

Réunion de la Société française d'alcoologie

Avec le parrainage
du Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

30 ans de la SFA

L'alcoologie, au cœur des problématiques de santé publique

Résumés des communications

Coordination : Pr Martine Daoust

• Jeudi 23 octobre 2008

La SFA aujourd'hui

Introduction

Pr Martine Daoust (Amiens, SFA)

La SFA a 30 ans

Présidents :

Pr Martine Daoust (Amiens, SFA)

Pr Jean-Dominique Favre (Clamart, SFA)

La SFA a 30 ans

Pr Maurice Bazot (Paris, SFA)

Depuis sa création, la SFA n'a cessé de se développer : adhérents sans cesse plus nombreux, séances à l'organisation irréprochable suivies par un nombreux public, conférences de consensus, recommandations pour la pratique, revue de référence ; un bilan susceptible de rendre envieuses bien des sociétés savantes.

Plutôt que de sombrer dans l'autosatisfaction commémorative, ne serait-il pas plus utile, en ce jour anniversaire, de se poser quelques questions de fond ? La SFA est-elle restée fidèle

au concept de son génial fondateur ? Le devait-elle ? Le pouvait-elle ?

Chaque individu, chaque groupe social est prisonnier des idées de son temps, et la SFA n'y échappe pas, qui s'inscrit dans une société de consommation mondialisée, soumise à une surinformation perpétuelle où le corps devient un objet à faire valoir. Avec la fascination qu'exercent les nouveaux outils, les repères temporels s'estompent. Le calcul à partir des bases de données prend le pas sur la réflexion. Un savoir scientifique sans cesse en évolution tend à légitimer à lui seul les décisions politiques.

Il en est de même, s'agissant de la médecine. Largement relayés par les médias, ses progrès foudroyants ancrent l'idée d'avancées sans limites pouvant accroître la longévité, sinon davantage !

Ici comme dans les autres domaines, "l'exhibitionnisme événementiel" (Pierre Nora) prend désormais le pas sur la recherche du sens. On peut voir par exemple mettre en place dans le champ des addictions des procédures normatives de prévention de comportements qui sont précisément induits par la société de consommation... Addictologues, alcoologues, nous sommes comme les autres acteurs traversés par des

forces collectives qui nous dépassent. Au-delà du simple savoir médical, est-il possible de s'interroger sur nos pratiques sans un recours régulier à l'éventail "des outils de connaissance, sciences humaines, économiques, juridiques" que prônait Pierre Fouquet en 1967 ?

Alcool et addictions

Pr Jean Adès (Colombes, SFA)

Les relations entre alcool et addictions sont à la fois évidentes et complexes. Le syndrome de dépendance a été en premier lieu défini pour l'alcool par Griffith Edwards, puis appliqué à d'autres produits. La notion d'addiction, plus récemment apparue, relève essentiellement d'un effet de mode, les critères de l'addiction étant parfaitement superposables à ceux de la dépendance. C'est aussi à propos de l'alcool qu'Edwards définissait les "à-côtés de l'alcoolodépendance, les "incapacités liées à la consommation d'alcool" qui seront représentées dans les classifications internationales sous les termes d'abus ou d'usage nocif. L'alcoolodépendance, par ailleurs, est fortement associée aux autres addictions, notamment chez les sujets jeunes, qu'il s'agisse des diverses toxicomanies (can-

nabis, cocaïne, héroïne) et des addictions comportementales telles que le jeu pathologique. De plus, les pathologies mentales très fréquemment associées aux conduites alcooliques sont très comparables à celles que l'on trouve avec la même fréquence chez les toxicomanes ou dans les addictions comportementales (troubles anxieux, troubles dépressifs, maladies bipolaires, troubles de la personnalité tels que la psychopathie).

Il convient cependant de rappeler les spécificités du produit alcool, substance à effet hédonique, d'usage culturel, convivial et continuant à jouir, au contraire des autres drogues, d'un préjugé plutôt favorable. L'inscription socio-culturelle de l'usage abusif ou de l'alcoolodépendance concerne certes les sujets jeunes mais aussi les adultes et des sujets âgés chez lesquels elle est souvent méconnue. Il convient également de rappeler les spécificités cliniques des conduites alcooliques qui les différencient des autres addictions : importance du déni de la consommation, souvent associé à cette forme de cécité mentale appelée apsychognosie par Pierre Fouquet ; spécificités des effets somatiques délétères et des complications de sevrage. Si l'alcoolodépendance est donc incontestablement une conduite addictive, les conduites alcooliques gardent leurs spécificités culturelles, cliniques et psychopathologiques. Ceci justifie, à notre sens, que ces conduites soient prises en charge, même au sein d'unités d'addictologie, par des équipes spécifiquement formées à cette pathologie. Ceci justifie également le nom, l'existence et les travaux de la SFA.

Les pratiques thérapeutiques de sevrage alcoolique : une évolution qui va globalement dans le sens des recommandations de la conférence de consensus

Dr Caroline Despres (Paris, IRDES),
Mme Lise Demagny

Nous présenterons les résultats d'une étude réalisée en 2006-2007 quant aux effets de la conférence de consensus (1999) sur les pratiques thérapeutiques de sevrage. Les méthodes utilisées étaient mixtes, associant recueil d'informations dans les dossiers médicaux de patients à deux périodes distinctes (avant et après la conférence), leur analyse statistique et des entretiens avec des médecins alcoologues. Les données ont été recueillies dans plusieurs régions de France, dans les services recevant des patients alcoolodépendants. L'analyse statistique a porté sur les dossiers de 153 patients.

Les résultats montrent une évolution des pratiques de prescription depuis la conférence qui vont dans le sens préconisé par les recommandations, notamment en termes de molécules prescrites, durée de prescription. Cependant, quelques écarts à la conférence persistent ; nous en présenterons brièvement les raisons en nous appuyant sur les résultats de l'étude qualitative.

Filière de soins en addictologie : quelles réponses ? Pour quels patients ?

Pr François Paille (Nancy, SFA)

La diversité des situations présentées par les patients présentant des conduites addictives impose une offre de soin multiple et adaptée. Le groupe de travail de la SFA sur l'organisation et le financement des soins en addictologie a synthétisé les objectifs, les moyens et le financement des différents maillons de la filière, document largement repris dans le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011. Ce dispositif repose sur trois volets : ville, médico-social, hospitalier.

La médecine de ville : en première ligne face aux addictions, elle assure le repérage, le plus précoce possible, l'évaluation, l'aide et l'accompagnement des patients et de leur entourage. Elle assure la coordination des soins pour les patients dépendants et peut offrir des prises en charge plus spécifiques (sevrage, substitution, suivi au long cours) moyennant une formation, suivi au long cours) moyennant une formation et l'appui d'autres partenaires, au mieux dans le cadre d'un réseau de santé.

Les structures médico-sociales en addictologie : elles assurent une offre de proximité permettant un accès simple et proche au patient, la précocité et la continuité des interventions, ainsi qu'un accompagnement global grâce à leurs équipes pluridisciplinaires. Leur offre est ambulatoire (CSAPA, CAARUD) et résidentielle (appartements thérapeutiques, communautés thérapeutiques, centres thérapeutiques résidentiels, centres de réinsertion...) au plus près de la personne et de son entourage.

Les structures sanitaires : la filière hospitalière de soins addictologiques doit permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale, graduée, bénéficiant de plateaux techniques des hôpitaux. Elle doit, à terme, assurer une offre de soins complète :

- consultation ;
- hospitalisation de jour ;
- hospitalisation complète, y compris les soins de suite et de réadaptation addictologiques.

Elle est organisée en trois niveaux :

- niveau 1 : proximité ;
- niveau 2 : recours ;
- niveau 3 : expertise régionale.

La prise en charge hospitalière est indiquée chez les patients présentant les troubles les plus sévères : en urgence, en cas de sevrages à risque, de pathologies somatiques ou psychiatriques graves, d'échecs de prises en charge ambulatoires antérieures, d'indication de soins complexes... Les soins de suite et de réadaptation addictologiques (SSRA) accueillent des patients dépendants dont les problèmes justifient une prise en charge institutionnelle prolongée après sevrage ou soins résidentiels complexes.

Mais la description seule de ce dispositif ne suffit pas. On dispose de peu de données sur le profil des patients accueillis, les programmes proposés, les indications de recours à tel ou tel maillon de la chaîne.

C'est pourquoi il paraît important d'envisager leur évaluation. Une première étude préliminaire a été réalisée grâce à une collaboration SFA-FNESAA-OFDT visant à comparer le profil des patients accueillis en CCAA et en SSRA. D'autres études doivent être menées pour préciser la place de chaque maillon dans la prise en charge des patients et vérifier leur adéquation par rapport aux besoins.

L'alcool à tout âge

Présidents :

Dr Paul Kiritzé-Topor (Beaupréau, SFA)
Dr Didier Playoust (Tourcoing, SFA)

Femme enceinte et syndrome d'alcoolisme fœtal

Pr Vincent Sapin (Clermont-Ferrand, SFBC)

Résumé non parvenu.

