20, 21 et 22 mars 2013, Maison internationale, Paris

Les Journées de la SFA

Résumés des communications

Mercredi 20 mars 2013

Mésusage de substances psychoactives et milieu professionnel Recommandations pour la pratique clinique

Coordination : Dr Gérald Demortière, Dr Claudine Gillet, Dr Benoît Fleury, Dr Didier Playoust

Ouverture et présentation de la journée
Pr Michel Lejoyeux (Président de la SFA)

État des connaissances fondamentales

Président : Pr Jean-François Gehanno (Secrétaire général de la SFMT)
Modératrice : Dr Claudine Gillet (Nancy)

Données épidémiologiques
Mme Françoise Facy (Lyon)

Dans les orientations de santé publique, depuis la loi de 2004 et les constats du Haut conseil de santé publique en 2010, la santé au travail est reconnue comme déterminant de la santé globale ; les services de santé au travail (SST) sont sollicités pour la prise en compte des facteurs d'accidents, de maladies professionnelles et, à présent, de risques psychosociaux, auxquels sont reliés les mésusages de substances psychoactives (SPA).

La loi de juillet 2011 délimite les missions et les moyens des SST, avec la prise en compte des conditions de travail comme facteurs de risque d'inégalités sociales de santé. Dans ce contexte général de santé publique et de santé au travail, les données épidémiologiques disponibles illustrent à la fois les difficultés et les atouts actuels pour la mise en œuvre d'actions de prévention des mésusages de SPA en milieu professionnel.

L'hétérogénéité des pratiques s'expliquent souvent par des régimes différents des SST, suivant les secteurs d'activité et la taille des entreprises : régimes interentreprises, autonomes, fonction publique ou régime agricole, les secteurs d'activités se révélant eux-mêmes plus discriminants pour les niveaux de santé psychique que les catégories socioprofessionnelles, d'après les travaux en santé mentale menés par l'InVs.

Cependant, la loi de juillet 2011 offre un certain nombre d'atouts pour agir sur les mésusages de SPA en milieu de travail en France. La précision d'une "*prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail*" est clairement apportée (art. L. 4622-2) dans leurs attributions de conseils auprès des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants.

L'articulation avec le secteur médico-social en addictologie pourrait améliorer le continuum d'interventions des SST entre prévention et soins individuels, d'après les propositions du *Livre blanc de l'addictologie française*, publié en 2011 par la Fédération français d'addictologie (FFA) (proposition 80 en cohérence avec l'objectif 11 et la proposition 19).

L'implication des professionnels de santé au travail dans les études épidémiologiques est ancrée dans un certain nombre de secteurs, par différentes équipes. L'affinement d'indicateurs, de nature sociologique, permettrait de mieux promouvoir le volet addiction dans l'ensemble des thématiques de la santé au travail.

L'existence d'une filière universitaire complète pour la médecine du travail constitue un socle intéressant pour articuler les formations professionnelles initiales et continues, où l'addictologie reste à développer, pour favoriser une interdisciplinarité avec des diplômes interuniversitaires indispensables dans le secteur médico-social, pour développer des travaux de recherche à partir des services de médecine du travail hospitaliers, en lien avec les services de niveau 3 en addictologie.

Données socio-économiques
M. Philippe Mossé (Aix-en-Provence)

L'analyse de l'ensemble de la littérature, aussi diversifiée soit-elle, a permis d'étayer les connaissances en matière d'évaluation médico-économique, et donc en termes de coûts économique et social, d'une intervention ciblant la consommation ou l'abus de substances psychoactives (SPA) dans le (ou en dehors du) milieu de travail.

L'existence de biais méthodologiques (ayant des retombées ou des causes touchant à la problématique) a également été mise au jour. Il s'agit surtout de biais liés à la sélection initiale des individus ciblés par le programme (volontariat et/ou consentement), mais aussi à la nature des entreprises (tailles, secteurs). L'ensemble de ces biais pose de même la question de la généralisation des résultats et de la transposition des programmes eux-mêmes sur une base scientifique.

Par ailleurs, toutes les études analysées dans cette recherche n'ont pas présenté d'évaluation purement médico-économique. Ainsi, on note l'absence de comparaison entre plusieurs programmes, or celle-ci est la condition sine qua non de l'évaluation. Certes, tous les types de programmes ne peuvent faire l'objet d'une telle évaluation, mais une véritable évaluation médico-économique doit comporter une dimension comparative (deux ou plusieurs programmes, deux ou plusieurs populations, etc.). La valeur démonstrative concernant l'efficacité de telle ou telle intervention ne peut pas être seulement trouvée dans la confrontation de programmes différents, initiés dans des contextes divers. Ici, le paradoxe est que les programmes d'intervention brèves seraient propices à ce type d'évaluation comparative, mais que celle-ci n'est pas menée de façon systématique. Dans cette perspective, on peut noter que toutes les études plaident pour un développement et une amélioration des évaluations médico-économiques dans ce domaine.

Au plan positif, on peut également noter que les interventions légères, de court terme et en direction de populations peu atteintes s'avèrent très généralement rentables du point de vue de l'entreprise, comme de celui de la société. Un rendement ou, pour utiliser le langage des auteurs, un ROI d'environ 30 % n'est pas rare.

Sur ce même plan, il appert que la mise en place de programmes de prévention en milieu de travail et la connaissance de ses effets économiques doivent faire appel à la motivation même des employeurs. Certains arguments semblent être encourageants dans la mise en place d'interventions ; en premier lieu, on trouve la réduction de l'absentéisme lié aux consommations de SPA. Il s'agit là du meilleur argument pour le développement de la prévention dans les entreprises. D'autres types de dépenses associées à la consommation de substances, et supportées par l'employeur, constituent également des arguments forts (e.g. accidents du travail). C'est qu'une prise de conscience des employeurs est nécessaire pour que le développement de programmes et leur évaluation soient possibles.

L'accent a été mis sur quelques types de programmes à privilégier, notamment les interventions brèves, les actions de dépistage, dans un contexte qui permette une vue d'ensemble et une mesure des effets facilitée et pertinente. Les études retenues montrent que la prise en compte de quelques critères suffit pour mesurer les effets d'un programme, tels que l'absentéisme, les coûts des programmes mêmes, une perte de salaire, les dépenses des prestataires extérieurs. En outre, la population de l'entreprise doit être relativement suffisante (en termes d'effectif) pour que l'évaluateur puisse identifier des effets pertinents.

De la littérature, il est possible de conclure que les interventions doivent être adaptées aux diverses substances, ciblées sur de véritables problèmes ou populations à risque, auxquelles s'applique une éthique, celle de leur consentement.

Au terme de cette analyse de la littérature internationale, il apparaît qu'une *evidence-based medicine* qui serait inscrite dans le long terme et l'espace large de la santé publique est antinomique de l'approche court-termiste adoptée outre-Atlantique. Celle-ci conduit à valoriser artificiellement les interventions brèves, en direction de populations relativement peu atteintes et dont le résultat apparent peut être obtenu rapidement afin de pouvoir être publié dans de bonnes revues et dans des délais raisonnables. Or les pathologies dont il est question ici, les modes de prise en charge et leur évaluation demandent au contraire que les observations soient menées dans le moyen-long terme et sans être limitées aux frontières (par ailleurs mouvantes) des entreprises et de leur profitabilité. De ce point de vue, la France possède un avantage comparatif qu'il s'agirait de valoriser. Il faudrait pour cela que soit mises en place des enquêtes au long cours portant sur des populations suivies dans et hors l'entreprise, mettant en jeu des acteurs divers (service de santé au travail, médecins traitants, etc.), le tout bénéficiant d'un système d'assurance maladie œuvrant pour l'intérêt général et non dans l'intérêt des seules entreprises. Mais pour que cet avantage soit exploité, encore faut-il que, au plan de la rigueur méthodologique, les études françaises rivalisent avec celles anglo-américaines.

Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer des consommations de substances psychoactives

Mme Gladys Lutz (Toulouse)

La question "Quels sont les déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer des consommations de substances psychoactives (SPA) ?" propose aux médecins du travail de quitter la perspective privée des usages (simple, à risque et avec dépendance) d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes pour s'intéresser à leur sens professionnel. Nous verrons qu'en complément de l'approche médicale, la clinique du travail permet d'observer et de décrire ces interactions, souvent invisibles, masquées, tabous, entre usages de SPA, travail réel, sujets et organisation.

