

## Réunion de la Société française d'alcoologie

Avec le parrainage  
du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

# L'alcool, la ville, la cité

## Résumés des communications

Coordination : Dr Philippe Michaud, Mme Micheline Claudon, Dr Isabelle Gabriel, Dr Claudine Gillet, Dr Éric Hispard, Dr Jacques Yguel

### • Jeudi 1<sup>er</sup> décembre 2011

#### **Accueil et présentation**

Pr Michel Lejoyeux (Paris)

### **L'alcool dans la ville**

Président : Dr Philippe Michaud (Clichy)

Modérateur : Dr Philippe Batel (Clichy)

#### **L'alcool du point de vue de l'alcoologue, et du point de vue de la politique de la ville**

Dr Jean-Loup Théry (Paris)

Ce n'est sans doute pas un hasard si politique et alcool coexistent depuis si longtemps. Mais ces relations n'ont rien d'idyllique et s'orientent le plus souvent vers la seule partie visible de cet iceberg qu'est l'alcoolisation publique. De fait, la politique, garante de la bonne gestion des affaires de la cité, se doit de protéger tous et chacun des excès potentiellement nocifs pour l'intégrité et la tranquillité de leur existence. C'est sur ces fondements que les actions menées s'intègrent plus dans des politiques de prévention de la délinquance, même si, à ces occasions, les professionnels de la santé, les militants des libertés, les associatifs... accrochent à la réduction des risques ainsi conduite les concepts de repérage précoce, d'intervention brève, de prévention de la récurrence...

Bien sûr, l'alcoologie n'est pas étrangère à ces tendances, mais comme l'addictologie, elle n'y retrouve pas toujours son compte. Quid de la face cachée de cet iceberg ? Au-delà de ce qui est mis en place pour contenir au mieux ces excès, quelle place est accordée à l'accompagnement sur le long cours de ceux pour qui les excès sont devenus quotidiens ? Qu'en est-il vraiment de la prise en compte des vulnérabilités particulières conduisant aux situations que nous connaissons tous ?

Plusieurs conditions restent sans doute encore à réunir pour que politique et alcoologie s'accordent pleinement sur les finalités de leurs actions respectives.

#### **Approche épidémiologique : territoires et modes d'alcoolisation**

M. Laurent Plancke (Lille)

Résumé non parvenu.

#### **La gestion de l'alcoolisation lors des grands événements culturels et musicaux**

Dr Guillaume Fauvel (La Rochelle)

La ville de la Rochelle accueille, tout au long de l'année, des événements culturels de première importance, comme les Francofolies. Lieu de

fêtes et de rencontres, son centre historique est largement investi par des publics jeunes et étudiants et devient le théâtre régulier de consommations de produits psychoactifs, dites festives, et de prises de risque.

Une augmentation du nombre d'incidents et de plaintes, ainsi que des projets d'apéritifs géants "Facebook" ont amené les élus de la Ville à mettre en place à partir de 2010, en partenariat avec les acteurs locaux, un plan de prévention des risques liés à la consommation d'alcool s'appuyant sur une démarche de promotion de la santé.

Celle-ci associe des actions de sensibilisation et de prévention primaire, mais aussi de prévention secondaire et de réduction des risques. Les interventions centrées sur le repérage précoce ont notamment confirmé, à l'occasion de plusieurs événements, les besoins de prévention pressentis.

La mise en œuvre de ces actions reste très complexe dans un contexte dominant, implicite mais aussi souvent explicite, de promotion de la consommation d'alcool. C'est également le cas pour la promotion des actions communautaires, en particulier dans les milieux étudiants.

Les actions engagées se poursuivront en 2012. Le renforcement des compétences des partenaires et la promotion d'une dynamique locale de réseau devraient faciliter l'atteinte des objectifs fixés par la Ville.

### **L'alcool dans la ville : le point de vue du médecin légiste**

Dr Frank Questel (Paris)

La médecine légale se définit comme la médecine des violences. Un lien entre violences urbaines et consommation d'alcool est évoqué dans plusieurs études épidémiologiques. La consommation problématique d'alcool expose autant à des violences agies qu'à des violences subies ou auto-infligées.

Le médecin légiste en est un observateur privilégié en tant qu'intervenant dans les domaines de la garde à vue, des violences volontaires ou des morts suspectes : à Paris, 15 % des personnes placées en garde à vue, tous motifs confondus, font état d'une prise d'alcool précédant leur mise en garde à vue (chiffres 2001), 30 % des victimes d'agression sexuelle ayant porté plainte étaient alcoolisées au moment des faits (chiffres 2007) et une consommation problématique d'alcool est retrouvée chez 20 % des sujets décédés ayant fait l'objet d'une autopsie judiciaire (Essonne, chiffres 2010).

L'étude de ces situations cliniques peut contribuer à améliorer la prévention et le soin en alcoologie. Cela fait du médecin légiste un acteur à part entière dans ce domaine.

### **La jeunesse est-elle une situation à risque ?**

M. Thierry Morel (Clermont-Ferrand)

Résumé non parvenu.