Les jeunes

Mme Mélanie Blanchard (Évry, CDEFI-CGE),
M. Thomas Billon

Les étudiants de grandes écoles sont souvent jeunes, dynamiques et animés d'un désir fort d'avancer, d'un certain goût pour le jeu, les défis ou les paris. L'intégration dans une grande école nécessite une capacité d'adaptation à un nouveau mode pédagogique, une mobilité géographique, un éloignement familial, un nouvel hébergement, des relations sociales différentes. Selon ses antécédents, chaque élève réagit différemment à ce nouvel

environnement, et sa santé peut parfois en être impactée.

Face à ce constat, différentes études sur la santé des étudiants ont été réalisées, un thème qui préoccupe fortement les responsables d'établissements d'enseignement supérieur. Ces études ont montré que les pratiques les plus fréquemment évoquées concernent l'alcool, le tabac et le cannabis. Le Bureau national des élèves ingénieurs (BNEI), le Bureau national des écoles de commerce (BNEC) et les écoles membres de la Conférence des directeurs des écoles françaises d'ingénieurs (CDEFI) ou de la Conférence des grandes écoles (CGE) ont donc souhaité collaborer pour améliorer les conditions de vie des étudiants et travailler ensemble sur les comportements à risque, plus particulièrement sur les consommations de tabac et d'alcool.

La consommation d'alcool des étudiants lors des manifestations festives, ou au sein du bar des écoles, constitue l'un des premiers axes de travail. Dans un nombre important d'établissements, des mesures préventives, fruit d'une collaboration entre les élèves responsables de la vie associative et la direction, ont été élaborées. Les pratiques étaient variables d'une école à l'autre, mais la prise de conscience bien réelle. Une démarche collective tendant à dégager des pratiques communes s'est imposée et a conduit à la rédaction d'une charte de bonnes pratiques "Comportements à risques et addictions en milieu étudiant".

La charte constitue un outil pratique pour accompagner les directeurs d'écoles, les BDE et toutes les associations pouvant intervenir dans la vie quotidienne de l'école et dans le cadre d'événements étudiants festifs. Elle ne tend pas à réprimer ni à interdire la consommation d'alcool, mais à prévenir tout comportement à risque.

Elle vise notamment l'application des critères OMS concernant la consommation d'alcool à toute manifestation à travers la formation, la communication et la mise en place d'actions de prévention; l'encadrement et le contrôle des événements festifs; et les sanctions éventuelles lors du non-respect de ces critères.

Elle a été officialisée le 19 mars dernier et une vingtaine d'écoles l'ont déjà signée à ce jour.

Les seniors

Pr Sylvie Bonin-Guillaume
(Marseille, SFGG)

Il existe deux types de consommation d'alcool chez les sujets âgés : une consommation

modérée, majoritaire, et une consommation excessive qui touche 2 à 15 % de la population générale de plus de 65 ans.

Une littérature abondante a montré qu'une consommation modérée s'associait, dans cette population, à une diminution de la mortalité, un effet potentiellement protecteur pour les infarctus du myocarde ou la survenue d'une démence. Toutefois, la comparaison entre les études reste difficile en raison d'une évaluation variable de la quantité d'alcool absorbée.

L'alcoolisme du sujet âgé est difficile à définir selon les critères diagnostiques du DSM-IV de dépendance à une substance. En effet, si le sujet a tendance à poursuivre la consommation malgré les conséquences négatives, les notions de perte de contrôle et de recherche compulsive de satisfaction immédiate sont la plupart du temps absentes; de plus, l'impact sur les activités professionnelles familiales et sociales est difficile à évaluer. L'alcoolisme du sujet âgé revêt deux aspects ayant des impacts psychopathologiques différents : une consommation ancienne débutée jeune et qui perdure avec l'âge (deux tiers des cas environ) et une consommation tardive survenant après 60 ans (un tiers des cas).

Le diagnostic d'alcoolisme chez le sujet âgé est parfois négligé du fait de la banalisation ou du déni de la consommation d'alcool par l'entourage ou les équipes soignantes, associée à une importante tolérance socioculturelle. Il conviendra d'être particulièrement vigilant face à une consommation solitaire et/ou matinale qui est fréquemment rencontrée chez les buveurs excessifs. Des facteurs socioenvironnementaux sont souvent associés à un alcoolisme tardif : départ à la retraite mal préparé, isolement sociofamilial, gestion d'un conjoint porteur d'une maladie invalidante... Dans ce contexte, un syndrome dépressif doit être systématiquement recherché, sachant que l'association alcoolisation et dépression est un facteur de risque puissant de suicide du sujet âgé.

Alcool et médecine générale

Pr Philippe Jaury (Paris, CNGE)

Résumé non parvenu.

L'interdisciplinarité

Présidents :

Dr Benoît Fleury (Bordeaux, SFA)

Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif, SFT)

Alcool et hépatologie

Pr Patrice Couzigou (Pessac, SNFGE)

Au début était !... presque le foie : le figuier qui habilla Adam et Ève a donné le mot foie; le foie était considéré comme le siège des sentiments et aussi l'organe permettant de prédire le futur.

Très vite, l'alcool est arrivé avec ses aspects négatifs : l'ivresse de Noé et les comportements de ses enfants illustrant les différentes attitudes humaines vis-à-vis des malades alcooliques. La description des aspects positifs n'a pas été en retard, retrouvée dans la religion chrétienne avec, par exemple, les noces de Cana. Cela étant, pendant des siècles, le lien entre alcool et foie n'a pas été décrit, et c'est en fait d'abord dans la littérature médicale anglo-saxonne qu'on le retrouve à la fin du XVIII^{ème} siècle. René Laennec au début du XIX^{ème} siècle nomme cirrhose une atteinte hépatique sévère et chronique, mais sans la relier à l'alcool.

Très rapidement, en dehors des autres étiologies alors évoquées en priorité pour la cirrhose, telle que l'explication vasculaire (en fait très rare), l'alcool a fait partie des hypothèses étiologiques de la cirrhose. Pour autant, l'alcool n'a été longtemps retenu comme un facteur associé de lésions hépatiques, l'explication nutritionnelle étant surtout en vogue. Les constatations expérimentales comme quoi les animaux développaient une stéatose mais pas de cirrhose ont beaucoup fait pour cette analyse, même si certains, comme Armand Trousseau, l'ont critiquée dès le XIX^{ème} siècle en soulignant les limites des données animales et la nécessité d'une longue durée de consommation pour voir survenir les lésions caractéristiques de cirrhose. À cette période, la lutte contre l'alcoolisme prend corps, avec d'abord des sociétés dites de tempérance, puis des ligues anti-alcooliques.

Dans le courant du XX^{ème} siècle, progressivement, la notion d'hépatite alcoolique apparaît, poussant à l'analyse des mécanismes qui conduisent de la toxicité de l'alcool à la cirrhose. Ce n'est qu'à la fin des années 1960 que les écoles française, tenante de la toxicité directe de l'alcool, et anglo-saxonne, tenante de la théorie nutritionnelle, se sont rapprochées : les expériences de Charles S. Lieber, francophone expatrié aux États-Unis, sur le babouin prouvent alors la toxicité directe de l'alcool sur le foie. La toxicité de l'alcool sur le foie n'est plus discutée... et le facteur nutritionnel oublié ! L'analyse physiopathologique

s'oriente d'abord sur l'hépatocyte : recherche de la toxicité directe des métabolites de l'alcool (acétaldéhyde, puis mise en évidence du cytochrome P450 alcool et de son implication dans la toxicité hépatique de l'alcool). Dans un deuxième temps, le champ d'analyse s'élargit aux cellules des sinusoides impliquées dans la genèse de la fibrose, aux cellules de Kupffer, puis aux endotoxines, puis aux troubles de la perméabilité du tube digestif. D'une vision étroite au niveau d'une toxicité presque exclusivement au niveau de l'hépatocyte, la physiopathologie s'intéresse progressivement au foie dans son ensemble, puis à d'autres organes dont le tube digestif et le système immunitaire.

Parallèlement à cette évolution, le lien d'abord fait de façon étroite et quasi systématique entre la dépendance alcoolique et la toxicité hépatique de l'alcool est remis en question. L'existence de facteurs génétiques favorisant ou protégeant contre la toxicité hépatique de l'alcool est aussi reconnue.

Sur un autre plan, comme souvent dans l'évolution des connaissances scientifiques, les hypothèses oubliées ou méprisées se sont réactualisées : l'hypothèse nutritionnelle hépatique longtemps niée est d'abord revenue en force avec la stéato-hépatite non alcoolique au début des années 1980, avant la prise de conscience que la nutrition jouait aussi un rôle associé important dans la toxicité hépatique de l'alcool : les premières études l'argumentant sont venues de France avec Sylvie Naveau.

La toxicité hépatique de l'alcool n'est plus discutée, mais il n'est pas davantage discuté qu'il existe des facteurs associés puisque environ "seulement" une personne sur cinq ayant une consommation d'alcool excessive développe une cirrhose. L'existence de facteurs génétiques n'est plus discutée. Le rôle de la nutrition paraît de plus en plus important. Parallèlement, le lien systématique entre foie et dépendance n'est plus fait, différenciant ainsi la toxicité hépatique de l'alcool de la toxicité cérébrale du même produit. Une consommation d'alcool excessive sans dépendance a été reconnue comme facteur de morbidité et de mortalité importante, conduisant à développer le repérage précoce et l'intervention brève.

