie ont toujours évolué au rythme des avancées scientifiques et des évolutions sociales et culturelles. Chaque période a apporté ses repères, ses explications et ses outils. Ces changements successifs nous invitent ainsi à plus de modestie et moins de dogmatisme dans l'accompagnement et les soins. Ce qui était considéré comme vrai hier ne l'est plus aujourd'hui, et ne le sera probablement plus tout à fait demain. Quid par exemple de l'impact futur des psychothérapies assistées par les psychédéliques ou par le numérique ? Il est aussi important de rappeler que l'étiopathogénie

*Il ne s'agit plus seulement
de traiter une maladie,
mais de reconnaître la
personne concernée dans
toute sa singularité*

de ce trouble est complexe et plurifactorielle, résultant de caractéristiques biologiques, psychologiques et d'une forte composante environnementale. En outre, derrière le trouble d'usage d'alcool se cache une grande hétérogénéité de situations, aux caractéristiques variées. Face à ces constats, les défis demeurent nombreux et incitent à privilégier un accompagnement global, intégratif, coordonné et surtout adapté aux besoins singuliers de chaque personne concernée. S'il existe

un invariant à travers les évolutions de ces dernières décennies, c'est bien la nécessité de maintenir une relation thérapeutique de qualité, fondée sur l'empathie, l'authenticité et le respect.

Remerciements au Dr. Yann Martinet (Addiction Neuchâtel) pour ses commentaires constructifs.

Contact : jean-marie.coste@addiction-ne.ch



ADDICTION | SUISSE

1700 enfants naissent chaque année avec des TSAF* en Suisse

Les dommages qui peuvent résulter d'une exposition prénatale à l'alcool affectent souvent lourdement la vie des personnes concernées. La plateforme grossesse-sans-alcool.ch met à disposition des professionnel-le-s un choix d'outils pour en parler et mieux soutenir les personnes concernées.

grossesse-sans-alcool.ch/espace-pro

* Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale

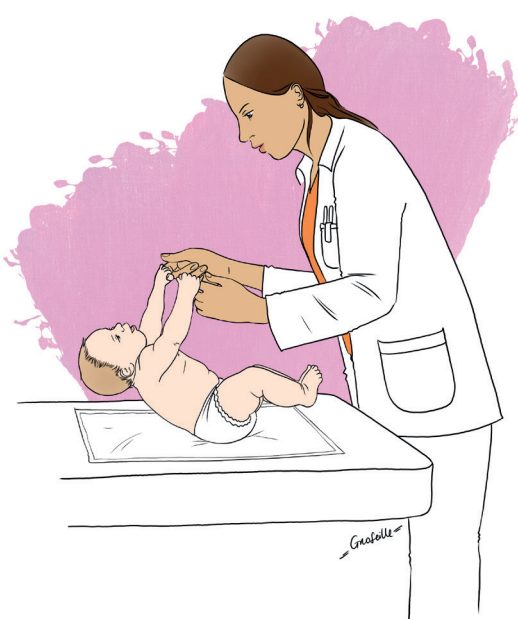


Illustration: www.groselle.ch

Références

1. Bernard H. Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIX^e siècle : autour de Magnus Huss. *Histoire, économie et société*, 1984 ; 3(4) : 609-628. <https://doi.org/10.3406/hes.1984.1380>
2. Rush B, Levivier M, Gira E. Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains. *Psychotropes*, 2011 ; 17(3) : 179-212. <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0179>
3. Olivenstein C. *La maladie d'être soi. Essai sur les conduites addictives*. Paris : Odile Jacob, 1988.
4. Alexander BK, Beyerstein BL, Hadaway PF, Coombs RB. Effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 1978 ; 58(2) : 175-179. <https://doi.org/10.1007/BF00426903>
5. Besson J. *Addiction et spiritualité*. Toulouse : Érès, 2017.
6. Le Bras A. Travail social, psychiatrie et alcoolisme dans les années 1950 au prisme des dossiers d'une consultation parisienne. *Astérior*, 2023. <https://doi.org/10.4000/asterion.9538>
7. Al Kurdi C. Enjeux relatifs aux troubles mentaux et addictifs cooccurrents (CODs). Lausanne : GREA, 2022. <https://www.grea.ch/sites/default/files/factsheet-cods-2022-fr.pdf>
8. Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS). *Psychoaktiv.ch. Rapport fédéral sur la politique suisse en matière de dépendances*. Lausanne : CLASS, 2005. <https://www.grea.ch/sites/default/files/Psychoaktiv.pdf> (consulté le 30.09.2025).
9. Penzenstadler L, Khazaal Y. Traitements des addictions orientés vers le rétablissement. *Revue Médicale Suisse*, 2019 ; 15 : 632-633.