## **Alcool et territoires**

Présidente : Dr Claudine Gillet (Nancy)

Modérateur : Dr Éric Hispard (Paris)

### **Urbanisme et alcool**

M. François-Régis Cypriani (Saint-Denis)

Résumé non parvenu.

### **Les Antilles : particularités des consommations, particularités des réponses**

Dr Gisèle Brouzes, Dr Frédéric Brouzes (Pointe-Noire)

Aux Antilles, l'alcool est toujours la substance psychoactive la plus consommée. Comparée

à la France métropolitaine, la consommation d'alcool est inférieure chez les jeunes antillais, mais la Guadeloupe et la Martinique se placent dans les six régions les plus concernées par le risque de dépendance.

L'alcool historiquement le plus bu est le rhum qui semble présenter une neurotoxicité accrue, mais le champagne et les vins mousseux occupent également une place particulière, avec une des premières consommations de France. Cette consommation d'alcool, exclusive il y a quelques années, s'intègre de plus en plus dans des polyconsommations et polydépendances. Le tabac et le cannabis ont toujours des prévalences moindres que dans le reste de la France, mais le crack et, plus récemment, la cocaïne connaissent une consommation très élevée. Les autres produits restent rares et sont le plus souvent le fait de toxicomanies "importées".

Sur le plan des réponses, le département de la Guadeloupe compte une structure d'hospitalisation spécifiquement dédiée de 31 lits, une unité de liaison au CHU, deux CSAPA, un CAARUD qui fonctionnent en réseau (Réseau Addiction Guadeloupe). Il s'est par ailleurs doté en 2008 d'une structure originale, la Cellule d'évaluation des dépendances et d'orientation sanitaire et sociale (CEDOSS). Par ailleurs, les campagnes de prévention sont maintenant adaptées au contexte local.

### **Une métropole face à l'alcool : l'exemple de Nantes**

Mme Aïcha Bassal (Nantes)

Résumé non parvenu.

### **Urbanisation, déculturation et alcool de masse : les actions de Médecins du Monde en Mongolie et en Russie**

Dr Pierre Guibé (Pontoise)

La fin de l'Union soviétique et des régimes communistes satellites a entraîné un exode rural et la désorganisation des systèmes de santé. La consommation d'alcool a explosé avec des conséquences dramatiques chez ces populations vulnérables. Médecins du Monde a développé depuis 1991 plusieurs programmes en Russie et en Mongolie :

- 2004, Sibérie : santé communautaire et alcool ;

- 2005-2009 : programme dans la capitale mongole Ulaanbaatar :

- actions de prévention primaire dans un quartier de yourtes où sont installées des personnes d'origine rurale vivant sans statut légal et sans accès aux soins ;

- formations pratiques destinées aux professionnels de santé : repérage précoce et intervention brève, entretien motivationnel, thérapies cognitives et comportementales, utilisation des traitements médicamenteux ;

- soutien à la mise en place de ces nouveaux outils dans les structures d'addictologie de la capitale ;

- actions auprès des décideurs ;

- de 2008 à aujourd'hui :

- actions de formations et communication en Sibérie et dans le grand nord russe, en province d'abord, puis dans des capitales régionales ;

- développement du programme au niveau fédéral pour la prévention de l'alcoolisation des femmes enceintes.

### **La Grande-Bretagne : le "contrat de responsabilité" peut-il faire reculer les dommages dus à l'alcool ?**

Pr Jonathan Chick (Edimbourg, Royaume-Uni)

Depuis 1976, la mortalité par cirrhose hépatique diminue en général en Europe, mais s'accroît au Royaume-Uni, et l'âge médian de cette mortalité diminue. Les marqueurs des problèmes sociaux liés à l'alcool sont aussi en augmentation. Depuis 30 ans, les gouvernements successifs promettent des stratégies contre les problèmes d'alcool. L'éducation *sensible drinking* domine ces stratégies, tandis qu'il est bien connu des chercheurs que la consommation par personne et la mortalité liée à l'alcool diminuent après une hausse de la taxe sur les boissons alcooliques. Cependant, au Royaume-Uni, le prix réel de l'alcool diminue (c'est le gouvernement à Londres qui détermine les taxes).

En 2011, le gouvernement de Londres a décidé de donner la responsabilité de la diminution des problèmes liés à l'alcool à un comité composé de l'industrie des boissons alcooliques et des agences diverses, sociales et médicales (qui constituent une minorité). Mais la stratégie de ce comité a été déterminée à l'avance, et elle concerne l'éducation publique et quelques aspects en rapport avec la publicité des boissons. La stratégie s'appelle *The Responsibility Deal*.

Les agences de santé ont rejeté l'invitation du gouvernement de prendre part à ce comité. Elles considèrent qu'elle ne vise qu'à blanchir le fait que la Grande-Bretagne a vécu une hausse significative de la consommation d'alcool parmi la population depuis des années, et qu'elle va masquer encore une fois la nécessité, de leur point de vue, de monter le prix réel de l'alcool. Cette action des agences de santé va-t-elle ou non faire progresser la santé publique ?