Cette évolution a permis de retrouver l'importance de la parole dans le soin, dans une société pourtant de plus en plus dépendante de la technique, tant au niveau diagnostique

que thérapeutique. L'évolution des rapports entre alcool, foie et cerveau illustre bien la place importante d'une "maladie" très actuelle : la segmentation avec prise en charge d'un organe, voire d'une partie d'un organe, ou d'une perturbation biologique et non prise en soin globale d'une personne malade (d'où l'importance des efforts de resynthèse bien illustrés par la spécialité addictologique regroupant plusieurs sous-spécialités antérieures telles que l'alcoolologie, la tabacologie...). Le terme fréquemment utilisé de comorbidité est une étape intermédiaire positive mais restrictive, et encore centrée sur la pathologie d'organe, ce qui ne facilite pas la prise de conscience qu'il s'agit en fait souvent de maladies générales associées : maladie alcoolique, maladie nutritionnelle, dépendance au tabac. Cette analyse ne s'applique pas de la même façon aux maladies à tropisme hépatique telles que les maladies virales.

Au niveau addictologique, il y a le produit et la personne, et il n'est pas inutile de rappeler que la perte de la capacité d'autocontrôle est l'une des plus grandes maladies actuelles.

Au niveau thérapeutique, la maîtrise de la consommation d'alcool reste la base des soins à apporter à une personne ayant une maladie hépatique liée à l'alcool, avec ou sans dépendance à l'alcool. Sur le plan médicamenteux, les travaux récents, en particulier de l'équipe de Lille, ont permis d'affirmer l'intérêt thérapeutique de la corticothérapie chez les malades ayant une hépatite alcoolique aiguë sévère. L'intérêt des apports nutritionnels a été aussi établi. Dans les cas extrêmes, la transplantation hépatique a montré son efficacité.

Les rapports entre alcool et foie illustrent bien l'importance pour les soignants, mais aussi pour la population générale, de retrouver une démarche de prise en soins globale, et non pas une analyse segmentaire et parcellaire. L'importance de l'écologie n'est plus guère discutée, mais si l'on pense souvent à l'écologie externe, il est également urgent que chaque personne pense également à sa propre écologie interne. La tempérance devrait être la vertu prônée par les addictologues et l'alcool en est une illustration. Son absorption n'est pas négative à des doses dites modérées, la notion de modération étant à individualiser selon les situations et les facteurs de risque de chaque personne. Par contre, sa toxicité n'est pas discutable, et sa consommation doit être maîtrisée tant sur le plan individuel que collectif.

L'interdisciplinarité : en tabacologie

Dr Anne Borgne (Bondy, SFT)

La corrélation positive entre consommation tabagique et alcoolisation observée en population générale n'est plus à démontrer. Les buveurs fument et les fumeurs boivent. La prévalence du tabagisme dans la population alcoolique se situe entre 83 et 100 % suivant les auteurs. L'alcoolisme est dix fois plus fréquent chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

On imagine bien la place privilégiée occupée par les tabacologues pour dépister, intervenir précocement, prendre en charge ou orienter ces patients.

Le dossier de tabacologie, outil de recueil de données standardisé, à la fois sous format "papier" et informatisé, aborde la question de l'alcool, d'une part, en interrogeant sur le nombre de verres consommés par jour et, d'autre part, par le questionnaire DETA.

Il permet d'aborder systématiquement le sujet alors que le patient est venu consulter a priori pour le tabac. Le travail de liaison auprès des patients hospitalisés fumeurs aborde également la question de l'alcool chez des consommateurs non demandeurs d'arrêt du tabac, auxquels on propose un traitement de substitution nicotinique temporaire afin de respecter plus confortablement l'interdiction de fumer. Il s'agit ensuite de savoir que faire de ces éléments de dépistage. Ici se posent les questions de la formation du tabacologue aux autres problématiques addictives et de l'existence soit d'une équipe pluridisciplinaire, soit d'un réseau permettant une orientation adaptée des patients repérés.

L'interdisciplinarité : en médecine d'urgence

Dr Jean-Marc Philippe (Aurillac, SFMU)

La prise en charge des patients admis pour ivresse éthylique aiguë dans les services d'urgences s'est considérablement modifiée au cours des 30 dernières années. Les chambres de dégrisement au fond des services d'urgences ne sont que du passé lointain et les "ivrognes" ont acquis au fil du temps un véritable statut de patient. Cette évolution est d'abord la conséquence d'une mutation des services d'urgences qui ont réalisé un travail d'individualisation et de spécialisation construite autour des pathologies de l'aigu. L'ivresse n'en est pas la moindre. La Société française de médecine d'ur-

gence (SFMU) s'est de longue date intéressée au problème posé par la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë aux urgences. En 1992, la SFMU a organisé une conférence de consensus consacrée à l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence qui a été réactualisée en 2001 et en 2006. En 1999, elle était partenaire de la Société française d'alcoologie (SFA) pour la conférence de consensus sur les objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. En 2001, elle participait au côté de la SFA et d'autres sociétés savantes à l'élaboration des recommandations pour la pratique clinique relatives à l'orientation diagnostique et à la prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Les urgentistes et le personnel soignant des structures d'urgence ont appris que le patient admis pour une ivresse ne devait ni être banalisé ni stigmatisé, mais bénéficier des soins appropriés, d'un repérage d'une éventuelle alcoolodépendance et de comorbidités, mais aussi de l'intégration dans une filière de prise en charge adaptée. Le travail réalisé par les équipes de liaison en alcoologie et en addictologie a aussi permis d'explicitier la pathologie éthylique et de proposer des interventions adaptées. Tout ceci a conduit à reconnaître les services d'urgences comme des carrefours dans le parcours de soin des patients alcoolodépendants. Par ailleurs, l'émergence de nouveaux comportements d'intoxication éthylique aiguë dans un contexte festif de type "hyperalcooolisation" au sein de populations parfois très jeunes constitue un véritable problème de santé publique qui impacte directement les structures d'urgence. Celles-ci sont plus que jamais au cœur du problème alcool aigu et les urgentistes sont en première ligne pour assurer la prise en charge de ces patients.

L'intervention auprès des patients présentant un mésusage d'alcool aux urgences doit, selon nous, être pluridisciplinaire et associer urgentistes, addictologues et psychiatres. Il s'agira tout d'abord de repérer les patients en difficulté avec l'alcool au-delà des évidences et donc développer l'utilisation d'outils de dépistage. Il s'agit également de prendre en charge en aigu les états d'ivresse, puis les syndromes de sevrage extrêmement fréquents dans les services d'hospitalisation de courte durée dépendant des structures d'urgence. À ce propos, un travail de consensus doit être réalisé sur les démarches thérapeutiques qui doivent être mises

en œuvre pour les sevrages compliqués. L'intervention alcoologique permet ensuite de préciser le stade de dépendance et d'enclencher un processus de soin, si possible non contraint. Le développement d'interventions de type entretien motivationnel sera contributif. Il faut, par ailleurs, évaluer de façon précise les comorbidités psychiatriques. On peut toutefois s'interroger sur la relative non-implication de certaines équipes de psychiatrie vis-à-vis de ces pathologies alors que les rares études épidémiologiques portant sur le sujet commencent à montrer que la majorité des patients admis pour ivresse aiguë dans les services d'urgences non seulement sont abuseurs ou dépendants, mais présentent également pour la plupart une comorbidité psychiatrique. Dès lors, l'intervention auprès de ces patients nécessite une évaluation psychiatrique. Enfin, cette interdisciplinarité doit pouvoir permettre de jeter les bases de travaux communs à la fois psychopathologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques. Dans ce cadre, de nouveaux objectifs de travail entre la SFA et la SFMU pourraient être étudiés :

- . Création d'un observatoire épidémiologique des patients alcoolisés admis dans les services d'urgences. Le premier objectif serait de mettre en évidence la typologie des patients qui se présentent aux urgences pour un problème d'alcool : sont-ils des usagers à risque, des abuseurs ou des dépendants ? Le second objectif serait de mettre en évidence que l'admission aux urgences d'un patient alcoolisé constitue en soi un critère de gravité.
 - . Protocolisation de la prise en charge des complications du sevrage éthylique (delirium tremens) dans le cadre d'une conférence d'experts.
 - . Formalisation du repérage des problèmes d'alcool sur des patients hospitalisés à partir du service des urgences pour d'autres pathologies aiguës, en particulier traumatologiques.
 - . Recommandations sur la problématique de l'alcooolisation aiguë et des forces de l'ordre, en particulier sur la prise en charge alcoologique au décours de l'ivresse publique manifeste.
 - . Évaluation de la demande sociétale de contrainte aux soins des patients alcoolisés.
 - . Évaluation de la problématique de la relation entre alcooolisation aiguë et violences sur tiers.
 - . Réflexion sur le rôle des structures d'urgence dans la prévention du risque alcool et l'éducation sanitaire vis-à-vis des problèmes d'addiction.
- La SFMU est attachée au partenariat déjà ancien développé avec la SFA et reste volontaire

pour développer d'autres travaux dans le domaine de l'alcoologie et de l'addictologie.