Notre présentation de cette question se construira en trois parties :

1. Un état des lieux de la littérature scientifique portant sur les liens entre travail et usages d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes.
2. Une typologie des facteurs susceptibles de contribuer à des "usages professionnels" de ces substances.
3. La présentation des démarches cliniques à mettre en œuvre dans la consultation médico-professionnelle et dans les entreprises, pour évaluer et réguler les facteurs professionnels des consommations de SPA.

La clef de voûte de cette démarche est la pluridisciplinarité : la mobilisation des sciences médicales et du travail à hauteur des hommes, des femmes et de leur travail.

Président : Dr Didier Playoust (Andernos-les-Bains)
Modératrice : Dr Patricia Maladry (Direction générale du travail)

Mésusage de SPA et milieu professionnel : aspects réglementaires et jurisprudentiels

Pr Sophie Fantoni-Quinton (Lille)

Le mésusage de substances psychoactives (SPA) en milieu de travail pose des questions nombreuses, tant sur ses déterminants, professionnels, personnels ou mixtes, que sur ses répercussions. La diminution de performance inhérente à la consommation de SPA, l'augmentation du

risque d'accidents en raison de la baisse de vigilance ou d'altération des perceptions ou des jugements, avec mise en cause de la sécurité des biens et des personnes, un absentéisme accru, voire un éventuel ternissement de l'image de marque de l'entreprise sont autant de questions qui renvoient à la place du droit dans l'encadrement des SPA en milieu de travail. Si la responsabilité de l'employeur est avant tout de s'inscrire dans une démarche systémique de prévention des risques professionnels et d'intégrer la question du mésusage des SPA dans cette démarche, il est alors indispensable de s'interroger sur ses outils et son périmètre d'action. C'est ainsi que la question des tests de dépistage est fréquemment évoquée et que se pose la question de la responsabilité du salarié en cas de positivité d'un test, d'état d'ébriété ou de comportement anormal. Le législateur a pour l'instant été timide en la matière, laissant au juge le rôle de construire peu à peu un cadre juridique aujourd'hui encore incertain.

Conditions et modalités du repérage clinique

Circonstances du repérage clinique. Signes d'appel. Moyens d'évaluation et outils du repérage clinique

Dr Hervé Martini (Nancy)

Le repérage doit intégrer les caractéristiques propres à chaque produit et la diversité des modalités de consommation associées aux produits. Il peut exister un continuum entre l'usage, l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance. Ce continuum n'est pas totalement applicable à l'ensemble des substances psychoactives (SPA). Il en découle un polymorphisme clinique, notamment lorsqu'il y a une polyconsommation. De même, la gravité et la sévérité des conduites s'avèrent extrêmement variables selon le ou les produits consommés.

Consommer un produit ne constitue pas nécessairement un risque pour l'individu, mais le devient lorsqu'il s'agit d'une consommation dans un contexte professionnel. Aussi, deux unités standard d'alcool consommées dans un cadre privé ne constituent pas un risque au sens de la définition de l'OMS, mais le devient si le sujet consomme dans le cadre d'un poste de sécurité.

Le repérage d'une consommation dans un contexte professionnel s'avère différent de l'approche effectuée en médecine générale. Il en découle une prise en charge différente, le médecin généraliste souhaitant repérer avant tout le patient dont l'usage est à risque et proposer une intervention brève en vue de diminuer les niveaux de consommation, le médecin du travail interrogeant son patient notamment dans un contexte d'aptitude à un poste de travail. La seule décision d'aptitude ne saurait pas résumer l'action du médecin du travail auprès du salarié. En effet le repérage doit pouvoir s'inscrire dans une démarche de type intervention brève.

L'identification d'une consommation de SPA repose sur quatre éléments :

- la consommation déclarée par le patient ;
- les questionnaires ;
- les signes précoces et d'alerte ;
- la biologie (évoquée dans la communication de M.J. Royer-Morrot).

La consommation déclarée : il s'agit d'une étape fondamentale qui permettra de recenser les SPA consommées, de caractériser les comportements de consommation, les modalités de celles-ci et les facteurs de vulnérabilité. La sous-estimation des niveaux de consommation souvent évoquée par le clinicien n'a finalement que peu d'intérêt puisqu'il s'agit d'évaluer non pas tant les niveaux de consommation au plus précis que le rapport entretenu entre le patient et le produit, et de proposer ainsi une stratégie adaptée d'intervention.

Les questionnaires : l'évaluation peut s'appuyer sur l'utilisation de différents outils de repérage validés et largement employés. Ils concernent les produits licites ou illicites. Leur principal intérêt est de permettre de repérer et d'évaluer le mésusage d'une SPA. Outre l'évaluation, il peut s'avérer intéressant pour ouvrir le dialogue avec le patient sur les pratiques addictives ou permettre au thérapeute de disposer d'un support de discussion. Ils peuvent être soit donnés au patient avant la consultation et remplis seul par le patient (auto-questionnaire), soit servir de base au professionnel de santé. En pratique, la longueur des questionnaires, les difficultés de compréhension des questions (barrière de la langue, trouble cognitif...) rendent parfois l'utilisation de ceux-ci compliquée.

Les signes précoces d'alerte : d'une manière générale, plus le repérage se veut précoce, moins les signes cliniques seront présents et moins ils seront aisés à rattacher à une consommation et spécifiques d'une SPA. Plus qu'un symptôme, il s'agit bien de la juxtaposition de plusieurs symptômes qui doit alerter le clinicien et faire rechercher l'usage d'une SPA. Les signes de présomption d'une consommation de SPA sont à rechercher lors de l'interrogatoire.

Acteurs du repérage. Conduites à tenir en fonction des résultats du repérage

Dr Anne-Laurence Thomas-Desessarts (Conflans-Sainte-Honorine)

Toute personne peut être amenée à repérer un mésusage de substances psychoactives (SPA), qu'elle appartienne ou non à l'entreprise.

En milieu professionnel, le repérage individuel ou collectif et les "conduites à tenir" qui en découlent ne peuvent s'envisager qu'avec un minimum de connaissance sur le sujet. Les actions de formation et/ou d'information doivent être adaptées en tenant compte du cadre dans lequel l'acteur du repérage agit : sanitaire, sécuritaire, réglementaire, voire relationnel. Ce sujet étant d'une extrême complexité sur le plan juridique et éthique, il serait souhaitable de labéliser le contenu de ces formations.

Les services de santé au travail doivent être en capacité de proposer à tout salarié de bénéficier d'une évaluation clinique de sa consommation de SPA et de délivrer le cas échéant une intervention brève. Le caractère licite ou illicite de la substance consommée ne doit pas guider cette évaluation. Face à la fréquence des polyconsommations, il est recommandé d'interroger régulièrement le salarié sur l'ensemble des substances, y compris les médicaments psychotropes. Il est recommandé que la décision d'aptitude prononcée par le médecin du travail suite au repérage d'un mésusage de SPA soit toujours proportionnelle au risque que cette consommation induit en milieu de travail, pour le salarié ou son entourage. Elle doit donc d'abord être guidée par la connaissance du poste de travail (en pluridisciplinarité, le cas échéant), en respectant le secret médical et le principe des libertés individuelles, et en prenant en compte le rôle intégrateur du travail. Cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance.

Parallèlement au repérage individuel, la démarche d'évaluation du mésusage de SPA doit être engagée et figurer dans le document unique d'évaluation des risques. Afin de préserver impartialité, cohérence, crédibilité et recherche d'efficacité, les trois axes suivants doivent être

systématiquement abordés ;
- quels sont les risques pour la santé et la sécurité dans l'entreprise ?
- quelle est la politique de l'entreprise sur le sujet ?
- quel est rôle potentiel des conditions de travail dans cette consommation ?

Conditions et modalités du dépistage biologique

Président : Dr Philippe Bessières (Floirac)
Modérateur : Dr Benoît Fleury (Bordeaux)

Méthodes validées pour le dépistage biologique. Intérêt, limites actuelles de l'interprétation des résultats et limites économiques

Dr Marie-José Royer-Morrot (Nancy)

Le dépistage des substances psychoactives (SPA) est un sujet de préoccupation en France depuis quelques années, notamment en milieu professionnel. La fréquence d'utilisation des tests pour rechercher l'alcool, les produits illicites (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines), ainsi que les médicaments psychoactifs (traitements de substitution aux opiacés, benzodiazépines...) est en augmentation. L'attente du clinicien déterminera le choix des milieux biologiques et des méthodes d'analyse.