*Since 1976, mortality from hepatic disease has reduced in Europe in general, but has increased in the United Kingdom, and the median age of death from liver disease has fallen. Indicators of social problems linked to alcohol have also increased.*

*For 30 years, successive governments have promised strategies to reduce alcohol problems. Education for "sensible drinking" dominates these strategies, whilst it is widely accepted by the research community that consumption per person reduces and alcohol-related mortality reduces, following a rise in taxes on alcoholic beverages. Meanwhile, in the UK, the real price of alcohol has been falling. (It is the London government that decides taxes.)*

*In 2011, the London government decided to give the responsibility with respect to the reduction of alcohol problems to a committee composed of the drinks industry and various social and medical agencies (who form a minority). But the strategy of this committee has been defined in advance, and concerns public education and some aspects concerning the advertising of alcoholic beverages. The strategy is called "The Responsibility Deal".*

*Health agencies have rejected the government's invitation to participate in this committee. They claim that this is likely to be another "whitewash" over the fact that the consumption of alcohol in the British population increased significantly over many years, and that once again the necessity, as they see it, to raise the real price of alcohol will be evaded. Will this action of the health agencies advance, or not, the public health?*

### **Les politiques publiques relatives à l'alcool.**

#### **Où en sommes-nous en 2011 ?**

Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé

Résumé non parvenu.

### • **Vendredi 2 décembre 2011**

## **Quelles réponses pour quelles populations ?**

Présidente : Pr Martine Daoust (Poitiers)

Moderatrice : Mme Micheline Claudon (Paris)

### **L'intégration des services en dépendances au Québec : du modèle à la réalité**

Pr Michel Landry, Pr Serge Brochu (Montréal, Canada), Pr Karine Bertrand (Sherbrooke), Pr Natacha Brunelle (Trois-Rivières)

Le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) a entrepris depuis le début des années 2000 une vaste réforme de l'ensemble de son réseau. Au cœur de cette réforme, on trouve un objectif central : développer des réseaux de services intégrés de façon à modifier le système socio-sanitaire à partir des mécanismes déjà présents.

Dans son "Offre de services en dépendances 2007-2012", le MSSS a défini des orientations et un plan d'action pour mettre en œuvre cette intégration des services dans le domaine des dépendances. On y détermine une répartition des responsabilités des différents niveaux de service en fonction d'un continuum des conduites addictives, des niveaux d'intervention et des problématiques associées.

Nous ferons état des moyens importants déployés depuis 2007 pour favoriser la mise en œuvre du Programme-Services Dépendances (1) dans le réseau de la santé et des services sociaux, notamment dans les services de première ligne, les urgences hospitalières et les services aux adolescents. Des données statistiques émanant de l'Institut universitaire sur les dépendances et du MSSS, ainsi que les premiers résultats d'une recherche s'étalant sur une période de cinq ans (2) seront présentés. Nous proposerons une première analyse des résultats des efforts déployés jusqu'à maintenant et des facteurs critiques de succès dans l'implantation de ce modèle au Québec.

### **Références bibliographiques**

1 - Ministère de la Santé et des Services sociaux. Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-Services Dépendances.

ces. Offre de service 2007-2012. Québec. Gouvernement du Québec, 2007.

2 - Brochu S, Landry M et 20 autres chercheurs. Trajectoires addictives et trajectoires de services : Les personnes toxicomanes au carrefour de deux réseaux de prise en charge (ARUC). Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada, 2009.

### **Psychiatrie, précarité, comorbidités et alcool**

Dr Alain Mercuel (Paris)

L'enquête SaMentA menée récemment (par l'Observatoire du Samu social, l'Inserm, l'INVS et autres impliqués) auprès du public en grande précarité a permis de mieux préciser les conduites addictives des personnes atteintes de troubles mentaux au sein de cette population. Ce que les acteurs sanitaires de terrain avaient repéré au quotidien ressort également de l'enquête : l'importante consommation d'alcool des personnes atteintes de troubles psychotiques ; l'influence des situations de précarité sur la consommation ; la forte prévalence de dépendance à l'alcool chez les jeunes en précarité et souffrant de trouble psychotique ; les très nombreux sevrages spontanés...

Toutes ces constatations incitent et invitent à prendre des mesures telles que mieux repérer les personnes en état de souffrance psychique ou avec des troubles psychiatriques, notamment chez les plus jeunes, ou encore développer des structures pour le sevrage des addictions. Il reste encore un "petit bout de chemin" à parcourir pour accueillir un "SDF" en souffrance psychique, isolé, sans droits ouverts et qui souhaite moins consommer. Attendre le Korsakoff ne résout rien...

### **L'alcool, une problématique de l'institution sociale ?**

M. Christophe Joncart (Paris)

Dans le cadre de la consultation avancée du centre Cap 14, la plupart des personnes que nous rencontrons sont prises en charge par des institutions sociales (centres d'hébergement, accueils de jour, etc.). Ainsi, notre expérience a montré qu'il était nécessaire de déplacer notre regard et de "s'arrêter" sur les équipes socio-éducatives qui accompagnent au quotidien une population qui s'alcoolise massivement.