Alcool et troubles neuropsychologiques

Présidents :

Pr Florence Thibaut (Rouen, SFA)
Pr Francis Eustache (Caen, Inserm)

Les troubles mnésiques dans l'alcoolodépendance et le syndrome de Korsakoff

Pr Francis Eustache (Caen, Inserm),
Mme Anne Lise Pitel, Mme Anne Pascale Le Berre, Dr François Vabret,
Mme Hélène Beaunieux

Les patients alcoolodépendants ne présentant pas de syndrome de Korsakoff (AL) semblent présenter une atteinte des différentes composantes de la mémoire épisodique. Ces déficits seraient peu liés aux dysfonctionnements exécutifs et refléteraient un véritable trouble de la mémoire épisodique. Les atteintes de la mémoire épisodique et des fonctions exécutives seraient présentes durant les premières semaines d'abstinence, mais disparaîtraient après un arrêt d'alcool d'au moins six mois.

Nos études montrent également que les mêmes composantes de la mémoire épisodique et de la mémoire de travail sont altérées chez les AL et les patients atteints du syndrome de Korsakoff (SK). Les SK présentent toutefois des troubles plus sévères de la mémoire épisodique avec une atteinte disproportionnée des capacités d'encodage. Les systèmes esclaves de la mémoire de travail et les fonctions exécutives évaluées sont globalement altérés de manière similaire dans les deux groupes d'alcooliques. Ces résultats sont interprétés à la lumière de la théorie de la continuité.

Les troubles mnésiques des AL et SK semblent avoir des répercussions sur leurs capacités à acquérir de nouvelles informations complexes. En effet, l'apprentissage des catégories et des caractéristiques de nouveaux concepts sémantiques ainsi que l'acquisition de la procédure de résolution de la tour de Toronto sont ralenties chez les AL, bien que les patients parviennent à un niveau de performance final équivalent à celui des contrôles. L'acquisition des noms des concepts est particulièrement altérée chez les AL, mais semble toutefois possible grâce à l'utilisation de la technique de l'apprentissage sans erreur. Les capacités d'apprentissage sémantique des SK

sont différemment altérées selon la nature des informations à acquérir. L'apprentissage des noms des objets pourrait être équivalent à l'acquisition de nouveaux noms propres, nécessitant l'intervention de la mémoire épisodique pour associer de manière arbitraire un nouveau mot et une identité. Du fait de leur amnésie, les SK semblent incapables d'utiliser un mode d'apprentissage rapide impliquant la mémoire épisodique et invoquent, par défaut, un mode alternatif d'acquisition beaucoup plus lent. Contrairement aux AL, l'apprentissage des catégories et caractéristiques des concepts est également déficitaire chez les SK. Ce type d'apprentissage ne faisant pas intervenir la mémoire épisodique, nos données suggèrent une atteinte de la mémoire sémantique dans le syndrome de Korsakoff.

Enfin, il semble que le déficit sévère de mémoire épisodique des SK entraîne un ralentissement de la dynamique d'apprentissage d'une nouvelle procédure cognitive. Malgré un niveau de performance final équivalent à celui des sujets contrôles, les SK sont particulièrement lents pour automatiser la procédure de résolution de la tour de Toronto.

Les patients AL et a fortiori les SK présentent des troubles de la mémoire épisodique et des fonctions exécutives qui retentissent sur diverses formes d'apprentissage. Il est important de tenir compte de ces déficits pour mettre en place des stratégies thérapeutiques chez ces patients.

Alcool et comorbidité psychiatrique

Dr Xavier Laqueille (Paris, CNUP)

Résumé non parvenu.

• Vendredi 24 octobre 2008

La SFA demain

Nouveaux axes de développement : objectif prévention

Présidents :

Dr Thierry Danel (Lille, SFA)

Dr Jacques Yguel
(Avesnes-sur-Helpe, SFA)

Alcool et cardiologie

Dr Jean-Claude Beer (Dijon, SFC)

Résumé non parvenu.

Alcool et ORL

Pr Dominique Chevalier (Lille, SFORL)

Résumé non parvenu.

L'éthanol au regard de la réglementation sur les produits toxiques

Pr Sylvain Dally (Paris, OFDT)

Quoique l'éthanol soit surtout connu en tant que composant essentiel d'un certain nombre de boissons, il a également d'autres utilisations et semble promis à un brillant avenir en tant que biocarburant.

La réglementation des produits industriels est bien plus rigoureuse que celle qui concerne l'éthanol que nous consommons, tout particulièrement dans le cas des substances carcinogènes ou toxiques pour la reproduction, ce qui implique des différences d'évaluation en santé publique.

Alcool et société

Présidents :

Dr Claudine Gillet (Nancy, SFA)

Dr Éric Hispard (Paris, SFA)

Alcool et cannabis

Dr Amine Benyamina (Villejuif, SFA)

Résumé non parvenu.

Alcool et travail

Dr Gérald Demortière (Ermont, SFMT)

La prise en compte du risque alcool en entreprise semble s'inscrire progressivement depuis dix ans environ comme l'une des missions légitimes des Services de santé au travail (SST) et ce, bien au-delà des problématiques classiques d'aptitude aux postes de sécurité ou de sûreté. Le changement des représentations est bien amorcé pour bon nombre de confrères médecins du travail. Des études et recherches commencent à émerger. Elles illustrent l'implication croissante de ces acteurs de terrain plus ou moins récemment convaincus du rôle essentiel qu'ils peuvent tenir dans la prévention des conduites d'alcoolisation à risque et de leurs conséquences en entreprise : accidents du travail, maladies professionnelles (cotoxicité de l'alcool avec certains produits chimiques), absentéisme, malfaçons...

Si le médecin du travail est pour près d'un tiers des salariés le seul intervenant santé vu régulièrement, il est aussi le seul à pouvoir pallier l'absence de prévention collective d'envergure dans les entreprises de moins de 50 salariés où travaillent plus de la moitié des salariés du secteur privé (défaut de CHSCT).

Depuis 2001-2002, les évolutions réglementaires du Code du travail (Document unique d'évaluation des risques) ont aussi renforcé l'intérêt porté par les acteurs de l'entreprise, employeurs comme salariés, aux retentissements éventuels des consommations de produits psychoactifs sur la sécurité et la santé. D'ailleurs, le sondage 2006 BVA/INPES-ANPAA a bien mis en évidence la préoccupation forte des chefs d'entreprise à tenter de résoudre ces problèmes, ainsi que le rôle majeur qu'ils accordent au médecin du travail pour les aider dans cette démarche.

Une enquête par autoquestionnaires a été initiée en 2008 et proposée aux sociétés savantes de la région Île-de-France pour tenter d'en savoir plus sur les pratiques des confrères en réponse à ces attentes.

Près de 150 médecins du travail tous issus de la seule Société de médecine du travail de l'ouest de l'Île-de-France, déjà sensibilisée en interne depuis près de dix ans par un groupe de réflexion "alcool" actif, ont accepté de répondre à cette enquête, confirmant leur haut niveau d'intérêt et surtout leur forte implication au niveau prévention tant individuelle (RPIB) que collective, avec ou sans appui de partenaires externes spécialisés.

Les difficultés rencontrées pour élargir ce sondage à l'ensemble des sociétés savantes d'Île-de-France illustrent les résistances habituelles en lien avec le tabou "alcool" encore présentes çà et là.

Ces "30 ans" de la Société française d'alcoologie qui ramènent l'alcoologie "au cœur des problématiques de santé publique" sont un formidable enjeu pour contribuer, en alliance avec la Société française de médecine du travail, à lever ces foyers de résistance résiduelle et à faire dès demain des SST "les" partenaires de la prévention secondaire en alcoologie au bénéfice de toute la population active.

Alcool et précarité

Mme Nicole Maestracchi (Paris, FNARS)

On sait peu de chose sur les liens entre alcool et précarité. En l'absence de grande enquête

nationale, les quelques données épidémiologiques dont nous disposons donnent peu d'informations. Surtout, elles sont rarement croisées avec des données sociologiques et notamment les facteurs classiquement retenus pour mesurer les inégalités sociales. Enfin, ces données ne permettent pas de dire si l'addiction à l'alcool est la cause ou la conséquence de la précarité. Les études réalisées sur les jeunes montrent que c'est au sein des familles défavorisées que les consommateurs sont les plus nombreux. En revanche, les buveurs réguliers d'alcool sont proportionnellement plus nombreux parmi les jeunes dont le parcours scolaire est difficile ou ceux qui sont sortis du système scolaire.

De même, le risque d'être dépendant de l'alcool est deux fois plus élevé pour les personnes sans emploi que pour celles qui ont une activité professionnelle.

Les personnes en difficulté avec l'alcool sont également surreprésentées dans la population des détenus.

S'agissant des sans-abri, plusieurs rapports et études mettent en évidence une surconsommation de substances psychoactives, et notamment de l'alcool. Les chiffres sont cependant difficiles à interpréter compte tenu de la très grande diversité des situations sociales rencontrées. Les comportements de consommation varient selon le type d'hébergement et de ressources, mais aussi en fonction de l'âge, du sexe et de la nationalité des individus.