Les méthodes de dépistage reposent sur des principes d'immunochimie, dont l'immunochromatographie par compétition pour les tests urinaires et salivaires à usage unique. Les tests urinaires ciblent en général les métabolites, les tests salivaires les molécules mères. La réponse s'exprime en termes de "présence" ou "absence" d'une famille moléculaire à partir d'un seuil (ou *cut-off*) de positivité arbitraire et conventionnel. Il s'agit d'un seuil analytique et non d'un seuil d'aptitude. La présence dans la salive traduit un usage récent, celle dans l'urine montre que le patient est consommateur. Ces méthodes peuvent manquer de spécificité, d'où des résultats faux positifs ou faux négatifs. Les tests salivaires sont aujourd'hui insuffisamment fiables pour être recommandés.

Les méthodes de confirmation (chromatographie en phase gazeuse ou liquide couplée à la spectrométrie de masse) sont très spécifiques et sensibles, elles ne sont réalisées que dans des laboratoires spécialisés. Ces méthodes permettent l'identification et le dosage de(s) molécule(s) présente(s) dans l'échantillon.

Les dépistages des SPA dans les milieux biologiques effectués dans les limites de l'éthique peuvent être une aide pour évaluer la consommation de SPA d'un patient. L'interprétation des résultats d'analyse devra s'effectuer dans le cadre d'une collaboration clinico-biologique. En conclusion, des indications sur le coût de ces différentes méthodes seront discutées.

Dépistage biologique des drogues en milieu de travail

Dr Philippe Hache (Paris)

La prévention des risques liés aux pratiques addictives en milieu de travail passe par l'élaboration d'une démarche de prévention collective associée à la prise en charge des cas individuels. Le dépistage biologique des drogues est un outil qui vient en complément de cette démarche de prévention collective, sans toutefois s'y substituer. Cet examen nécessite le prélèvement d'un échantillon biologique (urine, salive...). Aussi, il ne peut être réalisé que par un médecin.

La réalisation du dépistage est indiquée pour les postes de sûreté et de sécurité comportant de grandes exigences en matière de sécurité et de maîtrise du comportement. Le Comité consultatif national d'éthique précise (avis n° 114) qu'en cas de mise en place du dépistage dans l'entreprise, celui-ci doit être expressément prévu et son caractère systématique et/ou inopiné précisé dans le règlement intérieur et les contrats de travail. Toutefois, le médecin du travail possède une indépendance dans la prescription des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude au poste de travail (article R. 4624-25 du Code du travail). Il décide donc seul de la réalisation, ou non, de cet examen.

Les techniques immunochimiques actuelles, fournissant un résultat en quelques minutes, nécessitent certaines précautions. En effet, la prise conjointe de certains médicaments ou compléments alimentaires peut être responsable d'un résultat faussement positif. De même, certains résultats peuvent être faussement négatifs pour des raisons liées à la technique ou suite à des manipulations de la part du sujet testé. Aussi, cet examen complémentaire ne remplace pas l'examen clinique.

Gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de substances psychoactives

Dr Antoine Gérard (Le Puy-en-Velay)

Les troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs nécessitent une prise en charge sur le lieu de travail, l'objectif principal étant de maîtriser la situation pour limiter ou annuler la dangerosité immédiate. Le diagnostic étiologique ne se fera généralement que dans un second temps, lors d'une consultation médicale sur le lieu de travail ou dans une structure extraprofessionnelle. Le médecin du travail conseille l'employeur qui a l'obligation d'organiser les premiers secours sur tous les lieux de travail.

L'organisation des secours dans l'entreprise porte sur un certain nombre de points :
- les moyens humains et les exigences de formation s'y rapportant ;
- les moyens et les modalités d'alerte et de liaisons entre les éléments propres à l'entreprise et le Centre 15 de réception et de régulation des appels ;
- la rédaction de consignes mettant en place le protocole (ne pas laisser le salarié seul, solliciter un avis médical, procédure de raccompagnement, modalités de gestion de la crise et de la post-crise...).

Il est recommandé que, à la demande de l'employeur, une visite occasionnelle auprès du médecin du travail soit organisée dans les jours qui suivent l'événement.

La gestion de la crise et le traitement de la post-crise ne prendront sens que si le concept de "comportement inadapté à la situation de travail" a auparavant été expliqué aux salariés et si la procédure de gestion de crise a été présentée et commentée, notamment au regard des exigences du Code du travail.

Un programme de prévention peut être initié à cette occasion, ou renforcé s'il en existe déjà un.

De la théorie à la mise en pratique
Table ronde animée par
le Dr Gérald Demortière (Cergy-Pontoise)
et le Dr Claudine Gillet (Nancy)
Intervenants :
Dr Catherine Cothereau (Paris)
Dr Pierre Poloméni (Bondy)
M. Gilles Noury (Lille)

Conclusions de la journée

Dr Benoît Fleury (Bordeaux)

Jeudi 21 mars 2013

Le DSM-5 : nouveau concept, nouvelle clinique ?

Coordination : Pr Henri-Jean Aubin, Pr Michel Lejoyeux, Mme Micheline Claudon

Ouverture
Pr Michel Lejoyeux (Paris)

Nouvelles catégories diagnostiques

Président : Pr Jean Adès (Colombes)
Modératrice : Dr Isabelle Rocher (Luçon)

De l'alcoolisme au trouble lié à l'utilisation de l'alcool : cheminement du DSM et de la Classification internationale des maladies

Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)

Le DSM-5 est annoncé pour mai 2013. La disparition des catégories diagnostiques d'abus et de dépendance devrait marquer l'un des changements les plus importants apportés par cette nouvelle version du DSM. La distinction entre abus et dépendance est d'abord apparue en 1980 dans le DSM-III, dans lequel la dépendance est définie comme l'adjonction à l'abus de signes de tolérance ou de sevrage. La conception biaxiale de l'alcoolisme est apparue en 1987 dans le DSM-III-R, dans lequel l'abus et la dépendance mesuraient deux dimensions différentes du problème d'alcool, mais dans lequel également était paradoxalement conservée une gradation entre abus et dépendance. Le DSM-I (1952), puis le DSM-II (1968) proposaient jusque-là l'unique diagnostic d'alcoolisme, sous la bannière des troubles de la personnalité, homosexualité et névroses. La CIM-10 de l'OMS a suivi cette conception biaxiale avec la distinction usage nocif/dépendance. Autant la validité du diagnostic d'abus du DSM-IV a été régulièrement mise en cause, autant le diagnostic de dépendance, qui a connu peu de changements depuis la description clinique initiale d'Edwards et Gros, était peu discuté jusqu'à récemment. Le terme "dépendance" est maintenant limité à la dépendance physiologique, caractérisée par le syndrome de sevrage et/ou la tolérance. Mais l'évolution majeure est la disparition de la distinction entre abus (diagnostic qui requérait la présence d'au moins une manifestation parmi quatre dans le DSM-IV-TR) et dépendance (qui requérait au moins trois manifestations parmi sept dans le DSM-IV-TR). Les recherches de terrain et les analyses des grandes bases ont montré que le diagnostic d'abus a une faible validité et n'est pas le prodrome de la dépendance, puisque ses manifestations peuvent aussi bien apparaître après celles de la dépendance, ou ne pas apparaître du tout. Les analyses factorielles, de classes latentes et de théorie de réponse aux items ont retrouvé parfois deux dimensions, pouvant correspondre à l'abus et la dépendance, mais n'ont le plus souvent retrouvé qu'une seule dimension, présentant des niveaux de sévérité en fonction du nombre de manifestations. Le nouveau diagnostic "Troubles liés à l'utilisation d'une substance" va donc essentiellement rassembler les manifestations des anciens diagnostics d'abus et de dépendance, en retirant la deuxième manifestation de l'abus "Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux" qui était essentiellement liée à la conduite de véhicule en état d'alcoolisation. Le *craving* sera rajouté comme 11ème manifestation. Elle n'était jusque-là prise en considération que dans la CIM-10. La description du trouble lié à l'utilisation d'une substance totalisera ainsi 11 manifestations, et il faudra que le sujet en satisfasse deux pour autoriser le diagnostic. On devrait distinguer trois niveaux de sévérité du trouble. L'OMS devrait bientôt débuter ses travaux pour préparer les révisions du chapitre sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de sa Classification internationale des maladies pour sa 11ème édition (CIM-11), prévue en 2014.