Aussi, selon nous, accompagner ces personnes en situation de précarité en alcoologie impli-

que de tenir compte de l'environnement institutionnel dans lequel elles évoluent. Il ne s'agit pas uniquement de s'en tenir au constat, nous tentons d'insuffler une véritable dynamique de changement dans les institutions.

En effet, modifier le point de vue de quelques personnes, fussent-elles motivées, ne permet pas réellement de faire évoluer les pratiques en alcoologie. C'est pourquoi nous avons acquis la certitude que les transformations ou évolutions souhaitées ne concernent pas tant les individus – en termes de connaissances, de capacités, de compétences, d'aptitudes à acquérir ou à transformer – que les ensembles collectifs.

Nous avons donc élaboré une méthodologie d'intervention auprès des institutions sociales confrontées à l'alcoolisation problématique de leurs usagers. Premièrement, il s'agit d'interroger la demande des institutions, puis de négocier les cadres de l'intervention. La négociation aboutit à la mise en place d'actions précises ; enfin, nous co-construisons avec le partenaire un dispositif d'évaluation.

### **Réduction des risques la nuit : l'expérience de "Tendances Alternatives Festives"**

Mme Laure Bény (Bordeaux)

Le TAF (Tendances Alternatives Festives) est un projet visant à prévenir et réduire les conduites à risque auprès des jeunes sur la ville de Bordeaux, qui a été mis en place en 2010.

La proposition d'intervention a été conçue en s'appuyant sur l'expérience de l'équipe de prévention de l'ANPAA 33 – cinq années d'interventions sur les lieux de manifestations festives – et sur les expériences des villes de Nantes et Rennes. Le projet, soutenu par la préfecture, a reçu un financement MILDT et FIPD en août 2010. La réalisation de ce projet a été assurée par une équipe de quatre professionnels de l'ANPAA 33, accompagnée par 12 volontaires, en service civique.

Les premiers résultats, très encourageants, montrent la pertinence de ce dispositif, une réponse à des besoins :

- la sensibilisation des jeunes sur les dangers de leur consommation et une meilleure capacité à évaluer leur consommation ;
- la réduction des risques avec des interventions, reconnues nécessaires, voire vitales auprès d'un public essentiellement jeune, parfois désarmé et en situation de détresse.

### **Les jeunes parlent aux jeunes, et la ville les y invite : action "Trop boire, c'est le cauchemar"**

Mme Marguerite Arène, Mme Catherine Jouaux, Mme Hélène David (Paris)

Dès 2007, la Mission de prévention des toxicomanies est attentive à la problématique des conduites d'alcoolisation excessive chez les jeunes. En lien avec des structures de prévention parisiennes, elle commence à développer un programme – "La cuite, c'est pas automatique" – qui promet des projets locaux. Carte blanche est donnée à de petits groupes de jeunes pour réaliser des messages de prévention via un support artistique, de création (musique, théâtre, vidéo, BD...). En 2009, il est décidé de passer à l'échelle "Tout Paris". Une campagne de prévention via un concours de mini-films sur Internet est lancée : "The Binge – Trop boire, c'est le cauchemar". De novembre 2009 à mars 2010, les jeunes Parisiens de 15 à 25 ans sont invités à réaliser des mini-films sur le thème de l'alcoolisation excessive, le genre imposé étant celui du film d'horreur... particulièrement apprécié par ce public. Plus de 1 000 jeunes se sont impliqués pour réaliser les 100 films mis en ligne sur un site Internet dédié qui a reçu 100 000 visiteurs.

La réflexion et les principes d'action qui ont guidé cette campagne étaient clairement posés d'emblée. Il s'agissait :

- de s'appuyer sur la créativité des jeunes et leurs compétences ;
  - d'utiliser leurs modes de communication ;
  - et bien *in fine* de miser sur la prévention par les pairs : "des jeunes font passer des messages à d'autres jeunes, à travers leurs propres codes".
- Pour aller jusqu'au bout de la démarche, un DVD regroupant les 19 meilleurs films du concours est édité. Ainsi, des jeunes continuent-ils de s'adresser à d'autres jeunes via ce support. Pour les professionnels qui l'utilisent dans leurs interventions, c'est réellement une façon de partir de la vision et des conceptions de jeunes d'aujourd'hui pour aborder ce sujet avec d'autres jeunes et d'y apporter ensuite tous les compléments d'information et de réflexion nécessaires à une prévention pertinente.

### **Des étudiants à l'ensemble de la cité**

Dr Martine Rosenbacher-Berlemont (Nancy), Dr Sylvie Vaillant (Metz)

Les services de santé universitaire lorrains développent depuis de nombreuses années

des actions de sensibilisation sur les risques liés aux consommations, tout particulièrement lors des soirées festives étudiantes. Ils mènent notamment des campus sécurité routière axés sur l'alcool au volant. En 2001, un groupe de travail interuniversitaire pluridisciplinaire a été mis en place : piloté par la Santé universitaire, associant les services Hygiène et sécurité, le Sport universitaire, les représentants étudiants, la mutuelle étudiante MGEL, il est en charge du suivi et de propositions d'actions.