Ainsi, l'alcool n'est pas aussi présent dans les parcours des personnes sans domicile que dans l'imaginaire collectif. En revanche, s'agissant de la frange la plus précarisée de cette population, l'alcoolisation excessive est très présente. La situation de précarité se traduit par un moindre recours aux soins, ou un recours aux soins plus tardif. Ce faible recours s'explique par la précarité, mais également par l'isolement qui rend une partie de cette population presque invisible.

Face à ce constat, l'objectif d'une politique de santé publique devrait être non seulement de faciliter l'accès aux soins de ceux qui formulent une demande, mais aussi de proposer des soins et un accompagnement à ceux qui ne demandent rien.

L'accès aux soins

Dr Annabel Dunbavand
(Paris, Mutualité française)

Résumé non parvenu.

Regards comparatifs sur les politiques publiques de lutte contre le tabac, l'alcool et les toxicomanies

Dr François Bourdillon (Paris, SFSP)

La mise en œuvre d'une politique de santé commune à l'ensemble des conduites addictives est récente en France.

Les politiques publiques s'appuient sur plusieurs constats communs. Il existe un continuum évolutif des consommations dites "banales" aux consommations dites "problématiques". Les usages de substances psychoactives comportent des risques mais s'inscrivent aussi dans des modes de vie, des contextes culturels et communautaires. Les complications sont étroitement liées aux modes de consommation. Les dépendances provoquent des souffrances physiques, psychiques et sociales qui nécessitent des traitements souvent longs. Les consommations des diverses substances psychoactives sont souvent intriquées.

L'ensemble des outils de la prévention sont mobilisés : prévention universelle, éducation pour la santé, intervention brève, réduction des risques, accompagnement, soins et éducation thérapeutique.

Trois lois encadrent les politiques publiques : la loi de lutte contre les toxicomanies (1970), la loi Évin (1991) et la loi de santé publique (2004).

À l'analyse des politiques publiques, les positionnements ont été différents.

Pour le tabac, la stratégie s'est positionnée sur la limitation de l'accès au produit par l'augmentation du prix de vente des cigarettes, la dénormalisation du tabac dans la société française, l'encouragement médiatisé à l'arrêt de la consommation du tabac avec un dispositif d'aide au sevrage.

Pour l'alcool, la stratégie repose sur : la notion de risque alcool qui se réfère aux seuils de consommation à risque, à la consommation excessive ; des approches ciblées : femmes enceintes, conducteurs de véhicules et sécurité routière, jeunes (*binge drinking*) ; des interventions précoces ; l'accompagnement et le soin. Pour la toxicomanie, le principe est toujours celui de l'interdiction de l'usage des stupéfiants. Toutefois, leur usage est un problème de santé publique et la réponse sanitaire s'organise autour d'actions de réduction des risques et les soins pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.

Aujourd'hui, il apparaît que la démarche addictologique conjugue l'approche par comportement en les situant sur le continuum évolutif et l'approche par produit pour tenir compte de leurs spécificités.

Prise en charge des patients

Présidents :

Pr François Paille (Nancy, SFA)
Dr Dorothée Lécallier (Clichy, SFA)

La prise en charge psychothérapique

Pr Michel Lejoyeux (Paris, SFA)

Comment définir aujourd'hui ou plutôt essayer de décrire la psychothérapie en alcoologie ? Il n'existe pas de consensus sur l'approche psychothérapique la plus utile. Les débats cependant, dans le champ de l'alcoologie, paraissent moins passionnés que dans d'autres champs opposant les différentes écoles de psychothérapie.

Il existe un premier temps de psychothérapie que l'on pourrait dire implicite, propre à tout suivi alcoologique. Il n'est pas en effet de prise en charge alcoologique qui ne comporte sa part de réassurance, d'encouragement et d'aide à la reconstruction. Cette thérapie de base mêle souplesse et directivité. D'autres psychothérapies s'adressent directement à la conduite alcoologique elle-même. Elles se proposent d'en repérer les déterminants et de tenter de les corriger. Parmi ces thérapies se trouvent les entretiens motivationnels, les thérapies comportementales et certaines approches psychanalytiques adaptées à la problématique de l'alcoologique. Une dernière catégorie de psychothérapie intéresse les comorbidités psychiatriques de l'alcoolisme. C'est dans ce champ que se trouvent, par exemple, les thérapies cognitivo-comportementales des états anxieux, la psychanalyse portant, au décours du sevrage, sur les troubles de la personnalité et les symptômes névrotiques.

Une autre classification des psychothérapies permet de distinguer les thérapies individuelles et les thérapies de groupe. Ces dernières peuvent, comme les thérapies individuelles, porter sur la motivation, l'aide au maintien de l'abstinence ou la prise en charge des comorbidités. L'avenir des psychothérapies de l'alcoolisme passe peut-être par les "programmes psychothérapiques" associant, selon les stades et la

gravité de la maladie, plusieurs techniques et plusieurs intervenants. Enfin, se pose la question du *matching* ou de l'adaptation de la technique psychothérapique au patient. Cette possibilité a soulevé de nombreux espoirs. Qu'en est-il près de 30 ans après ?

Le traitement combiné de la dépendance à l'alcool

Pr Jean-Bernard Daepfen (Lausanne)

Les traitements connus aujourd'hui pour leur efficacité dans le traitement de la dépendance à l'alcool ne sont pas en concurrence, ils sont au contraire complémentaires. Ils peuvent être utilisés conjointement, en combinant des approches comportementales à un traitement pharmacologique spécifique. La logique de la combinaison proposée est simple. La plupart du temps, les patients ne sont pas prêts à arrêter de boire, même lorsqu'ils prennent rendez-vous dans un centre spécialisé, a fortiori encore moins lorsqu'un problème de dépendance à l'alcool est mis en évidence au cabinet du médecin généraliste ou à l'hôpital. L'entretien motivationnel est de ce fait particulièrement bien adapté comme outil initial du traitement, dans la perspective d'amener le patient à augmenter sa motivation à envisager un changement, autrement dit à progresser dans les stades de préparation au changement. Même si d'autres stratégies thérapeutiques font également partie du traitement, le style de l'entretien motivationnel est utilisé tout au long du traitement, afin de garantir le maintien d'une approche centrée sur le patient, respectant son propre rythme et ses choix. Les stratégies thérapeutiques cognitives et comportementales (TCC) permettent, lorsque le patient est prêt à envisager un changement, à lui apprendre à gérer au mieux les situations à risque, à reconnaître les schémas de pensée qui l'amènent à consommer (bilan psychosocial, analyse fonctionnelle...). À ce stade, il est important pour le patient de reconstruire un environnement et des activités sans alcool, avec ses proches, dans sa communauté. La participation d'un proche et l'intégration du patient à un groupe d'entraide mutuelle sont utiles tout au long du traitement. Finalement, certains médicaments (acamprosate, naltrexone) ont montré leur efficacité comme aide à l'arrêt de l'alcool, par le biais de mécanismes visant à atténuer l'envie d'alcool ou ses effets positifs.

Les mouvements d'entraide

M. Jacques Randu
(Écully, Alcool assistance)

En tant que représentant du collectif des mouvements d'entraide au sein de la Société française d'alcoologie, je tiens tout d'abord à remercier le Conseil d'administration de lui avoir réservé un espace d'expression à l'occasion de ce trentième anniversaire et souligner tout particulièrement l'engagement fidèle du Dr Yannick Le Blévec qui, depuis près de 20 ans, assure la coordination et l'animation de nos différentes associations dans le cadre des activités de la société.

Je souhaite pour commencer cette communication rendre hommage au Dr Pierre Fouquet, président fondateur de notre Société, en citant ce qu'il disait des mouvements d'entraide en 1973 : *"Voici qu'un phénomène incroyable il y a 30 ans apparaît aujourd'hui ; une portion importante de ces malades alcooliques, parias ignorés et rejetés dans notre société, se groupent maintenant au sein d'associations abstinentes, demandent à guérir et se guérissent parfois eux-mêmes. Le temps n'est pas loin où les militants de ces associations prendront position, en tant que citoyens, contre l'intoxication nationale, contre la sociopathie de l'alcool et constitueront des groupes de pression puissants avec qui nous jouerons un rôle décisif au plan social"*.

Si cette citation laissait présager une évolution significative de l'action des mouvements, il convient de rappeler que c'est dès 1883 que naissent en France La croix bleue, puis La croix d'or – aujourd'hui Alcool assistance – en 1910, Vie libre en 1953, les Alcooliques anonymes dans les années 1960, puis par la suite d'autres associations telles Joie et santé, Les amis de la santé, SOS femmes-alcool et diverses associations opérant en milieu professionnel, certaines d'entre elles gérant des centres de soins spécialisés.

Malgré l'ancienneté de leur création, dans la pratique de terrain, leur partenariat avec le monde médical ne progresse que trop lentement. Alors convient-il de décliner les principes généraux de leur action thérapeutique. Pour ce faire, je reprendrai simplement l'énoncé de la contribution que le Dr Jean-Yves Bénard et moi-même avons apportée au traité d'alcoologie publié en novembre 2006 sous la direction du Pr Michel Reynaud.