L'alcoolisme est-il une maladie ? État de la controverse en 2013

Pr Pascal Perney (Nîmes)

Président : Pr Maurice Bazot (Paris)
Modérateur : Dr Yann Le Strat (Paris)

Troubles liés à l'usage d'alcool : conséquences théoriques et cliniques d'un diagnostic unique

Pr Michel Reynaud (Villejuif)

Le diagnostic unique de "Troubles liés à l'usage d'alcool" correspond à l'évolution des connaissances neurobiologiques. Nous illustrerons cette évolution de la compréhension des mécanismes des addictions. Ce diagnostic unique permettra de continuer à mieux analyser ces mécanismes et nous recentrera sur la compréhension de la dépendance, de son installation et de sa gravité.

Sur le plan thérapeutique, il devrait permettre de corréler les indications de retour à une consommation contrôlée ou d'abstinence à des caractéristiques cliniques et vraisemblablement neurobiologiques.

Il séparera plus nettement ce qui est de l'ordre de la dépendance (à ce titre, il rajoute le *craving* dans les items diagnostiques) de ce que sont les complications (à ce titre, il supprime les problèmes légaux). Nous devrons donc nous-même, parallèlement à l'analyse de la dépendance, faire le lien et mettre en exergue, notamment sur le plan politique, les complications liées aux mésusages d'alcool.

À titre d'illustration, nous rappellerons les liens entre alcool et violence et présenterons les résultats préliminaires d'une analyse des données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Programme de médicalisation des systèmes d'information) révélant le poids très important des mésusages de l'alcool et de leurs complications dans l'activité hospitalière.

Quel impact sur la prévention de la notion d'une maladie unique en relation avec l'alcool ?

Dr Alain Rigaud (Reims)

Le DSM-5 introduit la catégorie des "Troubles addictifs liés à l'usage d'une substance" (*Substance use and addictive disorders*), parmi lesquels figure le Trouble R00-04-00 "*Alcohol use disorder*" identifié par la présence pendant

12 mois d'au moins deux des 11 critères du nouveau jeu diagnostique.
Cette nouvelle définition comporte une série de conséquences dont :
- la substitution au modèle catégoriel distinguant abus et dépendance, introduit en 1980 par le DSM-III, d'un modèle dimensionnel reflétant un continuum de degré de sévérité et remettant en question le concept de dépendance ;
- l'élargissement du périmètre du "Trouble" par l'effet conjugué de l'abaissement du seuil d'entrée et de la diversification de ses critères.
Ce nouveau concept est moins un bon en avant qu'un retour à des vues plus anciennes qui prend en compte le critère de nocivité de la définition de E.M. Jellinek en 1945, les prodromes de la définition des experts de l'OMS en 1951 ou le diagnostic du DSM-I de 1952, et qui rejoint par l'abaissement du seuil d'entrée la notion de risque alcool mise en valeur par J. Godard et l'ANPAA. Il promeut la notion de "maladie unique" et, ce faisant, moins une nouvelle clinique qu'une globalisation des différentes formes cliniques et/ou phénotypiques de la "maladie" et des facteurs et processus pathogènes qui les sous-tendent.
Cette notion de "maladie unique" présente pour la prévention l'avantage de pouvoir tenir aux décideurs et aux producteurs un discours appuyé sur le continuum de sévérité, là où ils opposent la dimension individuelle pathologique de la dépendance à l'innocuité d'une consommation présentée comme modérée et responsable. La figuration parmi ses manifestations de critères, tels notamment le 3 ou le 7, et le fait que ces manifestations peuvent s'observer isolément et/ou moins de 12 mois et/ou en l'absence de dégradation ou de détresse cliniquement significative indiquent cependant que le risque alcool – notamment les alcoolisations ponctuelles importantes et les consommations régulières excessives représentant les principaux usages à risque –, excède largement la maladie unique en relation avec l'alcool et justifie la poursuite de stratégies de prévention des risques et des dommages bien en amont de sa survenue et de sa guérison espérée par l'abstinence.
La diversité des conduites d'alcoolisation et de leurs risques, leur potentiel évolutif et de dommages qui situent ces conduites parmi les plus pathogènes, et le moment socioculturel addictogène actuel justifient toujours la mise en œuvre de politiques publiques de prévention. Les objectifs, les stratégies et les méthodes sont aujourd'hui bien connus et globalement à poursuivre et développer par-delà l'évolution des critères diagnostiques du trouble en relation avec l'alcool. L'auteur rappellera succinctement : action sur l'offre pour une réduction globale de la consommation, action sur la demande par l'éducation à la santé, action sur les risques et la prévention des dommages par les stratégies d'intervention précoce et de réduction des risques auprès des usagers à risques et/ou des publics vulnérables.

Nouvelles approches thérapeutiques

Présidente : Pr Isabelle Varescon (Boulogne-Billancourt)
Modérateur : Pr François Paille (Nancy)

Le grand retour du craving
Pr Joel Swendsen (Bordeaux)

Bien que la prise en charge des addictions se focalise souvent sur le contrôle du *craving*, ce n'est que depuis récemment que ce concept occupe une place importante dans la nosologie diagnostique. Le *craving* étant un état subjectif, il présente des challenges aux chercheurs et aux cliniciens par rapport à la meilleure façon de l'évaluer, le mesurer et le contrôler. Les variables associées à une augmentation de *craving* sont nombreuses et peuvent comprendre des objets ou situations généralement associés à la prise de substance, mais également peuvent être spécifiques d'un individu en fonction de sa propre et unique histoire de consommation.
Cette présentation fera une revue de la place du *craving* dans la nosologie, ainsi qu'une discussion des débats par rapport à sa définition et sa mesure. Des nouvelles méthodes pour étudier le *craving* seront présentées en combinant des paradigmes de recherches du laboratoire avec celles de la vie quotidienne.

Évolution des critères de jugement dans les traitements des troubles liés à l'utilisation de l'alcool
Pr Maurice Dematteis (Grenoble)

La notion de troubles liés à l'utilisation de l'alcool permet de couvrir les différentes sévérités de consommation d'alcool, qu'elles soient associées ou non à une dépendance. Bien que la problématique alcoolique représente un enjeu sanitaire et socio-économique majeur, le nombre de patients actuellement pris en charge est clairement insuffisant. Parmi les facteurs limitants, un objectif thérapeutique trop contraignant basé uniquement sur l'abstinence peut être difficilement envisageable ou réalisable chez certains patients, notamment dans la durée. L'impact de la consommation d'alcool étant en grande partie déterminé par le volume total d'alcool consommé et son mode de consommation, une approche thérapeutique visant à réduire significativement la consommation jusqu'à atteindre ou pas l'abstinence, permettrait d'élargir l'offre de soins, de traiter plus de patients et de réduire la morbidité et la mortalité associée à l'alcool.
Dans cette optique, et en s'inspirant des principes de réduction des risques qui sont bien connus et qui ont fait leur preuve notamment dans les traitements de substitution aux opiacés, l'Agence européenne des médicaments a édité en 2010 des recommandations avec des critères de jugement adaptés pour les futurs essais thérapeutiques. Chez des patients n'ayant pas bénéficié d'un sevrage préalable, seront évalués les modifications quantitatives et qualitatives des consommations (quantification de la réduction, identification de sujets répondeurs, stratification des consommations selon les seuils à risque, *patterns* de consommation, *craving*...) et le maintien dans la durée de ces modifications (concept de consommation contrôlée). Au-delà des modifications de consommation, c'est à travers son impact sur la santé (physique, psychique) et les aspects contribuant à la qualité de vie des patients que sera appréciée la pertinence de cette approche thérapeutique.

Président : Pr Michel Lejoyeux (Paris)
Modératrice : Pr Myriam Tsikounas (Paris)

Impact de la sémantique et des concepts diagnostiques sur la stigmatisation des patients
Dr Georges Brousse (Clermont-Ferrand)

Comment lever les obstacles à la demande d'aide ?
Dr Dorothée Lécallier (Clichy)

Les nouveaux traitements permettront-ils de modifier le regard social sur la dépendance à l'alcool ?
Pr Michel Lejoyeux (Paris)

Conférence Grand Témoin.