Ainsi, des soirées festives sans alcool ont été organisées en liaison avec l'ANPAA 54 et le CROUS de Nancy-Metz. Les actions se sont renforcées depuis 2007 par l'habilitation d'unités d'enseignement libres à Nancy et à Metz, valorisées dans la pédagogie. Depuis 2009, une journée annuelle de formation des élus et responsables associatifs étudiants est organisée à Nancy en parallèle à une journée annuelle de sensibilisation directe du public étudiant à Metz. Une charte de "bonne conduite" a été élaborée à l'Université et approuvée par les instances, puis un site dédié "faiteslafete.univ-lorraine.fr" a été conçu et mis en ligne en 2010 comme support d'informations et de formation pour les étudiants.

La Communauté urbaine du Grand Nancy s'est fortement impliquée dans la démarche, élargissant la charte universitaire en une charte "manifestations étudiantes responsables" applicable sur le périmètre des 20 communes de l'agglomération. La ville de Metz entre à son tour dans cette démarche. De nombreux partenaires associatifs et les services de l'État s'engagent donc ensemble de façon concertée, venant appuyer ces initiatives universitaires qui sont partie intégrante du projet d'établissement.

Interlude

### **L'alcool, la ville, la cité : le théâtre au service de la rencontre**

Dr Joëlle Laugier et l'équipe du CSAPA de Saint-Denis

Depuis plus de huit ans, neuf professionnels du CSAPA alcool de Saint-Denis/Stains utilisent une pièce de théâtre-débat écrite et jouée par l'équipe pour aller à la rencontre de différents publics et parler alcool autour des représentations sociales induites par le produit et sa consommation.

C'est un moyen d'échanger, de faire bouger sur des idées préconçues en partant des stéréo-

## Leurre de vérité

Venez nous aider à résoudre  
le mystère de la bouteille vide

Avec le gain d'un ticket de loto, une équipe de soignants décide d'acheter une très bonne bouteille de vin.

Mais, ô stupeur, au moment de trinquer, la bouteille est vide !

Qui a pu leur faire un coup pareil ?

Le médecin ? Le brancardier ?

La surveillante ? L'aide-soignante ? ...

C'est ce que l'équipe a l'intention de découvrir.

### Acteurs

Véronique Babin, *infirmière alcoologue*

Dominique Carage, *médecin alcoologue*

Frédéric Courage, *médecin alcoologue*

Yves Frochen, *médecin alcoologue*

Khalid Ibouhsissen, *médecin alcoologue*

Joëlle Laugier, *médecin alcoologue*

Jean-Noël Miche, *médecin alcoologue*

Mise en scène et animation du débat :

Corinne Solnica

*psychosociologue, animatrice communautaire*

CSAPA Alcool de Saint-Denis

Tél : 06 23 17 00 64

Théâtre-débat

Vendredi 2 décembre

13 h 00



types les plus classiques qui accompagnent nos visions de l'alcoolique.

La pièce a été jouée près de 50 fois depuis 2003. Parmi les publics ciblés, nous avons pris le parti d'aller jouer auprès des habitants. Ainsi, des représentations ont eu lieu pour :

- des habitants d'une cité située au cœur de la ville ;

- un public de SDF (à la Maison de la Solidarité de Saint-Denis) ;

- des parents d'élèves ;

- des "habitués" de bistrot dans deux bistrot (dont un en Bretagne qui reste le seul lieu de vie sociale des habitants d'un village de Côtes d'Armor).

Ces expériences, très riches d'enseignements pour nous "professionnels du soin", nous ont permis d'établir un contact authentique et surprenant, lié certainement à l'originalité de la démarche. En effet, il est rare de voir des professionnels sortir de leur structure et s'exposer au regard de l'Autre en prenant le risque d'être jaugé et jugé...

Cette prise de risque serait-elle à l'origine de la qualité de ces temps de rencontre ?

## De nouvelles perspectives, pour d'autres approches

Président : Dr Jacques Yguel  
(Avesnes-sur-Helpe)

Modératrice : Dr Isabelle Gabriel  
(La Membrolle-sur-Choisille)

### "Freedom", aide au sevrage de l'alcool par l'accompagnement à domicile

Mme Pascale Hontoir, Dr Gui Jonniaux  
(Tournai, Belgique)

Tout citoyen du Hainaut occidental (Belgique), quel qu'il soit, a la possibilité d'activer ce dispositif de soins en recevant, chez lui, des soignants.

La ou les pré-visites, effectuées communément par le psychiatre et la psychologue, permettent la rencontre clinique paisible avec l'usager, mais aussi avec ses proches, qui pourront devenir des aidants de fait ou encore des alliés de la resocialisation. La pré-visite ouvre le débat et pose les questions sur l'état de la dépendance, du déni et de l'interaction des personnes concernées. Elle permet de construire la confiance par la transparence.