En préambule et pour bien comprendre qui nous sommes, il est important de citer notre

ami Jean Rainaut, co-fondateur de la SFA qui a dit : *"Le non-alcoolique a toujours cherché à isoler les signes lui permettant de comprendre en quoi l'alcoolique diffère de lui. Le jour où il cherchera à mieux savoir en quoi il lui ressemble, il sera en mesure d'entrer en contact avec lui, à travers sa souffrance et bien avant le scandale"*.

C'est certainement la situation d'ancien alcoolique qui constitue pour nous les fondements de la relation d'aide et ce qui est à l'œuvre dans l'empathie, *"cette faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent, sans effraction"*.

C'est par ce moyen que peut se réaliser un travail autour des identifications au cœur de leur efficacité thérapeutique. En effet, dans leurs relations, les bénévoles remplacent les identifications négatives antérieures par des modèles d'identification positive.

Avant la décision personnelle du sujet de recourir à un sevrage, il s'agit de créer autour de lui un lieu privilégié d'accueil sans jugement pour faire tomber son inquiétude, où il puisse confier son sentiment de culpabilité, son impuissance, son incapacité à régler seul son problème malgré son désir de changement. Il s'agit de trouver les bonnes attitudes, les mots justes, manifester de la considération, établir la confiance pour permettre la reprise d'une communication si longtemps interrompue.

Cet accompagnement nécessite beaucoup d'écoute, de disponibilité et doit aboutir à une consultation avec le médecin traitant, voire un alcoologue, dans le respect des compétences de tous les acteurs et d'un travail en réseau bien compris.

À l'encours des soins, ainsi qu'il ressort des recommandations de la première conférence de consensus, il est spécifié qu'une étude randomisée démontre que l'intervention des mouvements d'entraide dans le temps du sevrage améliore de façon significative le pronostic d'abstinence à long terme.

Après les soins, les mouvements trouvent une place privilégiée, car peu de centres de soins peuvent offrir des services de suite suffisamment étoffés.

La fréquentation d'un mouvement par les nouveaux abstinentes représente un facteur important du maintien de l'abstinence à terme, des études randomisées l'ont bien montré. Dans cette phase, le nouvel abstinent pourra retrouver un nouveau moi avec un sentiment d'épanouissement qu'il n'a jamais connu. Il est courant qu'à

l'issue de cette période il désire s'investir à son tour et s'impliquer dans une relation d'aide auprès d'autres malades ; il peut le faire en toute connaissance de cause sans cependant s'oublier lui-même, mais c'est de cet investissement que l'effectif national des mouvements est fort aujourd'hui de quelques 50 000 bénévoles.

Les professionnels, même si l'on peut comprendre qu'ils souhaitent conserver leur indépendance, auraient cependant intérêt à mieux connaître les associations, ne serait-ce que pour une complémentarité des pratiques au profit des personnes en difficulté, les bénévoles – aujourd'hui formés à cet effet en matière d'alcoologie, de relation d'aide et de communication – assurant en partenariat l'accompagnement et l'application du diagnostic et des recommandations des médecins.

Nous ne saurions trop leur recommander de faire l'effort de rencontrer les bénévoles des associations et d'assister à leurs réunions, y compris celles des groupes d'entourage. Ces rencontres, outre le fait qu'elles enrichissent le professionnel dans sa connaissance de la maladie alcoolique, permettent de créer des liens personnalisés et de favoriser les pratiques de l'intervention brève lors d'un premier contact avec un patient.

Pour conclure, je citerai les recommandations de Chantal Pellegri, infirmière pendant 14 ans dans le service du Pr François Paille à Nancy, adressées au personnel soignant, mais qui peut s'appliquer à chacun d'entre nous, soignants, médecins, bénévoles : *"Mieux informés, mieux préparés, mieux armés, nous serons plus en mesure d'entendre leur souffrance, de les accueillir et d'y répondre. Nous serons mieux en mesure de les aider. Et parce que dans notre regard posé sur eux, dans ce miroir qu'est le regard de l'autre, et plus encore lorsque cet autre est aidant, quelque chose aura changé, le mur entre eux et nous ne sera plus."*

Peut-être vous aurai-je convaincus que tous, chacun dans notre compétence, nous avons à mettre en commun nos relations et nos pratiques ?

Organisation de l'alcoologie

Présidents :

Pr Michel Reynaud (Villejuif, FFA)

Pr Martine Daoust (Amiens, SFA)

ANPAA

Dr Alain Rigaud (Reims, ANPAA)

Résumé non parvenu.

Organisation de l'alcoologie

Dr Alain Rigaud

SFA, Paris, 24 octobre 2008

Intervenir au nom de l'ANPAA sur l'organisation de l'alcoologie à l'occasion du 30^{ème} anniversaire de la SFA appelle un regard tant rétrospectif que prospectif.

Du côté rétrospectif, il convient d'abord de relever que les fondateurs de la SFA, P. Fouquet, J. Godard et R. Haas, étaient en 1978 membres du CA du CNDCA (futur ANPAA) et, pour les deux premiers, de son bureau. Deux autres administrateurs, J. Rainaut et G. Vachonfrance les accompagnaient mais pour autant, la création de la SFA ne résulte pas d'une initiative du CNDCA. À côté de cette association tournée vers l'action de terrain en ayant intégré dans sa doctrine le concept de Fouquet, la SFA devait offrir à tous les acteurs concernés un lieu d'échanges, de réflexion et d'enrichissement mutuel, et donner ainsi à cette nouvelle discipline toutes ses chances d'atteindre à sa "pleine réalité".

Ce mouvement fondateur apparaît après coup avoir eu plusieurs conséquences. La question s'est d'emblée posée de savoir si la SFA parviendrait à l'objectif que lui assignait Fouquet et éviterait d'être seulement une "société savante". M. Bazot et A. Rigaud confirment aujourd'hui la réponse de J. Godard en 1990 : la SFA est devenue avant tout une société savante médicale, ce qui est un beau résultat au vu du travail accompli et de sa poursuite. D'autres questions émergeaient si bien que le mouvement fondateur s'est répété par la création à partir de 1983 d'une série d'associations se donnant pour objet une parcelle du champ global de l'alcoologie : l'alcoologie "de terrain" avec l'ADRIA, les journées des CHAA à Nîmes, les sciences humaines et la formation avec l'IREMA, l'alcoologie ambulatoire devenue F3A, la liaison et ELSA, etc... Ce champ transdisciplinaire constitué sous la définition princeps de l'alcoologie n'a ainsi cessé de se fragmenter autour d'une série d'objets de travail ou d'enjeux spécifiques. Cette dispersion est aussi un reflet du cloisonnement de l'organisation administrative et financière des politiques publiques de santé, de la segmentation des missions et de la pluralité des intervenants.

Il convient ensuite de considérer la réception en France du concept d'addiction jusqu'à son inscription en 1978 au principe des politiques publiques relatives aux usages de substances psychoactives et à leurs dommages. Par delà le

problème de sa définition et de ses limites, ce concept a appelé l'alcoologie à s'intégrer, avec ses aspects communs et spécifiques, dans le champ transnosographique et fédérateur de l'addictologie qu'il entend constituer. Alcoologie et addictologie sont désormais liées, comme l'ANPAA, la F3A, ELSA, l'ANIT en ont pris acte avec leur nouvelle dénomination et la MILDT en inscrivant l'alcool dans son périmètre.

Dispersion et intégration, la base reste nos trois piliers – biologie, psychologie et sociologie – qui doivent du côté prospectif soutenir dans une perspective épistémologique notre réflexion, nos projets et notre organisation autour de nos fondamentaux communs et spécifiques : 1°) l'approche par produit qui reste incontournable pour considérer leurs effets, leur inscription dans notre société et ses lois, et les pratiques de consommations ;

2°) l'approche par comportement pour ne pas réserver notre attention à la seule dépendance et considérer les différentes catégories de conduites de consommation avec la notion de continuum évolutif ;

3°) la prévention et ses composantes : éducation à la santé, intervention précoce, RPIB et réduction des risques, qui appellent à valoriser nos interventions sur le continuum prévention-soins-accompagnement et interrogent la portée du "P" de CSAPA ;

4°) les soins et l'accompagnement – l'alcoolisme de J. Rainaut – qui reste à développer et à décloisonner pour favoriser des parcours de soins ordonnés à la fois par la diversité des besoins des patients et l'indispensable alliance thérapeutique ;

5°) l'alcoologie sociétale pour développer des stratégies communes face aux lobbies des producteurs et agir auprès des responsables politiques ;

6°) la recherche, l'enseignement, et la formation : recherche fondamentale et en sciences humaines pour mieux connaître les déterminants et leur interaction, recherche et sur les pratiques professionnelles, évaluation des outils, des dispositifs et des pratiques, mise à disposition des connaissances par l'enseignement et leur appropriation par la formation ;

7°) l'articulation de tous ces champs constitutifs de l'alcoologie et aujourd'hui de l'addictologie dans cette dimension épistémologique qu'appelait P. Fouquet il y a 25 ans : *"Postuler l'existence et le développement d'une discipline nommée alcoologie réintroduit la quatrième dimension, celle du phénomène alcool propre-*

ment dit dont le poids croissant dans le fonctionnement de nos sociétés occidentales (...) reste largement sous-estimé. Le concept d'alcoologie témoigne du fait que nous voulons atteindre un stage nécessaire de réflexion épistémologique".