Les fondements de l'optimisme
Dr Alain Braconnier (Paris)

L'optimisme change-t-il notre destin ? Influence-t-il notre santé ? Impacte-t-il notre durée de vie ? Oui et les scientifiques le prouvent. Mais quels sont les fondements de l'optimisme ? Il existe des arguments en faveur d'une génétique de l'optimisme, mais aussi en faveur du pessimisme. Se tourner vers les regrets, la résignation et le fatalisme participent de l'immobilisme. Le grand problème est d'envier ou d'idéaliser les autres. Certains évènements de la vie nous y poussent.

La suprême chance c'est de savoir faire avec sa malchance. Rien de figé dans le cerveau, à tout âge, on peut modifier ses circuits neuronaux, établir de nouvelles connections, associer des idées entre elles, faire qu'au lieu de les recevoir douloureusement, on pourra les inter-relier et les interpréter autrement, de manière neutre, voire franchement agréable Peut-on alors devenir optimiste ? Oui. Pour ce faire, il s'agit d'être à la recherche de l'optimisme, c'est-à-dire ne pas avoir peur de rêver sans dénier les réalités ou être dans une illusion trop folle. Les fondements de l'optimisme, c'est aussi avoir des projets et bien s'entourer. L'optimisme est contagieux.

"*Les stoïciens avaient coutume de distinguer ce qui dépend de nous de ce qui n'en dépend guère. Cette distinction en apparence banale est à revisiter chaque jour pour repérer son optimisme personnel. La joie est essentiellement liée à la liberté intérieure. C'est la joie qui conduit au détachement et qui aide à demeurer libre sans se laisser happer par les passions tristes*". Une belle leçon de vie du philosophe suisse, A. Jollien, handicapé physique de naissance, dans son *Petit traité de l'abandon*.

Vendredi 22 mars 2013

La rencontre en alcoologie

Coordination : Dr Benoît Fleury, Dr Paul Kiritzé-Topor, Dr Didier Playoust, Dr Éric Hispard, Pr Gérard Ostermann, Dr Isabelle Rocher

Nouvelles rencontres

Président : Dr Paul Kiritzé-Topor (Angers)
Modératrice : Dr Isabelle Gabriel (La Membrolle-sur-Choisille)

Introduction
Dr Paul Kiritzé-Topor (Angers)

Qu'est-ce qui fait rencontre en anthropologie ?
Mme Eugénie Poret (Le Havre)

Quand les anthropologues vont travailler, ils doivent emporter dans leur musette l'oubli de ce qu'ils savent et de ce qu'ils croient afin d'éviter que ne soit parasitée la bonne réception des messages. Toutes les petites antennes sont en éveil pour observer, écouter ce qui se dit, comment ça se dit ou ne se dit pas.

Ils cherchent un fil à tirer qui puisse les amener plus avant dans une autre dimension du système sociétal, car si chacun porte sa part de liberté et de mystère, il s'est humanisé dans un contexte particulier. Sans la volonté de guérir ou de "remettre sur le droit chemin", ils sont là pour permettre qu'émerge une pensée libératoire de la personne sur sa propre situation.

L'anthropologue comme le "rencontré" partagent de l'humaine condition dépendance, vulnérabilité, précarité, avec la conscience d'être puisque seul l'Homme s'éprouve lui-même et tout cela avec un inconscient qui le mène parfois où il dit ne pas vouloir aller.

L'anthropologue ne revendique pas le statut de "sachant", de "comprenant" ni de "voulant" ; la seule chose dont il soit certain est qu'il se retrouve toujours un peu dans celui qu'il rencontre et réciproquement.

Le "rencontré" est, dans ma pratique habituelle, une personne qui se plaint de douleurs chroniques qu'elle entretient généralement à son insu par les souffrances que peuvent lui imposer les avatars de son histoire, mais qu'elle s'inflige souvent elle-même. Par des conduites dites addictives aux alcools ou aux médicaments, par exemple, il voudrait répondre à l'angoisse et à la peur d'être révélé dans la faille que l'on veut cacher, il montre l'impuissance à gérer ses propres injonctions ou à se soumettre à des contraintes invisibles, fixées aussi par des cadres sociétaux.

Comme un étranger qui entrerait dans le récit d'une histoire toujours passionnante et dont les péripéties vont bien au-delà des imaginations romanesques, l'anthropologue explore les creux et les pleins, les grands vides qui laissent béants les manques, les attentes, les frustrations. Il voit aussi les efforts désespérés pour s'agripper à l'existence qui semble s'acharner à faire dégringoler celui qui, contre vents et marées, se tient encore, titubant parfois.

Le regard souvent se pose sur ce qui aurait dû être, rarement sur ce qui a été. Cependant, nous aurions souvent à distribuer des certificats de courage aux survivants qui viennent chercher quelque chose à quoi s'accrocher pour prendre un autre chemin ou tenter de dépasser les obstacles qu'ils peuvent ériger eux-mêmes. Le miroir du social renvoie aux

alcooliques une image déformée de ceux qui ne sont pas victimes, alors qu'aux douloureux, on accorde plus volontiers ce statut, bien qu'ils aient à se justifier sans cesse de souffrir, alors que rien ne vient prouver l'origine des maux.

Il devient également suspect de ne pas vouloir "affronter ses problèmes" dans un contexte qui, au motif de faire évoluer des libertés individuelles, renvoie l'individu à lui-même.

Certains peuples de la tradition savaient canaliser les passages de l'existence où la violence dirigée contre soi-même et contre autrui risque de déborder et mettre en péril le groupe. Ils avaient prévu de ritualiser les passages et les ruptures, vécus collectivement, évitant le naufrage durant la traversée. Certes contraignantes, ces coutumes prenaient en compte la fragilité des êtres et la contenaient en y apportant sens et solidarité face au chaos.

Le cadre institutionnel, qui apporte sa part à la symbolisation de la rencontre, peut participer à rassurer par le sentiment de trouver une légitimation à ce qui s'y passe. Il peut aussi sans doute, faire fuir ceux qui cherchent un "ailleurs".

Le récit est analysable à plusieurs niveaux : l'universel, le socioculturel, le singulier et le symbolique.

En somme, nous tentons de mettre en scène les conditions pour faire apparaître dans l'entre-deux un dialogue qui perce l'enfermement et d'où puisse surgir la vérité du sujet sans que cela provoque effroi ou jugement.

C'est lorsque nous avons tout oublié de nos propres représentations, pour entrer dans un espace commun de nos humanités respectives, que certains échanges vrais se font jour, permettant que se révèle l'inavouable.

La rencontre a pour but de retisser, à partir de ce qui nous sépare et ce qui nous relie, le lien sur le vide.

Pouvoir se regarder soi-même agissant et pouvoir en rire, comme le suggère l'ange au sourire de la cathédrale de Reims, serait un commencement acceptable pour ne pas en rajouter à toutes les misères, lorsque précisément ou voudrait les éviter ou les dépasser.

Au-delà des conditions singulières de la rencontre, l'anthropologue s'interroge et aimerait partager son étonnement sur un système sociétal qui produit les conditions de ce qu'il appelle lui-même des conduites d'addiction et se dépense à y affronter le symptôme.

La rencontre, l'aller vers l'autre, c'est l'attitude première de l'anthropologue.

Les cinq premières minutes

Présidente : Dr Claudine Gillet (Nancy)
Modérateur : Dr Didier Playoust (Andernos-les-Bains)

Importance des premiers échanges

Du côté des professionnels

Mme Micheline Claudon (Paris)

"*L'alcoolique que l'on croise un jour, que l'on accueille parfois, surprend un peu, dérange souvent et embarrasse toujours...*" (1).

Parmi les nombreux facteurs intervenant dans la survenue de cet embarras, le poids des représentations sociales sur "l'alcoolique" est appréhendé comme une "dette" sociale dont tout intervenant ou soignant doit prendre conscience pour dynamiser autrement la relation.

L'information alcoologique délivrée au patient au cours des premiers échanges, notamment lorsqu'elle correspond au vécu du patient, en termes de recherche d'apaisement par le produit ou bien encore de souffrance de la dépendance, peut permettre de passer insensiblement d'un climat de méfiance à celui de confiance... ce qui n'exclut en rien l'ambivalence et l'indécision qui accompagnent toute démarche de soins alcoologiques...