L'engagement de l'usager se révèle par l'acceptation d'un accompagnement pour un sevrage et se traduit par une première concertation avec lui. Celle-ci va rassembler des professionnels de proximité, désignés par l'usager : infirmier, médecin traitant, kinésithérapeute. Cinq personnes vont donc constituer l'équipe d'accompagnement. Le contenu de cette réunion sera l'annonce d'un nouveau projet de vie qui prend en compte les besoins de soins du sujet, les relations avec les proches et les contraintes du collectif.

Les passages réguliers des professionnels sont convenus avec l'usager. D'autres concertations seront prévues et pourront accueillir, selon

ses souhaits, toute personne complémentaire nécessaire à l'évolution et la mise en place de ses projets. Les concertations permettront : un réajustement des soins, un partage sur l'évolution de l'usager, une évaluation de l'accompagnement, et d'autres spécificités.

Des "mouvements" de réinsertion vers la cité pourront être envisagés. L'offre d'aide dépendra de l'organisation sociale et thérapeutique des différents lieux de vie.

Le sujet prendra une part active à la décision d'arrêt du dispositif lors d'une dernière concertation avec "ses partenaires" de soins.

Depuis 18 mois, nos observations indiquent le bien-fondé de cette approche du patient dans la cité.

### Quand l'alcool au volant mène en garde à vue : étude prospective

Pr Patrick Chariot, Dr Aude Lepresle,  
Mme Tiao Saysouda Mahindhoratep,  
Dr Cyril Boraud (Bondy)

État des connaissances : en forte augmentation, le nombre de mesures de garde à vue en France a été de 792 000 en 2009. Les gardes à vue pour délits routiers, souvent motivées par une conduite sous l'empire d'un état alcoolique, n'apparaissent dans aucune statistique officielle jusqu'à la fin 2009. Dans un contexte judiciaire, l'imprégnation alcoolique est mesurée par éthylométrie ou par prélèvement sanguin. Les personnes refusant l'éthylométrie ou incapables de l'effectuer pourraient corres-

pondre à des situations cliniques particulières. Notre objectif était de déterminer le profil médical et addictologique des personnes placées en garde à vue pour délits routiers liés à l'alcool.

Méthodes : étude prospective monocentrique (23 avril-9 octobre 2010) des personnes gardées à vue pour suspicion de délits routiers liés à l'alcool : 223 personnes positives pour l'éthylométrie et 55 refusant l'éthylométrie ou incapables de l'effectuer. La population contrôlée était composée de 2 212 personnes gardées à vue pour d'autres motifs. Les données recueillies concernaient les caractéristiques des personnes, leurs pratiques addictives, les violences rapportées et les lésions traumatiques constatées.

Résultats : les personnes arrêtées pour délit routier lié à l'alcool étaient plus souvent pour la première fois en garde à vue que les témoins. Ils demandaient plus rarement l'examen médical et étaient plus fréquemment consommateurs abusifs d'alcool. Les conducteurs refusant l'éthylométrie ou incapables de l'effectuer rapportaient plus souvent avoir subi des violences et présentaient plus fréquemment des lésions traumatiques que ceux ayant une éthylométrie positive. Seulement 1 % des personnes arrêtées pour délit routier lié à l'alcool ont été jugées comme ayant un état de santé incompatible avec la garde à vue (3 % des témoins).

Conclusion : les médecins devraient porter une attention particulière aux personnes gardées à vue pour conduite sous l'empire de l'alcool. Parmi elles, les personnes refusant l'éthylométrie ou incapables de l'effectuer sont particulièrement exposées à des situations de violence.

### **La ville et le dispositif de soin, un labyrinthe pour le malade**

M. Jean-Philippe Anris (Paris)

S'égarer dans le labyrinthe des dispositifs de soin et d'accompagnement en alcoologie n'est pas la destinée de chaque malade dépendant souhaitant se soigner ; cependant, il doit souvent tenter de s'affranchir d'un certain nombre d'obstacles aussi divers que variés, et aussi superficiels que concrets. L'entrée dans la dépendance peut prendre un chemin aussi tortueux que celui de la sortie ; le malade alcoolique est confronté aux dispositifs de soin à des étapes différentes de ce parcours. Ces rencontres brèves

ou épisodiques laisseront malgré tout une trace pour le futur du malade.

Les premiers contacts avec le dispositif de soin ou d'accompagnement peuvent être provoqués par les situations de contrainte suivantes, sans forcément l'adhésion préalable du malade :

- céder à une pression de l'entourage familial pouvant déboucher sur des premiers contacts pas forcément constructifs ;
- se plier à la menace d'une sanction professionnelle ou à l'injonction du médecin du travail ;
- accepter sous une contrainte judiciaire d'entamer un sevrage ;
- se soumettre aux exigences médicales suite à une hospitalisation directement ou indirectement liée à cette maladie.

Les premières rencontres avec un dispositif de soin ou d'accompagnement peuvent aussi s'opérer avec une réelle motivation et implication de la personne en difficulté. Celle-ci pourra être stoppée dans son élan par manque de coordination et de dialogue entre les divers acteurs sociaux, médicaux et associatifs :

- "je prends l'initiative d'un rendez-vous avec un alcoologue ou un centre spécialisé, mais ceux-ci ne peuvent pas me recevoir avant plusieurs semaines et je reste sans aucune aide pendant cette attente" ;
- "suite à un passage aux urgences, pour un problème d'alcool, alors que je suis disposé à accepter des soins, aucun soignant ne vient me proposer une aide concrète" ;
- "j'ai bien l'intention d'aller à la rencontre d'un groupe d'entraide, mais les représentations que je m'en fais me bloquent et m'empêchent de faire les premiers pas".