Remplaçons pour conclure les termes "phénomène alcool" et "alcoologie" par "addiction" et "addictologie", et nous verrons, l'histoire et l'actualité de notre discipline et de nos organisations étant toujours plus complexes comme nos questions et objectifs toujours plus nombreux, combien l'exhortation de P. Fouquet reste une exigence toujours actuelle.

F3A

Dr Patrick Fouilland (Le Havre, F3A)

Résumé non parvenu.

La construction de stratégies institutionnelles et la SFA

M. Pascal Mélihan-Cheinin (DGS)

Clôture

M. Étienne Ataire (MILDT)

Communications affichées

Alcool : consommations et prévention, 50 ans après Ledermann

Dr François Besançon (Paris)

Dans ses ouvrages de 1956 et 1964 (1, 2), Ledermann a révélé le lien entre la consommation moyenne d'une population et la proportion des buveurs excessifs en son sein. Ce lien traduit la fréquence d'un comportement moutonnier qui est influençable par la publicité. De nombreux critères sont disponibles pour évaluer la prévention. Considéré isolément, chaque critère serait critiquable pour son insuffisante spécificité. Par contre, en les réunissant, on peut tenir leur évolution pour représentative de l'évolution des dommages imputables aux excès d'alcool. Les résultats déjà acquis confortent l'opinion publique qui constate le succès massif des lois de sécurité routière. Pour miser impunément, par la publicité, sur les comportements moutonniers des consommateurs les plus nombreux, certains n'ont-ils pas intérêt à nier le lien découvert par Ledermann ?

Références bibliographiques

1 - Ledermann S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social. Paris : PUF, 1956.

2 - Ledermann S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Mortalité, morbidité, accidents du travail. Paris : PUF, 1964.

Drogues : les dommages actuels en Biélorussie

Mme Tatiana Bushma (Grodno, Biélorussie), M. Yurii Razvodovsky

L'explosion des consommations de drogues est l'un des problèmes médicaux et sociaux brûlants de la Biélorussie. Conscient de ce fait, le gouvernement a adopté un plan d'action contre le trafic. Dans ce cadre, un Centre national de monitoring des consommateurs de drogues a été institué à l'Université de médecine de Grodno, avec mission de collecter et d'analyser l'information sur les consommations.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2008, 10 647 consommateurs étaient enregistrés dans les centres médicaux, soit environ 109 pour 100 000 habitants. Depuis 1995, leur nombre a été multiplié par 4,8. 63 % consommaient des opiacés, 15,2 % du cannabis, 12,3 % des drogues inhalées. Les consommateurs d'amphétamines étaient en nombre accru.

La proportion des jeunes a augmenté parmi les consommateurs : 20 % des consommateurs avaient moins de 25 ans.

Les dommages pour les consommateurs et pour la société ont été nombreux, notamment les infections par le VIH et la criminalité. Parmi les 7 747 personnes infectées par le VIH, 64 % étaient des consommateurs de drogues. Le nombre de crimes a presque doublé en huit ans. La Biélorussie est au carrefour des trafics, ce qui fait prévoir une aggravation des dommages dus aux drogues.

Le parcours d'un patient au travers d'un groupe motivationnel

Mme Sandrine Charnier, Dr Claudine Gillet, Pr Michel Musiol, Pr François Paille (Nancy)

Le style d'entretien développé par Miller et Rollnick est destiné à une application individuelle. Cependant, le temps qu'il demande par patient pose la question de l'intérêt d'une approche motivationnelle en groupe offrant deux avantages indéniables : une économie de temps et l'utilisation de la dynamique de groupe.

L'objectif du groupe motivationnel reprend celui de l'entretien motivationnel tel qu'il est défini par Miller et Rollnick à savoir "aider à l'exploration et à l'émergence des raisons de changer qui sont propres à la personne".

Le parcours d'un patient au travers de ce groupe va permettre d'illustrer les différentes étapes réalisées. Et ainsi pourront être discutés tant les avantages que les difficultés rencontrées.

Alcoolodépendance, symptôme d'un trouble bipolaire.

Diagnostic et prise en charge : deux cas cliniques

Dr Samir Djidel, Dr Catherine Fayollet (Le Mesnil Saint-Denis)

L'Institut Marcel Rivière en région parisienne propose une offre de soins en addictologie psychiatrique avec consultations d'évaluation et de préadmission, hospitalisation pour soins psychiatriques et soins spécifiques en alcoologie, CATTp.

Une demande de soins pour une alcoolodépendance est aussi l'occasion d'un temps d'évaluation plus globale, notamment sur l'histoire du patient, ses antécédents psychiatriques personnels souvent masqués par la gravité des troubles liés à l'alcoolodépendance. Ainsi, le diagnostic d'un trouble bipolaire n'est parfois fait qu'à l'occasion d'une hospitalisation pour prise en charge d'une alcoolodépendance grave avec conséquences massives dans tous les secteurs de la vie du patient.

Les auteurs proposent d'illustrer leur propos avec deux cas cliniques de patients hospitalisés pour alcoolodépendance grave et dont le diagnostic s'est avéré être un trouble bipolaire en diagnostic principal et une dépendance à l'alcool en diagnostic associé, et de discuter les spécificités de la prise en charge conjointe des deux pathologies.

Évaluation de nos pratiques en alcoologie

Dr Jean-Pierre Guichard, Mme Angélique Excoffier, Mme Déborah Ghaib, Mme Delphine Deblock, Mme Sylvie Colmant (Montmorency)

Contexte :

- Une unité de 25 lits, spécialisée dans le traitement des patients alcoolodépendants présentant une comorbidité psychiatrique.
- Un comité d'alcoologie mis en place en 2001.

- Un programme de soins appliqué à ces patients qui a été développé dans le projet médical de l'établissement : il comprend le sevrage (première semaine) suivi de quatre semaines d'accompagnement post-sevrage.

Objectifs :

- Évaluer l'efficacité du protocole de sevrage alcoolique.

- Suivre de manière prospective l'évolution de nos patients alcoolodépendants par l'évaluation, d'une part, des résultats thérapeutiques obtenus à six mois (au regard de la consommation d'alcool déclarée par les patients auprès de leurs médecins traitants) et, d'autre part, de l'amélioration de leur qualité de vie au cours de leur hospitalisation, dans les domaines somatique, cognitif, affectif, socioprofessionnel et psychologique.

Méthodes :

- Évaluation de l'efficacité de notre protocole de sevrage alcoolique : recensement annuel des cas de delirium tremens (DT) et de crises d'épilepsie.

- Évaluation des résultats thérapeutiques à six mois : position des patients vis-à-vis de l'alcool renseignée par une enquête postale auprès des médecins traitants, un semestre après les soins résidentiels (pourcentage d'abstinence, de rechute, de consommation occasionnelle...).

- Évaluation de l'efficacité de notre accompagnement en mesurant l'amélioration de la qualité de vie de nos patients : utilisation d'un questionnaire d'évaluation de celle-ci, dérivé de l'échelle SF36 et adapté à l'alcoologie.

Résultats et conclusion :

- Évaluation de l'efficacité du protocole de sevrage alcoolique : aucune complication de type épileptique, ni de tableau de DT typique ; seuls trois cas de "pré-DT" ont été recensés en trois ans. Notre protocole de sevrage alcoolique semble avoir démontré son efficacité en réduisant la fréquence des complications à moins de 1 %.

- Évaluation des résultats thérapeutiques obtenus à six mois : résultats satisfaisants en 2004 (31 % d'abstinence et 22 % de consommation occasionnelle) ; résultats insuffisants en 2005 (20 % d'abstinence et 28 % de consommation occasionnelle) ; résultats nettement en progrès en 2006 (39 % d'abstinence et 16 % de consommation occasionnelle) suite à une refonte de notre programme d'accompagnement post-sevrage (accordant une place plus large aux TCC et à la psychoéducation).

- Évaluation de l'amélioration de la qualité de vie des patients : scores globaux nettement améliorés à la sortie par rapport aux scores

d'entrée ; résultats qui reflètent les bénéfices que les soins et l'abstinence ont apportés aux patients ; de tels questionnaires, en favorisant la prise de conscience des progrès accomplis, sont de nature à renforcer la motivation des malades quant à leur démarche en vue d'une abstinence pérenne.

Prise en charge du patient alcoolodépendant en France : sevrage résidentiel versus sevrage ambulatoire

Hakim Houchi (Amiens),
ANPAA, DGS, FNESEA, OFDT, SFA

Le sevrage alcoolique est une étape importante dans la trajectoire des alcoolodépendants, et sa prise en charge est un élément déterminant dans le maintien à long terme de l'abstinence. L'alternative proposée aux patients alcoolodépendants désireux de contrôler leur consommation est un sevrage dit "ambulatoire" ou, si la sévérité de la dépendance le nécessite, un sevrage dit "résidentiel" en structure spécialisée.