Cette approche nous interroge aussi sur l'influence de l'origine de la demande (tiers, accompagnant, justice...) sur la dynamique des premiers échanges.

Peut-on, doit-on proposer une rencontre, un soin, à ce patient qui semble ne rien demander... ? Et qui pourtant nous interroge implicitement sur la confiance que nous avons dans ses propres ressources... celles-là mêmes qui le conduiront à créer ou recréer une relation positive à lui-même et aux autres.

Référence bibliographique

1- Osterman G, Rigaud A. Comment faire l'avance de la parole auprès du patient alcoolo-dépendant ? *Psychomédia*. 2010 ; (26).

Du côté des usagers

M. Roger Lardoux (Paris)

Qu'est-ce qui fait difficulté lors de ces rencontres ?

Du côté des professionnels

Pr Gérard Ostermann (Bordeaux)

"*Rencontrer l'autre, c'est mettre à bas nos préjugés. On ne se prépare pas à la rencontre, il n'y a pas de protocole... Rencontrer l'autre, c'est aller vers un autre monde. Sortir de soi, de ses repères, de ses carapaces et de ses armures... Lorsque je rencontre quelqu'un, je m'interroge : suis-je totalement à son écoute ?*" (1).

Les difficultés ne sont pas les mêmes selon que l'on est formé ou non à l'alcoologie

Dans les situations où les professionnels sont relativement ignorants de la problématique alcoolique (urgences, Service de gastroentérologie...), ce sont des patients que l'on croise plus volontiers qu'on ne les rencontre, et les difficultés principales sont le manque de disponibilité, le manque de temps, la méconnaissance des troubles cognitifs, la croyance que le patient peut faire preuve de volonté, la persistance d'illusions sur son pouvoir et ses missions.

Pour les professionnels formés à l'alcoologie, plus la personne que l'on accueille arrive tardivement dans le système de soins avec des complications de toutes sortes, plus la pente sera difficile à remonter. On accueille en effet, voire on est aspiré par tout ce que l'alcoolisme a pu induire en termes de complications (familiales, sociales, professionnelles). La relation ne tient pas à la condition de la sobriété, souvent trop centrale dans l'objectif de la rencontre. La confiance ne se décrète pas, elle se développe et ne peut se résumer à quelques recettes. La difficulté est bien celle de l'investissement du thérapeute en termes de durée, d'objectifs et de rencontre de l'intimité. Cela pose d'ailleurs toute la question de l'après rencontre.

Le but de tout travail est de permettre au patient d'arriver à contenir lui-même sa pathologie, d'en assurer la gestion, c'est-à-dire de devenir lui-même son soignant, capable de prendre soin de soi. Le thérapeute constitue en quelque sorte un contenant provisoire, il ouvre ainsi un espace potentiel dans lequel le patient va pouvoir se panser et se penser, se recréer pour établir de soi à soi une relation positive.

Référence bibliographique

1 - Jollien A. Petit traité de l'abandon. Paris : Seuil ; 2012.

Du côté des usagers

M. Roger Lardoux (Paris)

La rencontre, un terreau pour l'avenir

Président : Dr Benoît Fleury (Bordeaux)
Modérateur : Dr Philippe Batel (Clichy)

Présentation
Dr Isabelle Rocher (Luçon)

"Première rencontre" entre un malade alcoolo-dépendant et son médecin généraliste
Pr Dominique Huas (Vendôme)

En médecine générale, le motif de consultation d'un patient alcoolo-dépendant concerne rarement directement ses difficultés avec l'alcool (< 0,1 % des consultations où le problème alcool est abordé).

En moyenne, un médecin suit ses patients pendant neuf ans et demi. Un malade alcoolo-dépendant consulte annuellement en médecine générale en moyenne six fois par an, contre 2,5 fois par an pour un patient "normal". Patient le plus souvent polypathologique, il consulte pour de multiples raisons qui peuvent ou non faire évoquer une origine liée à l'alcool. Le médecin généraliste a donc de multiples occasions pour suspecter une alcoolo-dépendance chez un patient qu'il connaît.

Suspecter ou évoquer une alcoolo-dépendance en médecine générale a plusieurs spécificités qui relèvent de la clinique, du médecin et du malade. Le diagnostic est facile lorsqu'il est fait à un stade tardif, et en particulier s'il existe des signes de dépendance physique. D'autres fois, soupçonné précocement dans le cadre de la relation, le diagnostic est difficile à poser pour des raisons cliniques, relationnelles et/ou sociales.

Difficultés cliniques : le patient n'a aucun signe, ou aucun signe évident, permettant de soupçonner une dépendance à l'alcool.

Difficultés relationnelles : il peut être difficile de dire à un patient qu'il est dépendant de l'alcool. La crainte peut exister de le voir nier ce diagnostic et de rompre sa relation avec son médecin. Dans les faits, cette issue est rare. L'expérience des études épidémiologiques et d'intervention nous a montré que, le plus souvent, cette crainte était rarement fondée.

Difficultés sociales : suggérer à un malade le diagnostic d'alcoolo-dépendance est souvent perçu comme péjoratif, bien plus que celui d'une autre dépendance, le tabac par exemple.

Pour autant, parler de dépendance à l'alcool comme d'une maladie est bien mieux perçu par les malades que de parler d'"alcoolisme". Là aussi, les difficultés à évoquer ou énoncer relèvent des difficultés du médecin et non de l'incapacité du patient à l'entendre.

Il se peut que le médecin néglige d'évoquer le problème de l'alcool avec le patient parce qu'il le connaît bien (patient de longue date, ami, familier ou connaissance) et n'imagine pas qu'il puisse être dépendant.

La situation délicate à gérer est celle où une personne de l'entourage fait part au médecin des problèmes d'alcool de son proche. Il difficile alors pour le médecin d'utiliser cette information qu'il a obtenue à l'insu de son patient. Pour autant, cela peut être une occasion pour évoquer le problème alcool lors d'une consultation ultérieure.

Le repérage par questionnaires systématiques est rare. En recherche épidémiologique, clinique ou thérapeutique, ces questionnaires permettent en une seule rencontre de classer les malades dans des cohortes cohérentes : "non-dépendants" ou "dépendants", et selon leur degré de dépendance. Ces questionnaires sont longs et fastidieux, et difficilement conciliables avec une approche empathique. Ils s'insèrent mal dans une consultation de médecine générale. De ce fait, malgré leur bonne sensibilité, ils sont peu utilisables, donc peu utilisés.

Au-delà du repérage de la dépendance, le médecin généraliste en annonçant le diagnostic envisagera en même temps avec son patient la suite de la prise en charge. Accepte-t-il le diagnostic ? Que va-t-il négocier avec lui ? Quels mots va-t-il utiliser ? Que va-t-il lui dire pour faciliter la démarche ? Comment va-t-il impliquer le malade dans les choix de prise en charge qu'il va proposer ? Comment va-t-il expliquer la suite de celle-ci? Comment va-t-il répondre à la demande immédiate de cure, de traitement médicamenteux, d'hospitalisation... ?

Au total, le diagnostic d'alcoolo-dépendance est affaire de clinique. En médecine générale, il n'est jamais apporté par le patient. Il est suspecté, au fil du temps, après de nombreuses consultations. La relation au long cours permet d'aborder le diagnostic, d'aider le malade à en prendre conscience et à le décider à se soigner.

La rencontre usager-travailleur social de CSAPA et de secteur
Mme Stéphanie Hebrard (Agen)

La rencontre usager-médecin de santé au travail
Dr Gérald Demortière (Cergy-Pontoise)

Depuis environ dix ans, les médecins de santé au travail sont appelés par différentes institutions à s'impliquer dans la prise en compte du problème alcool. Tout particulièrement la loi du 20 juillet 2011, réformant en profondeur la santé au travail, donne entre autres pour nouvelles missions aux services de santé au travail de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu du travail.