Beaucoup de temps peut être aussi perdu lors des rencontres entre le malade et son médecin de famille. Soit par le manque de formation du praticien sur cette maladie, soit par la quête du malade d'aller chercher par la voix du soignant la légitimité à son problème d'alcool, ou encore de trouver une autre pathologie qui occulte son problème avec l'alcool.

### **Au cœur de la ville : les pharmaciens d'officine**

M. Nicolas Bonnet (Paris)

La prise en charge des addictions doit aujourd'hui être pensée de façon transversale et transdisciplinaire. Il s'agit de décloisonner les approches thérapeutique et préventive des addictions, qui jusqu'alors s'effectuaient par

produit. La place du pharmacien est ici primordiale : suivi des traitements de substitution, analyses toxicologiques, mesures biologiques, mais aussi repérage précoce et orientation ou information concernant les produits psychotropes, leurs effets et leur toxicité.

Les pharmacies d'officine constituent également un réseau de proximité sans équivalent et sont un lieu idéal de mise en place d'actions de santé publique avec possibilité d'orientation vers les dispositifs de prise en charge locaux.

La société attend que les pharmaciens jouent un rôle important dans le domaine des addictions : de part sa place d'observateur des comportements, mais aussi de médiateur et de confident, le pharmacien d'officine doit être à même de prévenir, repérer et orienter le patient alcoolodépendant.

Cependant, le pharmacien a reçu une formation universitaire orientée essentiellement vers la chimie, la biochimie et la pharmacologie. Or, lorsqu'il exerce sa profession, il doit développer des compétences de conseiller en matière de santé physique, mais aussi psychologique, d'agent de prévention et également d'acteur social. Il n'a été formé pour aucune de ces compétences et il n'est pas directement rétribué pour les utiliser et en faire bénéficier les personnes qui viennent dans son officine. Cette reconnaissance du pharmacien comme éducateur de santé et acteur de santé publique est un enjeu pour les années à venir.

### **Les "jardiniers de la cité" : l'exemple de l'Acerma**

Dr Véronique Thépot, Mme Danielle Leroux-Anezin (Paris)

Fondée en 1987 par un groupe de médecins et de malades issus du soin, l'Association pour la communication, l'espace et la réinsertion des malades addictifs (Acerma) a été reconnue d'utilité publique par décret le 27 octobre 1999. Elle s'est donnée pour but d'être une passerelle entre le moment des soins thérapeutiques et le moment où le malade se réinvestit dans la vie citoyenne. L'Acerma se situe donc à l'interface du soin et de la réinsertion. Elle est née du constat du manque de lieux qui pouvaient accueillir les personnes au cours de cette période où le malade redécouvre une vie possible sans son produit addictif. Ce moment (tous les soignants et les malades ne le savent que trop douloureusement) où tout peut basculer sur une rechute.

Pour cela, l'Acerma est partie de l'idée d'une continuité avec les offres thérapeutiques créatives proposées dans les centres de soins (atelier d'écriture, relaxation, etc.). L'association a donc créé un espace ouvert sur le monde extérieur et permettant aux malades stabilisés, et en parallèle des soins, de se reconstruire tant sur le plan neurocognitif que celui psychosocial par des pratiques créatives encadrées par des artistes professionnels.

À cette fin, l'Acerma dispose d'un lieu, "Quai des lunes" (22, quai de la Loire, 75019 Paris où elle propose des ateliers (théâtre, musique, peinture, poteries, vidéo, informatique, etc.) qui constituent des rendez-vous ponctuels – dans un endroit qui n'est plus un lieu de soin, mais un lieu ouvert sur la cité – et qui occupent aussi le malade chez lui (préparation, lecture, mémorisation, etc.). L'Acerma refusant d'être un ghetto d'addictifs, ses ateliers sont ouverts aux patients, à leur entourage, aux soignants, aux gens du quartier mais aussi à toutes personnes n'ayant jamais eu de problème d'addiction mais intéressées par notre démarche.

Au "Quai des lunes", elle propose également des représentations de théâtre, des expositions de peintures, de photos, des projections de films. Ces manifestations ouvertes à tous permettent aux personnes de s'y côtoyer et de s'ouvrir ou de redécouvrir l'accès à la culture. C'est un espace de mixité sociale, culturelle et transgénérationnelle.

L'association produit, exporte et supporte des manifestations "hors les murs" (hôpital, théâtre privé, autres associations).