À la lumière de données sociodémographiques et épidémiologiques, nous avons comparé les informations provenant de deux types de structure traitant le sevrage alcoolique : les CCAA et CSSR-CHSR. Cette approche a permis d'identifier et de caractériser les populations des différents centres de prise en charge du sevrage, qu'ils soient ambulatoires (CCAA) ou résidentiels (CSSR et CHSR). Nous avons ainsi comparé pour ces deux types de prise en charge du sevrage, résidentiel et ambulatoire, la situation socioprofessionnelle, l'environnement de la prise en charge et le statut sanitaire des patients alcoolodépendants. Nous avons également comparé ces critères entre les deux types d'établissement de sevrage résidentiel (CSSR et CHSR).

Méthodologie : la mise en place du questionnaire RECAP a permis le recueil des données dans des établissements du dispositif spécialisé de soins en addictologie, les CCAA et les CSSR-CHSR, répartis dans toute la France. Le champ toxicologique visé était l'alcool comme produit consommé ayant motivé la démarche de soins. La méthode d'échantillonnage était exhaustive, avec une approche quantitative des données recueillies. Les questions posées étaient relatives au profil des patients : sociodémographiques (âge, sexe, logement, nombre d'enfants, catégorie socioprofessionnelle, ressources, niveau d'étude, couverture sociale) ; épidémiologiques (date et origine de la prise en charge,

traitements, nombre, quantités, fréquence des produits consommés) ; sanitaires (sérologie, antécédents psychiatriques). Le groupe CCAA était composé de 902 patients provenant de 29 centres, et le groupe CSSR-CHSR incluait 42 571 patients.

Résultats :

- Du point de vue sociodémographique, nous remarquons que les deux populations sont peu différentes et présentent les mêmes sex-ratio et niveau scolaire. Nous pouvons constater que les centres de sevrage résidentiel présentent des patients plus âgés et plus de patients avec des difficultés de logement.

- Au niveau épidémiologique, nos données confirment que les patients issus des centres de sevrage résidentiel présentent majoritairement un âge précoce de début d'alcoolisation (inférieur à 20 ans) et une consommation plus importante (plus de 14 verres par jour).

- Sur le plan sanitaire, les populations de patients issus de sevrage résidentiel ou ambulatoire montrent toutes les deux la présence de comorbidités psychiatriques. Cependant, nous remarquons que les patients admis pour un sevrage ambulatoire ont moins d'hospitalisation pour raisons psychiatriques et présentent plus de tentatives de suicide.

Conclusion : ce travail met en vis-à-vis les populations d'alcoolodépendants provenant de centres de prise en charge du sevrage alcoolique résidentiels et ambulatoires. Les données confirment que les patients les plus sévères sont orientés vers un sevrage résidentiel et que les moins sévères sont orientés vers un sevrage ambulatoire. Cependant, nous remarquons que les centres de sevrage résidentiel présentent un meilleur encadrement des comorbidités psychiatriques associées, avec notamment un plus faible taux de suicide que les centres de prises en charge ambulatoire.

Le RAFTA 92 du Sas*

Dr Isabelle Sokolow, Mme Line Bartoli,
Mme Christiane Bergeret, Dr Vanghélis
Anastassiou (Saint-Cloud)

Le RAFTA est le projet phare de l'association le Sas, association loi de 1901 constituée de patients alcooliques rétablis et de soignants en alcoologie.

Depuis mars 2007, le Sas s'est vu confier, à titre expérimental et pour la première fois en France, grâce à des subventions MILDT, DRASSIF et CPAM, l'accompagnement dans des familles d'accueil des patients alcooliques en rupture

du lien familial, relationnel et social, à l'issue de leurs cures de désintoxication.

L'objectif thérapeutique était la prise en charge de patients alcooliques présentant une très grande souffrance psychologique et particulièrement démunis sur le plan relationnel et socio-professionnel, en proie à une marginalisation et une désinsertion sociale qui en retour accentue les troubles de comportement et précipite les rechutes, à l'origine d'un contexte de désillusion et de résignation aussi bien des patients que de leurs soignants.

La pratique de l'accueil familial thérapeutique, connu depuis longtemps dans l'exercice des soins psychiatriques, a été repris et adapté aux besoins des patients alcooliques ; il y a été plus particulièrement ajouté une pratique de "tutorat" par un patient rétabli pendant le séjour en famille du patient accueilli, ainsi qu'un accompagnement actif de réinsertion socioprofessionnelle. Cette prise en charge est prévue pour trois mois, renouvelable deux fois.

Ce dispositif innovant, le RAFTA, est actuellement adossé au Service d'alcoologie-addictologie à Saint-Cloud et à son CCAA. Il termine,

avec succès, sa phase expérimentale, avec le soutien budgétaire de l'Assurance maladie.

L'équipe du RAFTA comprend un médecin alcoologue, deux psychologues, une assistante sociale, une chargée de réinsertion (patiente rétablie) et une coordinatrice de projet.

* Réseau d'accueil familial thérapeutique pour patients alcooliques.

La famille dans le suivi du patient alcoolodépendant

Mme Lucia Romo, Mme Sonia Marquez, Mme Cindy Legauffre, Pr Jean Adès (Colombes)

La prise en charge des familles et des proches des patients ayant un problème d'alcool est un facteur facilitateur d'un début de suivi de prise en charge ou d'une compliance thérapeutique plus importante chez le malade alcoolique.

Notre expérience durant six ans de groupes pour familles de patients alcoolodépendants nous a permis de proposer une aide complémentaire à la prise en charge en individuel ou

en groupe (groupes de prévention de rechutes ou de maintien de l'abstinence, groupe d'information et de parole sur l'alcool et groupe de gestion émotionnelle, qui sont des groupes qui s'adressent exclusivement aux patients).

Dans ce groupe pour les familles, nous utilisons des techniques cognitivo-comportementales et motivationnelles (information, bibliothérapie, jeux de rôle, registres parfois, analyse des situations à risque, technique de résolution de problèmes, exposition entre les séances, etc.).

Les groupes sont ouverts et ont lieu une fois par mois, le samedi matin pour faciliter la participation des proches, car les patients n'assistent au groupe que s'ils sont accompagnés par un ou plusieurs proches. Il y a des thèmes prévus, mais la dynamique est souple et peut être adaptée en fonction des demandes particulières des participants (par exemple : situation de vacances, décès ou annonce d'une maladie, accident, etc.).

Nous avons constaté que les familles, quand elles peuvent et souhaitent participer à ces groupes, représentent un allié fondamental pour nos patients et un moteur pour leur changement.

Groupe

Clinique

Dr Paul Kiritzé-Topor

Le groupe clinique a une activité axée sur trois objectifs.

D'abord, la préparation de la journée clinique de la SFA du 13 mars 2009. La première journée organisée en mars 2007 avait suscité beaucoup d'intérêt. Elle répondait notamment aux attentes de nombreux membres de la SFA soulignant la disparition progressive de réunions parlant de la pratique au profit de communications, certes passionnantes et indispensables, très scientifiques, "relevant des sciences dites dures". Le groupe clinique a décidé d'une reconduction de ce type de réunion de la SFA en la centrant sur les problématiques, les doutes, les interrogations des soignants en alcoologie, mais aussi de leur évolution. Partant de leurs situations sur le terrain, chacun doit pouvoir confronter ses constats, ses réflexions et ses éventuelles découvertes avec ceux des autres intervenants, sans omettre les évolutions de sa propre pratique.

Le deuxième objectif est un travail de réflexion sur ce qu'est, ce que pourrait être une "clinique en alcoologie" en tenant compte de l'évolution des modes d'alcoolisation, voire des représentations des différents acteurs médico-sociaux et sociétaux. D'autre part, et les fréquentes interventions orales de participants aux réunions de la SFA le soulignent, les acteurs du champ alcoologique révèlent combien leurs préoccupations sont fonction de leur situation. Quel est le sens du mot "clinique" pour un médecin généraliste ou un alcoologue en institution hospitalière ou en CSAPA, pour une infirmière travaillant en unité d'alcoologie ou en centre de cure ou postcure, d'une assistante sociale de secteur ou de CHU... ? Il est indispensable, pour l'intérêt de nos pratiques et de nos patients, de relativiser les positionnements particuliers en les replaçant dans le cadre de la fonction soignante et de la relation d'aide. La problé-

matique alcoologique s'inscrit dans la durée, dans le quotidien familial et social des patients. Elle déborde, de ce point de vue, les limites des structures soignantes proprement dites.

Le troisième objectif est de contribuer à faire connaître ce qui est susceptible d'améliorer les pratiques, dans un souci d'assimilation et d'intégration des différents apports scientifiques et psychothérapeutiques. Le groupe clinique s'est donné pour objectif d'aborder ces questionnements sur un mode large, et les deux exposés introductifs de la journée de mars 2009 marqueront le début de ce travail de réflexion. Le groupe actuel est prêt à accueillir tous ceux et celles qui, intéressés par ce travail, désirent apporter leur concours à cette réflexion qui se veut ouverte à tous les acteurs du champ alcoologique et addictologique.