L'enjeu est non négligeable puisque sur 16 200 000 salariés suivis on estime à 8 %, soit environ 1 300 000, la proportion de salariés en difficulté avec l'alcool. Par ailleurs, près du tiers de la population suivie par le médecin du travail ne voit que ce médecin dans l'année. 500 d'entre eux, soit 8 % des effectifs, se sont déjà formés au repérage précoce et à l'intervention brève, mais malgré leur statut de préventeurs naturels et légitimes, le dossier médical santé travail demeure diversement renseigné, avec 46 % de documentation systématique de la consommation d'alcool contre 87 % pour le tabac. Plus de la moitié des médecins du travail évoque aussi le "manque de temps" comme l'un des principaux facteurs faisant obstacle à leur implication dans les démarches de prévention individuelle des pratiques addictives.

Usager-ELSA : rencontres à conditions...
Dr Corinne Dano (Angers)

Contexte : un jeune individu adressé au SAU suite à une intoxication éthylique aiguë, un malade cirrhotique et un patient présentant des troubles neurocognitifs. Tous les trois reflètent la catégorie très hétérogène de patients accueillis à l'hôpital et en difficulté avec l'alcool, et ce, quel que soit leur motif d'admission. Ils sont pour autant tous susceptibles de rencontrer un membre de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

Même si l'alcool fait lien entre ces patients, l'action de l'ELSA sera de se dessiner une place entre un sujet, un produit et une structure institutionnelle afin d'inaugurer une rencontre et peut-être une demande d'aide.

Méthodologie : nous présenterons trois vignettes cliniques contextualisées dans différents services hospitaliers.
Discussion : nous aborderons les enjeux et les risques d'une rencontre usager-ELSA nécessaire et déterminante, mais pouvant dans certaines conditions s'avérer (en apparence) inopérante.
Conclusion : ainsi, nous illustrerons à quel point l'accompagnement addictologique et éthique de l'ELSA relève d'une approche spécifique de l'usager hospitalisé, notamment du fait de son contexte, afin de ne pas se risquer au "mal-entendu".

Quand la pratique nous bouscule

Quatre scènes autour du thème de la première rencontre
présentation par le Dr Éric Hispard (Paris)

Deux saynètes : la rencontre, du côté de l'usager, avec deux professionnels différents
Deux saynètes : la rencontre, du côté du professionnel, avec deux patients différents
Intervenants de l'Acerma (Paris)

Table ronde
animée par le Dr Benoît Fleury (Bordeaux)
Intervenants :
Mme Micheline Claudon (Paris), Dr Éric Hispard (Paris), M. Roger Lardoux (Paris), Pr Gérard Ostermann (Bordeaux), Dr Didier Playoust (Andernos-les-Bains), Représentant de l'Acerma (Paris)

Communications libres

Présidente : Dr Florence Vorspan (Paris)

Absence d'efficacité du baclofène à fortes doses dans la prise en charge de l'alcoolo-dépendance dans une cohorte de patients en échec thérapeutique
Dr Antonia Le Gruyer (Rennes), Pr Romain Moirand, Dr Caroline Le Lan

L'alcoolo-dépendance est une maladie chronique aux conséquences somatiques et sociales majeures. Le baclofène, bien qu'il n'ait pas l'autorisation de mise sur le marché, aurait selon des cas cliniques et des études rétrospectives de séries de patients une efficacité dans le traitement de l'alcoolo-dépendance.
L'objectif de notre travail était d'évaluer l'impact d'un traitement par baclofène à fortes doses chez les patients avec alcoolo-dépendance sévère et retentissement somatique et social majeur, notre critère principal de jugement étant l'obtention d'une abstinence ou d'une consommation maîtrisée permettant une réduction des dommages. L'objectif secondaire était l'évaluation de la tolérance du traitement.
Il s'agissait d'une série de patients rétrospective. Les médecins du service ont décidé depuis janvier 2012 de proposer un traitement par baclofène à fortes doses chez les patients présentant une alcoolo-dépendance avec échec des prises en charge antérieures et pronostic social ou somatique péjoratif à moyen terme. Les patients recevaient une information claire et loyale sur l'efficacité et la tolérance du baclofène et donnaient leur consentement écrit. Ils recevaient du baclofène à dose croissante jusqu'à efficacité ou effets indésirables nécessitant la diminution ou l'arrêt du traitement.
Nous avons proposé un traitement par baclofène à 16 patients, neuf pour cirrhose compensée ou décompensée, deux pour impact social majeur, cinq pour dégradation cognitive importante. Dix patients (sept hommes et trois femmes) ont débuté le traitement. L'âge moyen était de 52 ans (30-63). La dose maximale atteinte moyenne était de 131 mg (30-240). La durée médiane de traitement était de 142 jours (7-251). Aucun patient n'a pu avoir une abstinence complète maintenue, une consommation maîtrisée durable ou une réduction des risques. Des effets secondaires significatifs étaient retrouvés chez 90 % des patients, avec une somnolence chez plus de 50 %, et ont empêché d'augmenter la posologie. Trois patients sont décédés.
En conclusion, le traitement par baclofène ne semble pas efficace chez les patients en échec thérapeutique avec pronostic défavorable à moyen terme. L'acceptabilité est faible et les effets indésirables fréquents. L'introduction de baclofène dans ce type de population très sévère ne semble pas recommandable. Cela ne préjuge pas de l'efficacité éventuelle dans d'autres populations.

Résultats préliminaires d'un groupe de pleine conscience (MBRP) pour l'addiction à l'alcool
Dr Pascale Boutillon-Heitzmann (Paris), Mme Lucia Romo, Mme Dorothée Carpentier, Pr Frédéric Limosin

L'objectif de ce travail était de vérifier l'efficacité du programme *Mindfulness-based relapse prevention* (MBRP) pour la prévention de la rechute de consommation d'alcool dans un objectif d'arrêt ou de réduction de la consommation du produit chez des patients alcoolo-dépendants.
Nous avons donc organisé un programme qui se déroule en huit séances d'une heure et demie, qui comporte un travail éducatif et informatif autour du *craving*, des automatismes à consommer de l'alcool, des pensées liées au produit. Ce programme intègre des pratiques de "pleine conscience" aux techniques de thérapie cognitivo-comportementale. Cinq patients qui souffraient de dépendance à l'alcool depuis plus de dix ans ont bénéficié de ce programme.
Nos résultats montrent un maintien de l'abstinence et une modération, voire une obtention de l'abstinence pour les patients encore consommateurs, ainsi qu'une amélioration de l'efficience personnelle. Les bénéfices se sont maintenus à cinq mois. L'anxiété et les pensées négatives sont diminuées.
Au total, et en accord avec les données de la littérature, la thérapie de "pleine conscience" permet le maintien de l'abstinence ; les résultats de ce travail laissent à penser que ce programme pourrait être utilisé dans l'idée d'une modération, voire d'une aide au sevrage.

Du déni à la rencontre
M. Marc Levivier (Paris), Mme Ingrid Ceria, M. François Perea

Quel que soit son contexte social, institutionnel, toute rencontre présuppose au moins deux interlocuteurs. Si la qualification de l'interaction est fréquente ("bonne", "belle", "mauvaise"...), il en va autrement de son explicitation. Cet apparent caractère de "subjectivité", de "vécu" de la rencontre réside en partie en ce que ses déterminations n'ont pas toutes été objectivées.
Autant les déterminations sociologiques, psychologiques, etc., de la rencontre sont objets de publications, autant les contributions des

sciences du langage aux interactions en addictologie restent rarissimes. Est-ce dès lors un hasard si une difficulté récurrente aux "rencontres" avec des patients alcoolo-dépendants se nomme "déni" ? Celui-ci procède alors d'un cadre binaire : un des deux interlocuteurs devra énoncer, et assumer en son nom propre, son rapport le plus intime à l'alcool et son énonciation de façon non équivoque.

Or, tout énoncé possède sa part d'implicite (1) qui impose la participation active de son destinataire, sa coopération interprétative (2). Tout discours possède donc sa part manquante, particulièrement ceux portant sur les conduites addictives (3). Par ailleurs, toute prise de parole s'inscrit dans un cadre déterminé imposant le respect de règles interactionnelles précises (quoique implicites).

Nous avons donc cherché les entraves à la rencontre avec des patients dépendants observables au niveau langagier, en repérant les stratégies discursives qui permettent d'énoncer des contenus sur ce qui peut être objet de honte, de culpabilité, et en objectivant les règles interactionnelles caractéristiques des situations d'entretien (4).