En 1896, Jules Lemire, fondateur des jardins ouvriers, écrivait : *"Les jardins ouvriers professent une vocation sociale et défendent un certain ordre social : s'ils permettent aux ouvriers d'échapper à leur taudis en profitant d'un air plus respirable, ils les éloignent aussi des cabarets et encouragent les activités familiales au sein de ces espaces verts"*. Si l'on remplace certains termes propres au 19<sup>ème</sup> siècle, l'Acerma pourrait se réclamer de cette définition : en effet, toutes ses activités ont pour but d'insuffler un air plus respirable pour les patients et leurs proches, en leur redonnant "confiance et estime de soi". Pour des malades qui, pendant des années parfois, ont oublié ce qu'était leur corps, ont oublié qu'ils étaient capables de penser autrement qu'avec leur produit, qui ont perdu le lien avec la communauté et la famille, l'association leur permet

de retrouver une vie authentique et libre, leur donne des instruments et un terrain solide sur lequel ils peuvent reconstruire leur avenir.

En faisant respecter et admirer ce renouveau des anciens malades, l'Acerma, au sein même de la cité, milite pour rompre le tabou "de la maladie addictive" et démontrer qu'il est possible d'en sortir et de vivre pleinement.

## Communication affichée

### **Repérage des consommations nocives dans un CHU de la région parisienne et orientation vers une structure spécialisée en addictologie**

Dr Cécile Prevost (Saint-Cloud),

Dr Mathilde Paradis, Pr Élisabeth Rouveix (Boulogne-Billancourt), Dr Vanghelis Anastassiou (Saint-Cloud)

Le repérage et la prise en charge rapide des addictions et de la dépendance à l'alcool sont nécessaires, encore faut-il pouvoir mobiliser le patient. Lorsque l'alcool devient nocif, une sensibilisation par l'orientation vers une structure spécialisée ambulatoire est nécessaire pour une aide à l'élaboration et la prise de conscience de l'aspect nocif de l'alcool. Nous présentons ici les résultats d'une expérience de convention en ce sens, mise en place entre l'équipe d'addictologie (ELSA, consultations), les urgences et les services de médecine du Centre hospitalier universitaire Ambroise-Paré (Hauts-de-Seine) et le centre Arthur-Rimbaud du CSAPA du Centre hospitalier des 4 villes (Boulogne).

Objectif : analyse des résultats du dispositif de mise en place entre deux établissements, destiné à favoriser le suivi des populations ayant une consommation problématique d'alcool grâce à un dépistage dans un hôpital général et une orientation vers un CSAPA.

Modalités : mise en place d'une convention entre le CHU Ambroise-Paré et CH des 4 villes, et plus particulièrement le centre Arthur-Rimbaud, pour la prise en charge en réseau des patients ayant une consommation problématique d'alcool (usage nocif, alcoolodépendance notamment). Les patients sont repérés puis orientés par les équipes du CHU Ambroise-Paré, essentiellement par l'ELSA, les

psychiatres des urgences et les services de médecine, puis sont adressés au centre Arthur-Rimbaud pour prise en charge. Une fiche de liaison notifiant quelques éléments cliniques (pathologies médicales, antécédents, état de santé) est alors faxée avec plus ou moins prise d'un rendez-vous. Le patient est ensuite contacté par la secrétaire du CSAPA pour fixer un premier rendez-vous, soit avec l'assistante sociale, soit avec l'infirmière, qui orienteront sur une deuxième consultation, soit vers un médecin addictologue, soit vers un psychiatre addictologue ou un psychologue.

Résultats : le CHU Ambroise-Paré nous a ainsi adressé 71 demandes entre février 2010 et août 2011, dont six patients deux fois, soit 65 patients, dont 43 hommes et 22 femmes. L'âge moyen de l'effectif était d'environ 49 ans, 50 ans pour les hommes et 47 ans et deux mois pour les femmes. Parmi ses 71 orientations, 40 provenaient de l'équipe de liaison (38 vus dans les services de l'hôpital aux urgences et deux en consultation), 28 de l'équipe des urgences directement et trois d'autres services du CHU. 12 patients n'ont pas eu de rendez-vous : deux pour refus, un est décédé et huit n'étaient pas joignables (dont cinq du fait de transferts vers une autre structure).

53 ont eu un rendez-vous, dont 47 avec l'infirmière, trois avec l'assistante sociale, un vers le psychiatre directement et deux vers un psychologue. Parmi les six patients que l'infirmière a vus à l'hôpital, quatre avaient été signalés deux fois par des équipes différentes.

33 patients sont venus en consultation, 29 reçus par l'infirmière, un directement par le psychiatre, un par la psychologue et deux par l'assistante sociale. 29 sont venus au deuxième rendez-vous avec un médecin, 18 orientés vers un médecin addictologue et 11 vers un psychiatre addictologue. Deux ont eu un suivi exclusif avec la psychologue. Un an plus tard, la moitié des patients maintiennent toujours un suivi.

Conclusion : en 18 mois, le dispositif a permis de proposer une orientation à 65 patients, dont la moitié a été effective (rendez-vous honoré au centre Arthur-Rimbaud). Un an plus tard, 50 % des patients ont toujours un suivi au CSAPA. Ainsi, cette collaboration a permis une meilleure sensibilisation et destigmatisation d'une population à risque et l'amélioration du repérage de ces troubles par les acteurs de santé.