Références bibliographiques

1 - Kerbrat-Orecchioni C. L'implicite. Paris : Armand Colin ; 1986.
2 - Eco U. Lector in fabula. Paris : LGF ; 1985.
3 - Carcassonne M, Valleur M. Discours et conduites addictives. In : Recherches sur le langage en psychologie clinique. Paris : Dunod ; 1997.
4 - Levivier M, Casanova D, Perea F, Ceria I. Se dire avec le déni. *Le Courrier des addictions*. 2011 ; 13 (1).

Communications affichées

Abord d'une commerçante malade de l'alcool dans son déni

Pr François Besançon (Paris)

Étant averti en juin 2011, j'ai abordé cette malade un matin car l'angoisse du manque est matinale. Elle me sait médecin. Seul en magasin, je lui relate plusieurs dépressions celées. Pourtant, si j'ai demandé à ces personnes : "Vous, avez-vous souffert autrefois de dépression ?", elles en avaient convié. Elle m'a répondu : "C'est ça". Moi : "Si cette horreur m'arrivait à moi, je me demande si je n'irais pas boire deux ou trois verres pour calmer ça". Là-dessus, long silence. Le masque est tombé. L'entretien a continué en autres matins, comme un slalom de compassion et d'espoir :

- compassion initiale : "Cela me met sens dessus dessous de trouver une personne dans cet état" ;
- injection d'espoir : "Une maladie se soigne. Je connais plusieurs malades rétablis" ;
- compatir à nouveau : "Votre expérience : diminuer ou stopper ?". Ce mensonge : "Je m'arrêterai quand je voudrai" est pure vérité. Admettre la vérité sans relever le mensonge. Le plaisir à boire a souvent disparu. Essayer de poser le verre 24 heures ;
- l'espoir à nouveau dans l'effort et dans l'aide : "Oui, seule à pouvoir le faire, mais pas toute seule". Rencontrer un rétabli vaut tous les discours. Ce sera plus tard de convenir "incapable de modération à tout jamais".

Cette malade est libérée, avertie des tentations et avertie que faire en cas de faux pas.

"Êtes heureuse ?" ; "Oui !" ; "Alors, dites-le à tout le monde"!". Commerçante, elle n'a pas osé. Je n'ai pas demandé si elle a retrouvé ses amitiés et son amour. Un an plus tard, elle m'a remis un faisan tiré par son mari.

Référence bibliographique

- Besançon F. Alcoolisme : parler à celui qui est accroché (http://www.parlersante.fr/parler-alcool-accroche.htm).

Addiction aux jeux : protocole d'accueil et de soin au CSAPA de Nancy

Mme Sandrine Charnier (Nancy), Dr Jean-Noël Fiumano, Dr Claudine Gillet, Pr Raymund Schwan

L'évolution des pratiques addictives et l'émergence des addictions comportementales ont peu à peu modifié le paysage des consultations au CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) de Nancy. Au sein des addictions comportementales, les demandes de soins ont majoritairement concerné la problématique du jeu excessif (jeux de hasard et d'argent). La spécificité de cette prise en charge nous a conduits à redéfinir le parcours de soins du patient.

Les procédures d'accueil et de soins ont été envisagées en tenant compte de la complexité de cette problématique. Les principales difficultés rencontrées sont, d'une part, le repérage, l'évaluation et l'orientation pour les professionnels et, d'autre part, l'émergence de la demande, l'adhésion à un projet de soins et le maintien du suivi pour le patient.

Deux axes ont guidé notre réflexion : créer une dynamique de soins par l'identification de deux professionnels spécialisés dans les addictions aux jeux (un médecin addictologue et une psychologue) ; proposer un protocole standardisé pour la procédure d'accueil et d'évaluation dans le cadre du jeu excessif.

La dynamique de soins interne instaurée et le protocole ainsi établi ont favorisé le développement d'une consultation spécialisée dans les addictions au jeu. Une phase d'évaluation est actuellement en cours afin d'envisager et de réaliser les ajustements nécessaires.

Le "kit d'urgence de tabacologie" au Centre hospitalier de Saint-Omer

Dr Martine Leroy-Serra (Saint-Omer)

L'unité de tabacologie a été créée au Centre hospitalier de la région de Saint-Omer en 2006. Elle venait compléter le service d'addictologie qui comprend, par ailleurs, une unité clinique d'alcoologie de 15 lits, une unité de liaison et un CSAPA.

Les missions de cette unité ont d'emblée été définies selon trois axes :

- assurer des suivis d'aide au sevrage tabagique en consultations externes ;
- apporter un soutien et une thérapeutique adaptée aux patients hospitalisés qui sont dans l'impossibilité de fumer ou qui doivent arrêter pour un problème de santé ;
- sensibiliser le personnel de l'hôpital au problème du tabagisme et, à terme, le former pour qu'il puisse apporter une aide aux patients tabagiques.

Malgré une présence régulière dans les services, les demandes d'intervention restaient ponctuelles. Nous avons donc imaginé un outil que nous avons appelé, avec un peu d'humour, "kit d'urgence de tabacologie". Ce dispositif permet aux infirmiers de donner rapidement le bon dosage de substitut nicotinique pour le confort du patient et favorise le passage de l'équipe de tabacologie pour un avis spécialisé et une prise de contact avec la personne.

Il existe trois kits qui correspondent chacun à un patch d'un dosage différent (7, 14 et 21 mg/24 heures) accompagné de pastilles à 2 mg de nicotine. Chaque kit se présente sous forme d'une pochette plastifiée qui comprend :

- un Fagerström abrégé qui permet à l'infirmière de choisir le bon dosage du patch ;
- le bon de commande d'un nouveau kit à faxer au secrétariat d'addictologie et qui déclenche automatiquement le passage de l'équipe de tabacologie ;
- une plaquette d'informations pour le patient avec les coordonnées du service.

Pratiques addictives chez les personnes placées en garde à vue. Faisabilité d'une intervention addictologique brève

Pr Patrick Chariot (Bondy),
Dr Aude Lepresle, Dr Cyril Boraud,
Dr Menouar Tedlaouti

Le repérage précoce des consommations excessives d'alcool et l'intervention brève peuvent être pratiqués par tout soignant formé (Michaud, 2006). Des médecins légistes au Royaume-Uni se sont interrogés sur leur légitimité à intervenir (Best, 2002). Dans une étude impliquant des policiers formés aux interventions brèves en garde à vue, seul un tiers des personnes acceptait de participer (Brown, 2010). La faisabilité d'une intervention brève pratiquée par des médecins en garde à vue est inconnue. Nos objectifs étaient de décrire les pratiques addictives des personnes gardées à vue et d'évaluer la faisabilité d'une intervention brève.

Méthodes : nous avons inclus prospectivement 1 000 personnes âgées de 15 ans et plus, examinées en garde à vue par un médecin. Les données recueillies concernaient les pratiques addictives et les démarches d'arrêt et de soins. L'intervention brève désignait une information sur les risques associée à un conseil de changement centré sur la personne et à une proposition d'options thérapeutiques. Nous avons étudié l'intervention et son contexte : demande d'information addictologique non sollicitée par le médecin, volonté de changement, dialogue effectif autour des pratiques addictives, réticence de la personne.

Résultats : chez 944 hommes et 56 femmes (âge médian : 23 ans), il existait des pratiques addictives dans 708 cas (71 %), concernant le tabac (63 %), l'abus d'alcool (36 %), le cannabis (35 %), les opiacés (5 %) et la cocaïne (4 %). Parmi eux, 73 % avaient déjà eu envie d'arrêter un ou plusieurs produits, 17 % ayant déjà consulté un médecin pour arrêter. L'intervention brève a été réalisée dans 77 % des cas (544 sur 708), 20 % des personnes exprimaient une volonté de changement, 2 % demandaient spontanément des informations. Un dialogue effectif a eu lieu dans 44 % des cas, 9 % des personnes étaient réticentes à évoquer leurs consommations. L'intervention brève n'était pas réalisée en cas d'agressivité, de somnolence, de déclarations fantaisistes ou de difficultés de compréhension. Intervention brève, volonté de changement et dialogue effectif étaient plus fréquents en cas d'examen pratiqué par un médecin addictologue (86 % vs 56 %, $P < 0,0001$; 22 % vs 14 %, $P = 0,02$; 59 % vs 8 %, $P < 0,0001$).

Conclusion : les pratiques addictives concernent la majorité des personnes gardées à vue. Une intervention addictologique brève est le plus souvent possible lors de l'examen médical en garde à vue.